

# **VIGILAR LA SALUD, PREVENIR EL RIESGO**

## **II Foro ISTAS de Salud Laboral**

Pere Boix  
(compilador)

***Vigilar la salud, prevenir el riesgo***

II Foro ISTAS de Salud Laboral

Madrid. Noviembre 2000

Edita: ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud)

Diseño cubiertas: A. Solaz

Realización: Paralelo Edición, S.A.

Depósito legal: M-43003-2000

# ÍNDICE

|                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Principios metodológicos para una vigilancia de la salud de los trabajadores</b> .....                                                                                                                                                             | 7   |
| Carlos Aníbal Rodríguez                                                                                                                                                                                                                               |     |
| <b>La vigilancia de la salud de los trabajadores/as en España. Informe de situación</b> .....                                                                                                                                                         | 17  |
| Pere Boix, M <sup>a</sup> Dolores Solé, Montserrat García Gómez, José M <sup>a</sup> Roel, M <sup>a</sup> José López Jacob, Carmen Manchego, Neus Moreno                                                                                              |     |
| <b>La vigilancia de salud de los trabajadores en la República Federal de Alemania</b> .....                                                                                                                                                           | 31  |
| Norbert Wagner                                                                                                                                                                                                                                        |     |
| <b>¿Cómo se vigila la salud de los trabajadores en Francia?</b> .....                                                                                                                                                                                 | 37  |
| Claude Emmanuel Triomphe                                                                                                                                                                                                                              |     |
| <b>La vigilancia biológica de la exposición laboral a las sustancias químicas como nueva herramienta de evaluación</b> .....                                                                                                                          | 45  |
| José M <sup>a</sup> Roel                                                                                                                                                                                                                              |     |
| <b>Los sistemas de información para la prevención de riesgos laborales</b> .....                                                                                                                                                                      | 49  |
| Salvador Moncada                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| <b>Sistemas de vigilancia de la salud. Una propuesta operativa basada en experiencias propias</b> .....                                                                                                                                               | 51  |
| José Vicente Silva, Íñigo Fernández                                                                                                                                                                                                                   |     |
| <b>¿Qué están haciendo las administraciones sanitarias en vigilancia de la salud?</b> .....                                                                                                                                                           | 61  |
| Montserrat García Gómez                                                                                                                                                                                                                               |     |
| <b>La vigilancia de la salud desde un registro poblacional de enfermedades profesionales</b> .....                                                                                                                                                    | 67  |
| Liliana Artieda                                                                                                                                                                                                                                       |     |
| <b>El cuestionario <i>Barcelona-CSCST</i> como instrumento para la vigilancia de la salud en las víctimas de exposiciones accidentales a plaguicidas ambientales en tratamientos de desinsectación en el interior de los locales de trabajo</b> ..... | 75  |
| Francisca López Crespi, Manuel Baselga, José Brosa, Jordi Obiols                                                                                                                                                                                      |     |
| <b>Proyecto «Carpe Diem». Un modelo de historia clínica en Medicina del Trabajo</b> .....                                                                                                                                                             | 81  |
| Francisco de la Gala                                                                                                                                                                                                                                  |     |
| <b>Vigilancia de la salud y derechos de los trabajadores</b> .....                                                                                                                                                                                    | 85  |
| Laurent Vogel                                                                                                                                                                                                                                         |     |
| <b>Mesa redonda: La vigilancia de la salud en la práctica preventiva, ¿un lastre o un instrumento de prevención?</b> .....                                                                                                                            | 93  |
| Neus Moreno                                                                                                                                                                                                                                           |     |
| <b>La vigilancia de la salud en la práctica preventiva de las mutuas</b> .....                                                                                                                                                                        | 99  |
| Pere Teixidó                                                                                                                                                                                                                                          |     |
| <b>La Incapacidad Temporal en la vigilancia de la salud</b> .....                                                                                                                                                                                     | 101 |
| Pere Plana                                                                                                                                                                                                                                            |     |
| <b>Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: Decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo</b> .....                                                                                                             | 107 |
| Pere Boix, Fernando G. Benavides, Guillermo Soriano, Neus Moreno, José M. <sup>a</sup> Roel, Montserrat G. <sup>a</sup> Gómez                                                                                                                         |     |

# PRESENTACIÓN

No hay mal que por bien no venga (ni que cien años dure). Algo así de dialéctico pensamos cuando en enero del presente año se consumó la *moratoria* por la que el Gobierno seguía dando cobertura legal a la práctica de reconocimientos médicos inespecíficos con cargo a cuotas de Seguridad Social, que vienen realizando las Mutuas a los trabajadores de sus empresas asociadas.

Era evidentemente una mala noticia que retrasaba la renovación en un campo especialmente sensible y necesitado de nuevos aires como es el de la vigilancia de la salud. Y no sólo porque seguimos anclados en una orientación medicalizada y en una práctica asistencialista, sino porque se trata de una actividad decisiva para colocar la salud -y, por tanto, los trabajadores como personas- en el centro de la prevención. La renovación de la vigilancia de la salud se convierte así en una de las claves para la renovación de la propia actividad preventiva.

Sin embargo, la experiencia de estos cuatro años de Ley de Prevención de Riesgos Laborales nos ha hecho aprender que en este terreno el impacto social de los cambios legislativos depende en buena medida de su capacidad de promover cambios culturales. Aquellos sin éstos no llevan mucho más allá (lo vemos día a día) que al cumplimiento formal y burocrático de las normas con muy escasos resultados en términos de salud.

Pensamos así que podíamos intentar convertir en una oportunidad la mala noticia si eramos capaces de *aprovechar* la moratoria para promover un debate social con el fin de clarificar los planteamientos e ir construyendo un consenso lo más amplio posible sobre los criterios de integración de la vigilancia de la salud en la actividad preventiva.

Así nació la idea de este **II Foro ISTAS de Salud Laboral**. Con la pretensión de buscar un espacio de diálogo para dotar de contenido la reorientación inaplazable de la vigilancia de la salud en nuestro sistema preventivo. La publicación de los materiales que se incluyen en este libro tiene el mismo objetivo. E igualmente el último documento que se incluye «*Decálogo sobre la vigilancia de la salud*», pensado como un instrumento para recoger, mediante adhesiones individuales, un consenso mínimo sobre criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores.

**Pere Boix**

# PRINCIPIOS METODOLÓGICOS PARA UNA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

CARLOS ANÍBAL RODRÍGUEZ

*Experto OIT en salud laboral y representante de OPS-OMS*

## 1. UN ÁREA QUE NECESITA DE PRECISIÓN CONCEPTUAL

Zielhuis<sup>1</sup>, ya hace años, identificaba «vigilancia de la salud» como sinónimo de «control de los efectos adversos» y de «*exámenes periódicos de los trabajadores con el objetivo de protección de la salud y de prevención de las enfermedades correlacionadas con el trabajo*» con exclusión del diagnóstico de enfermedades conclamadas.

Cooper<sup>2</sup> consideraba la vigilancia de la salud como un instrumento dirigido al «*mantenimiento de la salud de los trabajadores y a su protección a través de la evaluación de la exposición y de los eventuales efectos biológicos precoces*».

En Italia<sup>3</sup> algunos autores recogieron parte de esta definición e introducen la exigencia de que el examen clínico con finalidades preventivas prevea la identificación contextual de los factores de riesgo, el conocimiento de la modalidad de exposición a los factores de riesgo y del comportamiento de los indicadores de dosis y de efecto-daño.

Conforme un Comité de expertos de la Comisión de la entonces Comunidad Europea, de NIOSH y de OSHA<sup>4</sup> es objetivo de la vigilancia de la salud la protección de la salud y prevención de la enfermedad laboral en una acepción amplia que comprenda no sólo la prevención del daño, sino también del malestar y donde, puesta en marcha con instrumentos adecuados, pueda proveer al bienestar.

En los 90 OSHA condujo un estudio sobre una muestra de la realidad nacional, 7.000 empresas con el objeto de valorar el grado de aplicación y la eficacia de los programas. Del estudio surge que la vigilancia de la salud puede ser realizada para satisfacer una serie de exigencias: en un 70% para mantener la fuerza de trabajo en buenas condiciones de salud, en un 64% para establecer la idoneidad de los trabajadores y en un 40% como instrumento para valorar las prácticas laborales<sup>5</sup>.

De las definiciones evocadas surge que con frecuencia los términos vigilancia de la salud y tamizaje<sup>6</sup> se usan en forma intercambiable. Parece oportuno discutir esta identidad y mostrar la complementariedad de los procedimientos en cuanto al trazado de estrategias de prevención<sup>7</sup>.

Podemos decir que la vigilancia de la salud es un «*término genérico que abarca procedimientos e investiga-*

---

<sup>1</sup> Zielhuis RL. Biological monitoring: confusion in terminology, *Amer J Ind Med* 1985, 8:515-516.

<sup>2</sup> Cooper WC, Zavon MR. Health surveillance programs in industry. En *Patty's Industrial Hygiene and Toxicology*, Hohn Wiley Sons New York 1994, vol 3, parte A, Pag 605-626.

<sup>3</sup> Saia B, Bartolucci GB, De Rosa E, Battista G, Abgriti G, Franchini I. Principi e metodi della sorveglianza sanitaria negli ambienti di lavoro. *Med. Lav* 1992; 83:289-295.

<sup>4</sup> Berlin A, Yodaiken R, Henman B (eds). *Assesment of Toxic agents at the workplace. Role of ambient and biological monitoring.* Proceedings of NIOS-OSHA-CEC Seminar Luxembourg, December 1980; Martinus Nijhoff Publishers 1984.

<sup>5</sup> Conway H, Simmons J, Talbert T, The Occupational Safety and Health Administration's 1990-91 survey of occupational medical surveillance prevalence and type of current practices *JOM*, 1993; 35: 659.669.

<sup>6</sup> Ndel A: los vocablos tamizaje, cribaje o screening se utilizan con el mismo significado.

<sup>7</sup> Gochfeld M. Medical surveillance and screening in the workplace: complementary preventive strategies. *Environ Res.* 1993 Jul; 62(1): 178.

ciones para evaluar la salud de los trabajadores con vistas a detectar e identificar toda anomalía. Los resultados de esta vigilancia deberían utilizarse para la protección y promoción individual y colectiva de la salud en el lugar de trabajo, así como para la salud de la población expuesta a riesgos. Los procedimientos de evaluación de la salud pueden incluir, aunque no limitarse a exámenes médicos, controles biológicos, evaluaciones radiológicas, cuestionarios o un análisis de registros de salud<sup>8</sup>». Las fuentes de datos para sistemas de vigilancia de la salud pueden entonces ser variadas.

Cuando se habla de screening en general se hace referencia a exámenes médicos realizados en personas teóricamente sanas a fin de lograr un diagnóstico precoz de enfermedades en etapas de reversibilidad..

A mi juicio la vigilancia de la salud es un proceso longitudinal, el screening es un procedimiento transversal. Ambos son complementarios y juntos constituyen herramientas de prevención.

Mientras tanto cuando se habla de Sistema de Vigilancia de la Salud en el Trabajo: estamos haciendo referencia a un «sistema dotado de capacidad funcional para la recopilación, el análisis y difusión de datos, vinculados a los programas de salud en el trabajo. Abarca las actividades realizadas en el plano de la persona, el grupo, la empresa, la comunidad, la región o el país para detectar y evaluar toda alteración significativa de la salud causada por las condiciones de trabajo. Registran casos de muerte, enfermedad, lesión o exposición a riesgos y evalúan la frecuencia con que se producen»<sup>9</sup>.

A fuerza de aportar un poco más de confusión la vigilancia de la salud de los trabajadores implica monitoreo de su salud, pero ¿implica también monitoreo de los riesgos? Sin entrar en discusión al respecto, digamos que lo deseable es la unión de estas dos informaciones, son dos caras de la misma moneda.

En el caso de la legislación española la lectura del artículo 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, cuando se hace referencia a la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores se identifica con Tamizajes y están sujetos a Protocolos Sanitarios Específicos.

Otro punto sugestivo para la discusión se establece al discutir dónde aplicar la vigilancia de la salud de los trabajadores: ¿para las enfermedades laborales?, ¿para las enfermedades multifactoriales? Los argumentos que se podrían esgrimir desde ambas posiciones son interesantes, pero en la vigilancia de la salud de los trabajadores lo que nos ofrece un mejor «rendimiento» y una mejor oportunidad de intervención son las enfermedades laborales (profesionales).

Un sistema de vigilancia debe darnos cuenta de los problemas que tenemos, su magnitud, hacia dónde debemos dirigir las soluciones, en qué medida las soluciones que hemos adoptado han servido<sup>10</sup>. Un sistema de vigilancia de la salud es una herramienta de la salud pública que tiene como propósito la prevención.

Metodológicamente el primer paso de un sistema de vigilancia es definir sus objetivos: ¿monitorear tendencias?, ¿detectar brotes?, ¿generar hipótesis?, ¿comprobar la eficacia de medidas adoptadas?, ¿mejorar las estrategias de prevención primaria? El segundo impone describir cuál es la población cubierta, qué información se recibe, cuándo, de qué forma... El tercer paso debe describir la utilidad, es decir: ¿qué se hizo como resultado de los datos recogidos?

A posteriori deben evaluarse los atributos del sistema. Simplicidad, flexibilidad, aceptabilidad, sensibilidad, valor positivo de predicción, representatividad y oportunidad.

En salud laboral está claro que para que la vigilancia resulte efectiva debe estar directamente vinculada a la prevención. En general los programas de vigilancia en nuestro ámbito se dirigen a identificar casos (lo que hayamos definido como casos) y observar tendencias.

En general la identificación de casos deviene de tres tipos de programas: tamizaje médico, informes de «proveedores de salud», informes de casos (por el empleador, el trabajador, sus organizaciones, registros, sistemas de cobertura etc.).

---

<sup>8</sup> Oficina Internacional del Trabajo. Principios Directivos Técnicos y Éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Ginebra, 1998. Serie Seguridad y Salud en el Trabajo Número 72.

<sup>9</sup> Citado en 7.

<sup>10</sup> William E. Halperin. The role of surveillance in the hierarchy of prevention. Am J Med, 1996, vol 29, 4: 321-323.

## **2. ALGUNOS ASPECTOS QUE ES IMPRESCINDIBLE CONSIDERAR AL DISEÑAR PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y/O TAMIZAJE**

La vigilancia de la salud de los trabajadores no es una mera cuestión a ser definida por los especialistas sin tener en cuenta:

- cuál es el objetivo,
- cuál es la calidad del proceso y
- cómo se protegen los intereses de los trabajadores.

En ningún caso la vigilancia de la salud debe transformarse en un elemento de discriminación. En este sentido hay que prestar una atención especial a los screening genéticos.

La vigilancia de la salud debe guardar un estrecho vínculo con la vigilancia del ambiente y proceso de trabajo y, naturalmente, su único objetivo ético es la prevención.

Los profesionales que operen en sistemas de vigilancia deben garantizar competencia e independencia técnico-científica.

Debe protegerse la intimidad de los trabajadores y la confidencialidad de los datos individuales relativos a su salud.

Los distintos sistemas de vigilancia de la salud de los trabajadores que se pongan en marcha en un país deberían iniciarse con posibilidad de articulación.

La vigilancia de la salud de los trabajadores debería servir no sólo a la prevención en unos ambientes de trabajo sino a la definición de políticas y programas nacionales.

Cuando se pretende transformar un sistema de vigilancia de la salud en un programa de control de absentismo, se están bastardeando los conceptos. Los mejores programas de reducción del absentismo son aquéllos que permiten al trabajador laborar en buenas condiciones.

## **3. ALGUNAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES EN LA MATERIA**

En Ginebra, del 2 al 9 de setiembre de 1997 en cumplimiento de una decisión de su Consejo de Administración, la OIT realizó una Reunión de Expertos sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores. Como corolario de esta reunión los expertos recomendaron que la OIT y la OMS divulguen los principios de la vigilancia de la salud y promuevan educación y formación en la materia. Merced a esto la OIT publicó los «Principios Directivos Técnicos y Éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores».

Lo Oficina Panamericana Sanitaria ha incorporado la vigilancia de la salud de los trabajadores en dos programas. Dentro del Proyecto PLAGSALUD, en desarrollo en Centroamérica, se ha desarrollado un sistema de notificación y vigilancia para los daños a la salud causados por el uso de plaguicidas. Dentro del proyecto ECOPE-TROL en Colombia ha desarrollado un sistema de vigilancia de los riesgos ergonómicos en trabajadores del petróleo. Por otra parte celebró en julio de 1999 una Reunión Regional sobre la Vigilancia en Salud de los Trabajadores en las Américas.

## **4. LOS EXÁMENES MÉDICOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE TAMIZAJE**

### **4.1. Aspectos generales**

La idea de realizar exámenes médicos en estado aparente de salud parece haber surgido durante el siglo XIX, con el objeto de tener hombres con buen estado sanitario disponibles para las fuerzas armadas. Las compañías de seguros, por su parte, no tardaron mucho en ver sus potencialidades comerciales. Pero sin duda, la difusión de la tuberculosis y la accesibilidad a la abreugrafía y a la reacción de Mantoux influyó de forma definitiva en la generalización de este tipo de procedimientos.

En los últimos decenios, el avance de la aparatología diagnóstica, la firme propaganda de entidades médicas comerciales y el hecho de que los patrones de morbilidad cambiaran con avance de las enfermedades crónicas degenerativas, han llevado a que, fundamentalmente los estratos de población económicamente más altos, crean firmemente en los beneficios de los exámenes en salud. Exámenes de salud y screening (tamizaje) son utilizados corrientemente, aun dentro de los trabajadores de la salud, como sinónimos.

Así, es posible ver que bajo el nombre de screening se adoptan las formas de una consulta médica acompañada de infinidad de métodos de diagnóstico complementario, buena parte de las veces resultan inútiles, pretendiendo dar una información global sobre el «estado de salud», sin hacer demasiado hincapié en la particularidad de los riesgos de cada individuo.

Wilson y Jungner (1968) hacen una lúcida y abarcadora revisión de la práctica del screening a través del mundo y enuncian diez criterios de sentido común antes de encarar un tamizaje<sup>11</sup>.

1. La condición buscada debe ser un importante problema de la salud pública.
2. Debe haber un tratamiento aceptable para los pacientes en que se reconozca la enfermedad.
3. Debe contarse con facilidades para el diagnóstico y el tratamiento.
4. Debe poder reconocerse el proceso en fase latente o en estadios tempranos.
5. Deben contarse con tests de examen adecuados.
6. El test debe ser aceptable para la población.
7. La historia natural del proceso, incluyendo el camino que va del estado latente al de enfermedad declarada, debe ser entendido adecuadamente.
8. Debe contarse con una política acordada para tratar a los pacientes.
9. El costo de la búsqueda de casos (incluyendo el diagnóstico y tratamiento de los pacientes diagnosticados) debe estar económicamente balanceado en relación con los posibles gastos de los cuidados globales en salud.
10. La búsqueda de casos debe ser un proceso continuo.

A través de estos principios, vamos viendo qué cosa debiera ser un screening. El Comité para Europa de la OMS, aceptando la definición de la Comisión para las Enfermedades Crónicas de EE.UU., lo define así: «*es la identificación presuntiva de una determinada condición o enfermedad no conocida, mediante la aplicación de tests, exámenes u otros procedimientos que puedan ser administrados con rapidez*».

Los tests identificarán a las personas que probablemente tienen la enfermedad, distinguiéndolas de las que posiblemente no la tienen. Un test de screening no es considerado diagnóstico. Las personas con hallazgos positivos o sospechosos deberán ser derivadas a sus médicos para el diagnóstico y el necesario tratamiento.

Sackett<sup>12</sup> trata de clarificar el tema y describe distintos programas o actividades que se utilizan en los tests de screening, pero que presentan implicaciones desde el punto de vista ético y de costos muy distintas.

La primera es la «*búsqueda de casos*», que sería la identificación de enfermedades por parte de trabajadores de la salud usando test de screening sobre pacientes que han consultado por síntomas no relacionados: hallazgo de hipertensión en un individuo con síndrome gripal por ejemplo. Luego hace referencia al *screening* propiamente dicho, lo que implica: aproximación a un grupo definido de la población, a los que están a alto riesgo o a toda la población, tratando de despistar una determinada afección en fase útil, a través de uno o más tests.

Los motivos más frecuentemente invocados para la utilización del screening son:

- para determinar el seguro de vida,
- por razones preventivas en salud pública o laboral,
- para tener datos de base (p.e. «valores normales» de determinado parámetro),
- para dar al paciente prescripciones saludables.

La pretensión de un screening es reducir la morbilidad y mortalidad. En algunos casos los beneficios son evidentes (p.e. las técnicas de Papanicolau para carcinoma de cuello uterino o la palpación mamaria para el cáncer

<sup>11</sup> Wilson, J. M. Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO. Public Health Paper, Ginebra, 1968.

<sup>12</sup> Sackett D. Periodic Health examinations and multiphasic screening. Canadian Medical Assis. 1973, 109, 1124.



de mama). Sin embargo los estudios demostrativos del descenso de la mortalidad en poblaciones sometidas a screening tienen muchas dudas, sobre todo porque en la mayoría de ellos los grupos de comparación utilizados no siempre han sido los adecuados desde un punto de vista epidemiológico<sup>13</sup>.

## 4.2. Los exámenes en salud de los trabajadores

El examen periódico de los trabajadores debe pretender, mínimamente, detectar alteraciones en la salud, inducidas por los agentes de riesgo presentes en el medio ambiente de trabajo, en fase precoz y reversible. Este concepto, clásico aunque poco utilizado, se va ampliando hacia el conocimiento de la entidad de las exposiciones a factores de riesgo aun cuando no tengan una expresión en la salud ni siquiera subclínica.

Debe enfatizarse que un examen periódico, en la búsqueda de un diagnóstico precoz, es un procedimiento de prevención secundaria. La prevención primaria en el medio ambiente laboral consiste en la eliminación o control del factor de riesgo. Además, resultados fuera de los límites que hayamos establecido y que no tengan que ver con particularidades individuales, aun cuando los controles higiénicos indiquen «normalidad», deben reconducir a ejercer la prevención primaria saneando el ambiente.

Sin duda, en la población trabajadora es donde más claramente se pueden obtener beneficios de estos procedimientos.

Entre los técnicos hay acuerdo en que un principio cardinal para que el examen periódico de un trabajador tenga utilidad, es la adopción de instrumentos sensibles y específicos. Es decir, que no existen procedimientos universales para todos los trabajadores independientemente de su ocupación. Dentro de un mismo centro de trabajo, aquellos a utilizar dependerán de los riesgos a los que esté expuesto cada trabajador. Sensibles, en la medida de poder detectar pequeñas variaciones respecto a lo establecido como normal. Específicos, en la medida que estén en capacidad de responder positivamente ante la presencia de un determinado factor de riesgo y no a la de otros.

Otro elemento a considerar es la necesaria continuidad en estos programas de vigilancia: los tamizajes esporádicos o aislados tienen poco o ningún valor. Es decir que el concepto de screening debe dar paso al de *Vigilancia de la Salud de los Trabajadores*.

Los exámenes han de servir para la evaluación de cada trabajador, pero cobra singular importancia la valoración epidemiológica de sus resultados. Ella dará datos interesantes para saber dónde actuar.

Barry Levy<sup>14</sup> agrega que los beneficios del programa tienen que superar sus costos. Cuando se refiere a los costos no se limita a considerar los económicos sino que pone en consideración los riesgos, inconvenientes, molestias y ansiedad provocados por los procedimientos en sí y por la aparición de «falsos positivos».

## 4.3. Diseño y ejecución de los exámenes periódicos en los trabajadores

Debe recordarse que el objetivo del examen es no sólo individual, sino también epidemiológico. Un procedimiento de examen periódico en una población determinada es un estudio transversal. En el caso de los ambientes laborales los hallazgos pueden estar limitados, en función del método empleado, de la pérdida de casos (los más afectados ya no trabajan en la empresa o fueron cambiados de puesto de trabajo) y por el *healthy worker effect*. Estos son elementos que deben tenerse en cuenta tanto a la hora del diseño como del análisis de resultados.

En el diseño y ejecución de los exámenes periódicos, dentro de una empresa, se sugiere tener en cuenta los siguientes pasos:

**Primer paso:** Identificación y evaluación de los riesgos de la empresa, el sector y el puesto de trabajo. Esto obliga al equipo, en primer lugar, a definir su concepto de riesgo, contrastarlo con los conocimientos de los tra-

<sup>13</sup> Michael D'Souza. Screening for all: Excellence or extravagance. Current Approaches to Occupational Medicine. ED. Ward Gardner. John Wright & Sons Normal.

<sup>14</sup> Levi, Barry y Weigman, David, *Occupational Health. Recognizing and Preventing Work-Related Disease*. Little Brown and Company, Boston, 1988.

bajadores, identificarlos, evaluarlos y conocer cuál es la población expuesta. Entre los riesgos a identificar y evaluar deben considerarse, sin pretensión de un examen exhaustivo, los siguientes: a) riesgos físicos, b) riesgos químicos, c) carga física y mental, d) de la organización del trabajo: extensión de la jornada, pausas y descansos, turnos, e) psicosociales: contenido de trabajo, relaciones interpersonales, relaciones jerárquicas, estilo de gestión, sindicalización, participación, etc., f) de seguridad, g) ergonómicos, h) de la forma de remuneración: premios, adicionales, trabajo a destajo, etc.

**Segundo paso:** Valoración de la existencia y modalidad de la exposición.

**Tercer paso:** Identificación de los posibles efectos sobre la salud derivados de los riesgos a los que los trabajadores están expuestos. Definición de órganos diana.

**Cuarto paso:** Identificación de las características de la población. Habrá de conocer sexo, raza, educación, hábito laboral, características culturales y antropológicas, estilos de vida, problemas de salud, pasados o presentes, y otras características que pudieran implicar especial vulnerabilidad. El tema se desarrolla con mas amplitud en este mismo documento.

**Quinto paso:** Análisis de los instrumentos a ser utilizados. Conforme los riesgos y los objetivos se escogerán los instrumentos que, en ocasiones, pueden limitarse a un simple cuestionario. A la hora de utilizar elementos de tamizaje de mayor complejidad deben tenerse en cuenta los siguientes principios:

- El tamizaje debe ser selectivo, aplicándose los estudios apropiados.
- Debe permitir identificar la enfermedad en estadio latente.
- Debe permitir un seguimiento.
- El procedimiento debe tener reproductibilidad y validez (sensibilidad y especificidad).
- El procedimiento debe permitir un descenso de la morbilidad.
- Deben ser incruento y aceptables para el trabajador.
- Debe garantizarse la confidencialidad de los resultados.

**Sexto paso:** Diseño de la Historia Clínica, cuando ésta no existiera, o del formulario de examen/encuesta. En caso de utilizarse la Historia Clínica, el modelo a emplear debe permitir estudios epidemiológicos pero, además, siendo una historia clínica la muestra práctica acerca del concepto que se tiene del proceso salud enfermedad, debería poder dar cuenta de la historia de vida y laboral del trabajador en la forma más cuidadosa posible.

**Séptimo paso:** Desarrollo de los criterios de acción.

**Octavo paso:** Selección de los proveedores.

**Noveno paso:** Estandarización del proceso, determinación del flujograma, establecimiento de necesidades.

**Décimo paso:** Definición de las comunicaciones, los registros, el soft. Un elemento básico para el éxito de un programa de screening es que los trabajadores lo acepten. Para ello, se deben cumplir al menos dos premisas: la transparencia en los objetivos y la entrega de los resultados al trabajador, en forma fehaciente (por escrito). Cuando la seriedad del problema así lo exigiese, esta información podría ofrecerse al médico de cabecera del trabajador.

**Undécimo paso:** Preparación del equipo de trabajo.

**Duodécimo paso:** Realización de los exámenes. Es fundamental establecer la necesaria coordinación entre los distintos estratos operantes en la empresa y el equipo sanitarios periódicos. Esta coordinación es necesaria, pero no suficiente. La discusión de las medidas de intervención que hubieran aparecido como necesarias, el establecimiento de las mejoras y su ejecución, el seguimiento y la evaluación, darán medida del grado de éxito del programa.

**Los pasos que siguen:**

- La interpretación de los resultados. individual y colectiva.
- La confirmación de los resultados.
- La evaluación del diagnóstico.
- La notificación.
- La evaluación ambiental.
- Las acciones sobre el trabajador.
- Las acciones sobre el proceso de trabajo.

## 5. FACTORES DE VULNERABILIDAD FRENTE AL RIESGO DE CONTRAER PADECIMIENTOS VINCULADOS AL TRABAJO

A la hora de diseñar un screening y al momento de evaluar los resultados colectivos e individuales es indispensable conocer los factores de vulnerabilidad que pueden presentarse en una situación dada.

### 5.1. Factores individuales

Ciertos factores, de orden individual, pueden modificar la susceptibilidad para presentar daño frente a ciertos riesgos. La presencia de una o más de estas características en una persona puede determinar que sea ella la primera en presentar síntomas frente a una noxa laboral, sin que haya aún manifestaciones en otros componentes del equipo de trabajo.

La *edad*, por ejemplo, se comporta como un factor que puede modificar el riesgo. En general, en las personas ancianas se presenta involución de sistemas enzimáticos, con lo cual los procesos de bio-transformación de los xenobióticos puede alterarse. La exposición a sustancias carcinogénicas en la juventud, dado el amplio período de latencia, determina mayor posibilidad de contraer cáncer que si la exposición se verifica en una persona de 60 años. También la capacidad de bio-transformación de las sustancias químicas por parte del feto o del neonato es distinta.

El *sexo*, habida cuenta que en algunos procesos de bio-transformación intervienen las hormonas sexuales, determina qué hombres y mujeres puedan tener distinta labilidad frente a los tóxicos.

El *hábito de fumar* puede aumentar las posibilidades de contraer cáncer entre los expuestos a asbesto. El fumar durante la exposición a algunas sustancias químicas puede modificar su toxicidad al pasar a través de la lumbre del cigarrillo produciendo afecciones no esperadas, la fiebre de los polímeros, por ejemplo.

*Estados fisiológicos*, como el embarazo, pueden presentar riesgo incrementado, ya no para la trabajadora sino para el fruto de la concepción.

Los *antecedentes clínicos* de las personas también tienen su influencia. Por ejemplo, aquellos con antecedentes de atopía reaccionan precozmente frente a la presencia de alérgenos. Quienes tienen historia de asma pueden tener una reactividad bronquial exagerada frente a irritantes respiratorios que en el resto de los expuestos no determinan síntomas aparentes. Los que presentan un órgano enfermo, que al mismo tiempo es órgano diana para la sustancia química a la que el sujeto está expuesto, muestran más precozmente o con más intensidad los efectos adversos. En el caso de aquellos que presentan nefropatías crónicas puede existir especial vulnerabilidad frente a tóxicos que se excreten por vía renal.

Los *déficit nutricionales* pueden aumentar la susceptibilidad a la intoxicación: debe tenerse presente que las enzimas son proteínas.

Ciertos *desórdenes genéticos* (Calabrese 1978) pueden determinar poblaciones de alto riesgo ante contaminantes. Dentro de ellos distinguimos aquellos manifiestos en los eritrocitos, los que afectan a componentes del suero, trastornos en la regulación homeostática, desórdenes inmunológicos, desórdenes de mala absorción y otros<sup>15</sup>:

- a) dentro de los correspondientes a los eritrocitos encontramos:
  - El déficit de *glucosa 6 fosfato dehidrogenasa*, de alta incidencia entre la población negra de EE.UU., pero también presente en la población judía, del Mediterráneo, Filipinas, etc., que determina la posibilidad de generar anemia hemolítica frente a antimetabólicos de síntesis, tóxicos industriales con estructura química similar a ellos, ozono y plomo, entre otros compuestos químicos.
  - Deficiencias en *catalasa*, primero detectadas en la población japonesa y luego en Suiza, Israel y Alemania, que sensibiliza frente a la acción de agentes oxidantes.
  - Los déficit en *NADH-MetHb reductasa*, que si bien afectan principalmente a esquimales, navajos y apaches, también han sido descritos en pobladores del Mediterráneo, configuran alto riesgo frente a agentes

<sup>15</sup> Calabrese E. J. Pollutants and High-Risk Groups. The Biological Basis of Increase Human Susceptibility to Environmental and Occupational Pollutants. John Wiley and Sons, New York, 1979.

metahemoglobinizantes, aminas aromáticas; por ej., los trabajadores expuestos a vanadio podrían presentar también efectos lesivos.

- b) Dentro de los desórdenes presentes en el suero mencionaremos:
- La deficiencia de *alfa-antitripsina*, que hace a sus portadores particularmente sensibles a los efectos pulmonares del cadmio y cualquier otra noxa respiratoria.
  - Variantes en la *colinesterasa* y la *pseudocolinesterasa* que pueden variar la sensibilidad a ciertos plaguicidas.
- c) En cuanto hace al trastorno en la regulación de la homeostasis pueden señalarse:
- *Enfermedades genéticas del riñón* (cistinuria, cistinosis y tirosinemia), que podrían generar alto riesgo frente a la exposición a plomo, cadmio, mercurio y uranio.
  - Las *porfirias*, que afectaron a miles de personas en 1956 en Turquía por ingestión crónica de un agente fungicida, el hexaclorobenceno. En los expuestos a plomo también se incrementa el riesgo.
  - La *fibrosis quística*, tanto en homo como en heterocigotas, determina mayor susceptibilidad frente a irritantes del tracto respiratorio, tales como el ozono, el dióxido de azufre y numerosos metales pesados.
  - La *enfermedad de Wilson*, determinando mayor susceptibilidad al vanadio.
- d) En cuanto hace a los desórdenes inmunológicos, cabe destacar el déficit en *inmunoglobulina A*, determinando mayor labilidad también frente a los irritantes respiratorios.
- e) Entre otros tipos de desórdenes genéticos, uno de los más estudiados es la hipersusceptibilidad genética al *disulfuro de carbono* y la susceptibilidad genética a los cánceres de piel inducidos por *radiaciones ultravioletas*.

El haber caracterizado las alteraciones descritas, que muestran la existencia de población con alto riesgo frente a determinados contaminantes, tiene por objeto que se piense en la posibilidad de estar frente a un caso índice o enfermedad centinela, cuando los trastornos aparecen en un solo individuo y no en toda la población expuesta. Estos casos pueden poner en alerta acerca de la necesidad de mejorar la higiene ambiental.

## 5.2. Factores determinados por la modalidad de contacto con la sustancia y los procesos metabólicos

Corresponde tener en cuenta que la supervisión ambiental informa, respecto de las sustancias químicas, de la exposición por vía aérea. Sin embargo, su absorción puede verificarse por el aparato digestivo y en muchos casos por la piel. Es de subrayar, en este último sentido, la importancia de la penetración dérmica de disolventes y ciertos plaguicidas, por ejemplo.

Por otro lado los tóxicos absorbidos por cualquier vía no se distribuyen en forma homogénea. Influyen en ello características fisiológicas como así también los valores de flujo sanguíneo (que varían en función del trabajo muscular) y los volúmenes de distrito (p.e. los trabajadores obesos están más expuestos a intoxicarse por solventes).

Las sustancias químicas, en su mayoría, se ven sujetas en el organismo a procesos de bio-transformación (lo que se denominaba antiguamente metabolismo). Pero bio-transformación no significa desintoxicación. En efecto, el organismo sólo intenta lograr moléculas más hidrosolubles, para poder eliminarlas. En ese proceso, las sustancias intermedias pueden tener una nocividad mucho mayor que la de ingreso.

Ciertos fenómenos merecen una especial preocupación, tanto por la transcendencia que pueden tener, como por la escasa información disponible; se hace referencia con esto a los fenómenos de interacción entre sustancias químicas, tanto del ambiente industrial como con medicamentos o estilos de vida. Por ejemplo se demostró el potenciamiento de la acción tóxica cuando el monóxido de carbono se inhala junto a ácido sulfhídrico, amoníaco o ácido nítrico. Hay fenómenos de este tipo descritos entre los solventes.

Las sustancias hepatotóxicas, por ejemplo el tetracloruro de carbono, pueden tener efectos devastadores frente

a trabajadores con hábito alcohólico. El asbesto multiplica su acción carcinogénica cuando el trabajador expuesto es fumador.

En el lugar de trabajo puede asistirse a interacciones farmacocinéticas con la terapia medicamentosa que puede estar recibiendo el trabajador. En clínica se conoce que dos drogas administradas simultáneamente pueden anular su acción o determinar reacciones tóxicas. Lo mismo puede suceder entre un medicamento y una sustancia química a la cual existe exposición ocupacional. El tema es particularmente importante por el alto consumo de medicamentos en la población. Estudios efectuados en Alemania muestran que el 22% de los trabajadores consume drogas prescritas y un 8 % toma drogas no prescritas. Otro estudio, en el mismo país, muestra que en 4 plantas industriales, entre el 15 y 25 % toma fármacos, el 25 % analgésicos, el 13 % antihipertensivos y el resto, otros medicamentos divididos en 11 categorías<sup>16</sup>.

Una buena cantidad de sustancias puede inducir la biotransformación de xenobióticos en el hombre. Si bien se ha hecho una referencia al alcohol, se retomará el tema dado que esta sustancia, en ingesta aguda, puede aumentar la toxicidad de parientes químicos por inhibición de la actividad microsomial MFO. Esto también fue demostrado para el estireno, benceno y tricloroetileno. Igualmente, la exposición a sustancias químicas puede aumentar los efectos del consumo de alcohol. Por otro lado, su consumo crónico puede inducir el metabolismo hepático de un gran número de sustancias químicas. Actualmente se están desarrollando modelos de simulación computarizada, para llegar a efectuar predicciones sobre el impacto en el *clearance* de hígado y pulmón de algunas interacciones medicamentosas. El modelo pretende también predecir el momento óptimo para monitorear biológicamente a los expuestos y minimizar el sesgo<sup>17</sup>.

También debe tenerse en cuenta que ciertos tóxicos tienen una lenta eliminación del organismo, con lo cual hay tendencia a la acumulación. De esta forma, aunque el trabajador esté expuesto a una misma concentración ambiental sus problemas van en aumento.

Por otro lado, los trabajadores raramente están expuestos a un solo factor de riesgo: por el contrario, lo habitual es la multiexposición y esto también puede tener sus implicaciones. Por ejemplo, una temperatura elevada hace que el sudor y la maceración de la piel determinen la pérdida de su cualidad de barrera. Es perfectamente comprobable, por otro lado, el incremento en la absorción de parathion junto al aumento de la temperatura exterior.

La exposición al ruido y, concomitantemente, a monóxido de carbono o a mercurio agrava las lesiones auditivas.

### 5.3. Factores dependientes de la organización del trabajo

La organización del trabajo en sí misma plantea situaciones no registrables a través del monitoreo ambiental. Algunos ejemplos pueden corroborar la afirmación.

Es conocido que la misma dosis de una sustancia química varía en su absorción y biotransformación, dependiendo del momento del día en que es suministrada (cronobiología). Es entonces adecuado preguntarse si los límites de exposición son válidos para los trabajadores nocturnos.

Debe considerarse igualmente que si bien la cantidad de tóxico que se absorbe por vía respiratoria depende de su concentración en el aire y el tiempo de exposición, también está relacionada con la ventilación alveolar y el volumen minuto. Es obvio que estos parámetros aumentan en la medida en que la carga física de trabajo es mayor. Con ello, a la misma concentración de la sustancia en el ambiente, la dosis recibida por cada trabajador va a depender del trabajo realizado.

### 5.4. Comentario

Desde un punto de vista científico, no es posible aceptar acríticamente las prescripciones legales en materia de límites permisibles. En la adopción de un estándar existen dos momentos: el primero, de índole científico, que

<sup>16</sup> Born, Paul J. A. Y Bas de Barbanson, «Bias in Biologic Monitorin Caused by Concomitant Medication», J. Occup. Med. , vol.30, N°3, 214-233,1988.

<sup>17</sup> Idem anterior.

es la evaluación del riesgo, la búsqueda de umbrales sin efecto para el caso de las sustancias químicas por ejemplo. El otro, político, que es la toma de decisión con respecto a cuál es el nivel «socialmente aceptable», en cuya determinación entran a jugar elementos distintos a los meramente técnicos. Ambos momentos generalmente no coinciden y la norma suele tener en cuenta los estudios previos, pero se adapta a las circunstancias (presiones, posibilidades reales, etc.). Es fundamental, por lo tanto, tener los límites como una referencia, no como una línea que separa lo sano de lo enfermo.

Debe recordarse que estos estándares han variado a través del tiempo, es decir, a medida que pasan los años, las concentraciones admisibles son menores. Sin embargo, en cada momento las concentraciones estipuladas fueron consideradas como seguras. El tiempo, a través del deterioro de la salud de los trabajadores, fue mostrando que no era así. Estos conceptos son igualmente válidos para las indicadores biológicos.

# LA VIGILANCIA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES/AS EN ESPAÑA. INFORME DE SITUACIÓN

PERE BOIX, JOSÉ M<sup>a</sup> ROEL y M<sup>a</sup> JOSÉ LÓPEZ JACOB, *Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)*;  
M<sup>a</sup> DOLORES SOLÉ, *Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*; MONTSERRAT GARCÍA GÓMEZ, *Unidad de Salud Laboral, Ministerio de Sanidad y Consumo*; NEUS MORENO y CARMEN MANCHEÑO, *Departamento de Salud Laboral CC.OO.*

*En efecto, es necesario reconocer que, a veces, de ciertas profesiones se les derivan a los que las practican males no pequeños, de modo que en donde esperaban obtener recursos para su propia vida y para el mantenimiento de su familia, no pocas veces contraen gravísimas enfermedades y, maldiciendo el oficio al que se habían entregado, acaban por abandonar la compañía de los vivos. [.....] Muchas son las cosas que el médico, al atender a un enfermo, debe tratar de averiguar, bien sea a través del mismo paciente, bien a través de los que le atienden: «cuando estés ante un enfermo, conviene que le preguntes, qué le duele, cuál es el motivo, desde hace cuántos días, si hace de vientre y qué alimentos toma». Palabras son éstas de Hipócrates en su libro «De las afecciones»; permítaseme añadir también esta pregunta: «y qué oficio desempeña».*

*De morbis artificum diatriba*  
Bernardino Ramazzini, 1700.

Desde que Ramazzini escribiera estas palabras, la formación y las competencias de los médicos del trabajo han tenido que ir evolucionando para poder responder adecuadamente a los continuos cambios que se producen en el mundo laboral y satisfacer las necesidades de la sociedad.

Durante la primera mitad de este siglo, los exámenes de salud se consideraban el inicio de cualquier programa de protección de la salud de los trabajadores en muchos países, pero limitados a ciertos colectivos y a determinados riesgos laborales específicos. Posteriormente, en países como Francia y Japón, se extendieron a todos los trabajadores y se crearon los servicios médicos en las empresas<sup>1</sup>. Estos servicios habitualmente tenían otras funciones, tales como el tratamiento de los heridos y el cuidado de la salud de los trabajadores en general (aspectos curativos y preventivos).

Con el desarrollo económico, industrial y científico, la medicina del trabajo ha visto aumentar su complejidad y ampliar su campo de actuación, hasta el extremo de que los médicos del trabajo preocupados por alcanzar un diagnóstico científico de la enfermedad en un trabajador-paciente, aumentaron su interés por asociarse con otros profesionales para poder profundizar en su conocimiento<sup>2</sup>. Era el germen del equipo pluridisciplinar, imprescindible en cualquier intervención de salud laboral.

