

La multidisciplinariedad en los servicios de prevención. Detección y prevención de las enfermedades profesionales

Antonio de Cos Blanco

EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN. ANTECEDENTES. “BOTIQUINES” OSME. SERVICIOS MÉDICOS DE EMPRESA. DISCIPLINAS COMPLEMENTARIAS PERO NO CONVERGENTES.

Sin querer ahondar excesivamente en el pasado de los Servicios de Prevención, no podemos dejar de hacer referencia a la forma en la que se coordinaban las distintas disciplinas existentes en esa época para así poder entender la situación actual. En otras épocas se hizo prevención de riesgos laborales con criterios técnicos bastante parecidos a los actuales. Quizás lo que más ha cambiado es la forma de organizarse. Pero también, por desgracia se han heredado formas de trabajo que no se corresponden con lo que se precisa en la actualidad. En ese sentido, y trasladándonos a los años 50, tenemos unos servicios médicos de

empresa, con casi todas las responsabilidades en materia de salud laboral. Reglamentos muy específicos que determinaban las labores a acometer por los médicos de empresa. El Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa, regido por su organización, la OSME, plantea un marco de actuación concreto en las empresas en materia de prevención dando casi todo el protagonismo a los facultativos que en muchos casos dirigen no solo la medicina de empresa, sino también la prevención de riesgos en general.

Los servicios médicos de empresas están constituidos por médicos, enfermeros/as y personal administrativo. Se encargan de realizar las primeras curas, curas sucesivas, pruebas diagnósticas, tratamientos y reconocimientos médicos a su población de trabajadores protegida. Las funciones de prevención de riesgos laborales, como evaluaciones de riesgo, mediciones de todo tipo en los puestos de trabajo,

etc. Las pueden realizar los mismos o cuentan ya con técnicos de “seguridad e higiene”, como se les llamaba entonces, que estaban organizados dentro de una estructura de servicios de seguridad e higiene en el trabajo, donde realizaban las tareas de prevención de riesgos laborales que en ese momento establecían las ordenanzas correspondientes. En muchos casos bajo las órdenes de médicos que asumían también la jefatura de los ya mencionados servicios de seguridad e higiene. Supuestamente existía coordinación de estos últimos con los servicios médicos, pero la realidad era bien distinta.

Si analizamos con más detalle al profesional que en esa época detentaba la figura representativa más importante dentro de la salud laboral, incluidos aspectos más concretos de la prevención de riesgos como pueden ser la seguridad y la higiene, o sea la del médico de empresa, podremos explicarnos el por qué de los cambios que se dieron con posterioridad en la organización de la prevención.

Eran médicos que en su gran mayoría habían obtenido la titulación a través de una diplomatura que les habilitaba para realizar las funciones de médico de empresas y que en un porcentaje elevado, ya estaban en posesión de otra u otras especialidades —en esa época era mas sencillo y mucho más rápido poder especializarse— las cuales ejercían como primera opción quedando relegado a un segundo plano el trabajo como médico de empresa, al que dedicaban el mínimo tiempo posible para poder compatibilizar el resto de sus actividades médicas. No lo dejaban porque daba prestigio —sobre todo cuando se trataba de una gran empresa—, más ingresos y suponía una dedicación nada exagerada. La actividad fundamental, y por desgracia casi única en los servicios médicos de empresa en esa época, era pasar consulta médica y hacer los reconocimientos médicos. La labor asistencial era la

prioridad, las consultas se relacionaban con temas laborales, mayoritariamente accidentes de trabajo, pero con un porcentaje de dedicación muy importante a consultas de enfermedades comunes no laborales.

Esta actividad de salud pública desde los servicios médicos de empresa se veía reforzada por la posibilidad de poder recetar con talonarios de la seguridad social, gracias a lo establecido por el artículo 53 del Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. Realmente era muy cómodo y de gran ayuda para el sistema público de salud. Se resolvían las patologías comunes que afectaban a los trabajadores de la empresa, pero también las de sus familiares, vecinos, con el uso excesivo del talonario de recetas. Mucha labor asistencial, laboral y no laboral, como vemos, y poca labor de medicina del trabajo. Los reconocimientos médicos eran más bien de carácter general, “cheques médicos”, sistemáticos, no específicos por riesgos laborales, con pocos datos del puesto de trabajo. La información recogida apenas se trataba, viéndose pocos estudios epidemiológicos y estadísticos que explotaran los datos almacenados, en parte porque o no existían programas informáticos específicos, o los que había más que ayudar, complicaban estas labores.

Era, por tanto, una dedicación parcial de los especialistas, escasamente formados y con escasa focalización y sensibilidad hacia los asuntos relativos a las enfermedades profesionales relacionadas con los riesgos a los que los empleados estaban expuestos.

En esta situación de mínimos, la mayoría de los médicos que lideraban los servicios médicos de empresa y lo servicios de prevención, no sentían la necesidad de colaborar estrechamente, salvo en honrosas excepciones, con los técnicos de prevención. Las distancias no sólo no se intentaban salvar sino que, por el contrario, se ampliaban. Qué necesidad había de

hablar con un técnico de prevención de riesgos. Cada uno a lo suyo. El técnico, que se ocupara de evaluar los riesgos en los puestos de trabajo y conseguir y facilitar los tapones para los oídos donde hubiera mucho ruido. Pero esa evaluación de los riesgos no parece que tuviera nada que ver con las actividades desarrolladas para prevenir enfermedades profesionales y mejorar la salud general de los empleados. Poca mezcla y poca conexión. De lo poco en lo que se interactuaba era cuando se aplicaban los **profesiogramas**, paradigma en esos momentos de la adaptación del hombre al puesto de trabajo, no la del trabajo al hombre, como vino a decir tiempo después una nueva disciplina, aún en su fase embrionaria por aquellas épocas: la **Ergonomía**, que es la disciplina que mejor refleja lo que es el trabajo multidisciplinar.

