

La vigilancia de la salud de los trabajadores 12 años después

Montserrat GARCÍA GÓMEZ

Ministerio de Sanidad y Consumo
mgarciag@msc.es

Valentín ESTEBAN BUEDO

Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Mariano GALLO FERNÁNDEZ

Instituto Navarro de Salud Laboral

Asunción GUZMÁN FERNÁNDEZ

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

RESUMEN

Desde 1996 en que entró en vigor la normativa de prevención de riesgos laborales hasta hoy, pocas son las empresas que, al menos de una manera formal, no han iniciado actuaciones preventivas. Sin embargo, el nuevo modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores encuentra todavía dificultades para su implantación.

El objetivo de este artículo es describir quién está haciendo vigilancia de la salud, qué está haciendo y cómo lo está haciendo, con la pretensión de dinamizar el debate y promover con ello la mejora de su calidad.

Para ello utilizamos como método describir las características del nuevo enfoque de la vigilancia de la salud de los trabajadores, y como material, datos procedentes de los sucesivos estudios, informes y publicaciones que han visto la luz estos doce años.

Palabras clave: vigilancia de la salud de los trabajadores. Descripción.

12 years of workers health surveillance

ABSTRACT

Most, if not all the companies, have started some kind of prevention activity since the new regulation of occupational risk prevention was issued on 1996. However, difficulties have been detected in the implementation of the new model of health surveillance.

The aim of this paper is to promote discussion and improvement of health surveillance by describing who is making health surveillance, what and how it is been done.

With this purpose we describe the main features of the new approach of workers health surveillance from data obtained from different studies reports and publications made in the last twelve years.

Key words: occupational health surveillance. Description.

REFERENCIA NORMALIZADA

GARCIA GÓMEZ, M., ESTEBAN BUEDO, V., GALLO FERNÁNDEZ, M., GUZMÁN FERNÁNDEZ, A. 2007. "La vigilancia de la salud de los trabajadores 12 años después". *Cuadernos de Relaciones Laborales. Vol. 25, núm. 1, 2007.*

Sumario: 1. Introducción. 2. Material y métodos. 3. Resultados y discusión. 3.1. Garantizada por el empresario y gratuita para todos los trabajadores. 3.2. Específica al riesgo laboral y protocolizada. 3.3. Voluntaria para el trabajador y participada. 3.4. Realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada, y con los recursos materiales adecuados a las funciones que se realizan. 3.5. Planificada. 3.6. Periódica. 3.7. Incluyendo la protección de. 3.8. Con análisis epidemiológico de los resultados. 3.9. Prolongada en el tiempo. 3.10. Documentada. 3.11. Autorizada y tutelada desde la administración. 4. Consideraciones finales. 5. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

Desde 1996 en que entró en vigor la nueva normativa de prevención de riesgos laborales hasta hoy, pocas son las empresas que, al menos de una manera formal, no han iniciado actuaciones preventivas. Sin embargo, el nuevo modelo de vigilancia de la salud encuentra todavía dificultades para su implantación.

Efectivamente, aunque la necesidad del trabajo interdisciplinar y de evolución de los reconocimientos médicos hasta la vigilancia de la salud, son cuestiones prácticamente indiscutibles, su aplicación práctica dista mucho de ser una realidad coherente con las formulaciones teóricas de la medicina del trabajo e incluso con la regulación normativa de esta materia.

La interpretación que desde varios ámbitos se ha realizado de esta obligación ha sido dispar. Existe un numeroso grupo de empresas que se han limitado a constituir formalmente el servicio de prevención y dotarlo de los recursos mínimos necesarios, cediendo buena parte de la actividad preventiva a proveedores externos. La posibilidad abierta por la disposición adicional segunda del Real Decreto 39/1997, que establece que el personal de los Servicios Médicos de Empresa se integrará en los servicios de prevención de las correspondientes empresas, no ha sido demasiado utilizada, renunciando la empresa a dicha actividad con recursos propios y cerrando dicho servicio. Se han acreditado Servicios de Prevención Ajenos sin Medicina del Trabajo. La moratoria de los reconocimientos generales con cargo a cuotas de las mutuas (realizada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales hasta el 2.002) no ha ayudado a que se clarifique y entienda el nuevo enfoque de la vigilancia de la

salud. Finalmente, las administraciones sanitarias no terminan de ejercer plenamente el papel de autoridad sanitaria en esta materia, y de implicarse en las actividades de vigilancia y control de estas actividades (Estebán, V. *et al.*, 2004).

El objetivo de este artículo es exponer muy brevemente el nuevo modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores y describir quién la está haciendo, qué está haciendo y cómo lo está haciendo, con la pretensión de dinamizar el debate y promover con ello la mejora de su calidad.

Nuevo enfoque de la vigilancia de la salud de los trabajadores

Introducir el concepto de vigilancia implica que se recogerá información (sobre riesgos y daños), y 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.

El principal propósito de la vigilancia de la salud es comprender mejor el impacto que el trabajo tiene sobre la salud de los trabajadores, de tal forma que sea posible mejorar las condiciones de trabajo. Por otra parte, la vigilancia debe posibilitar que se identifiquen, tan pronto como sea posible, los efectos adversos sobre el bienestar físico y mental, de tal manera que se pueda evitar la progresión hacia un ulterior daño para la salud más importante.

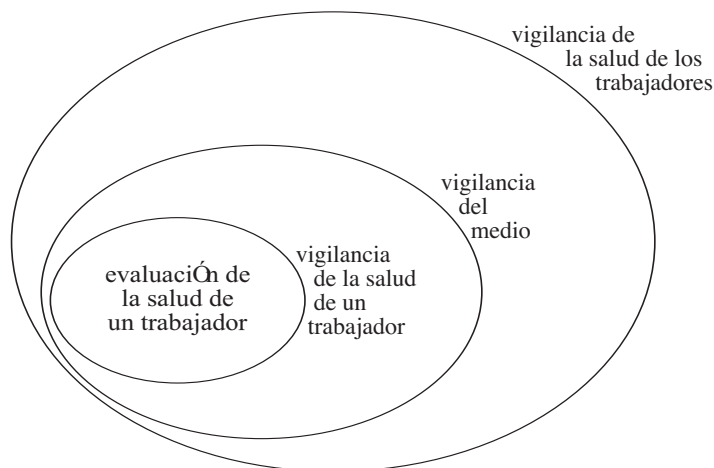
Siempre teniendo en cuenta que cuando los reconocimientos médicos específicos se realizan periódicamente proporcionan un seguimiento longitudinal del trabajador a riesgo, debiendo integrarse en los planes y programas de prevención y mejora de las condiciones de trabajo. El desarrollo de exámenes de salud en ausencia de programas de control y reducción de riesgos es inadecuado (figura 1).

Partimos del siguiente modelo teórico: el proceso por el cual un agente (químico, físico, biológico, mecánico, psicosocial) en el medio laboral produce una consecuencia negativa en el sujeto se puede esquematizar en un eje riesgo-exposición-efecto (Thacker SB. *et al.*, 1996) (figura 2).

