

# *Atención Primaria y Salud Laboral*

## *La medicina familiar y comunitaria ante las enfermedades del trabajo y la incapacidad laboral*

---

Fernando Quijano Terán y Marco Gandarillas González

### PREMISAS

Sirvan estas premisas ya escritas previamente, como puntos de apoyo narrativo y guía en el desarrollo del artículo, pues emulando a J.L. Borges y a estas alturas, en temas de salud laboral *“quizás hay que leer menos, y releer mucho más”*.

“La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”<sup>1</sup>.

“La salud no se vende, se defiende; mas no se puede defender lo que no se ama, y no se puede amar lo que no se conoce”<sup>2</sup>.

“La Incapacidad laboral, termómetro de la Sanidad Pública. ¿Un problema de costo o de ingresos? ¿Amenaza u oportunidad?”<sup>3</sup>.

“La Incapacidad Laboral: encrucijada clínica, ética y de gestión”<sup>4</sup>.

En relación a la salud laboral y a las bajas (fraude, descontrol...), se me ocurre que “...cuántas palabras para un mismo desconcierto”<sup>5a</sup>.

Los sistemas sanitarios públicos, inspecciones, mutuas, INSS y servicios de prevención de empresa, estamos “condenados a entendernos” en atención a la calidad de la asistencia al ciudadano, y a la preserva de sus derechos como tal<sup>5b</sup>.

---

1 Código de Ética y Deontología. OMC.

2 Castejón E, Chavarría R et al. Preámbulo de: Condiciones de trabajo y salud. Barcelona INSHT. 1986.

3 Ruiz Téllez, A. Medifam 1998; vol. 8 nº 6 y SEMFyC 1999 pp-15-57.

4 Borrel F, Caldas R, Guerra G, Moya A, Pérez FJ, Quijano F, Ruiz A, Violán C Barcelona SEMFyC 1999.

5a Quijano F, con frase tomada de Adolfo Aristarain. Guión de la película “Lugares comunes”, 2002. y

5b Quijano F, Relación Atención Primaria y Medicina de Empresa (ponencia). Jornadas de expertos S.E. Medicina y Seguridad en el Trabajo Santander Junio 2002.

“La gestión de la IT, cada vez más lejos, cada vez peor”<sup>6</sup>.

“Que el médico de atención primaria es el profesional idóneo para la gestión global de la IT, y que precisa autoridad y recursos (materiales, personales, financieros y legales) para desenvolverse adecuadamente a este respecto”<sup>7</sup>.

“La enfermedad y la muerte en el trabajo, no tiene justificación ética, social ni económica”<sup>8</sup>.

“No puede dejar de sorprender que lo único noticable acerca del absentismo laboral sea precisamente su coste, al margen de su valor como indicador de salud de la población trabajadora y de las condiciones de trabajo que existen en las empresas”<sup>9</sup>.

“Si se busca, se encuentra”<sup>10</sup>, aunque “ver lo que tenemos delante de nuestras narices, requiere una lucha constante”<sup>11</sup>.

## PREÁMBULO

*“Tenemos que defender nuestra salud y nuestras condiciones de trabajo, por lo tanto, cuanto mejor las conozcamos más conscientes seremos de lo que significa en nuestra vida y mejor las defenderemos”* se lee en el preámbulo de *Condiciones de trabajo y salud* (Castejón, E. et al. 1986), diez años antes de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y en línea con la idea de salud laboral de la Ley General de Sanidad.

Vaya nuestro recuerdo para estos profesionales y a todos quienes sintieron la necesidad de sensibilizar y formar a los demás respecto a la salud laboral, abriendo caminos en un ambiente socio-económico en donde la asunción del accidente como algo “natural” y el arraigo de la cultura de la indemnización frente al daño, era terreno poco abonado para las actitudes integradas de tipo prevencionista, acordes al espíritu de la Atención Primaria (AP<sup>a</sup>).

La gran olvidada, la *enfermedad profesional*, se debe situar en un primer plano en la preocupación profesional y de los objetivos de la Estrategia Española en Salud Laboral 2007-2012, confiando que los accidentes de trabajo vayan en una dinámica descendente. Los médicos de familia tenemos mucho que hacer para que deje de ser la olvidada, pues todos los trabajadores tienen un nexo común: tienen un médico de familia (MF) al que la sociedad encarga y él mismo en general elige, para cuidar el cuidado de su salud, siendo su mayor apoyo técnico y humano a lo largo de su vida, cuya etapa laboral supone unas 70.000 horas, de exposición a riesgos, y debemos detectarla.

La gran repercusión humana, clínica, administrativa y legal que la gestión de la salud laboral tiene para la población, para las instituciones, y en conjunto para todo el sistema de protección social y sanitario es de tal calado, que de su uso racional por todas las partes, depende, además de la mejora de la salud

---

6 Sánchez Ayala J. Diario Médico Secciones 9.11.2001.

7 Gérvas J, Ruiz Téllez a; Pérez Fdez M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Fundación Alternativas Documento de trabajo 85/2006. 8. Cárcoba A. De la seguridad e higiene a la salud laboral. La Mutua nº 12. 2005. 9. Salvador Moncada Centre Salut Laboral. I. Municipal Salut Pública Barcelona. Dossier. Por experiencia nº 2; ISTAS-CCOO. 10. Artieda L. I. Navarro Salud Laboral. Hacer visible la Enfermedad Profesional. Curso de Verano Universidad de Cantabria 2005. 11. George Orwel).

8 Cárcoba A. De la seguridad e higiene a la salud laboral. La Mutua nº 12. 2005.

9 Salvador Moncada Centre Salut Laboral. I. Municipal Salut Pública Barcelona. Dossier. Por experiencia nº 2; ISTAS-CCOO.

10 Artieda L. I. Navarro Salud Laboral. Hacer visible la Enfermedad Profesional. Curso de Verano Universidad de Cantabria 2005.

11 George Orwel.

de los ciudadanos, *la supervivencia de las prestaciones económicas y sanitarias* (Gandarillas, M. 2005) a las que tienen derecho los trabajadores en *defensa del bien jurídico de mayor nivel: el derecho a la salud y seguridad en el trabajo* (Blasco, A. 1998).

## INTRODUCCIÓN

La Salud laboral (SL) y su menoscabo, expresada a veces como Incapacidad temporal (IT) o permanente (IP), tanto por contingencia común (ITCC) como profesional (ITCP), implica a estamentos diversos (M° de Trabajo, Justicia, Sanidad, INSS, Sindicatos, Empresas, MATEPSS), y con visiones e intereses inmediatos no siempre coincidentes, pues no suponen lo mismo estos conceptos para el trabajador que para los organismos, ni se *juegan* lo mismo unos con el resultado de su gestión administrativa, económica o en algún caso, penal, que otros con su salud y a veces su vida. La baja laboral (IT) como expresión de un menoscabo, forma parte ineludible de un acto médico (Gérvás J. 1990; Benavides, F.G. 2005) si bien con una repercusión añadida administrativa, legal y económica, que es justo reconocer, algunos médicos a veces lo viven como una *carga*, pesando más su vertiente burocrática que clínica y les supone un motivo de conflicto en la relación médico-paciente, dificultando su implicación. Hasta un 30% de las reclamaciones presentadas en nuestro medio (López Lázaro, L. 2006) son por tal motivo.

Más un gran número de consultas de la población de trabajadores activos o ya jubilados (casi 30 millones) en los servicios de salud, tienen relación con los riesgos laborales actuales o pasados, y entre un 15-20% de los *motivos de consulta* en atención primaria, tienen origen laboral (6-8 /día/médico de

familia). Ese alto grado de afecciones que probablemente tienen cabida en el capítulo de las enfermedades del trabajo, constituyen nuestro desafío, contemplado ya por fin en las últimas normativas, como engranaje de los médicos del SNS en el sistema de notificación de enfermedades profesionales. Tarea queda, a la vista de los datos referidos en publicaciones científicas (García A. et al 2007)

*Los facultativos del Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto médico de familia como hospitalario o inspector médico, están en una posición privilegiada para detectar patologías relacionadas con el trabajo, y no deben renunciar nunca a su pública competencia, por “hartazgo o desidia, propia o de otros estamentos gestores y/o políticos” evitando la dejación pasiva de sus funciones gestoras de la S.L.*

Esa posición estratégica del médico de familia, le convierte en un agente importante en la detección y notificación de los accidentes y enfermedades del trabajo, tanto la enfermedad profesional (EP) como la relacionada con el trabajo (ErT) y contribuir a vencer su ya conocido subregistro, que es la expresión de un fracaso en la ejecución de la norma vigente hasta el nuevo R.D. 1299/2006 de 10 de noviembre con el Cuadro de EP y su notificación y registro, como así reconoce implícitamente el R.D. 1299/2006 en su exposición de motivos (López Gandía, J. 2007).

Ahora bien, para que se refleje en la realidad *no solo bastan las normativas, sino que se puedan ejecutar y evaluar la “seriedad del sistema”*.

Se puede exigir implicación, tras disponer al menos, de información, formación y apoyo para el diagnóstico y notificación, como los que disponen otros agentes colaboradores e incentivar la consecución de una asistencia y gestión de calidad con los medios disponibles para ello. No olvidemos que estamos ante un problema de **salud pública**.

## SALUD LABORAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. ¿DE DÓNDE VENIMOS?

El concepto de salud laboral definido tras la 1ª sesión del Comité Mixto de la OIT/OMS en 1950 como “la actividad conducente a adaptar el trabajo a la persona y cada persona a su trabajo, con funciones de vigilancia y prevención en la población y en los individuos” considerándose una actividad multidisciplinar y coordinada con la intervención de higienistas, sanitarios, ergónomos..., claves para su desarrollo correcto.

Es en la Ley General de Sanidad 1986 (LGS) que aparece por vez primera el término “salud laboral” en nuestra legislación y, más tarde, en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) con la transposición de directivas europeas y normativas de la OIT. Pero antes y después de estas leyes, muchos médicos de atención primaria han ejercido labores de *vigilancia de la salud de los trabajadores según cada época*, colaborando con otras especialidades en la asistencia de las EP y/o AT de los asegurados en el INSS como entidad gestora, que tuvo gran número de asegurados en tal contingencia hasta que a partir de 1995 cedió gran parte de su “reserva de mercado” (Castejón, E. 2005) a las mutuas, así como a trabajadores de PYMES sin SME y alejados de los centros asistenciales mutuales. También dio cobertura el médico de familia a quien no tenía asegurada tal contingencia (autónomos, empleadas de hogar, agrarios, economía sumergida) o de los funcionarios que eligen su asistencia en el Servicio Público de Salud.

