



## RELACIÓN ENTRE PROTOCOLOS MÉDICOS Y EVALUACIONES DE RIESGOS. EXPERIENCIA DE IBERIA, LÍNEAS AÉREAS

José María de Bona

Jefe de Prevención Laboral y Acción Social

**S**UMARIO: ■ *INTRODUCCIÓN: RELACIÓN ENTRE PROTOCOLOS MÉDICOS Y DETERMINADOS TRABAJOS.* ■ *DESARROLLO DE LOS PROTOCOLOS.* ■ *UTILIZACIÓN DE RESULTADOS.*

### INTRODUCCIÓN: RELACIÓN ENTRE PROTOCOLOS MÉDICOS Y DETERMINADOS TRABAJOS

Hasta 1996, los reconocimientos médicos que se realizaban en las empresas consistían en revisiones de tipo general, raramente adaptadas a los riesgos existentes en los puestos de trabajo.

Evidentemente se excluyen de este comentario empresas muy concretas como las nucleares, ciertas petroquímicas, laboratorios y un corto etc., que debían ser muy minuciosas a la hora de buscar posibles alteraciones de la salud derivadas del trabajo realizado.

En 1996 se explicita el concepto de riesgo y se “afina” en la patología que puede ir asociada a cada riesgo. Digo “afina”, porque la cuestión no es ni mucho menos nueva. No hacía falta ser Médico para tener la sospecha de que la manipulación manual de cargas puede dar lugar a determinados problemas físicos, o que los trabajos en altura requieren condiciones físicas determinadas, o que la manipulación de productos tóxicos ni la puede hacer cualquiera, ni está libre de riesgos para la salud.

La nueva Ley determina tres hechos fundamentales:

- La falta de obligatoriedad de los reconocimientos médicos generales
- La necesidad de establecer reconocimientos médicos específicos ligados a riesgos específicos

- La necesidad de ser rigurosos a la hora de seleccionar casos en los que los reconocimientos deben ser obligatorios

El primer caso es claro, aunque discutible. El mero hecho de trabajar lleva implícitos riesgos, pocos o muchos, insignificantes o graves. Si consideramos largos periodos de tiempo, no está claro que las valoraciones no deban cambiar. Un solo riesgo que calificamos como pequeño, puede convertirse en un daño severo a largo plazo. En todo caso parece que se ha elegido por respetar la opinión de la persona y su libertad para elegir lo que quiere, aunque debería haberse acompañado de una exigencia mayor en lo que respecta a facilitarle información.

El segundo punto supone que deben buscarse, para cada riesgo, los posibles daños a que puede dar lugar en el organismo humano y, de acuerdo con ello, determinar las pruebas específicas que deben hacerse para concluir si el daño se ha producido o no. Se trata por tanto de obtener una precisión mayor en la protección al trabajador. De la misma forma que se busca definir los riesgos, analizar el alcance del posible daño, y calcular la probabilidad de ocurrencia, la LPRL exige que seamos lo más precisos posible en la búsqueda del daño producido.

No vale aquello de “café para todos”, que sólo descubre determinados daños cuando estos son evidentes para el afectado. No vale pasar a contingencias comunes lo que claramente puede ser una repercusión del trabajo. No vale esconder la



cabeza debajo del ala, ante situaciones que permiten su detección precoz.

Por último, el tercer punto tiene un fondo mucho más importante de lo que podría suponerse de una simple lectura. El reconocimiento médico se convierte en obligatorio porque alguien está concluyendo en que el riesgo de producir daño es cierto y evidente.

Cuando se realiza la Evaluación de Riesgos, el Servicio de Prevención está valorando el problema: en cada puesto de trabajo ha identificado los riesgos, los ha analizado, ha acotado las posibles causas de daño, ha valorado su alcance y ha determinado la probabilidad de ocurrencia. Todo muy claro y científico. Pero, ¿puede haber un daño o no?. Si opina que no, y sistemáticamente aparece, el fallo es evidente. Si opina que sí, fuerza las revisiones médicas y si con el tiempo se concluye en que nunca pasa nada, ha podido dar origen a revisiones médicas no deseadas y a un coste innecesario.

