

Medicina del Trabajo y Vigilancia de la Salud. Algunas consideraciones sobre su presente y futuro

Antonio de Cos Blanco

En el año 1995, con la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se implantó, sustituyendo al modelo de medicina de empresa que existía regulado por la norma del año 1959 de Organización de los Servicios Médicos de Empresa (OSME), lo que en la misma Ley se denominó como “Vigilancia de la Salud”. Los antiguos y tradicionales Servicios Médicos de Empresa desaparecen como tales por este motivo y pasan a formar parte de los servicios de prevención de nueva creación en la empresa a la que pertenecen, continuando con la realización de las funciones que venían desempeñando hasta ese momento pero ya sujetos al nuevo marco normativo. La Vigilancia de la Salud queda definida por el artículo 22 de la LPRL, por el artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP), y por el desarrollo de las competencias de las autoridades sanitarias establecidas en estas leyes y reflejadas en

los acuerdos básicos adoptados por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad. ¿Cuáles son las principales diferencias existentes entre esta nueva Vigilancia de la Salud y la Medicina de Empresa clásica que se llevaba a cabo por los Servicios Médicos de las Empresas? Los antiguos Servicios Médicos de Empresa al estar físicamente ubicados en los centros de trabajo, junto a los empleados de la empresa, y por este motivo pueden desarrollar una importante labor de asistencia a los trabajadores en los casos de lesiones ocurridas en el transcurso de su jornada laboral. Pero no solo para los casos de accidente de trabajo, de enfermedades profesionales o de enfermedades relacionadas con el trabajo. Esta labor asistencial se hace extensiva, aprovechando la presencia de un facultativo en las instalaciones de la empresa, a aquellas patologías y enfermedades de origen común, no laboral, padecidas por los trabajadores y que

eran motivo de consulta, incluso de tratamiento (el art. 53 del reglamento OSME permitía el uso de recetas de la S.S.). Como contraste, en Vigilancia de la Salud tal como se concibe en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales publicada en 1995, la labor asistencial de los servicios de prevención en cualquiera de sus modalidades, queda reducida a la prestación de primeros auxilios, en caso de poder realizarla, cuando los recursos sanitarios puedan estar presentes en el medio laboral, algo que en la actualidad es cada vez menos frecuente. La vigilancia de la salud ya no contempla consultas, diagnósticos y tratamientos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Mucho menos de enfermedades comunes de origen no laboral.

Esta práctica asistencial se ve favorecida con la proximidad y cercanía entre trabajadores y médicos, lo que facilita un mayor conocimiento por parte del médico de todos aquellos aspectos relevantes relacionados con la salud de cada uno de los individuos de la plantilla y la de toda la colectividad que protege. Esta proximidad, cuando existe una adecuada práctica médica, objetiva y honesta, hace sentir al trabajador mucho más vigilado por su salud, protegido tanto si su problema tiene un origen laboral como si se trata de una enfermedad común. No hay nada que más fidelice y establezca la confianza necesaria entre médico y paciente (trabajador) que este último vea como efectivamente se sanan sus dolencias, curan sus lesiones y dolencias, de la mano de su médico, en este caso su médico de empresa. A partir de ahí, tendremos un trabajador mucho más receptivo a cualquier consejo, asesoramiento o actuación en otros asuntos, como los que tengan que ver con la salud laboral. Puede parecer una idea caduca, pero a lo mejor los médicos del trabajo deben volver “a su esencia”, y primero de todo, ejercer como médicos en el sentido más

amplio de la palabra a la vez que asumen sus labores más específicas desde su formación especializada en Medicina del Trabajo.

Establecido el marco de actuación por la LPRL, el RSP y los acuerdos básicos sobre la actividad sanitaria en los Servicios de Prevención, y después de 10 años de su entrada en funcionamiento, podemos intentar evaluar cuál es la situación en la actualidad en aquellos aspectos más relacionados con la implantación de la vigilancia de la salud. Para ello nos vamos a apoyar en los últimos datos publicados el año 2003 sobre condiciones de trabajo en España. Me refiero a la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, realizada por el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo y en la que se ha consultado a trabajadores de todos los ámbitos, sectores, edades, por tamaño de empresa, etc., siendo esta muestra representativa del conjunto de la población laboral española.