Y no olvidemos que cuando un trabajador es asistido (acto médico) y se le “prescribe” la baja ante un “menoscabo que no permite hacer su trabajo con los requerimientos que éste exige” (incapacidad), se realiza una actividad médica laboral.

No fue tan “novedosa”, pues, la normalización de actividades en este campo de los Servicios Sanitarios Públicos, al incluir estas actividades regladas en los EAP asumiendo el mandato de la LGS que hace mención específica a la Salud Laboral (Cap. IV, arts. 21 y 22) y traslada directrices comunitarias, con integración de la promoción-protección y prevención, en las atribuciones del área de salud con la finalidad de:

- determinar y prevenir los factores laborales nocivos para la salud.
- vigilar la salud del trabajador y detectar de forma precoz problemas de salud.
- contribuir a la elaboración de diagnósticos de salud-mapa de riesgos.
- promover la información, educación y participación en los planes de salud.

Bajo la responsabilidad de la Subdirección General de Atención Primaria (SGAP) del INSALUD, los Equipos de Atención Primaria (EAP) entran en el engranaje de atención en salud laboral, a partir del R.D. 137/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, que regulan el modelo de Atención Primaria (A.P.) aportando su atención integral y continuada a los individuos, en su entorno familiar, laboral y social, con el desarrollo, entre otras funciones, de colaborar en los Programas de Salud Mental, Laboral y Ambiental” (art. 5º, aptdo. G) y que se completa con lo legislado en la LGS.

Se realiza entre los años 1987/1994 la Formación Básica en Salud Laboral de más de 800 de sus profesionales médicos y ATS-DUE, con el referente de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y con posterior descentralización a las CC.AA. tras 1991 y con irregular implantación en los distintos territorios, para realizar actividades implicadas en la salud laboral, como:

- Gestión de IT, Atención y Control de AT y EP (directa en trabajadores con la contingencia asegurada en el INSS).

- Detección y Notificación de EP y AT, y el conocimiento de los factores de riesgo de su ZBS, e integración de actividades de Educación Sanitaria, participación en los Programas de Salud Laboral del Area, y su sensibilización hacia la vigilancia de la relación trabajo/salud en trabajadores de su zona con especial susceptibilidad o desprotección, como los de pymes con poco control y alta siniestralidad, autónomos, agrarios, jóvenes sin cualificación profesional, embarazadas, trabajadores con patologías crónicas limitantes etc, que en general no disponían de control por servicio médicos de empresa, o alejados de los centros asistenciales mutuales, realizando en algunos casos aproximaciones a los diagnósticos de salud y mapas de riesgos de sus zonas, con la coordinación de las “nacientes Unidades de Salud Laboral (U.S.L.).
- Incorporación de datos de tipo laboral en las historias clínicas, y promoción de la relación con los profesionales en otros estamentos (Mutuas, Servicios Médicos de Empresa, Empresas Colaboradoras...), con la coordinación de las USL, como referencia del área, bajo la responsabilidad y gestión de la SGAP hasta el año 1994 con el fin de integrar y coordinar las funciones de los programas de la:
  - UML (unidad de medicina laboral) con asunción de funciones OSME;
  - UVMI (unidad médica de valoración de incapacidades) y la
  - ILT (actual IT) bajo control de las Areas de Inspección.

Cesó tal dependencia, reintegrándose a las Subdirecciones Provinciales de Asistencia Sanitaria de las Direcciones Territoriales, “segándose una buena idea y estructura naciente”, que podía haber dado sus frutos. Pero ni hubo voluntad política suficiente en el área sanitaria y laboral, ni resistencia a las

“presiones externas” para que cuajasen, ¿alguien consideró un peligro su existencia?. Al final, con los procesos transferenciales a las CC.AA. se han “diluido” en unos casos en organismos con interdependencia de las respectivas Consejerías de Trabajo, Industria, Sanidad y los Servicios Autonómicos de Salud, y en pocos, en verdaderas Unidades de Salud Laboral, como es el elogiado caso del Instituto Navarro de Salud Laboral y algunos otros aislados (Cataluña y Com. Valenciana), que tan buenos frutos y ejemplo nos ha dado, pero que no han impedido que a nivel estatal *la percepción del propio MF respecto a su papel en la PRL de sus trabajadores se haya “diluido”*.

## LA GESTIÓN DE LA IT EN ATENCIÓN PRIMARIA. INDICADOR DE S.L ¿MUCHAS O POCAS?

Tenemos la sensación de que en España la IT es un desastre. El abuso exagerado y la palabra fraude se asocia en demasía..., y sin duda fraude hay, como en toda prestación y en todas partes; pero *como termómetro de la sanidad pública*, supone **un indicador “negativo”** por asumir funciones y prestaciones de otros a las que el trabajador tiene *derecho y es necesario su catalogación para la prevención; indica por tanto un escaso rigor de gestión qu ese traduce en un problema de costo ¿o más bien de ingresos?*

Si se facturase en forma debida a las entidades responsables de su gestión ese 16% de IT y lo derivado de su asistencia, como consultas, recetas, cirugías, pruebas rx, TAC, etc, quizás dejasen de ser un costo, y pasaría a un ingreso, dando adecuada cobertura a la contingencia laboral y sus prestaciones.

Revisando estudios serios de nuestra realidad comparada con el entorno europeo, nos

sorprenden con que España ocupa un lugar *intermedio-bajo* en ese ranking comparativo de trabajadores con ausencia de al menos un día en el último año, por cualquier motivo de baja laboral en Europa, con cifras de 14,5% (Soler 2003, Gimeno et al 2004, Castejón E. et al 2004; Gervas J, et al 2006) de media UE-15 en el año 2000, con países con indicadores como:

- Menores: Italia 8,5%, Portugal 8,5%, España 11,4% G.Bretaña 11,7%, Francia 14,3%) o mayores: 17%-18% de Suecia, Luxemburgo y Alemania o 20-24% de Holanda y Finlandia. *Como en la protección social, también hay un norte y un sur en la IT.*

Muchas bajas o muy largas: en el análisis del grupo de IT de SEMFyC en 1999, detectamos un 20% de procesos con exceso en *duración* según opinión-encuesta de los prescripto-

res de las mismas, pero ¿alguien sabe cuántas son las correctas?.

Ante su análisis actual, debemos considerar:

1. Aumentó el número de activos en casi cuatro millones desde 1999, y también aumentó el número de bajas (incidencia) y el incremento de gasto con un 6-10% de media anual 2000-2004 respecto al aumento de cuotas *preocupa*; pero el gasto medio por trabajador no ha aumentado de forma significativa, pues de 195-210 euros en los 1996-97 a 300-310 en los 2003-04, acorde con el nivel inflación-coste vida a euros reales (cálculo propio a partir de afiliados y gasto en IT).
2. Es muy representativo al respecto, el conocido estudio publicado por SEMFyC "*IT, encrucijada clínica, ética y de gestión*" dónde (Ruiz, A. 1999) ampliado y complementado (Gervas J, Ruiz A, Pérez M, 2006), que analiza el comportamiento de la misma, en un centro de salud de unos 18.000 habitantes los gastos del centro se repartían según el estudio en 38% farmacia, 35% IT y 19% sueldos y 8% resto, como en la figura A se representa.

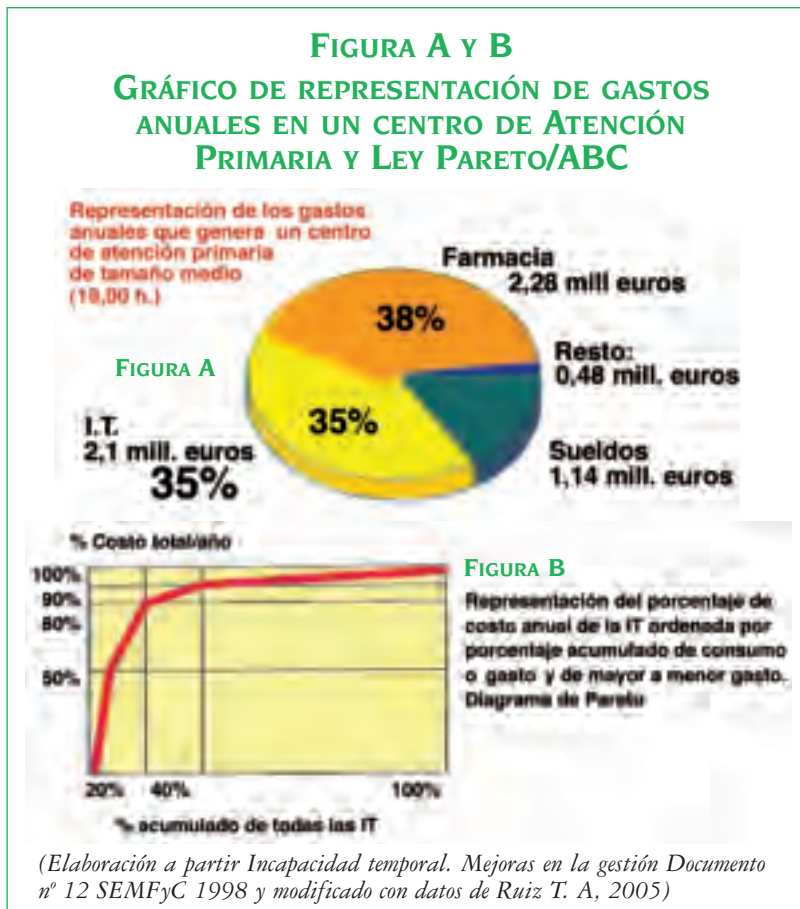
¿Cómo afrontar su gestión correcta?

El análisis y agrupamiento que genera la gráfica de Pareto o Ley ABC, indica que:

El análisis y agrupamiento que genera la gráfica de Pareto o Ley ABC, indica que:

El análisis y agrupamiento que genera la gráfica de Pareto o Ley ABC, indica que:

- el 20% de los procesos generan el 80% del gasto, siendo estos episodios los que duran más de 30 días;
- por otro lado el 7% de las bajas, generaban un 50% del gasto, lo cual supone concentrarnos en la gestión especial de 14 / IT/año, o sea, esfuerzo localizado.