Tal y como nos propone Halperin (1996), podemos integrar conceptos básicos relativos a la prevención procedentes de tres disciplinas: salud pública, salud laboral, y gestión de la calidad total, a través de lo cual demostraremos la relación entre vigilancia e intervención preventiva.

El primer principio procede de la salud pública. Hay tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria busca la eliminación de los

Figura 1. Vigilancia de la salud de los trabajadores



Inspirada en *Managing workplace health and safety: health surveillance* (first draft, 1999), del Grupo ad hoc del Comité Consultivo de Seguridad, Higiene y Protección de la Salud en el Trabajo de la Comisión Europea.

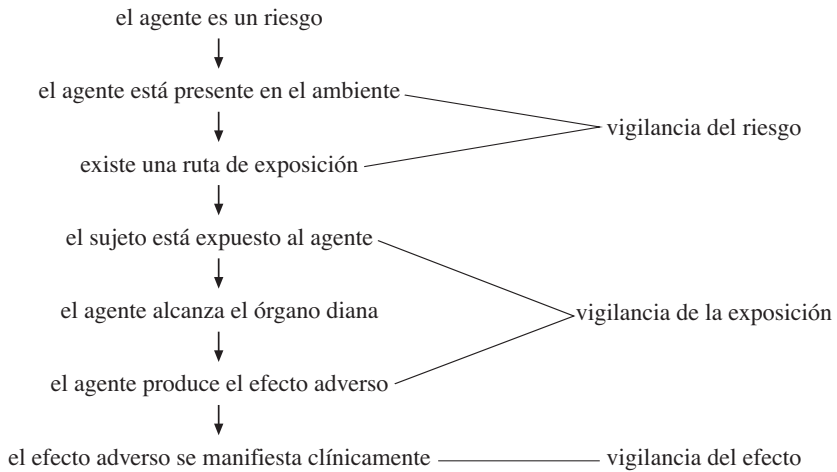
riesgos, la prevención de la enfermedad antes de contraerla. La prevención secundaria es la detección precoz de la enfermedad, cuando ésta es más fácilmente tratable. La prevención terciaria se refiere a las medidas de rehabilitación que reducen el tiempo de incapacidad.

La salud laboral, particularmente la higiene industrial, aporta el segundo principio, que es la jerarquía de los métodos de control. En ésta, la eliminación del riesgo mediante sustitución es la más eficaz. Menos deseables son las modificaciones organizativas o los cambios en los procesos industriales. La alternativa menos eficaz es la utilización de equipos de protección individual. El continuo de medidas que van desde la prevención primaria a la terciaria, desde la toxicología a la medicina clínica, es un concepto básico de la prevención de riesgos laborales. En esencia, hay un continuo de la prevención que incorpora dos conceptos: una jerarquía de los controles y una progresión de medidas preventivas procedentes de distintas disciplinas.

El tercer principio es el de la vigilancia. La vigilancia se ha definido en Salud Laboral como la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de datos sobre los riesgos, enfermedades o accidentes, integrado estrechamente con la difusión de esta información a los agentes responsables de la prevención y el control (Thacker SB, Berkelman R. 1992).

El concepto de vigilancia tiene una fuerte similitud con el "Ciclo de Shewhart para aprender y mejorar", que es un elemento básico de la gestión de la calidad total

Figura 2. Proceso por el cual un agente produce un efecto adverso y el correspondiente tipo de vigilancia

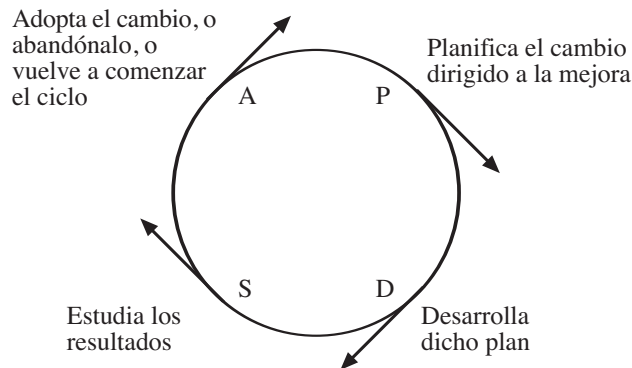


Thacker et al., 1996

(TQM). El ciclo de Shewhart tiene cuatro etapas: planificar, hacer, estudiar y actuar (figura 3).

Los conceptos de vigilancia y el ciclo de Shewhart son paralelos. Ambos implican la recogida de información después de una acción y el uso de dicha información en un bucle para cambiar las circunstancias que condujeron al efecto objetivo. Aplicado a la producción en la industria, planificar y hacer se refieren a los métodos o la organización de los medios de producción, mientras que desde un punto de vista preventivo, se refieren al uso de alguna técnica del continuo de la prevención.

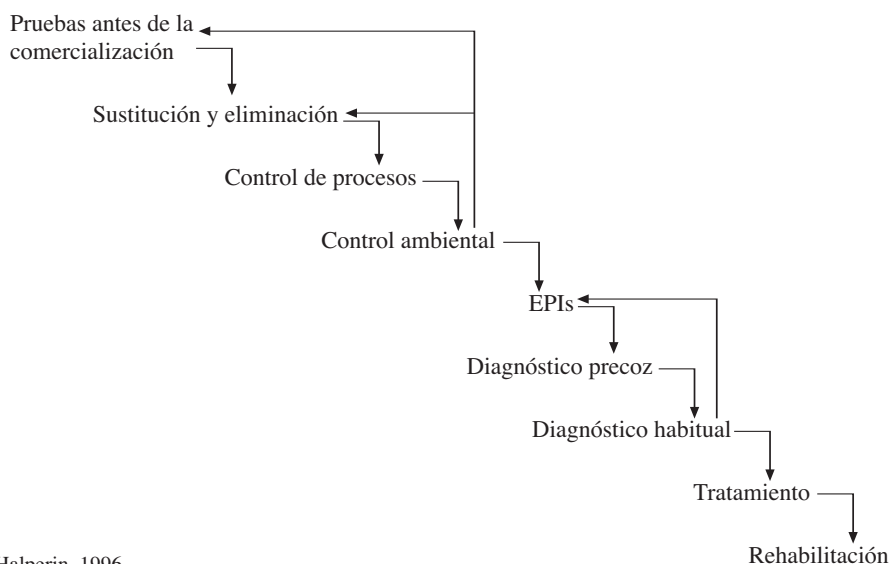
Figura 3. El ciclo de Shewhart



Los conceptos descritos de jerarquía de los controles, continuo de la prevención y ciclo de Shewhart se pueden agrupar. La vigilancia no está incluida en el continuo de la prevención. La razón es que la propia vigilancia, en comparación con las otras técnicas del continuo, no es una intervención preventiva, sino una técnica de recogida, análisis y uso de la información sobre las técnicas de intervención. La información sobre una intervención particular o efecto se puede usar para modificar cualquier intervención o factor próximo en la cadena que lleva al efecto o intervención bajo vigilancia (figura 4).

