

Medicina del Trabajo: algunos elementos críticos tras 10 años de la Ley de Prevención

Arturo Canga Alonso

INTRODUCCIÓN

La Medicina del Trabajo ha tenido un histórico y amplio desarrollo en nuestro país, debiendo remontarnos a 1956 cuando se constituyen formalmente los Servicios Médicos de Empresa¹, que se reorganizan mediante el Decreto 1.036/1959² que amplía la obligatoriedad de aquellos a las empresas de más de 100 trabajadores, desarrollándose con posterioridad el correspondiente Reglamento³, lo que constituyó un gran avance social para nuestro país a la vez que un hito en relación con los países de nuestro entorno; si bien la formación de

Médicos de Empresa con carácter regular no se inicia hasta 1959, una vez creada la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo⁴.

A pesar de todo y de su coincidencia en el tiempo con el desarrollo industrial de nuestro país, la Medicina del Trabajo siempre fue tratada como la hermana pobre de las especialidades médicas y de ahí, posiblemente, el nombre de “*rateros*”, con que se conocía a los Médicos de Empresa queriendo significar con ello que iban a las empresas “*a ratos*”; si bien aún así desarrollaban una importante labor asistencial-social en un país, en aquel momento, con un deficiente sistema sanitario universal ini-

1 Decreto de 21 de agosto de 1956 (BOE de 13/12/56).

2 Decreto 1.036/1959, de 10 de junio, por el que se reorganizan los Servicios Médicos de Empresa. B.O.E. n°... de 22/6/1959.

3 Orden de 21 de noviembre de 1959, del Ministerio de Trabajo (B.O.E. n° 284 de 27) por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa.

4 Canga, A.: *La Medicina del Trabajo del Siglo XXI*. Discurso de Ingreso como Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Oviedo, 2004.

ciado en 1942 con la ley 14/12/1942 que estableció el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y reglamentado en 1943 (Decreto de 11 de noviembre) con una gran complejidad organizativa que dio lugar a la profusión de normas que aconsejó un texto refundido en 1946 (O.MT. de 19 de febrero).

Fue la gran empresa la auténtica beneficiaria de la acción desarrollada por la Medicina del Trabajo, que no sólo se limitaba a la actividad sanitaria, sino también a todo lo que tenía que ver con la Seguridad e Higiene en el Trabajo, en definitiva con las Condiciones de Trabajo del trabajador, dado el perfil formativo que, a través de los Cursos Regulares de Medicina de Empresa primero y de la Especialidad en Medicina del Trabajo más tarde, adquiriría el médico y no existiendo, inicialmente, otros titulados capacitados para el desarrollo de las citadas áreas.

Esta acción se desarrollaba en un Estado “paternalista” con un sistema de legislación autárquico que desarrollaba políticas proteccionistas para el trabajador con el concurso del médico, por lo que representaba en el seno de la empresa y el reconocimiento social de la profesión médica en relación con los otros titulados universitarios con los que convivía en su quehacer diario, particularmente con los *ingenieros*, vistos como “dioses” por un colectivo de trabajadores mayoritariamente no cualificados.

En el año 1955⁵, se reconoce oficialmente la Especialidad de Medicina del Trabajo en España; no iniciándose hasta 1966 en la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo en la Universidad de Granada siendo la primera Escuela Profesional de la Especialidad creada en nuestro país en 1965; conviviendo las dos titulaciones hasta 1988, en que des-

aparecen los Cursos Regulares de Medicina de Empresa.

SITUACIÓN ACTUAL

No podemos hablar de Medicina del Trabajo sin tener en cuenta que el ingreso de España en la Unión Europea supuso la necesidad de armonizar la legislación en materia de protección de la seguridad y salud de los trabajadores, a fin de ajustarse a lo dispuesto en la Directiva del Consejo 89/391/CEE, de 12 de junio publicada el 29 de junio de 1989 en el Diario de la Comunidades Europeas nº 183. Dicha Directiva, conocida como Directiva Marco (en adelante DM), era relativa a la “aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo”, y pretendía propiciar un avance en el tratamiento de la Seguridad y la Salud Laboral en Europa, constituyendo el punto de partida para la regulación nacional de esta materia por los diferentes países comunitarios apoyando su promulgación, según reza en la exposición de motivos, en dos razones:

- Impedir que el desarrollo económico de los países fuera en detrimento de la salud de los trabajadores.
- Disminuir los índices de siniestralidad laboral.