En esa época los profesiogramas se utilizaban mucho. Para quien no los haya visto nunca o no los usase, consistían en una ficha donde se daba un valor cuantitativo, del 1 al 5 o al 10, dependiendo de los casos, a una serie de parámetros que se valoraban, tanto físicos, como psicotécnicos, según el puesto de trabajo a determinar, entendiendo que eran los de mayor trascendencia a la hora de valorar la idoneidad de una persona para poder trabajar en un puesto con las debidas garantías de éxito. Aspectos como la capacidad de concentración, la agudeza visual, la fuerza motriz en extremidades superiores, o inferiores, capacidad auditiva, concentración, capacidad intelectual, etc., se cuantificaban y se puntuaba de acuerdo con los datos obtenidos del reconocimiento médico. Se obtenía una gráfica. Si ésta, y los valores obtenidos, superaban los establecidos por el perfil mínimo establecido en la ficha del profesiograma para ese puesto de trabajo, el candidato podía trabajar. Si no los superaba en todos o en alguno de sus aspectos, el candidato se quedaba sin puesto.

Pero volviendo a la relación médico-técnico, ya hemos venido apuntando algunas claves que explican el porqué del cisma y la separación tan grande que ha existido tradicionalmente entre unos y otros. Si recapitulamos podremos establecer las causas más importantes de este “desafecto”:

- Por el reglamento de la OSME se da plenos poderes a los servicios médicos de empresa para realizar todas las actuaciones relacionadas con lo que ahora conocemos como prevención de riesgos laborales.
- Las empresas grandes han tenido antes servicios médicos que servicio de seguridad e higiene, que así se llamaban entonces.
- Son en muchos casos los médicos los que lideran la prevención de riesgos en las empresas.
- Como hemos visto antes, la mayoría de esos médicos tenían únicamente la diplomatura de empresa, 6 meses, tiempo insuficiente para conocer todos los aspectos relacionados con la medicina del trabajo. Y por supuesto, pocas referencias al trabajo en equipo. Sólo cuando se instauró la especialidad de medicina del trabajo empezaron a cambiar las cosas.
- Tiempo escaso el dedicado al ejercicio de la especialidad. Y la mayoría del poco tiempo empleado se dedicaba a consulta médica, pero de enfermedades no laborales.
- Por parte de los técnicos, personas en muchos casos con formación superior como los médicos, estaban casi siempre a las órdenes de los Jefes de los servicios médicos, con el perfil que hemos comentado. O se menospreciaban sus conocimientos o directamente se les ignoraba en el día a día. Para cuestiones mayores, o cuando se daba el caso de un accidente grave o mortal, la cosa cambiaba.

Pero el resultado final, lo que se podía constatar en la práctica, es que los médicos no

tenían la necesidad de contar con los técnicos, y estos últimos pensaban que aquellos, para lo que hacían, deberían volverse a sus consultas y sus hospitales y dejar la salud laboral a otros más cualificados, con mayor interés por la prevención de riesgos laborales y con mayor tiempo de dedicación (“full time”). Estas discrepancias, desavenencias y enfrentamientos llevaron a posiciones distantes y encontradas entre los profesionales de la medicina y de las áreas técnicas. Por supuesto que no ha sido siempre así, pero sí lo ha sido el suficiente número de veces como para dejar un poso que ha soportado el paso del tiempo y llegado hasta nuestros días, y que ha condicionado y condiciona el presente de una coordinación debida, que en muchos casos sigue sin existir.

¿En que aspectos estaban relacionados las actividades de médicos y técnicos de prevención?. Pues en muchas y diversas actuaciones. Por mencionar algunas en las que deberían estar coordinados: Evaluaciones de riesgo, informes de aptitud, mediciones de ruidos, valoraciones de riesgo.

Todas estas actividades que se debían realizar conjuntamente, se hacen por separado y sin posible coordinación. Los personalismos y corporativismos están a la orden del día. Incluso en empresas donde los servicios médicos y los servicios de prevención estaban dirigidos por médicos tampoco había coordinación.

No había calado el mensaje del trabajo en equipo en lo que se refiere a prevención de riesgos laborales. Son tiempos en que existe descoordinación entre los distintos estamentos. Entre los escasos ejemplos de lo contrario está el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que tiene por misión la de cohesionar a todos los estamentos implicados. Es además un órgano de referencia a nivel nacional en materia de prevención de

riesgos laborales. Era el organismo de referencia para cualquiera que tuviese alguna duda. Nada que ver con el instituto venido a menos de estos últimos años. Con menos recursos materiales y humanos, y con menos apoyo que nunca, ha dejado de ser ese centro especializado de referencia y consulta al que todos acudíamos para resolver casos complicados dentro del ejercicio médico y preventivo en las empresas

Si buscamos razones que están en el fondo de esta separación tan grande entre especialidades “técnicas” y “médicas”, no podemos dejar de comentar la permanente competencia existente entre el Ministerio de Trabajo y Ministerio de Sanidad. La salud laboral depende de estos dos ministerios que son los que tienen que ver con la misma. La falta de trabajo en común y coordinado, ha llevado siempre a equívocos y reproches comunes que en cierto sentido han ralentizado y retrasado el desarrollo y el crecimiento de la salud laboral.