- Otros datos del estudio: un 90% del gasto lo generan el 40% de las IT y el 10% restante del gasto, el 60% de las IT, en general las de regímenes de pago directo, y diagnósticos descritos de larga duración.
- El presupuesto de farmacia es un 38% del total del centro (afecta a un 80% de los usuarios atendidos/año, que son un 50-60% del cupo), mientras que la IT es el 35% y afecta al 11% del cupo, comportándose según la ley de los tercios:
- 1/3 de población la puede tomar (ocupado-activo 33%) y de ella un tercio lo hace en general, que supone un 11% del total de cupo de personas de consulta que sobre un cupo de 2000 usuarios, supone 200 personas en IT /año.

Se comprobó que un 20% de IT del centro, duraba por encima de lo esperado, y éstas ocasionaban el 30% del incremento global de los días de baja (Ruiz, A. 1999) estando influidas por tres tipos de razones, a las que se aportan formas de afrontarlas:

1. Las demoras del sistema: análisis, exploraciones, interconsultas: labor de organización, coordinación, y recursos.
2. Las atribuibles al paciente: de capacidad pronóstica (Fleten, 2004) que corrobora que la baja en Europa “se toma” más que “se da” y hace más preciso el conocimiento e influencia del cercano profesional de esas personas y campañas institucionales y sanciones si cabe, en casos sangrantes.
3. El *conocimiento* de otros factores pronósticos e influencia en la IT como los aportados a la *inspección y los MF* por estudios como el coordinado por Castejón, E. sobre la ITCC en Cataluña, (Benavides et al 2004), o en Galicia (González, B. 2006) aportan información de otras *herramientas para la gestión* efectivas:
  - Características personales y ocupación: el *género*, más IT's en mujeres; *edad mayor*, más larga duración de la baja. La *ocupación*

tiene clara influencia, pues trabajos manuales monótono, repetitivo y con esfuerzo físico tienen más IT's, (*más relación laboral a la EP/AT*). Los factores psicosociales también juegan un papel ya que la interacción con compañeros y la percepción de un trato justo y clima laboral favorable juega en contra de tomar la baja.

- Mercado laboral: el riesgo de perder empleo condiciona la no toma de IT, al igual que el tipo de contrato (temporal menos IT, quizás esto explique que España no esté a la cabeza de IT europea ya que sí lo está en temporalidad)
- Sistema de protección social: fuera de duda que la reducción de los subsidios asociados a IT reducen la misma, llegando a producirse el efecto inverso: el presentismo, o sea personas con bajo rendimiento por estar enfermas que se resisten a coger baja.
- Factores pronóstico sobre la duración de la IT: la edad y sobre el nº de episodios, los trastornos músculo-esqueléticos y los mentales.

En un área sanitaria de Galicia (Glez. Barcala, 2006), los factores que más influyen en la duración y en la reincorporación al trabajo, son:

- De nuevo la *edad y sexo femenino (doble jornada)*, los afiliados a regímenes por *cuenta propia* como autónomos, empleadas de hogar, y agrarios, que de forma reiterada aparecen en los análisis, (“un menor control coercitivo” de la empresa y compañeros). La no percepción de prestación económica los 15-30 días en estos regímenes hasta hace un año, hacía que aumentase la duración media al no tomar la baja en episodios de menos de 15 días, pero con los cambios normativos que posibilita a los Autónomos iguales condiciones que el Régimen General, se intuye que aumentará la incidencia y bajará la duración media.

- La enfermedad diagnosticada, con más días de IT: la osteomuscular y las lesiones, envenenamientos y las mentales (CIE-9), y las de menor probabilidad de reincorporación: las mentales y circulatorias, seguidas de la osteomusculares. No se encontró relación de la duración con las características del médico.

Otro estudio en Cádiz demostraba que la colaboración de la inspección médica reducía el número de bajas sin modificar su duración (Abellán, MJ. et al. 1999).

En resumen si identificamos ese 20% de IT's de más duración y controlo alguno de los factores dependientes de mi gestión y del sistema, como algunas demoras (análisis, exploraciones, interconsultas) puedo influir en un 66% del tiempo de exceso de lo que debería durar: *el gran problema* principal se reduce a que para controlar las IT que generan el 50% del costo, tendremos que controlar especialmente a 14/IT/cupo/año y para el del 80% a 40. *Esto supone 3,3-4 bajas/mes.*

Conclusión: El presupuesto de farmacia al

estar en manos de los gestores sanitarios, preocupa y se hace constante campaña, pero el de IT al estar en manos "lejanas" (INSS) y sin capacidad de gestión directa ocasiona menores preocupaciones. Por tanto, "si los gestores no se preocupan demasiado" de ello, ¿qué van a hacer los de a pié?.

Están poco motivados e incentivados y unido a una *deficitaria* formación y percepción de ser parte de la prevención de riesgos laborales, y con el añadido, del sentimiento de imposición externa (Mutuas e INSS), hace que su actitud sea cada vez menos entusiasta, y aunque no lo disculpa, no es de extrañar el progresivo deseo de ceder en el esfuerzo sólo salvado por el cuidado del paciente y la propia autoestima profesional.

### FIGURAS C, D Y E

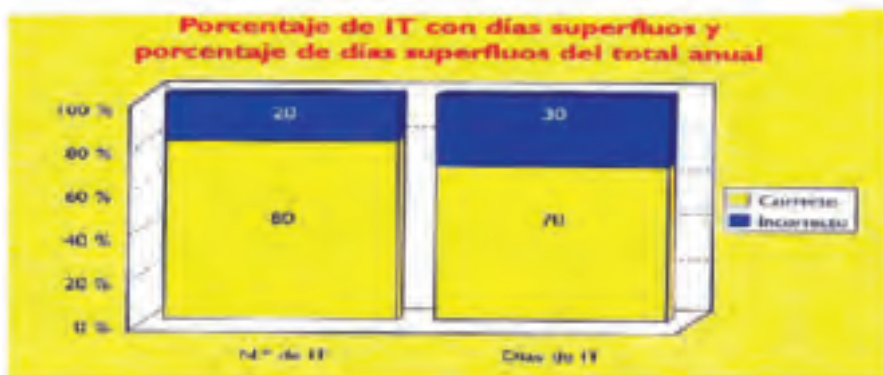


FIGURA C



FIGURA D



FIGURA E

Tomado de Incapacidad temporal. Mejoras en la gestión Documento nº 12 SEMFyC.

## EVOLUCIÓN EN LA GESTIÓN: DE DOS INSTITUCIONES A CUATRO

También contribuyó a complicarlo más, lo ocurrido con la ITCC en la época 1994-2000, pues siendo los indicadores de IT en territorios INSALUD aceptables, y no así en Comunidades con la sanidad transferida (Quijano, F. 1999), llegaron las reformas legislativo-administrativas en la gestión de la IT (café para todos) amparadas en parte en esa desviación, en lugar de analizar la situación dispar y afrontarla en cada CC.AA. “desviada”, y sin tener en cuenta (¿o sí?) si la sanidad pública estaba en condiciones de afrontar tales cambios administrativos con garantías en todas partes. Se tuvo la sensación entonces de una reforma contra los propios intereses del S.N.S, que persiste con el paso de los años y que los resultados del cambio en su gestión parecen confirmar.

Con los nuevos agentes (MATEPSS-INSS) se burocratizó más el proceso, con tal cantidad de datos e informes periódicos a efectuar entre los cuatro agentes en una sanidad con escasos recursos informáticos, que supuso el “crack” en muchas áreas de inspección médica, ya que nadie se preocupó de saber si disponían de capacidad para gestionarlo, en medios y formación.

Se vivió entonces como *“inaudito premio a la adecuada gestión de la IT de unos frente al descontrol de otros”*. Pero a la nueva estructura en el INSS y en las Mutuas se las dotó de medios que quizás se negaban a los Servicios de Salud, con el riesgo de descapitalización del mismo. Se acabó de completar el axioma de “la IT cuanto más lejos, peor” (Sánchez Ayala, J. 2001) y de la eterna separación de los Institutos Públicos de Salud y Prestaciones, o sea, el que gasta y el que paga, sin “obligarles los poderes político-sociales a entenderse dentro de su papel en el Estado de bienestar” que debe ser su objetivo común.

## EL DESCONCIERTO

La mezcla de todos estos ingredientes dan por resultado un combinado llamado “*desconcierto*” y que es preciso analizar para reconducir la situación.

- Las reformas normativas de la gestión de la Incapacidad (ITCC 1992-1997) partieron de valoraciones parciales, incompletas y en exceso economicistas del absentismo, yendo más hacia la estrategia de poner barreras al mismo (reducción de períodos, subsidios, aumento de certificados, informes, traslado de cargas a la empresa etc) que a favorecer el regreso al trabajo con actividad limitada inicial, o mejorar condiciones laborales o la vigilancia de la salud, o al menos, combinar ambas medidas, tras analizar bien la prevención de las entidades gestoras, que tenían excedentes, pero con niveles de siniestralidad inadmisibles.
- En esa época la gestión de la ITCC por los médicos de familia e inspectores del INSALUD tenía un incremento interanual de menos del 2% anual, considerando el endoso del gasto de los 15 días primeros a la empresa y el acortamiento del período de IT (la extinta invalidez provisional) a 18 meses prorrogables, como factores influyentes si bien no determinantes; mas se introducen nuevos agentes en la prestación y su control, el modelo de “hipergestión” de la ITCC con agentes de Mutuas, INSS, además de los Servicios de Salud y áreas de Inspección, con más distancia y burocracia entre sus agentes; con una inversión para tal hipergestión *no evaluada en su efectividad* ha conseguido que la *gestión de la IT, fuese cada vez más lejos, cada vez peor*, con un incremento de la prestación por ITCC progresando desde el año 2000 a un incremento interanual medio de 10%.

- Coincide con etapa de bonanza económica mantenida y del auge de los contratos temporales, cambios en los derechos de prestaciones en autónomos, etc. ¿Será que la buena marcha de la economía nos pone enfermos? (Ruhm, C.J. 2003).
- Pero no puede dejar de sorprender *que lo único noticiable acerca del absentismo laboral sea precisamente su coste, dejando al margen su valor como indicador de salud de la población trabajadora y de las condiciones de trabajo que existen en las empresas, máxime sabiendo que España sigue siendo puntera en siniestralidad, con un 30% de exceso de mortalidad respecto a Europa hasta el año 2006, sin justificación ética, social ni económica (se generan excedentes en la gestión mutual de AT-EP)*, pero sin embargo estamos en el furgón de cola de las enfermedades del trabajo ya que oficialmente son escasas y siguen sin aflorar las tumorales a pesar de ser la laboral su cuarta etiología, frente a casos como Italia p. ej. que reconocieron 2.407 casos de cáncer laboral de 6.204 casos denunciados en período 1994-2002 (Aníbal Rguez, C. 2005), al igual que las psicosociales (estrés, trastornos adaptativos, *mobbing*, *burnout*) estimándose 7.500 casos/año según ISTAS.