En el momento actual parece que los objetivos no se han conseguido ya que en el 1er Informe publicado a principios de 2004 por la Comisión, relativo a la implantación de la DM y 5 directivas individuales, se constató que las estrategias preventivas estaban profundamente dañadas, observando que los Estados han llevado las Directivas a la Ley,

5 Ley de 20 de julio de 1955 (BOE de 21): Reconocimiento de la Especialidad de Medicina del Trabajo en España.

obviando el artículo 7, apartados 1 y 3, de la Directiva que "...impone al empresario la obligación de organizar un servicio de prevención y de protección de los riesgos profesionales en el interior de la empresa o, si las competencias en ella son insuficientes, recurrir a competencias ajenas", desoyendo la sentencia del Tribunal de Justicia contra los Países Bajos⁶, situación que también se da en nuestro país.

La DM, como es harto conocido, fue transpuesta al ordenamiento jurídico español, con tres años de retraso respecto al plazo fijado, 31/12/92, en el artículo 18.1 de la misma, teniendo que esperar a 1995 para que viera la luz la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, que entró en vigor en febrero de 1996, con el agravante de adolecer de claridad y ser bastante restrictiva, habida cuenta el amplio abanico de posibilidades que la DM contemplaba y la libertad que el legislador tenía para incorporar el texto comunitario a la realidad jurídica y social de nuestro país. La referida transposición a nuestra legislación ha sido poco afortunada por cuanto la intención de la DM era que se diera preferencia a la gestión de la prevención con medios propios y no externalizándola, "*a todo trapo*", como se ha hecho aquí; cómo así consideraron la mayor parte de las normativas nacionales europeas al otorgar prioridad a la organización de la actividad preventiva dentro de la empresa disponiendo de servicios internos y otorgando a los servicios externos un carácter subsidiario o complementario de los anteriores⁷. Nuestro país ajeno a este planteamiento y con una actuación típica de la idiosincrasia española

que considera "*intrínsecamente malo*" y por tanto a sustituir todo aquello que no haya sido llevado a cabo por el Gobierno de turno, máxime si es fruto de otra época histórica, que no debiera haberse obviado, puso en marcha un sistema preventivo "*de novo*" diseñado a espaldas de los profesionales y que necesitó dos años más para el desarrollo del Reglamento de los Servicios de Prevención (en adelante RSP) realizado a través del Real Decreto 39/97.

No voy a tratar aquí la perversión que para el sistema preventivo supuso la necesidad de dotarlo con carácter de urgencia de Técnicos Superiores de Prevención, fruto de la imprevisión del legislador al no desarrollar previamente a la puesta en marcha del nuevo sistema preventivo un sistema potente de formación acreditada en Centros Públicos, lo que generó una nueva área de negocio y el correspondiente "mercado incontrolado" de Centros Formativos Acreditados, en gran número de carácter privado y con ánimo de lucro que condujo a la situación actual de compra-venta de la acreditación de Técnico (cursos a distancia con una sustancial disminución de las horas de formación, tutores que no existen, etc.).