Estamos por tanto ante una disyuntiva muy delicada, que quizá implica el corazón del proceso preventivo.

Debemos ser capaces de contemplar el panorama desde una perspectiva suficientemente elevada, pues los protocolos médicos llevan en su interior un mensaje importante y de gran calado: no se trata tanto de su relación con los trabajos de cuyos daños se pretende proteger, sino de un reconocimiento muy explícito de que la probabilidad de ocurrencia del daño es algo más que un simple número.

Por tanto, debería haber un análisis muy profundo en cada empresa entre el protocolo médico, el diseño del puesto de trabajo, las operaciones que se realizan en él, y la información/formación al trabajador.

El protocolo médico, como documento, no forma parte de un acto médico. Quien piense así creo que comete un gran error. Se trata de la opinión técnica y documentada de todo lo que se le puede “estropear” a un trabajador por realizar un determinado trabajo. ¿Está protegido contra ello en el puesto de trabajo?. ¿Lo ha recogido debidamente la evaluación de riesgos?.

De estos considerandos se desprende la importancia de los protocolos médicos.

Para prevenir el daño, podemos aproximarnos por dos caminos perfectamente complementarios y convergentes:

- aplicando las técnicas de la evaluación de riesgos
- analizando cómo pueden éstos dar lugar a patologías para cuya búsqueda se han definido unas determinadas revisiones médicas.

Es evidente que los resultados de las evaluaciones médicas de los trabajadores darán lugar a una “tercera pata” que ayudará a sustentar el proceso preventivo.

Dejando por un momento las consideraciones de tipo general, veamos el proceso a seguir:

Por un lado, el Médico debe analizar cómo puede verse afectada la persona por la realización de un determinado trabajo. Por otro, el Técnico preventivo debe analizar si un determinado trabajo puede dañar al mismo ser humano.

El Médico determinará qué cosas hay que analizar en el ser humano para saber si está dañado o cuando menos afectado. El Técnico propondrá modificaciones en el trabajo para evitar el daño o disminuirlo.

El Médico analizará el trabajo del Técnico para saber si queda algo por considerar a la vista del diseño definitivo del puesto de trabajo. El Técnico analizará de nuevo el puesto, a la vista de los daños potenciales definidos por el Médico. ¿Se trata de un proceso demasiado ideal?, ¿demasiado costoso?. Ese es el tipo de decisiones que debemos tomar los gestores. Lo que no es razonable es que la evaluación de los riesgos y la aplicación de las revisiones médicas, sean procesos separados o que confluyan exclusivamente en la valoración de los daños ya producidos y descubiertos.

## DESARROLLO DE LOS PROTOCOLOS

Desde 1995, y en espera de que se promulgasen protocolos médicos específicos al amparo de lo



establecido en la LPRL, IBERIA desarrolló sus propios protocolos bajo la denominación de GUIAS MEDICAS.

Tal desarrollo permitió poner a punto la gestión de esta nueva forma de realizar una parte de la Medicina de Empresa, mas que su aplicación masiva.

No estamos en una empresa de grandes y específicos riesgos, sino de muy variados y con niveles medio/bajos, por lo que ha sido necesario resolver varios problemas:

- Discernir claramente el contenido de cada revisión médica ligada a cada riesgo específico e individualizado. La publicación de Protocolos no nos exime de analizar su contenido para opinar sobre su idoneidad ligada a nuestras peculiaridades, es decir, su adaptación.
- Discernir sobre ofertar su realización a los trabajadores de forma voluntaria, y decidir sobre su necesidad y por tanto obligatoriedad.
- Gestionar la participación de los trabajadores en el caso de los considerados como obligatorios.