Y en eso, culpables somos todos, pero claro, unos más que otros ya que las funciones de evaluación y control de la Autoridad Laboral y Sanitaria sobre la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención, Matepss y Servicios de Salud, así como de la formación de sus componentes, salvo excepciones ya comentadas, ha brillado por la ausencia de recursos y/o de coordinación e implicación de la autoridad laboral y sanitaria.

En foros profesionales y sindicales se expresó la sospecha de que tales cambios de gestión, parecían más interesados en no desarrollar lo

que comenzaba a gestarse como respuesta del sistema sanitario, como fueron las Unidades de Salud laboral (USL) de los noventa, con acción en las áreas de salud, formando a los EAP para asumir programas en ese campo según el mandato constitucional y de la LGS y a un costo asumible para el sistema, previo a la promulgación de la LPRL.

## ATENCIÓN PRIMARIA: EL POR QUÉ DE ALGUNAS COSAS. ¿A DÓNDE VAMOS?

¿Hacemos las cosas mal, y disponemos de recursos para objetivos mejores?

Resultan muy elocuentes las aportaciones de algunos autores (Gérvás J, G<sup>a</sup> Encabo M, Simó J.) respecto a la situación socio-sanitaria evolutiva de los presupuestos en Atención Primaria, conscientes nosotros de que en su análisis global se puede diluir alguna actitud de cambio en algunas Comunidades ante la AP y la salud laboral en un contexto institucional o en su esfuerzo en recursos humanos en los últimos tres años. Exponemos algunos datos extractados del texto: ¿Habría que dedicar más dinero al sistema sanitario? (Gérvás, J. 2005 [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es)).

Partimos de que España esta en el furgón de cola de la protección social en la Unión Europea 15, sólo superados por Irlanda, con disminución del 22,4% en 1992 al 20,1% en 2001 (media UE-15 de 27,5%), y repercute en la sanidad, como refugio-alternativa social (incapacidades, minusvalías, dependencia etc). El gasto sanitario español es del orden del 7,5% del PIB, frente a medias en OCDE del 8,3% (países desarrollados); supone 1.580 euros/ciudadanos/OCDE frente a 1.230 euros de los españoles; y sólo a partir de un umbral de gasto es posible ofrecer atención de calidad de forma sistemática. Por

debajo, solo es posible ofrecer calidad a costa del sobreesfuerzo y de tener graves carencias, quizás no en el presente pero sí en el del futuro. Pero si desglosamos su distribución entre los niveles de atención, resulta que en España, sobre el total de gasto público sanitario, el dedicado a Atención Primaria no ha aumentado su porcentaje en los últimos 20 años (1985-2005) situado en torno al 16%. Toda la palabrería de las promesas políticas de uno u otro signo son demasiadas veces sólo eso, frente a la brutalidad de las cifras de los Presupuestos del Estado durante 20 años. En estos 20 años el que ha aumentando es la proporción del gasto sanitario público a nivel hospitalario, la tecnología, estructura física y el personal gerencial.

Y a pesar de ello (García Encabo, 2007) el European Observatory on Health Care Systems afirma en su informe 2001 sobre España que, en “comparación con la situación anterior, la nueva red de AP es percibida como más dinámica, con más énfasis en el uso de historias clínicas, protocolos, ...y tiempo dedicado al paciente creciente y una mayor calidad, corroboradas por investigaciones independientes.

Lo confirman las encuestas de satisfacción de usuarios, siendo el estamento mejor valorado de la oferta pública y privada. En momentos en que “la población consulta casi el doble, al pasar la frecuentación (consultas/persona/año) de 4 en 1990 a 7,6 en el 2004, y a 9 en algunas zonas hoy día, con incremento de población sin incremento de profesionales equivalente.

España es el país europeo con un menor porcentaje de médicos de familia respecto a médicos hospitalarios; soportan más cargas de trabajo que en otros países del entorno (informes del British Royal Collage od Medical Practitioners), y la descapitalización de la A.P. podrá cuestionar elementos clave para el desarrollo de la A.P. como la complejidad clí-

nica, accesibilidad y libre elección, el acceso a nuevas tecnologías y la capacidad de resolución, si se subordinan el *papel de puerta de entrada y permanencia al de frontera*. (Extractado de García Encabo M. 2007).

Consecuencias como la insatisfacción de los profesionales ante estas situaciones es obvia, y el deterioro del servicio sanitario, puede inducir peligrosamente una reacción de “desidia y hartazgo” que amortigüe el dinamismo y calidad de su función, ante el desigual trato percibido y la disparidad entre lo que se dice y lo que se hace en las altas esferas de la política y economía, con resistencia posterior ante nuevas actividades.

Afrontar con motivación y criterio positivo la gestión de la salud laboral y la incapacidad, como expresión de la *no salud para el trabajo*, ha supuesto en general para un buen número de trabajadores y de MF en el SNS en los últimos trece años, una lucha continua con la maraña burocrático administrativa tejida a su alrededor, cual montaña rusa de inconvenientes, cuando se detectaba una posible enfermedad profesional. Abundantes cambios normativos y de agentes de control, y mala información, pero persistiendo resistencias a que aceptar las sospechas de EP y que “son AT los agravamientos de enfermedades padecidas con anterioridad como consecuencia de las lesiones constitutivas del mismo; y las que no estando incluidas en el cuadro de EP, sí tienen causa exclusiva en el trabajo (art. 115 LGSS)” por ejemplo.

Unamos a ello, la percepción de una escasa colaboración de un cuerpo como la inspección médica que también se sintió *ninguneado*, con la asunción de funciones de gestión y control cada vez mayores por la Entidad Gestora lejana en la comunicación, y también, como no, la lucha con nosotros mismos, nuestra actitud y conocimientos, tendremos un escenario reflejo de lo acontecido.

## S. L. LA POSICIÓN ESTRATÉGICA DEL MÉDICO DE FAMILIA Y UN FUTURO ESPERANZADOR

Algunas CC.AA. (Navarra, Cataluña y Com. Valenciana) que vienen desarrollando formas de gestión con buenos resultados junto a las normativas como el R.D. 1299/2006 y la Resolución de la Secretaría de Estado de la S.Social de 19 de septiembre de 2007, que traslucen actitudes más abiertas, participativas y de control, nos inducen a pensar en que se puede reconducir el “desconcierto” con cierta esperanza, asumiendo una serie de factores como:

- Con una mejor formación en patología laboral, motivación, autoridad y recursos materiales, personales, financieros y legales para desenvolverse adecuadamente *el médico de atención primaria es el profesional idóneo para la gestión global de la IT*, ya es parte de un servicio público sin más “ataaduras” que el conocimiento y *su principal lealtad, al paciente y a su salud*, sólo limitada por sus principios éticos de justicia, beneficencia y autonomía del mismo, con los lógicos controles evaluadores de nuestras funciones.
- La posición privilegiada para detectar problemas de S.L. aunque *ver lo que tenemos delante nos cuesta un esfuerzo constante*, pero sabiendo *que si se busca se encuentra*, será capaz de gestionar de forma más efectiva, si cada estamento asume su organización y responsabilidad, en esa *encrucijada clínica, ética y de gestión* que supone su hacer.
- Potenciando el MF la historia clínica laboral con las condiciones de trabajo y riesgos laborales prevalentes de sus pacientes, sin distinción del ámbito profesional en el que esté, efectuando una atención integral adecuada, pues probablemente *“va a ser el sanitario que mayor contacto y durante más tiempo, (quizás a lo largo de su vida) tendrá con*

*la población trabajadora y jubilada, para detectar los “efectos no deseables de las condiciones de trabajo, incluso ya jubilados”*. (Quijano, F., 2005-2007).

- Las antiguas reticencias que arrastran la consideración de buenos gestores (Mutuas) frente a los malos (SNS), quizás tenga que ver la mayor o menor implicación en la gestión directa de los fondos de cada prestación en cada sistema, y como casi siempre, los análisis son incompletos por comparación de “desiguales” ya desde el tipo de aseguramiento (universal o selectivo) y de prestaciones y obligaciones (según las contratadas o las de carteras de servicios).
- Deben *evitarse* las situaciones a este respecto de casos como la determinación de contingencia, o la disyuntiva de dar una baja en el SNS tras alta por la Mutua si así lo precisa en opinión del facultativo; ante una impugnación de un alta eran y serán causa de conflictos largos y costosos, si bien la jurisprudencia parece determinar que en último extremo, no cabría dejar al trabajador sin asistencia ni protección hasta resolución última, “ésta llega, cuando llega”; luego el SNS en última instancia y no así la entidad colaboradora salvo por sentencia, tiene carácter de “refugio asistencial”.

Se conculca en demasiadas ocasiones el espíritu de la norma, al tender a invertir la carga de la prueba en casos que detectan patología con sospecha fundada de ser de origen profesional según el Cuadro de EP, ya que quién está obligado a probar en ese caso es quién niega el hecho, y de ello hay jurisprudencia sobrada.

¿Acaso se busca judicializar la prestación? Seamos francos y admitamos que muchos trabajadores no están en condiciones de poder litigar, en procesos largos y caros, y se debe llegar a un punto de encuentro entre todos.

*“La sabiduría convencional, es decir, aquellas ideas apreciadas por su aceptabilidad (creemos en*

*lo que se adapta a nuestra mentalidad más o menos cómoda) son el principal obstáculo para reflexionar sobre las nuevas circunstancias”, según citas de Galbraith y Fabiá Estapé en el preámbulo de “AT: el porqué de todo” (Castejón, E. et al 2005) quizás expliquen estas actitudes.*

*El MF debe posicionarse ante ese futuro y actuar.* Este trasvase de contingencias profesionales a la común (16%) ocasiona una importante carga asistencial y de fondos en la Entidad Gestora y el SNS, además del incesante “peloteo” entre Mutua y Servicios de Salud con las célebres “en principio no creo sea AT o EP” o el “esto no es cosa mía”.

Los facultativos del SNS y de los SPRL como ya se solicitaba en años precedentes, que en la atención a trabajadores detecten patología con sospecha fundada de ser de origen profesional *deben comunicarlo a la Entidad gestora y advertir de ello al interesado* (García, F. 2005) que culmina tras la aparición del R.D. 1299/2006 que en su Art. 5º **“obliga al facultativo del servicio público de salud y de los servicios de prevención a notificar la «existencia de una posible enfermedad que podría ser calificada como profesional» a la entidad gestora a través del organismo competente de cada comunidad autónoma”**.