En la actualidad muchas cosas han cambiado: el progreso técnico, medios de investigación más sofisticados (control biológico y ambiental), mayor énfasis en la prevención y en la salud integral de los trabajadores, la evolución de ciertos valores (atención primaria de salud, derechos sociales) y de los aspectos organizativos, que conducen a una práctica sólida desde el punto de vista técnico, ético, social y económico<sup>3</sup>.

También en nuestro país muchas cosas están cambiando en el último quinquenio. La situación, las necesidades y las expectativas son diferentes a las de hace unos pocos años. Al abrigo del nuevo marco normativo se apun-

<sup>1</sup> OIT Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo, 1998.

<sup>2</sup> MacDonald E.B., Baranski B., Wilford J. Eds. Occupational Medicine in Europe: scope and competencies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.

<sup>3</sup> OIT op. cit.

tan nuevos enfoques en el campo de la salud laboral que pugnan por abrirse camino no sin contradicciones y resistencias ancladas en ideas y prácticas que hoy se consideran desfasadas<sup>4</sup>.

Se hace necesario abrir el debate social y científico para la elaboración de una teoría general integradora de contribuciones diversas que permita la formulación de nuevos y coherentes programas en los diferentes campos relacionados con la prevención de los riesgos laborales. La vigilancia de la salud es uno de ellos y, en este sentido, queremos ofrecer nuestra aportación con el presente documento.

En él hemos pretendido realizar una aproximación al nuevo modelo de vigilancia de la salud, basado en los principios que reflejan el actual consenso técnico-científico y las exigencias sociales reflejadas en la legislación, para intentar volcar sobre este molde las prácticas que caracterizan nuestra realidad en este terreno con el fin de evaluarlas críticamente, de detectar sus puntos débiles para así poder realizar propuestas de renovación.

El análisis sistemático de esta realidad se ha visto seriamente dificultado por la escasez de registros y datos que suponen ya un primer elemento característico de nuestra situación. La organización de grupos de discusión no solamente nos ha servido para paliar esta carencia sino sobre todo para recoger una imagen (un *flash* más bien) de las percepciones de distintos colectivos relacionados con la prevención. Así, en el informe se recogen las opiniones de médicos del trabajo, prevencionistas y delegados de prevención.

El valor de este documento es sobre todo el de servir de punto de discusión sin ninguna pretensión de «verdad científica» y ni siquiera de comprensión global de un problema social complejo. Refleja, eso sí, unos puntos de vista críticos que se pretenden honestos y que abogan por un cambio en profundidad en la orientación de la actividad preventiva en general y de la práctica de la vigilancia de la salud en particular.

## PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO

### Elementos conceptuales

El concepto de *vigilancia* implica la recogida de información y la utilización de la misma para conseguir un determinado objetivo, manteniendo o cambiando las circunstancias que lo favorecen o dificultan. Esta idea, como señala Halperin<sup>5</sup>, presenta evidentes paralelismos con los planteamientos de gestión de calidad en los que se encadenan en círculo planificar-ejecutar-valorar-cambiar para nuevamente planificar iniciando otra vez el proceso.

Deberemos considerar de entrada la vigilancia de la salud de los trabajadores como un componente esencial para garantizar la calidad de las intervenciones en el campo de la salud laboral.

Consideramos además, con la OIT<sup>6</sup>, que la vigilancia de la salud de los trabajadores forma parte, junto con la vigilancia del medio ambiente de trabajo, del concepto global de vigilancia de la salud en el trabajo entendida como:

*«La recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continuada y sistemática de datos a efectos de la prevención».*

No se trata por tanto de una actividad «autónoma» sino que **se inscribe en el contexto de la intervención preventiva** complementando y complementándose con la evaluación ambiental de los riesgos.

Recogiendo específicamente la definición sobre *vigilancia de la salud de los trabajadores* propuesta por la propia OIT destacaremos que abarca:

*«Procedimientos e investigaciones para evaluar la salud de los trabajadores con vistas a detectar e identificar toda anomalía».*

Esta es, por tanto, la aportación informativa de la vigilancia de la salud de los trabajadores a la tarea de *«planificación, ejecución y evaluación de los programas de seguridad y salud en el trabajo»*: detectar cualquier alteración de la salud de las personas que trabajan.

<sup>4</sup> Boix P. Sprint o carrera de fondo. Reflexiones para un balance de situación acerca de la prevención de riesgos laborales. Cuadernos de Relaciones Laborales, 1999;14:17-32.

<sup>5</sup> Halperin W.E. The role of surveillance in the hierarchy of prevention. Am.J.Ind.Med 1996; 29:321-323.

<sup>6</sup> OIT op. cit.



Para recoger esta información caben distintos procedimientos que «*pueden incluir aunque no limitarse a exámenes médicos, controles biológicos, evaluaciones radiológicas, cuestionarios o un análisis de los registros de salud*».

Vigilar la salud de los trabajadores es, pues, **producir informaciones sobre las alteraciones de la salud que sean de utilidad para la prevención**, mediante exámenes médicos o por otros procedimientos.

A los elementos conceptuales señalados, la OIT añade uno más: «*un sistema general de vigilancia de la salud de los trabajadores comprende evaluaciones individuales y colectivas de la salud*».

Es decir, la vigilancia de la salud no sólo abarca lo individual, sino que **debe considerar también la dimensión colectiva** de los problemas de salud.

## ¿Vigilar para qué?

*«Los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores son el principal input para diseñar y evaluar la política de salud de la empresa»<sup>7</sup>.*

La vigilancia de la salud de los trabajadores se considera, pues, un elemento de importancia capital en dos de los momentos claves del proceso preventivo: en el **momento de decidir qué hacer** (diseño, planificación) y en el **momento de valorar para qué ha servido** lo que hemos hecho (evaluación de resultados).

Representa una fuente de información insustituible sobre las necesidades en salud de los trabajadores y sobre los resultados de los programas de intervención. Ello forma parte sobre todo de la proyección colectiva de la vigilancia de la salud cuyas aportaciones específicas al proceso preventivo deberían ser<sup>8</sup>:

- a) describir el estado de salud de los grupos de trabajadores;
- b) estimular la realización de estudios epidemiológicos sobre las relación entre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores;
- c) estudiar la evolución de la incidencia de accidentes y enfermedades del trabajo;
- d) promover estrategias de intervención mediante la investigación orientada a la acción;
- e) evaluar la eficacia de las medidas de control llevadas a cabo.

La vigilancia de la salud tiene, además, unas utilidades específicas para el trabajador individual por cuanto permite detectar precozmente alteraciones de la salud relacionadas con el trabajo y gestionar una adecuada atención actuando tanto sobre la persona como sobre los posibles riesgos laborales. También permite valorar las capacidades del trabajador con el fin de mejorarlas o para promover una adaptación del puesto de trabajo. En este terreno es donde los exámenes médicos se convierten en el procedimiento más utilizado.

Desde el punto de vista individual, la vigilancia de la salud de los trabajadores sirve fundamentalmente para la **detección precoz** de daños derivados del trabajo y para el **estudio de las capacidades** del trabajador en relación con las condiciones de trabajo.

En los últimos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en la idea de que la vigilancia de la salud de los trabajadores no debe restringirse a las enfermedades relacionadas con el trabajo sino extenderse a las enfermedades más prevalentes en la comunidad, asumiendo como objetivo «la completa protección y promoción de la salud de los trabajadores»<sup>9</sup>.

La promoción de la salud en el trabajo representa una nueva estrategia orientada no solamente a la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales, sino que pretende desarrollar el máximo potencial de salud y bienestar de los trabajadores en base a su participación activa en la mejora de la organización del trabajo y en la estimulación del propio desarrollo personal<sup>10</sup>.

La vigilancia de la salud de los trabajadores representa también un procedimiento idóneo para la detección de necesidades y la evaluación de resultados en el terreno de la **promoción de la salud**.

---

<sup>7</sup> MacDonald et al. Op.cit

<sup>8</sup> OIT op. cit.

<sup>9</sup> MacDonald et al. Op.cit

<sup>10</sup> Westerholm P., Baranski B. Guideliness on quality management in Multidisciplinary Occupational Health Services. Cppenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.

## Criterios operativos

La práctica de la vigilancia de la salud de los trabajadores debe ajustarse al menos a tres tipos de exigencias:

- a) **científicas**: utilización de criterios y procedimientos basados en la evidencia científica o, en caso de que ésta sea limitada, basados en el consenso sobre buenas prácticas profesionales<sup>11</sup>;
- b) **legales**: respeto a las normas legales establecidas como expresión del consenso social en relación con las condiciones de aplicación de dichos procedimientos<sup>12</sup>;
- c) **éticas**: integridad, imparcialidad e independencia en el ejercicio profesional y una conducta respetuosa con la dignidad y los derechos de los trabajadores<sup>13</sup>.

Tanto por criterios de calidad como por consideraciones sociales, las exigencias anteriores deben aplicarse de forma que sean compatibles con las **expectativas y demandas sociales**, especialmente las percibidas por los trabajadores como destinatarios de la vigilancia de la salud, para lo cual deberían crearse espacios de intercambio de informaciones entre los profesionales y los representantes de los trabajadores<sup>14</sup>.

Los profesionales involucrados en la vigilancia de la salud deberían poder ejercerla en un marco de **autonomía** suficiente para asumir su propia responsabilidad en asegurar la calidad de la misma tanto en relación con las necesidades reales como respecto a la selección rigurosa de técnicas y procedimientos<sup>15</sup>.

No obstante lo anterior, y con el fin de lograr una mayor homogeneidad y de garantizar la máxima validez científica y efectividad práctica, es conveniente **protocolizar** tanto las actividades de recogida y análisis de la información como su interpretación, valoración y elaboración de recomendaciones<sup>16</sup>.

Las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores deben integrarse en un **sistema general** que incluya tres componentes fundamentales<sup>17</sup>:

- La recopilación de informaciones procedentes de diversas fuentes.
- El análisis y la evaluación de la calidad y del uso previsto.
- La acción y el seguimiento correspondiente.

La información obtenida mediante la vigilancia de la salud debe formar parte de una aportación específica al quehacer del **equipo multidisciplinar** en los servicios de prevención<sup>18</sup>.

## Normativa española

Existe un claro paralelismo entre los principios enunciados anteriormente y el contenido de la normativa española en relación con la orientación y con la forma de llevar a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores. Dicho paralelismo se evidencia en una serie de puntos como son:

**1. Integración de la vigilancia de la salud en la práctica preventiva** desde el momento mismo de la evaluación de riesgos<sup>19</sup> y como parte integrante de un sistema de control periódico<sup>20</sup> dentro de la «planificación de la actividad preventiva»<sup>21</sup>, así como uno de los criterios de apreciación de que «las actividades de prevención pueden ser inadecuadas o insuficientes»<sup>22</sup>.

<sup>11</sup> Westerholm P., Baranski B. Op. cit.

<sup>12</sup> Solé MD, Piqué T., Bultó M. La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. (En: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Notas Técnicas de Prevención. 14ª Serie. NTP 471-1998).

<sup>13</sup> ICOH. Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Laboral - 1992.

<sup>14</sup> Moreno N., Boix P. Guía Sindical de Salud Laboral. Vigilancia de la salud de los trabajadores/as. Madrid. ISTAS, 2000.

<sup>15</sup> Westerholm P., Baranski B. Op. cit.

<sup>16</sup> Herbert R., London M., Nagin D., Beckett W. The diagnosis and treatment of occupational diseases: integrating clinical practice with prevention. Am J Ind Med 2000; 37:1-5.

<sup>17</sup> OIT op. cit.

<sup>18</sup> MacDonald E.B., Baranski B., Wilford J. Op. cit.

<sup>19</sup> Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) art. 5.1: incluye la información «sobre el estado de salud de los trabajadores» como elemento básico para la identificación de riesgos.

<sup>20</sup> RSP 3.1.b: «Controlar periódicamente las condiciones, la organización y los métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores».

<sup>21</sup> RSP art. 9.2.

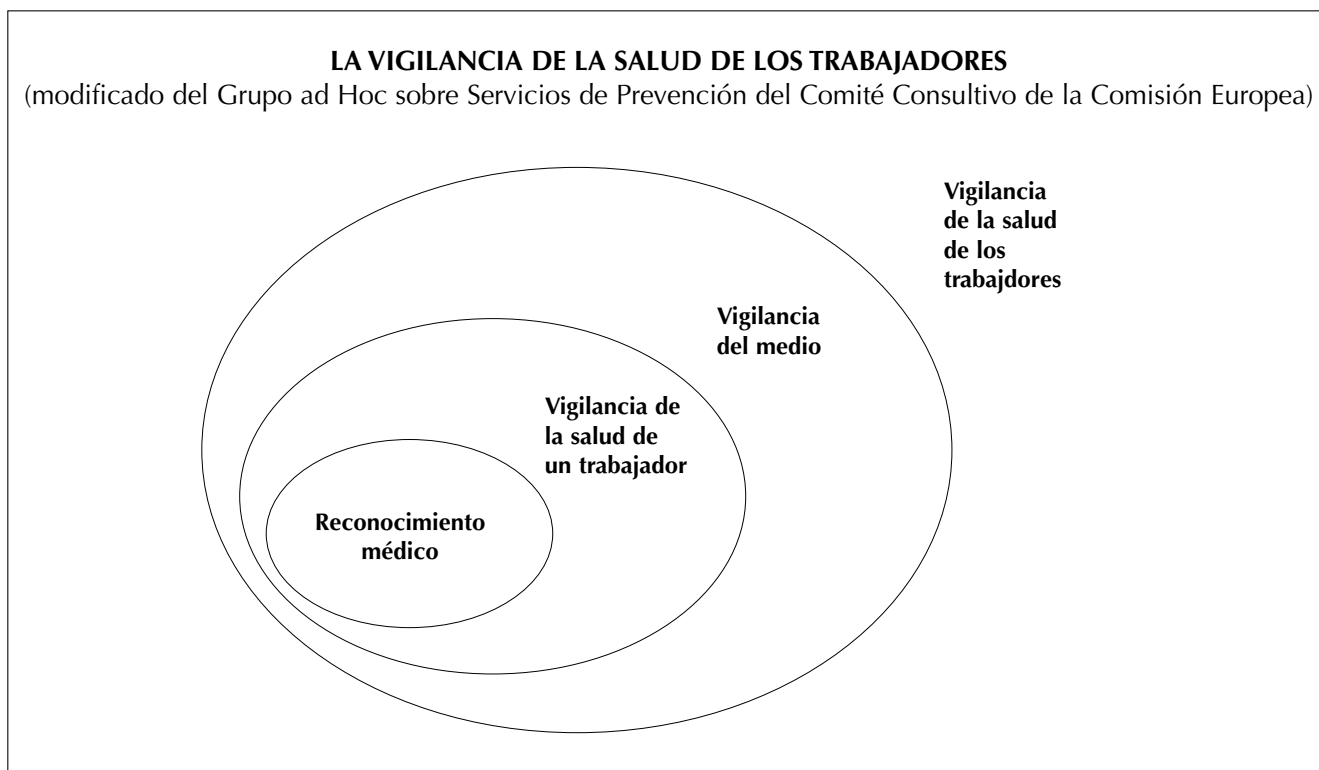
<sup>22</sup> RSP art. 6.1 (2º párrafo).

**2. Relacionar la vigilancia de la salud con las condiciones de trabajo**<sup>23</sup> tanto a nivel individual (reconocimientos periódicos específicos<sup>24</sup>, previos a la asignación de una nueva tarea de riesgo<sup>25</sup>, tras una ausencia prolongada<sup>26</sup> o incluso más allá de la vida laboral activa<sup>27</sup>) como a nivel colectivo (análisis epidemiológicos<sup>28</sup>, estudios de absentismo<sup>29</sup>).

**3. Incorporar la vigilancia de la salud a la actividad multidisciplinar** de los Servicios de Prevención aportando una información específica para la valoración de las relaciones entre riesgo y daño<sup>30</sup> así como mediante la actuación coordinada de los distintos expertos en el diseño preventivo, la evaluación de riesgos, los planes de prevención y la actividad formativa<sup>31</sup>.

**4. Respetar los principios éticos en los procedimientos de vigilancia de la salud** respetando la intimidad y la dignidad de las personas y el derecho a la confidencialidad<sup>32</sup>, comunicando los resultados a la persona interesada<sup>33</sup> y evitando que las informaciones sobre el estado de salud sean utilizadas con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador<sup>34</sup>.

**5. Coordinar la vigilancia de la salud de los trabajadores con las acciones de salud pública** y, por tanto, promover la necesaria colaboración de los Servicios de Prevención con el Sistema Nacional de Salud en la consecución de los objetivos de salud en cada momento<sup>35</sup>.



<sup>23</sup> Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) art. 22.1.

<sup>24</sup> RSP arts 37.3.b.3 y 37.3.c.

<sup>25</sup> RSP 37.3.b.1.

<sup>26</sup> RSP art. 37.3.b.2.

<sup>27</sup> RSP art. 37.3.e.

<sup>28</sup> RSP art. 6.1.d.

<sup>29</sup> RSP art. 37.3.d.

<sup>30</sup> RSP art. 37.3.f.

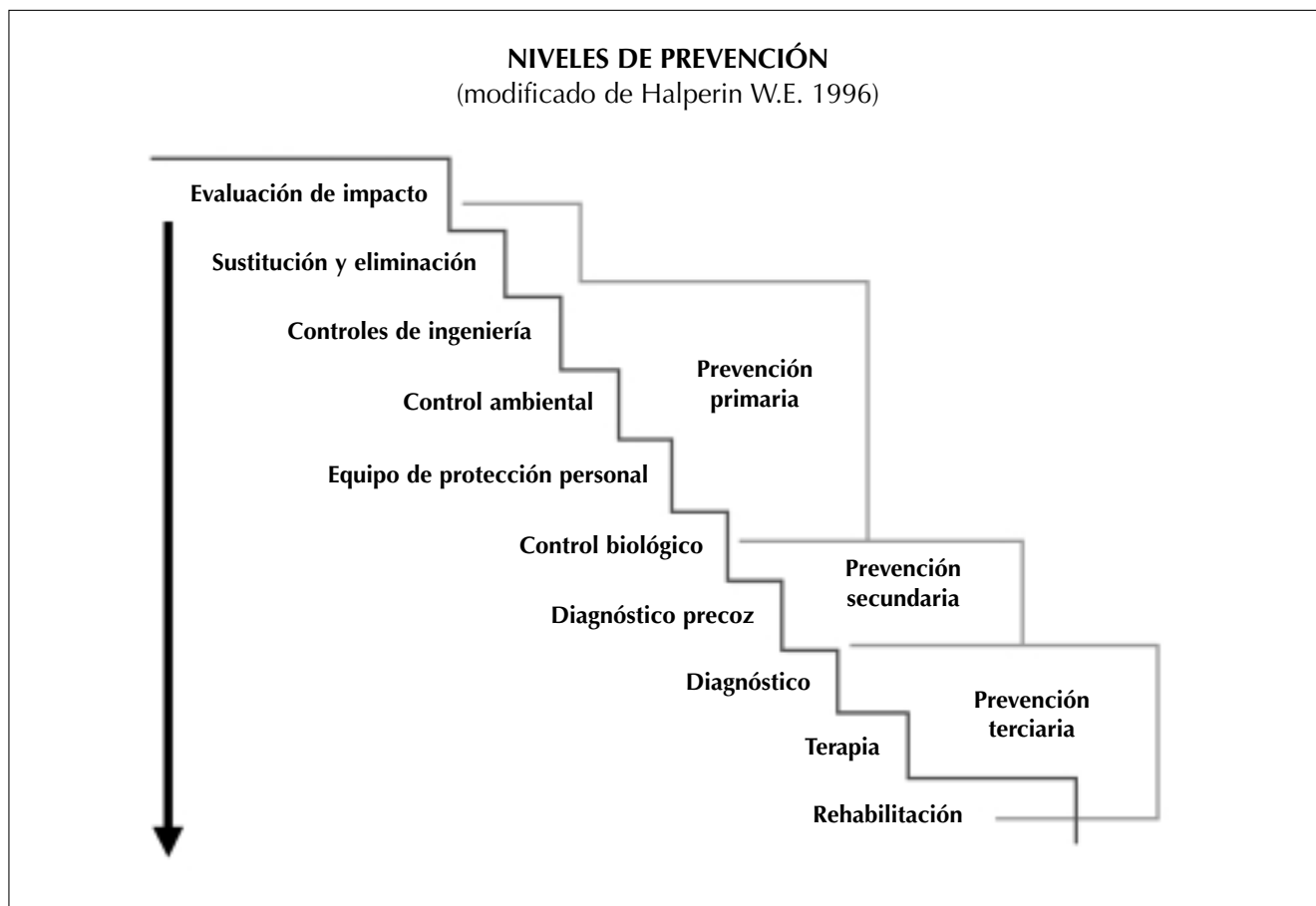
<sup>31</sup> RSP art. 15.2 (2º párrafo).

<sup>32</sup> LPRL art. 22.2.

<sup>33</sup> LPRL art. 22.3.

<sup>34</sup> LPRL art. 22.4.

<sup>35</sup> RSP arts. 38 y 39.



## PROPUESTAS PARA UN MODELO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

De manera general podemos decir que la vigilancia de la salud de los trabajadores debe llevarse a cabo en condiciones preestablecidas y en el marco de una estructura organizada de acuerdo con las prescripciones legislativas y con los principios técnicos y éticos descritos. Además, debe basarse en la evaluación de riesgos y tener en cuenta las necesidades en materia de salud de la población protegida integrándose en el Plan de Prevención global de cada empresa.

La vigilancia de la salud forma parte de un sistema interactivo de información para la prevención mediante el cual se produce el intercambio de informaciones -recibiendo y aportando- con el resto de los miembros del Servicio de Prevención multidisciplinar a lo largo de todo el proceso preventivo.

Así, en la evaluación de riesgos la aportación de la vigilancia de la salud consiste en facilitar indicadores de salud que permitan elaborar hipótesis de exposición. Por otra parte, los resultados de la evaluación de riesgos -en caso de que de ellos se desprenda la necesidad- permiten establecer protocolos específicos de vigilancia médica de acuerdo con las categorías de los riesgos detectados y definir tanto sus contenidos (cuestionarios, exploraciones, pruebas diagnósticas) como la periodicidad, así como identificar las situaciones individuales de salud que deben ser objeto de una vigilancia especial. La vigilancia de la salud así planteada permite, a su vez, generar informaciones para la evaluación de la eficacia preventiva de las acciones emprendidas y, en su caso, para detectar insuficiencias que obliguen a una nueva evaluación de riesgos.

La planificación de un programa de vigilancia de la salud podría estructurarse de la siguiente manera:

- Diseño del programa.
- Ejecución.
- Resultados y documentación.
- Evaluación del impacto.

## Diseño de programas de vigilancia de la salud<sup>36</sup>

### A) *Objetivos*

Las actividades de vigilancia de la salud formarán parte del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa y pretenden dos tipos de objetivos:

1. Objetivos individuales (para cada trabajador):
  - La detección precoz de los efectos sobre la salud de unas condiciones de trabajo adversas.
  - La identificación de personas especialmente sensibles a determinados riesgos o que deben ser objeto de protección específica.
  - La propuesta de adaptación del puesto de trabajo a las capacidades del trabajador mediante medidas preventivas o de protección especiales.
2. Objetivos colectivos (para el conjunto de los trabajadores expuestos):
  - La identificación de riesgos mediante la valoración del estado de salud colectivo.
  - La aportación de criterios para el establecimiento de las prioridades de actuación en materia de prevención de riesgos.
  - La evaluación de la eficacia de las medidas preventivas en función de la aparición o no de daños a la salud de la población objeto de intervención.
  - La aportación de datos al sistema sanitario para la valoración global de la salud de la población

### B) *Fases de elaboración*

La secuencia para la elaboración de un programa de vigilancia de la salud podría ajustarse a las siguientes fases:

1. Identificación de problemas y necesidades.
2. Establecimiento de las prioridades de actuación.
3. Determinación de objetivos.
4. Definición de actividades.
5. Movilización y coordinación de recursos: financieros, físicos, humanos.
6. Ejecución de las actividades.
7. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
8. Evaluación de la actividad.

## La práctica de la vigilancia de la salud

Los instrumentos que utiliza la vigilancia de la salud son diversos. El principal son los exámenes médicos individuales cuyo contenido deberá estar ajustado al riesgo o riesgos inherentes al puesto de trabajo.

Sin embargo, son también actividades de vigilancia de la salud las encuestas de síntomas en la población trabajadora, la comunicación de daños por parte de los trabajadores, la realización de pruebas médicas sencillas a lo largo de la jornada laboral y el control biológico de efectos, entre otros.

De forma general y de acuerdo con la normativa vigente, las situaciones en las que se debería realizar un examen médico son:

1. Antes de la exposición, exigido legalmente para ciertos riesgos como los agentes biológicos, cancerígenos o el uso de pantallas de visualización.

---

<sup>36</sup> Moreno N. La vigilancia de la salud en el medio laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid, 1993.

2. Inicial, después de la incorporación al trabajo o de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
3. Periódico específico en función de la exposición.
4. Después de una ausencia prolongada por enfermedad.
5. Post-ocupacionales, como en el caso de los cancerígenos o de los agentes biológicos (aunque haya cesado la relación contractual).
6. Circunstanciales, por haberse detectado en un grupo de trabajadores daños atribuibles al riesgo vigilado.

La legislación faculta al Ministerio de Sanidad y Consumo (art. 37.3.c del Reglamento de los Servicios de Prevención) para la aprobación y publicación de los protocolos de vigilancia sanitaria específica. Dichos protocolos constituyen «una guía de actuación para la vigilancia de la salud específica» y permiten conferir «una homogeneidad y coherencia a los objetivos y contenidos de la vigilancia de la salud»<sup>37</sup>. El cumplimiento de estos mínimos asegurará la viabilidad de poder contar con sistemas de información válidos e instrumentar controles de calidad eficaces para valorar la atención recibida por los trabajadores.

Es obvio que partiendo del nivel mínimo, los protocolos son susceptibles de ampliación y mejora por el profesional sanitario que aplicará su criterio basándose no tan sólo en su experiencia, sino también en los continuos avances científicos o en los resultados de investigaciones posteriores a su publicación.

La metodología general para el diseño de un protocolo de vigilancia sanitaria específica debería establecerse en base a las siguientes cuestiones:

- *¿A qué trabajadores se va a aplicar?:* población diana.
- *¿Con qué periodicidad?:* frecuencia de aplicación.
- *¿En qué va a consistir?:* contenido.
- *¿Cuáles van a ser los criterios diagnósticos y de aptitud?:* baremo de decisión.
- *¿Qué instrumentos de medida se van a utilizar y cómo?:* validez.
- *¿Cómo se evaluará la efectividad de las acciones preventivas?:* indicadores.

El contenido de la vigilancia sanitaria específica va a depender de múltiples factores que deberán ser objeto de investigación en la fase previa al diseño del protocolo. Estos factores son:

- El propio *factor de riesgo* definido a través del nivel de exposición (tiempo e intensidad) y de las características particulares de la exposición (coexistencia de otros factores de riesgo, uso de protecciones personales...).
- Sus *efectos* sobre las personas, la historia natural de los mismos y la existencia o no de métodos eficaces de detección precoz.
- Los *factores individuales* entendidos como aquellas características personales o patologías preexistentes que aumentan el riesgo de enfermar como consecuencia de la exposición.
- Los *recursos disponibles* (humanos, técnicos, financieros) que pueden condicionar la realización de las actividades de vigilancia de la salud.
- La *normativa vigente* aplicable tanto a nivel general como específico.

## Resultados y documentación de la vigilancia de la salud

Los resultados de los exámenes médicos y de cualquier otra acción de vigilancia de la salud deben ser tratados, cuando proceda, de forma individual y colectiva. La documentación de todo el proceso es de vital importancia para la planificación de las intervenciones y el establecimiento de prioridades, no tan sólo en la empresa o sector, sino también a nivel nacional e internacional y para facilitar el estudio de posibles relaciones causa-efecto por exposición a condiciones de trabajo inadecuadas.

<sup>37</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica (Serie). 1999-2000.

Los historiales individuales deberán contener como mínimo:

- La descripción de los puestos de trabajo anteriores tanto en la empresa en cuestión como en otras empresas si es posible.
- La descripción del puesto de trabajo actual en términos de tiempo de permanencia, riesgos detectados y medidas de prevención y protección adoptadas.
- El historial clínico del trabajador con relación a antecedentes familiares, personales, enfermedad actual y datos circunstanciales (laborales y extralaborales).
- Datos de la exploración física y del control biológico, si procede.
- Exploraciones complementarias en función de los riesgos inherentes al trabajo.
- Valoración médico-laboral con indicación, si procede, de medidas sobre el puesto de trabajo (adaptación, controles ambientales, etc.) o de precauciones individuales (restricciones, rotación, control biológico, protección personal, supervisión médica etc.).

El acceso a la información médica individual se limitará al personal médico que realiza la vigilancia de la salud y a las autoridades sanitarias y el manejo de la misma se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de «Protección de datos de carácter personal» de 29 de octubre<sup>38</sup>. No obstante, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones en relación con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención tanto a nivel individual como colectivo, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

También se deben documentar los estudios epidemiológicos sobre las causas de ausencias por enfermedad y el tratamiento estadístico de los resultados globales del seguimiento de salud de la población protegida.

Otra documentación como, por ejemplo, registros de incidentes/accidentes o listados de trabajadores que han sufrido exposiciones accidentales a determinados agentes, además de ser preceptiva en algunos casos, constituye una fuente de información utilizable para la vigilancia de la salud.

## **Examen de salud: un modelo de aplicación en los centros de trabajo**

El examen de salud constituye una de las herramientas de las que dispone el médico del trabajo para velar por la salud individual de los trabajadores y para aportar datos tanto a nivel interno (equipo preventivo de la empresa) como externo (responsables de administraciones sanitarias a nivel local, autonómico o nacional) en aras a la mejora continua de las condiciones de vida y de trabajo de la población trabajadora.

Las principales etapas para la puesta en marcha en un centro de trabajo de un protocolo de exámenes médicos en vigilancia de la salud deberían ser:

1. Análisis documental, definición de objetivos y comprobaciones previas.
2. Preparación y redacción de un protocolo.
3. Realización de los exámenes médicos.
4. Análisis de resultados.
5. Comunicación de resultados y proposición de acciones.
6. Revisión y perfeccionamiento del protocolo.

---

<sup>38</sup> BOE 14/9/99.

### **ANÁLISIS DOCUMENTAL, DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y COMPROBACIONES PREVIAS**

- Análisis de la evaluación de riesgos de la empresa en la que se basarán los criterios de aplicación del protocolo (población expuesta por nivel de exposición).
- Análisis de la legislación aplicable a los riesgos detectados con lo que se determinarán las exigencias legales mínimas.
- Análisis documental específico para decidir qué efectos se van a vigilar y con qué métodos, las condiciones personales o características fisiológicas que requerirán de una actuación especial; los criterios diagnósticos y de aptitud que se van a utilizar y, finalmente, qué acciones se emprenderán dependiendo del resultado del reconocimiento.
- Este análisis documental, junto con la evaluación de riesgos, servirá de base para el establecimiento de la periodicidad de los reconocimientos médicos.



### **PREPARACIÓN Y REDACCIÓN DEL PROTOCOLO**

En base a la fase anterior, se definirá el modo exacto de realización del reconocimiento plasmándose en un documento escrito antes de su puesta en marcha. Los principales elementos a tener en cuenta en la redacción del protocolo serían:

- Objetivos concretos del protocolo.
- Definición del problema en términos de nivel de exposición y características de la población expuesta.
- Criterios diagnósticos y de aptitud.
- Tipos y periodicidad de los reconocimientos.
- Descripción y justificación del contenido del reconocimiento en función del tipo y de los objetivos concretos.
- Normas para la realización del reconocimiento médico, incluyendo las condiciones de realización de las pruebas complementarias.
- Conducta a seguir en función del resultado del mismo.
- Necesidades humanas, técnicas y financieras.
- Bibliografía más relevante y legislación aplicable.
- Hoja de recogida de datos.



### **REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES MÉDICOS**

Una vez ajustados a los objetivos del protocolo los recursos humanos y materiales, se realizarán los exámenes médicos cuidando del estricto cumplimiento de aquellos tanto en lo relativo a su impacto (población a la que se llega) como al propio desarrollo del proceso.



### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Estudio clínico-individual y análisis epidemiológico de los datos desde un punto de vista colectivo.



### **COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPOSICIÓN DE ACTUACIONES**

- Información y recomendaciones al trabajador
- Comunicación y discusión de los datos colectivos con el conjunto del servicio de prevención y con los representantes de los trabajadores.
- Proposición a la empresa de acciones de mejora a nivel individual y colectivo.
- Reevaluación en su caso de los riesgos del puesto de trabajo.



### **REVISIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL PROTOCOLO**

A la luz de los resultados del balance efectuado, del progreso científico y naturalmente de las evaluaciones de riesgo periódicas.



# APUNTES PARA UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRÁCTICAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD EN ESPAÑA

## Anclados en el reconocimiento médico

En la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) se vienen utilizando indistintamente los términos «vigilancia de la salud» y «revisión médica», lo cual no deja de ser sintomático de una cierta tendencia cultural dominante que asigna viejos contenidos a los nuevos conceptos.

Lo mismo sucede en la documentación consultada procedente de algunas mutuas<sup>39</sup>. En ella, y especialmente en los informes de gestión y los relativos a cuestiones financieras, se equipara sistemáticamente la vigilancia de la salud con los reconocimientos médicos.

Los profesionales de la prevención consultados, por su parte, señalan la persistencia de un enfoque predominantemente asistencial y medicalizado en la práctica habitual de la medicina del trabajo en las empresas y consideran este aspecto como una dificultad para el cambio.

Es decir, podemos empezar afirmando que a pesar de la nueva orientación de la vigilancia de la salud promovida por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el reglamento de los Servicios de Prevención, sigue existiendo una inercia continuista anclada en las prácticas reparadoras tradicionales de la medicina de empresa. Actitud esta que parece arraigar de forma generalizada en todos los colectivos implicados, tanto entre los empresarios y trabajadores como en los propios médicos.

De la gran «popularidad» de que gozan los reconocimientos médicos da fe igualmente la negociación colectiva. En un estudio realizado en Castilla-León sobre 450 convenios, se concluye que en los 209 (un 46,4%) que contienen alguna cláusula relacionada con salud laboral el reconocimiento médico es el tema más frecuentemente incluido: 142 convenios (67.9%)<sup>40</sup>.

## Una gran actividad

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), más de la mitad (57,1%) de los trabajadores encuestados afirman haber sido sometidos a un reconocimiento médico en 1999. Por su parte, las cuatro mutuas de las que hemos obtenido documentación han realizado en dicho año un total de 1.385.015 reconocimientos médicos con una cobertura del 29,3% del total de los casi cinco millones de trabajadores protegidos.

Uno de los datos más llamativos es la gran preponderancia de la actividad «reconocimientos médicos» por encima de cualquier otra de las relacionadas con la prevención. Así, según los resultados de las dos últimas encuestas<sup>41, 42</sup> el porcentaje de empresas que realiza reconocimientos médicos supera en más de 10 puntos al de las que han realizado la evaluación inicial de riesgos (Tabla 1).

| TABLA 1<br>ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO (ENCT). PROPORCIÓN DE CENTROS DE TRABAJO QUE HAN DESARROLLADO DETERMINADAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS 12 MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA |               |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                    | III ENCT      | IV ENCT       |
| Reconocimiento médico                                                                                                                                                                              | 68,2% centros | 52,6% centros |
| Evaluación inicial riesgos                                                                                                                                                                         | 46,6% centros | 30,2% centros |
| Ninguna actividad                                                                                                                                                                                  | 10,5% centros | 24,0% centros |

<sup>39</sup> Fremap, Ibermutuamur, Fraternidad-Muprespa, Museba. Ibesvico.

<sup>40</sup> Montero, Julio et al. La Salud Laboral en los convenios colectivos de Castilla y León. CC.OO. Castilla y León. 2000.

<sup>41</sup>INSHT. III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT, 1999 (realizada en 1997).

<sup>42</sup>INSHT. IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Avances de Resultados. INSHT, 2000.

Estos datos coinciden con los de otros estudios<sup>43, 44</sup> llevados a cabo en distintos territorios del Estado en los que se puede observar además que las diferencias enunciadas aumentan con la disminución del tamaño de las empresas y se reducen hasta ser prácticamente inexistentes a partir de un tamaño de empresa de tipo medio (Tabla 2). Es decir, el reconocimiento médico es para una gran mayoría de pequeñas empresas la única actividad que se realiza en el campo de la prevención.

| TABLA 2<br>SITUACIÓN DE SALUD LABORAL EN ASTURIAS. PROPORCIÓN DE CENTROS DE TRABAJO QUE REALIZAN DETERMINADAS ACTIVIDADES SEGÚN Nº DE TRABAJADORES |                     |                        |                         |                          |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                    | < 6<br>trabajadores | 6 a 30<br>trabajadores | 31 a 49<br>trabajadores | 50 a 249<br>trabajadores | >249<br>trabajadores |
| Vigilancia salud                                                                                                                                   | 62,7%               | 80,4%                  | 77,8%                   | 93,4%                    | 100%                 |
| Evaluación riesgos                                                                                                                                 | 19,1%               | 51,1%                  | 66,7%                   | 88,5%                    | 100%                 |

No obstante, según datos de la Asociación de Mutuas AMAT referidos a casi 9.000 empresas de menos de 50 trabajadores visitadas en 1999, solamente un 25,04% de las de menos de 6 tenían documentada la realización de reconocimientos médicos (Tabla 3). Habría que matizar, pues, la apreciación anterior en el sentido de que si bien el reconocimiento médico es la única actividad en materia de prevención en la pequeña empresa o no es tan frecuente como parece o bien se realiza tan a la ligera que ni siquiera existe justificación documental. Según la ENCT, solamente al 31,4% de quienes trabajan en centros de 2 a 9 trabajadores se les practicó un reconocimiento médico el año pasado.

| TABLA 3<br>PLAN AMAT DE VISITAS A EMPRESAS (N=8.858). PROPORCIÓN DE EMPRESAS CON DETERMINADAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS DOCUMENTADAS |                     |                        |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
|                                                                                                                                    | < 6<br>trabajadores | 5 a 49<br>trabajadores | <50<br>trabajadores |
| Evaluación inicial de riesgos documentada                                                                                          | 8,41 %              | 26,08 %                | 16,17 %             |
| Reconocimiento médico documentado                                                                                                  | 25,04 %             | 50,86 %                | 36,34 %             |

## Al margen de la actividad preventiva

El diferencial observado de forma constante en todos los datos aportados entre la frecuencia de los reconocimientos médicos y la de las evaluaciones de riesgo apunta a una conclusión más: la ausencia de relación entre estas dos actividades. Es decir, no parece que la vigilancia de la salud se planifique de acuerdo con los riesgos identificados y, por tanto, todo apunta a que se sigue manteniendo la práctica tradicional de los reconocimientos médicos inespecíficos. Esta es, al menos, la opinión mayoritaria que hemos podido recoger en los diferentes grupos de discusión.

<sup>43</sup> AMAT. Resultados del Plan de Visitas a Empresas. Madrid, 1999. AMAT.

<sup>44</sup> Agencia Regional de Salud y Seguridad Laboral. Situación de la salud laboral en Asturias. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias, 2000.

Así, en términos generales los reconocimientos médicos provocan entre los trabajadores sentimientos ambivalentes. Por un lado les atrae fuertemente la idea de que se preste atención a su salud. Sin embargo, existe una opinión muy extendida según la cual los reconocimientos médicos tal y como suelen hacerse «*no sirven para nada*» -hay trabajadores que se niegan a acudir- y las razones de esta opinión negativa se centran en lo inespecífico de la práctica médica habitual («*te hacen lo mismo si estás en la oficina que si conduces un camión*»), en la actitud rutinaria de unos médicos que «*ni siquiera conocen el puesto de trabajo*». Además, según la percepción de los delegados de prevención, los resultados de los reconocimientos médicos son de dudosa utilidad puesto que «*ni te dicen lo que tienes que hacer ni te mejoran el puesto de trabajo*». Sin embargo solamente un 1,3% de los trabajadores entrevistados en la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo los consideran rotundamente inútiles, mientras que un 36,1% consideran que son chequeos médicos generales que no tienen nada que ver con los riesgos de su puesto de trabajo.

En los ámbitos profesionales consultados se coincide en reconocer el gran predominio de las actuaciones inespecíficas y la ausencia de relación entre los exámenes médicos y las condiciones de trabajo en las empresas.

Respecto a la integración de la vigilancia de la salud en la práctica preventiva, solamente en las grandes empresas se citan casos que apuntan en esa dirección, especialmente en lo referente a incluir los exámenes de salud en los planes de prevención. En el resto la práctica habitual suele limitarse a un reconocimiento anual estándar para toda la plantilla. Son absolutamente inusuales los exámenes de salud previos a la asignación de nuevas tareas y los posteriores a bajas de larga duración. También es excepcional que en los reconocimientos médicos se preste atención a las características propias de cada persona para hacer recomendaciones de adaptación del puesto de trabajo. Las evaluaciones de riesgo se hacen en la mayoría de los casos sin tener en cuenta los indicadores de salud y es frecuente que las empresas ni siquiera concierten la actividad de vigilancia de la salud cuando contratan servicios de prevención.

La acreditación de muchos servicios de prevención sin la especialidad de Medicina del Trabajo, la oferta de actividades preventivas «*just in time*» por parte de las mutuas y la escasa atención a los temas de vigilancia de la salud por parte de la Inspección de Trabajo favorecen este tipo de orientación. La «*moratoria*» concedida por el Gobierno a las mutuas para seguir ofreciendo a las empresas exámenes de salud inespecíficos con cargo a cuotas permite la persistencia en el tiempo de estas prácticas disgregadoras e incoherentes. La situación más bien marginal de la medicina del trabajo -de cuya responsabilidad no están exentos los propios médicos- en el ámbito profesional de la prevención de riesgos laborales y el escaso sentido multidisciplinar imperante dificultan un cambio de rumbo.

La gestión de los reconocimientos médicos consume una parte importante de los recursos de las mutuas destinados al capítulo «*Prevención de Riesgos Laborales*» tanto en términos absolutos como en los ratios gasto/trabajador. Tal vez esta es una de las razones que sustentan una práctica bastante generalizada de subcontratar buena parte de esta actividad. Según nuestros datos dicha subcontratación de los reconocimientos médicos con servicios externos oscila entre el 23,9% y el 78,8% en las mutuas analizadas.

La subcontratación de la vigilancia de la salud acrecienta la marginalidad de la medicina del trabajo y su escasa integración en el trabajo multidisciplinar de los servicios de prevención.