Hay dos grandes implicaciones derivadas de esta conceptualización propuesta por Halperin. La primera es que al añadir la vigilancia al continuo de la prevención, el continuo se hace dinámico. Ya no es un conjunto de intervenciones, incluso aunque estén jerarquizadas, sino que se convierte en un sistema dinámico de intervenciones, en el cual la recogida de la información en cualquier nivel del continuo se puede usar para modificar uno o varios niveles próximos. La segunda es que, puesto que el feedback se puede usar en cualquier nivel del continuo, la vigilancia no tiene porqué limitarse a resultados adversos. Se puede aplicar a cualquier intervención preventiva.

Figura 4. La cascada de la prevención y algunos ejemplos de vigilancia



Halperin, 1996

Podemos resumir diciendo que vigilancia es la recogida, análisis y diseminación de resultados con el objetivo, en nuestro campo, de lograr la prevención de riesgos laborales. La vigilancia nos dice cuales son nuestros problemas, lo grandes que son, hacia dónde debemos enfocar las soluciones, lo bien o mal que las soluciones anteriores han funcionado, y si, a lo largo del tiempo hay una mejora o un deterioro de la situación.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Para describir lo que conocemos sobre la vigilancia de la salud después de 12 años de nuevo modelo preventivo en nuestro país, y conocer quien la está haciendo, qué está haciendo y como lo está haciendo, utilizamos como método seguir las características del nuevo enfoque de la vigilancia de la salud de los trabajadores establecidas en la normativa, en la literatura científica y en los acuerdos del diálogo social. Como material, utilizamos datos procedentes de los sucesivos estudios, informes y publicaciones que han visto la luz estos diez años y que, en el tema que nos ocupa, son escasos. Los datos se utilizan con una finalidad descriptiva, y no han sido sometidos a ningún tratamiento especial.

La mayor parte de la información procede del Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales, iniciativa que partió del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en cuya elaboración participaron muchas personas: además de los representantes de las administraciones sanitarias en ese Grupo, representantes del Ministerio de Trabajo, de las Sociedades Científicas de Medicina y Enfermería del Trabajo, así como de los agentes sociales y económicos, y que recopiló la información disponible sobre el tema.

La V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, proporciona información sobre la realización de reconocimientos médicos y los recursos preventivos en las empresas.

El seguimiento y control de la actividad sanitaria de los servicios de prevención de Navarra, por parte del Instituto Navarro de Salud Laboral, y la encuesta de la actividad sanitaria de los servicios de prevención 2002, realizada en Cataluña por la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, aportan información sobre la cobertura de la población trabajadora en medicina del trabajo y la práctica de la vigilancia sanitaria específica.

Finalmente, se obtiene también información del Grupo de Trabajo ‘Profesionales Sanitarios’ de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; del Informe del Grupo de Epidemiología Laboral de la Sociedad Española de Epidemiología ‘La investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud en España’; y del ‘Informe de Salud Laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004’, de Durán y G Benavides.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Garantizada por el empresario y gratuita para todos los trabajadores

Principios fundamentales que quedan establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al traba-

jo, que incluye su gratuidad, puesto que el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá recaer sobre el trabajador. Una consecuencia de lo anterior es la realización de los reconocimientos médicos dentro de la jornada laboral o el descuento del tiempo invertido en la misma.

Estos principios habitualmente se cumplen y no plantean conflictos, pero cabe plantear en este apartado la cobertura de la vigilancia de la salud de los trabajadores: cuando se recopilaba el material para elaborar el Libro Blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales (2001-2002), en algunas Comunidades Autónomas llegaba al 60% de la población ocupada, pero en otras la cobertura no superaba el 10% del total de la población trabajadora ocupada, y de los trabajadores a los que llegaba, la mayoría trabajaban en las empresas de mayor tamaño.

Según la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (IV ENCT), el 25,9 de las empresas no tenían ninguna modalidad preventiva (una de cada cuatro) en 1999, lo que afectaba al 15,9% de los trabajadores. En el año 2003, este porcentaje disminuyó hasta el 8,9. Por otro lado, hay un número importante de servicios de prevención ajenos acreditados sin la especialidad de medicina del trabajo, el 56,4%, lo que resulta contrario a lo establecido en la ley.

En la Encuesta también queda claro que la tendencia predominante es recurrir a un servicio de prevención ajeno (figura 5). Servicios de prevención ajenos que, además de presentar marcadas diferencias en cuanto a medios, cercanía a los trabajadores tutelados, etc., ofrecen sus servicios a los empresarios con una gran disparidad de precios, que pueden variar de uno a diez por, en teoría, las mismas prestaciones (las establece la normativa).

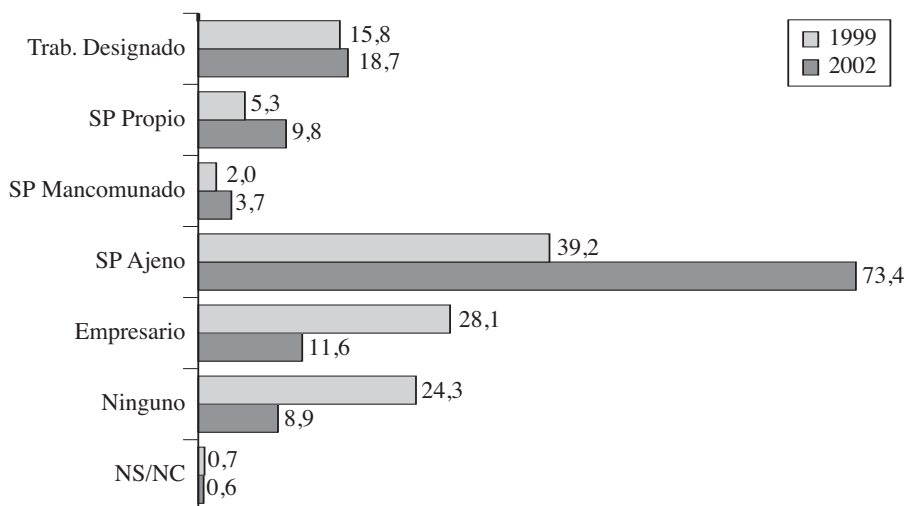
Hasta el momento, la actividad inspectora y de ordenación por parte de las autoridades sanitarias y laborales parece no haber sido suficiente para adecuar la actuación empresarial al modelo establecido en la normativa. De esta falta de cumplimiento de la normativa vigente, no se excluye ni la propia administración, que continúa todavía constituyendo sus sistemas de gestión para la prevención de riesgos laborales.