Ejemplos positivos de referencia pueden ser los ya mencionados de Navarra, Valencia, Cataluña y más reciente el País Vasco, que establecen una sistemática, más o menos compleja en su circuito, pero sistemática al fin y al cabo, ya que el R.D. no determina la creación de Unidades de referencia especializada para los centros de atención primaria de las áreas de salud, (López Gandía, J. 2007), que actúen como instancia médica ágil, y que *quizás* fuesen más prácticas, pues hasta ahora y salvo excepciones, la ausencia efectiva (por lenta, farragosa...) de un órgano intermedio, con autoridad, que simplifique las discrepancias y acorte los tramos de los procesos

burocráticos de la determinación de contingencias, y previsto en la normativa del R.D. 1299/2006, conducía a que el trabajador en medio del desconcierto, terminara en algunos casos por “apropiarse de lo que más le conviene y más accesible tiene, que en general es la prestación ITCC, y alarga la misma en función de sus intereses”, pasando a formar parte del 20% de los procesos que generan el 80% del gasto, según la Ley de Pareto o el ABC, de la que tan gráfica descripción realiza (Ruiz, A. 1999) y que veremos más adelante.

La posición estratégica del MF sigue vigente hoy, y con mucho por hacer en las distintas etapas de su vida laboral, con cambios de empresa, mutua y servicios de prevención, que no suelen garantizar hasta hoy, un adecuado tratamiento de la información sobre daños anteriores o diferidos entre ellas y el SNS.

El MF sabe diagnosticar enfermedades y detectar posibles daños a la salud de los trabajadores, a veces con unos recursos mayores que los del propio servicio de prevención (según lo «contratado»). Debe hacerse siempre la pregunta: ¿está relacionado con su actividad laboral? No bajemos la guardia pues:

- Siguen existiendo amplios sectores de población laboral (casi un tercio), sometidos en general a más riesgos y con menor control, como es el caso de la externalización-subcontratas, temporalidad («endemia» en España: 32,5% frente al 12,8% en la Unión Europea), autónomos, inmigrantes, pymes de menos de seis trabajadores, inexpertos, mujeres en edad reproductiva, etc. Todos son trabajadores que precisan una vigilancia de la salud que, en general, no siempre están en disposición de recibir, por diferentes causas, desde la escasa cultura preventiva a la lejanía de los centros mutuales, dificultades de acceso o ignorancia de derechos o información de sus riesgos, idioma-cultura, entre otras razones.

Sólo este grupo humano puede suponer más de seis millones de trabajadores.

- Nuevos sistemas de producción y riesgos, específicos e inespecíficos, y aún no conocidos (diferidos), coexistiendo con productos químicos (más de 100.000 en la CEE, con un escaso conocimiento de su toxicidad aún: menos del 10%), con la creciente importancia del estrés y con otros factores de tipo psicosocial como ponen de manifiesto las IV y la V Encuesta de Condiciones de Trabajo de 1999 y 2003.
- Existe una irrupción de patologías emergentes y reemergentes, que ocasionan alteraciones e incapacidades si no se detectan en tiempo y forma, siendo controladas en gran número en el SNS. Se sugiere que un 4% de muertes/año en relación a causa laboral, que según estimaciones para el 2006 hubo 9.000 casos por tumores malignos y 3.500 por alteraciones cardiovasculares (ISTAS 2006-“El País Negocios” 23.9.07)
- Como el magnífico trabajo (García, A. Gadea, R, López, V, 2007) que estima en 88.000 las nuevas enfermedades de origen laboral frente a las 21.905 notificadas (sólo 40 graves y ninguna muerte) en el 2006, y 16.000 muertes estimadas en el 2005 por consecuencia de enfermedades por exposiciones en su lugar de trabajo, frente a ninguna notificada en el 2006.
- A pesar de que hemos pasado del enfoque «reparador» de los daños, que se daba en las mutuas, al enfoque «previsor» a que obliga la actual LPRL, no se han conseguido todavía los frutos deseados, a pesar de los cambios introducidos en cuanto a Servicios de Prevención, técnicos, etc.
- Le permite *velar por su salud*, y «antes de discutir o cuestionar el posible origen laboral o no de la enfermedad, intentar el diagnóstico certero y temprano, para procurar al trabajador un tratamiento precoz y

prevenir daños mayores, posibilitando así también aclarar su origen y responsabilidad a quién corresponda con posterioridad, si no es posible de otra forma».

- Como queda dicho de forma reiterada a lo largo de este artículo, contribuir a la notificación de las patologías relacionadas con el trabajo, más aún en trabajadores con posible exposición a condiciones de trabajo agresivas, algunas incluso fuera de norma o control, y ante un sistema de prevención todavía poco eficaz respecto a la vigilancia de la salud específica, periódica y en función de las características del trabajador, y que todavía «transfiere» al sistema sanitario público muchas actuaciones genéricas (Castejón, J. 2002).

Por tanto, está claro lo que puede y debe hacer el MF en su papel en AP como eslabón sanitario básico del individuo, familia y comunidad, aún no siendo especialistas en medicina del trabajo, pero asistiendo a demasiados trabajadores con los efectos de unas condiciones de trabajo inadecuadas y prescribiendo a consecuencia de ello, hasta un 16% de las bajas por contingencia común, cuando en realidad, eran contingencias profesionales. (Castejón, J. 2004) (Benavides et al. 2005) y sin poder modificar directamente esas condiciones.

Asimismo, y en donde las Redes Centinela en Salud Laboral arraigan en AP, es decir, *se motivan, forman, incentivan y apoyan su desarrollo*, la EP aflora hasta seis veces más de la media nacional, como reflejan estudios del Instituto Navarro de Salud Laboral, “*sin soportar peores condiciones de trabajo en sus puestos que el resto del Estado*” (Artieda, L. 2002; 2005).

En este contexto, el MF tiene un amplio campo de juego, *no sustitutivo* pero sí complementario y vigilante, ante «sus usuarios trabajadores y jubilados» y asesorará de forma adecuada, honesta (honestitas=decente, razonable, justo, honrado) y siguiendo los princi-

pios éticos, así como efectuará los informes y/o certificados (etimología = cierto-verdadero) requeridos, basados en «*lo objetivo, que se sustenten de manera razonable en la práctica clínica habitual evitando especulaciones* (Langlois, E. 2003), según el cuadro de enfermedades profesionales en vigor, e incluyendo si fuera preciso relato del paciente referenciando su origen».

## DIFICULTADES Y PROBLEMAS QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA Y SOLUCIONES POSIBLES

(Aníbal, C. 2003; Quijano, F. 2002; Gandarillas, M. 2005)

Dice el proverbio que “estudiar un problema es comenzar a resolverlo” ya que si no, se convierten en obstáculo; enumeramos algunos de ellos y la actitud que pudiera ser útil para mejorar, y básicamente se trata de factores derivados del *escaso conocimiento mutuo o implicación y motivación que se minoran con comunicación y estímulo así como factores técnicos derivados de la formación y recursos. Evaluar y aplicarla corrección, el incentivo o la penalidad. De no hacerlo, se mantendrán...*:

### 1. De Comunicación y formación

- *Reticencias o desconfianzas* entre médicos de empresa, Mutuas, INSS y Servicios de Salud, y *la cultura interpretativa discrepante ante contingencias laborales*, que con frecuencia induce a pensar más en «defensa de intereses» que la correcta interpretación de la ley. Mayor conocimiento e intercomunicación y puesta en común.
- *Desconfianza en el trabajador*, viendo en demasía al médico «de empresa» (como «de la empresa») y de su Mutua (como «defiende otros intereses»), sin «independencia», impidiendo una buena relación de confianza mutua. Estimular e incenti-

var el cambio de actitud de las empresas y mutuas “patronales” ante la cultura preventiva y asistencial y, por ende, dar más autonomía al profesional asistencial ante un paciente sometido a riesgos laborales.

- *Desconfianza del empresario*, ante comportamiento de la IT en SNS y escasa cultura prevencionista. La formación en la cultura de prevención (prevenir es rentable) y el conocimiento de todos los implicados.
- *Escasa formación en el área de salud laboral* en los agentes implicados, desde el trabajador al sistema de salud y problemas de escasa especialización en los SPRL y recursos de la autoridad laboral y sanitaria y judicial. Precisa un plan de formación e información mantenida continuada y multidisciplinar. Déficit formativo médico pre/postgrado del papel etiopatogénico del riesgo laboral y de medios de la judicatura.
- *Limitaciones a la información y estudios complementarios*, hoy día inadmisibles e ineficientes para el sistema, aunque parezcan “ahorro” en un parte del todo.
- *La neurosis de renta* en pacientes, existencia de épocas de crisis sociolaborales, litigios de trabajador-empresa, ocultación de estado de salud previo o accidentes no conocidos son otros factores que se deben considerar. Campañas de concienciación ciudadana y al profesional, del uso de las prestaciones (derechos y obligaciones) y no utilizar como recurso, que tape la ausencia de responsabilidades u otros déficit.

### 2. Técnicos, burocráticos y sociales

- *Rigideces, resistencias y burocracia negativa*: multitud de pasos, autorizaciones, que frenan los trámites, papeleos... Solo cabe la simplificación de sistemas, basados en la disponibilidad de información con base informática disponible en todos los agentes, con la salvaguarda legal correspondiente.

- La *expresión clínica y anatomopatológica* indiferenciada entre causa laboral o no, y los largos períodos de latencia entre exposición, sintomatología y diagnóstico que dificultan la asociación de factores (ej.: cáncer ocupacional, neuropatías tóxicas) así como la conjunción de factores laborales y extra-laborales en un mismo proceso. Solo cabe la formación y adecuada sensibilización y ejercicio de los controles de la autoridad sanitaria y laboral, hacia todos los implicados.
- *El insuficiente tiempo dedicado en consulta a lo laboral* que dificulta distinguir los factores de influencia laboral. Cada vez más solicitado por los profesionales, y disponer de un tiempo básico para la labor asistencial y formativa, y evitar caer en situaciones de “indefensión” del sistema y del profesional, por no detectar, diagnosticar y notificar situaciones de gran repercusión para el paciente, ante la falta de ese tiempo.
- *Los cambios sociolaborales y del mercado* nos requieren un mayor control del estado de salud de los trabajadores para poder responder a exigencias del tipo:
  - mayor productividad en las empresas (trabajadores más sanos)
  - los ciudadanos a pedir un mayor nivel de salud.

Se deben pactar mejores condiciones y vigilancia de la salud, en base al estudio de las mismas y sus consecuencias. Investigación epidemiológica y concertación social.