## **Para los trabajadores, pero sin los trabajadores**

Las cuestiones relacionadas con la vigilancia de la salud no suelen ser objeto de consulta con los Delegados de Prevención ni es un tema habitual en el orden del día de los Comités de Seguridad y Salud. Se considera un tema de la exclusiva competencia de los médicos y las iniciativas de los delegados al respecto se despachan con un «*de esto vosotros no entendéis*». También es cierto que las propuestas sindicales muchas veces no van más allá de aumentar la frecuencia de los reconocimientos médicos («*un reconocimiento anual para todos y un segundo voluntario*») o de extender el servicio a aspectos no relacionados con el trabajo incluyendo nuevas pruebas diagnósticas («*reconocimiento ginecológico*»).

Según los datos del estudio citado sobre la negociación colectiva en Castilla y León, el 23,2% de los convenios que incluyen temas de vigilancia de la salud no hacen ninguna referencia a su relación con la exposición laboral (algunos continúan incluyendo la realización obligatoria de radiografías); un 84,5% se limitan a precisar que se deben realizar anualmente y un 10,5% señalan que la periodicidad debe ser semestral.

Suele ser inusual la solicitud del «consentimiento informado» según los delegados: «no se pregunta, se anuncia la fecha y acude quien quiere». Actualmente los resultados se trasladan a los trabajadores en sobre cerrado con los resultados de los análisis y sin muchos comentarios. En la inmensa mayoría de los casos, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, el trabajador/a es informado/a de los resultados (98,1%) y dichos resultados se facilitan mayoritariamente de forma escrita.

Los Delegados de Prevención consultados tienen la impresión de que no siempre se respeta el derecho de confidencialidad y citan casos de no renovación de contrato por causas médicas.

La precariedad laboral supone una dificultad añadida para la vigilancia de la salud. Los resultados publicados de la III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo señalan una clara diferencia en la realización de reconocimientos médicos según el tipo de contrato (el 61,1% de la población trabajadora con contrato indefinido frente al 45,4% del colectivo con contrato temporal).

Según los Delegados de Prevención consultados, la vigilancia de la salud de los trabajadores temporales «depende de la casualidad», es decir, si cuando llega el furgón de la mutua están trabajando se les reconoce, si no tendrán que confiar en coincidir con el furgón en su próximo trabajo. Así, hay trabajadores temporales a los que se les practican varios reconocimientos en un mismo año y otros que pueden estar cinco años sin pasar un solo examen de salud.

Los profesionales sanitarios coinciden en la dificultad de realizar una vigilancia de la salud en el marco tradicional de la empresa cuando el mercado de trabajo está dominado por la temporalidad y la subcontratación.

## UNA CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Ofrecemos finalmente una síntesis de diversos análisis sobre la situación actual de la vigilancia de la salud basados en la aplicación del método DAFO (Debilidades-Fortalezas-Oportunidades-Amenazas) a distintos grupos de discusión organizados por nosotros mismos<sup>45</sup> o por otros colectivos<sup>46, 47</sup>, incluyendo además las aportaciones del grupo de trabajo que ha elaborado el presente informe.

Por una parte, la gran actividad desplegada en las empresas en relación con los reconocimientos médicos, los recursos que a ellos se dedican y el nivel de aceptación que todo ello representa para los trabajadores constituyen las principales *fortalezas* de la situación de partida.

Sobre esta base, se deberían aprovechar las *oportunidades* que se derivan del nuevo marco normativo para reorientar esta actividad médica en las empresas hacia una vigilancia de la salud integrada en la actividad preventiva. El desarrollo e implementación de los protocolos específicos de vigilancia de la salud que actualmente está realizando la administración sanitaria puede ayudar a este cambio de perspectiva.

No obstante, habrá que hacer frente a las *debilidades* del actual sistema que no son otras que la práctica tradicional, muy arraigada en las empresas, de reconocimientos médicos inespecíficos orientados casi exclusivamente a la atención reparadora-individual y que se sitúan al margen del resto de la actividad preventiva. La inexistencia de sistemas de vigilancia epidemiológica en salud laboral y la escasa capacidad del sistema público en la detección de la patología relacionada con el trabajo opera también como un factor de debilidad.

Se hacen necesarias actuaciones encaminadas a vencer las principales *amenazas* que operan contra este cambio necesario de orientación, entre las que destaca la descoordinación administrativa y su escasa eficacia en sus funciones de dinamización de una nueva cultura preventiva y en el control de las obligaciones normativas en materia de vigilancia de la salud. La persistencia por parte de las mutuas en los reconocimientos médicos inespecíficos, la permisividad del gobierno en relación con la práctica de dichos reconocimientos con cargo a las cuotas de Seguridad Social y, en general, cierta tendencia a configurar una oferta a las empresas de vigilancia de la salud devaluada y rutinaria constituyen amenazas y obstáculos adicionales.

<sup>45</sup> Hemos llevado a cabo tres grupos de discusión con médicos del trabajo, prevencionistas no-médicos y delegados de prevención respectivamente.

<sup>46</sup> Asociación Levantina de Especialistas en Medicina del Trabajo (ALEMT)

<sup>47</sup> Montserrat J. (Coord) Proposta per a l'elaboració de protocols de vigilància de la salut en el treball a Catalunya. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1999.

# LA VIGILANCIA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LA REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA

NORBERT WAGNER  
*Servicio Municipal de Medicina Ocupacional. Hamburgo*

## LA LEY BASE DE 1975: «ARBEITSSICHERHEITSGESETZ»

Desde 1975 la «Ley de Seguridad en el Trabajo» (Arbeitssicherheitsgesetz) regula la actividad de los «médicos de trabajo» y de los «técnicos de prevención» en Alemania. Sólo el área de medicina (por ejemplo: exámenes médicos y evaluaciones médicas) es específica del médico, pero las tareas de los dos «funcionarios de salud» son similares. La citada ley da una lista extensiva de tareas:

### TAREAS DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO EN ALEMANIA (Extracto de § 3 Ley de Seguridad en el Trabajo /Arbeitssicherheitsgesetz de 12.12.73)

(1) Los especialistas en medicina del trabajo deben apoyar/asesorar al empresario en todas las cuestiones relativas a salud, seguridad en el trabajo y prevención de accidentes. En especial deben:

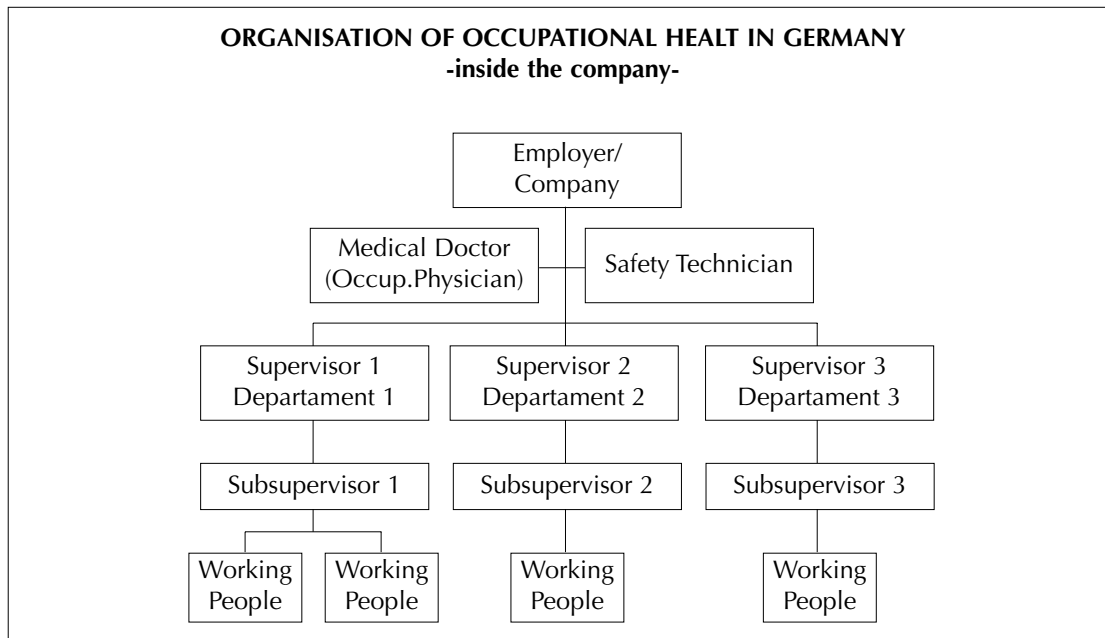
1. Asesorar al empresario y a otras personas responsables en lo referente a:
  - a) planificación y mantenimiento de instalaciones y equipo sanitario,
  - b) adquisición de equipamiento técnico e introducción de nuevas formas y procedimientos de trabajo,
  - c) selección de equipos de protección personal,
  - d) psicología y fisiología del trabajo, ergonomía, higiene, en particular ritmos de trabajo, horarios y descansos, instalación de puestos de trabajo, procedimientos y medio ambiente de trabajo,
  - e) organización de los primeros auxilios en la empresa,
  - f) cambios en el lugar de trabajo, rehabilitación y reintegración de personas discapacitadas,
  - g) criterios y estimaciones sobre los riesgos en el lugar de trabajo.
2. Examinar a los trabajadores, ofreciéndoles criterios médicos y asesoramiento, así como documentar y evaluar los resultados de dichos exámenes,
3. Observar la ejecución/cumplimiento de las medidas de seguridad en el lugar de trabajo en relación con la tarea:
  - a) visitar regularmente los lugares de trabajo, informar de las deficiencias y problemas al empresario y demás personas responsables, proponer medidas/acciones para que se mejoren dichas condiciones, trabajar para la implementación de las mejoras propuestas,
  - b) insistir en la importancia del uso de los equipos de protección personal,
  - c) examinar las causas de las enfermedades profesionales, evaluar los resultados y proponer medidas/acciones para su prevención.
4. Trabajar para lograr una conducta/actitud apropiada de acuerdo con la legislación en salud y seguridad de todas las personas en el lugar de trabajo, informarles en particular acerca de los riesgos a los que están expuestos en su trabajo y de los procedimientos para prevenirlos así como recomendar la capacitación y organización de primeros auxilios.

(2) ....

(3) No es tarea de los especialistas en medicina del trabajo controlar la declaración de enfermedades.

## LA POSICIÓN DEL MÉDICO Y DEL TÉCNICO DE PREVENCIÓN EN LA EMPRESA

La posición de ambos, del médico de la empresa y del técnico de prevención, no supone una función de línea de responsabilidad sino de consulta. Formalmente sólo pueden hacer recomendaciones al empresario.



Hasta hace algunos años sólo la mitad de los trabajadores/trabajadoras tenían acceso a un especialista de medicina de trabajo. Sólo las empresas grandes (según el sector industrial) estaban obligadas a brindar este servicio. Por ejemplo: en el sector de la Administración sólo las empresas de más de 200 trabajadores estaban obligadas. En el sector de construcción, sin embargo, lo estaban todas las empresas a partir de un solo empleado.

Desde hace aproximadamente dos años, incluso las pequeñas y medianas empresas deben tener un médico y un técnico de prevención concertados, por lo que en teoría el 100 % de los trabajadores tienen acceso a las recomendaciones de prevención de un especialista.

## EL EXAMEN MÉDICO COMO MEDIDA PRINCIPAL DE LA VIGILANCIA DE SALUD

Además de visitas a los lugares de trabajo y otras medidas de vigilancia de exposiciones (mediciones), la vigilancia de la salud de los trabajadores se hace -en Alemania- sobre todo y casi exclusivamente a través de un examen al trabajador/a realizado por el médico de la empresa.

Hay un sistema de reglamentos diversos que determinan la forma en que se deben o se pueden hacer los exámenes médicos. Las «Mutuas de Accidentes de Trabajo» actúan como entidades reguladoras y dan una lista de «causas» (= exposiciones) y «razones» (= finalidad) sobre las circunstancias en que debe realizarse un examen médico de vigilancia ocupacional. Pero en total hay 26 (!!) leyes u otros reglamentos que describen causas y razones para la vigilancia de la salud.

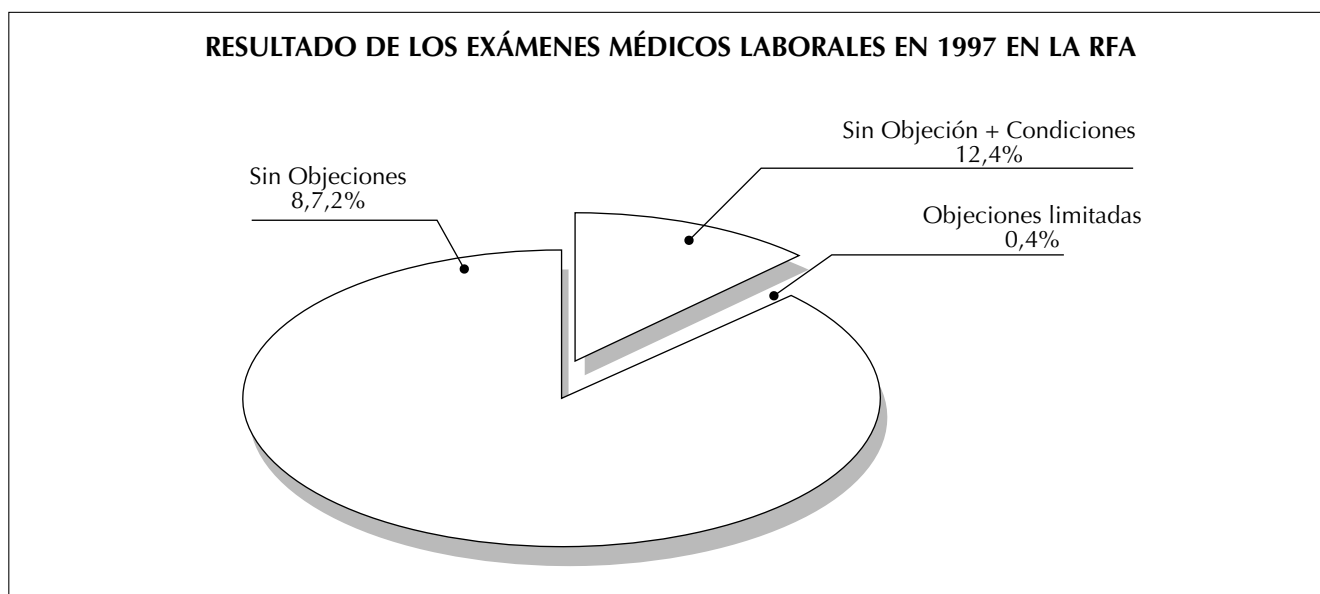
En principio existen dos razones para hacer un examen médico a los trabajadores:

- 1. La selección:** en el sentido de detectar trabajadores con un riesgo más alto que otros. Con la consecuencia de recomendar no comenzar o dejar el trabajo que causa o podría causar la enfermedad (por ejemplo:

buzos, conductores, trabajo con sustancias biológicas). Esto ocurre en un 0,5 % de las visitas médicas (ver abajo).

2. **La detección precoz:** para detectar una enfermedad profesional en un momento en que las medidas preventivas son aún efectivas (por ejemplo: alergias, asma, daño auditivo). Esa cuestión es muy discutida porque no hay muchos daños que pueden ser curados. Normalmente sólo se puede prevenir un daño más grave.

| RESULTADO DE LOS EXÁMENES MÉDICOS EN 1997             |                  |            |
|-------------------------------------------------------|------------------|------------|
| Resultado                                             | Cantidad         | Porcentaje |
| «Sin objeciones médicas»                              | 4.354.467        | 85,6       |
| «Sin objeciones médicas con determinadas condiciones» | 709.018          | 13,9       |
| «Hay objeciones médicas»                              | 23.406           | 0,5        |
| <b>Total</b>                                          | <b>5.086.891</b> | <b>100</b> |

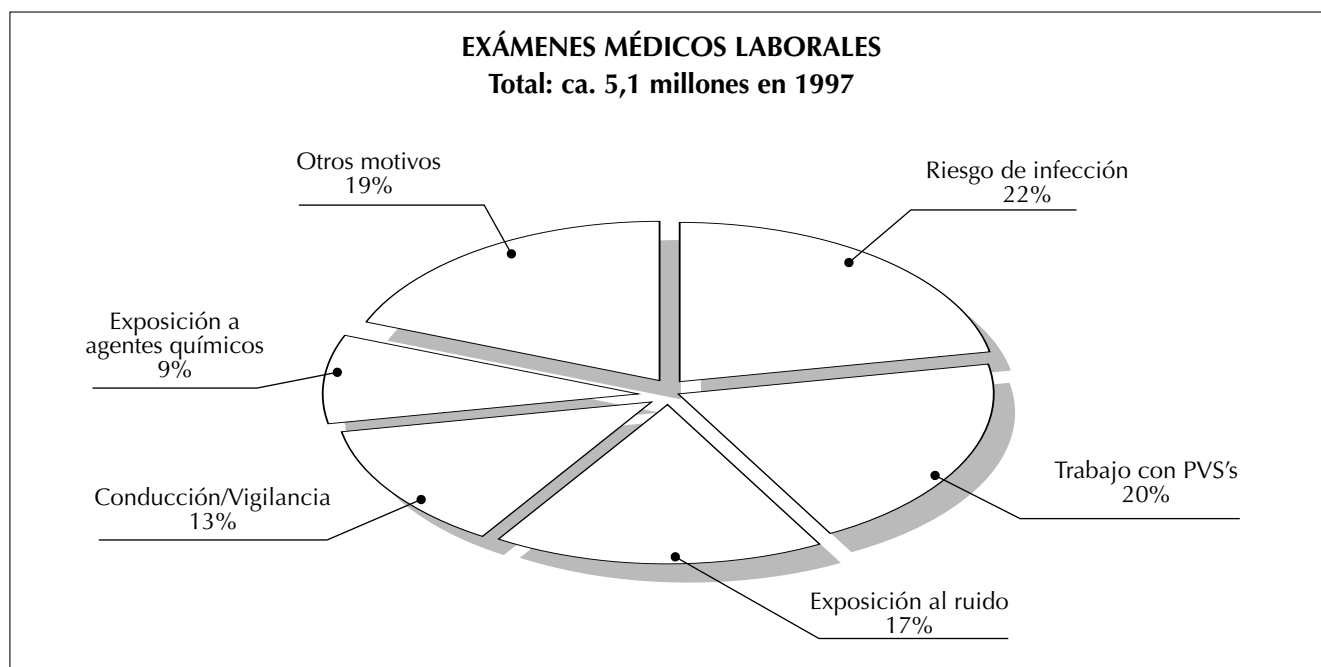


En 1997 se realizaron 5,1 millones de exámenes médicos que equivalen más o menos a 3 millones de personas/trabajadores y sólo en un 0,5 % de los casos se ha emitido una recomendación de excluir a la persona de su trabajo. En el 14 % de los casos los trabajadores podían continuar trabajando en «condiciones determinadas» (por ejemplo: «Debe recibir guantes sin látex», «Debe trabajar únicamente con protección del oído», «No debe manejar pesos de más que 5 kg.»). Sin embargo, normalmente esos exámenes médicos no tienen consecuencias en el lugar de trabajo.

## RAZONES PARA UN «EXAMEN MÉDICO DE PREVENCIÓN»

Como he dicho existe una lista larga de razones. Las más frecuentes son:

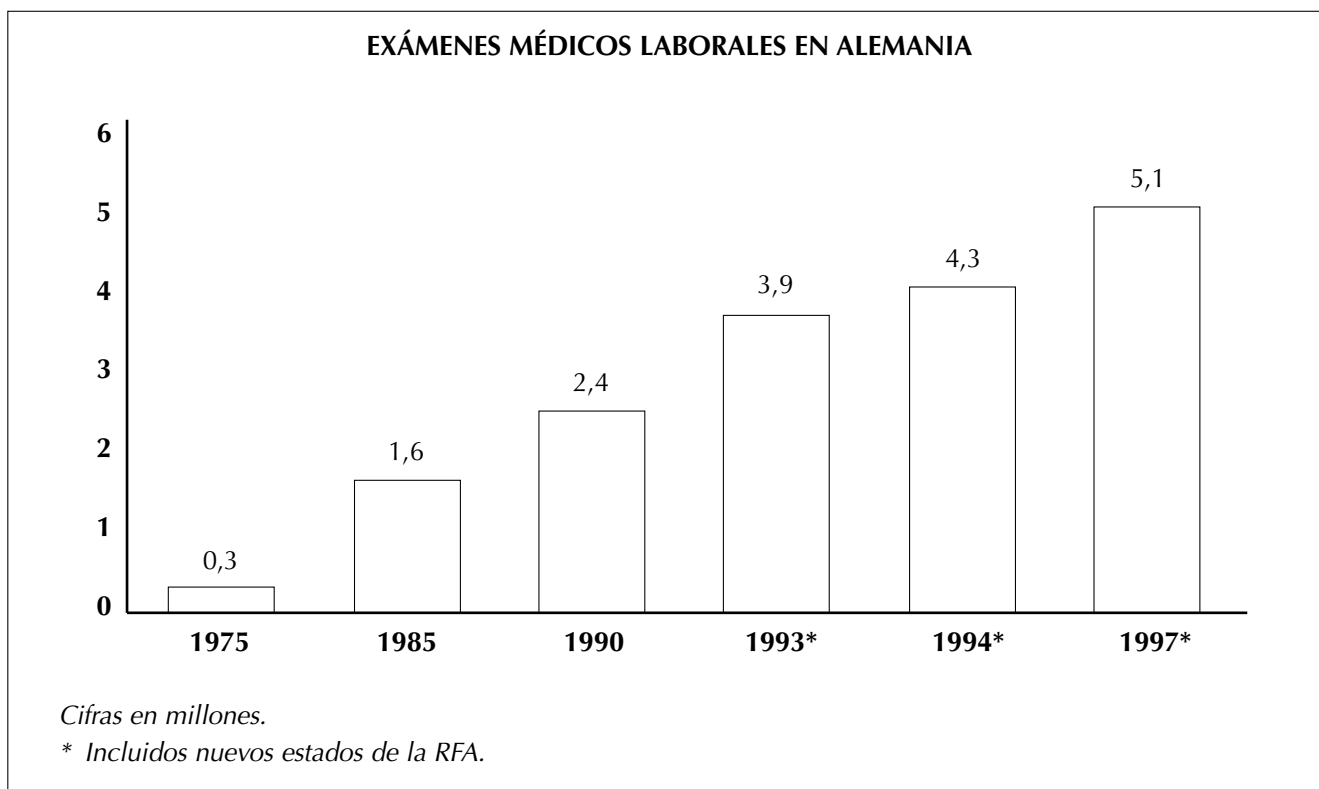
| EXÁMENES MÉDICOS PREVENTIVOS EN ALEMANIA EN 1997                   |     |                  |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----|------------------|------------|
| lit: Arbmed Sozialmed Umweltmed 35, 2, 2000 /HVBG Statistik        |     |                  |            |
| Motivo del examen                                                  |     | Cantidad         | Porcentaje |
| Riesgo de contraer infecciones (obligatorio)                       | G42 | 1.153.432        | 22,7       |
| Trabajo con ordenadores (voluntario) (=Test de la facultad visual) | G37 | 996.221          | 19,6       |
| Riesgo auditivo/Trabajo con ruido (obligatorio)                    | G20 | 871.633          | 17,1       |
| Conducir/Dirigir/Controlar                                         | G25 | 665.852          | 12,9       |
| Trabajo con sustancias químicas (más allá del valor límite)        |     | 334.778          | 8,5        |
| Otros                                                              |     |                  | 19,2       |
| <b>Total</b>                                                       |     | <b>5.086.891</b> | <b>100</b> |



Del total de la mano de obra de Alemania, aproximadamente un 10 % pasa un examen médico laboral al año. Se puede cuestionar si esa cifra y ese uso abundante de los exámenes médicos es sensato o insensato. Su valor directo para la prevención es pequeño. A menudo, lo más sensato es la prevención primera en el lugar de trabajo. Eso se podría realizar a través de medidas de información, de visitas a los centros de trabajo. Pero en Alemania los médicos de empresa pasan entre un 30 y un 70 % (o más) de su tiempo con exámenes médicos que -por definición- se realizan cuando es demasiado tarde. El daño ya está hecho y las medidas de detección precoz son muy limitadas.



|                          |            |       |
|--------------------------|------------|-------|
| Trabajadoras/es 1997     | 34.010.000 | 100 % |
| Personas examinadas 1997 | 3.000.000  | 8,8 % |
| Medicos examinantes      | 13.606     |       |



Además, la cualificación de los médicos es muy diversa: hay especialistas de medicina de trabajo (cuatro años de formación) y también médicos con una cualificación «autodidacta» en cuestiones de medicina de trabajo y prevención. Estos trabajan sin formación cualificada salvo un curso teórico de cuatro semanas.

| <b>MÉDICOS QUE TRABAJAN COMO «MÉDICOS DE EMPRESA» (31.12.1999)</b><br>lit.: cámara federal de medicos , ASU 35,2,2000 |        |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
| Total de médicos autorizados                                                                                          | 13.033 | 100 %   |
| De esos son:                                                                                                          |        |         |
| — especialistas                                                                                                       | 4.072  | 31, 2 % |
| — autodidactas                                                                                                        | 1.517  | 11,6 %  |
| Los demás tienen una formación entre las dos mencionadas                                                              |        |         |

## **RAZONES RESPECTO A EFECTIVIDAD-BENEFICIO DE LA VIGILANCIA «MODELO ALEMÁN»**

### **En contra**

- Esos exámenes sólo sirven para apaciguar la conciencia de la patronal, de los sindicatos y los trabajadores. No son eficaces en el sentido de la prevención. El papel de la medicina en la prevención es muy limitado en general.
- La gente cree que están protegidos cuando han pasado un examen médico.
- El tiempo utilizado para los exámenes es exagerado. Más tiempo en la empresa para la formación e información de los mandos y de los trabajadores sería más beneficioso.
- Los actuales reglamentos y recomendaciones sobre medicina del trabajo en Alemania son demasiado antiguos y deberían ser revisados radicalmente. A menudo las exigencias mínimas para la calidad (por ejemplo: la meta de un examen) no son explicadas o las recomendaciones médicas son de los años setenta u ochenta.

### **A favor**

- Los exámenes facilitan al médico un contacto intensivo con los trabajadores. Esas conversaciones son importantes para aprender cosas y problemas directamente «de la base» de la empresa.
- Esas informaciones pueden -más tarde- ser presentadas al empresario en forma anónima (por ejemplo en el comité de seguridad y salud). A partir de esos conocimientos el médico puede desarrollar recomendaciones adecuadas.

### **Y el futuro...**

Creo que en el futuro deben acometerse las siguientes tareas:

1. Todo el sistema de reglamentos de exámenes médicos en Alemania debería ser revisado. No es comprensible que existan 26 leyes y reglamentos diferentes. Las recomendaciones para los médicos de cómo hacer dichos exámenes están en gran parte anticuadas. No son suficientes para asegurar la calidad de una medicina moderna basada en evidencias y no en suposiciones médicas.
2. La medicina del trabajo tiene que concentrarse más en los distintos grupos de trabajadores expuestos al riesgo. La información y presencia en los centros de trabajo es más válida que hacer constar que existen problemas, pero no hay tiempo para cambiar.
3. La formación de médicos y técnicos de prevención debería ser revisada: demasiada concentración en los exámenes médicos o reglamentos técnicos. Parece necesaria una mayor capacitación para el asesoramiento sobre los riesgos y la atención a las consultas de los empleados. Hoy día el principio de realizar un examen sobre «la salud de la empresa» para organizar un sistema de prevención eficaz es más necesario que perder el tiempo con exámenes médicos individuales en gran parte ineficaces.

# ¿CÓMO SE VIGILA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FRANCIA?

CLAUDE ENMANUEL TRIOMPHE  
*Université Européene du Travail*

## 1. VIGILANCIA DE LA SALUD DENTRO DE LA EMPRESA

### 1.1. El principio de responsabilidad del empresario

El código del trabajo impone al empresario un principio general de responsabilidad en materia de salud y seguridad de los trabajadores. Este principio se aplica tanto a los materiales e instalaciones de la empresa, como a los locales de trabajo y descanso así como procesos de trabajo (incluidas las obras móviles). La Directiva Marco trasladada en 1991 a la legislación estatal expresa claramente esta responsabilidad. El empresario debe traducir las medidas de aplicación de la legislación a favor del trabajador:

- a su política diaria y al plan de prevención anual;
- al reglamento interno de la empresa;
- a la formación en materia de seguridad que debe impartir al trabajador,
- etcétera.

En lo que respecta al aseguramiento en materia de riesgos laborales, el empresario cotiza, según una tasa que depende de sus propios resultados y de los resultados de su sector profesional, al fondo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social administrado por la Caja Nacional de Seguros de Enfermedad y las cajas regionales que de ella dependen.

El principio de responsabilidad del empresario prevé sanciones penales, tanto en el Código del Trabajo como en el Código Penal, y también responsabilidad civil (sobre todo en caso de negligencia). Las cajas de seguridad social pueden también penalizarlo a través de cuotas extraordinarias de cotización.

### 1.2. La vigilancia propia por parte del trabajador

El trabajador se ocupa obviamente de su propia seguridad. Para ello debe beneficiarse de una formación, regulada por una ley que es de obligatorio cumplimiento para todos.

Dicha formación comienza al ser contratado, antes de ocupar su puesto de trabajo, y se supone que debe tener lugar cuando hay cambios técnicos o de puesto de trabajo. También puede realizarse a propuesta del médico del trabajo, después de cualquier baja superior a 21 días (por enfermedad, accidente de trabajo, etc.) o tras cualquier incidente, accidente o enfermedad profesional grave.

La obligación de impartir formación en materia de seguridad es válida para los trabajadores con contrato de duración determinada o temporal, sea cual fuere la duración de su tarea.

No existe un modelo obligatorio para dicha formación. Puede consistir en simples instrucciones, pero puede ser también más elaborada. La legislación sólo indica que se debe tener en cuenta el nivel educativo de los trabajadores afectados, su calificación, su experiencia profesional y la lengua hablada o leída por ellos. En cualquier caso, debe efectuarse en horario de trabajo y ser remunerada normalmente.

Para diseñar esta formación el empresario debe:

- poner en contacto al médico del trabajo con sus especialistas en seguridad (si existen);
- consultar previamente al Comité de Higiene, Seguridad y Condiciones de Trabajo (CHSCT),
- informar posteriormente al Comité de Empresa de las acciones formativas emprendidas el año anterior presentando un informe escrito si la empresa cuenta con más de 300 trabajadores.

Por último, desde 1982 el trabajador dispone de un derecho individual a suspender una actividad en la que corra peligro grave e inminente. Dicha suspensión no puede suponer para él sanción ni disminución salarial alguna.

### 1.3. La vigilancia médica

Toda empresa establecida en Francia debe contar con un servicio de medicina del trabajo. Las grandes empresas cuentan con un servicio propio, llamado servicio autónomo. Las PYME's se unen a servicios mancomunados establecidos a nivel territorial y/o sectorial. Los servicios médicos, en cualquier caso, son financiados exclusivamente por el empresario y deben ser periódicamente ratificados por la autoridad laboral que asegura su control a través de los inspectores de trabajo y los médicos inspectores de trabajo. Los servicios médicos mancomunados cuentan además con una comisión de control paritaria compuesta por representantes de la empresa y de los trabajadores.

Los servicios médicos no pueden contratar médicos del trabajo si no existe un acuerdo del Comité de Empresa (servicios autónomos) o de la comisión de control (servicios interempresas). No pueden ser despedidos sin el visto bueno del Comité de Empresa o en su caso por decisión expresa de la Inspección de Trabajo.

Independientes deontológicamente de los empresarios, aseguran las siguientes tareas:

- **Visita médica a la firma del contrato** –obligatoria antes del período de prueba– **y visita médica anual**, ambas obligatorias. El objeto de tales visitas es obviamente establecer la aptitud física de los trabajadores para el puesto de trabajo ocupado. El médico entrega entonces una ficha de aptitud. Puede también declarar la inaptitud y debe solicitar al empresario otro puesto de trabajo para el trabajador no apto. En caso de imposibilidad se decreta el despido –un empresario no puede contratar a un trabajador reconocido como no apto por la medicina del trabajo–. El médico tiene también la posibilidad de pronunciarse por una aptitud parcial (que no prohíba al trabajador ocupar el puesto de trabajo, pero que restringe ciertas actividades como por ejemplo la manipulación de cargas, horarios, utilización de productos, etc.).
- **Visitas médicas especiales**, con una periodicidad más continuada que las de las visitas anuales y que buscan asegurar el seguimiento de los trabajadores cuyas actividades los exponen a riesgos específicos (radiaciones, productos químicos, cancerígenos, etc.) previstos en la reglamentación o identificados por el médico del trabajo.
- **Visita médica a solicitud del médico o del trabajador** que puede solicitar libremente una cita al médico del trabajo.
- **Intervención en el lugar de trabajo**, estudios de los puestos de trabajo, propuestas de modificación de los puestos para mejorar la protección de los trabajadores. Estas actuaciones debe representar al menos un tercio del tiempo de trabajo del médico. Pueden incluir también la participación en estudios epidemiológicos o en reuniones de las instancias de prevención. El médico debe establecer para cada empresa una ficha que resuma los riesgos identificados y sus recomendaciones. Debe también transmitir al CHSCT un informe anual de su trabajo, así como proposiciones para un programa.

Un proyecto de acuerdo actualmente presentado a la firma de los agentes sociales y que posteriormente será sometido a la aprobación por parte de los poderes públicos prevé:

- Espaciar la visita periódica de todos los trabajadores que no están expuestos a riesgos específicos de 1 a 2 años.

- Reforzar la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a riesgos específicos que serían determinados por convenios colectivos sectoriales.
- Reforzar la independencia de los médicos del trabajo.

## 1.4. La representación del personal en materia de salud y seguridad

Si el comité de empresa tiene una tarea general en salud y seguridad –se le presenta un informe anual, puede emitir recomendaciones, ser consultado acerca de la introducción de nuevos métodos de trabajo o nuevas tecnologías, expresa su opinión acerca de la contratación o despido de un médico del trabajo–, es el Comité de Higiene, Seguridad y Condiciones de Trabajo (CHSCT) el encargado del grueso de la actividad preventiva y de control.

Un CHSCT está compuesto por:

- El empresario (o su representante) así como personas que le asisten.
- Miembros elegidos cada 2 años -no directamente por los trabajadores sino indirectamente por una comisión de la que forman parte miembros del comité de empresa y delegados de personal– en las empresas de 50 o más trabajadores. En las empresas más pequeñas (con más de 10 trabajadores) los delegados de personal deben asegurar la tarea de vigilancia de la salud, pero que no se precisa en ninguna norma. Además en los establecimientos con riesgos y para motivos concretos, un inspector de trabajo puede imponer la creación de un CHSCT aunque la empresa cuente con menos de 50 trabajadores.
- El médico del trabajo que asiste con voz consultiva.
- Además, son informados y pueden asistir el inspector de trabajo o el agente del servicio de prevención de la caja regional de seguros por enfermedad.

El CHSCT es consultado por el empresario y emite su parecer con carácter consultivo sobre:

- La elaboración y los resultados de la evaluación de riesgos.
- La política y el programa anual de prevención y sus resultados (informes escritos y cifras).
- Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales sufridas así como sobre las medidas destinadas a prevenirlos y la reincorporación de los trabajadores afectados.
- La integración de los trabajadores discapacitados en la empresa.
- La introducción de nuevas tecnologías (en algunos casos, el CHSCT puede solicitar la intervención de un organismo especializado independiente y que el empresario deberá remunerar).

Sus miembros realizan visitas periódicas de inspección –al menos trimestralmente– o cuando ocurre algún incidente, accidente o enfermedad grave. EL CHSCT ejerce sus competencias en relación con todos los trabajadores en el ámbito de la empresa incluyendo trabajadores temporales, subcontratas, trabajadores de empresas externas, etc.

El CHSCT realiza una reunión trimestral durante la cual se procede a un informe regular de las cuestiones de salud y seguridad y recibe del empresario determinadas informaciones escritas. También es informado de las observaciones realizadas por la Inspección de Trabajo durante sus visitas y los servicios de prevención de las cajas de seguros por enfermedad. El CHSCT se reúne igualmente en caso de urgencia a causa de un peligro grave e inminente.

Sus miembros disponen de un crédito horario que varía en función de la importancia de la empresa –por lo menos de dos horas al mes– para desarrollar sus tareas (sin contar el tiempo de las reuniones descritas anteriormente). Pueden beneficiarse de una formación de varios días remunerada por el empresario en el organismo que ellos escojan (organismo sindical o acreditado por los poderes públicos) según las condiciones que fija la ley o, en el caso de las PYMEs, según los convenios colectivos.

Están protegidos por la ley contra la discriminación y el despido: los miembros del CHSCT no pueden ser despedidos sin el visto bueno del Comité de Empresa y la decisión expresa de la Inspección de Trabajo.

## 2. LA VIGILANCIA DE LA SALUD FUERA DE LA EMPRESA

Aquí tenemos básicamente dos sistemas de control: uno ejercido por la Caja Nacional de Seguros por Enfermedad (CNAM) y las cajas regionales afiliadas (CRAM); el otro llevado a cabo por la Inspección de Trabajo.

### 2.1. La CNAM y las CRAM

Este sistema se gestiona de forma paritaria por la patronal y los sindicatos mediante:

- Los comités técnicos paritarios, establecidos a nivel nacional y/o regional, encargados de elaborar las políticas preventivas sectoriales y de adoptar las recomendaciones y normas de aplicación obligatoria.
- Un laboratorio de estudios sobre seguridad y salud en el trabajo (Instituto Nacional de Investigaciones en Seguridad).
- Laboratorios técnicos encargados de algunas mediciones (ruido, agentes químicos, etc.).
- Centros de formación en seguridad.

A la CNAM se suman una veintena de CRAM (Cajas Regionales) que cubren el conjunto de regiones francesas y constituyen cada una un servicio de prevención organizado junto con ingenieros de prevención y controladores de seguridad. Estos efectúan:

- Campañas de prevención y control en las empresas.
- Observaciones que pueden conducir al aumento de las tasas de cotización (o en muy raros casos de la disminución) en las empresas visitadas.

Pueden también organizar acciones preventivas conjuntas con otros organismos de prevención, públicos (Inspección de Trabajo) o privadas. Por último los agentes de la CRAM son invitados a las reuniones de los CHSCT con el objetivo de conocer su opinión sobre la política de prevención de la empresa.

Hay que destacar que existe además para el sector de la construcción y trabajos públicos, un organismo de prevención paritario obligatorio al que cada empresa del sector debe cotizar. Este organismo efectúa exclusivamente campañas de sensibilización y de prevención y realiza visitas a las empresas y sus sucursales. Sus agentes pueden asistir a las reuniones del CHSCT, así como a las de los órganos de prevención-coordinación en las sucursales importantes. No tienen capacidad para sancionar, pero puede advertir a las CRAM o a la Inspección de Trabajo.

### 2.2. La Inspección de Trabajo

Organizada territorialmente (por departamentos y subsectores geográficos) y por sectores (agricultura, transportes, otras actividades), este sistema emplea cerca de 700 inspectores (para controlar a las empresas de más de 50 trabajadores) y unos 1.200 controladores de trabajo (para el control de empresas de más de 50 trabajadores). Su papel consiste en:

- Controlar el cumplimiento del Código del Trabajo y de los convenios colectivos.
- Tomar decisiones administrativas en materia de:
  - Despido de los representantes de personal, delegados sindicales, médicos del trabajo.
  - Derogaciones de las duraciones máximas de trabajo autorizadas.
- Asesorar a los empresarios y trabajadores en materia de derecho del trabajo.

La seguridad y salud en el trabajo no es sino uno de los campos de intervención de la Inspección de Trabajo. Pero constituye una de sus áreas fundadoras y permanece actualmente entre sus funciones importantes. La Inspección de Trabajo realiza:

- Visitas a los lugares de trabajo, durante las cuales detecta las infracciones mediante observaciones escritas, requerimientos y actas que luego se transfieren a los tribunales penales.
- Campañas de sensibilización y control organizadas a nivel nacional o territorial con el objetivo de mejorar la situación en salud y seguridad en ciertas ramas o con respecto a determinados riesgos específicos (caídas de altura, amianto, riesgos químicos, etc.).
- Encuestas consultivas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales graves.

También puede hacer que organismos acreditados por el Ministerio de Trabajo realicen mediciones de los riesgos en la empresa (ruido, electricidad, atmósferas, radiaciones, etc.). Es invitada y puede participar en las reuniones del CHSCT y de otros órganos de prevención específicos.

Especializada en la prevención colectiva de riesgos y dotada con amplios poderes de acceso a las empresas, de consulta de documentos, de decisión administrativa, dialoga tanto con la dirección de la empresa como con los sindicatos y la representación de personal.

Con poderes para constatar las infracciones penales, puede además paralizar las obras que presenten graves riesgos de caída, atrapamiento o exposición al amianto. Por el contrario no dispone, como en España y en muchos países de Europa, de poderes de sanción administrativa directa.

### **3. CAPACIDAD DE LOS SISTEMAS DE PREVENCIÓN EN RELACIÓN CON LA PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA SALUD EN EL TRABAJO**

#### **3.1. La salud laboral en la sociedad contemporánea**

En una sociedad marcada continuamente por el desempleo, la cuestión de la salud en el trabajo pasa a ser secundaria para todos los actores sociales, incluyendo los sindicatos. Las reestructuraciones en las empresas no han permitido que el debate social sobre el empleo –desgraciadamente vano en la mayoría de los casos- con el objetivo de mantenerlo, mientras que provocan trastornos en la organización y sus consecuencias han sido objeto de un gran silencio por parte de las empresas.

Por otro lado la focalización histórica en los riesgos industriales clásicos han llevado a:

- La subvaloración de las alteraciones de la salud provocadas por las enfermedades profesionales, físicas o mentales.
- La sobrevaloración de la prevención de accidentes en detrimento de otros riesgos.

Por último, la nueva vida profesional, para muchos trabajadores ocupados en tareas a menudo «inmateriales», elimina las protecciones que el entorno industrial clásico había trazado entre la vida profesional y la vida personal. Al mismo tiempo reaparece la frontera entre el entorno cerrado de la salud en el trabajo y el ámbito abierto de la salud pública, lo que pone en tela de juicio la congruencia de las herramientas de prevención.

#### **3.2. Nuevos riesgos y nuevos trabajadores**

Los nuevos riesgos –o aquellos reconocidos como tales- están vinculados a:

- Agentes físicos (amianto por ejemplo), químicos (disolventes) o biológicos.
- La transformación de la organización del trabajo: intensidad de trabajo y sobrecarga física y/o mental del trabajador, subcontratación y presiones considerables en el trabajo propiciadas por la degradación de la protección de la salud, el estrés, el acoso moral («mobbing») y otros.

Por otra parte, nuevos colectivos de trabajadores están expuestos a riesgos crecientes o emergentes:

- Trabajadores precarios o ilegales (trabajo clandestino, falsos autónomos) que reciben muy poca o ninguna protección a pesar de las leyes y cuya precariedad está a veces unida a la ejecución de tareas peligrosas.

- Empleados y técnicos en empresas de servicios sometidos cada vez más a la presión de clientes o usuarios y a la reducción de efectivos o medios de funcionamiento.
- Jóvenes con conductas más individualistas (aunque no en su generalidad) y que ven la protección en materia de salud y seguridad como una serie de obstáculos inútiles.