No siempre es así. Por ser optimista y esperanzados, al hablar de enfermedades profesionales, coincidiendo con la publicación del último Real Decreto donde se actualiza la antigua tabla, se ha incumplido esta permanente falta de coordinación entre unos y otros, y sin que sirva de precedente los roles y participación de los dos ministerios ha quedado bien establecida, dando una mayor coherencia, al menos en teoría, a la enfermedad profesional en nuestro país.

En otras actuaciones en las que han intervenido los dos Ministerios, por desgracia, no ha sido así, y ha existido un conflicto de competencias y de intereses al fondo. Por ejemplo, la falta de previsión de los facultativos médicos especializados necesarios para cubrir las necesidades planteadas por la ley de prevención de riesgos laborales en cuanto a vigilancia de la salud se refiere, se debió a

una descarada y diferente interpretación de quienes tendrían que ser los profesionales protagonistas de la Vigilancia de la Salud implicados en esta labor. Mientras que para el Ministerio de Sanidad sólo los especialistas en medicina del trabajo podrían desarrollar las funciones previstas por la ley de vigilancia de la salud, el Ministerio de Trabajo, que en esta ocasión fue el legislador, dejó abierta la puerta a la participación en la vigilancia de la salud de otros médicos no especialistas, en concreto los generales o de familia, interpretando que estos podrían colaborar activamente realizando reconocimientos médicos, bajo la supervisión de especialistas en Medicina del Trabajo. Poco tardó el Ministerio de Sanidad en enmendar la plana a sus colegas de trabajo, dejando meridianamente claro que sólo los especialistas en Medicina del Trabajo pueden desarrollar las funciones de Vigilancia de la Salud establecidas por la LPRL.

Todas estas diferencias han conllevado estériles discusiones que ha supuesto en muchos casos retrasos en la toma de decisiones adecuadas para resolver este problema que algunos no reconocían: la falta de especialistas en medicina del trabajo para cubrir las necesidades planteadas por la Ley de Prevención de riesgos laborales. Ocho mil, diez mil. O más dicen que faltan. La cifra exacta se discute, pero la falta de médicos especialistas es una realidad indiscutible. Ahora llegarán las soluciones, pero por desgracia, ya sabemos que siempre lo harán a destiempo.

Haciendo una pequeña cuña en relación a este tema de los especialistas médicos, decir que la única manera posible en la actualidad para obtener el título de especialista en Medicina del Trabajo es por vía MIR. Finalmente esta especialidad recientemente ha pasado a realizarse por el sistema de residencia, como cualquier otra especialidad

médica. Antes se hacía por escuela profesional: 2 años de clases teóricas y un último año de prácticas en una empresa. Ahora son 4 años, 2 años de rotaciones clínicas hospitalarias y 2 Años en un Servicio de Prevención. La calidad de los futuros profesionales va a ser en teoría mucho mejor dentro de unos años. Los nuevos médicos especialistas van a ser médicos bien formados que pueden hacer buena medicina asistencial en accidentes de trabajo (AT), que pueden diagnosticar y tratar la enfermedad profesional (EP), que pueden aplicar protocolos médicos específicos de vigilancia de la salud y que conocen muy bien la parte técnica de Prevención de Riesgos Laborales (PRL), en sus disciplinas de Seguridad, Higiene y Ergonomía. Muy buena tarjeta de presentación para unos profesionales que se van encontrar con un horizonte muy estrecho. Tal como están las cosas en nuestro país, un médico especialista en medicina del trabajo en la actualidad, que trabaje en un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, ni va a tratar accidentes de trabajo, ni va a diagnosticar y tratar enfermedades profesionales, y finalmente poco o nada va a hacer en relación a la parte técnica de PRL, dado la escasa afición a compartir conocimientos y habilidades que existe en este campo, donde apenas se hace trabajo multidisciplinar. Lo que probablemente haga durante casi toda su jornada laboral serán reconocimientos médicos y confeccionar informes y todo tipo de documentos.

Retomamos las guerras ministeriales. El que nos estemos deteniendo en remarcar la distinta percepción que se tiene de la salud laboral por parte de los dos ministerios principalmente afectados, es comprobar que esta escasa coordinación existente entre funcionarios mal avenidos, este mal ejemplo, ha calado a otros niveles, como veremos a continuación al analizar cual es la situación actual.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN LA ACTUALIDAD. REGULADA POR LEY LA MULTIDISCIPLINARIEDAD. ¿SE APLICA EN LA PRÁCTICA?

En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales son numerosas las menciones que se realizan acerca del trabajo multidisciplinar bien ejecutado. Ahora sí que se habla expresamente de multidisciplinariedad, de trabajo en equipo. La teoría parece clara. Existe un objetivo común, que es la salud del trabajador, y se identifica quienes son los distintos profesionales que pueden hacer algo por ello desde su capacitación. Así lo entiende la Ley de Prevención de Riesgos laborales, y así se debía de entender al transcribir a nuestro ordenamiento jurídico la Directiva comunitaria sobre seguridad y salud, que es la que incorpora estos criterios generales de coordinación de distintas disciplinas.