Los Servicios de Prevención (SP) y las MATEPSS junto al sistema sanitario público (SNS-Servicio Público de Salud), los Servicios de Inspección y el INSS estamos «condenados» a entendernos en la atención de calidad al ciudadano que es en definitiva el objetivo, aún sabiendo que no es fácil, pues la búsqueda de una comunicación ágil, válida y respetuosa con el paciente y la

información clínica legítimamente obtenida entre los referentes específicos del ámbito laboral, nos vamos a encontrar con reticencias y desconfianzas, en parte por desconocimiento y en parte por la diversidad de «intereses», ya descritos. (Quijano, F. 2002). Mas no olvidemos que si siempre actuamos en beneficio de la realidad y del buen hacer profesional, no deberíamos tener más dudas que las lógicas del conocimiento.

En acertada descripción en su artículo sobre los problemas declaración, notificación de EP, y en la calificación del origen de las contingencias, (López Gandía, J. 2007) el ilustre catedrático acierta cuando dice que *se ha pasado de un conflicto en los ochenta que básicamente era entre el médico del Servicio de salud y la Inspección sanitaria*, de tipo “altas y bajas” y que contaba con un procedimiento administrativo interno para su resolución, ya no vigente, a un conflicto actual entre Entidades gestoras y colaboradoras, con repercusiones sobre el trabajador, el origen de su contingencia y las entidades responsables de prestaciones sanitarias y económicas desde los Servicios de Salud, a las Mutuas, INSS, o Judicatura.

## ¿QUE HA PASADO DESDE LA ENTRADA EN VIGOR DEL R.D. 1299/2006?

Desde enero 2007, ya vigentes el nuevo catálogo de EP y sus normas de notificación y registro por las Entidades gestoras (Mutuas-INSS) ha saltado la sorpresa: con estas normas las EEPP han disminuido un 35,1% sólo en el primer semestre, con un -47% las EEPP con baja y las sin baja han aumentado un 37% (UGT-CCOO - El País 23.9.07-M<sup>a</sup> de Trabajo-INSHT) (Ver Cuadro 1).

Se suponía que iban a aflorar más “*los daños invisibles-relacionados con el trabajo*” (Guillén

2002) al estar en manos de los agentes específicos de la materia (*los servicios médicos de las entidades gestoras o colaboradoras mutuales*) y hasta ahora no ha sido así. Quizás es poco tiempo y algún desajuste de sistemas de información lo puedan justificar, pero la extrañeza que está causando en los sindicatos y el M° de Trabajo es grande. Tan es así que es posible que haya animado al INSS a plantear medidas de control a las entidades colaboradoras (resolución de 19 septiembre 2007).

Acaso la Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social de 19 de septiembre de 2007, (BOE n° 228 de 22 septiembre) sea la respuesta a esta situación, al obligar a remitir al INSS, los expedientes tramitados por las MATEPSS para la determinación de contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por IT o muerte y resueltos negativamente por ésta, pese a los indicios que hicieran presumir la EP, a fin de que la Entidad Gestora disponga de los argumentos en que se basa tal negativa y proceder en su caso ante posibles comunicaciones de otras partes implicadas, desde la Inspección de Trabajo o los servicios médicos de la empresa, de prevención o facultativos SNS en sentido contrario, supone un camino de control.

## COMPETENCIA Y RESPONSABILIDAD DE LAS ADMINISTRACIONES-ENTIDADES COLABORADORAS. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y PROYECCIÓN DE FUTURO

Las **Administraciones sanitarias** han tenido un desigual desarrollo en la definición de políticas de salud laboral, que se debe tratar de remediar con un esfuerzo conjunto para resolver los problemas comunes que están afectando a la población trabajadora. La LGS y la LPRL (artículo 10) y el Reglamento de SPRL, diseñan unas actuaciones y colaboraciones entre instituciones que implican a todos los agentes de la salud, cada cual con su nivel de actuación y responsabilidad, como se aprecia en la legislación y normas de los Ministerios de Sanidad (Área de Salud Laboral) y de Trabajo y Asuntos Sociales. Estas actuaciones y responsabilidades, en conjunto, son:

- Competencias transferidas a las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. sobre salud pública, planificación y autorización de centros sanitarios; responsabilidad de la gestión de los centros y establecimientos del Servicio de Salud y de prestaciones y programas sanitarios que éstos deben desarrollar y sus funciones en salud laboral sobre la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario de los SPRL en empresas, e implantación de sistemas de información que permitan junto con las autoridades laborales: elaborar mapas de riesgos, estudios epidemiológicos de patologías que afecten a la salud de los trabajadores.

● Supervisar la formación del personal sanitario de los SPRL, y realizar estudios,

**CUADRO 1. EP EVOLUTIVA 2002-2007**

	EP CON BAJA	EP SIN BAJA	TOTAL	MORTALES		
2002	22.292	1.507	23.799			
2003	23.803	1.898	25.701			
2004	22.964	4.579	27.543			
2005	24.912	5.506	30.304	2		
2006	17.361	4.544	21.905	0		
	DATOS DEL 1º SEMESTRE	VARIACIÓN		VARIACIÓN		VARIACIÓN AÑO ANTERIOR
2006	11.722	-15%	2.035	-10%	13.757	-14.7%
2007	6.164	-47%	2.770	+36%	8.934	-35.1%

Fuente: M° de Trabajo-INSS.

investigaciones y estadísticas y promover la salud integral del trabajador.

- Vigilar los riesgos laborales respecto al embarazo y lactancia de la mujer trabajadora.
- Determinar y prevenir los peligros del microclima laboral. Promover la información, formación y participación de trabajadores y empresarios.
- Es fundamental conseguir *la colaboración de los SPRL con el Sistema Nacional de Salud*, tanto para el adecuado seguimiento individual de salud como para la correcta vigilancia epidemiológica de los trabajadores, como colectivo.
- La formación continuada en PRL y promoción de la salud en el trabajo de los *profesionales sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria*, junto con contenidos de salud laboral en los proyectos curriculares de grado de las titulaciones sanitarias, y nuevos contenidos en los *programas formativos de los médicos y enfermeros* más acordes con las nuevas funciones: gestión de programas, organización de empresa, sistemas de información, negociación.

En concreto, salvo excepciones ya mencionadas y dignas de elogio, ¿cuántas realizan estas funciones de forma satisfactoria?. ¿Existe el organismo competente en cada CA? y ¿es conocido por todos los facultativos del SNS y de los Servicios de Prevención tal norma y dicho organismo?

## DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y PROYECCIÓN DE FUTURO

Más recientemente, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, incluye en su artículo 11, apartados 2.g y 3, de prestaciones de salud pública, que el desarrollo desigual también afecta a «la promoción y protección de la salud laboral» y que «las prestaciones de salud pública se ejercerán

con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de AP<sup>a</sup> del SNS. No nos repetiremos sobre la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el trabajo 2007-2012 que en su apartado III, enumera toda una serie de errores en los diez años transcurridos desde la LPRL y su Desarrollo Reglamentario, que elabora un *Diagnóstico y Proyección de Futuro de la situación*, bastante coincidente con la descripción y recuerdo histórico desarrollado, sobre los aspectos negativos que en materia de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) se detectan tras más de diez años de implantación de la Ley 31/1995, y tratando de dar cumplimiento a los mandatos a los poderes públicos de velar por esa seguridad y salud, adopta e impulsa una serie de medidas que tratan de obviar los errores derivados de la implantación y desarrollo de la ley como son:

- *Ausencia de una visión global del conjunto de políticas públicas* que se relacionan de forma directa o indirecta con la prevención de riesgos laborales.
- *La políticas activas a desarrollar por los poderes públicos en cuanto a sensibilización, información, formación, investigación e incentivación*, han sido débiles y dispersas, dando lugar a una escasa cultura de prevención de riesgos laborales.
- *Ausencia de respaldo fuerte de las instituciones públicas competentes en materia de prevención de riesgos laborales.*
- *Insuficiente coordinación de actuaciones desarrolladas por los diversos sujetos públicos y privados implicados en la seguridad y salud en el trabajo.*
- *Mayor énfasis en aprobar normativas sobre seguridad y salud en el trabajo, que en políticas públicas en prevención de riesgos laborales.*
- *Problemas respecto a las normativas europeas sobre materia de seguridad y salud incorpora-*

*das al ordenamiento jurídico español (su elevado número, rapidez de adaptación y complejidad) suponen una dificultad sobre todo en las PYMES, así como su generalidad sin tener en cuenta algunas variables como peculiaridades de algunos sectores productivos, han conducido a la falta de un nivel adecuado de integración de la prevención en la empresa, resultando un cumplimiento más formal que real y efectivo de las obligaciones preventivas.*

- *Deben mejorarse la relación entre los recursos preventivos (propios o ajenos) su calidad en las actividades preventivas, la formación de profesionales y trabajadores abriendo un debate de todos los implicados, sobre cómo mejorar la eficacia y la calidad de la PRL en nuestro país.*

Se plantea dar vía a una Ley Integral o Transversal de salud laboral, en la que es de desear, tengan los aspectos sanitarios y los Servicios de salud con el SNS al frente, una amplia implicación, participación y engranaje con el resto de instituciones, que en la Estrategia Española al menos, se echa en falta. El Ministerio de Trabajo y su Inspección, con un número de inspectores claramente deficitario, con una dotación que oscila entre 1/24-27.000 asalariados frente a 1/7-12000 en la UE-15 siendo preciso 20 años para cumplir las funciones de vigilancia y control con los actuales recurso y dotación (Cárcoba, A. 2005) pero precisando y dotando a las unidades de valoración de plantillas para el control de la IT a través de su Entidad Gestora (INSS-Tesorería) ante las funciones que progresivamente adquieren.

La información gestora disponible en el INSS es de difícil acceso en general a los Servicios de Salud y no es de recibo que un médico de cualquier Servicio, no disponga de datos como los AT o EP que ha tenido el paciente, ni la mutua que le corresponde, o si está dado de alta en una empresa en el contexto asistencial y de gestión y, sin embargo, si la tiene la

Mutua y los SP. La LPRL obliga a la colaboración en ambos sentidos.

Los expertos en el mundo específico de la salud laboral, desde múltiples foros afirman que “la detección y notificación de las Enfermedades Profesionales y del Trabajo en España, es claramente deficitario, y el número de accidentes laborales históricamente de los más altos de Europa, y muy a pesar de la labor de gestión “en principio satisfactoria de las MATEPSS, en su faceta preventiva”, (Artieda 2000-2005; Guillén, C. 2004) compartida ya desde hace diez años con los S.PRL, desde la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Pero resulta cuando menos chocante con la lógica (¿y con la ética?) que se manejen tal montante de recursos, como veremos a continuación, y con excedentes que reingresan a la Seguridad Social, permaneciendo estos niveles de siniestralidad.