Según lo anterior, partimos por tres caminos diferentes, coordinados y confluentes en su final:

- El Servicio Médico, analizando el contenido mas adecuado de las revisiones médicas, fuesen Guías o Protocolos, junto con los procedimientos de gestión para implantación de las mismas.
- El Servicio Médico, definiendo los niveles de riesgo a partir de los cuales es necesaria la aplicación forzosa de las revisiones médicas.
- El Servicio de Seguridad e Higiene, para delimitar los riesgos en cada puesto de trabajo, y la relación de aquellos que podían cumplir con el mínimo exigido por la experiencia médica.

El Servicio Médico ha identificado la necesidad de plantear siete guías/protocolos:

1. Trabajos en altura
2. Radiaciones ionizantes (categorías A y B)
3. Trabajo a turnos/nocturno
4. Ruido (80/85, 85/90 y mayor de 90 dB)
5. Pantallas de visualización de datos
6. Manipulación manual de cargas
7. Trabajo con agentes químicos (plomo, cadmio, cromo, berilio, isocianatos y tricloroetileno)

Seguridad e Higiene ha determinado, partiendo de las evaluaciones de riesgos, qué puestos de trabajo tienen un nivel de riesgo que justifica el que el correspondiente protocolo sea considerado obligatorio.

No parece oportuno facilitar aquí esta información, porque sería necesario transcribir los datos de mas de 1.200 puestos de trabajo.

El resultado de este trabajo se hace llegar a cada médico responsable de un centro de trabajo y a los mandos de la Compañía, para verificar a nivel de experiencia diaria directa, si ha podido haber algún error, o es conveniente volver a estudiar alguno de los puestos de trabajo.

Dados por definitivos los datos, se procede a que las unidades de Personal coordinen con los servicios médicos de cada centro de trabajo el envío de los trabajadores afectados, sin perder de vista que muchos trabajadores son susceptibles de requerir mas de un protocolo.

Por último, se realimentan los resultados de la aplicación de los Protocolos, con los de las Evaluaciones de Riesgos y con la Accidentalidad. Es conveniente mencionar de forma explícita, que consideramos las Guías/Protocolos como algo dinámico que forma parte de un proceso de reflexión continua, y que por tanto debe adaptarse en todo momento a las características del trabajo, a los resultados que se van obteniendo en las revisiones efectuadas, a la evolución de los métodos de diagnóstico, a los estudios que demuestren interacciones orgánicas de cualquier tipo, y, creo que es oportuno decirlo, a la cordura.

¿Por qué a la cordura?. Porque las Guías/Protocolos deben ser ante todo una herramienta del “buen hacer”, tanto humano como empresarial. No son ni métodos de investigación, ni formas de “pasar a la reserva” al personal, ni caprichos de nadie. Y la confianza de que no esconden nada extraño debe presidir su aplicación y las consecuencias de ella.

El Servicio de Prevención de IBERIA tiene tan claro este principio, que el Manual que contiene las Guías/Protocolos está editado en forma de hojas intercambiables en su totalidad.



## UTILIZACIÓN DE RESULTADOS

Parcialmente ya se ha tratado este punto en los anteriores. En todo caso parece oportuno hacer una síntesis de los aspectos más importantes.

En primer lugar, las Guías/Protocolos deben servir para cerrar el circuito de las Evaluaciones de Riesgos mediante una validación entre ambas.

En segundo lugar, debe ser uno de los caminos para la efectiva coordinación entre las distintas especialidades preventivas.

En tercer lugar, su obligatoriedad debe dar una pauta de la existencia de riesgos que antes o después pueden dañar la salud del trabajador, y que por tanto deben dar lugar a un control minucioso.

En cuarto lugar, deben servir para realimentar la labor del Servicio de Prevención, tanto si de su aplicación resulta un número importante de trabajadores dañados, como si no. De ambas situaciones pueden sacarse conclusiones válidas.

En quinto lugar, y al detectar los daños en su fase más precoz, ayudan a corregir los procedimientos de trabajo antes de que lo hagan las bajas laborales. Es pues una de las actividades más preventivas que existen.

En sexto lugar, son básicas para seleccionar el personal más idóneo para cada puesto de trabajo.

¿Son las Guías/Protocolos una forma de Evaluación de Riesgos? La respuesta sería que sí, solo que necesariamente en complemento con la tradicional.