Esos riesgos y grupos se abordan mal desde los sistemas de prevención internos o externos:

- Los trabajadores precarios son poco conocidos por los CHSCT y por los sindicatos y, a causa de la brevedad de sus contratos, están mal «vigilados» por los sistemas externos de control.
- La intervención en materia de prevención en el seno de las empresas y en los sistemas externos de prevención está orientada en gran medida a los riesgos industriales clásicos y a sus consecuencias en materia de accidentes de trabajo. Las enfermedades profesionales están poco reconocidas y no se combaten adecuadamente. Los daños a la salud mental comienzan a ser objeto de reflexiones serias que, sin embargo, no influyen aún en las políticas de prevención. La intervención es complicada debido al gran número de PYMEs en las que los sistemas de prevención apenas están presentes.

A esto se añaden otras cuestiones. La transposición de la Directiva Marco y sus directivas derivadas, aunque efectuada hace algún tiempo, ha tenido una aplicación muy lenta:

- La evaluación de riesgos suscita apenas un planteamiento metodológico, incluso dentro de la Inspección de Trabajo.
- La cuestión de los servicios de prevención internos en las empresas se debate de manera insuficiente, Francia pretende que la medicina del trabajo debe constituir el pilar de dichos servicios (que podrían además agrupar a especialistas que no sean médicos) mientras sufre una carencia de varios miles de médicos del trabajo y éstos confrontan problemas de independencia en sus funciones y de credibilidad ante los trabajadores y muchos de los empresarios.

### 3.3. La articulación y concepción de órganos e instituciones de prevención

En este punto se presentan varios debates cruzados, que emergen fuertemente en la sociedad francesa.

El primero tiene que ver con los fallos del sistema de prevención actual: el reconocimiento muy tardío de los daños producidos por el amianto ha permitido destacar las responsabilidades colectivas. Por un lado, los poderes públicos que han querido preservar los intereses de las industrias productoras de amianto y que tardaron en tomar tanto las medidas preventivas como las reparaciones necesarias. Por otra parte, los agentes sociales, de los cuales ninguna instancia paritaria o sindical, ni de gestión o investigación, ha querido ejercer una vigilancia apropiada. Este problema corre el riesgo de volver a presentarse con los éteres de glicol y tal vez con muchas otras sustancias.

Varias lecciones deben sacarse de estos escándalos. Una que concierne a la necesidad de separación de las funciones de vigilancia, de estrategia y de gestión de riesgos que ponen en cuestión tanto a las políticas públicas como a los sistemas paritarios. La segunda radica en el surgimiento de nuevos actores en materia de salud en el trabajo frente a los nuevos riesgos: aquí aparecen obviamente las asociaciones de víctimas que con frecuencia son las únicas que tratan eficazmente el tema (teniendo en cuenta que incluyen a muchos sindicalistas que no consiguieron que fuera asumido dentro de las estructuras sindicales).

Por último, sin duda, debe replantearse el papel de la Inspección de Trabajo: encargada de hacer respetar el conjunto de la legislación laboral, no tiene una prioridad clara. Sus medios humanos y materiales son débiles, pero su organización no le permite en absoluto hacer frente a un control de las nuevas condiciones productivas: trabajadores con una mayor movilidad y precariedad, subcontrataciones en cadena y determinación de responsabilidades de los que dan órdenes, etc.

Otro debate se refiere a la concepción de los servicios de salud en el trabajo. En la actualidad, estos servicios están compuestos casi exclusivamente por médicos del trabajo. Fruto de esta concepción ha surgido un colectivo de varios miles de médicos del trabajo muy especializados. Muchos de ellos se encuentran en la avanzadilla



frente a los nuevos problemas, entre los que se encuentran lógicamente el estado psicológico de los trabajadores y el desgaste provocado por un trabajo que se ha hecho muy intenso. Pero este sistema ha logrado también hacer de la salud en el trabajo un campo reservado a los médicos, que cada día cuentan con menos recursos en el ámbito individual y con vínculos muy débiles con los actores dentro o fuera de la empresa. La carencia actual de médicos -que se cifra en por lo menos 500 puestos de trabajo- junto a la débil actuación en el lugar de trabajo y una independencia precaria frente a los empresarios hacen vacilar un sistema sobre el cual la Unión Europea ha declarado abiertamente que no responde a los requerimientos de la Directiva Marco.

El último debate tiene que ver con la articulación de diversos órganos de prevención. Por un lado porque los órganos paritarios tienen poco vínculo entre sí. Un proyecto reciente de acuerdo entre los actores sociales debería permitirles colaborar más eficazmente en un plan regional y local. También porque la cooperación entre sistemas públicos y sistemas paritarios dista mucho de ser óptima.

Y por último porque las transformaciones del trabajo y de sus riesgos obligan a ir más lejos interpelando a:

- **Los poderes públicos**

¿Cuáles son las responsabilidades del Estado y su administración laboral? ¿Cómo hacer frente a los nuevos riesgos? ¿Cómo recalificar a su personal y adaptar sus métodos? ¿Cómo ejercer una vigilancia de la salud en trabajadores que se mueven continuamente y en condiciones cada vez más precarias?

- **Los actores sociales**

¿Qué responsabilidades tienen los actores sociales? En un momento en que la preocupación por la salud aumenta en la sociedad, ¿tiene aún el actor sindical alguna legitimidad en la materia? ¿Cómo construirla y dónde desarrollarla? ¿Puede seguir desarrollándose esencialmente en la empresa, cuando los límites de la misma son más confusos que nunca, debido a las constantes reorganizaciones y a la subcontratación?

***Convencidos de que el conjunto de estas cuestiones encontrarán un eco en España y especialmente en el ámbito sindical, la Universidad Europea del Trabajo está dispuesta a presentar o aceptar cualquier iniciativa europea que permita responder a estos desafíos.***

Université Européenne du Travail c/o CEE 29 promenade Michel Simon  
Tel (33) 1 45 92 69 81. Fax: (33) 1 49 31 02 44  
E-mail: aduet@club-internet.fr  
Internet: www.uet.org <<http://www.uet.org>>

# LA VIGILANCIA BIOLÓGICA DE LA EXPOSICIÓN LABORAL A LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS COMO NUEVA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN<sup>1</sup>

JOSE M<sup>a</sup> ROEL

*Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)*

La vigilancia biológica de la exposición a las sustancias químicas en el ambiente laboral está tomando una importancia creciente. De ello es buen reflejo la Directiva 98/24/CE, «Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo». Su transposición por los países miembros de la Unión Europea tiene como fecha límite el 5 de mayo del 2001. Para darse cuenta de la trascendencia de esta directiva, en el campo de la vigilancia de la exposición a productos químicos, basta con leer los párrafos de su artículo 6, en los puntos 4 y 5, que establecen :

## **Directiva 98/24/CE**

### *Art 6.*

*«4. El empresario efectuará periódicamente, y en cualquier caso siempre que se produzca cualquier alteración en las condiciones que puedan afectar a la exposición de los trabajadores a agentes químicos, las necesarias mediciones de agentes químicos que puedan presentar un riesgo para la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, en particular en relación con los valores límite de exposición profesional, a menos que el empresario demuestre claramente por otros medios de evaluación que, de conformidad con el apartado 2, se ha logrado una adecuada prevención y protección.*

*5. Al cumplir las obligaciones establecidas en el artículo 4 o que se deriven del mismo, el empresario deberá tener en cuenta el resultado de los procedimientos que cita el apartado 4 del presente artículo. En cualquier caso, cuando se rebase un valor límite de exposición profesional establecido de forma efectiva en el territorio de un Estado miembro, el empresario actuará de forma inmediata, teniendo en cuenta la naturaleza de dicho límite, para poner remedio a la situación mediante la adopción de medidas de prevención y protección».*

Evidentemente, a partir del momento en que la directiva sea trasladada a la legislación en nuestro país, los Servicios de Prevención tendrán como una de sus tareas habituales la vigilancia de la exposición, tanto ambiental como biológica. Es por ello que la formación y divulgación de las técnicas de control de exposición forman parte de las prioridades de la Prevención Laboral. Abordar el conocimiento de la teoría y las aplicaciones prácticas de las técnicas de vigilancia biológica de la exposición a agentes químicos, es de interés preferente para todos aquellos que, de una u otra manera, están involucrados en la Prevención Laboral.

El riesgo químico en la industria es generalizado. Además reviste un carácter de gran complejidad, por la continua y acelerada introducción de sustancias y compuestos nuevos que nos enfrentan a situaciones de riesgo mal conocidas. Asimismo, la proliferación de sustancias químicas que tienen una larga persistencia en el ambiente

---

<sup>1</sup> Nota introductoria para el seminario «Monitorización Biológica».

con efectos contaminantes de larga duración, constituye una amenaza permanente para la salud. A estos factores de evolución tecnológica de la química industrial debemos añadir los cambios en el escenario sociolaboral. Las condiciones actuales de precariedad del empleo, hacen que los trabajadores cambien con frecuencia de actividad. Por lo tanto, a lo largo de su vida laboral sufren cada vez mayores y más variadas exposiciones a agentes químicos, de las cuales muchas veces no se tiene conocimiento o no pueden ser comprobadas.

En esta situación, las técnicas de control a la exposición (tanto ambientales como biológicas) cobran una importancia determinante. No sólo porque nos informan del nivel de dichas exposiciones, sino también porque suponen una prueba documental de que el riesgo ha existido. Y en el caso de la vigilancia biológica, por determinación en orina o en sangre de los contaminantes químicos, la prueba permite individualizar el riesgo para cada trabajador en particular.

Sin embargo, debemos precisar que las técnicas de control de exposición tienen un carácter limitado. Numéricamente abarcan a un número reducido de sustancias, en comparación con el total de compuestos utilizados en la industria. Así acontece en las técnicas para control ambiental de sustancias (solamente 700 con niveles de referencia establecidos). Las carencias son todavía mayores en la determinación de sustancias en medios biológicos, como la orina y la sangre. Apenas se llega a 50 sustancias con indicadores biológicos de referencia y que puedan ser estudiadas con dichas técnicas. Pero, además, los agentes químicos se pueden presentar en el ambiente laboral conjuntamente o mezcladas con otros. Es lo que denominamos como multiexposición. Pero existe una gran dificultad para contar con técnicas de control de adecuadas para este fenómeno.

Aun contando con las limitaciones actuales, el control biológico o vigilancia biológica de exposición supone una herramienta de evaluación de riesgo químico de primera utilidad. Su inclusión en los protocolos de vigilancia de la salud, siempre que se den las condiciones necesarias, es un objetivo prioritario para la prevención de riesgos químicos.

La implantación y la aplicación de la vigilancia biológica de exposición no se puede improvisar. Para asegurar la calidad de estos métodos, es necesaria una planificación previa a su utilización en los lugares de trabajo. En primer lugar los responsables de la prevención deben exigir, a los técnicos que la vayan a realizar, una información exhaustiva de los procedimientos que van a seguir. Se trata de asegurar que los resultados sean lo más exactos posible, en cuanto a la valoración de la exposición se refiere. En la mayoría de las ocasiones, se persigue medir pequeñas o incluso mínimas cantidades de sustancias. Cualquier error que se cometa en la toma de muestras, puede llevar a falsear con amplitud los resultados. En resumen, el Servicio de Prevención debe exigir, al laboratorio que va a realizar el muestreo, una información escrita y pormenorizada de las normas e instrucciones a seguir para realizar las tomas de muestras. Ello abarca aspectos como el momento, las condiciones de limpieza, el tipo de contenedores a utilizar, condiciones de almacenamiento y transporte etc.

Las técnicas de control biológico tienen como protagonista al trabajador. Ello impone la obligatoriedad de respetar sus derechos individuales, al igual que cualquier otro individuo al que se le va a practicar una asistencia relacionada con su salud. Primeramente existe la obligación de informar detalladamente y de una forma claramente comprensible sobre los motivos y la forma de la toma de muestras de orina o de sangre que se le va a realizar. En segundo lugar, existe también la obligación de informar de los resultados obtenidos y sus implicaciones. No basta con el dato numérico, hay que explicar la relación con las condiciones de prevención en su puesto de trabajo y su grado de eficacia. Esta información debe constar por escrito y ser entregada de forma personal al trabajador. Igualmente debe ser incorporada y archivada en su historial de vigilancia de la salud. El acceso a esta información debe estar restringida al personal del Servicio de Prevención y ser considerada confidencial. El derecho a la información y a la confidencialidad son requisitos inseparables del control biológico de exposición, en la medida de que se trata de un acto sanitario y, por tanto, sujeto a la ética de la vigilancia de la salud.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA (EN CASTELLANO)**

### **GENERAL**

- LAUWERYS,R. Toxicología Industrial e Intoxicaciones Profesionales.Barcelona. Masson 1998
- OBIOLS, J. Control Biológico de los Trabajadores Expuestos a Contaminantes Químicos. Madrid. INSHT,1998
- BARTUAL SANCHEZ, J. et al. Toxicología laboral básica. Madrid. INSHT,1989
- ARQUER PULGAR, M.I. et al. Riesgo Químico. Madrid. INSHT, 1999.
- MORENO, NEUS. La Vigilancia de la Salud en el Medio Laboral. Madrid INSHT,1993
- SOLE,M.D. et al. Salud y Medicina del Trabajo. Madrid. INSHT, 1997

### **LISTAS DE VALORES LÍMITE**

- Grupo Técnico INSHT. Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España 2000. Madrid. INSHT, 2000
- ACGIH – TLVs. Valores Límite para Sustancias Químicas en el Medio Ambiente de Trabajo 1999. Valencia. Consellería de Empleo Generalitat Valenciana, 2000

### **ESPECÍFICOS**

- HUICI, A.. Cadmio: Toxicología y Control Biológico. Madrid. INSHT, 1985
- PERIAGO, J.F. Control Biologico de Disolventes Mediante Aire Exhalado. Madrid. INSHT, 1991
- MARQUES, F. et al. Cromo: Aspectos Clínico – Toxicológicos. Madrid. INSHT, 1993
- MARQUES, F. Plomo: Criterios Toxicológicos Actuales para la Vigilancia Médica de los Trabajadores Expuestos. Madrid. INSHT. 1992.

### **INTERNET. BASES DE DATOS (de libre acceso)**

- TOXNET ( <http://toxnet.nlm.nih.gov/>) (En inglés)
- ATSDR (<http://www.atsdr.cdc.gov/cgi-bin/search>) (En inglés)
- UCL (UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOVAINA) (<http://www.md.ucl.ac.be/toxi/table.htm> )

# LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES<sup>1</sup>

SALVADOR MONCADA  
*Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)*

Para la planificación y evaluación de la acción preventiva es imprescindible disponer regularmente de información sobre la salud y sus condicionantes. El sistema de información (SIS) es la estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información para organizar y hacer funcionar la prevención. El sistema de información está en la base de la toma de decisiones en todos los aspectos de la salud y la seguridad en el trabajo.

La finalidad de un SIS es la de aportar elementos cuantitativos que justifiquen la toma de decisiones. Los usuarios del SIS son todas las personas (individuos, grupos) que han de tomar decisiones en el ámbito de la prevención de los riesgos laborales. El SIS debe, por tanto, responder a sus necesidades.

Las necesidades de información tienen que ver con el uso que vamos a darle (identificar problemas, monitorizar exposiciones, controlar riesgos, evaluar intervenciones, etc.) En general, un SIS debe posibilitarnos conocer y comprender lo que está sucediendo, para facilitarnos tomar las decisiones óptimas respecto a qué, cómo, cuándo y dónde debe hacerse.

Un SIS se organiza en base a subsistemas (población, estado de salud, consumo de recursos, exposición a riesgos, etc.), que actúan como fuentes de datos pero también como elementos sobre los que tomar decisiones, y en él podemos identificar unas funciones (entrada de datos, organización, salida de productos) y unos componentes (procedimientos, documentación, personal, equipos).

La identificación de fuentes de datos es un elemento esencial, será necesaria información referente a:

- La actividad laboral (características, puestos de trabajo, materiales, procedimientos...).
- La población trabajadora (características demográficas...).
- La exposición a factores de riesgo (laborales, extralaborales).
- Los recursos preventivos (actividad).
- El estado de salud (a la entrada en la empresa, enfermedades y lesiones, percepción...).

En España existen sistemas de información que son, o pueden ser, utilizados para la vigilancia de la salud laboral. Los más importantes son los sistemas de notificación de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, pero existen otros que suministran información de salud, de la población trabajadora y/o de factores de riesgo y condiciones de trabajo:

- Censo y padrones de población.
- Censo nominal y de empresas de la Seguridad Social.
- Registros de mortalidad y morbilidad.
- Encuestas poblacionales: encuesta nacional de condiciones de trabajo, encuesta de calidad de vida en el trabajo, encuestas de salud.
- Incapacidades e invalideces laborales.

---

<sup>1</sup> Texto introductorio al Seminario «Vigilancia epidemiológica en salud laboral».

## LA VIGILANCIA DE LA SALUD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia de la salud se caracteriza por su orientación eminentemente preventiva. Sus objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas (de salud) y la evaluación de intervenciones. La vigilancia de la salud puede realizarse tanto a nivel individual como poblacional.

La vigilancia de la salud a nivel individual implica el seguimiento sistemático de indicadores de salud de los trabajadores en relación a los riesgos a los que están, o pueden estar, expuestos.

La vigilancia de la salud poblacional (o *epidemiológica*) se basa en el análisis de los datos que proporcionan los sistemas de información sanitaria en salud laboral. El art. 39 del RSP prevé la organización de este sistema de información en colaboración con la administración sanitaria.

Para la vigilancia poblacional de la salud será preciso conocer los trastornos de salud esperados en función de la exposición a los factores de riesgo presentes. La vigilancia de la salud a nivel poblacional implica:

- Observar datos:  
De forma continuada y protocolizada: *monitorizar* (realizar el seguimiento) de *indicadores* (variable susceptible de ser medida que ayuda de medir cambios en el estado de salud (y / o sus condicionantes).
- Identificar y medir problemas:  
Producir información sobre *casos*, localizar y medir las exposiciones y la población expuesta. Precisa definir *caso* y *exposición*, y así como los métodos y procedimientos para su detección y medida.
- Intervenir:  
Tratar los casos detectados lo más precozmente posible, evitar la aparición de nuevos.
- Evaluar:
- El *proceso* (funcionamiento del sistema de vigilancia) y sus resultados (casos evitados).
- La *eficacia* y la *efectividad* de los programas y políticas preventivas.

Existen listas de enfermedades profesionales y de enfermedades relacionadas con el trabajo que constituyen diagnósticos claros que deben ser objeto de seguimiento específico para posibilitar su vigilancia. En los EE.UU. el esfuerzo de recogida de información se focaliza de las 10 enfermedades laborales más importantes, para las que se puede emprender una acción preventiva de forma directa.

Una estrategia razonable en una empresa se basa en identificar las enfermedades esperadas, en función de la evaluación de riesgos, tomando como base las incluidas en estas listas.

Existen una serie de trastornos de salud prevenibles (conocemos sus causas y las formas de evitarlas o controlarlas) que, cuando aparecen, nos indican que el sistema de prevención está fallando: son los denominados *eventos centinelas*.

La vigilancia de las enfermedades laborales consideradas *eventos centinelas* (*«sentinel health events»* o *SHE(O)*) representa una aproximación pragmática tanto para el control de los riesgos (la detección de un caso conlleva la identificación de una exposición prevenible que afecta a las personas que trabajan con el caso identificado) como para la evaluación del sistema de prevención (si la prevención funciona bien, no deberemos encontrar casos). Estos sistemas requieren el contacto de los casos con el sistema asistencial (atención primaria o especializada), y se basan en la notificación (de médicos especialistas como el *SENSOR*, de médicos de familia como el *Treball al CAP*), o en el análisis de sistemas de registro sistemáticos o rutinarios (mortalidad, altas hospitalarias).

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Benavides FG, Ruiz C. Vigilancia de la salud laboral. En: Benavides FG, Ruiz C, García M (editores). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. (2ª Edición) Barcelona: Mason 2000.

Impreso del parte de accidente de trabajo.

García M, Gil E. Los sistemas de información y la vigilancia en salud laboral. Rev Esp Salud Pública 1996; 70:393-407.

Moncada S. Salud laboral. En: Martínez Navarro F, Marset P, Antó JM, Navarro V. (Editores). Salud Pública. Madrid: Interamericana / McGraw-Hill, 1998.

# SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

## Una propuesta operativa basada en experiencias propias

JOSÉ VICENTE SILVA, ÍÑIGO FERNÁNDEZ  
*Servicio de Salud Laboral. Gobierno de Cantabria*

### 1. ANTECEDENTES

En el año 1996, un Gabinete Técnico Provincial del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo es transferido a una determinada Comunidad Autónoma..

Reunido el consejo de gobierno de dicha autonomía decide que el GTP va a pasar a ser el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, que su Servicio Médico se va a denominar Servicio de Vigilancia de la Salud y que su función va a ser, entre otras, la vigilancia de la salud de los trabajadores, 5.000, de su administración.

Se informa a todos los trabajadores de que se van a realizar reconocimientos médicos-laborales, que son voluntarios y que comenzarán a ser citados a mediados de 1998.

Dada la secuencia de acontecimientos los reconocimientos deberán ser realizados sin que se hayan podido realizar las evaluaciones de riesgos.

El jefe del Servicio de Vigilancia de la Salud elabora un documento con un modelo de actuación que es presentado a su director general y debatido con los representantes de los trabajadores, quienes lo aprueban y se comprometen a apoyarlo y colaborar.

### 2. CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE VIGILANCIA DE LA SALUD PROPUESTO

Entendiendo que la función de un Servicio de Vigilancia de la Salud es contribuir a la protección y promoción de la salud de los trabajadores y que, por tanto, debe ser un componente esencial en los Programas de Prevención de Riesgos Laborales, el plan que se propone es éticamente aceptable y pertinente ya que:

- a) *Tiene como meta o fin la prevención de riesgos laborales y como guía, respetando los derechos de los trabajadores a su intimidad y la confidencialidad de los datos individuales, el trabajo multi e interdisciplinar.*

Considerando que un Sistema de Vigilancia de la Salud es un «conjunto de programas, actividades y tareas organizadas con el propósito de recoger, periódicamente, datos capaces de proporcionar información útil para conocimiento del nivel de salud de los trabajadores y proponer acciones encaminadas a promover y proteger la salud de los trabajadores frente a las condiciones de trabajo adversas»:

- b) *El plan de actuación que se propone debe ser considerado como un Sistema de Vigilancia de la Salud ya que permite proporcionar información válida para la toma de decisiones relacionadas con la prevención, seguimiento y control de las alteraciones de salud individuales y colectivas de los trabajadores.*

Partiendo de la hipótesis de que los objetivos preventivos se consiguen mediante la puesta en práctica de un Plan de Prevención en el que periódicamente se diseñan e implantan programas encaminados a eliminar o controlar los riesgos existentes en los lugares y puestos de trabajo:

c) *Las conclusiones emanadas del plan de actuación que se propone, para el caso concreto de los riesgos no suficientemente conocidos o controlados, pueden ser utilizadas para elaborar hipótesis de trabajo, fijar los objetivos y actividades del Programa Anual de Prevención y utilizados como referentes para establecer prioridades de actuación.*

Admitiendo que si bien es cierto que el fin último de la prevención es la eliminación de los riesgos, no es menos cierto que los trabajadores desarrollan su actividad laboral en sistemas de seguridad fragilizada:

d) *En el plan de actuación que se propone se contempla la puesta en práctica de actividades encaminadas a incluir en los exámenes de salud específicos e informar a los trabajadores de cómo ha sido, o puede verse afectada su salud por los factores de riesgo presentes en su puesto de trabajo, qué información deben dar a su médico de familia y, en su caso, de la conveniencia de protegerse adecuadamente.*

Considerando que una de las consecuencias deseables de la puesta en práctica del plan de actuación que se propone es detectar y poner en evidencia las alteraciones de salud de los trabajadores, en la perspectiva de su diagnóstico y tratamiento:

e) *En el plan de actuación se contempla un procedimiento para proporcionar apoyo y asistencia médica especializada a los trabajadores que presenten alteraciones de salud relacionadas con el trabajo.*

### **3. PROGRAMAS A DESARROLLAR**

Teniendo presente que la salud de cada trabajador es el resultado de un sistema de interacciones complejas entre factores individuales, sociales, estilos de vida y condiciones de trabajo, se ponen en marcha los siguientes programas:

- 3.1. Reconocimientos médicos iniciales.
- 3.2. Factores de riesgo percibidos por los trabajadores.
- 3.3. Reconocimientos médicos periódicos.
- 3.4. Información a los trabajadores.
- 3.5. Estudio sobre nuevas asociaciones entre las condiciones de trabajo y las alteraciones de salud.

También se llevan a cabo algunos otros programas como los de colaboración con los técnicos de prevención, el estudio del impacto de las medidas preventivas o los protocolos de colaboración con el sistema sanitario, que por razones de espacio no se comentan en este texto.

#### **3.1. Programa «RECONOCIMIENTOS MÉDICOS INICIALES»**

**Objetivo:** *Recopilar y producir información básica sobre las características individuales, histórico laboral, alteraciones y nivel de salud de los trabajadores que participan en el programa.*

La vigilancia de la salud de los trabajadores, en nuestra perspectiva, debe ser enfocada desde el punto de vista del seguimiento periódico. Una ventaja de este planteamiento, a diferencia de los enfoques basados en los chequeos o screening, es que puede ser diseñada y desarrollada como un proceso multietapa en el que los objetivos y contenidos de los reconocimientos van siguiendo un proceso secuencial.

El reconocimiento inicial, es decir el aplicado a los trabajadores en su primera visita a nuestro servicio, consta de las siguientes pruebas y protocolos:

- *Cuestionario de salud.*
- *Entrevista sobre antecedentes personales y laborales.*
- *Espirometría,*
- *Audiometría.*



- *Control visión.*
- *Análisis de sangre y orina.*
- *Exploración médica.*

Las pruebas anteriores se han completado, especialmente en el caso de los trabajadores sometidos a riesgos laborales conocidos y de aquellos que presenten una disminución de su estado de salud, con las siguientes pruebas y protocolos:

- *Electrocardiografía.*
- *Radiología.*
- *Protocolo de exposición al ruido.*
- *Protocolo de alteraciones dérmicas.*
- *Protocolo de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores de PVD.*

### **3.1.1. Recepción de los trabajadores e información inicial**

Los trabajadores que han solicitado ser reconocidos son citados en dos grupos. El primero a las 8.30 h. y el segundo, a las 10.00 h de la mañana. Tan pronto como se presentan en el recibidor del Servicio se les indica que deben pasar a la denominada Sala de Cuestionarios. Allí son atendidos por una de las ATS del Servicio, quien confecciona la lista, por orden de llegada, les entrega el «*Cuestionario de Salud*», les indica que se sienten en una de las 20 mesas escritorio disponibles en la sala y les informa de:

1. Que los reconocimientos, excepto los que pertenezcan a un grupo predefinido como de riesgo, son voluntarios, que los datos obtenidos, salvo las excepciones contempladas en la ley, tienen el carácter de confidenciales y que el informe médico se les entregará a la salida o a la dirección que ellos indiquen.
2. Aunque se les ha enviado un díptico en el que se describe el contenido y finalidad del reconocimiento, se les matiza cuál es el abanico de protocolos y pruebas que pueden ser aplicadas.
3. Que las contestaciones dadas en el «*Cuestionario de Salud*» van a determinar qué aspectos de su salud van a ser investigados con especial atención.
4. Que tan pronto como rellenen el cuestionario pasarán a la sala de extracciones y que una vez efectuada la extracción de sangre podrán ir a desayunar, para lo que dispondrán de 30 minutos y que el tiempo máximo de permanencia en el servicio es de 4 horas.
5. Que las exploraciones comienzan tan pronto como el médico tiene en su mesa los primeros resultados de los análisis hematológicos, bioquímicos y de orina y de las diferentes pruebas y protocolos aplicados.
6. Que la entrada a las consultas se realiza por orden de lista, que la duración estimada promedio de cada exploración es de 15-20 minutos y de que, por tanto, los primeros de la primera lista del 1<sup>er</sup> grupo van a salir hacia las 11.00 h y los últimos del 2<sup>o</sup> grupo hacia las 14.00 h.
7. Que en el caso de que haya que practicarles análisis o pruebas especiales, el médico les indicará si va a ser necesario esperar al resultado de las mismas para enviarles el informe definitivo o si, por el contrario, se les entregará un informe provisional.

### **3.1.2. El Cuestionario de Salud**

En el momento de evaluar las alteraciones y nivel de salud de los trabajadores hay que tener en cuenta que, aunque la práctica médica diaria nos hace ver que existe una clara interacción entre la patología psíquica y la orgánica, no es fácil determinar en qué casos la patología psíquica es causante de la orgánica y en qué casos el proceso es el contrario por lo que la selección de los instrumentos a utilizar, cuestionarios, debe hacerse con cuidado.

En principio, hay que tener en cuenta que el instrumento seleccionables, en nuestro caso, debe cumplir una serie de requisitos:

1. Proporcionar información médica suficiente para permitir predecir la existencia de alteraciones de salud en los trabajadores.
2. Ser aceptado con facilidad por los trabajadores.
3. Ser sensibles, específicos y estar, preferentemente, validados en su versión castellana para evitar tener que proceder a su estudio y validación.
4. Aplicable por personal no médico.
5. Fácilmente informatizable y actualizable.

Así, un candidato a utilizar para el estudio de la patología orgánica acompañada de sintomatología de los trabajadores es el «*Cornell Medical Index CMI*», diseñado por Brodman y col. en 1949 y que ha sido objeto de numerosos estudios, revisiones, adaptaciones y que cumple los requisitos anteriores. Una de las características del CMI es que contiene numerosos ítems que, por sí mismos, indican que es probable que exista una alteración de salud y otros que la sugieren. Tanto en su versión inglesa como en la española es capaz de identificar el 94% de las categorías diagnósticas, deducir el tipo de enfermedad presente en el 87% de los casos y, además, su correcta evaluación no se ve apenas afectada por la experiencia del médico.

Por lo anterior hemos diseñado un Cuestionario de Salud que sigue los principios y planteamientos del CMI, se contrasta fácilmente en la entrevista, responde adecuadamente a nuestras necesidades y se introduce por pantalla en una base de datos en menos de 1/2 minuto.

Dado que si bien es cierto que tenemos una visión de conjunto de aspectos como relaciones jerárquicas en los trabajos, ambiente laboral, control sobre la tarea realizada, demanda social del trabajo realizado o los sistemas de priorización, no es menos cierto que desconocemos con precisión cuáles son las principales demandas en la mayoría de los puestos y lugares de trabajo.

Si relacionamos lo anterior con nuestro menor nivel de experiencia en el manejo de las alteraciones psíquicas de los trabajadores y, especialmente, al convencimiento de que en macroestructuras, como puede ser un ministerio, por ejemplo, todo intento de abordaje de esta problemática está condenada al fracaso nos ha hecho considerar la conveniencia de no dedicar recursos, al menos en esta fase inicial, a esta problemática.

Con independencia de lo dicho en el párrafo anterior está previsto ampliar el estudio de las alteraciones de salud profundizando en los aspectos psíquicos. Así, hemos estudiado el denominado «Síndrome del Quemado» (*Bournout*), mediante el cuestionario de Maslach, en dos colectivos y una de las tareas que venimos realizando es el entrenamiento en el manejo del cuestionario «*Clinical Interview Schedule*» de Goldberg en 1970, ya que está ampliamente difundida su utilización, permite determinar la presencia de 10 grupos sindrómicos y 12 manifestaciones de anormalidad psíquica.

### **3.1.3. Anamnesis e historia laboral**

El primer trabajador de la lista es entrevistado, a las 9.00, por uno de los médicos del servicio por espacio de unos 20 minutos. El objetivo de la entrevista es confeccionar su historia clínicolaboral, es decir investigar y recoger, de una forma sistematizada, los hábitos del trabajador, sus antecedentes familiares y personales, las operaciones, accidentes, traumatismos y enfermedades que ha tenido y sus causas y consecuencias, sus molestias o dolores, pasados o presentes, y con qué asocia o relaciona cada una de ellas, estudiándose, con especial atención, aquellos aspectos del trabajo actual o pasado que pueden haber influido en su aparición o modificar su evolución.

Procurando que su colaboración sea lo más alta posible se le indica, además, que el documento resultante se le va a entregar, que dicha información puede ser de interés para su médico de familia y que va a ser utilizada para orientar la exploración que se le va a practicar.

Todas las respuestas y comentarios del trabajador son contrastadas con las marcadas en el Cuestionario de Salud, corrigiéndolas, cuando es necesario, grabadas y enviadas, por medio de una red interna, al médico que va a realizar la exploración.

Considerando que el hecho de estar viendo que sus contestaciones son tecleadas y grabadas en un ordenador podría ser motivo de rechazo o incomodidad, hemos colocado, sobre la mesa de la consulta, una pantalla de 19" en la que el trabajador y el médico entrevistador van leyendo lo que se va escribiendo. De esta manera, además, se le da la oportunidad de matizar la interpretación que se hace de sus contestaciones. Una ventaja adicional es que en ninguna ocasión se nos ha comentado, posteriormente, que hemos interpretado inadecuadamente sus opiniones.

En aquellos casos en los que el trabajador manifiesta haber tenido una alteración de salud relevante o ha tenido que ser internado o estudiado por especialistas, se le hace un escrito para que lo entregue en el servicio en que fue atendido o a su médico de familia y que le hagan un pequeño informe con el diagnóstico o la alteración padecida. Para facilitar la respuesta entregamos al trabajador un sobre con nuestra dirección.

Como se comentará en un apartado posterior, otro aspecto investigado durante la entrevista es el que hace referencia a cuáles son los factores de riesgo a que están expuesto en su trabajo, su historia laboral y sus antecedentes de exposición a factores de riesgo. Es así como se obtiene información acerca de las empresas en que ha trabajado, características de los puestos de trabajo que ha ocupado, tiempo de permanencia en cada uno de ellos y factores de riesgo a que ha estado sometido

### **3.1.4. Audiometría y protocolo de exposición al ruido**

Al objeto de poder tener un valor de referencia actualizado de la capacidad auditiva de los trabajadores reconocidos, en el primer reconocimiento, a cada uno de ellos se les explora otológicamente y practica una audiometría por vía aérea. Esta audiometría, debidamente interpretada, es enviada al trabajador. Los datos obtenidos son grabados en una base de datos y valorados y clasificados de acuerdo con el método de Klockhoff modificado de acuerdo con la Nota Técnica de Prevención del INSHT. En los casos en que presentan pérdidas auditivas se les aplica un protocolo de exposición al ruido y se les hace, además, una audiometría por vía ósea y una impedanciometría. Uno de los problemas a resolver es el que hace referencia a los trabajadores que manifiestan tener dificultades de audición en la vida real y que en las audiometrías no presentan pérdidas que justifiquen esta discrepancia. Para ello estamos poniendo a punto la técnica de la logaudiometría.

### **3.1.5. Protocolo de Control Visión**

Al objeto de poder tener un valor de referencia actualizado de la capacidad visual de los trabajadores reconocidos, a cada uno de ellos se les hace un historial en el que se recogen los aspectos más relevantes sobre su salud visual y aplica el «Protocolo de Control Visión», que se corresponde con el que aparece en el de Vigilancia de la salud de los trabajadores de PVD, en el que se recoge información acerca de los siguientes aspectos:

- a) Agudeza visual lejana con el ojo derecho, izquierdo y binocular.
- b) Agujero estenopeico.
- c) Test duocromo / tendencia hipermetrópica.
- d) Tendencia astigmática.
- e) Agudeza visual cercana binocular.
- f) Existencia de forias.
- g) Capacidad de fusión.
- h) Amplitud de acomodación.
- i) Visión estereoscópica.
- j) Visión cromática.
- k) Tensión ocular con tonómetro de no contacto.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la detección precoz del glaucoma, una de las pruebas practicadas es la medición de la tensión ocular mediante la utilización de un tonómetro de no contacto. Aquellos traba-

jadores que presentan valores patológicos de la tensión ocular son enviados directamente al médico de familia u oftalmólogo. Cuando los valores están en la franja superior de la normalidad son citados nuevamente y en el caso de que se repitan las cifras o tengan antecedentes familiares de glaucoma son informados de que deberían poner en conocimiento de su médico de familia tal circunstancia.

### **3.1.6. Espirometría y protocolo broncopulmonar**

Al objeto de poder tener un valor de referencia actualizado de la capacidad y principales constantes respiratorias de los trabajadores reconocidos, a cada uno de ellos se les realiza tres curvas flujo-volumen y se saca la envolvente. La curva flujo-volumen, debidamente interpretada, es enviada al trabajador. El espirómetro está dotado de un sistema de almacenamiento, análisis y gestión de las espirometrías realizadas, por lo que una de las tareas a realizar es el estudio estadístico por grupos. A los trabajadores que en el reconocimiento inicial han presentado alteraciones respiratorias o están expuestos a contaminantes químicos se les aplica, en el reconocimiento periódico, el protocolo de sensibilización broncopulmonar del INSHT. En el caso particular de que la sintomatología haga que se sospeche un síndrome de apnea del sueño, se envía al servicio de pruebas funcionales respiratorias del hospital para su valoración.

### **3.1.7. Electrocardiografía**

Tanto a los trabajadores de más de 45 años como a los que sus antecedentes personales o laborales lo justifique, se les hace un electrocardiograma. Aquellos ECGs que ofrecen alguna duda en su interpretación o conducta a seguir con el trabajador son enviados al cardiólogo de la mutua para que los informe. En el caso de que se confirme que el trabajador presenta una anomalía es enviado a su médico de familia con los correspondientes informes. Al trabajador se le envía una copia informada del ECG.

### **3.1.8. Radiología**

Únicamente en los casos en los que durante la anamnesis o la exploración los médicos lo consideren necesario, basándose en la historia personal, laboral, exploración o protocolos practicados al trabajador, se le realiza radiografías.

### **3.1.9. Análisis clínicos**

Al objeto de poder tener un valor de referencia actualizado de los datos hematológicos y bioquímicos básicos de los trabajadores reconocidos, y poder analizar hasta qué punto algunos factores laborales pueden incidir en los resultados, a cada uno de ellos se les hace una extracción de sangre. Los tubos con las extracciones son inmediatamente analizados por lo que los primeros resultados están disponibles y enviados a las consultas de reconocimiento, hacia las 10.30 h. Al igual que se hace con las restantes pruebas practicadas, a cada trabajador se le envía una copia de los análisis con su interpretación correspondiente.

### **3.1.10. Protocolo de exploración**

Tan pronto como comienzan a llegar los resultados de los análisis y se les ha practicado las pruebas y protocolos preestablecidos, los primeros trabajadores de la lista pasan a la consulta, hacia las 10.30 h., en donde se les efectúa la correspondiente exploración. Es de esta forma que, aproximadamente, hacia las 13.45 h sale del servicio el último de los trabajadores reconocidos. Para facilitar su tratamiento estadístico posterior, se está procediendo a grabar en una base de datos gran parte de la información que se ha recogido durante la exploración

y que se utiliza para la confección del informe médico. Este informe, acompañado de todas las pruebas efectuadas interpretadas, se entrega en mano o se envía, al día siguiente del reconocimiento, por correo al trabajador.

### **3.1.11. Exámenes y estudios complementarios**

En el caso de que durante la anamnesis o la exploración se considere conveniente que el trabajador sea estudiado por un especialista, generalmente cuando presenta molestias musculoesqueléticas que pueden estar relacionadas con el trabajo o que no han sido consultadas, se le hace una ficha de consulta y se le acompaña a la mutua -aprovechando que está en el mismo edificio que nuestro servicio- para su estudio, diagnóstico y, en su caso, tratamiento. Una vez que son atendidos vuelven al servicio, con el correspondiente informe, y se completa el reconocimiento. En aquellos casos en los que se considere conveniente la realización de pruebas específicas no disponibles en nuestra unidad, se puede enviar a los trabajadores a las diferentes instituciones del sistema público dependientes de la autonomía, para que los especialistas realicen dichas pruebas y/o estudien las alteraciones que presentan los trabajadores.

## **3.2. Programa: FACTORES DE RIESGO PERCIBIDOS POR LOS TRABAJADORES**

**Objetivo:** *Recopilar y producir de forma secuencial los Perfiles Subjetivos de Riesgo de los diferentes colectivos de trabajadores.*

Uno de los aspectos que se tiene en cuenta durante los reconocimientos es el que hace referencia a la necesidad de establecer una sistemática o método de trabajo en el encaminado a conocer la opinión que tienen los diferentes colectivos de trabajadores acerca de los factores de riesgo a que están o han estado sometidos en sus puestos de trabajo.

En el caso de que los trabajadores reconocidos pertenezcan a alguna cuadrilla, grupo de oficios o se consideren de alto riesgo, se les reúne para discutir en grupo cuáles son los aspectos de sus condiciones de trabajo que creen que pueden influir negativamente sobre su salud. Es de esta manera como, durante el reconocimiento inicial, se han elaborado diversos perfiles de riesgo subjetivo, uno de los cuales, a modo de ejemplo, se presenta en el anexo.

El documento obtenido se le envía al trabajador con la indicación de que una copia del mismo se va a entregar a los técnicos del Servicio de Prevención y que, en caso de tener que ir a consulta, debería enseñárselo a su médico de familia.

Dado que los contenidos de las evaluaciones de riesgo suelen ser de carácter generalista y que no pueden tener en cuenta, por ejemplo, que no todos los trabajadores de un determinado colectivo están expuestos a los mismos factores de riesgo, el documento citado en el párrafo anterior se convierte en un cuestionario específico individual en el que trabajador puede señalar, en la segunda visita al centro, a qué factores está él expuesto. Es así que con un sencillo tratamiento estadístico podemos conocer no sólo cuáles son las opiniones de los trabajadores de cada uno de los colectivos entrevistados, sino conocer las diferencias que manifiestan por localizaciones geográficas o entre los técnicos, encargados, capataces y peones, por ejemplo.

A partir de las opiniones expresadas por los trabajadores se pueden elaborar documentos que tengan como objetivo profundizar en aquellos aspectos de las exposiciones que se consideren relevantes y abordables. Es mediante esta sistemática como, por ejemplo, se han construido y discutido en grupo con las cuadrillas de mantenimiento de montes, documentos orientados a la identificación de riesgos en tareas específicas como: trabajo con desbrozadoras, con motosierras, con serruchos, manejo de cargas o actividades de caza. Mediante su utilización se pretende hacer una aproximación a los niveles de exposición a ruidos intensos, problemas posturales y manejo de cargas en un intento de tratar de entender por qué unos trabajadores tienen pérdidas auditivas importantes mientras que otros de edad avanzada tienen audiometrías completamente normales o los problemas de cuello y espalda.

### 3.3. Programa: RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PERIÓDICOS

**Objetivo:** *Recopilar y producir información sobre el estado y evolución de la salud de los trabajadores a partir de reconocimientos médicos diseñados, teniendo en cuenta las características del trabajador, condiciones de trabajo y los riesgos específicos a que está sometido.*

Actualmente existe un consenso acerca de que los reconocimientos periódicos a los trabajadores deben programarse con el objetivo de la detección precoz de las alteraciones de salud derivadas del trabajo, prevención secundaria, en base a los riesgos detectados en las empresas. Fruto de este planteamiento son los protocolos específicos para la vigilancia de la salud que se están elaborando en el Ministerio de Sanidad.