## **LAS PARTES Y SU CUOTA DE RESPONSABILIDAD**

(texto reproducido con pequeños matices de Ruiz, Téllez, A. 1998).

En definitiva todos, empresa, trabajador, servicio de salud, inspecciones, políticos..., **deben asumir** su responsabilidad, como parte integrante en el conjunto asistencial-administrativo y de control, ya que es cierto que “la acumulación de desidia en la gestión de la IT y de la Salud laboral, ha sido grande a lo largo de dos décadas, con una parte de las empresas y a veces sus SME, forzando la IT como salida a políticas de personal erróneas; en otras, los pacientes han utilizado la misma para sus intereses; y una parte de los médicos de Atención Primaria considerando la gestión de la IT y de la Salud laboral como un mal menor, sin dedicar el esfuerzo necesario clínico y de gestión,

inherente a su función. Y no digamos una parte de los gestores de los distintos Servicios de Salud que han considerado que al no disponer de la bolsa de tesorería de la IT no tenían responsabilidad sobre ella, y sin transmitir a sus líneas directivas la necesidad de una buena gestión tanto en AP como en Hospitalaria, sin solucionar las demoras en la resolución diagnóstica o terapéutica de proceso en IT. Una parte de las Inspecciones médicas han fluctuado en ese tiempo en su implicación, pasando a una actividad meramente administrativa, en parte como respuesta a su situación de indefinición con el fenómeno de las transferencias y de la legislación con la introducción de nuevos agentes (INSS y MATEPSS) en el control de la misma y sin poder disponer siquiera de una parte de sus recursos. Pero aún resulta más incomprensible, la secular separación de los Institutos de la Seguridad Social y de la Salud, que se ha mantenido en algunas sanidades autonómicas. También en épocas conflictivas algunos responsables políticos han utilizado la IT como “bálsamo” (reconversiones, etc.) así como una política errática posiblemente del INSS en la concesión de las Incapacidades Permanentes, percibiendo algunos colectivos al menos (agrarios, industria en crisis...) la sensación de ser en alguna época un “coladero”. Y cómo no, una parte de las MATEPSS con su “peculiar lectura” del AT y/o EP, y “desplazando” a la Sanidad Pública una porción de casos que les correspondían, con el sobrecoste para éstas hasta un 16% (Castejón, L. 2001). La AP como el “primer y último reducto asistencial” y asesor del paciente mal informado y formado en general respecto a de sus riesgos y de los estamentos para su atención, no siempre lo hace bien por motivos ya expuestos (la burocracia, formación escasa, la lucha con la entidad gestora...,etc). Pero a su vez, ésa es su *fortaleza* si la asume: primera línea, posibilidad de detección, abor-

daje y asesoramiento al trabajador; o su *debilidad* si no lo hace, dando “justificación” a quién la busca con otras intenciones, pues toda organización si hay algún desajuste (gestión en la IT) tiende a culpabilizar al eslabón más débil de la cadena, al más accesible.

Los Servicios Públicos de Salud, en su aspecto hospitalario, tienen *casi olvidado* el problema de la IT y la EP, debiendo recurrir los MF a colaboraciones “personales” en su 6-8% de derivaciones sobre los motivos de consulta atendidos, para que se impliquen en la valoración del menoscabo y pronóstico de su reincorporación, y algo menos en los informes para IP. No se considera la IT como causa de una preferencia social clínico-económica, a la hora de las pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas, por lo que el MF tiene que optar por “tratar de que la Mutua acepte su criterio a la hora de realizar dichos estudios o tratamientos, siempre con el consentimiento del paciente” *Sería deseable que el MF fuese el eje de la gestión con las dotaciones precisas*, como en las propuestas que el grupo de trabajo en IT-SEMFyC propugnó para alcanzar la situación definida por Ruiz Téllez como “ganador-ganador” o acercarse al óptimo global. (Ruiz, A. 1999; Gervas, J. et al 2006):

- Hacer que el especialista hospitalario sea un consultor con plazos de espera pactados e implicarle en la gestión y el especialista de AP pasa a ser el responsable de la IT como garante de la misma y de su buen uso, siendo el centro emisor-receptor de la información y acciones diagnóstico terapéuticas sobre el paciente. Si éste es el eje, y se pactan esperas y demoras, con manejo racional de recursos (incluidos los de las mutuas), ganamos todos: el trabajador se mejora y reintegra antes a su vida habitual, la empresa no pierde productividad y las entidades gestoras y/o colaboradoras aminoran gastos.

Las MATEPSS, asociaciones de empresarios con gran historia en la gestión del AT-EP en la que no tienen ánimo de lucro y que reintegran al M<sup>o</sup> de Trabajo de entre 10%-26% de los ingresos de cuotas en últimos años 15 años, se reducen en número de más de 200 en los inicios de los noventa a las 22 actuales, controlando seis de ellas el 75% del mercado, disponiendo todas de Servicios de Prevención Ajenos. Manejan cuotas de AT-EP del 95% de los trabajadores, suponiendo unos 8.660,8 millones de euros de los 9.034,8 recaudados, según los presupuestos de la Seguridad Social 2007, a los que se añaden 2.432,07 para contingencias comunes, según el coordinador de mutuas y protección social de CCOO. (“El País” 23.9.2007). La visión que aparentan hoy es la de “empresas de gestión de servicios-seguros” con una orientación economicista y funciones de prestación de servicios en un mercado competitivo, y en parte limitado por las condiciones del cliente. No tiene por qué ser este aspecto negativo, si se tuviera la convicción de su transparencia y resultados en salud preventiva y de afloramiento de EP y minoración de la siniestralidad. Pero por desgracia no es esa la “opinión de los trabajadores y sus representantes”, a juzgar por las declaraciones sindicales, la persistente percepción de muchos casos de trabajadores que siguen diciendo “los Servicio médicos de la Mutua son de las empresas, no nuestros” y la elevada judicialización. También es percepción de

estudiosos de la salud laboral que expresan discrepancias importantes con sus modos de actuar. (Cárcoba, A. Castejón, E. G<sup>a</sup> Benavides, Díaz Castán V... en sus múltiples artículos en “La Mutua”).

Las Mutuas tienen “entre sus cometidos lo que podríamos llamar tres líneas de actividad: la más tradicional AT-EP con responsabilidad ante cuentas negativas, la ITCC y los servicios de prevención ajenos”, ahora ya segregados (pág. 55 “La Mutua” n<sup>o</sup> 10. Fraternidad-Muprespa 2004) esta última *no sin ánimo de lucro*, ya que se asiste desde la LPRL al “gran parque temático de la prevención” (Cárcoba, A. “La Mutua” n<sup>o</sup> 12. 2005 pág. 180) donde se mueven miles de millones de euros en entidades formativas, empresas auditoras y servicios de prevención con más de 35.000 empleados. En los más de 600 Servicios de Prevención “de Mutuas y mercantiles” que han aparecido en el mercado dedicados a la prevención en salud laboral, cuando disponían en 1995 de 971 personas trabajando en Seguridad e Higiene, desde 2003, constan más de 12.000 en:

- Servicio de Prevención constituidos por las MATEPSS con 6.375 personas en seguridad e higiene con 175.504 contratos que afectan a unos 4,5 mill./trabajadores y en general son de grandes empresas (68% de las de 50-500 trabajadores y el 25% de las de <50).
- En los llamados, por AMAT, Servicios de Prevención Ajenos “mercantiles”, 6.324 personas en seguridad e higiene, con 390.979 contratos, que afectan a 4,6 mill./trabajadores y en general son las pymes, de habitual mayor índice de siniestralidad.

Pero los resultados de siniestralidad no parecen ir acordes a tantos “técnicos” erigidos en protagonistas de la prevención, si bien con el presupuesto de 42-43 euros/trabajador/año de los contratos de los Servicios de Prevención, no parece cantidad para una mínima

## CUADRO 2. INGRESOS EN EL RÉGIMEN DE AT-EP MATEPSS

AÑO	INGRESOS EN MILL. EUROS
1990	2.507,63
1998	3.545,41
2003	5.269,3
2005	8.480,9

(Elaboración propia fuente: MTAS).

**CUADRO 3. EVOLUCIÓN DE AT 2002-2005**

AÑOS	EN JORN.	IN ITIN.	MORTALES	SIN BAJA	TOTAL
2002	948,896	75,506	1.104 + 453	885,300 (46%)	1.909.702,0
2003	899,737	77,276	1.033 + 452	838,823 (46%)	1.815.836,0
2004	876,596	84,644	955 + 488	745,590 (43%)	1.706.830,0
2005	906,836	92,205	990 + 379	662,541 (39%)	1.661.158,2

calidad preventiva. Aún así, según datos del Anuario Estadístico Laboral 2002, los Servicios de Prevención de las Mutuas tenían superávit de 1.444 mill./ptas, en el año 2000, que van al patrimonio mutual propio (Castejón, E., 2005.)

- Las vidas perdidas por AT en el 2006, fueron 1.335 (incluidas las 375 *in itinere*) que supone 6,3 fallecidos/100.000 trabajadores, un 30% más que en la media UE15 (Eurostat). Estos datos suponen que cada día se “declaran” una media de 4.551 AT y 77 EP en lugar de las 300-400 estimadas, según múltiples estudios de gran difusión (García A, Gadea R. 2004), pero no falleció “nadie oficialmente de una EP en todo el 2006”.

### COSTES CUANTIFICABLES DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL EN ESPAÑA

- Los años potenciales de vida perdidos (García, A. Gadea, R. López, V. 2007) por muertes prematuras evitables estimadas por mortalidad de causa laboral, sería de 160.000 años; y las pérdidas de productividad equivalentes a 800 mill./euros al año.
- Los costes monetarios totales para las enfermedades incidentes laborales en España (sanitarios y de productividad del trabajador) se estiman en 2.100 mill/euros.
- Los costes de las enfermedades laborales prevalentes se estiman en unos 40.000 mill/euros. y los costes imputables en el

2002 en jornadas perdidas (21,5 millones) y en coberturas de riesgos (Mutuas/INSS) supuso según el conocido Informe de la Secretaría Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO de 2004, calcula unas cifras “billonarias”:

11.988 millones de euros (casi dos billones de pesetas), más del 1,7% del PIB (datos a 2002). Se cuantificó en 6.527 mill/euros y los implícitos derivados de Autónomos sin cobertura de contingencia profesional, MUFACE, economía sumergida, y gastos imputados al SNS en asistencia e ITCC.