El seguimiento y control de la actividad sanitaria de los servicios de prevención navarros¹ ha permitido observar que entre el año 2002 y el 2003 se ha incrementado la cobertura de los trabajadores en un 3,4%. Este incremento se ha debido al ascenso del número de trabajadores atendidos por los servicios de prevención ajenos, que han pasado de atender al 39% de la población en el año 2002, al 43,5% en el año 2003, especialmente por el incremento de la contratación de esta actividad en empresas de menos de 100 trabajadores. Las personas atendidas en los servicios de prevención ajenos superan a las que están en cobertura por los servicios de prevención propios en un 44,5%, mientras que, por el contrario, las empresas y trabajado-

¹ Seguimiento y control de la actividad sanitaria de los servicios de prevención de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral. Disponible en la web: www.cfnavarra.es/insl/

res atendidos por servicios de prevención propios están disminuyendo progresivamente de año en año. En la Encuesta de la actividad sanitaria de los servicios de prevención 2002, realizada en Cataluña (2003), la población asalariada atendida por servicios de prevención ajenos en la disciplina de vigilancia de la salud, resultaba ser del 24,79%. La atendida por los servicios de prevención propios con vigilancia de la salud registrados en el Servei d'Autorització i Registre d'Entitats, Centres i Serveis Sanitaris, era del 2%.

**Figura 5. Distribución de empresas según los recursos preventivos implantados
Comparación entre 1999 y 2003**



Como muy bien ha recordado recientemente un interesante artículo (Castejón E., 2005), todo esto es contrario a la preferencia que la Directiva Marco da a la opción del empresario por la gestión de la prevención con medios propios, claramente explicitado por el Tribunal Europeo de Justicia en la sentencia dictada contra los Países Bajos²: Procede recordar que el artículo 7, apartados 1 y 3 de la Directiva [Marco] establece claramente un orden de prioridad por lo que atañe a la organización de las actividades de protección y de prevención de los riesgos profesionales en el seno de la empresa. Tan solo cuando las competencias en la empresa sean insuficientes deberá recurrir el empresario a competencias ajenas a ésta. La Ley de Prevención, en cambio, sitúa las opciones gestión propia/gestión ajena en un claro plano de igualdad que, en la práctica, abre el camino al recurso generalizado a los

² <http://curia.eu.int/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=es&Submit=Buscar&docrequire=alldocs&numaff=C441%2F01&datefs=&datefe=&nomusuel=&domaine=&mots=&resmax=100>.

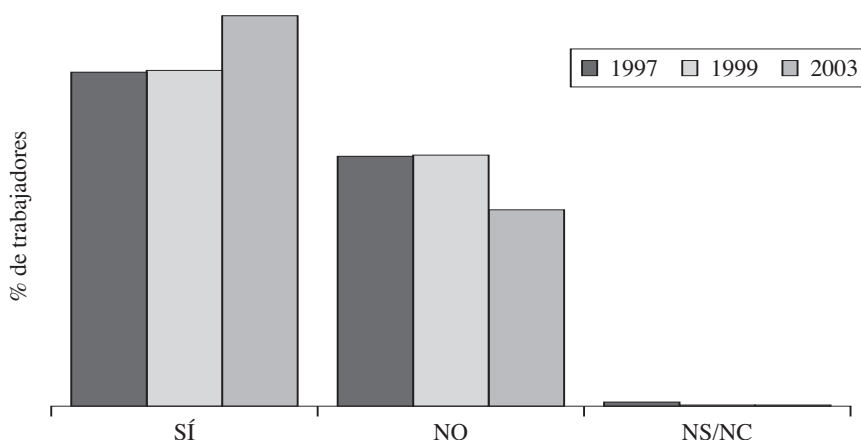
servicios ajenos en sustitución de la gestión propia, incluso como forma exclusiva de organizar la prevención.

Y es también contrario a lo establecido en la disposición adicional segunda del Reglamento de los Servicios de Prevención, que establece que el personal de los Servicios Médicos de Empresa se integrará en los servicios de prevención de las correspondientes empresas, posibilidad que no ha sido demasiado utilizada, renunciando la empresa a dicha actividad con recursos propios y cerrando dicho servicio.

Según la V ENCT, la actividad preventiva que más frecuentemente se está desarrollando en el centro de trabajo por motivos de seguridad y salud, según los responsables de empresa, en el año 2003, son los reconocimientos médicos (realizados por el 69% de los centros).

Según esta misma encuesta, al 66,4% de los trabajadores se le practicó en el último año algún reconocimiento médico por parte de su empresa, y no se le practicó al 33,4%. Comparando estos datos con los obtenidos en 1997 y 1999, observamos que mientras que entre estos dos años la frecuencia de reconocimientos permanece estable, en el año 2003 asistimos a un crecimiento, estadísticamente significativo, de nueve puntos porcentuales (Figura 6).

**Figura 6. Realización de reconocimientos médicos en el último año
Comparación entre 1997, 1999 y 2003**



Según la actividad desarrollada por el centro de trabajo, se realizan más reconocimientos médicos en Construcción (82%) y en las diferentes ramas del sector Industria (77%). Las ramas del sector Servicios son las que recogen menores frecuencias, destacando con el mayor porcentaje Otros Servicios (67%) y con el menor, Servicios Sociales (56%).

Según el tamaño de plantilla, la menor frecuencia de reconocimientos médicos se muestra en los centros de trabajo de menos de 10 trabajadores (46%).

3.2. Específica al riesgo laboral y protocolizada

Como se refleja en la V ENCT, lo más frecuente es que los trabajadores consideren útil el reconocimiento médico que se les realiza, aunque el porcentaje ha disminuido en los últimos años.

Sin embargo, para un 39% de los trabajadores los reconocimientos médicos realizados no están relacionados con los riesgos de su puesto de trabajo. Desde 1997 ha ido aumentando, de forma ligera pero continua, la frecuencia de trabajadores que hacen esta valoración crítica desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales (incrementos estadísticamente significativos) (tabla 1).

**Tabla 1. Utilidad del reconocimiento médico realizado en el último año
Comparación entre 1997, 1999 y 2003**

Datos en %	1997	1999	2003
Es inútil, lo único que se hace es perder el tiempo	0,9	1,3	2,0
Es un chequeo médico general que nunca está de más, pero no lo veo relacionado con los riesgos de mi puesto de trabajo	32,7	36,1	39,2
Es útil, considero que me han realizado las pruebas necesarias para saber si tengo alguna enfermedad relacionada con el trabajo	65,7	61,5	58,2
NS/NC	0,7	1,0	0,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0

El grado de utilización de protocolos de vigilancia sanitaria específica es cada vez mayor, siendo los más utilizados los editados por el Ministerio de Sanidad y las administraciones sanitarias. De los 19 editados, los que más se utilizan son: pantallas de visualización de datos, ruido, manipulación de cargas, posturas forzadas y movimientos repetitivos (Esteban, V. 2004).

Sin embargo, casi la mitad de los reconocimientos son aún inespecíficos, y el uso de los protocolos parcial, tanto porque no llega a todos los trabajadores, como porque a los que llega sólo se aplica el protocolo del riesgo más frecuente o más evidente, y no frente a todos los factores de riesgo a que está expuesto el trabajador, ni teniendo en cuenta todas sus características personales (Esteban, V. *et al.* 2004).