Se establecen 4 disciplinas oficiales para combatir y prevenir los riesgos laborales:

- Seguridad e higiene en el trabajo
- Higiene industrial
- Ergonomía y psicología aplicada
- Vigilancia de la salud

Todas deben trabajar coordinadamente para cumplir los ambiciosos objetivos marcados por la Ley de Prevención. De las cuatro hay una que lleva intrínsecamente el carácter multidisciplinar del que tanto estamos hablando. Es multidisciplinar por definición: La Ergonomía, que cuenta como parte de su esencia con que participen distintos profesionales de muy distintas especialidades para conseguir adaptar el trabajo al hombre. Los profesionales pueden ser ingenieros, médicos, psicólogos, inspectores de trabajo, físicos, arquitectos, etc. Es una disciplina que ya cuenta con distintos puntos de vista diferentes, que enriquecen la labor a desarrollar, que

posibilitan la solución real de problemas en el mundo laboral. Y, por supuesto, siempre trabajando en equipo.

Las otras tres, las clásicas si así se las puede llamar, tienen unos antecedentes, como ya hemos podido comentar, nada predisponentes al trabajo con otras disciplinas. Los técnicos de prevención pueden ser ingenieros, químicos, físicos, arquitectos, pero también abogados, relaciones laborales, etc. Los “pata negra” y “jamón serrano”. Pero tantas profesiones no concurren para aportar lo mejor de sus respectivas carreras y áreas de conocimiento, como ocurre en el caso de la Ergonomía, sino porque es un requisito mínimo el tener licenciatura para poder ser técnico superior de prevención de riesgos laborales.

La Higiene Industrial esta reservada para pocas especialidades, existiendo menos diversidad en cuanto a la procedencia de los especialistas. Hacer las mediciones de agentes físicos, químicos y biológicos reúne a un número menor de carreras: químicos, físicos, y alguna que otra más. Hacen su trabajo, que es de una enorme importancia y trascendencia para la labor que van a desarrollar las otras tres disciplinas, pero sin mezclarse mucho. Es la disciplina más especializada.

En cuanto a la Vigilancia de la Salud, esa parte de la Medicina del Trabajo que realizan los Servicios de Prevención en la actualidad, los antecedentes vistos de la Medicina del Trabajo en España no nos hacían augurar nada bueno en cuanto a lo que se entiende debe ser trabajo en equipo y multidisciplinar. El presente está recogiendo los problemas no resueltos del pasado. La mayoría de los médicos del trabajo, aunque la teoría del trabajo en equipo en el seno del servicio de prevención la tengan muy clara, no trabajan en equipo multidisciplinar. Básicamente se centran en su trabajo, realizan sus reconocimientos médicos, ahora protocolos médicos especí-

ficos por riesgos laborales, apenas hacen labor asistencial, y como no, la enfermedad profesional la ven solo en informes estadísticos que reflejan una casuística de enfermedad profesional en empinado descenso, curiosidades de la vida. Y además cumplen con vehemente entusiasmo con la ingente labor documental, administrativa, y burocrática que acompaña en este momento de nuestras vidas a la prevención de riesgos laborales.

Si además de esto el trabajo se desempeña en un servicio de prevención ajeno, ya sea de procedencia exclusiva del ámbito privado, o venga de la segregación de una mutua de accidentes de trabajo, las opciones de hacer buen trabajo en equipo se reducen muchísimo.

A que estas cuatro disciplinas se coordinen sí que algo han ayudado los programas informáticos al uso en prevención, que contemplan ya las cuatro áreas dentro de los mismos (no era así hace unos pocos años), pero muy pocos aplicativos integran de verdad los datos generados por cada disciplina y que pueden ser más que necesarios para el resto, permitiendo que quien verdaderamente necesite un dato generado por otra disciplina pueda acceder automáticamente al mismo. Los programas actuales contienen información de todas las disciplinas, sí, pero sin impacto real sobre la deseada intercomunicación fluida y práctica de datos de uso común entre áreas de trabajo.

Para concretar, y teniendo en cuenta como se realiza el trabajo dentro de un Servicio de Prevención en la actualidad, vamos a analizar con un poco más de detalle en qué puntos es más que necesaria una buena coordinación efectiva entre disciplinas.

a. Identificación y evaluación de los riesgos
Este apartado es la piedra angular a partir de la cual se construye el edificio de la prevención de riesgos laborales. Si no tenemos ade-

cuadamente identificados los riesgos, no podremos evaluarlos ni tampoco corregirlos, minimizarlos o llegar a anularlos. En un aspecto tan básico lo ideal sería que el técnico y el sanitario pudiesen hacer conjuntamente esta tarea. Si no pudiera ser así, los sanitarios miembros del servicio de prevención, ya sea el médico, el ATS/DUE o los dos, deberían estar en condiciones de hacer evaluaciones de riesgo. Si nada de esto ocurre en una empresa, lo más frecuente, lo mínimo exigible, es que la Unidad Básica Sanitaria (médico especialista en medicina del trabajo y DUE de empresa) esté al corriente de los riesgos y tenga fácil acceso a las evaluaciones de riesgo. Médicos y enfermeras deben estar familiarizados con la clasificación Nacional de Riesgos, que es la que utilizan habitualmente los técnicos en sus evaluaciones. No sólo porque en su empresa puedan tener acceso al documento de evaluación de riesgos ya sea en papel o informáticamente, sino porque ha existido una reunión de equipo multidisciplinar en la que el técnico ha expuesto los riesgos más importantes en la empresa, en función de los puestos de trabajo. Aquí se debe discutir si la parcela médica y técnica hablan el mismo idioma, ya que, algunos riesgos fáciles de entender, necesitan “traducción” para que los médicos entiendan a que se refieren exactamente los técnicos. Por ejemplo, el riesgo número 13: sobreesfuerzos, puede significar varias cosas para un médico. Sobreesfuerzo por manipulación de cargas, sobreesfuerzo por movimientos repetitivos, sobreesfuerzo por posturas forzadas. En función de que se trate de uno u otro también será distinto el protocolo médico que aplicaremos al trabajador. Esto hay que consensuarlo y para hacer esto nada como hacerlo en equipo.