- La siniestralidad, en parte por la no prevención suficiente, asciende, pues, a casi 12.000 millones de euros; las multas que impone la Inspección de Trabajo suponen para los empresarios 103 millones de euros, y en sólo un 5,2% de las empresas en las que hubo un AT mortal cumplió, siquiera formalmente, los requisitos establecidos para intentar prevenirlo”, según informe del Ministerio de Trabajo. Análisis de la mortalidad por AT 2003-04. (Tribuna .CC.OO., 2007).
- El comentario referido en Tribuna se extiende en la consideración de que “el 66% de las empresas tenían realizado la Evaluación de Riesgos, pero sólo 1/5 de las medidas preventivas propuestas por la empresa fue realizada. La causa principal del AT fue la “falta o insuficiente organización adecuada del trabajo seguida en un 16,7% de falta de información y formación de los accidentados, junto a factores individuales en 15% por no tomar en consideración de trabajador de las medidas”. El 29% de los AT mortales analizados se dio en subcontratas, y el 52% de la siniestralidad laboral mortal se da en los trabajadores temporales”.
- El desafío del Plan de Choque surgido de la Estrategia de Seguridad y Salud Laboral 2007-2012 del M° de Trabajo Junio 2007,

es reducir en cinco años un 25% los accidentes. Objetivo: las pymes de menos de 50 trabajadores, y que se impliquen en la prevención sin enajenar la tarea a empresas externas, bonificando su implantación (tres de cada cuatro empresas subcontratan tareas, y en esas son las más AT). Ya en el 2007, las últimas noticias del M<sup>o</sup> de Trabajo, anuncian que las muertes por AT han bajado de las 900.

Sin embargo, las EP en España, con un subregistro conocido y estimado en ocho-diez veces respecto a Europa, se acentúa de forma sorprendente como ya se expresó anteriormente, al disminuir en 1<sup>o</sup> semestre 2007 un 47% las EP con baja, aumentando un 36% las sin baja, con un descenso global del 35%, según recientes publicaciones en prensa y datos de Ministerio de Trabajo (“El País” 23/9/2007, UGT-ISTAS/CCOO). Más sin embargo, éstos parecen problemas menores y no se culpabiliza a los encargados de su gestión, quizás no tengan problema pues tienen “excedentes” económicos (¿?).

## LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

En España tres de cada cuatro empresas han “externalizado su sistema de prevención” que si bien la ley lo permite como recurso, hoy es casi norma, pero ¿y la integración en la empresa del sistema de prevención?

La Asociación de Servicios de Prevención ANEPA a través de su presidente el Sr. Bajo (declaraciones publicadas en el suplemento Economía El País 29.9.2007), reconocen con honestidad “que la externalización no ha funcionado de forma perfecta, y la calidad media del sector es baja..., haciendo un 20% de lo que deberían, pues las empresas no les con-

tratan más que en ese %..., las condiciones de humedad y disolventes, generan muchas enfermedades profesionales y apenas hacemos el 5% de lo que debíamos hacer”.

Se precisan 6.000 médicos del trabajo más, y espera que el Plan Estratégico 2007-2012 clarifique y mejore el sector, pero duda de “que los incentivos sean suficientes y se impliquen las pymes y más aún las de menos de 10 trabajadores”.

Muchos de esos trabajadores que no se “benefician” de la adecuada actividad de los SPRL, acuden a los S. Públicos de Salud, y allí se puede tratar pero difícilmente hacer “prevención con la modificación de las condiciones de trabajo”, pero eso no impide que se les asista, y en beneficio de los ciudadanos, los médicos de familia debemos insistir en conocer las condiciones de trabajo y riesgos laborales prevalentes en el que estemos, y así hacerlos constar en la historia clínica, hecho básico para poder efectuar una atención integral adecuada, pues ya se ha dicho y repetido que, probablemente, *“vamos a ser los sanitarios que mayor contacto y durante más tiempo, –quizás a lo largo de su vida–, tendremos con la población trabajadora y jubilada”*, (Quijano, F., 2005-2007).

*La encrucijada clínica, ética y de gestión*, que con frecuencia se nos plantea en la consulta, obedece precisamente a ese conocimiento del individuo como unidad biopsicosocial, y testigos muchas veces de la *“merma de su salud de forma silenciosa por los daños invisibles”* (Guillén, C., 2002) y que nunca aparecen en los registros actuales, pero causantes de una incapacidad para efectuar su trabajo, al nivel de exigencia que se le pide; pero también obedece, cómo no, a la responsabilidad que tenemos en la adecuada gestión de los medios que la sociedad pone en nuestras manos como parte de un tratamiento o de evitación de males mayores (alejamiento de la actividad y reposición o no agravamiento), situación que oscila entre los principios de auto-

nomía del paciente y de beneficencia y justicia en la acción profesional.

*La realidad es tozuda y al cabo del tiempo se demuestra que hace años, tras la LPRL, muchos SME desaparecieron y con ellos sus médicos del trabajo. Ahora se echan en falta y se ven las consecuencias. Por similitud, las variaciones normativas no bien explicadas y/o entendidas y la dejación institucional tanto organizativa y de gestión, como formativa durante algunos años respecto de los Servicio Públicos en Seguridad y Salud, con la escasa implicación e incentivación de los facultativos en sus contratos de gestión con la IT y detección de contingencias profesionales EP/AT, como en redes centinela (con honradas excepciones), ha conducido a la situación de los últimos años.*

Debemos actuar como verdaderos agentes sanitarios de nuestros pacientes, pues así nos han elegido, coordinando la información de todos los implicados y sabiendo gestionar las posibles situaciones clínicas y administrativas relacionadas con el concepto de menoscabo, de incapacidad temporal, de AT/EP, en cuanto a su definición jurídica y unívoca, y las relaciones con los demás agentes implicados (INSS, MATEPSS, SP, INSPECCION) y contribuir de manera efectiva a aflorar los “daños invisibles” mediante la búsqueda activa y así cumplir lo determinado en el R.D. 1299/2006 de 10 de noviembre, en su Art. 5 respecto a la comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales.

## FORMACIÓN EN ATENCIÓN A LOS TRABAJADORES - SALUD LABORAL EN LOS MF

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) considera necesaria una adecuada formación en este ámbito, dada su importancia y repercusión, por lo que ha realizado, en el Programa de Formación Especializada (Anexo A), un planteamiento

dirigido a conseguir que el médico de familia adquiera conocimientos y habilidades durante su etapa MIR, en relación a la atención a los trabajadores, debiendo alcanzar objetivos que le capaciten para:

- Reconocer el impacto en la salud de los trabajadores del trabajo y/o de las condiciones en que se desarrolla e identificar los factores de riesgo.
- Manejar los aspectos legales, administrativos, institucionales y de relación con los agentes implicados en la organización de la salud laboral.
- Conocer y estar familiarizado con las afecciones ligadas a las condiciones de trabajo, según riesgos específicos, y actividades laborales.
- Ofrecer asesoramiento e información básica al usuario, en relación con los aspectos clínico-preventivos y administrativos, según sus condiciones individuales y factores de riesgo asociados.

En el capítulo correspondiente de Atención a los Trabajadores del Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria, los autores desarrollamos los aspectos y actividades docentes agrupadas por prioridades en los conocimientos, habilidades y actitudes a alcanzar. (Anexo A).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES AL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LA SALUD LABORAL E IT

- El MF debe *coordinarse como eje* con acción «complementaria y multidisciplinar» con el resto de agentes, en su calidad de agente sanitario del usuario-trabajador-paciente
- Mantener una *actitud sensible y activa en la atención* a los trabajadores ante las condiciones de trabajo y la repercusión potencial de factores de riesgo para su salud en su medio ambiente laboral pasado o actual, y estar

alerta ante modos de enfermar sugestivos de trastornos relacionados con el trabajo, que pudieran estar catalogados como profesionales o atribuibles a un accidente de trabajo.

- Expresar *los factores de riesgo en su historia clínica* evolutiva., las características personales y padecimientos, y valorar las medidas de prevención/intervención posibles.
- Recurrir a otros estamentos si es preciso o unidades específicas si las hay, coordinando la información de diversos agentes implicados, contribuyendo a detectar una ErT (relacionada con el trabajo)
- Conocer el adecuado concepto y manejo del *menoscabo, la incapacidad temporal*, la incapacidad permanente, así como los agentes implicados en la gestión de la salud laboral (INSS, Mutuas, EVI, inspecciones médica y de trabajo, SPRL, EAP, etc.),
- Conocer su importante *repercusión humana y socioeconómica: del daño o trastorno tiene* en la salud individual y colectiva, así como en los recursos de protección social con los que puede contar el paciente, y su coste, así como en la empresa .
- No *hacer dejación de funciones* ante la atención al trabajador respecto de sus riesgos laborales, pues no sería *ético* (dejar de velar por la salud), ni *práctico* (perder cada vez más atribuciones legítimas de abordaje integral), pues «otros vendrán a cubrir ese vacío» y pretendientes no faltan.

- Hay que ser «importantes» para nuestros pacientes, y para el sistema, y exigir contar con las condiciones adecuadas para efectuar nuestra función con calidad.

Tanto en la empresa como en las mutuas y los servicios de prevención, así como en los estamentos sanitarios públicos, M° de Sanidad, M° de Trabajo y la entidad gestora INSS, deben modificarse actitudes para, de una vez por todas, abordar el tema de la Salud Laboral y su gestión clínica y administrativa adecuada como problema de Salud Pública que es, y dejar de mirar casi todos “alguna vez para otro lado”, ya que las enfermedades profesionales (García, M. 1999) no detectadas, la siniestralidad evitable y, en definitiva, los costes humanos y económicos pueden hacerse insostenibles.

Por eso debe contar el MF con la formación y el apoyo del sistema sanitario y administrativo suficiente, que facilite en lugar de hacer compleja la detección y diagnóstico de la EP. ¿Cómo?

- Partir de un buen sistema de información interrelacionado con las entidades gestoras que le permitan: tener datos de riesgos laborales, AT y EP previos, que permitan complementar la historia clínica, con lo laboral.
- Contar con órganos de apoyo ágiles en el propio sistema de salud tipo inter consulta, para ayuda en la determinación de contingencia
- Sistemas de evaluación en los servicios de salud de dicha actividad.



Aquiles vendando a Patroclo.  
Copa de Sosia. Museen zu Berlin.