Por lo que se refiere a la vigilancia de la salud específica en función de las características del trabajador no se realiza hasta que no aparecen problemas de salud concretos, y generalmente solo en relación con ellos (Esteban, V. *et al.* 2004).

En cuanto a los protocolos editados por las administraciones sanitarias, cabe señalar que no han sido evaluados todavía de forma sistemática, pero tenemos tres

valoraciones parciales que aportar en este momento. La primera procede del Directorio de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales con Actividad Sanitaria en Navarra: el indicador adoptado para valorar el desarrollo de la vigilancia específica es el porcentaje de personas a las que se les ha practicado vigilancia sanitaria específica tras haber sido identificada como expuesta a riesgo. Pues bien, para aquellos factores de riesgo que cuentan con protocolos de vigilancia editados, el indicador da un valor mayor que para los factores que no cuentan con protocolos editados, por lo que cabe hablar de los protocolos como instrumentos impulsores de la vigilancia específica. La segunda valoración es la realizada en el II Foro ISTAS sobre Vigilancia de la Salud con el lema “Vigilar la salud, prevenir el riesgo” en el mes de noviembre del año 2.000, en el que se preguntó a los 250 asistentes (médicos 41%, enfermeros 7%, trabajadores/sindicalistas 37%, técnicos de prevención 10%, directivos/gerentes 4%) sobre la utilidad de los Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica del Ministerio de Sanidad. El 88% respondió que eran útiles. Sólo un 12% los calificó de “poco o nada útiles”. Finalmente, la tercera, es la valoración de la eficacia de la intervención sobre el riesgo osteomuscular tras la aplicación del protocolo de Pantallas de Visualización de Datos (PVDs) (Martín Zurimendi M., 1999) a 246 trabajadores de una empresa del sector financiero de Barcelona, que ha recibido el “Premio al mejor trabajo sobre experiencias prácticas de intervenciones en salud laboral”, de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball del año 2.004. El periodo estudiado fue de 30 meses, entre el 1 de Enero de 2001 y el 30 de Junio de 2003. El método usado fue el recomendado por el Protocolo de PVDs del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se compararon las molestias recogidas por los trabajadores en el cuestionario que se autoaplicó en los exámenes periódicos de salud. Siguiendo el protocolo, el médico y/o la diplomada universitaria en enfermería realizaban la visita médica periódica a los trabajadores, les impartían formación básica acerca la forma de sentarse adecuadamente, a la vez comprobaban las condiciones ergonómicas de sus puestos de trabajo, y por último informaban al trabajador y a la empresa sobre las modificaciones ergonómicas a realizar. Se hicieron 200 correcciones a lo largo del periodo de estudio (en ocasiones más de una por puesto de trabajo). Finalizada la intervención, las molestias de los trabajadores en la columna cervical y en la muñeca derecha descendieron del orden del 40%. En la columna dorsolumbar y en las extremidades superiores también se apreciaron descensos significativos, del orden del 30%.

Cabe señalar que los protocolos de vigilancia sanitaria específica representan guías de actuación dirigidas a los profesionales sanitarios encargados de la vigilancia de la salud de los trabajadores, y son, por fuerza, generales.

Como parte del plan de prevención de riesgos laborales de la empresa, en función de los resultados de la eva-



luación de riesgos y de las características individuales de los trabajadores expuestos a ellos, deberá planificarse el programa de vigilancia de la salud de esa empresa.

Y es en ese marco dónde el profesional sanitario debe adaptar estos protocolos a esos trabajadores concretos que tutela desde el Servicio de Prevención (propio, mancomunado o ajeno) en el que desarrolla su actividad, con distintas edades, distintos géneros, expuestos a diferentes factores de riesgo, y construir “su” protocolo adaptado a “su” caso.

Sin olvidar que la información generada por ellos debe ser analizada con criterios epidemiológicos, y en colaboración con el resto de componentes del equipo interdisciplinar, para mejorar las condiciones de trabajo.

3.3. Voluntaria para el trabajador y participada

Respetando los principios relativos a la consulta y participación de los trabajadores o de sus representantes establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El consentimiento del trabajador, como presupuesto inexcusable, al menos de partida, para poder practicar cualquier manifestación o prueba de vigilancia sobre su salud, es una de las notas más enfáticamente destacadas en la regulación de esta materia instaurada por la Ley de prevención de riesgos laborales.

Sin embargo, junto a disposiciones que respetan escrupulosamente el principio de voluntariedad, nos encontramos con una serie de normas que declaran obligatorios los reconocimientos médicos, no sólo para los empresarios que deben ejecutarlos, sino también para los trabajadores que tienen que someterse a ellos. A veces esta obligatoriedad está simplemente implícita en la fórmula universal de la regulación («todos los trabajadores pasarán un reconocimiento...»), pero en otras ocasiones el carácter obligatorio se manifiesta expresamente en el texto normativo, e incluso en alguna ocasión se refuerza especialmente esta condición al enunciar el precepto que ningún trabajador podrá renunciar al reconocimiento.

La regulación de la Ley de prevención de riesgos laborales (art. 22.1) parte en este punto del principio de que la vigilancia de la salud sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento, para seguidamente abordar las excepciones a dicha premisa, cuya aplicación requiere, además, el informe previo de los representantes de los trabajadores. El alcance de las excepciones es muy amplio, hasta el extremo de que hay quien se cuestiona hasta qué punto podemos seguir afirmando que la regla es la voluntariedad y la excepción la obligatoriedad. Pero lo cierto es que toda la normativa que impone la realización de reconocimientos médicos de modo obligatorio debe ser analizada y revisada a la luz de los criterios fijados en la ley de prevención, pues sólo cabe mantener dicho carácter si concurren los supuestos de excepción al principio de voluntariedad que en la misma se contemplan.

Efectivamente, la regulación tan precisa sobre exigencia de consentimiento del trabajador afectado y causas de excepción a la misma que se contiene en la ley, con

el carácter de norma de derecho necesario mínimo indisponible, hace que resulten inaplicables las cláusulas de determinados convenios colectivos y de cualquier otra norma que, fuera de tales presupuestos, pretendan imponer la obligatoriedad para los trabajadores de los reconocimientos médicos. En este sentido se ha tenido que pronunciar el Tribunal Constitucional en su sentencia 196/2004, de 15 de noviembre. Esta sentencia, que curiosamente tiene la misma fecha con nueve años de diferencia que la Ley de prevención de riesgos laborales, dispone, entre otros aspectos, que la voluntariedad de la vigilancia de la salud tiene carácter general por lo que no se puede aceptar que las situaciones excepcionales se hagan mayoritarias.

En la práctica, esta característica suele cumplirse y no suele plantear conflictos, excepto en aquellas situaciones en las que se intenta realizar determinaciones no relacionadas con la prevención de riesgos laborales sino con otros intereses, o cuando existe sospecha de la utilización irregular de los resultados de las actuaciones sanitarias (Estebán, V. *et al.*, 2004).