Analizando las conclusiones de dicha muestra y aunque los datos sean de 2003, descubrimos aspectos de interés que nos muestran cuál es la realidad en estos momentos en el terreno de la prevención de riesgos laborales y cuáles son las tendencias que se observan.

En cuanto a implantación del modelo general de prevención parece ser que estamos muy avanzados. Desde el 8 de noviembre de 1995, fecha de la publicación de la LPRL y del 17 de enero de 1997, fecha en la que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, la implantación efectiva de las actividades y reglas de funcionamiento no ha dejado de progresar desde entonces, observándose que el modelo de prevención previsto por la ley se consolida. Respecto a la anterior encuesta (1999) se ha producido un incremento generalizado de los recursos preventivos: ha aumentado la presencia de *delegados de prevención* (hasta un 56%), la figura del *trabajador designado* crece (8,7% de los CT) pero sigue

siendo un recurso poco frecuente, el *servicio de prevención propio* está implantado en el 49% de empresa de 250 o más trabajadores, aunque en el 30% de los casos está acompañado por un servicio de prevención ajeno. Pero el modelo de servicio preventivo más relevante, por frecuencia de aparición y el que ha experimentado un crecimiento espectacular en los últimos años, ha sido el de los *servicios de prevención ajenos*, que pasan de una implantación del 39,2% en 1999 a un 73,4% en el año 2003. Es sin duda, el elemento dominante del sistema preventivo español en la actualidad, y en el 83% de los casos está constituido por Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social (MATEPSS). El dato, a parte de reflejar la situación actual, demuestra cuál es la tendencia consolidada en estos momentos. Consiste en un modelo de sistema preventivo externo, fuera de la empresa, quedando así cada vez más lejos la posibilidad de integración de la prevención a la que tanto aspiran la Ley de Prevención de Riesgos Laborales como la mayoría de los profesionales que trabajan en este campo. El que los recursos preventivos vengan de fuera del ámbito de la empresa, no hace más que dificultar la labor de integración de la prevención. Desde fuera, las cosas no se aprecian ni se conocen de igual manera que estando dentro. Desde fuera, y dando servicio a muchas empresas, es difícil personalizar el trabajo en función de los requerimientos reales de la empresa y sus trabajadores, y aparece el peligro de sistematización y simplificación de los procesos aplicados, a veces hasta extremos insostenibles. Es lo que podríamos denominar como la *formalización* de la prevención, la cuál se está extendiendo con rapidez. Se busca cumplir con la letra de la ley pero no con su espíritu, y no tener problemas con la inspección de trabajo. Tener todos los documentos en orden, no importa si nuestra

organización preventiva es deficiente, y si no vigilamos eficientemente la salud de los trabajadores a los que protegemos.

Las últimas modificaciones de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales persiguen darle la vuelta a esta evidente falta de integración y formalización de la prevención. Perseguir este objetivo de integración, tiene mucho sentido a tenor de lo que hemos visto, porque puede ser la única forma de conseguir que funcione el sistema preventivo, de hacerlo operativo y eficiente para poder conseguir éxitos tangibles en el terreno de la salud laboral, como por ejemplo, disminuir las cifras de accidentes de trabajo. Pero la realidad, a la vista está, evoluciona de forma distinta a la esperada. Estas nuevas contradicciones van a dificultar seriamente el objetivo de integración de la prevención en las empresas españolas. A mayor esfuerzo legislativo para lograr esta integración, los servicios preventivos “*se desintegran*” cada vez más. Grandes empresas con servicios de prevención que llevan funcionando muchos años, amortizan o externalizan dichos servicios, alejando a los profesionales de la prevención de su medio natural de trabajo. La cuestión económica prima, pero ... ¿dónde está el límite?

En las conclusiones de esta V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, se confirma la falta de integración evidenciando que en muchos casos únicamente se persigue el cumplimiento formal de la norma, muy lejos de la intención de hacer prevención que sea de verdad lo más eficiente posible. Este diagnóstico, que hizo el legislador al incluir las modificaciones a la Ley de Prevención, para favorecer la integración, se refrenda con los resultados de la encuesta. Como ejemplo, en el 30,5% de las empresas de industria y servicios todavía no está establecida por el empresario la obligación de que los mandos superiores e intermedios integren la preven-

ción de riesgos laborales en todas sus actividades y decisiones.