Tr a b a j a n d o de esta forma obtendremos mejoras en muchos sentidos al hacer una reunión con todo el equipo: evaluaciones de riesgos

mas concretas y precisas, garantizar el conocimiento por parte de todo el equipo de datos básicos relevantes, mayor motivación por parte de los miembros del mismo porque ven que se escucha sus ideas y razonamientos y por que los resultados acompañan y son mejores. Sólo hace falta empatía y trabajo en equipo. Y sino que se lo digan a la selección española de baloncesto.

b. Plan de prevención y planificación de la actividad preventiva

Este es otro apartado de necesaria colaboración entre los miembros del servicio de prevención. El plan de prevención exige la puesta en común de aspectos relevantes del funcionamiento de la empresa en materia de prevención. Establece los objetivos a seguir y la política de la empresa en materia de prevención. Todos se deben sentir identificados con estos documentos, y más que ninguno los que pertenecen al servicio de prevención. Una visión integradora real de la política preventiva en una empresa es la primera piedra necesaria para lograr que posteriormente todos los estamentos de la empresa actúen de forma coordinadas e integrada persiguiendo un buen fin como es conseguir unos empleados más sanos, realizando trabajos sin riesgo.

La Planificación de la Actividad Preventiva (PAP), plasmada siempre en un documento, es algo muy útil para integrar la actuación de los mandos de la empresa, empleados y el servicio de prevención en el día a día. A partir de los riesgos identificados por el técnico (habitualmente) se establecen fundamentalmente las medidas correctoras que hay que abordar para resolver o minimizar el riesgo. El médico, que por desgracia muchas veces ni sabe de su existencia, debe conocer de primera mano este documento, al cual debe aportar su punto de vista acerca de la bondad de las

medidas correctoras establecidas, proponiendo alternativas e intentando identificar la posible aparición de enfermedades o patologías relacionadas con dichos riesgos.

c. Vigilancia individual de la salud de los trabajadores. Reconocimientos médicos Aptitud para el puesto de trabajo

La actividad realizada por las UBS dentro de los servicios de prevención resulta bastante desconocida habitualmente para el resto de los miembros del servicio de prevención, salvo que éste sea un equipo de verdad que haga reuniones de trabajo periódicas con la totalidad de sus miembros.

Los técnicos de prevención deben conocer los criterios de valoración de los médicos del trabajo. Deben conocer las distintas variantes de aptitud para el puesto de trabajo que puede dictaminar el médico del trabajo, sobre todo los aptos con limitaciones o restricciones y los no aptos, que deben suponer automáticamente una valoración conjunta por técnicos y sanitarios con la intención de plantear medidas correctoras para, o bien limitar las restricciones que se planteen, o intentar cuanto humanamente sea posible para que un no apto deje de serlo, ya que estos casos, en muchas empresas que tienen pocas posibilidades de cambio de puesto de trabajo, pueden conllevar el despido del trabajador implicado.

d. Vigilancia de la salud colectiva

Con la inmensa cantidad de datos recogidos, a través de la aplicación de los protocolos médicos específicos y con una adecuada herramienta informática que nos permita su explotación, estaremos en condiciones de obtener información bastante precisa de cual es la situación en términos de salud del personal que protegemos. Estos datos, que muchas veces se incluyen en las memorias

anuales de los servicios de prevención, también deben ser analizados desde los otros puntos de vista existentes dentro del servicio de prevención. Por poner un ejemplo, que los datos obtenidos en los reconocimientos médicos manifiesten un significativo empeoramiento en los resultados de las audiometrías, estará indicando a la UBS, y por extensión a todo el Servicio de Prevención que algo pasa y que hay que actuar: se debe intensificar los controles médicos y el técnico debe revisar en breve los puesto de trabajo del personal implicado para comprobar si se utilizan correctamente los EPI's facilitados y si hay cambios sustanciales en las condiciones de trabajo. Si procede, repetirá las mediciones de ruido, y si se confirma aumento en los niveles de ruido, planificará las posibles acciones correctoras posibles a sugerir al director responsable de la planta o del área afectada. Esto es un sencillo ejemplo de trabajo en equipo bien hecho. Parece facilísimo de hacer, y lo es, pero muchas veces no se hace así.

e. Formación

Este apartado requiere colaboración activa para su ejecución, no sólo en la fase de impartición de cursos, donde si se suelen dividir por disciplinas, aunque estén interrelacionadas (p.e: primeros auxilios en un curso de medidas de emergencia) sino también en la fase de confección y preparación del material didáctico de los cursos. Esta documentación tiene que ser revisada por todos los miembros del servicio de prevención, haciendo las modificaciones y sugerencias que estimen oportunas para que el producto final se enriquezca. Si queremos hacer un curso de formación en prevención de riesgos para sanitarios este incorporará aspectos muy específicos como exposición profesional a radiaciones ionizantes, riesgos biológicos y riesgos químicos en su caso, pero también se tendrán

que incluir información relativa al uso de pantallas de visualización de datos, a otros riesgos asociados al trabajo en oficina,... Un pequeño test sobre la marcha ¿si usted tuviera que preparar un curso sobre legionelosis para impartir al personal de mantenimiento de los sistemas de refrigeración en su empresa, a quien se lo encargaría. ¿Al médico?, ¿Al técnico?, ¿A ambos?.