Otra cuestión distinta es la de la participación de los trabajadores, constatándose la falta de convencimiento respecto a la gestión participativa. La unilateralidad en la toma de decisiones por parte de los empresarios, la contraposición estéril entre conflicto y consenso por parte de los representantes de los trabajadores, la consulta, en tantas ocasiones meramente formal, son muestras del camino pendiente hasta asumir una cultura participativa en materia de prevención (Boix P., 1999).

3.4. Realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada, y con los recursos materiales adecuados a las funciones que se realizan.

Este personal queda definido en el Reglamento de los servicios de prevención: los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa y un ATS/DUE de empresa, sin perjuicio de la participación de otros profesionales sanitarios con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

En la práctica, se ha invocado la falta de estos profesionales sanitarios, sobre todo médicos, como principal impedimento para hacer frente a las necesidades que supone la implantación de la normativa de prevención de riesgos laborales. Si bien es cierto que esta escasez de especialistas es evidente en algunas Comunidades Autónomas, cabría preguntarse como se está haciendo el cálculo de los profesionales necesarios para implantar el nuevo modelo. Efectivamente, siguen existiendo discrepancias sobre cuantos Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo o Diplomados en Medicina de Empresa y Diplomados en Enfermería de Empresa se precisan para hacer frente a las exigencias derivadas de la implantación de la normativa de prevención de riesgos laborales. La estimación de su número aproximado depende no sólo de la población laboral a la que extender la actividad preventiva de

vigilancia y control de la salud, sino también de los riesgos a que está expuesta, y sus características biológicas, que hacen innecesario diseñar servicios de prevención sobredimensionados (Estebán, V. *et al.*, 2004).

Para estimar los recursos de Profesionales Sanitarios para los servicios de prevención, hay que tener en cuenta que los primeros títulos de Médico de Empresa se concedieron en 1.959 por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, hace ya más de 43 años, y según los datos aportados al Grupo de Trabajo de Profesionales Sanitarios de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2001), respecto a la disponibilidad de los recursos sanitarios existentes, el número real de titulaciones concedidas hasta el año 2.000 se sitúa entorno a 15.509. De ellos, 11.509 son los títulos de Médico de Empresa concedidos desde 1.959 por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, hasta 1.987 que dejó de expedirlos. Los otros 4.000 corresponden a los títulos de médico especialista en Medicina del Trabajo concedidos desde 1964 y de estos, alrededor de 1.140 corresponden a las plazas concedidas en las Escuelas de Medicina del Trabajo desde 1.991 a 2.000. Desde entonces se han incorporado alrededor de 300 alumnos por año a las citadas Escuelas, hasta este mismo año, en que ha cambiado la formación de estos profesionales que, de ser alumnos de escuela, pasan a ser residentes especialistas en formación, con una formación que pasa de tres a cuatro años y que incluye, además de un curso teórico, la rotación por hospitales, centros de atención primaria, servicios de prevención y unidades de salud laboral.

Pero muchos de estos profesionales, por diversas razones, de edad, económicas, etc., ni se han integrado ni se integrarán en los servicios de prevención, por lo que según el estudio citado, las titulaciones disponibles se reducirían a 10.573. La mayoría de los Diplomados en Medicina de Empresa, dedican su actividad profesional, desde hace muchos años, a especialidades médicas distintas a la que nos ocupa, o lo hacen de forma parcial, lo que también hace difícil su integración en los servicios de prevención. La exclusión de este grupo nos llevaría a una reducción de los titulados disponibles a menos de 6.000, que se ven incrementados por los nuevos especialistas que anualmente salen de las Escuelas, y por los 1.490 Mestros que han obtenido recientemente la titulación.

Se mantiene la reivindicación, sobre todo de las organizaciones y asociaciones de entidades proveedoras de estos servicios, respecto a posibilitar la participación de otros profesionales sanitarios, integrados en los Servicios de Prevención, capacitados para realizar determinadas actividades de vigilancia de la salud siempre que se determinen, supervisen y concluyan por médicos especialistas en medicina del trabajo, o médicos de empresa, y se establezcan adecuadamente las funciones y responsabilidades de cada uno de los profesionales participantes.

En la práctica, justificado con la insuficiencia del personal médico con titulación específica, parte de la vigilancia de la salud se está realizando por profesionales no cualificados específicamente, mayoritariamente médicos generalistas, aunque también de otras especialidades que, en muchos casos, ya trabajaban en estas actividades antes de la nueva normativa, lo que a juicio de los profesionales de la medi-

cina del trabajo reduce la calidad, propiciando una vigilancia de la salud de carácter individual, inespecífica y sin objetivos claros en cuanto a la rentabilidad preventiva.

En algunos casos, los profesionales consideran imposible realizar una práctica adecuada y específica en función de los riesgos, con los recursos humanos, económicos, técnicos, etc... puestos a su disposición.

3.5. Planificada

Porque las actividades de vigilancia de la salud deben responder a unos objetivos claramente definidos y justificados por la exposición a riesgos que no se han podido eliminar o por el propio estado de salud de la población trabajadora.

En Navarra, el 86 % de los servicios de prevención ajenos visitados en 2003 tenían una planificación anual de la vigilancia de la salud, habiéndose duplicado respecto al año anterior el número de servicios que contaban con ella.

Aunque es bien conocido que la vigilancia de la salud no tiene sentido como instrumento aislado de prevención, en la práctica, existen grandes dificultades para integrar la vigilancia de la salud en la empresa con el resto de especialidades preventivas.

No ha ayudado que la autoridad laboral en algunas Comunidades Autónomas haya acreditado servicios de prevención ajenos sin vigilancia de la salud, solo para actividades de higiene, seguridad y ergonomía. En muchos casos se ha hecho una interpretación equivocada o irregular, rayando en ocasiones la ilegalidad, de la excepción prevista en el apartado 4 del artículo 18 del Reglamento de los Servicios de Prevención. Este apartado dispone que la administración laboral (previo informe de la sanitaria, en su caso), puede eximir de tener alguna de las cuatro disciplinas citadas, si lo solicita el servicio de prevención ajeno, en función del tipo de empresas al que extiende su ámbito, los riesgos de las mismas y se garantiza una actuación interdisciplinar en relación con estas empresas. En la mayoría de las ocasiones no se ha atendido al tipo de empresas a atender o sus riesgos, sino a las preferencias o dificultades de los servicios de prevención ajenos. Una vez más, por la vía de hecho, la excepcionalidad ha adquirido tintes de casi generalidad.

Pocas veces se ha conseguido la participación de los sanitarios en actividades tan importantes como las evaluaciones iniciales de riesgos, la selección de equipos de protección personal, la planificación de la actividad preventiva, formación, información de trabajadores y empresarios, etc.