Ahora bien, pensamos que sería un error de planteamiento considerar que porque en una empresa, por ejemplo, el único factor de riesgo reportado sea el ruido el objetivo del reconocimiento, de conformidad con los protocolos actuales, sea hacer un seguimiento de la capacidad auditiva del trabajador ya que su problema principal puede ser la sensación de aislamiento e incomunicación si ha perdido audición o el insomnio y el nerviosismo en el caso de una audición correcta.

En nuestro servicio partimos de la premisa de que gran parte de las alteraciones somáticas tienen una base psíquica (p.e. dolores de espalda en situaciones estresantes), que las alteraciones de salud de los trabajadores van evolucionando hacia lo inespecífico (como en el caso de exposiciones a bajos niveles de exposición de disolventes orgánicos cuya sintomatología puede ser la pérdida de memoria o la irritabilidad), los efectos de las exposiciones combinadas son de naturaleza sinérgica (potenciación de los efectos tóxicos con la temperatura o pérdidas auditivas superiores a las esperadas en el caso de exposición a ruido y determinados contaminantes químicos) y que, por definición, no se conocen los efectos de las nuevas formas y condiciones de trabajo.

Todo lo anterior nos plantea la dificultad de abordar lo que por definición es desconocido o inespecífico mediante procedimientos específicos.

Por otra parte está el hecho de que en el reconocimiento previo se recoge una gran cantidad de datos acerca de sus características personales, hábitos, accidentes sufridos y sus secuelas, antecedentes familiares, de salud y laborales y un largo conjunto de datos útiles para detectar y evaluar las alteraciones de salud, individuales y colectivas, que presentan los trabajadores y poder establecer marcadores de riesgo. Igualmente nos ha sido factible hacer una primera imagen, aproximación, a las condiciones de trabajo y factores de riesgo presentes en los diferentes puestos de trabajo. Es así que no parece éticamente correcto que en el reconocimiento periódico ignoremos toda esta realidad y nos fijemos, exclusivamente, en las alteraciones precoces.

Todo lo anterior nos ha llevado a tratar de personalizar los reconocimientos incorporando a los mismos los protocolos disponibles.

Así, tras estudiar el expediente elaborado en el reconocimiento previo, damos gran importancia a la actualización del cuestionario de salud y de la historia clínico-laboral, hacemos un seguimiento de aquellas personas que presentaban una alteración en alguna de las pruebas o protocolos y se incorporan al reconocimiento los protocolos específicos disponibles.

### 3.4. Programa: INFORMACIÓN A LOS TRABAJADORES

**Objetivo:** *Informar a cada trabajador reconocido de los aspectos relacionados con su estado de salud y la manera en que las condiciones y el medio ambiente laboral, actual y pasado, le han afectado o pueden afectarle.*

Tanto en la entrevista como en la exploración se informa a cada trabajador de las alteraciones de salud que se han detectado como de las relaciones que pueden existir entre dichas alteraciones y los factores de riesgo a que está o ha estado expuesto.

Con independencia de lo anterior se le envía una copia de los resultados y conclusiones de los estudios de las funciones visual, auditiva y respiratoria con las correspondientes audiometrías, espirometrías, ECG.

En el informe médico se incluyen los resultados de la exploración médica que se le ha efectuado y se le informa de las conclusiones de las pruebas realizadas a lo largo del reconocimiento. Igualmente se le envía la historia clínico-laboral confeccionada en la que constan las alteraciones de salud que tiene o ha tenido, las ope-

raciones que se le han practicado, los accidentes que ha sufrido y sus consecuencias, la evolución de sus hábitos y constantes en el tiempo y las conclusiones de los análisis efectuados en los reconocimientos practicados anteriormente.

También son informados de cuáles son los factores de riesgo que el grupo a que pertenece considera a que están expuestos, de que dicha información va a ser puesta en conocimiento de los técnicos de servicio de prevención.

### **3.5. Programa: ESTUDIO SOBRE NUEVAS ASOCIACIONES ENTRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y ALTERACIONES DE SALUD.**

**Objetivo:** *Procesar, analizar e interpretar los datos e informaciones disponibles en la perspectiva de formular y verificar hipótesis sobre qué tipos de asociaciones existen entre las condiciones de trabajo y las alteraciones de salud detectadas en los trabajadores.*

Dado que en el Servicio de Vigilancia de la Salud se dispone de abundante y contrastada información acerca de las alteraciones de salud de los trabajadores y de los factores de riesgo a que están o han estado sometidos, es deseable que los técnicos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales avancen en el sentido de la cuantificación de los riesgos y niveles de exposición, para poder formular o verificar hipótesis sobre qué tipos de asociaciones existen entre las condiciones de trabajo existentes en los puestos de trabajo existentes y las alteraciones de salud detectadas en los trabajadores reconocidos.

Para estar seguros de que los instrumentos utilizados, más concretamente los cuestionarios, miden exactamente aquello que queremos medir, determinar cuáles son las preguntas que aportan poco al resultado final y/o poder establecer puntos de corte (sobre todo porque en algún momento se nos tiene que pedir que hagamos públicos los resultados de los reconocimientos), está previsto proceder a su validación. El método que seguiremos para ello será el de validación en dos fases con un tratamiento estadístico, el de investigador y coinvestigador y el de concordancia test-retest.

# ¿QUÉ ESTÁN HACIENDO LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS EN VIGILANCIA DE LA SALUD?

MONTSERRAT GARCÍA GÓMEZ  
*Unidad de Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Consumo*

El objetivo de esta exposición es compartir con todos vosotros las actuaciones que, en materia de Salud Laboral, vienen desarrollando las administraciones sanitarias en el marco de la coordinación de políticas sanitarias que ofrece el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Estoy segura que de este II Foro se derivarán conclusiones y propuestas a las que estaremos muy atentos para incorporarlas a las líneas de trabajo que actualmente ya venimos desarrollando en esta materia.

En la reunión de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial celebrada en otoño de 1995, se acordó la creación de un Grupo de Trabajo de Salud Laboral, que, compuesto por expertos designados por las Comunidades Autónomas, el INSALUD y la Subdirección General de Formación Sanitaria, y coordinado por la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad, estudiase los aspectos de la prevención de riesgos laborales en el ámbito competencial de las administraciones sanitarias, y realizara propuestas de actuación en Salud Laboral al pleno de la Comisión.

En la primera reunión del Grupo de Trabajo se analizaron las acciones a desarrollar por las administraciones sanitarias en Salud Laboral y los objetivos a alcanzar, identificándose tres grandes bloques de actuación: Servicios de Prevención, Sistemas de Información y Formación.

Las actividades más relevantes que vienen desarrollándose para la consecución de esos objetivos, así como los textos de varias de ellas, pueden ser consultadas en la dirección: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/laboral>, no obstante explicaré algunas de estas actividades con el ánimo de compartir los presupuestos de los que partimos y fomentar el debate posterior.

## CRITERIOS BÁSICOS PARA LA APROBACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Las competencias de las administraciones sanitarias en Salud Laboral y/o prevención de riesgos laborales están establecidas en la Ley General de Sanidad<sup>1</sup> que dedica todo un capítulo -el IV del Título I- al argumento; en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales<sup>2</sup> que remite a este capítulo en su artículo 10, en el Reglamento de los Servicios de Prevención y en la normativa sanitaria vigente, correspondiéndoles en particular la *evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes*.

Estos servicios de prevención tendrán carácter interdisciplinario, *debiendo sus medios ser apropiados para cumplir sus funciones*.

Por otro lado, las competencias de Salud Pública, Planificación Sanitaria y Autorización de Centros o Establecimientos Sanitarios están transferidas a las 17 Comunidades Autónomas, y son estas competencias las necesarias para aplicar y hacer cumplir las normas anteriormente descritas.

En el caso de los servicios de prevención ajenos a las empresas, para poder actuar como tales, las entidades especializadas deberán ser objeto de acreditación por la Administración laboral, previa aprobación de la Administración sanitaria en cuanto a los aspectos de carácter sanitario, tal y como establece la normativa laboral mencionada.



En el caso de los servicios de prevención propios que incluyan actividad sanitaria, ésta deberá contar con la correspondiente autorización de la Administración sanitaria competente, en virtud de la normativa sanitaria de aplicación.

La armonización de estos contenidos para el conjunto de las administraciones sanitarias resultaba aconsejable, y era en extremo importante además, porque la acreditación otorgada en una Comunidad Autónoma «*tendrá validez para todo el ámbito del Estado*» (artículo 24 del Reglamento de los Servicios de Prevención).

En este escenario el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública desarrolló el «*Acuerdo de Criterios Básicos para el desarrollo de la actividad sanitaria de los servicios de prevención*». Estos contenidos fueron sometidos posteriormente a consulta, y fueron oídas por el Grupo de Trabajo las opiniones de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas (CC.OO., UGT, CEOE, CEPYME y AMAT), así como las opiniones de las sociedades científicas (SEMST, AEEMT, AEETSL, SEE y SESPAS).

El documento aprobado describe los recursos humanos, los recursos materiales, las condiciones para la subcontratación parcial de actividades sanitarias, la accesibilidad de las instalaciones, etc., exigibles a los Servicios de Prevención que vayan a desarrollar funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores. Su texto íntegro puede obtenerse en la web del Ministerio de Sanidad anteriormente citada.

Lógicamente, las Administraciones sanitarias podrán decidir la variación de los mismos en función de los resultados y problemas observados en la aplicación de los mismos.

Dicho acuerdo sólo contiene requisitos propios de la actividad y los profesionales sanitarios. Sin embargo, uno de los conceptos básicos que establece la nueva normativa, es la necesidad de un equipo interdisciplinar para abordar las tareas de prevención. El profesional sanitario forma parte obligada de este equipo. Para alcanzar el fin último de la prevención es necesario poner en juego numerosas técnicas preventivas, alguna de las cuales son exclusivas de los profesionales sanitarios, debido a su naturaleza específica y a la confidencialidad de los datos de salud de los trabajadores que se conocen. Al correcto desarrollo de estas últimas es a lo que se destinan estos criterios, sin olvidar, pero a su vez, sin tener que repetir, la necesidad de trabajo interdisciplinar que ha quedado magníficamente plasmada en los textos legales.

Se ha denominado erróneamente «*Reglamentito*» a este acuerdo de las administraciones sanitarias, confundiendo sin duda al denominarlo así con el texto sucesor del Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. Nada más lejos de la realidad. El texto legal que reemplaza al Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa, para adecuarlo a los nuevos tiempos, es el Reglamento de los Servicios de Prevención, y en esta norma han quedado muy bien definidas las funciones del equipo multidisciplinar que proporciona al empresario y a los trabajadores el asesoramiento y apoyo necesario para evaluar los riesgos no eliminados, y diseñar, aplicar y coordinar los planes y programas de actuación preventiva en la empresa. Cometeríamos un tremendo error queriendo separar al sanitario de estas tareas.

## LOS PROTOCOLOS DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA

Es ampliamente conocido el concepto de vigilancia de la salud científicamente aceptado hoy en día y que ha quedado reflejado en las normas en vigor. Dicho concepto debe ampliar el anterior, más limitado, de los reconocimientos médicos. Efectivamente, el cambio de nombre está indicándonos el cambio radical que debe producirse en la práctica de los reconocimientos médicos en nuestro país. Introducir el concepto vigilancia implica que se recogerá información (sobre riesgos y daños), que será analizada e interpretada sistemáticamente para su posterior utilización en la modificación de las condiciones de trabajo origen del daño. Esta actividad, en lo relativo a información de carácter personal, es exclusiva del personal sanitario de los servicios de prevención y está sometida a los principios de acción de la medicina del trabajo (ética, confidencialidad e independencia), pero no es la única actividad, ni siquiera la más importante, del personal sanitario en cuanto miembro del equipo multidisciplinar si buscamos eficacia preventiva. Desde el punto de vista de la prevención colectiva, y con el resto de los componentes del servicio de prevención, se realizará el análisis epidemiológico de las relaciones entre las exposiciones y los daños, y se propondrán las medidas preventivas.

No vamos a detenernos en este apartado en los aspectos éticos, metodológicos, normativos, etc., de la vigilancia de la salud, que vienen siendo debatidos en este Foro, pero sí vamos a dedicar unas palabras a los protocolos y su significado para la realización de los exámenes de salud a los trabajadores/as.

Al abordar el concepto de protocolización lo primero que debemos considerar es que hablamos de una estrategia de actuación en el ámbito de la prevención. La protocolización es un modo de gestionar la actuación técnica de los recursos sanitarios<sup>3,4</sup>. Desde la óptica de la práctica profesional, es indiscutible que la eficacia preventiva se incrementa cuando se trabaja en torno a un protocolo diseñado específicamente para la detección o control de una enfermedad o grupo de enfermedades. Se trata de protocolos diagnósticos, siendo la premisa para su aplicación la exposición en el lugar de trabajo.

Un protocolo de vigilancia de la salud constituye una ayuda explícita para el personal sanitario en el proceso de decisión clínica y preventiva al reducir el número de alternativas entre las que ha de elegir. En este sentido, ofrece mayor seguridad al profesional sobre el procedimiento más correcto, acelera el proceso de toma de decisiones y le da respaldo jurídico, sobre todo si cuenta con un amplio consenso socio-científico<sup>5</sup>.

Permite obtener informaciones armonizadas para el estudio epidemiológico de los resultados que, junto con los derivados de la evaluación de riesgos y en colaboración con otros prevenciónistas, permitirá analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los daños para la salud, y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Finalmente, los protocolos de vigilancia sanitaria deben ser una guía de actuación lo suficientemente flexible para que el profesional sanitario pueda adaptarlos a las características de un trabajador/a concreto.

El Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública abordó por primera vez de forma monográfica la elaboración de Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica en 1998, definiendo los criterios para su elaboración, el diseño o esqueleto común que debía sostenerlos, y el reparto de tareas tras la priorización de los mismos.

Se acordó que el primer criterio a tener en cuenta fuese el de la *existencia de obligación legal* para los mismos, compartiendo esta situación los siguientes protocolos: manipulación manual de cargas, pantallas de visualización de datos, amianto, plomo, cloruro de vinilo, ruido, radiaciones ionizantes, agentes cancerígenos y biológicos.

Otros criterios que se consideraron fueron:

- Protocolos por exposición o agente versus protocolos por efecto o enfermedad.
- Gravedad y extensión del riesgo.
- Factibilidad de protocolizar el examen a realizar.

Del debate de estos criterios surgieron como protocolos a abordar en esta fase de trabajo, además de los anteriores, los siguientes: plaguicidas, alteraciones osteomusculares, alteraciones neurológicas del sistema nervioso central, alteraciones neurológicas del sistema nervioso periférico, asma, otras enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis, fibrosis) y piel.

El pleno del Grupo de Trabajo de Salud Laboral aprobó que la elaboración de los protocolos se realizaría mediante la constitución de varios grupos de trabajo que, en colaboración con las sociedades científicas y los expertos en la materia y coordinados por los representantes de las Comunidades Autónomas, permitiesen la elaboración en paralelo de varios de ellos. Se acordó el siguiente procedimiento:

- 1º. La Comunidad que coordina el protocolo establece el procedimiento que considere más oportuno para la elaboración del mismo: hacerlo con recursos propios, crear un grupo de trabajo con expertos externos, etc.
- 2º. Una vez elaborado el primer borrador se remite al pleno del Grupo para su modificación, si procede, y posterior aprobación definitiva.
- 3º. Una vez aprobado por el Grupo de Trabajo, se realiza una consulta externa a expertos de reconocido prestigio en el argumento tratado, mediante el envío del protocolo elaborado solicitando opinión.
- 4º. Una vez incorporadas las sugerencias y propuestas de modificación recibidas de la comunidad científica, si proceden, se realiza la fase de consulta oficial a sociedades científicas (SEMST, SEEMT, AEETSL, SESPAS, SEE, SEMPSP y SEMPSPH en todos los casos, más la de la especialidad correspondiente al protocolo concreto), y agentes sociales (CEOE, CEPYME, UGT, CC.OO. y AMAT).
- 5º. Finalmente, se elevan a la Comisión de Salud Pública y al Consejo Interterritorial para su aprobación y se presentan en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

## SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA EN SALUD LABORAL

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en el artículo 8, considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. Estos principios se concretan en el artículo 21 en materia de salud laboral, en donde se dispone que desde las áreas de salud se desarrollarán las acciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral, entre ellas el sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional (apartado 1.f).

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, ratifica estos principios en el ámbito concreto de la Salud Laboral, en el artículo 10 (Actuaciones de las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria), el artículo 11 (coordinación administrativa) y en el artículo 23, relativo a la documentación que el empresario deberá elaborar y conservar a disposición de las autoridades, que en su apartado 4 establece: «*la documentación a que se hace referencia en el presente artículo deberá también ser puesta a disposición de las autoridades sanitarias al objeto de que éstas puedan cumplir con lo dispuesto en el artículo 10 de la presente Ley y en el artículo 21 de la Ley 14/1986, General de Sanidad*».

Asimismo, el Real Decreto 1993/1995, que reglamenta la colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en su Capítulo III, art. 21, establece en el punto 6: «*Los registros de reconocimientos médicos y de contingencias que se especifican en el presente Reglamento, deberán estar en todo caso a disposición de las autoridades sanitarias*».

Finalmente, el Reglamento de los Servicios de Prevención, en su artículo 39, dispone que los servicios de prevención colaborarán con las autoridades sanitarias para proveer el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral. El conjunto mínimo de datos de dicho sistema de información será establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo con los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Para dar cumplimiento al mandato legal establecido en las citadas normas, el Subgrupo Sistemas de Información del Grupo de Trabajo de Salud Laboral ha dedicado sus trabajos durante año y medio a definir la información mínima que los Servicios de Prevención deben remitir a las autoridades sanitarias, con la finalidad de determinar por consenso el conjunto mínimo de datos procedentes de los centros de trabajo.

El documento producido fue igualmente sometido a consulta e informe por parte de los agentes sociales (CEOE, CEPYME, UGT, CC.OO. y AMAT) y sociedades científicas (SEMST, SEEMT, AEETSL, SESPAS, SEE, SEMPSP y SEMPSPH), en las reuniones mantenidas con sus representantes. Finalmente, fue aprobado por la Comisión de Salud Pública, encontrándose ahora pendiente de los órganos directivos del Ministerio su tramitación definitiva.

## FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN SALUD LABORAL

Muchas de las enfermedades derivadas del trabajo son atendidas por el sistema sanitario: médicos de atención primaria y especializada u hospitalaria. La escasa formación en salud laboral de los profesionales sanitarios y la propia estructuración de la atención sanitaria limitan enormemente la capacidad del sistema para reconocer enfermedades relacionadas con el trabajo.

La importancia y necesidad de la visibilización de las enfermedades del trabajo justificó la colaboración de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales en la elaboración conjunta de un curso a distancia dirigido a los médicos de atención primaria como primer eslabón de la asistencia sanitaria de la población trabajadora, al objeto de que se reconozcan las alteraciones de salud derivadas de unas inadecuadas condiciones de trabajo.

La estructura actual de la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud permite que un colectivo de profesionales sanitarios implicados en la gestión de contingencias profesionales, pero no suficientemente informados ni formados en salud laboral, sean útiles a la población trabajadora y colaboren realmente con el sistema organizado de salud laboral. De esta forma gran número de cuadros clínicos que actualmente se etiquetan de enfermedad común se incluirán en su verdadero diagnóstico, con lo que esto conlleva de avance en la lucha preventiva laboral.

El contenido de este curso fue diseñado con el fin de que los médicos de atención primaria sean capaces de reconocer las enfermedades relacionadas con el trabajo y puedan, por tanto, asesorar con mayor eficacia y eficiencia al paciente, ayudar a controlar las enfermedades laborales y fomentar la colaboración con los médicos del trabajo.

La metodología de la enseñanza a distancia se eligió para no someter al médico a un horario rígido ni hacer que se desplace fuera de su lugar de trabajo, contribuyendo con ello a que la organización asistencial no sufra quebranto con su ausencia. En la primera edición del curso se han formado 600 médicos del territorio INSALUD.

A esta primera iniciativa formativa irán sucediéndose otras, dirigidas a profesionales sanitarios de los distintos Servicios Regionales de Salud y del propio INSALUD, tanto de la medicina como de la enfermería.

## **GESTIÓN DE «ALERTAS SANITARIAS» EN SALUD LABORAL: BROTES DE POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE DE ORIGEN TÓXICO**

Para finalizar esta exposición, quiero contaros unos casos de enfermedad derivada del trabajo que ocurrieron en nuestro país hace dos años, sobre todo para que veamos cómo puede y debe funcionar en la práctica una correcta gestión de estos problemas y cómo los problemas se resuelven de manera eficaz en un breve plazo de tiempo, con el correspondiente beneficio para los trabajadores/as, si la adecuada coordinación entre todos se produce.

Tuvo su origen en Castilla-La Mancha, en abril de 1998. Ante un cuadro clínico en una mujer joven caracterizado por una pérdida de fuerza progresiva que afectaba a los miembros inferiores y superiores, sin fiebre ni otra sintomatología evidente.

La médica de atención primaria, relacionándolo con otro cuadro similar en otra mujer joven de la misma localidad, tuvo la intuición de preguntar por el trabajo que realizaban, pudiendo filiar su origen y efectuar el adecuado diagnóstico.

Se trataba de un brote de polineuropatía desmielinizante de origen tóxico, provocado por la exposición a n-hexano. Tras ser detectado por el equipo de Atención Primaria, fue investigado en colaboración con los técnicos de Salud Laboral y Epidemiología de la Delegación de Sanidad de Albacete. Los cuadros fueron asociados a la exposición a un adhesivo para calzado deportivo de uso industrial en cuya composición figuraba el n-hexano en alta concentración. El producto implicado resultó ser un adhesivo distribuido comercialmente y fabricado por una empresa domiciliada en Alicante. Este producto se utilizaba desde hacía año y medio sin ninguna medida de protección, como cabinas de encolado con extracción localizada, mascarillas, etc. En el taller de la cooperativa trabajaban 17 personas (16 mujeres y el presidente de la cooperativa). Dos mujeres realizaban labores de pegado de piezas de calzado y el resto trabajaba con máquinas de cortar y/o coser las piezas, si bien esporádicamente alguna de las cosedoras también podía encolar.

En el taller aparecieron 2 casos: una recidiva de una enferma diagnosticada de síndrome de Guillain-Barré crónico desde el año 1989, y un segundo caso nuevo. Ambos casos son las personas que se dedicaban a encolar en el taller. El tercer caso se produjo en una trabajadora que se llevaba material para cortar, coser y encolar en su domicilio. Todas las afectadas fueron mujeres entre 15-24 años.

Con motivo de la comunicación de esta alerta sanitaria a todas las Comunidades Autónomas, se notificaron otros dos brotes producidos con anterioridad, uno en Alicante y otro en Barcelona.

El primer brote ocurrió en una localidad de Barcelona, en una empresa de artes gráficas, con la sospecha de que su origen se encontraba en una sustancia de uso habitual en la empresa: el n-hexano. El número de personas expuestas era de 22, de las cuales resultaron afectadas 17. Seis de ellas precisaron ingreso hospitalario. Todos los afectados tenían edades comprendidas entre los 20 y los 45 años, siendo la mediana de edad de 27 años. El 76,5% de los casos fueron hombres. Entre los síntomas destacaron: debilidad de extremidades, astenia, calambres y pérdida de peso. Los casos aparecieron desde finales de 1997, uno en octubre, 7 en diciembre, 8 en enero y el último caso conocido en febrero de 1998. El Departamento de Higiene y Seguridad en el Trabajo realizó la correspondiente inspección a la empresa implicada.

El segundo brote afectó a una empresa de aparado de calzado en una localidad de Alicante. El estudio del brote permitió relacionar estos cuadros con la exposición a n-hexano (contenido en el cemen utilizado para el pegado de las piezas de calzado). En esta empresa trabajaban 27 personas (en la misma planta), de las cuales 8

trabajaban como aparadoras de mano únicamente, utilizando el cemen en su trabajo diario. La gran mayoría de trabajadores eran mujeres jóvenes. La empresa llevaba más de un año en funcionamiento. No se utilizaban medidas de protección, ni colectiva (aparatos o cabinas de extracción de aire), ni individual (mascarillas, guantes), ni existían aparatos o cabinas de extracción de aire. De los diez casos producidos, 6 trabajaban como aparadoras de mano, 2 trabajaban como aparadoras de máquina (una de ellas embarazada cuando se manifiesta el cuadro), 1 administrativa y repasadora, y 1 preparadora/aparadora de mano. Todas las afectadas son mujeres entre 16-27 años. El cuadro clínico se caracterizó por una pérdida de fuerza progresiva, que afectaba a los miembros inferiores y superiores, pudiendo acompañarse de hiporreflexia. La afectación sensitiva fue escasa o ausente. No existía fiebre. En todos los casos se realizó el diagnóstico clínico, electroneuromiográfico, y analíticas de sangre y orina.

En todos los casos se pudo establecer la exposición al n-hexano (directa o indirectamente) siendo además todos los cuadros compatibles con los que produce este tóxico. Destacan además como factores implicados: alta temperatura en el local de trabajo, mala ventilación, ausencia de medidas de protección individual y, posiblemente, exceso de fuentes de emisión del tóxico.

Cabe destacar lo siguiente de estos episodios:

- a) La adecuada comunicación entre atención primaria, especializada, vigilancia epidemiológica y salud laboral permitió indicar la sospecha de «tóxico laboral» en relación a los casos de polineuropatías, en un plazo breve de tiempo.
- b) Fruto de las actividades de investigación y coordinación establecidas entre las Administraciones sanitarias y laborales, se pudieron adoptar las medidas de prevención y control adecuadas para evitar la aparición de más casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad, 14/1986. BOE núm 102, 29/4/1986.
2. Boletín Oficial del Estado. Ley 35/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm 269, 10/10/1995.
3. Maqueda J, Zimmerman M, García M. La vigilancia médica en el trabajo: una experiencia de protocolización realizada por el INSHT. *Salud y Trabajo* 1996; 115:20-31.
4. Serra C, Benavides FG. Vigilancia de los efectos. En: Benavides FG, Ruiz C, García AM. *Salud Laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson; 1997:225-233.
5. Villanueva Ballester V, Martí Boscà JV coord. *Reconocimientos médicos preventivos para trabajadores*. Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; 1998.

# LA VIGILANCIA DE LA SALUD DESDE UN REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

LILIANA ARTIEDA  
*Instituto Navarro de Salud Laboral*

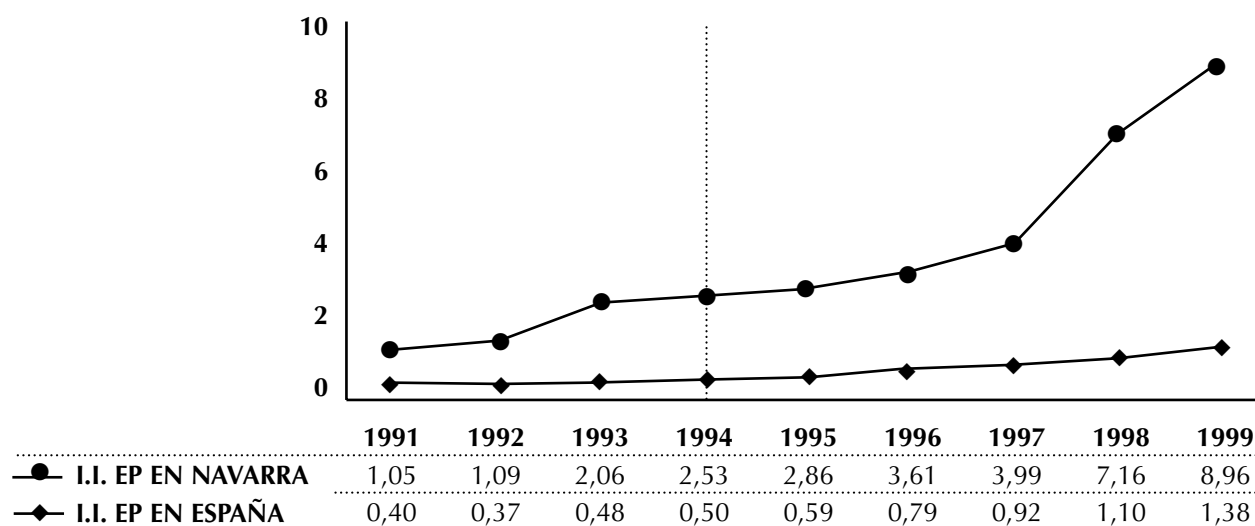
## DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN NAVARRA. EVOLUCIÓN, HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL

En 1988, en Navarra se declararon 79 casos de enfermedad profesional (en adelante E.P.) y en 1999, 1.548, lo que supone un incremento de 1.859%. En el Estado, en igual período, el incremento fue de un 444% más de casos: de 2.975 casos a 16.188. El incremento de porcentaje de casos declarados en Navarra fue 4 veces superior al del Estado.

Mientras que en 1988, los casos de Navarra representaban el 2,6% de los del conjunto del Estado, en 1999 han sido el 9,6% del total. Hay que recordar que en 1999 la población afiliada de Navarra corresponde al 1,53% del total de España.

El incremento de los Índices de Incidencia entre 1991 y 1999 fue del 753% en Navarra y del 245% en el Estado. En el año 1999 el Índice de Incidencia de E.P. en Navarra fue más de 5 veces y media mayor que el del Estado (Gráfico 1).

GRÁFICO 1  
**ENFERMEDADES PROFESIONALES**  
 Índice de incidencia de EP por 1.000 trabajadores



\* Hasta 1994, casos con baja; desde 1995, todos los casos

La distribución de casos declarados por Grupos de Enfermedad, en 1999, fue similar en Navarra y en el Estado: 85% de casos debidos a enfermedades de las vainas, tejidos peritendinosos e inserciones seguido de un 11% de casos de afecciones cutáneas.

El sector con mayor incidencia de casos, al igual que en el Estado, fue la industria. La incidencia relativa en este sector frente al total muestra para Navarra una incidencia relativa más baja, de 1,9 frente al 3,2 del Estado.

## CAUSAS POSIBLES DEL INCREMENTO DE INCIDENCIA DE DECLARACIÓN DE EMFERMEDADES PROFESIONALES

Tres son las posibles causas que voy a analizar comparativamente en ambas poblaciones:

- Las condiciones de trabajo.
- Los tipos de empleo.
- La sensibilidad del registro de E.P.

*¿Los trabajadores de Navarra soportan peores condiciones de trabajo que los del resto del Estado?*

Para considerar las condiciones de trabajo, al no disponer de datos objetivos de exposiciones a riesgo de ambas poblacionales, tomaré los datos de percepción de factores de riesgo de las personas asalariadas, recogidos en la III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y en la I Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo, ambas de 1997.

Dado que las enfermedades profesionales más prevalentes son las osteomusculares me detendré en comparar los resultados de las cuestiones orientadas a analizar las condiciones de diseño y demanda física del puesto de trabajo y de exigencia de la tarea, correspondientes a factores ergonómico-organizacionales que pueden intervenir como factores de riesgo de los problemas osteomusculares.

A la vista de los gráficos 2, 3, y 4, se puede decir que los porcentajes de personas que perciben la presencia de esos 3 factores de riesgo durante media jornada son más o menos superponibles, y por lo tanto podríamos concluir que la causa de la mayor incidencia de E.P. en Navarra no es debida a que sus empleados soportan unas peores condiciones de trabajo.

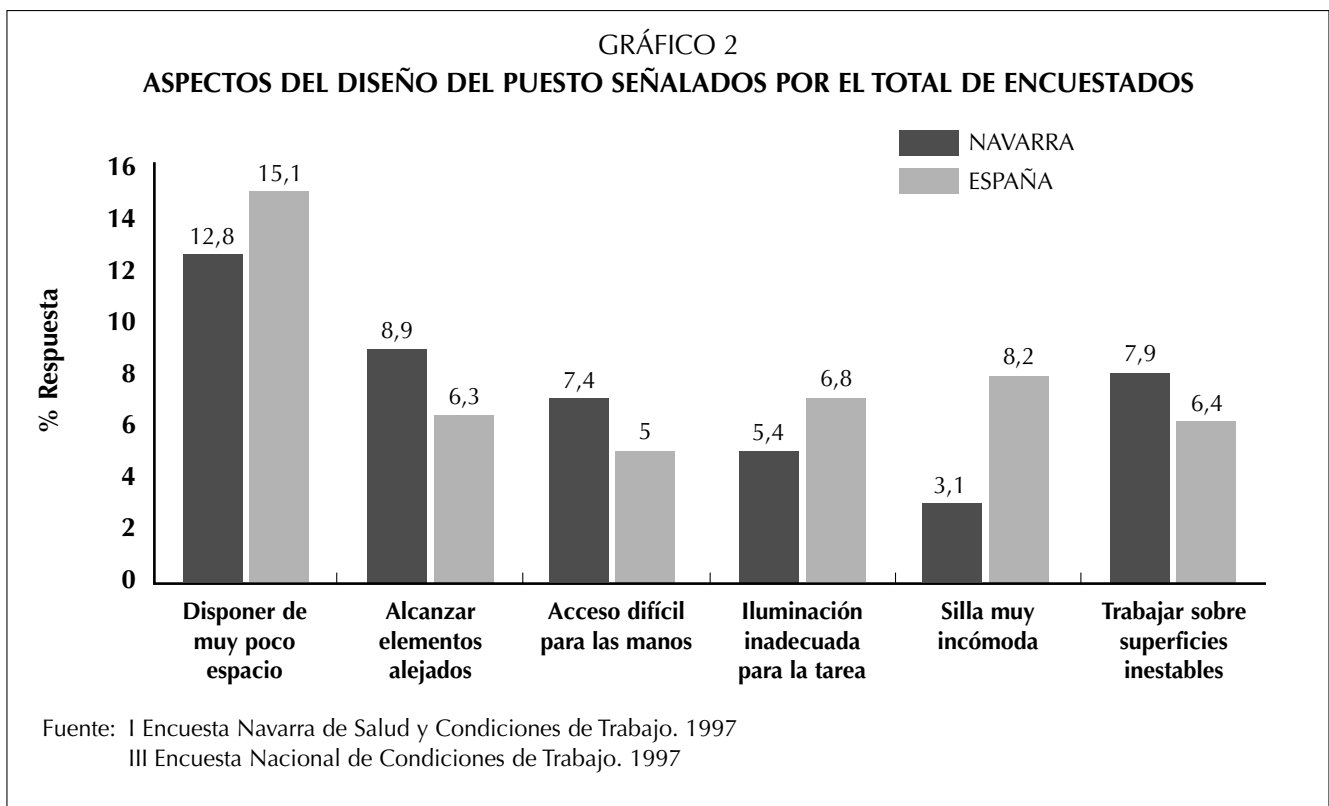
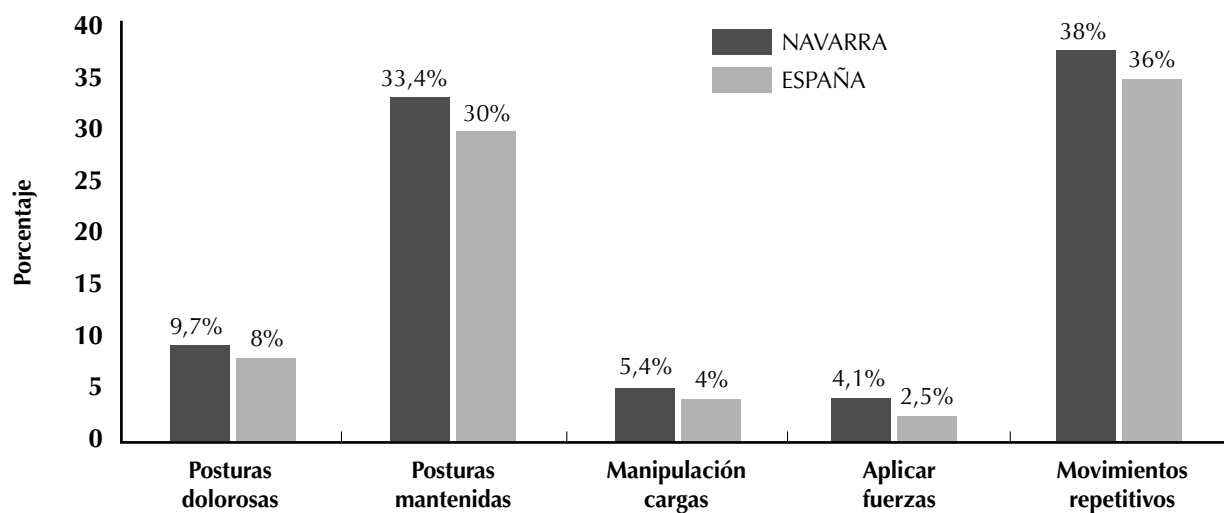
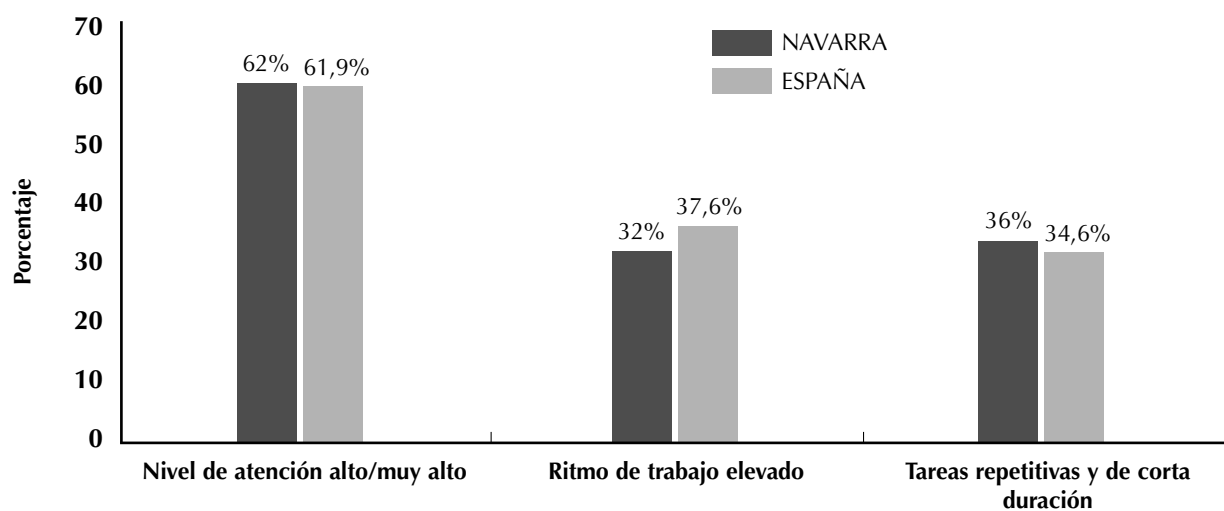


GRÁFICO 3  
**DEMANDAS FÍSICAS CON EXPOSICIONES SUPERIORES A MEDIA JORNADA**



Fuente: I Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo. 1997  
 III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 1997

GRÁFICO 4  
**EXIGENCIAS DE LA TAREA DURANTE MÁS DE MEDIA JORNADA**



Fuente: I Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo. 1997  
 III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 1997

*¿La distribución de empleos en Navarra muestra una mayor presencia de trabajos con riesgo de contraer enfermedades profesionales?*

Según la información que periódicamente suministra el Servicio de Estadísticas de Protección Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en diciembre de 1999 la distribución porcentual de trabajadores afiliados (susceptibles de declaración de E.P.), por sectores, en Navarra y el Estado era la que se observa en la tabla 1.



| TABLA 1<br>DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES AFILIADOS A SEGURIDAD SOCIAL<br>En porcentajes. Diciembre 1999 |         |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| Sector                                                                                                 | Empresa | Navarra |
| Agricultura                                                                                            | 10      | 7       |
| Industria                                                                                              | 19      | 34      |
| Construcción                                                                                           | 10      | 9       |
| Servicios                                                                                              | 60      | 50      |

*Fuente: Servicio de Protección Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*

Destacan dos diferencias en esta distribución de población: en Navarra hay una mayor presencia de personas que trabajan en la industria (un 15% más que el Estado), compensado con una menor de las que trabajan en servicios (un 10% menos que en el conjunto de España).

El hecho de que en Navarra la relación de empleos entre industria y servicios se halle invertida y que sea la industria el sector con mayor incidencia de E.P., no parece explicar por sí solo el que la Comunidad Foral supere en más de cinco veces y media la incidencia estatal. El hecho tiene aun mucho menos peso explicativo cuando vemos que la incidencia relativa de E.P. entre el sector industria y el de servicios en Navarra es de 4,19 y en el Estado es de 8,57: cabría pensar que en las empresas industriales en Navarra hay una incidencia menor y en las de servicios mayor, respecto a la general de la Comunidad Foral, mientras que en el Estado ocurre al contrario. Tabla 2.

| TABLA 2<br>ENFERMEDADES PROFESIONALES CON BAJA<br>Índices de incidencia de enfermedades profesionales por sectores económicos. Navarra-España 1999 |                                          |                        |                                                 |                                          |                        |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|
| SECTORES<br>ECONÓMICOS                                                                                                                             | NAVARRA                                  |                        |                                                 | ESPAÑA                                   |                        |                                                    |
|                                                                                                                                                    | Enfermedades<br>Profesionales<br>Navarra | Número<br>Trabajadores | Índice de<br>incidencia por<br>cien mil trabaj. | Enfermedades<br>Profesionales<br>Navarra | Número<br>Trabajadores | Índice de (**)<br>incidencia por<br>cien mil trab. |
| Agricultura (*)                                                                                                                                    | 29                                       | 11.475                 | <b>252,7</b>                                    | 374                                      | 1.256.342              | 29,8                                               |
| Industria                                                                                                                                          | 1.012                                    | 60.157                 | <b>1.682,3</b>                                  | 10.193                                   | 2.283.461              | 446,4                                              |
| Construcción                                                                                                                                       | 126                                      | 14.488                 | <b>869,7</b>                                    | 1.533                                    | 1.149.787              | 133,3                                              |
| Servicios                                                                                                                                          | 361                                      | 84.320                 | <b>428,1</b>                                    | 4.088                                    | 7.001.631              | 58,4                                               |
| No consta                                                                                                                                          |                                          | 105                    |                                                 |                                          |                        |                                                    |
| TOTAL                                                                                                                                              | 1.528                                    | 170.545                | <b>896,0</b>                                    | 16.188                                   | 11.691.221             | 138,5                                              |

*Fuente Población Asalariada: Servicio de Estadísticas de Protección Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*  
 (\*) Agricultura Cuenta Propia y Cuenta Ajena.  
 (\*\*) Elaboración propia.

¿El Registro de Declaración de Enfermedad Profesional de Navarra es más sensible que el Registro de Declaración de Enfermedad Profesional de España?

Podríamos decir que sí es más sensible puesto que, sin que las otras causas analizadas expliquen la mayor incidencia, recoge más casos de enfermedades profesionales. Como hecho diferencial podrían contarse las actua-

ciones que en Navarra se han venido llevando a cabo con el objetivo de mejorar el conocimiento de la magnitud del problema.

## **ACTUACIONES QUE SE HAN LLEVADO A CABO PARA MEJORAR LA DECLARACIÓN DE CASOS DE E.P. EN NAVARRA**

Si bien no puedo precisar el peso atribuible a cada actuación paso a referir las que, a nuestro juicio, están contribuyendo en mayor medida al incremento de declaración.