Procede en este momento señalar la nocividad de la normativa antedicha no solo para los Médicos del Trabajo que hasta 1995 tenían el control, al menos, de la salud de los trabajadores a la vez que eran controlados tanto ellos cómo el Empresario por una Inspección llevada a cabo por la Organización de los Servicios Médicos de Empresa; sino también para los trabajadores que vieron mermado su derecho a la protección de la salud en el trabajo. No hay que olvidar que a lo largo de la Ley 31/95 para

6 Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la aplicación práctica de las disposiciones de las Directiva de salud y seguridad en el trabajo 89/31(Directiva Marco) y 5 directivas individuales. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 2004

7 Valenzuela de la Quinta E.: *Modelos de Organización de la actividad preventiva en Europa*. Rev. "La Mutua", 11 (2ª época) : 87 - 99. 2004.

nada se habla del personal sanitario especializado (Médico de Empresa/Especialista en Medicina del Trabajo y DUE de Empresa) que se debería encargar de la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores, reiterando la falta de claridad que caracteriza a la norma, de la que ya nos hicimos eco, cuando en el artículo 22.6 dice textualmente: “Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada”, haciéndose tan solo una mínima referencia que precisa lo anterior en el Artículo 37. 3 a) del RSP.

En definitiva, hemos pasado de los “médicos del trabajo rateros” a los “médicos del trabajo ausentes” de los Servicios de Prevención Propios o suplantados en los Servicios de Prevención Ajenos por licenciados en Medicina, sin formación ni experiencia en el campo de la especialidad que, en el mejor de los casos, están “supervisados” por Especialistas en Medicina del Trabajo sin escrúpulos, ajenos a toda deontología y localizados a cientos de kilómetros con cuya actuación, en algunos casos, combaten su propia precariedad en el empleo a la vez que hacen un flaco favor al desarrollo de la especialidad, contribuyendo a su desprestigio. En este momento nos podemos preguntar ¿por qué se ha llegado a esta situación?, a lo que se puede responder con diversos argumentos, cuales son:

- La ya aludida poco afortunada transposición de la DM a nuestro ordenamiento jurídico que, además, cómo ya se ha dicho ha generado una legislación que adolece de claridad además de tener, en algún caso, cierta laxitud como cuando permite a la autoridad laboral autorizar Servicios de Prevención Ajenos con menos de las espe-

cialidades previstas (Artículo 18.4 - RSP) con lo que se pierde la multidisciplinariedad contemplada en la norma para estos Servicios; así como se facilita que lo que es una excepción a la normativa general se convierta en norma habitual como ya viene ocurriendo en algunas Comunidades Autónomas.

- El error político que ha supuesto el derogar la normativa anterior, en vez de adaptarla a la evolución de los tiempos, lo que ha supuesto la desaparición de una gran parte de los Servicios Médicos de Empresa y su correspondiente externalización en detrimento de la calidad de la prestación que ofrecían tanto a los trabajadores como a los empresarios.

En el extremo opuesto, tenemos la actitud de Luxemburgo, que tras la adaptación del Derecho luxemburgués al Comunitario se han venido a potenciar los antiguos “servicios médicos de empresa”, que no solo desarrollan funciones en materia de Vigilancia de la Salud, sino también en las restantes disciplinas preventivas⁷, con lo que optimizan los recursos humanos.

- La complicidad e ineficacia de las Autoridades Laboral y Sanitaria, que no ejecutan sus funciones inspectoras y sancionadoras con la contundencia que la situación exige.

La situación antedicha se soporta con disculpas tales como “no hay suficientes Médicos del Trabajo” o “no hay suficientes Inspectores”, a lo que se puede responder:

Con relación a los Médicos del Trabajo:

- Se ha resuelto la situación de los MESTOS, lo que ha generado 1.548 Especialistas en Medicina del Trabajo, muchos de los cuales siguen en sus puestos de trabajo primitivos

7 Valenzuela de la Quinta, E.: Modelos de Organización de la actividad preventiva en Europa. Rev. “La Mutua”, 11 (2ª época) : 87 - 99. 2004.

cómo Médicos Asistenciales (en las Mutuas) sin actuar cómo Especialistas en Medicina del Trabajo de ninguna Unidad Básica Sanitaria (en adelante UBS), ante la duda que, en relación con la estabilidad en el trabajo, generan los Servicios de Prevención Ajenos (en adelante SPA) de las Mutuas, agravado con el reciente Decreto de separación dentro de éstas del SPA⁸ y a pesar de que en la mayoría de los casos éstas no tienen cubiertas sus UBS, de acuerdo con los criterios en su día establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁹, y en la mayoría de los casos trasladados a la legislación de las Comunidades Autónomas. La situación antedicha se da también en los SPA no-Mutuas, que en una gran mayoría no tienen cubiertas sus UBS's, optando también por contratos precarios de Especialistas en Medicina de Familia, en el mejor de los casos y cómo mal menor.