Según los resultados del estudio COVALMET, realizado por la Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana, en el ámbito de esa Comunidad, respecto a las funciones que vienen recogidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención, es destacable la baja participación de la medicina del trabajo en aquellas funciones no identificadas tradicionalmente como sanitarias. Es el caso de la evaluación inicial de riesgos y de la selección de equipos de protección individual, lo que indica una desviación importante del espíritu de la Ley 31/1995 y del propio

Reglamento. Por contra, la participación en aquellas funciones tradicionalmente sanitarias es elevada, siendo destacable la participación, además de en los exámenes de salud de trabajadores propiamente dichos, en el estudio de las causas de las enfermedades, asesoramiento a los comités de salud y seguridad, participación en la formación de los trabajadores, etc.

La necesidad del profesional sanitario, encargado de programar la vigilancia de la salud, de utilizar la información que generan los demás, contribuye a que las dificultades de coordinación se visualicen respecto a la vigilancia de la salud y no al resto de actividades preventivas, cuya dependencia es menor. Son los sanitarios los que tienen que “pedir” esa colaboración.

La práctica actual de la vigilancia de la salud no favorece una integración real de la misma, excepción hecha de las grandes empresas, con grandes recursos y medios propios. El proceso de acreditaciones ha permitido, y así es la práctica real mayoritaria, que existan servicios de prevención que únicamente realizan actividad de vigilancia de la salud aislada del resto de especialidades, con la dotación económica mínima, distantes del proceso productivo de las diferentes empresas cubiertas, e incluso de todo el círculo de la prevención de riesgos laborales, así como la escasa integración de los Servicios Médicos de Empresa en los servicios de prevención que se constituyeran.

3.6. Periódica

Debiendo abarcar:

- 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.
- Una evaluación de la salud periódica específica, por trabajar con determinados productos o en determinadas condiciones reguladas por una legislación específica que así lo exija o según riesgo/s determinados por la evaluación de riesgos, o a petición del trabajador, cuando él mismo crea que las alteraciones de su salud son producidas por la actividad laboral. La periodicidad no tiene porqué ajustarse a intervalos regulares; cada caso se establece en los protocolos específicos, y también va a depender de la historia natural de la enfermedad y de las condiciones de exposición.
- Una evaluación de la salud después de una ausencia prolongada por motivos de salud.

La finalidad de los reconocimientos iniciales es la de detectar, cuanto antes, la existencia de enfermedades o estados de salud que pudieran resultar incompatibles con el trabajo a desarrollar, razón por la cual de su realización habrán de derivar, en su caso, una serie de medidas preventivas, que deberán partir de la adaptación del trabajo a la persona y de la adopción de las pautas previstas para la protección de los

trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos. Por todo ello son en extremo importantes.

Mientras que los reconocimientos médicos previos a la contratación laboral atañen al ámbito de la colocación y selección de personal, entroncan con la temática relativa a la no discriminación y afectan muy sustancialmente al derecho a la intimidad personal y al extenso campo de la protección de datos.

Actualmente se interpreta que la realización de estos reconocimientos médicos previos podría suponer el reconocimiento de facto de que los riesgos existen, se conocen, no se han eliminado y hay posibilidad de que el trabajador se vaya a ver sometido a ellos, contrariamente a lo establecido en los principios básicos de la acción preventiva de que, lo primero, cuando sea posible, es evitar los riesgos, visible en toda la vigente normativa de prevención de riesgos laborales y concretado en el artículo 15 de la propia Ley de prevención de riesgos laborales. Resulta por tanto urgente clarificar, incluso por vía legislativa, las contradicciones prácticas que se dan entre ciertas obligaciones establecidas en la Ley General de la Seguridad Social y el espíritu preventivo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Por lo que se refiere a la evaluación de la salud periódica específica, lo más frecuente sigue siendo que sea en forma de reconocimientos médicos generales, casi siempre anuales, excepto para los trabajadores expuestos a riesgos que tienen regulación normativa específica en la que se establezcan pruebas concretas y/o una periodicidad distinta (Estebán V. *et al.*, 2004).

Según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, en el año 2003 (al igual que en las ediciones anteriores de la Encuesta) la casi totalidad de estos reconocimientos médicos tienen un carácter periódico (94%) y en un pequeño porcentaje son debidos a la incorporación al trabajo (4%).

3.7. Incluyendo la protección de:

- Los trabajadores especialmente sensibles como consecuencia de que el empresario debe garantizar la protección de todos aquellos trabajadores que puedan verse afectados de forma singular por algún riesgo identificado en el puesto de trabajo, por sus características personales, estado biológico o que presenten algún tipo de discapacidad.
- los trabajadores menores de edad, por su desarrollo incompleto y por su falta de experiencia para identificar los riesgos de su trabajo.
- las trabajadoras en periodo de embarazo, lactancia y puerperio.

Esta especial protección está claramente definida en la Ley de Prevención y en el Reglamento de los Servicios de Prevención, y a pesar de ello sólo en el 57% de los servicios de prevención ajenos de Navarra se contempla el riesgo para el embarazo en la evaluación de riesgos, y en el 36% se realizan actuaciones ante trabajadores especialmente sensibles, por ejemplo. Desconocemos datos de otras Comunidades Autónomas, pero nada indica que este porcentaje mejore.

3.8. Con análisis epidemiológico de los resultados

La afirmación de que una determinada condición de trabajo constituye un factor de riesgo laboral y, por tanto, debe ser objeto de prevención, se establece en la medida en que se puede sospechar, más allá de toda duda razonable, que existe una relación causal con un determinado efecto perjudicial para la salud humana, sea éste una enfermedad o lesión, aguda o crónica. Del mismo modo, todo programa o medida preventiva debe demostrar su eficacia y efectividad para erradicar o reducir la frecuencia de un determinado daño para la salud.

La epidemiología es una herramienta básica sobre la que sustentar la práctica científica de la prevención de riesgos laborales. La aplicación de este método permite “observar” inteligentemente las múltiples relaciones entre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores, y ha demostrado su utilidad, tanto para valorar las hipótesis causales entre el trabajo y la salud, como para evaluar la eficacia y efectividad de las medidas preventivas (Wegman DH., 1992).

Sin embargo, la investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud, a diferencia de otros países de nuestro entorno, no parece estar muy desarrollada en España. La evaluación de esta hipótesis fue el objetivo de un Informe elaborado por el Grupo de Epidemiología Laboral de la Sociedad Española de Epidemiología (GEL/SEE) (1999), para conocer cómo, en relación a qué problemas y desde dónde se utiliza la epidemiología en el campo de la prevención de riesgos laborales en España, y que estaba dirigido a las administraciones públicas con responsabilidad en la prevención de riesgos laborales (Laboral y Sanitaria), las instituciones de investigación (Universidades) y a los responsables de los Servicios de Prevención de las empresas. El Informe se basó en la revisión de los resúmenes de 594 documentos, que fueron clasificados según el objetivo del estudio, la fuente de datos utilizada, el problema de salud y/o factor de riesgo analizado, el sector económico a la que pertenecía la población en estudio, la institución a la que pertenecía el primer autor y la fuente de financiación. Su primera conclusión fue que existe una escasa institucionalización de la investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud en nuestro país, tanto por el número de proyectos de investigación financiados, como por la difusión de las revistas donde se publican mayoritariamente los artículos evaluados.