- Constitución de un Registro de Declaración de Casos de E.P. en el nivel autonómico: desde el año 1986 se estudian en Navarra los casos de E.P. y desde 1989 se dispone de un registro informatizado. Esto ha permitido que desde, hace más de 15 años, las mutuas de accidente de trabajo y enfermedad profesional que actúan en Navarra colaboren en la tarea de mejora de la calidad de la declaración: campos sin cumplimentar, incoherencia en las variables. En el último año se han dado instrucciones para que el actual documento (no hace falta comentar las deficiencias que se observan en el modelo de declaración en vigor) permita recoger el nombre o razón social, el Código Nacional de Actividades Económicas (CNAE 93) y la dirección de las empresas usuarias en los casos de declaración correspondientes a trabajadores de Empresas de Trabajo Temporal (ETTs) también se han dado criterios para la cumplimentación de los apartados, descripción de los trabajos que se consideren causantes de la enfermedad, descripción de la enfermedad y diagnóstico, con el fin de que permita una mejor identificación de las recaídas. En el estudio histórico de casos declarados se observó que un 22% de ellos ocurrían en la misma persona, por igual motivo y a la hora de determinar la recaída en los casos de extremidades surgían dudas de si los casos que se presentaban coincidían en la localización o ésta se situaba en la contralateral.
- Revisión sistemática de casos declarados como accidente de trabajo (A.T.) en los que se sospecha que la contingencia no es adecuada: desde 1987 la Comunidad dispone de un registro informatizado de A.T. y en él se consultan periódicamente los casos en que se combinan los sobreesfuerzos como forma de accidentarse, los esguinces, torceduras, luxaciones, como descripción de la lesión producida y la mano y miembro superior como parte del cuerpo lesionado. Tras la localización de los documentos de declaración de A.T. se revisa la descripción del accidente y en los casos correspondientes se envía un escrito a la entidad gestora para recalificación de la contingencia. En 1999 se enviaron 61 solicitudes (4% de las E.P. declaradas).
- Implementación de Programas de Salud Laboral en Atención Primaria: desde 1989 se han venido poniendo en marcha, con mayor o menor fortuna, programas orientados a la participación de los facultativos de Primaria en actividades de salud de los trabajadores. Últimamente, desde 1999 se desarrolló un Programa de Vigilancia Epidemiológica Laboral en el que participan actualmente médicos centinela voluntarios de 7 de los 53 centros de salud de la comunidad. Los casos a declarar son asma, dermatopatías, tendinitis de miembro superior excepto hombro y síndrome del túnel carpiano. Es curioso que el programa se orientaba a la detección fundamentalmente de E.P. en aquellos colectivos que no tienen reconocidas las contingencias profesionales como los autónomos. La realidad nos muestra que sólo el 7% de declaraciones se dan en trabajadores y el resto en personas a las que, tras la pertinente encuesta, se les indica que deben acudir a los servicios sanitarios de su entidad gestora para, en su caso, proceder a la declaración de E.P. si corresponde. Además, se da asesoramiento a médicos de atención primaria y a trabajadores por ellos remitidos al servicio, ante casos de enfermedades del trabajo que en ocasiones están dentro de la categoría de enfermedades profesionales. En alguna ocasión, aunque menos frecuente, ha sucedido por derivaciones desde el nivel especializado.
- Inspección de Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral: Esta es una de las funciones que desarrolla el Instituto Navarro de Salud Laboral. Los inspectores que la ejecutan, siempre que existan indicios de que la patología que origina la Incapacidad Temporal es profesional, asesoran al trabajador sobre los pasos que ha de dar para su reconocimiento.

- Desarrollo de las competencias de la Administración sanitaria: se lleva a cabo el control sistemático de la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención (anual para los ajenos y bianual para los propios). En 1999 se les pidió la cumplimentación de un documento, considerado como avance del que en su día venga a fijar el conjunto mínimo de datos que dichos servicios deberán aportar a la Administración sanitaria. Como resultado de todo ello, al final de 1999 en los Servicios de Prevención Propios se habían identificado, entre otros, 4.947 trabajadores expuestos a manejo de cargas y 2.733 a movimientos repetitivos, de los cuales el 83% y el 52% respectivamente habían sido objeto de vigilancia específica por ese factor de riesgo. En Servicios de Prevención Ajenos, estos porcentajes pasaban a 67% y 23% respectivamente. Entendemos que la vía de la vigilancia de la salud orientada a factores de riesgo será una de las principales medidas que hará aflorar la patología de origen laboral, y estos dos ejemplos que he puesto podrían dar también parte de la explicación del incremento de declaración de E.P. de tipo osteomuscular. No obstante ello, tras la Orden del 28 de enero, que en su disposición transitoria quinta permite seguir desarrollando exámenes inespecíficos a las MATEPSS, en Navarra se observó un enlentecimiento en la concertación de la especialidad de medicina del trabajo en las empresas que no ofrecían este servicio a sus trabajadores, sino que seguían atendiendo a sus empleados con un examen anual general con cargo a cuotas y a través de la MATEPSS con la que tenían gestionadas las contingencias profesionales. Para impulsar la ampliación de la cobertura de medicina del trabajo a las personas que trabajan en la Comunidad Foral se seleccionaron 137 empresas, que formando parte del programa DIANA de accidentabilidad (superan la accidentabilidad de su actividad) habían declarado durante 1999 casos de enfermedad profesional y, sin contar con recursos sanitarios propios, no tenían concertada con ningún servicio de prevención ajeno la vigilancia de la salud. A todas ellas se les ha indicado la obligación de organizar dicha especialidad médica para sus trabajadores.

## **¿SE HA RESUELTO LA SUBDECLARACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN NAVARRA?**

Sin entrar al hecho de que no se conocen los casos de patología laboral de los trabajadores que no cotizan por contingencias profesionales, hay dos indicadores que nos hacen pensar que aún no se declaran todos los casos de enfermedad profesional:

- En 1999, sobre 50 casos de enfermedad profesional reconocidos por el INSS o por sentencia judicial, se observó que en 7 de ellos (4%) no se había declarado la E.P. mediante el parte correspondiente.
- En los casos de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de posible riesgo laboral, se realiza una encuesta ampliada para conocer si ha existido o no exposición laboral. Según consta en el registro EDO, entre 1997 y 1999, el 90% de los casos de Brucelosis eran ocupacionales, aunque sólo se declararon el 39% de ellos, el 75% de los carbuncos fueron laborales aunque no se declaró ninguno como E.P. y lo mismo ocurrió con el 50% de casos de fiebre Q.

## **ACCIONES QUE SE VAN A EMPRENDER Y QUE PUEDEN MEJORAR LA DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES**

- Mejorar el conocimiento de las exposiciones a factores de riesgo químico cuya relevancia como agentes causantes de E.P. es clara: Según la fuente ya citada del conjunto de datos sobre actividad sanitaria de los servicios de prevención, durante 1999 sólo al 27% de los identificados se les ha practicado una vigilancia específica. En ese sentido, para el año 2000, uno de los aspectos-claves que se han planteado para mejorar la actividad sanitaria de los servicios de prevención ha sido la extensión de la vigilancia específica. Objetivo éste que será evaluado en las visitas anuales 2000 y 2001 de los servicios ajenos y en las del año 2001 de los propios. Para reforzar también este cumplimiento y en la creencia de que pueda haber casos de E.P. de riesgos químicos, que se están declarando como A.T., este año se inició una revisión sistemática de los casos registrados. Hasta la fecha han sido 112 las solicitudes enviadas a las empresas donde se produjeron estos A.T. químicos, para que aporten copia de la etiqueta o ficha de seguridad del producto, que permitirá así su identificación e investigación si corresponde.

- Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica: Los casos de patología relacionada con el trabajo que son objeto de vigilancia epidemiológica se ampliarán una vez que el programa haya consolidado (cuando el 50% de los centros de Atención Primaria cuente con algún médico declarante). En ese momento también está proyectado extender el programa a servicios de nivel especializado: Neumología, Alergología, Dermatología y Neurología.

## CONCLUSIONES

A pesar de que así lo indica el Art.16.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, no se investigan las causas que producen E.P. en los puestos de trabajo y por lo tanto no se corrigen las condiciones de trabajo y otros trabajadores contraen la E.P. o los mismos recaen.

Las E.P. son un problema de salud emergente reconocido como tal en el Diagnóstico de Salud Laboral de Navarra 94-96 y, dado que su prevención se recogió como un objetivo operacional del Plan de Salud Laboral de Navarra 1999-2002, se ha llevado a cabo un programa de dos años de investigación de causas de enfermedad profesional. Tras 450 casos vistos, se sabe que sólo en un 1% de las empresas donde hubo casos se investigaron sistemáticamente sus causas y sólo en el 10% de puestos donde se dieron los casos, se habían evaluado los factores de riesgo etiológicos de la E.P.

A la vista de esta realidad, en nuestra Comunidad a partir del año 2001 se adoptará un programa activo de Prevención de Enfermedades Profesionales Osteomusculares.

Hemos incrementado la declaración de casos osteomusculares, pero sigue siendo muy baja o nula la notificación de determinados casos de E.P. como las relacionadas con amianto, las neurológicas, los cánceres...

Es muy importante el papel que pueden llegar a desempeñar los médicos de los servicios públicos de salud en la detección de casos, por lo tanto ningún esfuerzo hecho en la línea de implicar a la atención primaria y a la especializada en salud laboral será inútil.

Hay que hacer un riguroso seguimiento de la orientación específica a riesgo de la vigilancia de la salud que practican los servicios de prevención a las personas que trabajan, como vía principal del conocimiento y prevención de las E.P., pero no hay que olvidar que para ello la previa evaluación de riesgos es imprescindible. La realidad muestra que en la actualidad los riesgos que se están evaluando son los de seguridad, que, con ser importantes, no inciden tan directamente en la etiología de las E.P. como los higiénicos y ergonómico-sicosociales, que están siendo los grandes olvidados.

# EL CUESTIONARIO BARCELONA-CSCST COMO INSTRUMENTO PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LAS VÍCTIMAS DE EXPOSICIONES ACCIDENTALES A PLAGUICIDAS AMBIENTALES EN TRATAMIENTOS DE DESINSECTACIÓN EN EL INTERIOR DE LOS LOCALES DE TRABAJO

FRANCISCA LÓPEZ CRESPI, *Centre de Seguretat y Condicions de Salut en el Treball. Generalitat de Catalunya*; MANUEL BASELGA, *Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya*; JOSÉ BROSA, *Centre de Seguretat y Condicions de Salut en el Treball. Generalitat de Catalunya*; JORDI OBIOLS, *Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*

Se presenta la experiencia del CSCST de Barcelona en el uso de su Cuestionario para la Vigilancia Médica de trabajadores que han sido víctimas de exposiciones accidentales a plaguicidas tras tratamientos de desinsectación en el interior de los locales de sus centros de trabajo. Esta experiencia acumula la derivada de la aplicación de nuestro Cuestionario «*Barcelona – CSCST*» a 406 trabajadores implicados en 22 accidentes ocurridos en el área metropolitana barcelonesa desde abril de 1994 a septiembre del 2000. Se trata de una singular Vigilancia de la Salud que se diferencia de la clásica por su aplicación, su objetivo y por el tipo de instrumento utilizado para realizarla.

## SINGULAR APLICACIÓN

Estamos ante una vigilancia reactiva que aplicamos cuando el siniestro laboral ya se ha producido. En nuestro caso los trabajadores vigilados ya han sido víctimas de exposiciones accidentales siniestras por tratamientos de desinsectación descontrolados y temerarios. Estamos haciendo en realidad un seguimiento de casos con quejas y sufrimiento.

Habitualmente la clásica y genuina Vigilancia de la Salud es proactiva, previa al siniestro y se aplica precisamente para prevenirlos.

Nuestra Vigilancia de Seguimiento es una vigilancia reactiva de respuesta al siniestro que no se ha evitado.

## SINGULAR OBJETIVO

Normalmente –casi siempre– con la clásica Vigilancia de la Salud, la Medicina del Trabajo pretende un objetivo de prevención primaria. Sobre todo –y por definición– cuando correctamente se aplica a trabajadores que van a ocupar un puesto de trabajo con riesgo para la salud humana. Antes de que lo ocupen, con la Vigilancia de la Salud intentamos evaluar el estado de salud del que ha de ocupar el puesto peligroso. La prevención primaria se logra cuando comprobando las resistencias y susceptibilidades personales se emite un juicio de idoneidad laboral o se recomiendan medidas adecuadas para defender su salud en el puesto que ha de ocupar, modificaciones de las condiciones de trabajo y/o refuerzo de las protecciones para la defensa de la salud.

En el caso de la experiencia que aportamos, el objetivo preventivo de esta singular vigilancia es de prevención secundaria o terciaria nunca de prevención primaria. Estamos vigilando a víctimas que sufren –y por ello trabajadores ya enfermos– a los que no les podemos evitar el sufrimiento que ya tienen y que por ello acuden a esta nuestra vigilancia que aquí estamos comentando. No les podemos evitar lo que ya tienen. No estamos haciendo prevención primaria. En las circunstancias de esta experiencia no la podemos hacer.

Con esta vigilancia pretendemos una Prevención Secundaria o una Prevención Terciaria.

Prevención secundaria cuando con nuestro cuestionario abortamos el sufrimiento de los que por contagio y mimetismo creen haber estado expuestos y sufren porque temen estar afectados. También prevención secundaria

cuando con el cuestionario identificamos sospechosos de afectación no grave que han de seguir un tratamiento sintomático que los mejorará.

Prevención terciaria cuando con nuestro cuestionario sospechamos afectaciones graves para las que recomendamos pruebas especiales que permitan objetivar esta posible afectación grave. No curarán pero lograrán acelerar el trámite administrativo que les permita defender su derecho a la invalidez y el reconocimiento del carácter profesional en la contingencia protectora de la Seguridad Social.

## SINGULAR INSTRUMENTO

La singularidad de nuestro instrumento es dentro de este panel lo más importante y provechoso de la experiencia que estamos aportando.

Generalmente y de una forma escandalosamente consumista –por intereses económicos de las internacionales de los reactivos de laboratorio y de los fabricantes de equipos– se acostumbra a prodigar, aplicar y recomendar vigilancias de la salud basadas en la aplicación multifásica de complicadas y onerosas exploraciones instrumentales.

Nosotros, con buen sentido clínico, hemos comprobado que con un simple cuestionario se puede hacer vigilancia de la salud. Un sencillo cuestionario con el soporte de sólo lápiz y papel, en corto tiempo entre 15 o 20 minutos y que resulta inteligible para casi todos los usuarios hasta el extremo de ser autoadministrable, nos permite un cribaje efectivo de los sospechosos de no estar afectados y de los sospechosos afectados graves. Este instrumento tan sencillo puede ser aplicado en toda vigilancia, también y mucho en la proactiva para prevenciones primarias.

A continuación presentamos la génesis y el procedimiento seguido para elaborar el *Cuestionario Barcelona –CSCST*.

Los objetivos que se plantearon fueron:

1. Explotación semiótica de las quejas que manifestaban los expuestos para intentar una definición de los casos sospechosos y que tuviera una doble utilidad, una para su identificación y la otra para su correcta vigilancia sanitaria.
2. Alertar a los profesionales sanitarios, no sólo de los profesionales en salud laboral sino también a los de Asistencia Primaria y Hospitalaria.
3. Alertar a los prevenciónistas para que las aplicaciones de plaguicidas en interiores fuera protocolizada por escrito, y planificada como una actuación de especial riesgo en el seno de las empresas donde estos tratamientos fueran a realizarse.

Elaboración de la Encuesta:

1ª fase: Se explotaron las historias clínicas de los 86 presuntos expuestos que fueron atendidos en el centro oficial entre el 14/10/94 y el 14/04/98, con un total de 214 visitas médicas. Su residencia habitual era Barcelona y área metropolitana (84,9%), y del resto de la provincia (15,1%). De los 86 primeros casos 68 eran mujeres (79,1%), y 18 hombres (20,9%). La edad media de este grupo era de 40,1 años, sin diferencias significativas por sexos. La media del tiempo de atención entre exposición y primera visita fue de 52,5 días. Sólo 2 casos fueron atendidos el mismo día.

2ª fase: Estudio y seguimiento en un Servicio Hospitalario de Neurofisiología de los casos más sintomáticos que permitió objetivar mediante diferentes exploraciones instrumentales electroneurológicas, encefalográficas, de diagnóstico por imagen, neuropsicológicas, diferentes afectaciones del sistema nervioso central. Esta objetivación permitió que se catalogaran como afectados y justificara la propuesta de invalidez en 14 de los casos de mayor afectación. También permitió que este conjunto de pruebas pudiera ser utilizada por nosotros como «gold standard» para la validación de la encuesta de síntomas que estábamos elaborando.

3ª fase: Definición de los Items que configuran nuestro *Cuestionario Barcelona-CSCST*: para definición del caso sospechoso de afectación y el caso sospechoso de gravedad. A partir de los 201 síntomas primarios recopilados de las historias clínicas en esta primera casuística estudiada, se tipificaron 58 síntomas, que se agruparon

en 14 sistemas semióticos definidos. El grupo de trabajo clasificó las semióticas tipificadas con un criterio fisiológico neurocerebral de acuerdo con las conocidas dianas neuronales de la acción tóxica de los plaguicidas. Criterio que resultó más satisfactorio que el simple criterio clínico sistémico de una clasificación semiológica por órganos y aparatos que inicialmente intentamos y ensayamos.

4ª fase: Se aplicó el mismo cuestionario de síntomas a una población aparentemente sana a la que se le estaban practicando reconocimientos médicos preventivos, y que no tuvieran constancia de antecedentes conocidos de exposición a plaguicidas. Este cuestionario fue autocontestado en esta fase primero por 223 usuarios y posteriormente por 500, todos ellos captados en el servicio médico de nuestro centro, y escogidos completamente al azar, los primeros que llegaban diariamente. Aleatoriamente, se pareó la muestra de nuestros casos con estos controles no expuestos. Para este apareamiento los expuestos y no expuestos se estratificaron por sexo y grupos de edad, con una estructura demográfica similar y paralela a la de los casos no expuestos. La comparación con los cuestionarios de los expuestos nos permitió definir 12 de los 58 síntomas como cardinales, por presentar su comparación diferencias significativas en relación con la exposición.

5ª fase: Se realizó una nueva evaluación de la encuesta ya que disponíamos de estudios hospitalarios neurofisiológicos en 67 de los trabajadores afectados. Mediante las Curvas Roc se definió la especificidad y la sensibilidad del cuestionario para la sospecha de afectación y para la sospecha de afectación grave. Ésta nos permitió obtener un instrumento fácil de usar y rápido para poder utilizarlo en el estudio de los brotes y que, aplicado en diferentes tiempos posteriores a las exposiciones accidentales, nos sirviera para discriminar a los candidatos a ser estudiados desde el punto de vista hospitalario (neurofisiológico, neuropsicológico y neuroendocrino), pero a la vez para tranquilizar a los expuestos que no presentan sintomatología, lo cual es importante también en los casos de brotes.

#### **CASO SOSPECHOSO DE AFECTACIÓN**

Sensibilidad: 66,7 %-80,0%.Especificidad:82,7 %-88.5%

- I. Más de un trabajador implicado.
- II. Antecedentes de un tratamiento con insecticidas en el interior del centro de trabajo. Antes de la aparición de las quejas dentro de un plazo de 28 días, cuatro semanas).
- III. Sintomatología polimorfa
  - Más de 7 síntomas tipificados.
  - De ellos al menos 3 cardinales.
  - Con más de 4 sistemas afectados.
- IV. Ausencia de otra causa que explique la sintomatología que presentan.

#### **CASO SOSPECHOSO DE GRAVEDAD**

Sensibilidad: 63,1%-94,7%.Especificidad: 57,6%-87,9%

- I. Más de 20 síntomas tipificados de los 58 incluidos en el cuestionario CSCST.
- II. De estos síntomas más de 5 cardinales de los 12 definidos como cardinales.
- III. Con afectación de más de 6 sistemas de los 14 sistemas diferenciados.

El caso sospechoso de gravedad exige un seguimiento médico estricto.

Justifica la remisión a un servicio especializado de neurofisiología con experiencia en este tipo de exposiciones.

Puede documentarse para poder tramitar precozmente expediente de incapacidad.

# ANEXO: PLAGUICIDAS DE USO AMBIENTAL: UN RIESGO POCO CONOCIDO, PERO CON EFECTOS GRAVES\*

F. LÓPEZ, J. OBIOLS

Tradicionalmente, el riesgo por plaguicidas se ha vinculado a los procesos de fabricación, formulación y aplicación de esos productos en la agricultura. Sin embargo, la utilización cada vez más frecuente de plaguicidas para desinsectación de edificios está suponiendo un riesgo laboral para muchos trabajadores de oficinas, centros docentes, sanitarios o comercios, con el agravante de que suele pasar inadvertido al no corresponder a la propia actividad o naturaleza del trabajo desarrollado. Por esa razón, casi nunca es identificado ni evaluado y, por tanto, no es adecuadamente controlado.

En Cataluña, el Centro de Seguridad y Condiciones de Salud en el Trabajo (CSCST) ha creado una base de datos para centralizar la información sobre alteraciones de la salud en trabajadores por exposición involuntaria a plaguicidas utilizados en sus locales de trabajo. Entre abril de 1994 y julio de 1999, fueron registrados 16 episodios en la provincia de Barcelona con un total de 314 trabajadores expuestos, de ellos 184 con sospecha de afectación y 27 con sospecha de afectaciones más serias que posteriormente se están confirmando. Estos casos llegaron al centro oficial provenientes de denuncias sindicales a la autoridad laboral, a petición de las propias empresas o de los trabajadores afectados, remitidos por los servicios sanitarios y, en un caso, por una mutua de accidentes de trabajo. La mayor parte de los centros de trabajo involucrados corresponden a centros docentes, hoteles, residencias, oficinas o comercios.

Las personas afectadas no suelen ser diagnosticadas correctamente en un primer momento dada la variedad de síntomas que pueden aparecer y el desconocimiento sobre la posibilidad de que hayan estado expuestas a plaguicidas en su trabajo. Sin embargo es un hecho común la persistencia de problemas médicos a lo largo de los años en las personas que presentan sintomatología muy abundante las semanas posteriores a los tratamientos desinsectantes, con secuelas fundamentalmente de tipo neurológico y alteraciones del comportamiento. Hasta este momento, 11 de ellas han sido declaradas en situación de invalidez absoluta y dos más con invalidez total.

## Estimación del Riesgo en Cataluña

Según estimación hecha por el Dr. Baselga Monte, se calcula que los casos detectados en Cataluña pueden corresponder a un 30,97% de los reales, con una sub-detección estimada de un 69,03%. Esta sub-detección en otras zonas del Estado sería prácticamente del 100%.

Según estos cálculos, la prevalencia estimada de la exposición/año puede afectar al 4,33% de la población ocupada en Cataluña y la tasa de incidencia anual estimada sería de 19,61 accidentes por 10.000 aplicaciones y 19,71 implicados por 10.000 expuestos.

Dada la persistencia de secuelas, algunas de ellas invalidantes, con una frecuencia situada entre el 5 y el 10 % de los casos; se concluye que nos enfrentamos a un riesgo sobre el que debemos actuar con contundencia para una prevención técnica adecuada.

## Exposición a plaguicidas como fuente de riesgo

En la mayoría de los accidentes estudiados y en todos los que han dado origen a casos con secuelas permanentes se identificó siempre la presencia de por lo menos un plaguicida organofosforado. Los dos compuestos que han sido identificados con mayor frecuencia en los accidentes investigados, diazinón y clorpirifos, pertenecen a este tipo de plaguicidas.

También se han encontrado con relativa frecuencia compuestos pertenecientes a la familia de las piretrinas y piretroides, entre las que la tetrametrina es el producto más veces identificado. Las diferentes familias químicas se distinguen por la forma en que actúan sobre el organismo, pero en general todos los insecticidas son neurotóxicos y afectan tanto al sistema nervioso de los insectos como al de los humanos. De manera simplificada, puede decirse que los más peligrosos son la familia de los organoclorados seguidos de los organofosforados, los carbamatos, los piretroides y las piretrinas.

Se han identificado un total de 13 ingredientes activos distintos (tabla I) que en diferentes combinaciones formaban parte de los plaguicidas utilizados. Un ingrediente activo es la sustancia química que actúa biológicamente contra los insectos que se pretende eliminar (un plaguicida contiene además otras sustancias para diluirlo y/o contribuir a hacerlo más eficaz).

---

\* Artículo publicado en *Por Experiencia* nº9, junio 2000.



|                        |     |       |
|------------------------|-----|-------|
| Diazinon               | (9) | O-F   |
| Clorpirifos            | (9) | O-F   |
| Tetrametrina           | (5) | P-P   |
| Ciflutrin              | (4) | P-P   |
| Butóxido de Piperonilo | (3) | otros |
| Cipermetrina           | (3) | P-P   |
| Diclorvos              | (3) | O-F   |
| Fenitrotion            | (2) | O-F   |
| Bendiocarb             | (1) | otros |
| Cifenotrin             | (1) | P-P   |
| Pelitre, extracto      | (1) | P-P   |
| Piretrinas             | (1) | P-P   |
| Triflumuron            | (1) | otros |

#### *Factores adicionales de riesgo*

En algún caso se aplicaron plaguicidas no autorizados para uso ambiental o se certificaron productos diferentes de los detectados analíticamente. En otros casos ha habido duplicaciones de certificados, es decir, dos albaranes distintos correspondientes a una misma aplicación que difieren en los productos que se señalan como utilizados. Algunas aplicaciones fueron llevadas a cabo por empresas no autorizadas (registradas para este tipo de actividad). También se ha detectado información errónea sobre la composición química de algún preparado.

En prácticamente todos los casos se ha constatado un déficit de información a los trabajadores agravado en muchas ocasiones por una incorrecta limpieza posterior a la aplicación de plaguicidas. También se observan con frecuencia unas determinadas características en los locales donde se han producido intoxicaciones como edificios y locales herméticos, suelos y paramentos absorbentes, ventilación posterior insuficiente. La ausencia de «buenas prácticas» de aplicación constituyen otro grupo de factores de riesgo: reiteración de tratamientos, dosis incorrectas, inadecuados plazos de seguridad, productos no autorizados, aplicaciones en presencia de ocupantes...

#### *Síntomas y trastornos de las personas intoxicadas*

Entre las personas afectadas hay un claro predominio del sexo femenino, 262 mujeres (83,44%) y 52 hombres (16,56%), con una media de edad de 34 años. En general los afectados presentan un gran número de síntomas, que afectan a distintos órganos del cuerpo, de modo especial al sistema nervioso, de manera ondulante, con periodos alternativos de mayor y menor intensidad de estos síntomas y que se hacen crónicos, es decir, persistentes a lo largo del tiempo sin que la persona se recupere totalmente. Las marcadas diferencias en los síntomas de una persona a otra dificultan sobremanera el diagnóstico si no se demuestra la exposición a insecticidas neurotóxicos en los lugares de trabajo.

El estudio y clasificación de los 201 síntomas primarios diferentes que presentaron los casos atendidos han permitido agruparlos en 58 síntomas, y de éstos se han identificado 12 síntomas principales (tabla II) que permiten sospechar una intoxicación por plaguicidas de uso ambiental.

| Síntomas cardinales                        | %     |
|--------------------------------------------|-------|
| Dolor de cabeza                            | 71,7% |
| Fatiga crónica                             | 52,7% |
| Dificultades respiratorias                 | 42,9% |
| Trastornos olfativos                       | 35,3% |
| Alteraciones menstruales                   | 31,3% |
| Trastornos gustativos                      | 27,1% |
| Náuseas / Vómitos                          | 25,5% |
| Alteraciones de la sensibilidad lingual    | 21,2% |
| Fasciculaciones musculares                 | 18,5% |
| Pérdida de fuerza muscular                 | 18,5% |
| Diarreas                                   | 14,1% |
| Alteraciones de la sensibilidad oro-labial | 14,1% |

## Reflexiones sobre el uso de plaguicidas en interiores de los edificios

La constatación en el presente estudio de la irreversibilidad de parte de los trastornos presentados por los afectados y las secuelas permanentes en los casos más graves constituyen una base sólida para una alerta sobre el uso reiterado, y frecuentísimamente no justificado, de plaguicidas en el interior de los locales de trabajo y, por lógica extensión, de cualquier hábitaculo humano. Sobre esta base se sustentan las siguientes consideraciones:

1. Deben evitarse, al máximo, determinados tratamientos con plaguicidas por la posibilidad de daño a los usuarios no trabajadores. Atención especial merecen los tratamientos en centros con residentes o con usuarios especialmente vulnerables (niños, ancianos, enfermos) y las aplicaciones en centros de trabajo abiertos ininterrumpidamente.
2. El uso de plaguicidas en interiores debe quedar estrictamente reservado a personal técnicamente preparado y legalmente capacitado. Se llevarán a cabo mediante procedimientos y con formulados autorizados. Se informará de forma completa y veraz de los riesgos, consejos de prudencia y normas de actuación, a terceras personas.
3. Todo tratamiento con plaguicidas en interiores debe ser considerado una operación con riesgo y, consecuentemente, debe ser correctamente planificado y supervisado. Los protocolos de trabajo deben contemplar actuaciones antes, durante y después de los tratamientos con plaguicidas.
4. Puesto que pueden presentarse problemas de salud a lo largo de las semanas siguientes a los tratamientos con plaguicidas, debe quedar constancia de ellos en las empresas, en un libro de registro a ser posible numerado para evitar su manipulación posterior. En caso de aparición de efectos adversos, éstos deben ser igualmente registrados. Primero deberá garantizarse la atención sanitaria a los afectados, pero hay que asegurar que todas las personas que hayan padecido este tipo de problemas tengan también registrada su exposición accidental en los correspondientes partes de accidente (con baja o sin baja).
5. Debe garantizarse que la información llegue a todas las personas que trabajan en los locales tratados, sobre todo si no lo hacen de manera habitual o continua. Especial atención merecen los trabajadores que realizan trabajos de limpieza, los vigilantes, o los de empresas subcontratadas, que pueden estar trabajando en las horas en que el personal habitual no está presente.
6. Están completamente contraindicados los tratamientos rutinarios de desinsectación en las empresas. No existe ninguna justificación técnica que los indique. En cualquier caso, se deberán escoger los productos con la menor toxicidad posible.
7. Deben plantearse otros medios de lucha contra las plagas, no exclusivamente químicos. Si el uso de plaguicidas fuera necesario, debe limitarse la zona de tratamiento y escoger los sistemas de aplicación que generen la menor dispersión y liberación del producto en el medio ambiente interior.

# PROYECTO «CARPE DIEM»

## Un modelo de historia clínica en Medicina del Trabajo

FRANCISCO DE LA GALA  
*Centro de Rehabilitación FREMAP*

«Sin normalización en el campo de las nuevas tecnologías informáticas, la Unión Europea quedaría reducida a una Torre de Babel». Este es el estado en que, en nuestro país, se encontraba la Salud Laboral. El reglamento de los Servicios Médicos de 1959 obligaba a los mismos a los partes trimestrales y a la memoria anual que carecían de utilidad epidemiológica práctica.

El Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo organizó unas jornadas con la intención de normalizar los datos mínimos en Medicina Laboral; desgraciadamente este proyecto se interrumpió cuando su director fue jubilado. Un año después en Palma de Mallorca se celebra una reunión sobre Bases de Datos en Salud Ocupacional, donde, por parte del Dr. Sevilla Marcos, se propuso la creación de un grupo de trabajo para la determinación de los datos mínimos en Salud Laboral.

En noviembre de 1990, con ocasión del SIMO, tuvo lugar una mesa redonda denominada «Soluciones informáticas en Salud Ocupacional para 1990». En ella, se presentaron varias propuestas de informatización integral de Servicios Médicos. Al finalizar la mesa, en una reunión informal, el Dr. Torres Huerta nos propuso un reto: ¿seríamos capaces de unificar nuestras historias laborales? El Dr. José Manuel Morán señaló el nombre: CARPE DIEM.

La primera reunión tuvo lugar el 5 de febrero de 1991, convocándose a las personas que ya tenían una historia clínica informatizada funcionando, se expuso la idea y los objetivos a alcanzar con una magnífica respuesta. Se acordó descomponer la historia laboral en módulos para su estudio por separado.

Desde el comienzo se aclaró que no era propósito del grupo la comercialización de ningún producto que pudiera obtenerse del trabajo a realizar. El objetivo máximo era la implantación, en base exclusiva al prestigio científico del grupo, de una norma CARPE DIEM que avalase los programas informáticos comerciales en el área de la salud laboral que existan o que pudieran crearse.

La enumeración y descripción de los datos mínimos que constituyen una historia clínica se basan inicialmente en el conjunto de objetivos que se pretenda conseguir con ella y, por lo tanto, en una definición de los conceptos elementales que la integran, así como en la elaboración consensuada de los criterios necesarios para establecer su estructura y procedimientos.

El módulo primero recoge entre sus objetivos agrupar la información de interés general mínima que permita realizar estudios estadísticos a gran escala. Se han considerado 34 datos mínimos, que siempre son variables numéricas o cualitativas, es decir codificables. (Para algunos lectores estos datos les pueden parecer en ocasiones superficiales; ténganse en cuenta que hemos pretendido en esta primera versión alcanzar la máxima cota de generalidad, a costa incluso de contenidos científicos y profesionalmente más interesantes). Si este planteamiento tiene éxito, habremos conseguido un altísimo objetivo y una gran contribución de la medicina del trabajo al conocimiento real de la prevalencia de algunas enfermedades o trastornos en la población general a partir de una muestra tan importante como es el número de reconocimientos laborales que se realizan cada año en España, y que pueden alcanzar fácilmente la cifra de 500.000, para el presente año. Son datos de población adulta, entre 18 y 65 años, y de ambos sexos. El término anterior de superficiales para los datos mínimos considerados, se refiere a que se pueden obtener con una tecnología mínima, y por tanto podemos involucrar en el proyecto tanto a los servicios de prevención de las grandes empresas como los de las MATEPSS. Hemos utilizado en esta primera ver-

sión del proyecto Carpe-Diem la codificación del ICD9-CM como la más extendida, en un futuro queremos incorporar también la WONCA por ser más adecuada a la medicina extrahospitalaria, como es la Medicina del Trabajo.

Dentro de cada módulo los apartados con contenido médico son los cuatro primeros, es decir, la descripción, los objetivos, la orientación general y la organización y funciones. En estos cuatro se explican los conceptos necesarios para la construcción de cada módulo, las características de los distintos campos que se recogen, los criterios de selección empleados, las condiciones de recogida de los datos, etc. Los últimos cuatro se utilizan fundamentalmente por los informáticos, y son las definiciones de las variables, las tablas, los códigos y los datos de entrada y salida. Remitiendo al lector a la lectura de los cuatro primeros apartados de cada módulo, podrá continuar en colaboración con el personal informático o él mismo, si se encuentra preparado, el análisis necesario para confeccionar la historia clínica informatizada que desee, en sintonía con el resultado del trabajo del grupo Carpe Diem.

En el módulo segundo se recogen los criterios elaborados para la recogida de los datos de filiación, los antecedentes familiares y personales, los hábitos, historia personal, vacunaciones e historia laboral. Constituye el núcleo más importante de la historia clínica laboral y está interrelacionado con casi todos los módulos restantes. Siguiendo las modernas indicaciones, en cuanto a que la gestión médica ha de soportarse documentalmente a partir de las historias clínicas, este módulo abre el fichero correspondiente a cada trabajador y en él se recogen los datos personales, que posteriormente alimentarán a los restantes módulos. El módulo está dividido en subcapítulos para cada grupo de datos y en los datos de entrada están recogidas las características de cada uno de ellos, que se explican de forma exhaustiva en los párrafos anteriores.

El módulo tercero recoge los datos que se obtienen del reconocimiento médico inmediato. Está poco codificado, por la naturaleza del problema que trata, de éste y de los dos siguientes se obtienen los datos objetivos acerca del estado de salud del trabajador, cuando se realiza el reconocimiento médico. Es interesante el anexo de normalización para la toma de tensión arterial de acuerdo con las normas de la OMS.

El módulo cuarto describe y normaliza la toma de datos de las pruebas diagnósticas complementarias más usuales. El criterio que se ha seguido para la confección de este módulo ha sido en general un criterio de mínimos, al utilizar las técnicas más generalizadas tanto por su precio como por su adiestramiento. Los parámetros analíticos que se recomiendan se aplican exclusivamente a reconocimientos inespecíficos tanto desde el punto de vista de salud laboral como genérica, así que habitualmente tendremos que completarlos con algún otro parámetro más específico.

En el módulo quinto se recoge el juicio clínico y las recomendaciones. Se han codificado gran número de recomendaciones, especialmente en lo que respecta a la eliminación de hábitos no deseables para el sujeto en términos de salud. Es bien sabido que la mejor medicina preventiva es la que se preocupa de la modificación de hábitos nocivos, lo que únicamente puede conseguirse a través de una buena educación para la salud. En este último aspecto la labor del médico del trabajo es muy importante y debe ser potenciada por todos los interesados en mejorar la calidad de vida de los trabajadores, en tanto tales, lo mismo que en tanto miembros del colectivo más amplio de ciudadanos en el que a través de las relaciones sociales y familiares, puede también influir el propio trabajador. Se codifican las enfermedades o dolencias encontradas de acuerdo con el código ICD9-CM. Se incluyen también codificaciones de limitaciones, aptitudes, etc.

En el módulo sexto se tratan los datos que se relacionan con los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de los trabajadores a nuestro cargo. En él se recogen las codificaciones de todos los datos que deben figurar en los partes de baja y alta y los datos necesarios para los estudios de absentismo. Por motivos legales se emplean las codificaciones nacionales frente a las europeas cuando existen ambas.

El módulo séptimo se encarga de la recogida de los datos que provienen de la consulta médica. En España, donde la legislación no prohíbe como en Francia esta actividad, en la mayor parte de los servicios de Medicina de Empresa se pasa una consulta médica de tipo general o se ponen tratamientos médicos o quirúrgicos que han de ser aplicados por algún integrante del equipo sanitario de atención de la salud. A partir de este módulo se pueden obtener datos que posteriormente pasarán al de antecedentes, hábitos y absentismo por enfermedad común. De nuevo se utiliza la codificación ICD9-CM para las enfermedades con el precódigo Carpe Diem y las numerosas variables están recogidas en los datos de entrada y de salida. Se hace referencia de nuevo a la clasificación WONCA para asistencia primaria que esperamos se incluya como norma en la próxima edición del proyecto Carpe Diem.

En el módulo octavo estudiamos los datos de absentismo por enfermedad común. Se insiste de nuevo en el tratamiento estrictamente sanitario de los datos de absentismo, que son fuente importante de estudios de salud, tanto a nivel local como general, y se pretende huir de un manejo de este problema desde el punto de vista de la gestión de recursos humanos de las empresas. En los datos de entrada se consignan las diferentes variables que se utilizan, sus características y códigos y en los documentos de salida se mencionan algunas de las aplicaciones más importantes de los estudios de absentismo.

El módulo noveno estudia los parámetros ligados con el puesto de trabajo, la definición de espacio laboral, la utilización de gran número de códigos originales para determinar las características del espacio laboral sobre los ocupantes del mismo, es decir, los trabajadores y los métodos capaces no sólo de describirlo, sino lo más importante, de medirlo, enriquecen los contenidos de este módulo, de extraordinaria importancia desde la perspectiva del grupo de trabajo Carpe Diem. Es sin duda el inicio de los estudios ergonómicos que cada vez demanda con más fuerza nuestra sociedad, al igual que las demás sociedades avanzadas. A este respecto hay que señalar como los datos de entrada de este módulo terminan con el estudio y la codificación de las necesidades desde el punto de vista del trabajador de las características físicas y psíquicas del mismo, es decir se comienza con el mapa de riesgos y se termina con el profesiograma.

En el módulo décimo se estudian las necesidades de la gestión administrativa de los servicios médicos y se incluyen los apartados más frecuentes, como las citaciones, gestión de almacenes y farmacia, gestión del sistema informático propio, gestión económica, etc. Se describen en los datos de entrada las variables utilizadas, sus características y códigos. En los datos de salida y documentos el lector puede encontrar las utilidades más importantes de este módulo y la forma en la que el grupo Carpe Diem resuelve estos problemas, cuya importancia es evidente si no tenemos la herramienta informática adecuada.

El módulo undécimo cierra, por ahora, el ciclo. Es el módulo de transmisión de datos mínimos. Como ya advertimos al principio es la justificación del trabajo del grupo. Aunque hemos demandado de nuestros expertos la máxima claridad posible, no cabe duda que este módulo es módulo para informáticos o como se dice actualmente para usuarios avanzados. Tomando el módulo de datos mínimos, se describen las características de los códigos de transmisión más usuales y las características de las variables que se transmiten.

Por último hemos de hacer mención al diccionario de datos, auténtica herramienta de trabajo para los profesionales informáticos que deseen construir una historia clínica laboral con los once módulos anteriores. En este documento se consignan, uno a uno, todos los datos descritos en el trabajo del grupo Carpe Diem, sus características, su módulo de origen, el módulo donde se actualizan y los módulos con los que puede relacionarse.

Pensamos, ocho años después de finalizadas las reuniones, que el trabajo realizado por CARPE DIEM sigue siendo una rabiosa actualidad. Los principios enunciados fueron utilizados por diversos programas informáticos. Los protocolos de reconocimientos por riesgos específicos pueden, y deben, seguir la sistemática que nos reunió hace casi una década. Si queremos que en España existan datos epidemiológicos veraces, reales y útiles, todos debemos hablar el mismo idioma.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha venido a cambiar viejos conceptos. Para los Departamentos Sanitarios de los Servicios de Prevención se puede ampliar el módulo IX, incluyendo los datos relativos a la seguridad, higiene y psicosocioergonomía de cada trabajador.

Que el lema «vigilar la salud, prevenir el riesgo», elegido por el II Foro ISTAS de Salud Laboral, sirva no sólo para concienciar a todos de que la vigilancia de la salud es un eficaz medio de prevención, sino que la epidemiología es imprescindible para poder hacer acciones lógicas y eficientes. De todos depende que consigamos de una vez ese objetivo.