Siguiendo con este somero análisis de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, nos centraremos ahora en actividades realizadas propias de la Vigilancia de la salud, en concreto los reconocimientos médicos: el 65,7% de los trabajadores se ha hecho reconocimiento médico en el último año (2003). El dato no sabemos si es bueno, malo o es el que debe ser, pero si que nos debe hacer reflexionar: ¿Es imprescindible para cuidar de la salud de todos los trabajadores españoles, que se hagan necesariamente un reconocimiento médico todos los años? La respuesta es necesariamente no, primero porque no hay recursos sanitarios especializados (médicos del trabajo y ATS/DUE de empresa) para cubrir a toda la población laboral española, que aumenta en número sin pausa en los últimos años. Segundo, porque la concepción de la vigilancia de la salud en base a la exposición de los trabajadores a riesgos laborales establece criterios distintos a la periodicidad anual, incluso reflejados en decretos como, por ejemplo, sobre el de ruido o el de pantallas de visualización de datos. De esto último, y de cuáles son las actuaciones que se deben hacer al aplicar vigilancia de la salud parece que se ha discutido mucho en estos últimos años, surgiendo distintas visiones del asunto. Para hacernos una idea, se detalla en la figura 1 lo que la mesa de diálogo social sobre salud laboral, presentó en su día como conclusión de sus reflexiones acerca de cuáles deben ser las actividades sanitarias de los servicios de prevención en función de los riesgos laborales, y que parece que va a ser referente para el futuro en este terreno.

Vemos, entre otras cosas, que no solo podemos cuidar y vigilar la salud de los trabajadores haciendo exámenes de salud, sino que existen otro tipo de actuaciones posibles tam-

FIGURA 1

ACTIVIDADES SANITARIAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN VIGILANCIA DE LA SALUD

ACTUACIÓN COORDINADA DE LAS DISCIPLINAS:

- Identificación y evaluación de riesgos
- Plan de prevención
- Formación de los trabajadores
- Investigación
- Gestión y participación en órganos técnicos-consultivos

VIGILANCIA DE LA SALUD:

INDIVIDUAL

- Anamnéstica:
 - Cuestionarios de síntomas
- Médico Clínica :
 - Exámenes de salud
 - Indicadores biológicos

COLECTIVA

- Epidemiológica:
 - Encuestas de salud
 - Indicadores de salud
 - Investigación de daños

ATENCIÓN DE URGENCIA

- Protocolo de actuación con procedimientos y competencias
- Primeros auxilios (caso de que haya presencia física)

PROMOCIÓN DE LA SALUD LABORAL

INDIVIDUAL

- Consejo sanitario
- Inmunizaciones

COLECTIVA

- Programas sanitarios
- Asesoramiento sanitario

bién muy importantes. Por ejemplo, y es el primer apartado enumerado en las actividades sanitarias posibles, hay que potenciar la actuación coordinada con otras disciplinas, piedra angular para el trabajo en equipo mul-

tidisciplinar, que sí que mejora la eficiencia de los servicios de prevención.

También se puede y se debe desarrollar la vigilancia de la salud individual anamnésica mediante el uso de cuestionarios de síntomas. Quiere decir esto que en poblaciones laborales con niveles de exposición bajos o muy bajos a riesgos laborales, simplemente con la aplicación de un cuestionario de síntomas una vez al año, podríamos hacer una efectiva vigilancia del estado de salud del trabajador, sin tener que hacer anualmente, y solo de tarde en tarde, exámenes de salud.

La vigilancia de la salud colectiva es otra herramienta indispensable para vigilar la salud de los trabajadores, pero los datos no afloran con la fluidez necesaria y tenemos poca información para hacernos una composición de lugar de cómo está la vigilancia de la salud en España y cuál es la salud (utilizando los datos médicos recogidos en los exámenes de salud) de nuestros trabajadores. Obtener esta información solo se puede lograr con el uso de herramientas informáticas adecuadas, con sistemas en red que mantengan permanentemente actualizados los datos necesarios.