- Históricamente, las Condiciones de Trabajo de los Especialistas en Medicina del Trabajo/Diplomados en Medicina de Empresa y en especial la condiciones salariales, han sido y siguen siendo muy desfavorables, en general, con relación a los Especialistas de cualquier especialidad del Sistema Nacional de Salud o a otros titulados del mismo nivel en la Empresa privada, basadas en el libre mercado y en la cicatería tanto de

Mutuas cómo de los Servicios de Prevención no Mutuas. Esto puede explicar que no se haya producido la homologación de todos los Médicos de Empresa a Especialistas en Medicina del Trabajo de acuerdo con lo previsto en el correspondiente Real Decreto¹⁰, al no tener ejercicio profesional en Medicina del Trabajo y haber optado en su día por el ejercicio profesional de otra especialidad e incluso por la medicina de familia, que ofrecía condiciones retributivas más dignas.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad **no tiene ningún interés** en el desarrollo de esta especialidad, como lo prueba el modelo de financiación por el que se ha optado para la formación de los Médicos Internos y Residentes de la Especialidad de Medicina del Trabajo, dejándola en manos, básicamente, de los Servicios de Prevención Ajenos (tanto de Mutuas como no-Mutuas) que han querido participar y no dotándola de financiación pública como las restantes Especialidades Médicas, lo que la convierte en una Especialidad “de segunda”, a pesar de haberse modificado el sistema formativo a través del mismo Real Decreto¹⁰ y cuyo programa formativo ha sido aprobado y publicado recientemente¹¹. La situación antedicha ha determinado que de las 77 plazas de formación MIR ofertadas en la convocatoria 2004¹², muy

8 Real Decreto 688/2005, de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social cómo Servicios de Prevención Ajenos. B.O.E. nº 139 de 11/06/05.

9 Acuerdo de Criterios Básicos sobre Organización de recursos para el desarrollo de la Actividad Sanitaria en los Servicios de Prevención. Informado favorablemente por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Abril, 2000.

10 Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la formación médica especializada. B.O.E. nº 39 de 14/02/03.

11 Orden SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. B.O.E. nº 129 de 28/5/2005.

12 Resolución de 17 de marzo de 2005, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, por la que se convocan los actos de asignación de plazas correspondientes a las pruebas selectivas 2004, para el acceso en el 2005, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. B.O.E. nº 76 de 30/3/2005.

inferior a la propuesta en su día por la Comisión Nacional de la Especialidad, estimada en 300 plazas, solo se han cubierto 62, con lo que no se cubren ni siquiera las bajas por jubilación y fallecimiento de éstos especialistas y por ende las necesidades que en éste momento tiene nuestro país de éstos Especialistas.

En relación a los Inspectores de Trabajo:

La Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) tiene un papel esencial en la vigilancia del cumplimiento de las normas relativas a la Prevención de Riesgos Laborales, incluida la Vigilancia de la Salud; contando para ello con un número de inspectores de trabajo que ha aumentado de 679 en 1999 a 748 en 2001, lo que significa, según Duran y García¹³, 1 inspector por cada 17.000 trabajadores, situándola entre Finlandia (1 inspector por cada 5.000 trabajadores) e Irlanda (1 inspector por cada 20.000 trabajadores), lo que supone una situación bastante precaria si se tiene en cuenta que la Inspección de Trabajo no solo entiende de Prevención de Riesgos Laborales y agravada.