De los resultados de aplicar las Guías/Protocolos, se puede deducir que existen riesgos cuyo control debe mejorarse y procedimientos de trabajo que exigen un replanteamiento, pero si sólo utilizásemos este camino, la evaluación de riesgos se realizaría sobre el daño ya producido, aunque fuera en su fase más incipiente.

Por tanto, el camino correcto parece que es el de anticiparse al trabajo con la Evaluación de Riesgos clásica, y confirmar después lo acertado de las medidas tomadas con los resultados de los reconocimientos médicos.

Lamentablemente es raro que no haya un “pero”, y esto no iba a ser una excepción.

Los protocolos suponen una clara mejora en la protección al trabajador, pero inducen un cambio en la gestión de determinados aspectos médicos que debemos comentar.

El primero se refiere al dimensionamiento de los Servicios Médicos.

Los reconocimientos médicos generales (los de “toda la vida”) se realizan en un tiempo relativamente reducido y desde luego muy inferior al que supone una revisión detallada derivada de una Guía/Protocolo. Además, un cierto número de trabajadores requerirá la aplicación de más de un Protocolo. Y además, de algunas de las revisiones se derivarán pruebas complementarias para concretar un diagnóstico o, como mínimo, una seguridad de que existe o no una alteración de la salud. Es decir, se ha modificado sustancialmente el planteamiento de los reconocimientos y nadie, que se sepa, ha recogido estos aspectos en ninguna norma aclaratoria.

El segundo, ligado al anterior, es el de los costes. Salvo que se equilibren los reconocimientos dejados de hacer (al ser voluntarios y no requerirlos los interesados) con la mayor duración de los obligatorios, estaremos ante un incremento de los recursos necesarios en los Servicios Médicos, y en un incremento de los tiempos improductivos ligados a la mayor presencia de los trabajadores en los Servicios Médicos.

El tercero tiene que ver con las responsabilidades. Cualquier patología detectada por un trabajador a través de un reconocimiento particular (o del INSALUD), y que se intuya que puede ser consecuencia del trabajo, podrá dar lugar a una reclamación por tres motivos: mala práctica médica, al no detectarse en las revisiones obligatorias, o mala práctica del Servicio de Prevención, al no recomendarse una Guía/Protocolo que la hubiera detectado, o negligencia del Empresario si no juzgó oportuno autorizarla ante una recomendación del Servicio de Prevención.

Lo anterior se complica si las consecuencias económicas siguen caminos distintos según corresponda el resarcimiento a la Empresa (autoaseguro), a la Mutua (concerto de la IT) o al Estado (contingencia común). Parece lógico suponer que



la Administración intente que los daños se deriven como contingencia profesional, y que las Empresas/Mutuas lo intenten como contingencia común.

En el centro del problema está el trabajador, cuya situación no es la misma ni en atención ni en dinero, según se califique la contingencia como común o como profesional. Y en el centro también el Médico del Trabajo, objeto de crítica casi segura cualquiera que sea su decisión profesional.

Por último, aparece un problema probablemente más grave que todos los anteriores juntos, cual es un posible incremento de las LIMITACIONES para ejercer la profesión habitual.

Al "afinarse" las revisiones médicas, el Médico va a detectar el inicio de patologías que se agravarán con la continuidad en el trabajo habitual, en particular si no tiene garantías respecto a que

los medios de protección o los procedimientos sean suficientes y el trabajador los respete. ¿Qué va a hacer?

Lo anterior debe servir para reflexionar, porque en los próximos años vamos a presenciar dos fenómenos interesantes y preocupantes:

- El nacimiento de una cultura prevencionista que protegerá al trabajador, pero cuyo desarrollo incrementará los costes de producción (ojo a la competencia en los mercados con productos o servicios que provienen de países que desprecian esta cultura).
- El incremento de los problemas empresariales y jurídicos ligados a la realización (o no) de las Guías/Protocolos médicos.

Quizá estos extremos fueran motivo para nuevas exposiciones y debates para intentar buscar pautas de actuación adecuadas o "menos malas".