En cuanto a la labor asistencial, criterio que debe ser revisado como se ha comentado anteriormente, ha quedado reducido a la simple atención de primeras curas y urgencias básicas. Respecto a la promoción de la salud, que es esencial en la labor preventiva, está más desarrollada en la práctica diaria en su vertiente individual que en la colectiva, porque la individual es más fácil de aplicar, está más estandarizada, y no requiere de muchos medios ni recursos. La Administración debería potenciar las actuaciones de promoción de la salud colectivas apoyando la labor de los servicios de prevención.

Hecho este paréntesis, volvemos a la encuesta y aquellas conclusiones que tienen que ver con la vigilancia de la salud. Sepamos cómo perci-

ben los trabajadores españoles los reconocimientos médicos que se les practican. Según la encuesta, el 58,2% de los encuestados tiene la percepción de que los reconocimientos médicos son útiles para encontrar enfermedades relacionadas con los riesgos a los que están expuestos en su trabajo. Los escépticos (42%) respecto a los reconocimientos médicos, dudan de su **utilidad y relación** con los riesgos de su puesto de trabajo. No ven beneficio en términos de salud por realizarse los reconocimientos médicos laborales específicos. Pero, ¿se ve este beneficio cuando se hacen reconocimientos médicos generales no específicos? ¿Qué ocurre? Quizás el problema está en que no se hacen adecuadamente los exámenes de salud, es decir, no se hacen *suficientemente específicos en función de los riesgos laborales*, y por eso no es percibida su utilidad por parte del trabajador. O, a lo mejor, es que si se hacen suficientemente específicos pero que de esta forma se dejan fuera y no se detectan otros problemas de salud *no laborales* que tiene el trabajador y que le preocupan mucho más que los de carácter laboral. Pero a lo mejor el problema de cómo se perciben los reconocimientos médicos por parte de los trabajadores es una mezcla de los dos. La Medicina del Trabajo realizada en la empresa combina sin problemas los reconocimientos médicos de carácter general con los exámenes de salud específicos por riesgos laborales. La vigilancia de la salud no admite esta combinación, solo permite un tipo, los específicos por exposición a riesgos laborales. Como colofón a estos renglones donde se ha tratado de desgranar brevemente algunos de los interrogantes y contradicciones de la Medicina del Trabajo y de la Vigilancia de la Salud que deberán ser resueltos en algún momento del futuro próximo, se pasa a enumerar éstos a modo de resumen:

- ¿Se logrará que la mayoría de los especialistas en Medicina del Trabajo vuelvan a reali-

zar labores asistenciales propias de su especialidad como la primera atención, consulta, diagnóstico y tratamiento del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional?

- ¿Se conseguirá finalmente integrar la prevención en la empresa potenciando que en la medida de lo posible los sistemas preventivos estén presentes en los centros de trabajo?
- ¿Se dejarán de hacer reconocimientos médicos con periodicidad anual?
- ¿Se llevarán a cabo sólo exámenes de salud como única actividad de vigilancia de la salud o, sin embargo, se potenciará la utilización de otras herramientas preventivas como los cuestionarios de síntomas, que alternen en uso con los exámenes de salud?
- Los reconocimientos médicos que se practiquen en el futuro, ¿serán únicamente específicos por exposición a riesgos laborales, o desde los Servicios de prevención se asumirán labores de salud pública, haciendo prevención médica de patologías y enfermedades no laborales?

Lo que sí parece más probable es que el especialista en Medicina del Trabajo recupere espacios de actuación perdidos en estos momentos, sobre todo en lo que a asistencia sanitaria y salud pública se refiere, aunque sea por un simple criterio de optimización de recursos. No hacerlo sería desaprovechar a estas nuevas promociones. El año pasado empezó la primera de especialistas de Medicina del Trabajo por el sistema de residencia, como en el resto de especialidades médicas. Seiscientas horas de formación teórica, veinticuatro meses de rotación hospitalaria (especialidades médicas, médico-quirúrgicas, traumatología, ...) y otros veinticuatro meses en Servicios de prevención darán como resultado una nueva generación de especialistas cualificados y competentes como para pensar en que puedan ampliar las funciones a desempeñar dentro de esta Vigilancia de la Salud más encorsetada, y que sean similares a las funciones que contempla como propias la Medicina del Trabajo.



“Contribución de sangre”, 1912.
Pedro Ferrer Calatayud.
Academia de Bellas Artes de San Carlos de Valencia.