f. Investigación

La investigación en materia de salud laboral no alcanza los niveles que corresponden a una sociedad avanzada como la nuestra, en términos de cantidad y de calidad. Aunque la tendencia está cambiando en los últimos años, resulta totalmente inusual y raro encontrar trabajos de investigación que reúnan bajo el mismo proyecto a personas de distintas disciplinas. Los médicos se juntan con médicos, los ingenieros con ingenieros. Se produce investigación con pocas conexiones.

¿ES REALMENTE ÚTIL LA MULTIDISCIPLINARIEDAD Y EL TRABAJO EN EQUIPO?

Llevamos un buen rato hablando de que, en la práctica, los equipos multidisciplinares, salvo honrosas excepciones, brillan por su ausencia. Que si nuestros antecesores sembraron la semilla de la discordia, que si la sociedad es cada vez más individualista al reconocer méritos y funciones. Que si la deriva mercantilista de los Servicios de prevención no está para estas florituras, que si la “burocratización” de la labor preventiva no nos deja tiempo para el trabajo bueno y de calidad,... Pero cabe preguntarnos si nuestra insistencia tiene algún fundamento. ¿Realmente merece la pena partir hacia la búsqueda del “dorado” multidisciplinar? ¿Con qué nuevo fiasco nos encontraremos?.

La coordinación y trabajo en equipo multidisciplinar real, decididamente, puede reportar una eficiencia y resolutivez, la necesitamos, y es necesaria por al menos unos cuantos motivos y argumentos que se enumeran a continuación:

- En primer lugar es necesaria por imperativo legal, según hemos comentado. Queda perfectamente definido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales LPRL y el Reglamento de los Servicios de Prevención RSP.
- También es necesario para mejorar la gestión de un Servicio de Prevención. No actuar de forma coordinada y serán muchos los cortocircuitos que dificultarán la correcta gestión de los mismos.
- Es necesario para conseguir integrar la prevención en las empresas. Este objetivo de integración, perseguido por los últimos cambios reglamentarios, sólo se puede conseguir si todas las personas que tienen responsabilidades en materia de prevención de riesgos laborales en los servicios de prevención trabajan también de forma “integrada”. Como si no van a pretender que en su empresa se integre realmente la prevención a todos los niveles.
- Los ambiciosos objetivos que establece la Ley de Prevención de riesgos Laborales necesitan del concurso de un equipo multidisciplinar para conseguirlos, si no nos quedaremos siempre a mitad de camino, cumpliendo las exigencias legales, pero sin hacer una auténtica prevención.
- Es necesario garantizar que exista un flujo real de información de uso y utilidad común y compartida. Hay que hacer desaparecer los compartimentos estancos.

Hay otras ventajas más subjetivas del trabajo multidisciplinar, como puede ser el sentir que tu opinión cuenta, que estás integrado en un equipo que te apoya y donde los objetivos se consiguen de forma efectiva aprovechando

la sinergia del grupo. Son experiencias y sensaciones muy gratificantes que suponen un impulso a tu trabajo y que te ayudan a seguir teniendo ganas de hacerlo mejor.

Como ejemplo que ilustra lo dicho se incluye a continuación la experiencia de un médico del trabajo, gran especialista, vivida hace ahora algunos años:

“Tuve la oportunidad de estar en una reunión de trabajo de una multinacional. Asistían el director médico de la división Europea, el director de una de las plantas de producción en Glasgow (Escocia), un ingeniero de servicios centrales, una abogada representada a recursos humanos y el psicólogo jefe de los servicios de orientación de la compañía. El tema central de la reunión fue la mala aceptación por parte del personal de la planta en Escocia de un nuevo tipo de indumentaria de trabajo, de dos piezas en vez de una (las antiguas), con el que se había equipado al personal. La nueva indumentaria planteaba con sus dos piezas algún problema para la correcta ejecución de una operación concreta. Realmente el asunto no me impresionó en absoluto, casi ni me acuerdo en detalle del mismo, lo que si lo hizo fue ver a este equipo de trabajo formado por un grupo de profesionales de procedencias muy distintas, opinar abiertamente desde su punto de vista con un enorme respeto hacía y por parte de los demás. Todos se escucharon pacientemente y con interés por lo que argumentaba el resto. Nadie quedó sin hablar, pero todos tuvieron intervenciones concretas y directas, nada de protagonismos estériles. Tocaron aspectos psicológicos, de estima profesional, de influencia de los colores, de los tejidos y reacciones alérgicas, de sanciones y obligatoriedad de uso... Finalmente se decidió colegiadamente volver a usar una prenda de una sola pieza, tipo mono de trabajo. Me sorprendió la eficiencia y rapidez con la que se resolvió el asunto. Llevaba 4 años trabajando en España como médico de empresa y no había visto nunca nada parecido. Y esa forma de trabajar estaba establecida en sus normas y guías de actuación”.

¿ES FACTIBLE EN LA ACTUAL ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN REALIZAR TRABAJO MULTIDISCIPLINAR?