## EJEMPLO PRÁCTICO DEL DESARROLLO DE UN MÓDULO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>MÓDULO DATOS MÍNIMOS (MDM I)</b></p> <p>1. <b>Fecha de reconocimiento:</b> 8 dígitos<br/>                 2. <b>Código de identificación nacional</b><br/>                 3. <b>Sexo:</b> 1: Hombre; 2: Mujer</p>                                                                                                                                                                                 | <p><b>MDM II</b></p> <p>4. <b>Fecha de nacimiento:</b> 8 dígitos<br/>                 5. <b>Puesto de trabajo; clasificación OIT</b><br/>                 6. <b>Antigüedad en el puesto de trabajo:</b> 3 dígitos -meses-<br/>                 7. <b>Riesgo para la salud:</b><br/>                 Riesgo enfermedad profesional<br/>                 Clasificación nacional</p> |
| <p><b>MDM III</b></p> <p>8. <b>Peso:</b> en kg, sin fracciones y con 3 cifras<br/>                 9. <b>Talla:</b> en cm, con 3 cifras<br/>                 10. <b>Función respiratoria:</b> forma dicotómica, normal/anormal<br/>                 11. <b>Tensión arterial sistólica:</b> con 3 cifras en mm Hg<br/>                 12. <b>Tensión arterial diastólica:</b> con 3 cifras en mmg Hg</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>MDM IV</b></p> <p>13. <b>Función auditiva:</b> apreciación del médico normal/anormal<br/>                 14. <b>Función visual:</b> apreciación del médico normal/anormal<br/>                 15. <b>CIE-9-MC antecedentes:</b> Enfermedad no activa: 1<br/>                     Enfermedad activa: 2<br/>                     Enfermedad crónica: 3<br/>                     Secuela</p>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>MDM V</b></p> <p>16. CIE-9-MC Antecedentes (1,2,3,4)<br/>                 17. CIE-9-MC Antecedentes (1,2,3,4)<br/>                 18. CIE-9-MC Enfermedad actual<br/>                 19. CIE-9-MC Enfermedad actual<br/>                 20. CIE-9-MC Enfermedad actual</p>                                                                                                                      | <p><b>MDM VI</b></p> <p>21. CIE-9-MC Accidente de trabajo<br/>                 22. CIE-9-MC Accidente de trabajo<br/>                 23. CIE-9-MC Enfermedad profesional<br/>                 24. CIE-9-MC Enfermedad profesional</p>                                                                                                                                            |
| <p><b>MDM VII</b></p> <p>25. <b>Fumador:</b> N° cigarrillos/día<br/>                     Años hábito<br/>                 26. <b>Alcohol:</b> Gramos de etanol/semana<br/>                 27. <b>Fármacos:</b><br/>                     Medicación habitual: clasificación<br/>                     Consejo General Colegios Farmacéuticos</p>                                                          | <p><b>MDM VIII</b></p> <p>28. <b>Ejercicio:</b> 5 categorías: 1 dígito<br/>                 29. <b>Turnos:</b> el más habitual:<br/>                     clasificación aceptada<br/>                 30. <b>Valoración global de salud:</b><br/>                     subjetiva del médico normal/anormal<br/>                 31. <b>Minusvalía:</b> Forma dicotómica. Si/No</p>  |
| <p><b>MDM IX</b></p> <p>32. <b>Aptitud:</b> en relación con la capacidad del individuo y el trabajo que desempeña.<br/>                 33. <b>Limitaciones:</b> existen o no para el trabajo que desarrolla.<br/>                 34. <b>Médico:</b> el que realizó el reconocimiento.</p>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

# VIGILANCIA DE LA SALUD Y DERECHOS DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS

LAURENT VOGEL

*Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité (BTS)*

Desde hace años se ha abierto un debate sobre el papel de la vigilancia de salud en el conjunto de las actividades preventivas en la Unión Europea. Dichas discusiones han revelado que el tema era mucho más conflictivo de lo que se podía suponer. Para la patronal, la cuestión central está en no perder su poder de control sobre la fuerza de trabajo. Muchas veces, esa preocupación, por el valor simbólico de reconocimiento de su poder jerárquico y de la subordinación del trabajador, ha cobrado más importancia que cualquier argumento sobre la racionalidad científica o aun económica de las prácticas actuales. Para los gobiernos, enfrentar el tema de la vigilancia de salud resulta complicado porque plantea un debate sobre los sistemas públicos de monitoreo del impacto del trabajo sobre la salud y se sabe que en la mayoría de los países, dichos sistemas no existen o están poco desarrollados. Además existen grupos de presión de profesionales que no ayudan siempre a esclarecer los problemas. En el movimiento sindical, sí existen algunos grandes ejes de convergencia, con matices a veces importantes que reflejan diferencias entre las culturas nacionales y también visiones diferentes de las relaciones entre individuos y colectivos.

Presentamos aquí algunos puntos sobre los cuales las organizaciones sindicales han discutido y que podrían considerarse como una posición común básica del movimiento sindical en Europa.

## LA NECESIDAD DE UN DEBATE EUROPEO

1. Un rápido repaso de las situaciones nacionales revela una enorme variedad en las soluciones adoptadas. En algunos países (como Francia), todos los trabajadores están cubiertos por la medicina del trabajo y sujetos a un control de la aptitud tanto en el momento de la contratación como durante su vida profesional (con, en principio, un reconocimiento médico anual). En otros países, la vigilancia de la salud es mucho más específica : se dirige a categorías precisas de trabajadores por riesgos particulares (por ejemplo, la exposición al plomo) o por una situación particular (jóvenes, mujeres embarazadas, etc.).

La relación entre los servicios de prevención (según lo dispuesto en el artículo 7 de la directiva marco) y la vigilancia de la salud es también objeto de planteamientos bastante diferentes. En algunos países, la vigilancia de la salud forma claramente parte de las tareas de los servicios de prevención (o incluso constituye su tarea principal, cuando son servicios de medicina del trabajo). En otros países puede estar a cargo de otros agentes (por ejemplo, los servicios públicos de salud). Un país, Dinamarca, ha privilegiado una concepción individualista de la vigilancia de salud según la cual se practica principalmente fuera del ámbito laboral (sobre la base de la voluntad del trabajador individual de recibir la información necesaria). Con ese enfoque, el papel de los servicios de prevención se reduce casi a nada y el problema principal que se plantea es relativo a la eventual comunicación de los datos al empresario.

2. La vigilancia de la salud forma parte de las disposiciones comunitarias de salud y seguridad. Se aborda, de manera bastante general, en el artículo 14 de la directiva marco, donde se formula como un derecho individual de cada trabajador, y toda una serie de directivas tratan de ella, a veces de forma muy detallada. Algunas de estas directivas son anteriores a la directiva marco, otras constituyen directivas particulares de ésta.

Sin entrar en detalles, digamos que las disposiciones de las diversas directivas son bastante diferentes (ver anexo). Las diferencias de enfoque y la definición más o menos detallada de las modalidades de vigilancia de la salud se explican en parte por el tipo de riesgo considerado. Sin embargo, nos parece evidente que la vigilancia de la salud no puede organizarse de manera racional y eficaz solamente en función de cada riesgo, sino que es preciso un enfoque global, puesto que los actores interesados son los mismos: la/os trabajadora/es, los especialistas encargados de la vigilancia de la salud (generalmente, los médicos de trabajo) y los empresarios. Este enfoque global resulta aún más necesario porque, lamentablemente, la directiva marco no es muy explícita sobre la relación entre la vigilancia de la salud (artículo 14), los servicios de prevención (artículo 7) y el programa de prevención en la empresa (artículo 6).

3. La diversidad de las soluciones adoptadas no constituiría un problema si se respetara el mínimo previsto por las directivas comunitarias y si las soluciones adoptadas fueran muy satisfactorias desde el punto de vista de los resultados.

Desgraciadamente, todo indica que las soluciones nacionales existentes plantean una serie de problemas desde el punto de vista de su coherencia con una política integrada de prevención. La tragedia del amianto nos indica que cabe evitar cualquier clase de ingenuidad. A pesar de su sistema de vigilancia de salud relativamente bien desarrollado en las empresas, Francia ha sido uno de los últimos países europeos (por cierto, España iba todavía más atrás) en prohibir el amianto. Eso demuestra dos cosas. La primera es que los sistemas de vigilancia de salud, a pesar de las declaraciones de intenciones, no cumplen necesariamente funciones preventivas. Su ubicación ambigua (contratados por la empresa para controlar el daño que dicha empresa provoca entre sus trabajadores) tiene por consecuencia que, muchas veces, ignoran problemas reales. Además, aún si funcionaran perfectamente los sistemas de vigilancia de salud en las empresas, la socialización de su experiencia y luego la adopción de políticas de prevención por las autoridades públicas no estarían garantizadas automáticamente.

## ALGUNOS PUNTOS CRUCIALES

1. La cuestión más importante se refiere a *la orientación preventiva* de la vigilancia de la salud, lo que no excluye que en algunos países los propios servicios de prevención (por ejemplo, en Finlandia) puedan desempeñar actividades terapéuticas como un aspecto secundario de su actividad. En cualquier caso, el objetivo principal de la vigilancia de la salud es medir el impacto del trabajo sobre la salud de los trabajadores para mejorar las condiciones de trabajo. Por otra parte, la vigilancia de la salud debe permitir detectar cuanto antes los ataques a la integridad física para evitar daños más graves para la salud.

2. Eso implica que la función de la vigilancia de la salud *no consiste en seleccionar a los trabajadores* basándose en su estado sanitario. En el caso de algunas exposiciones muy específicas puedan formularse exigencias de salud para evitar exponer a algunas categorías de trabajadores que presentarían mayores riesgos. En estos casos, las exigencias y las pruebas utilizadas no pueden ser fijadas de manera unilateral por los empresarios. Las autoridades públicas y las organizaciones representativas de los trabajadores deben tomar parte en el proceso de decisión. Del mismo modo, la vigilancia de la salud no tiene como función principal garantizar la compensación de los daños, aunque pueda contribuir a ello. Es cierto que un sistema de compensación es importante desde el punto de vista de la justicia, y que puede ser un incentivo para la prevención, pero no hay razón para limitar la vigilancia de la salud a las enfermedades oficialmente reconocidas como enfermedades profesionales. En nuestra opinión, dentro de la vigilancia de la salud no debe hacerse una distinción entre enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, aunque a efectos de la compensación haya algunas diferencias jurídicas. Cabe subrayar también la dimensión de género de esta cuestión. Sabemos que las enfermedades no compensadas y no reconocidas afectan más a las mujeres que a los hombres. Por último, debe distinguirse claramente entre vigilancia de la salud y control del absentismo. A esta última tarea deberán destinarse otros especialistas y otros servicios. Cualquier confusión entre las dos funciones o los organismos que la llevan a cabo no puede que producir la desconfianza entre los trabajadores y disminuir la eficacia preventiva de la vigilancia de salud.



3. La vigilancia de la salud plantea necesariamente cuestiones delicadas por lo que se refiere a *los derechos fundamentales individuales*. En muchos debates se ha destacado la necesidad de definir normas jurídicas, éticas y deontológicas. En particular, la posibilidad de una selección mediante pruebas genéticas no pertenece ya al terreno de la ciencia ficción y desarrollaré más adelante la reflexión sobre ello. Del mismo modo, deben abordarse las consecuencias de una decisión de ineptitud y los posibles recursos contra ésta. De forma general, todo indica que el tipo de pruebas practicadas, los ámbitos que son objeto de una investigación y la relación entre el objeto de la vigilancia de la salud y las condiciones de trabajo no pueden dejarse únicamente a la discreción de los agentes de la vigilancia (habitualmente, los médicos del trabajo) o de las relaciones contractuales existentes entre éstos y los empresarios. Los excesos constatados en ámbitos tan distintos como las pruebas de seropositividad del VIH, las cuestiones relativas al embarazo o la fertilidad, o incluso los peritajes psiquiátricos (y a veces político-psiquiátrico como en la SNCF, empresa pública de los ferrocarriles franceses) demuestran la importancia de la definición de normas precisas sobre el respeto de los derechos fundamentales.

4. *La explotación de los datos resultantes de la vigilancia de la salud* plantea dos tipos de problemas. En lo que se refiere a los derechos individuales, las exigencias prioritarias parecen el respeto de la vida privada y la prohibición de las discriminaciones basadas en el estado de salud; en lo relativo a una prevención colectiva, es importante la utilización eficaz de los datos tanto en la empresa como al nivel más general de la sociedad. Las dos exigencias no son necesariamente incompatibles, pero normas precisas deben establecer garantías. Debe prestarse una atención especial a las PYMEs, puesto que en ellas datos anónimos podrían hacer que se identificara fácilmente a los individuos. Cabe preguntarse sobre la capacidad de los sistemas nacionales de prevención para reaccionar de manera eficaz a las «señales» que deberían emitir los dispositivos de vigilancia de la salud. En algunos países los indicadores más utilizados son los datos de los sistemas de compensación, lo que limita considerablemente la capacidad de reaccionar a su debido tiempo a los problemas que una vigilancia de la salud eficaz habría podido revelar. Un reflejo de esta situación es el retraso con el que en muchos países comunitarios se ha abordado la cuestión del amianto. No creo mucho en la utilidad de tener miles de médicos del trabajo que cubren las empresas si su acción no viene prolongada por instancias de socialización, por una parte, y si en su conjunto el sistema público de salud sigue siendo ciego a los determinantes sociales de la salud, entre los cuales las condiciones de trabajo tienen un papel importante.

5. *¿Cómo organizar una vigilancia de la salud eficaz en un contexto en que muchos trabajadores no trabajan necesariamente de manera estable durante toda su vida laboral en una misma empresa o expuestos a los mismos riesgos?* Varios problemas se plantean a este respecto. Citemos, en particular, el seguimiento posprofesional en los casos de factores que pueden causar efectos a largo plazo (por ejemplo, las sustancias carcinógenas), la organización concreta de la vigilancia de la salud de los trabajadores temporales, las ventajas e inconvenientes de un sistema de expedientes de salud individuales que registren de manera sistemática datos sobre las condiciones de trabajo y sobre el estado de salud.

6. *La participación de los trabajadores en la planificación y la evaluación de la vigilancia de la salud* es una cuestión importante que debería permitir establecer las prioridades y mantener una relación correcta entre la vigilancia de la salud y las necesidades de los trabajadores en las políticas de prevención. Esa participación tiene varias dimensiones.

- Por una parte, es imprescindible que las organizaciones sindicales impulsen orientaciones claras en los servicios de prevención. En todos los países europeos, existen mecanismos de consulta de las organizaciones sindicales sobre la actividad de dichos servicios, pero a menudo hace falta la capacidad de orientarlos concretamente. Eso significa dejar a la patronal mantener su tradicional control de la actividad de los servicios.
- Por otra parte, las organizaciones sindicales pueden fomentar ellas mismas la recolección de datos a partir de la experiencia misma de los colectivos de trabajo para volver visibles sus prioridades y los problemas ignorados. Ese papel activo que desarrolla una especie de sistema de auto-vigilancia por parte de los colectivos de trabajo puede constituir la base de una alianza con los profesionales de los servicios que muchas veces no se conforman con la influencia patronal.

## ALGO MÁS SOBRE LAS PRUEBAS GENÉTICAS

1. Estoy convencido de la necesidad de oponerse a cualquier forma de selección genética de trabajadores. Esto significa que la selección genética basada en una valoración de la predisposición o susceptibilidad individual (mayor o menor resistencia a un trastorno de salud específico) debe ser ilegal en las relaciones laborales. La prohibición de ser apuntalada mediante penalizaciones efectivas, disuasorias. Si tuvieran que haber excepciones, éstas deben estar dispuestas en la ley y sólo sobre la base de la salud y seguridad de los trabajadores u otras personas, y controladas por las agencias reguladoras. Sin embargo, el monitoreo genético (establecer si el material genético ha sido dañado por exposición laboral) puede ser considerado como una forma admisible de vigilancia médica siempre que siga los mismos criterios de aceptabilidad de todas las formas de vigilancia de la salud en los lugares de trabajo. En las relaciones laborales, esta vigilancia se extiende desde el reclutamiento (incluyendo los procedimientos de selección pre-laborales) y dura todo el periodo de empleo. Considerada en este contexto amplio, la prohibición de selección genética debe abarcar a las agencias de empleo y de selección de personal, empresas de trabajo temporal y compañías de seguros que tengan negocios relacionados con el trabajo (como aseguramiento de riesgos ocupacionales, seguros de salud complementarios o pensiones).

2. Nuestras objeciones a la selección genética tienen que ver principalmente con la consistencia de la política de prevención en el lugar de trabajo y la protección de los derechos fundamentales individuales de los trabajadores. No nos ocupamos aquí de la racionalidad científica de la selección genética. La selección genética no se parece a la mayor parte de otras formas de vigilancia de la salud porque se ocupa principalmente de predecir susceptibilidad o predisposición. No dice si el individuo examinado encaja para un trabajo en particular en condiciones de salud y seguridad, ni detecta daños genéticos debidos a exposiciones laborales que justificarían emprender acciones preventivas. Hay bastantes evidencias para mostrar que, en ausencia de reglas específicas, algunos empleadores, en la práctica usarían métodos de la medicina predictiva que sin duda cuadran con las ideas de la «gestión de recursos humanos», pero no concuerdan con los principios preventivos (una de las más desgraciadas es las pruebas de VIH, por las cuales se denegaron empleos a muchas personas sin la más mínima justificación en términos de salud preventiva).

3. Los principios preventivos englobados en los Convenios de la OIT<sup>1</sup> y en las directivas comunitarias en particular, se basan en una jerarquía estrictamente definida de las medidas que se deben tomar: evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se puedan evitar, dar prioridad a las medidas de protección colectiva para eliminar o reducir riesgos en el origen, etc. Este es el marco en el cual se encuadra la vigilancia de la salud. No tiene nada que ver con la selección de empleados.

4. Además, los lugares de trabajo contienen una combinación de factores de riesgo, cada uno de los cuales puede estar vinculado a diferentes trastornos de salud potenciales. Así, cualquier valoración de la adecuación de un trabajador basada en la selección genética debe estar sujeta a duda, porque sólo se puede enfocar hacia un aspecto específico de la ecuación trabajo-salud que liga un factor de riesgo a una enfermedad. Incrementar la batería de pruebas sólo puede producir resultados inconsistentes. Las pruebas, por ejemplo, podrían revelar una característica genética que hace que un individuo sea más susceptible de desarrollar un mesotelioma relacionado con el amianto, y otra característica que sugiera una mayor resistencia probable al riesgo de asbestosis. Por lo tanto, la posible tendencia hacia la medicina predictiva, convierte en vital reafirmar la importancia de la obligación empresarial de proporcionar condiciones de trabajo que no pongan en riesgo la salud y la seguridad de ningún trabajador. Esta obligación está relacionada con el objetivo de crear condiciones de trabajo abiertas para cualquiera en edad de trabajar.

---

<sup>1</sup> Específicamente, el Convenio n° 161 sobre Servicios de Salud en el Trabajo y la Recomendación n° 171, el documento adoptado por un grupo de expertos tripartito, Guía Técnica y Ética para la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores (MEHS/1997/D.2), y el Código de Práctica para la protección de los datos personales de los trabajadores de la OIT, que dice que «la selección genética ha de ser prohibida o limitada a casos explícitamente autorizados por la legislación nacional».

5. Los «hechos estadísticos» de una valoración de la susceptibilidad individual basada en las pruebas genéticas no tienen relación alguna con los «hechos individuales» de la historia del estado de salud de un trabajador. El hecho de que un rasgo genético coloque a alguien dentro de un grupo definido estadísticamente por tener mayor o menor riesgo que la «media» no es una razón para negarle su derecho a trabajar. Este derecho fundamental a no ser discriminado sobre la base de las características genéticas está también relacionado con la protección contra otras causas posibles de discriminación, por el hecho de que raramente las características genéticas están distribuidas uniformemente entre mujeres y hombres, diferentes grupos étnicos, etc.

6. Las características particulares de la relación empleador/empleo exigen que se establezcan protecciones amplias, específicas, en relación con las pruebas genéticas. La vigilancia de la salud en los lugares de trabajo no sólo es un asunto de libre consentimiento informado. Por una parte, las prácticas de los países (y la normativa comunitaria) hacen obligatoria la vigilancia de la salud en diversas circunstancias, en las cuales el trabajador/a no tiene elección del médico que hará la vigilancia o de las pruebas que se le harán<sup>2</sup>. Por otra parte, la realidad de la relación empleador/empleo generalmente le roba al trabajador/a su poder de elección independiente, porque su consentimiento o rechazo a someterse a una prueba puede determinar si le darán o si conservará su empleo. Sobre esta reflexión se basa nuestra opinión de que las decisiones sobre las pruebas genéticas nunca deberían ser dejadas puramente al terreno de acuerdos entre trabajadores, servicios de prevención y empleadores.

7. No nos parece que los acuerdos sectoriales o de empresa sean mejores, porque éstos, también, pueden minar los derechos individuales fundamentales. Esto se aplicaría a cualquier decisión que se relacione no con el buen estado físico actual sino con un estado de salud futuro estimado. Aquí hay un límite fundamental de la amplitud de la capacidad de decisión que se le deja a entidades de representación colectiva (comités de seguridad y salud, comités de empresa, sindicatos, consejos de empresas bilaterales, etc.). Ciertamente, los gobiernos deben consultar con entidades que representan a los trabajadores, a los empleadores y a los profesionales de la salud en el trabajo, pero nosotros argumentamos que también debe establecer reglas consistentes para todos los trabajadores en un marco que asegure la búsqueda del debate político y social. En la tradición democrática europea, esto supone necesariamente una intervención del poder legislativo.

8. Toda las evidencias disponibles sugieren que se han de dar sin más retraso reglas específicas que regulen las pruebas genéticas relacionadas con el empleo. Hoy estas pruebas pueden ser una excepción, pero esto puede cambiar radicalmente en la medida que hay desarrollos muy rápidos. El rango de pruebas disponibles se va a incrementar, ciertamente, en los próximos años. Las empresas pueden llegar a estar sujetas a presiones desde dos frentes: un floreciente mercado que va a buscar rentabilizar las pruebas existentes mediante la ampliación de las ventas sin hacer caso de las implicaciones sociales y éticas de las pruebas y aseguradoras de riesgos laborales y de salud en general conscientes de los costes que alientan a los empleadores a seleccionar los trabajadores cubiertos, o cargando primas diferenciales para «grupos de alto riesgo».

---

<sup>2</sup> En el caso de un funcionario que se negó a pasar una prueba de detección del VIH previa al reclutamiento, por ejemplo, la Corte de Justicia de las Comunidades Europeas sostuvo que «si la persona afectada, después de haber sido apropiadamente informada, niega su consentimiento a una prueba que el oficial médico considera necesaria para evaluar su adecuación para el puesto para el que se ha presentado, las instituciones no pueden ser obligadas a asumir el riesgo de reclutarlo» (Judgement X v Commission, 5 October 1994).

# ANEXO: LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LAS DIRECTIVAS Y RECOMENDACIONES COMUNITARIAS

Esta lista no es exhaustiva, sino que tiene por finalidad aportar algunos puntos de orientación y detectar los aspectos positivos y los negativos. En realidad es un recordatorio: nos limitamos a indicar el planteamiento adoptado. La lectura de los artículos citados sigue siendo indispensable para comprender su importancia real.

## **A) Recomendaciones sobre la medicina del trabajo y las enfermedades profesionales**

Se sabe que, históricamente, el primer planteamiento adoptado por la Comunidad fue un intento de armonización de los sistemas de medicina del trabajo y de reconocimiento de las enfermedades profesionales.

La Recomendación de 20 de julio de 1962 se refiere a la medicina del trabajo y está inspirada por la Recomendación nº 112 de la OIT. Sus disposiciones abarcan tres ámbitos: la enseñanza de la medicina del trabajo y la formación de médicos especialistas; las garantías de independencia profesional de los médicos del trabajo y la generalización de los servicios de medicina del trabajo. Preconiza una cobertura universal de los trabajadores por servicios de medicina del trabajo y fija como objetivo inmediato la cobertura de todas las empresas de más de 200 trabajadores, así como las que, sin alcanzar este límite máximo, realizan actividades peligrosas o que constituyen un riesgo potencial para la salud de los trabajadores.

La Recomendación de 27 de julio de 1966 se refiere al control médico de los trabajadores expuestos a riesgos particulares. Contiene un cuadro indicativo establecido sobre la base de la Recomendación de 1962 sobre las enfermedades profesionales y fija la periodicidad de los reconocimientos médicos.

La Recomendación de 31 de enero de 1967 se refiere a la protección de los jóvenes en el trabajo y prevé un examen médico anual.

La Recomendación 90/236 sobre la aprobación de una lista europea de enfermedades profesionales no trata explícitamente de la vigilancia de la salud, pero no se limita a la indemnización de las enfermedades. Preconiza desarrollar y mejorar las medidas preventivas e instaurar un sistema de recopilación de información o datos epidemiológicos.

## **B) Directivas EURATOM relativas a las radiaciones ionizantes**

Recordamos que la mayoría de estas directivas implican disposiciones relativas a la vigilancia de la salud. La Directiva 80/836 contiene un capítulo III que establece disposiciones detalladas relativas al control médico de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes. Es uno de los pocos textos comunitarios, de los que tengamos noticia, que contienen disposiciones relativas a la aptitud. Están previstos algunos recursos.

## **C) Directivas CEE anteriores a la directiva marco**

Directiva marco 80/1107 de 1980 (agentes químicos, físicos y biológicos): artículo 5 (vigilancia médica previa y periódica en caso de exposición a algunos agentes, acceso a la información), artículo 6 (segundo guión: destino a otro puesto de trabajo en caso de alejamiento temporal por razones médicas).

Directiva 78/610 (cloruro de vinilo monómero): control médico por el médico competente y conservación de los expedientes durante treinta años, modalidades de utilización de los datos para la investigación (artículo 10). El Anexo II define de manera muy detallada las modalidades del control médico.

Directiva 82/605 (plomo): se puede considerar que la parte fundamental de la directiva se basa en disposiciones detalladas relativas a la vigilancia médica (clínica y biológica) previa y periódica (al menos una vez al año para la vigilancia clínica y al menos una vez cada seis meses para la vigilancia biológica). Define las modalidades de vigilancia biológica, las de vigilancia clínica y las conclusiones que deben extraerse de los datos obtenidos con la vigilancia médica. Nota: para 1987 estaba prevista una revisión de los valores máximos de plumbemia; se realizó en 1998 (entrada en vigor: mayo de 2001) con la aprobación de la Directiva sobre los agentes químicos.

Directiva 83/477 (amiante): artículos 15, 16 y 17. Control médico (clínico) con recomendaciones detalladas en el Anexo II, conservación de un registro de los trabajadores expuestos, acceso a la información y establecimiento de un registro de los casos de asbestosis y mesotelioma.

Directiva 86/188 (ruido): artículo 7 (vigilancia de la función auditiva por un médico). Se trata de un derecho de los trabajadores y no de una obligación del empresario. El Anexo II contiene indicaciones para la vigilancia de la función auditiva.

## **D) Directiva marco y directivas particulares de la directiva marco**

Directiva marco de 1989: artículo 14 (derecho individual de los trabajadores).

Nota: no se precisan los vínculos entre el artículo 14 y los artículos 6 y 7.

Directiva 90/269 (manipulación manual). El artículo 5 hace referencia al control médico y exige que se tenga en cuenta el Anexo II relativo a los factores individuales de riesgo.

Directiva 90/270 (trabajo sobre pantalla). El artículo 9 trata de los exámenes de los ojos y de la vista (por «una persona que posea la competencia necesaria») eventualmente completado por un reconocimiento oftalmológico

Directiva 90/394 (agentes carcinógenos): artículo 14, control médico vinculado a la valoración del riesgo, artículo 15 (conservación de los expedientes durante 40 años). El Anexo II contiene algunas recomendaciones prácticas relativas al control médico. Los Estados no están realmente obligados a mantener registros pero los empresarios sí están obligados a poner los datos a disposición de los Estados si éstos lo piden.

Directiva 90/679 (agentes biológicos): artículo 14, control médico vinculado a los resultados de la evaluación de los riesgos, vacunación, conservación de los expedientes durante diez años, acceso a la información, notificación de los casos de enfermedad y fallecimiento. El artículo 17 precisa que la Comisión tendrá acceso a la información relativa al uso de la información por las autoridades nacionales. El Anexo IV contiene algunas recomendaciones prácticas para la vigilancia sanitaria (muy similares a las de la Directiva «agentes carcinógenos»). La Directiva de 1993 que la modifica contiene un Anexo VII que formula un código de conducta para las vacunaciones.

Directiva 92/85 (trabajadoras embarazadas): no hay ninguna disposición explícita sobre la vigilancia sanitaria. La evaluación de los riesgos puede estar relacionada con la vigilancia de la salud y la exención del trabajo nocturno depende de la presentación de un certificado médico.

Directiva 92/91 (industrias extractivas por sondeos): artículo 8 (vigilancia de la salud obligatoria antes de ser destinado a determinadas tareas y posteriormente a intervalos regulares).

Directiva 92/104 (industrias extractivas a cielo abierto o subterráneas): artículo 8 (idéntico a la directiva anterior).

Directiva 94/33 (jóvenes en el trabajo), el artículo 6 supedita la vigilancia de la salud (gratuita, adecuada y a intervalos regulares) a la evaluación de los riesgos hecha por el empresario. Se puede observar una contradicción entre el enfoque seguido en esta directiva y la Recomendación de 1967.

Directiva 98/24 (agentes químicos). Es la Directiva que trata la vigilancia de la salud de manera más sistemática. El artículo 10 vincula la vigilancia de la salud con los resultados de la evaluación de los riesgos hecha por el empresario. Establece las tres condiciones que deben reunirse para que se considere apropiada la vigilancia de la salud (relación entre una exposición y una enfermedad; probabilidad de que pueda contraerse dicha enfermedad en las condiciones de actividad del trabajador; que la técnica de investigación entrañe escaso riesgo para los trabajadores).

La vigilancia de la salud es obligatoria cuando se ha fijado un valor límite vinculante (en la práctica, sólo en el caso del plomo). Se aportan precisiones sobre la conservación de los registros que deben ponerse a disposición de las autoridades competentes. En caso de aparición de una enfermedad o de rebasamiento de un valor límite biológico vinculante, el empresario deberá revisar la evaluación de los riesgos y adoptar nuevas medidas de prevención.

### **E) Otras directivas**

Directiva 91/383 (trabajo de duración determinada o temporal): facultad de los Estados miembros de prohibir el trabajo de duración determinada o temporal para las tareas que sean objeto de un control médico especial. Si esta facultad no se ejerce, obligación de someter a los trabajadores a un control médico especial adecuado.

Directiva 93/104 (ordenación del tiempo de trabajo): el artículo 9 prevé una «evaluación gratuita de la salud» previa y periódica para los trabajadores nocturnos.

### **F) Algunos comentarios**

El examen de las disposiciones comunitarias nos permite formular algunos comentarios.

La orientación comunitaria vacila entre las medidas de vigilancia de la salud obligatorias, las que aparecen como una facultad que debe aplicar el trabajador y las que de un modo u otro estarían relacionadas con la evaluación de los riesgos por el empresario. Añádase a ello que, por lo menos en el caso de dos directivas, la vigilancia de la salud depende de un ámbito de aplicación personal cuya definición puede ser incierta (manipulación manual y trabajo sobre pantalla).

No siempre se precisa la utilización de los datos de la vigilancia de la salud. A escala de la empresa, sería deseable precisar las modalidades de un doble acceso: del trabajador individual a los datos que le conciernen personalmente, de los representantes de los trabajadores, del empresario y los servicios de prevención a los datos colectivos presentados de forma anónima. Por lo que se refiere a las autoridades públicas, las directivas raramente son muy explícitas (a excepción de la del amianto). No se deduce lo bastante claramente la necesidad de disponer de datos pertinentes para seguir las condiciones de trabajo. Las modalidades concretas de instauración de estos sistemas de información merecerían una reflexión comunitaria.

Las relaciones entre la vigilancia de la salud y la prevención se presentan según modalidades diferentes. En un extremo, la Directiva sobre el plomo convierte prácticamente la vigilancia de la salud en el elemento central de una política de prevención (con los riesgos de selección individual que eso implica). Otras directivas consideran más bien la vigilancia de la salud como un dispositivo complementario sin que sus relaciones con la prevención estén necesariamente claras. Sólo la Directiva de 1998 sobre los agentes químicos establece de forma explícita los vínculos entre las políticas de prevención y la vigilancia de la salud.

La cuestión de la aptitud sólo se menciona excepcionalmente en las directivas, y sin embargo se trata a menudo de una cuestión crucial que puede encerrar a los agentes y a los temas de vigilancia de la salud en contradicciones difíciles.

# MESA REDONDA: LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA PREVENTIVA, ¿UN LASTRE O UN INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN?

NEUS MORENO  
CC.OO.

## NO ESTEM MAI SOLS

...

No estem mai sols. Hi ha sempre gairabé vint-i-tres mil pues i llur terrible seqüela; i els horaris tan rígids i els plusos tan despòtics. No estem mai sols. Hi ha sempre la gent; però la gent no compta. El que compta és l'espai que ocupen i el ritme sense treva. Tothom accepta ja que la tendresa perjudica el progrés. Estigueu-ne segurs: s'apropa el dia que tothom tindrem una ànima metàl·lica.

Miquel Martí i Pol  
*La fàbrica, 1959*

## NUNCA ESTAMOS SOLOS

...

Nunca estamos solos. Siempre hay casi veintitrés mil púas y su terrible secuela; y los horarios rígidos y los plusos tan despóticos. Nunca estamos solos. Siempre está la gente; pero la gente no cuenta. Lo que cuenta es el espacio que ocupan y el ritmo sin tregua. Todo el mundo ya acepta que la ternura perjudica el progreso. Estar seguros: se acerca el día que todos tendremos un alma metálica.

*La vigilancia de la salud, ¿un lastre o un instrumento de renovación?* Una pregunta interesante y difícil de contestar aunque en lo genérico me parece que la respuesta es clara: depende de cómo se realice.

Pero más allá de lo genérico lo importante es definir qué es lo que queremos conseguir y, en este sentido, me atrevería a posicionarme en nombre de CC.OO.: apostamos por encontrar las estrategias que nos permitan que la vigilancia de la salud sea un instrumento para la prevención. Pero para que ello ocurra se deben dar algunas garantías técnicas y sociales. Vaya por delante mi total identificación con dos documentos que se han presentan en este foro: el informe de situación y el decálogo sobre vigilancia de la salud. En ambos se señalan numerosos elementos para el análisis de la práctica actual de la vigilancia de la salud, así como propuestas básicas sobre cómo debería realizarse para que contribuya al establecimiento de políticas de prevención en las empresas.

En mi intervención quiero abordar tres reflexiones relacionadas con la vigilancia de la salud:

- la vivencia y percepción de los trabajadores y trabajadoras en la definición de su propio estado de salud;
- la participación en las actividades preventivas de vigilancia de la salud;
- el papel de la negociación colectiva en este tema.

Es obvio que en el ámbito de lo social existe otra dimensión importante en relación a cómo definir y garantizar que la práctica de la vigilancia de la salud respete los derechos individuales y colectivos de la población trabajadora, pero este tema ha sido tratado ampliamente en la ponencia de Laurent Vogel, por lo que a ella me remito.

## LA VIGILANCIA DE LA SALUD, UN INSTRUMENTO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

En otras ponencias se sitúa ampliamente el tema de que la vigilancia de la salud (o mejor dicho, los reconocimientos médicos) es la actividad relacionada con la prevención que más frecuentemente se realiza en las empresas. Y sobre esta realidad es por donde quisiera empezar mi reflexión.

En una sociedad como la nuestra es frecuente (excesivamente frecuente, desde mi punto de vista) identificar los problemas de «salud laboral» a partir de la expresión de pérdida de salud de los trabajadores y trabajadoras. Y creo que en ello inciden algunos elementos que también se han analizado en otras ponencias.

Sin duda el primer elemento que incide en esta realidad es la falta sistemática de políticas de prevención que permitan identificar los riesgos en su origen. No creo que sea exagerado afirmar que en numerosas ocasiones la vigilancia de la salud lo que persigue es contar alteraciones, pero previamente a su realización conocemos que identificarán alteraciones de la salud. Tenemos una experiencia en la realización de audiometrías ante la exposición a ruido. Es frecuente observar situaciones en las que año tras año se realizan audiometrías para ver cómo evolucionan los traumas acústicos, pero no se interviene sobre la fuente del problema: los elevados niveles de ruido.

El segundo elemento está relacionado con la falta de cultura y actuación preventiva en nuestra sociedad. En numerosas ocasiones se detectan importantes problemas de condiciones de trabajo a través de la pérdida de salud. Me refiero a problemas técnicamente bien conocidos, pero que según la cultura predominante de la prevención necesitamos demostrar una afectación de salud en el colectivo concreto expuesto para concluir que es preciso actuar. Y en relación con este tema nos encontramos con numerosos ejemplos en la práctica del día al día: la exposición a sustancias químicas, el trabajo con ordenadores, la exposición a movimientos repetidos, y un largo etc. Esta dimensión de la realidad también está relacionada con problemas políticos, económicos y sociales como es la determinación de niveles de exposición o la exposición a sustancias cancerígenas bien conocidas (p.e. el amianto), donde en ocasiones priman las estrategias de vigilancia de la salud sobre las estrategias de prevención.

La falta de intervención sobre las fuentes de riesgo justifica que en numerosas ocasiones encontremos en la vigilancia de la salud un elemento que nos ayuda a definir estrategias de prevención; pero esta realidad no nos debe confundir con lo que la vigilancia de la salud nos puede aportar. Creo que a veces esperamos de la vigilancia de la salud más de lo que nos puede ofrecer.

Del derecho universal a la vigilancia de la salud de cada trabajador y trabajadora, de la obligación empresarial a garantizar la vigilancia de la salud al conjunto de la población trabajadora es necesario hacer una reflexión particular ante cada realidad para concretar y planificar qué esperamos de la realización de esta actividad preventiva. Posiblemente llegaremos a la conclusión que, en numerosas ocasiones, lo prioritario no será la vigilancia de la salud sino la utilización de otras técnicas de prevención.

Esta reflexión choca con la práctica de la negociación colectiva. En un reciente estudio realizado en Castilla y León<sup>1</sup> sobre el tema de la negociación colectiva en salud laboral, se señalan los siguientes datos:

- El reconocimiento médico es el tema más frecuentemente incluido en las cláusulas: 142 (31,6%) de los convenios estudiados. 83 son de empresa y 59 son de sector. El segundo aspecto contemplado por orden de frecuencia es la reproducción parcial de la LPRL.
- Existe una confusión permanente entre los términos vigilancia de la salud y reconocimiento médico. Únicamente en 3 (2,1%) de los convenios se utiliza el término vigilancia de la salud.
- 120 convenios (84,5%) regulan que se deben realizar anualmente reconocimientos médicos sin ningún tipo de matización y 15 de ellos (10,5%) señalan que la periodicidad debe ser semestral.

Se debe señalar que el resultado de este estudio coincide con la situación observada en otros ámbitos de negociación del Estado español.

Esta tendencia es debida al impacto que generó (y que aún se mantiene) la antigua legislación de la Organización de los Servicios Médicos de Empresa (OSME), donde se señalaba que los reconocimientos médicos se

---

<sup>1</sup> Montero, Julio et al. La Salud Laboral en los convenios colectivos de Castilla y León. CC.OO. Castilla y León. 2000.

debían realizar con una periodicidad anual. Técnicamente es una orientación que no tiene sentido y lo que está claro es que se enfrenta totalmente al nuevo marco legislativo actual que regula la vigilancia de la salud. Esta legislación que data de la década de los 60 caló tan hondo en la culturas y las formas de hacer en las empresas que hoy todavía nos queda mucho por modificar.

## DAR VALOR A LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS

Una de las frases que más hemos oído en los últimos años es que la prevención es cosa de todos. Estoy de acuerdo como expresión de la necesidad de compromiso del conjunto de las personas en las empresas. Pero este «todos» debe explicarse. No todo el mundo jugamos el mismo papel, ni aportamos los mismos elementos a la prevención. Quisiera reflexionar brevemente sobre qué podemos aportar los trabajadores y trabajadoras.

Sin duda nuestra mejor aportación es la experiencia que día a día adquirimos de nuestras condiciones de trabajo, de cómo realizamos nuestro trabajo, de cómo nos afecta y cómo se puede mejorar la relación del binomio condiciones de trabajo / salud. Desde CC.OO. estamos trabajando para conseguir que la participación sea un elemento real en las empresas, en la prevención. Y participar, como hemos señalado en numerosas ocasiones, significa que las opiniones y propuestas de las trabajadoras y trabajadores incidan sobre la realidad. A partir de esta afirmación general se me plantean algunas preguntas ¿Qué valor tienen los sentimientos y experiencia de salud de los trabajadores y trabajadoras en la interpretación de la realidad? ¿Puede la vigilancia de la salud ser instrumento para recoger de manera sistemática dicha percepción?

Las expertas y expertos en salud pública en sus cuestionarios de salud utilizan una pregunta así de simple: ¿cómo definiría usted su estado de salud: excelente, buena, regular, mala, muy mala? La utilizan como un indicador del estado de salud. Algunos estudios señalan que esta pregunta funciona bien como predicción de mortalidad. Esta manera de valorar la salud de las personas es una nueva dimensión de las ciencias de la salud. Para mí no es otra cosa que elevar a categoría de ciencia la percepción y sentimientos de las personas frente a su propia salud y valorar que las personas somos un todo físico, psíquico y social que no se puede separar. Y, como señalaba antes, además funciona.

Quizás debamos plantearnos qué puede aportar la vigilancia de la salud en el terreno de buscar indicadores de evaluación a partir de la percepción y experiencia que cada trabajador y trabajadora tenemos de nuestra salud y calidad de vida. Y elevar dichos indicadores a la categoría de observación de la realidad. Sin duda debe ser un reto para los y las profesionales sanitarios y sanitarias intentar dimensionar la importancia del trabajo en ese encontrarnos muy mal, mal o regular. En definitiva, en la práctica de la vigilancia de la salud creo que deberíamos dar mucha más importancia y fuerza a recoger la percepción y la vivencia de las personas, dar mucho más valor a la utilización de cuestionarios.

Así mismo también es necesario señalar que estamos en una sociedad en permanente cambio social y de estructuración del mercado de trabajo. Quizás debamos plantearnos qué papel puede jugar la vigilancia de la salud ante los «nuevos riesgos». Los resultados de la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo me puede ayudar para avanzar en esta reflexión. De manera mayoritaria la población trabajadora señala que los riesgos a los que mayoritariamente está expuesta es la elevada temperatura y humedad, monotonía, e identifica como daños más frecuentes relacionados con la actividad laboral los dolores musculoesqueléticos y el dolor de cabeza. La pregunta inmediata que se me ocurre es ¿cómo se concreta una vigilancia específica sobre estos riesgos y para buscar este tipo de daños? Y la respuesta, desde mi conocimiento, también es clara: preguntando a las personas cómo se encuentran y si tienen algún malestar. En algún caso muy específico, haciendo alguna exploración o prueba clínica. Pero todo ello no debería ser un obstáculo para la vigilancia de la salud.

El obstáculo real aparece cuando la cultura predominante de la prevención no da valor a la percepción y sentimientos de las personas, sobre todo cuando no es capaz de traducirlo a un síndrome bien definido en los libros. No pretendo infravalorar el papel que juega el diagnóstico de enfermedades relacionadas con el trabajo, sino que lo que persigo es valorar la importancia que tiene el preguntar a los trabajadores y trabajadoras cómo nos sentimos y cómo nos encontramos y, evidentemente, dar valor a estos sentimientos y transformarlos en mejoras de nuestras condiciones de trabajo. Además cabe señalar que el escaso valor que se da a la percepción y vivencias es mucho mayor en el caso de las mujeres.

La valoración de que los cuestionarios de salud no son muy importantes también es compartida por los tra-



bajadores y trabajadoras y la representación sindical. En numerosas ocasiones hemos oído frases despreciativas como «sólo me han pasado unas preguntas».