- Porque la Inspección de Trabajo española es generalista y no especializada, como en el resto de los países de la Unión Europea, excepto Francia, Portugal y Grecia, y no dispone de los equipos técnicos necesarios para hacer ciertas comprobaciones imprescindibles (medición de contaminantes, por ejemplo) lo que exige la cooperación entre dos Administraciones (la Central, de la que depende la Inspección, y la Autono-

mica, de la que dependen los antiguos Gabinetes Técnicos Provinciales, hoy transformados en Institutos Regionales/ Autonómicos de Seguridad y salud/Prevención de Riesgos Laborales), aspecto éste que intentó resolver la Ley 42/1997 estableciendo mecanismos de coordinación entre la Administración Central y las Autonómicas¹⁴.

- Con la desaparición del Cuerpo de Inspectores OSME (Organización de los Servicios Médicos de Empresa) que se hizo efectiva a través de la disposición derogatoria del RD 39/97.

Para concluir, hemos de hacer alusión al otro actor y responsable de la prevención: el **empresario**, que desde la promulgación de la LPRL y el RSP, este último de alguna manera se lo facilita, dado que la prevención con medios propios resulta ser excesivamente costosa, forzando en la práctica a que las empresas recurran, como quedó dicho, de forma mayoritaria a los servicios de prevención ajenos y, además, a que lo hagan para la gestión de todas las actividades preventivas de la empresa¹⁵ incluida la vigilancia de la salud, manifestando así un absoluto desconocimiento del papel que el Especialista en Medicina del Trabajo puede jugar en los Servicios de Prevención Propios al considerar limitada su actividad a la vigilancia de la salud, que le pueden proporcionar los SPA, cuando éste es tan solo uno de los campos de actuación de la Medicina del Trabajo, no teniendo en cuenta los otros aspectos de la especialidad¹¹, cómo son, a título de ejemplo:

- Promoción de la salud en el lugar de trabajo.

13 Durán, F. y García, Benavides, F.: Informe de salud laboral: Los riesgos laborales y su prevención. España 2004. Atelier. Barcelona, 2004.

14 Castejón, E. y Crespán, X: Accidentes de Trabajo: el porqué de todo. Rev. "La Mutua", 12 (2ª época): 69 - 104. 2005.

15 Durán, F.: Informe sobre riesgos laborales y su prevención. Presidencia del Gobierno. Madrid, 2001.

11 Orden SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. B.O.E. nº 129 de 28/5/2005.

- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de: enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Conocimiento de las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, a los solos efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo, dando así cumplimiento al artículo 37.3 del RSP, contribuyendo indirectamente al control del absentismo laboral.
- Prevención técnica (Seguridad Laboral, Higiene Industrial y Ergonomía).
- Vigilancia epidemiológica.
- Pericia médica: evaluación de las condiciones psicofísicas del trabajador antes de su incorporación al puesto de trabajo, valora-

ción del daño corporal tras accidente de trabajo o enfermedad profesional, etc.

A ello habría que añadir la participación que el Especialista en Medicina del Trabajo debe tener en la Evaluación de Riesgos; así cómo la relación que debería darse entre los resultados de la Vigilancia de la Salud y la revisión de la Evaluación de Riesgos y el establecimiento de los protocolos médicos a incorporar a la vigilancia de la salud en función de la antedicha evaluación, al igual que los resultados producidos en los exámenes de salud deberían retroalimentar el trabajo de la Evaluación de Riesgos; lo que supone, de acuerdo con De Bona¹⁶, que en el staff que gestiona el Servicio de Prevención debería haber al menos un Especialista en Medicina del Trabajo y un Técnico y no “ dos especialidades” cualesquiera, como reza en la normativa actual para el caso de los Servicios de Prevención Propios.

16 De Bona, J.M.: La prevención de riesgos laborales según el tamaño de la empresa. Rev. “La Mutua”, 12 (2ª época): 39 - 51. 2005.



"Trabajadores de vuelta a casa". 1913-15.
Edvard Munch.
Museo Munch. Oslo.