En teoría sí. La ley lo dice, e igualmente se menciona en muchos documentos utilizados por los servicios de prevención. Pero ya sabemos lo que ocurre en la práctica. En muy raras ocasiones veremos organigramas que realmente integren y necesariamente obliguen a las distintas áreas de un servicio de prevención a trabajar juntas.

En los servicios de prevención ajenos, que es la modalidad de prevención escogida por el 80% de las empresas en España, tal y como viene recogido en la encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del año 2005, no se dan las mejores condiciones para llevar a la práctica la multidisciplinaria. La presión por cubrir objetivos y conseguir los resultados esperados y su carácter mercantil no sólo hacen muy difícil que se trabaje en equipo, sino que suponen una merma en la calidad del trabajo realizado. Priman los resultados, los beneficios y los ratios establecidos y programados para cada una de las 4 disciplinas. Hay poco tiempo y muchas obligaciones que cubrir. Y muy pocos piensan que trabajar con equipos multidisciplinarios pueda mejorar las cosas. Sólo algunos privilegiados profesionales de entre todos los que trabajan en estos servicios de prevención tienen un margen de maniobra profesionalmente aceptable. El resto se dedica a intentar cubrir sus objetivos, muy condicionados por las exigencias legales, que están burocratizando hasta tal punto los procedimientos y actuaciones a realizar, que el bosque no deja ver el claro, y que está provocando que difumine cual es el objetivo principal de un servicio de prevención, que no es otro que los trabajadores estén más sanos y trabajen más seguros.

Los Servicios de Prevención Propios de Empresas potentes o con potencial y tradición en materia de prevención, no tienen normalmente tanta presión en el día a día. Pero la falta de recursos, la amortización de plazas, la externalización, no son el mejor caldo de cultivo para conseguir un adecuado trabajo en equipo, a pesar de que se den las condiciones óptimas dentro de esta modalidad de servicio de prevención para tenerlo interiorizado como metodología de trabajo. Un ámbito de aplicación abarcable, el de la propia empresa, tiempo para trabajar y unas estructuras que no tienen porqué impedir el que se pueda realizar trabajo multidisciplinar nos deberían permitir con mayor facilidad llevar a la misma mesa al higienista, al ergónomo, al técnico de seguridad y a la unidad básica de salud para discutir sobre botiquines en centro de trabajo, calzado de seguridad, tamaño adecuado de las señales de evacuación, medidas de emergencia, etc.

Hay unos cuantos aspectos concretos dentro de las actividades que desarrollan los servicios de prevención propios donde es necesaria, y se muestra como muy eficiente la colaboración interdisciplinar: Investigación de accidentes, identificación de puestos de trabajo con sus tareas, riesgos, formación, EPIs, tipo de protocolo médico a aplicar y formación específica a trabajadores.

ENFERMEDAD PROFESIONAL. NUEVA CLASIFICACIÓN. NUEVOS AGENTES PARTICIPAN EN SU DETECCIÓN

La nueva clasificación de enfermedades profesionales, que se publicó en el Boletín Oficial del Estado el 10 de noviembre de 2006, R.D. 1299/2006, viene a actualizar la obsoleta clasificación anterior, que llevaba ya muchos

años sin ser revisada. Con un criterio de mínimos que viene avalado por la unión europea, esta nueva clasificación aporta como novedades más interesantes:

1. Nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales Anexo I, con 6 grupos, incorporando como novedad el grupo de las enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos.
2. Se crea un nuevo Anexo II, con la misma clasificación que el I. Es una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro.
3. La tramitación del parte de enfermedad profesional ya no lo hace el empresario sino la entidad gestora (SS) o la entidad colaboradora (mutuas).
4. Los Médicos del Servicio Nacional de Salud y de los Servicios de Prevención comunicarán la existencia de enfermedad profesional o la sospecha fundada de la misma a entidad gestora o colaboradora.
5. La notificación se hará por medios electrónicos. Sistema creado por la Seguridad Social.
6. A desarrollar unas normas médicas y Protocolos de ayuda al diagnóstico y calificación de la enfermedades profesionales por los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, y de Sanidad y Consumo. En concreto una guía de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional.

En relación al sistema de notificación, informatizado, va a ayudar en gran medida a poder tener datos fiables, de forma rápida, de la situación real en cuanto a enfermedades profesionales se refiere. Una de las grandes novedades, que se ha comentado anteriormente, supone que ya no es el empresario el que notifica, sino la mutua o el Sistema Nacional de

Salud. Con esto se pretende, no implicar al empresario en el momento de tomar la decisión de valorar o calificar el principio de un proceso, primero porque es un momento en donde no se sabe si realmente una enfermedad profesional lo es o no lo es, y segundo, el empresario tenía la tendencia a no calificar las enfermedades profesionales como tales.

Cuando se reconoce una enfermedad profesional como tal, al calificarla se reconoce implícitamente la existencia de riesgos laborales, por pequeños que sean, no controlados y que han desencadenado efectos adversos sobre personas que realizan esos trabajos. Esto es un problema añadido para la empresa y su servicio de prevención, ya que al hacer aflorar estas patologías de origen laboral, reconocidas dentro de la tabla, lo siguiente es la correspondiente visita de la inspección de trabajo, vigilante en estos casos.

Otra novedad interesante respecto a la notificación, es la posibilidad de que los servicios de prevención, cuando detecten o sospechen de la existencia de una enfermedad profesional, puedan advertir de su presencia a la entidad gestora, para la tramitación del correspondiente parte electrónico.