En relación con este tema señalar que quizás la negociación colectiva también la debemos reorientar. En el estudio de Castilla y León citado anteriormente se señala que 33 convenios, es decir, un 23,2% de los convenios con cláusulas referentes a la vigilancia de la salud, regulan los contenidos del reconocimiento médico sin realizar ninguna diferenciación por exposición laboral. Cabe destacar que algunos convenios continúan, incluso, incluyendo la realización de radiografías. Así mismo, el estudio señala que 36 (25,3%) de estos convenios consideran que el reconocimiento médico tiene carácter de obligatoriedad.

Igual que en el tema anterior creo que esta tendencia es debida a una cultura extremadamente arraigada de la antigua normativa de los reconocimientos médicos.

## LA PARTICIPACIÓN EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD

Creo que también es imprescindible reflexionar sobre el por qué y para qué de la participación en la vigilancia de la salud.

Entendemos, y así lo recoge la legislación, que la planificación de la vigilancia de la salud, así como la interpretación de los datos colectivos de salud, deben formar parte de los contenidos de la participación sindical, ya sea través de los delegados y delegadas de prevención o a través de los comités de seguridad y salud. Recientemente en CC.OO. hemos publicado una guía que recoge algunas de pistas sobre qué y cómo se puede realizar la participación sindical en este tema.

Pero en relación a este tema me gustaría explicar la experiencia sindical que estamos acumulando en CC.OO. de Catalunya. En algunos comités de seguridad y salud<sup>2</sup> estamos planteando que queremos conocer y discutir, si es preciso, cómo se plantea el tema de la vigilancia de la salud. La experiencia no es muy positiva. En la mayoría de empresas, salvo alguna excepción, nos entregan un dossier de fotocopias que no es ni más ni menos que los formularios en los que el personal sanitario recogerá la entrevista, la exploración y las pruebas complementarias que harán a cada una de las personas que acudirán a la «revisión médica». En los últimos meses, y de manera satisfactoria, hemos podido observar que algunos de estos documentos se orientan según secciones de trabajo o riesgos específicos. Pero cuando osamos preguntar qué buscan, qué esperan encontrar, cómo informarán a las personas, cómo se garantiza la confidencialidad, cómo interpretarán tal resultado, cómo elaborarán el informe colectivo... no nos entendemos. Es como si hablásemos otro idioma.

De manera que tenemos la posibilidad de participar justamente en aquello donde no creemos que desde el conocimiento sindical podamos aportar más elementos y experiencias: el contenido médico de la vigilancia de la salud. De forma que a veces se producen discusiones sin mucho sentido. Por ejemplo, discutir en abstracto si en la vigilancia de la salud se debe preguntar sobre el número de cigarrillos no le encuentro sentido. En todo caso si aparece la discusión, que es posible y totalmente lícita, entiendo que se debe contextualizar en los objetivos que persigue la vigilancia de la salud. Hoy nuestras experiencias se centran, casi exclusivamente, en intentar incidir para que la vigilancia de la salud se planifique y nos den los resultados colectivos de las mismas.

## APUNTES PARA LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA

En las reflexiones anteriores he señalado algunos aspectos que creo que sería necesario resituar. Y no todo es negociación. Algunos colectivos sindicales han planteado el problema de cómo modificar estas cláusulas, ya que una parte importante de trabajadores y trabajadoras viven como una conquista y una mejora de la población trabajadora que año tras año nos hagan una revisión médica.

Creo que la estrategia es parecida a otras contradicciones con que nos hemos encontrado en nuestro camino. Por ejemplo, la del plus económico por el riesgo. Estamos hablando de un tema de percepción de manera que no creo que sea posible cambiar la realidad por «decreto ley». Es a través de la formación, el diálogo y la parti-

---

<sup>2</sup> En general este tema nos vemos con «fuerza» de plantearlo en aquellas empresas en las que ya existe una cierta actividad preventiva y en las que comités de seguridad y salud tiene una cierta dinámica de participación.

cipación como se pueden establecer nuevas complicidades entre la población trabajadora para hacer valer nuestros derechos; pero sin duda nos tenemos que enfrentar a la contradicción que hoy existe, ya que no estamos hablando de otra cosa que de las prioridades de la prevención y posiblemente de actividades que aportan más elementos a una falsa prevención que a una prevención real.

Sabemos perfectamente que la negociación colectiva nos debe servir para desarrollar, concretar y ampliar derechos legislativos en el marco y realidad de cada uno de los ámbitos de negociación. Con el objetivo de aportar elementos a la reflexión quisiera recoger algunos temas que pueden ser susceptibles de incorporación a la negociación colectiva.

Un primer bloque de temas está relacionado con la concreción y desarrollo de los derechos fundamentales de los trabajadores y trabajadoras, como pueden ser los derechos a la intimidad, a la confidencialidad y a la no discriminación por motivos de salud.

Por ejemplo en el convenio estatal de Industrias de Curtido, Correas y Cueros Industriales y Curtición de Pieles para la Peletería<sup>3</sup> se recoge que cuando se demuestre el incumplimiento de la obligación de preservar los derechos de intimidad, dignidad y confidencialidad, el Comité de Seguridad y Salud tendrá derecho a solicitar el cese inmediato de la persona responsable.

En relación al tema de la discriminación por motivos de salud, en Catalunya se está abriendo un debate parcialmente relacionado con la vigilancia de la salud: el tema del cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. Nuestra experiencia, principalmente en la acción sindical en la empresa, nos señala que si la intervención sindical se realiza caso a caso es complicadísima de articular, y actualmente se está realizando la experiencia de articular protocolos de actuación sobre el tema.

También en relación con el tema de la no discriminación otro aspecto que se debería vigilar es lo que está pasando con relación a la vigilancia de la salud «después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud». En primer lugar porque en numerosas ocasiones se realiza antes de la firma del contrato y además, parafraseando a Valeria Uberti-Bona<sup>4</sup>, porque si la incorporación al trabajo o la asignación de tareas es anterior al reconocimiento médico, éste sólo puede servir para recomendar una adecuación del puesto a las capacidades del trabajador y en ningún caso como elemento de quiebra del principio de igualdad de oportunidades o de exclusión laboral por motivos de salud.

Otro tema que me parece sugerente para incluirlo en la negociación colectiva es el de cómo se concreta el derecho que todo trabajador y trabajadora tiene a ser informado y conocer para qué y cómo le realizarán la vigilancia de la salud. El abordaje de este tema sería imprescindible para llevar a último término la voluntariedad de la vigilancia de la salud. Y, por qué no llevarlo hasta el último extremo: el consentimiento informado.

Garantizar y desarrollar el derecho a la participación. Quizás este tema es el que más ha evolucionado en algún convenio firmado en los últimos años. Por ejemplo: el convenio de Danone<sup>5</sup> señala: «la frecuencia, exploración y pruebas complementarias de los reconocimientos médicos serán protocolizados y consensuados con los Comités de Seguridad y Salud, teniendo en cuenta la edad, antecedentes patológicos y la exposición a diferentes factores de riesgo. El comité intercentros validará estos protocolos».

Y, finalmente, y en relación con este tema no puedo pasar por alto la reflexión sobre una práctica muy extendida en la acción sindical: la reivindicación de la inclusión de las revisiones ginecológicas. La inclusión de esta cláusula responde a las dificultades que han existido y que aún hoy persisten para que el sistema público de salud de respuesta a una necesaria actividad preventiva de salud pública. Y es por ello que creo totalmente lícito y correcto que la negociación colectiva dé respuesta a aquellas realidades en las que el sistema público de salud no atiende esta necesidad de salud de las mujeres. Pero también creo que debemos hacer un esfuerzo para contextualizar esta reivindicación. Desde mi punto de vista debe ser un tema situado en las mejoras sociales, como cuando establecemos ayudas relacionadas con ausencias de las políticas del Estado, como pueden ser el tema de las guarderías, o la gran mayoría de actuaciones realizadas por los dentistas.

---

<sup>3</sup> Publicado en el BOE de 21 de agosto de 2000.

<sup>4</sup> En: «la tutela de los derechos e intereses de los trabajadores en los procesos de reconocimiento, declaración, registro, tratamiento e indemnización de las enfermedades profesioanles», que se puede consultar en la web [www.ccoo.es/istas](http://www.ccoo.es/istas)

<sup>5</sup> Publicado en el BOE del 21 de julio de 2000.

# LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA DE LAS MUTUAS

PERE TEIXIDÓ

*Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Mutua Universal*

Antiguamente, y hasta la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la mayoría de trabajadores tenía conocimiento de la existencia de la práctica preventiva de las Mutuas por la realización del reconocimiento médico periódico. Reconocimiento que suponía una práctica rutinaria, inespecífica y sistemática, sin un objetivo claramente definido y con escaso valor preventivo, que se repetía de año en año. Sin embargo, Mutua Universal fue pionera en la práctica preventiva de la Vigilancia de la Salud tal como marca la nueva ley, ya que en 1989 inició la realización de una encuesta de Salud, donde la empresa indicaba los posibles riesgos químicos, físicos y biológicos, a partir de los cuales se elaboraban los protocolos de actuación y de control biológico de exposición, fue el inicio del reconocimiento médico específico en función del riesgo, de forma generalizada y para todos los trabajadores.

La puesta en escena de la Vigilancia de la Salud, como una de las herramientas para llevar a cabo la nueva ley, supone la práctica de un conjunto de acciones preventivas sanitarias, que se desarrollan durante todo el año, en contacto con la empresa y el trabajador. Las Mutuas han realizado un gran esfuerzo para cumplir con la ley y poder ofrecer al trabajador un servicio personalizado, orientado a su actividad profesional y a la promoción de la salud.

Así pues, Mutua Universal entiende que la Vigilancia de la Salud se basa en el estudio del estado de salud de los trabajadores in situ, en relación con su puesto de trabajo, para prevenir que la actividad laboral, desarrollada en dicho puesto, pueda ocasionarle cualquier tipo de alteración en su salud y en la de sus compañeros.

El médico especialista en Medicina del Trabajo y DUE de empresa son los elementos principales para llevar a la práctica la Vigilancia de la Salud; sin embargo, para poder cumplir con dicha práctica, han de apoyarse en otros profesionales sanitarios, médicos especialistas y médicos no especialistas que serán los que traduzcan, cuando sea necesario en acto médico, la actividad desarrollada por el responsable de la Vigilancia de la Salud. El médico especialista en Medicina del Trabajo desarrollará su actividad visitando la empresa, entrando en contacto con los trabajadores, identificando los puestos de riesgo, clasificando los riesgos encontrados y a partir de dicha información, elaborará el reconocimiento médico, que ya no será rutinario ni sistemático, sino que a partir de una actividad preventiva observacional, medirá los efectos de la exposición a los riesgos, mediante la actuación médica protocolizada. Elaborará la Historia Clínica de cada trabajador, donde quedarán reflejados los posibles riesgos a los que está sometido, riesgos a los que ha estado sometido anteriormente y su estado de salud, así como las alteraciones que haya podido tener del mismo. A partir de toda la información recogida elaborará estudios epidemiológicos, que permitirán conocer e incidir en las causas que alteran la salud.

Así pues hablamos de una actividad médica específica, en función del riesgo, que utilizará las pruebas más pertinentes, así como una secuencia y periodicidad fijadas según criterios de eficacia (especificidad, sensibilidad, valor predictivo y eficiencia), con una visión individual y a la vez general de toda la población de la empresa y puestos de trabajo. El reconocimiento médico pierde la inespecificidad que conduce a la rutina y gana la generalización de la especificidad.

La Prevención es un todo, donde todas las disciplinas se unen para poder aportar el máximo beneficio para la salud de los trabajadores. La Vigilancia de la Salud incorpora la información que le facilita el técnico, sobre las máquinas, herramientas, productos y condiciones de trabajo, donde desarrolla su actividad laboral, para tener una

visión global de todo aquello que puede afectar al trabajador, ya que como conocedor de la salud del mismo y de sus sensibilidades, podrá prevenir todas aquellas alteraciones de la salud que puedan derivarse de su actividad. Higiene, Seguridad, Ergonomía, Psicología y Salud Laboral se unen con el único fin de conseguir la prevención de la salud de la población laboral.

Hasta la aparición de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, las disciplinas antes citadas trabajaban por separado, perdiendo la imagen global del trabajador y su entorno, se tenía una imagen sesgada, lo que impedía poder conseguir un elevado grado de eficacia, eficiencia y efectividad, necesario para poder asegurar la salud de la población laboral.

Como ya se ha dicho, uno de los objetivos de la Vigilancia de la Salud es la prevención de alteraciones de la salud de los trabajadores, pero no es el único, ya que incorpora la prevención primaria, que es la única que actúa antes de que aparezca la alteración de la salud, mediante la formulación de indicaciones para corregir hábitos u otras condiciones que puedan estar sumándose para dañar la salud, y mediante la formación sanitaria. Podemos controlar el puesto de trabajo, la actividad, los posibles riesgos, la salud, pero si no enseñamos al trabajador como enfrentarse a todo ello, fracasaremos ya que no enferma el trabajo en sí, sino la forma de trabajar.

Por todo ello la Vigilancia de la Salud implica una renovación, en la forma de afrontar la salud de los trabajadores, que conjuntamente con las demás disciplinas ha de servir para mejorar la calidad de la salud de la población laboral. Dicha renovación también afecta a la empresa y al trabajador, que ha de entender y participar en la Vigilancia de la Salud. Han de comprender la necesidad de una actividad preventiva multidisciplinar y orientada al riesgo y renunciar a la rutina y sistematización que, aunque pueda ser más cómoda y barata inicialmente, no aporta ningún beneficio preventivo y siempre acaba siendo más cara.

# LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD\*

PERE PLANA

*Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo*

El actual marco legislativo de la prevención de riesgos laborales es relativamente joven. Hace prácticamente 5 años de la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre) y poco menos del Reglamento de los Servicios de Prevención (Real Decreto 39/1997 de 17 de enero y modificado posteriormente por el RD 780/1998 de 30 de abril).

Los temores presentes en las etapas de borradores de la Ley y del Reglamento referentes al papel que desempeñarían los profesionales sanitarios (médicos y ATS del trabajo y/o empresa) en la prevención de riesgos profesionales han quedado suficientemente disipados. La realidad es que tenemos un marco de actuación muy amplio y que nos quedan instrumentos y tareas escasamente desarrollados que reforzarían nuestro papel en el seno de los Servicios de Prevención, fundamentalmente los servicios propios, al mismo tiempo que nuestra tarea de vigilancia de la salud de los trabajadores se vería reforzada.

En la práctica, la mayor parte de los profesionales sanitarios dedican sus esfuerzos profesionales a realizar los exámenes de salud relacionados con la vigilancia de la salud y a la organización y atención de los primeros auxilios.

Otros campos de actividad son la participación, juntamente a otros técnicos, en la evaluación de riesgos, la información y formación de los trabajadores, la colaboración cercana con los higienistas industriales para relacionar las mediciones higiénicas y los resultados de la vigilancia de la salud. Y en el marco de esta última una herramienta fundamental y poco utilizada es la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

Los servicios de prevención tienen, entre sus obligaciones, la investigación de las causas de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, su relación con las condiciones de trabajo y la consiguiente propuesta de actuación preventiva para evitar su repetición.

Las causas que originan o agravan las situaciones de la incapacidad temporal por contingencias comunes pueden tener una relación más o menos directa con las condiciones de trabajo. En este caso la investigación de esta hipotética relación es poco frecuente, entre otras cosas, por el desconocimiento del diagnóstico real que origina la incapacidad laboral y su correspondiente análisis para determinar las relaciones con las condiciones de trabajo.

El conocimiento del diagnóstico de las incapacidades temporales por contingencias comunes es el primer pero fundamental paso para averiguar la posible relación entre la patología que motiva la ausencia y las condiciones del puesto de trabajo. También el conocimiento del diagnóstico determinará la derivación del trabajador enfermo o accidentado, inicialmente atendido en la atención primaria, a su mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En general, podemos afirmar que las contingencias profesionales no presentan dudas sobre su origen. Entre las contingencias comunes, las patologías relacionadas con el aparato locomotor y respiratorio, las patologías psiquiátricas y las dérmicas, entre otras, pueden tener una relación causal o de agravamiento con las condiciones de trabajo.

---

\* El presente documento forma parte de una ponencia que se presentará el próximo 30 de noviembre en la IX Diada de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball a celebrar en Barcelona.

El conocimiento del diagnóstico está legitimado, entre otros, por el propio Reglamento de los Servicios de Prevención en sus artículos 37 (Funciones de nivel superior), 38 (Colaboración con el Sistema Nacional de Salud) y 39 (Información sanitaria):

1. Las funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores son desarrolladas por personal sanitario debidamente acreditado (médico especialista en medicina del trabajo o diplomado en medicina de empresa y ATS/DUE de empresa).
2. La vigilancia de la salud (de acuerdo con el artículo 22 de la LPRL) ha de contemplar:
  - 2.1. Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial, después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
  - 2.2. Una evaluación de la salud de los trabajadores que vuelven al trabajo después de una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción adecuada para proteger los trabajadores.
  - 2.3. Una evaluación de la salud de manera periódica.
3. El personal sanitario del servicio de prevención ha de conocer las enfermedades que se producen entre los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud, a los efectos de poder identificar cualquier relación entre la causa de la enfermedad y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.
4. El personal sanitario del servicio de prevención deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de riesgos con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio para investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas dirigidas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.
5. El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará especialmente los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y propondrá las medidas preventivas adecuadas.
6. El servicio de prevención colaborará con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el trabajo.
7. El servicio de prevención colaborará en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria.
8. El personal sanitario del servicio de prevención realizará la vigilancia epidemiológica, efectuando las acciones necesarias para el mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral en su ámbito de actuación.

Esta ponencia presenta cómo gestiona un Servicio de Prevención propio la incapacidad laboral (IT) por contingencias comunes para que sea útil como un instrumento en la vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras.

Es el Servicio de Prevención de una compañía multinacional dedicada a la fabricación, distribución y comercialización de detergentes y otros productos para la limpieza doméstica, con aproximadamente 700 empleados en el Estado español. Dispone de las cuatro disciplinas (seguridad, higiene, medicina del trabajo, ergonomía/psicosociología con 3 técnicos superiores).

La Unidad Básica Sanitaria (UBS) está integrada por un médico del trabajo y 2 ATS del trabajo a dedicación completa más una trabajadora social y 2 ATS del trabajo con una dedicación parcial (estos últimos en el turno de noche).

La compañía tiene en nuestro país una planta productiva (450 empleados), unas oficinas centrales (60 emple-

ados), un almacén inteligente (20 empleados) y 5 delegaciones comerciales repartidas por todo el territorio (150 empleados).

Se han establecido unas enfermedades centinelas que pueden tener una relación de causalidad o agravamiento en función del proceso productivo y las materias primas utilizadas. Son las enfermedades de la piel, las respiratorias (agudas y crónicas) y las musculoesqueléticas.

Mediante la recepción de los partes de bajas y altas, la UBS ha establecido un Sistema de Información que permita conocer la causa que origina la ausencia y su análisis posterior para determinar la posible relación con las condiciones de trabajo.

Podemos definir como *objetivo general* de este sistema de información: conseguir el conocimiento diagnóstico de las ausencias de los trabajadores por contingencias comunes.

Como *objetivos específicos*:

- Incorporar el conocimiento diagnóstico de la incapacidad temporal por contingencias comunes a la vigilancia de la salud.
- Reforzar el papel de la Unidad Básica Sanitaria en la gestión de los recursos humanos de las empresas.
- Definir los programas de promoción de la salud en función de las enfermedades más prevalentes.
- Actualizar permanentemente los antecedentes patológicos de los trabajadores.
- Aprovechar los motivos de ausencias de la incapacidad temporal en las entrevistas de los exámenes de salud periódicos para reforzar el trabajo de educación para la salud e individualizar el consejo sanitario.

La información recogida permite un análisis de tipo individual y, posteriormente, otro de tipo poblacional o colectivo.

**Individual.** Una vez conocida la causa que motiva la ausencia, se analiza el puesto de trabajo de acuerdo con la evaluación de riesgos para averiguar posible relación. En la experiencia de un año (julio 1999 a junio 2000):

- No se ha determinado ningún cambio de contingencia (de común a profesional).
- Unos episodios de trastornos musculoesqueléticos en dos trabajadores del mismo departamento han servido para presentar desde el Servicio de Prevención y aprobar por parte de la dirección industrial una actuación ergonómica de modificación de un procedimiento de trabajo.
- La alta incidencia por trastornos musculoesqueléticos ha servido para iniciar un plan de actuaciones de mejora ergonómica en función de la evaluación de riesgos y de los puestos de trabajo de estos trabajadores.
- Se está investigando actualmente si hay relación con las condiciones de trabajo un síndrome de canal carpiano diagnosticado recientemente a un trabajador.

También llega a la Unidad Básica Sanitaria información individualizada y nominal de las ausencias del puesto de trabajo por permisos (particulares y visitas médicas principalmente) que servirán al médico del trabajo para analizar una alta frecuentación de los mismos.

**Poblacional.** A efectos ilustrativos de la situación de la compañía la tabla 1 muestra los casos incidentes correspondientes al periodo entre el 1 de julio de 1999 y el 30 de junio de 2000 utilizando el CIE-9 en su codificación.

Los dos grupos diagnósticos más frecuentes (enfermedades respiratorias y del aparato locomotor) corresponden al grupo de patologías que se han decidido analizar de acuerdo con los riesgos presentes en el lugar de trabajo (juntamente a las dermatopatías).

Las tablas 2, 3 y 4 muestran la distribución de las IT por enfermedades respiratorias, aparato locomotor y dérmicas, respectivamente, de acuerdo a su diagnóstico específico. Es evidente su importancia para comprobar las patologías más frecuentes y, en una segunda etapa, analizarlas por puesto de trabajo.

TABLA 1  
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES DE IT Y SU DURACIÓN EN FUNCIÓN  
DEL GRUPO DIAGNÓSTICO  
(julio 1999-junio 2000)

| Grupo diagnóstico                           | Casos incidentes |                | Días de baja |                | Duración media |
|---------------------------------------------|------------------|----------------|--------------|----------------|----------------|
|                                             | n                | %              | n            | %              |                |
| Enfermedades aparato respiratorio           | 80               | (31,4)         | 834          | (13,8)         | 10,4           |
| Enferm. ap. locomotor y tejidos conectivos  | 47               | (18,4)         | 1.180        | (19,6)         | 25,1           |
| Lesiones y envenenamientos                  | 34               | (13,3)         | 1.073        | (17,8)         | 31,6           |
| Enfermedades aparato digestivo              | 21               | (8,2)          | 308          | (5,1)          | 14,7           |
| Trastornos mentales                         | 9                | (3,5)          | 689          | (11,4)         | 76,6           |
| Operaciones de nariz, boca y faringe        | 8                | (3,1)          | 43           | (0,7)          | 5,4            |
| Enferm. sistema nervioso y órganos sentidos | 7                | (2,7)          | 389          | (6,5)          | 55,6           |
| Síntomas, signos y afec. mal definidas      | 6                | (2,4)          | 107          | (1,8)          | 17,8           |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias     | 6                | (2,4)          | 104          | (1,8)          | 17,3           |
| Operaciones sistema musculoesquelético      | 4                | (1,6)          | 308          | (5,1)          | 77,0           |
| Operaciones aparato digestivo               | 4                | (1,6)          | 180          | (3,0)          | 45,0           |
| Operaciones órganos genitales masculinos    | 4                | (1,6)          | 129          | (2,1)          | 32,3           |
| Operaciones ojos                            | 4                | (1,6)          | 127          | (2,1)          | 31,8           |
| Enfermedades génito - urinarias             | 4                | (1,6)          | 79           | (1,3)          | 19,8           |
| Enferm. de la piel y tejidos subcutáneos    | 4                | (1,6)          | 50           | (0,8)          | 12,5           |
| Operaciones sistema endocrino               | 2                | (0,8)          | 102          | (1,7)          | 51,0           |
| Enfermedades aparato circulatorio           | 2                | (0,8)          | 33           | (0,5)          | 16,5           |
| Sin diagnóstico                             | 2                | (0,8)          | 16           | (0,3)          | 8,0            |
| Neoplasias                                  | 1                | (0,4)          | 157          | (2,6)          | 157,0          |
| Operaciones órganos genitales femeninos     | 1                | (0,4)          | 36           | (0,6)          | 36,0           |
| Operaciones aparato cardiovascular          | 1                | (0,4)          | 26           | (0,4)          | 26,0           |
| Complicaciones embarazo                     | 1                | (0,4)          | 25           | (0,4)          | 25,0           |
| Operaciones de piel y tegumentos            | 1                | (0,4)          | 15           | (0,2)          | 15,0           |
| Miscelánea procedimientos diagn. y terap.   | 1                | (0,4)          | 14           | (0,2)          | 14,0           |
| Clasif. Suplem. fact. influyen estado salud | 1                | (0,4)          | 7            | (0,1)          | 7,0            |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>255</b>       | <b>(100,0)</b> | <b>6.031</b> | <b>(100,0)</b> | <b>23,7</b>    |

TABLA 2  
DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO Y DURACIÓN MEDIA DE LOS CASOS NUEVOS DE IT SEGÚN EL  
DIAGNÓSTICO. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS Y CRÓNICAS  
(julio 1999-junio 2000)

| Enfermedades      | Casos incidentes | Duración media |
|-------------------|------------------|----------------|
| Gripe             | 43               | 8,6            |
| Resfriado común   | 22               | 8,9            |
| Amigdalitis aguda | 6                | 5,8            |
| Neumonías         | 3                | 56,7           |
| Bronquitis aguda  | 2                | 13,5           |
| Asma              | 1                | 9              |
| Faringitis aguda  | 2                | 2,5            |
| Neumotórax        | 1                | 23             |
| <b>TOTAL</b>      | <b>80</b>        | <b>10,4</b>    |



TABLA 3  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO Y DURACIÓN MEDIA DE LOS CASOS NUEVOS  
 DE IT SEGÚN EL DIAGNÓSTICO. ENFERMEDADES DE LA PIEL**  
 (julio 1999-junio 2000)

| Enfermedades     | Casos incidentes | Duración media |
|------------------|------------------|----------------|
| Quistes sebáceos | 2                | 6,0            |
| Paroniquia       | 1                | 26,0           |
| Eritema nodoso   | 1                | 12,0           |
| <b>TOTAL</b>     | <b>4</b>         | <b>12,5</b>    |

TABLA 4  
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO Y DURACIÓN MEDIA DE LOS CASOS NUEVOS  
 DE IT SEGÚN EL DIAGNÓSTICO. ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS**  
 (julio 1999-junio 2000)

| Enfermedades                   | Casos incidentes | Duración media |
|--------------------------------|------------------|----------------|
| Cervicalgias                   | 8                | 19,9           |
| Dorsalgias                     | 3                | 9,0            |
| Lumbalgias                     | 15               | 22,3           |
| Dolor articular                | 12               | 18,3           |
| Epicondilitis derecha          | 1                | 60,0           |
| Epicondilitis izquierda        | 1                | 219,0          |
| Patología de la rodilla        | 2                | 16,0           |
| Artrosis varias localizaciones | 1                | 110,0          |
| Tendinitis                     | 2                | 12,0           |
| Ganglión                       | 1                | 1,0            |
| Ciática                        | 1                | 11,0           |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>47</b>        | <b>25,1</b>    |

La mayor parte de las enfermedades de la tabla 4 son relativamente frecuentes en un sector de edad y, en ocasiones, pueden tener una relación con trabajos que exigen un cierto esfuerzo físico de extremidades superiores incluso con cargas de poco peso, pero con ciclos repetitivos. En todo caso, si la patología no ha estado directamente relacionada con el trabajo habitual si que puede presentar dificultades para desarrollarse con normalidad y puede justificar un cambio de puesto de trabajo.

Este hecho ha permitido presentar desde el Servicio de Prevención la mejora ergonómica de unos puestos de trabajo del área de producción venciendo el recelo de la dirección en relación a justificar una inversión económica.

## CONCLUSIONES/REFLEXIONES

Podemos separar las conclusiones según sean para la Unidad Básica Sanitaria/Servicio de Prevención, los trabajadores y la dirección.

**Unidad Básica Sanitaria.** El establecimiento de un sistema de información para obtener los diagnósticos de las incapacidades temporales es imprescindible para la Unidad Básica Sanitaria. Dicho de otra manera, no es posible que la UBS tenga desconocimiento de la ausencia por enfermedad de los trabajadores y, consecuentemente,

los motivos de las mismas. Es preciso recordar que las UBS están constituidas por dos profesionales (medicina e enfermería) y es necesario dotar del contenido adecuado su tarea. La obtención del diagnóstico y su codificación en un sistema informático de gestión sería el mínimo indispensable. A partir de este punto, la utilización sistematizada y organizada de estos datos como herramienta de vigilancia o promoción de la salud puede ir en función del interés o posibilidades del equipo que las gestione.

**Trabajadores.** Este sistema de información/gestión puede representar posiciones contrapuestas para los trabajadores. Para algunos se puede ver como una actuación positiva. Entienden que una correcta gestión sanitaria que tenga como finalidad la protección de su salud no puede prescindir de estos elementos informativos. Para otros, no es más que una intromisión en su vida privada que puede generar animadversión hacia el responsable de la UBS. Esta dicotomía de posturas vendrá determinada por una serie de factores entre los que podemos señalar:

- La imagen de profesionalidad e independencia de los integrantes de la UBS.
- El uso que se ha hecho de esta información en otras ocasiones que afecte al trabajador ausente o a otros trabajadores.
- La colaboración habitual establecida entre la UBS y los delegados de prevención, comité de seguridad y salud y comité de empresa.
- La propia personalidad del trabajador e incluso el motivo real de la ausencia.

Es muy probable que en un contexto de trabajo riguroso, profesional e independiente, con participación de los trabajadores y/o sus representantes en aquellas cuestiones donde sea conveniente y necesario, por parte de los integrantes de las UBS y con las garantías de confidencialidad necesarias, este procedimiento de utilizar las IT para la vigilancia de la salud tenga la máxima aceptación y colaboración por parte de los trabajadores.

**Dirección.** La dirección de la compañía ha de conocer, en primer lugar, que este sistema de información y gestión es necesario para realizar una correcta vigilancia de la salud. Debe equipar de recursos humanos y técnicos suficientes la UBS para que puedan trabajar con normalidad y eficiencia, respetando al mismo tiempo la confidencialidad de la información y garantizando la independencia de los profesionales sanitarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A et al. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto. Arch Prev Riesgos Labor 2000; 3(1): 12-17.
2. Borrell F. Incapacidad Temporal: Encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1999.
3. Insalud. Manual de gestión de la Incapacidad Temporal (2ª edición). Madrid: Insalud; 1999.
4. Cardona MB. Datos sanitarios y relación laboral. Valencia: Tirant Lo Blanch; 1999.
5. Benavides FG, Ruiz Frutos C, García García A. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson; 1997.
6. Plana M. El estudio del absentismo como instrumento de la prevención. Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2(4): 149-150.
7. Lorente F. La incapacidad temporal. Madrid: SmithKline Beecham; 1997.

# **CRITERIOS BÁSICOS PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: DECÁLOGO SOBRE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO**

PERE BOIX, FERNANDO G. BENAVIDES, GUILLERMO SORIANO,  
NEUS MORENO, JOSE M<sup>a</sup> ROEL, MONTSERRAT GARCÍA GÓMEZ

## **1. LA VIGILANCIA DE LA SALUD ES UN COMPONENTE ESENCIAL DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

La vigilancia de la salud es un componente esencial de la prevención de riesgos laborales y, como tal, una actividad que debe integrarse necesariamente en todas las fases de la intervención preventiva como parte inseparable de la actuación multidisciplinar de los Servicios de Prevención.

La prevención supone un conjunto de actuaciones orientadas a evitar los daños a la salud, por lo que su referente fundamental, tanto para identificar los problemas como para verificar la idoneidad de las soluciones, no es otro que el propio estado de salud de los trabajadores.

La vigilancia de la salud, en tanto que recogida sistemática de información sobre dicho estado de salud de los trabajadores, es una fuente de información imprescindible para la evaluación de los riesgos y de la eficacia de las medidas preventivas.

La información proporcionada por la vigilancia de la salud permite, además, detectar precozmente pérdidas de salud individual, formular hipótesis de causa-efecto y facilitar la adaptación del puesto de trabajo a la persona.

La vigilancia de la salud no debe utilizarse como sustitutiva de las medidas necesarias para evitar o controlar la exposición a riesgos.

## **2. LA VIGILANCIA DE LA SALUD SUPONE UNA NUEVA ORIENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA EN EL CAMPO DE LA MEDICINA DEL TRABAJO**

La vigilancia de la salud implica una nueva orientación preventiva de la actividad sanitaria en el campo de la Medicina del Trabajo superadora de la tradicional actuación puramente asistencial.

Los profesionales sanitarios en Medicina y Enfermería del Trabajo asumen la función de estudiar y analizar la interacción entre las personas y las condiciones de trabajo en una situación concreta con el fin de detectar posibles daños a la salud y facilitar así las actuaciones encaminadas a evitar su progresión, su extensión o su reiteración.

Para cumplir dicha función, los profesionales sanitarios necesitan disponer de informaciones producidas por otros prevenciónistas sobre la entidad de los riesgos presentes en cada puesto de trabajo.

A su vez, la actividad de los profesionales sanitarios genera información sobre los eventuales efectos de dichos riesgos y sobre la idoneidad del puesto de trabajo en relación con el estado de salud del trabajador.

## **3. LA VIGILANCIA DE LA SALUD NO ES UNA ACTIVIDAD EXCLUSIVAMENTE ASISTENCIAL**

La vigilancia de la salud no se agota en los reconocimientos médico-diagnósticos individuales sino que abarca un conjunto de actividades de recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores tanto a par-

tir de datos objetivos como subjetivos, provenientes de fuentes primarias o secundarias, y organizados como datos individuales o agregados.

Además de los exámenes médicos, otros procedimientos como el control de indicadores biológicos, las encuestas de salud, la utilización de técnicas cualitativas o los estudios epidemiológicos constituyen fuentes de información muy importantes en un sistema de vigilancia de la salud de los trabajadores.

La vigilancia de la salud requiere, por tanto, una capacitación profesional no sólo para la atención integral especializada de enfermedades laborales sino también para la gestión y el análisis de información sanitaria, lo cual permite la incorporación de otros profesionales sanitarios además de los de formación puramente médico-clínica.

#### **4. LA VIGILANCIA DE LA SALUD DEBE ABARCAR LO INDIVIDUAL Y LO COLECTIVO**

Un sistema integral y coherente de vigilancia de la salud no sólo incluye una valoración individual del estado de salud de los trabajadores, sino también el estudio sistemático de los patrones de salud y enfermedad en los diferentes colectivos laborales.

Los exámenes de salud son el medio más habitual para valorar la salud individual de los trabajadores. De sus resultados se obtiene información sobre la necesidad de adaptar un determinado puesto de trabajo según las aptitudes del trabajador (prevención primaria) o sobre una eventual afectación precoz de la salud individual que requiere una actuación preventiva inmediata para evitar un deterioro mayor (prevención secundaria).

Un tratamiento epidemiológico sistemático de los resultados de estos exámenes permite, además, un mejor conocimiento sobre las relaciones entre trabajo y salud no sólo en un sentido *negativo* (detección de riesgos a partir del daño), sino también *positivo* (verificar la eficacia de la prevención comprobando la disminución o ausencia de daños), con lo que se refuerza el papel de la vigilancia de la salud como instrumento para la prevención primaria.

#### **5. LA VIGILANCIA DE LA SALUD ES UN ELEMENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES**

En términos de salud, la relación entre un trabajador y el medio ambiente laboral no puede considerarse aisladamente. Múltiples interacciones entre condiciones laborales y extralaborales, entre exposiciones ambientales y patrones culturales, entre comportamientos individuales y condiciones socioeconómicas, acaban siendo determinantes del nivel de salud de las personas.

No es posible, por ello, plantear con coherencia una vigilancia de la salud integral del trabajador exclusivamente orientada a los factores de riesgo específicos de su trabajo sin tener en cuenta otros elementos como el estado nutricional, los hábitos individuales, la diversidad de género o los condicionantes propios de la edad.

Por otra parte, razones de efectividad, aconsejan la integración en un mismo sistema de vigilancia de la salud de las enfermedades comunitarias más prevalentes (p.e. cardiovasculares) además de las relacionadas con el trabajo.

#### **6. LA VIGILANCIA DE LA SALUD REQUIERE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ESPECÍFICOS SEGÚN LOS RIESGOS**

Un protocolo de vigilancia de la salud no es sino un plan secuencial para la obtención de informaciones sobre los problemas de salud.

La protocolización de la vigilancia de la salud permite superar los exámenes médicos rutinarios, facilita el estudio de los problemas de salud específicamente relacionados con el riesgo laboral y garantiza una actuación homogénea y científicamente rigurosa.

Un protocolo no debe reducirse a un sistema de registro ni actuar como un corsé sino servir de guía para la

obtención progresiva de las informaciones adecuadas de cara al conocimiento de los problemas de salud en cada situación concreta.

En los protocolos de vigilancia de la salud deberían incluirse indicaciones sobre las diferentes fuentes de información disponibles para el estudio de cada problema específico así como sobre el análisis sistemático de las distintas informaciones.

Un protocolo específico en salud laboral es perfectamente compatible con actividades de vigilancia en salud comunitaria. Del mismo modo, debería incluirse la detección de enfermedades laborales en los exámenes de salud generales por parte del Sistema Nacional de Salud, especialmente cuando la naturaleza de los riesgos aconseje una vigilancia postocupacional.

## **7. LA VIGILANCIA DE LA SALUD DEBE RESPETAR LA INTIMIDAD DE LOS TRABAJADORES Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La recopilación de informaciones para la vigilancia de la salud debe guiarse estrictamente por objetivos de prevención de riesgos y de mejora de las condiciones de trabajo así como de protección de la salud del propio trabajador o de terceras personas. Estos objetivos son los que determinan qué informaciones son necesarias, cómo obtenerlas y quién debe acceder a ellas.

Todas las actividades de vigilancia de la salud deben someterse a los principios éticos de la investigación científica y de la deontología profesional y respetar el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos sanitarios.

El acceso a los datos y a los archivos médicos individuales debe restringirse sólo a los profesionales sanitarios. Los datos personales sobre la salud deben estar accesibles para cada trabajador y no pueden ser comunicados a terceras personas sin su expreso consentimiento.

No obstante, y siempre manteniendo el sigilo profesional y el anonimato, los datos agregados deben estar al alcance de las personas con funciones y competencias en salud laboral al objeto de posibilitar la utilización con fines preventivos de los resultados de la vigilancia de la salud.

## **8. LA VIGILANCIA DE LA SALUD NO DEBE GENERAR DISCRIMINACIÓN LABORAL**

Los resultados de las actividades de vigilancia de la salud no deben ser utilizados con finalidades discriminatorias ni en perjuicio de los intereses del trabajador.

La voluntariedad y el consentimiento informado de los trabajadores, ejercidos tanto individualmente como mediante mecanismos de participación colectiva, constituyen principios esenciales en este terreno.

Se debe evitar especialmente la utilización de la vigilancia de la salud como método de selección de trabajadores resistentes al riesgo. Los exámenes de salud deben orientarse a la prevención y no a la selección. En los exámenes de salud previos a la asignación de una tarea se evitarán valoraciones sobre requerimientos psicofísicos no justificados. En los exámenes de salud se tenderá a sustituir el concepto de «aptitud» del trabajador por el de «adaptación» del puesto de trabajo. Se rechaza explícitamente la utilización del llamado *screening genético* para valorar la predisposición o susceptibilidad individual de los trabajadores frente al riesgo.

Debe evitarse la pérdida de empleo por motivos de salud promoviendo en su lugar la adaptación del puesto de trabajo o la asignación de tareas alternativas como soluciones más idóneas.

## **9. LA VIGILANCIA DE LA SALUD NO DEBE CONFUNDIRSE CON EL CONTROL DEL ABSENTISMO**

El registro de ausencias y bajas laborales por motivos de salud representa una fuente de información sobre la incidencia de diversas patologías que pueden estar relacionadas con el trabajo.

El estudio y análisis de esta información puede ayudar a identificar si existe realmente alguna relación entre la enfermedad que motiva la baja y la exposición a riesgos en el lugar de trabajo. Para ello, es necesario que los

profesionales sanitarios tengan acceso a los datos sobre la incapacidad temporal por enfermedad y los analicen de una manera sistemática.

Sin embargo, dichos profesionales no deben verse involucrados en la gestión administrativa ni en el control disciplinario del absentismo, dado que no se trata de funciones propiamente sanitarias y que, por otra parte, pueden suponer un quebranto de la relación de confianza que se presupone en todo acto médico y también en la vigilancia de la salud.

## 10. LA VIGILANCIA DE LA SALUD REQUIERE INDEPENDENCIA PROFESIONAL

De acuerdo con los principios del Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Laboral, los profesionales sanitarios deben asesorar con rigor e imparcialidad tanto a los empresarios como a los trabajadores y a sus representantes en todo lo relativo a la vigilancia de la salud.

Deben cumplir fielmente la normativa sobre calificación y notificación de las enfermedades profesionales prestando su apoyo profesional a los trabajadores afectados para el reconocimiento e indemnización de las víctimas.

Los profesionales sanitarios deben tener la capacitación adecuada para cumplir con rigor sus funciones en materia de vigilancia de la salud, recurriendo cuando sea necesario a un adecuado apoyo especializado. Igualmente deben establecer lazos de cooperación entre el resto del equipo multidisciplinar encargado de la prevención y actuar coordinadamente con el Sistema Nacional de Salud.

El mantenimiento efectivo de la independencia profesional requiere de una adecuada protección normativa así como de suficientes garantías contractuales.

### ADHESIONES AL *DECÁLOGO SOBRE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO*

**Juan Carlos Bajo Albarracín.** Novotec Consultores,S.A.

**Manuel Baselga Monte.** Institut d'Estudis de la Salut (IES). Generalitat de Catalunya.

**Àngels Company Escalles.** Unitat de Salut Laboral Costa de Ponent.

**Juan Carlos Coto Fernández.** Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral OSALAN.

**Juan Manuel Ferris Gil.** Servicio de Prevención Nexgrup.

**Mariano Gallo Fernández.** Instituto Navarro de Salud Laboral.

**Fernando García Benavides.** Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

**Jerónimo Maqueda Blasco.** Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

**Salvador Moncada i Lluís.** Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).

**Jaume de Montserrat i Nonó.** Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball.

**Pere Plana.** Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo.

**Carlos Aníbal Rodríguez.** Universidad de Buenos Aires.

**Carlos Ruiz Frutos.** Universidad de Huelva.

**M<sup>a</sup> Dolores Solé Gómez.** Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT).

**José Vicente Silva Alonso.** Centro de Salud y Seguridad en el Trabajo. Cantabria.

**Manuel Velázquez.** Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Bilbao.

**Laurent Vogel.** Bureau Technique Syndical Européen pour la Sécurité et la Santé.

Para sumarse a la lista de adhesiones a la presente declaración enviar mensaje de conformidad a la siguiente dirección: **pboix@istas.ccoo.es** haciendo constar los siguientes datos:

Nombre y apellidos

DNI

Profesión/Titulación

Institución/Entidad/Empresa