Como hemos visto arriba de este apartado, uno de los motivos principales de la publicación y actualización de esta clasificación, es la de incorporar a la misma enfermedades y patologías con evidencia más que sobrada sobre su origen profesional que no estaban reconocidas como tales. Hemos visto que se ha hecho justicia a enfermedades profesionales perfectamente identificadas desde hace muchos años y que estaban fuera de esta tabla. Mención especial para las enfermedades de origen psicosocial. No figuran en la tabla I, ni en la tabla II, cuando en la lista original de la Unión Europea si figuran. En la mesa de diálogo social se trató este asunto pero no tuvo su réplica en la lista definitiva. Quizás

haya que esperar a una mejor definición de las mismas para su correcto diagnóstico. Porque ahí estriba el principal problema con estas patologías. Diagnosticar depresiones, crisis de ansiedad, angustia o neurosis es relativamente fácil para un especialista cualificado, pero es mucho más difícil poder establecer claramente el origen laboral de estas patologías, fundamentalmente porque en muchos casos su origen es multifactorial, no debiéndose a una sola causa, la laboral en este caso. En cuanto a la lista del Anexo II, se va a conseguir que aquellas enfermedades en las que todavía no existe evidencia científica de que su origen sea profesional, pero que se conozcan más que indicios de su vínculo laboral, formen parte de esa lista de espera, hasta que llegue su momento científicamente demostrable, de pasar a la clasificación definitiva de enfermedades profesionales.

Otro de los motivos de estos cambios en la clasificación de enfermedades profesionales, según se nos dice en la declaración de intenciones, ha sido su subdeclaración o su infradeclaración, como se prefiera decir. A los argumentos esgrimidos hasta ahora para explicar este fenómeno, debemos indicar que en muchos casos, antes y ahora va a seguir así si no se remedia, el diagnóstico de la enfermedad profesional va a depender de médicos que no están entrenados para realizar el diagnóstico. Médicos generalistas que pocas nociones sobre enfermedades profesionales han tenido a lo largo de su carrera, y que por supuesto, lo desconocen todo acerca de las condiciones de trabajo y de los riesgos laborales

Por lo tanto vamos a tener a facultativos no especializados en los que va a recaer, en muchos casos, el diagnóstico de unas patologías en las que no va a tener en mente su origen profesional, que en muchos casos desconocen. Esto se podría solucionar planteando la existencia de unidades especializadas médicas

para su diagnóstico, y como llevamos hablando mucho de esto, porqué no incorporar a estas unidades otros especialistas que nos puedan ayudar en esta labor diagnóstica y hacer unidades laborales multidisciplinarias, como existen en algunos países. Fundamentalmente la identificación correcta y adecuada de las enfermedades profesionales y su evolución futura en los próximos años va a depender de lo que se avance en la investigación de las enfermedades profesionales y del correcto diagnóstico de las mismas.

En cuanto a la investigación se refiere, es bastante desalentador el panorama existente en la actualidad. Se investiga poco, se hace con pocos recursos, y lo que es peor, sin objetivos ni líneas de trabajo claras sin continuidad en el tiempo. Además existe falta de liderazgo y tutela en la investigación especializada de enfermedades profesionales. Las pocas instituciones especializadas o están desapareciendo o se quedan sin presupuestos. Los centros especializados donde se veían todas o muchas enfermedades profesionales ya no reciben estos casos.

Y esto no es bueno. Para hacer buena investigación hay que especializarse y tener muchos casos de enfermedades sospechosas laborales para poder trabajar sobre ellas. Referencias como el Instituto Nacional de la Silicosis nos dan la pauta de qué tipo de institución y qué grado de especialización se necesita para abordar correctamente tanto el correcto diagnóstico como la investigación de dichas enfermedades. Unidades de referencia especializadas que se dediquen al diagnóstico y al tratamiento, y que con todo esa información, datos, pacientes y casuística, hagan investigación. Estas unidades especializadas deberían estar compuestas por equipos multidisciplinarios. Empezando por médicos especialistas en Medicina del Trabajo; pero además como se abordan distintas patologías se necesitará el concurso de dis-

tintos especialistas. Principalmente dermatólogos, traumatólogos, neumólogos, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, aunque eventualmente pueda participar cualquier especialidad cuando se requiera.

Un especialista ve al trabajador afectado desde un punto de vista médico, pero nunca puede dejar al margen el punto de vista laboral. Contar con especialistas en medicina del trabajo nos dará ese punto de vista. Pero la labor del especialista en Medicina del Trabajo se completa con la intervención del técnico de prevención, ya sea ingeniero, químico, físico o psicólogo, los cuales establecen los riesgos a los cuales está sometido el trabajador afectado, y los que con más

probabilidad serán los relacionados directamente con la enfermedad profesional motivo de estudio. La opción presencial es la profesionalmente más gratificante y con más posibilidad de éxito. Pero al menos indirectamente estos profesionales deben estar vinculados con los médicos especialistas para completar estas labores.

La nueva clasificación de enfermedades profesionales es un paso muy importante para mejorar la detección de EP oculta, pero todavía como hemos visto, quedan muchas cosas que mejorar y que cambiar para que las enfermedades profesionales estén más controladas en la fase de detección y diagnóstico y, por tanto, en su prevención.



La enfermera. 1872.
Sir Lawrence Alma-Tadema.
Colección particular.