En el seno de las empresas, pocas veces se analizan, con criterios epidemiológicos, los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y los resultados de la evaluación de los riesgos a que están expuestos, y casi nunca se confrontan ambas informaciones. En muchos casos esas informaciones se encuentran dispersas, como cuando actúan servicios de prevención diferentes y/o la coordinación no es adecuada, lo que dificulta las actuaciones de vigilancia colectiva, con criterios epidemiológicos, y su integración en la empresa. En la mayoría de los casos no existe ni la necesaria estandarización para la recogida de información, con lo que los resultados no pueden ser comparados y servir para la vigilancia colectiva.

Este es un aspecto de especial importancia que supone la unión de la vigilancia individual con la vigilancia colectiva, y que tiene que ver con el uso eficiente de los

datos. En el ámbito de la empresa o centro de trabajo, el conocimiento de los motivos de incapacidad temporal y permanente que causan las bajas de los trabajadores, por ejemplo, y su investigación con criterios epidemiológicos en relación con los riesgos laborales, son fundamentales para conocer el impacto en salud de las condiciones de trabajo y mejorar las mismas.

A nivel más general, de la sociedad, este uso eficiente de la información en el sentido indicado, permitirá, a partir del adecuado conocimiento de las enfermedades que afectan a los trabajadores y trabajadoras, diseñar e implementar políticas y programas de prevención más eficaces.

3.9. Prolongada en el tiempo

Cuando sea pertinente, más allá de la finalización de la relación laboral, ocupándose el Sistema Nacional de Salud de los reconocimientos post-ocupacionales.

Efectivamente, debido al largo periodo de latencia de las manifestaciones patológicas derivadas de la exposición a determinados sustancias (cancerígenos, mutagénicos.....), todo trabajador con antecedentes de exposición a ellas, que cese en la actividad con riesgo, ya sea por jubilación, cambio de empresa o cualquier otra causa, deberá seguir sometido al control médico-preventivo.

El seguimiento de los trabajadores expuestos a estos agentes persigue cuatro metas principales: identificar poblaciones de alto riesgo, identificar situaciones sobre las que actuar preventivamente, descubrir daño para la salud producido por el trabajo y desarrollar métodos de tratamiento, rehabilitación o prevención.

Y, además, se trata de un tema regulado, no sólo en sus aspectos laborales sino también en los sanitarios, así:

- La Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, especifica en el apartado 5 del Artículo 22. Vigilancia de la Salud:

En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado mas allá de la finalización de la relación laboral, en los términos que reglamentariamente se determinen.

- El RD 39/1997, de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención, establece en su Artículo 37.3. e):

En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado mas allá de la finalización de la relación laboral a través del Sistema Nacional de Salud.

En su Artículo 37.3. c):

La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuer-

do con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y contenidos específicos de cada caso.

De momento esta actividad está representada por el Programa Nacional de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a amianto (García Gómez M., 2004), aprobado en la reunión de la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo del día 29 de enero de 2003, y puesto en marcha a fecha de hoy en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y Valenciana.

De forma específica, en la Comunidad Valenciana se ha puesto en marcha el denominado Plan para la vigilancia sanitaria de los trabajadores afectados por la exposición a la aerografía textil (Ardystil), que pretende asegurar la vigilancia de la salud de esos trabajadores, incluyendo la realización de exámenes de salud periódicos para la detección precoz de alteraciones que pudieran producirse con relación a las exposiciones laborales que tuvieron, especialmente disolventes y colorantes textiles, y los consiguientes tratamientos médicos.

3.10. Documentada

Con la constatación de la práctica de los controles del estado de salud de los trabajadores, así como las conclusiones obtenidas de los mismos, teniendo la obligación el empresario en determinadas exposiciones (agentes cancerígenos, biológicos, químicos) de mantener un registro de los historiales médicos individuales y de conservar el mismo un plazo mínimo de 10 años después de finalizada la exposición, salvo normativa específica más restrictiva.

En la práctica, se encuentran problemas con la elaboración, custodia y conservación de la documentación de vigilancia de la salud. El empresario tiene la obligación de elaborar la documentación de los resultados de los controles del estado de salud de los trabajadores y de las conclusiones obtenidas en los mismos. Sin embargo, las historias y datos sanitarios de los trabajadores, a diferencia de otros documentos de carácter preventivo en la empresa (evaluación de riesgos, planificación, mediciones higiénicas...), tienen carácter de datos especialmente protegidos³. Por ello, la elaboración y el manejo de esta documentación es una tarea que el empresario no puede realizar personalmente sino que ha de ser encomendada al personal sanitario del servicio de prevención, ya sea propio o ajeno, que garantice que se respete igualmente el derecho a la intimidad y la confidencialidad de los datos de carácter sanitario. Es decir, el empresario es el propietario de las historias y los trabajadores son titulares del derecho a la información que la historia clínico-laboral con-

³ Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, 14/12/1999.

tiene. El servicio de prevención elabora y custodia la documentación de carácter médico.

Por lo que se refiere al contenido, el documento mas utilizado es la historia clínico-laboral. En los servicios de prevención ajenos navarros visitados en 2003, el 50% de los trabajadores cubiertos tenían Historia Clínico Laboral, habiendo mejorado notablemente su elaboración frente a lo observado en 2002, y siendo su contenido específico el siguiente:

- Identifica riesgos del puesto de trabajo actual..... 78 %
- Tiempo de permanencia en el puesto..... 100 %
- Historia Laboral Previa 93 %
- Juicio aptitud para el puesto 78 %
- Daños para la salud relacionados con el trabajo..... 57 %

Informando individualmente a los trabajadores tanto de los objetivos como de los métodos de la vigilancia de la salud, que deben ser explicados de forma suficiente y comprensible a los trabajadores, así como de los resultados.

En la práctica, a los trabajadores se les suelen entregar los resultados del examen de salud realizado a modo de informe, de manera puntual e independiente de los anteriores, a veces en sobre cerrado sin las necesarias explicaciones.

En el caso de los servicios de prevención ajenos navarros, la comunicación de los resultados de la vigilancia de la salud enviados a los trabajadores cuenta con una orientación laboral en el 78% de los servicios visitados en 2003.

3.11. Autorizada y tutelada desde la administración

Dado que las empresas cuyos sistemas de prevención propios incluyan actividad sanitaria, así como las entidades especializadas que quieran actuar como servicios de prevención ajenos, deben solicitar a las autoridades sanitarias la correspondiente autorización administrativa, con carácter previo al inicio de su actividad, y dicha autoridad controlar, con la periodicidad que estime oportuna, el mantenimiento de las condiciones establecidas, así como evaluar su actividad sanitaria.

Desde la administración se han facilitado los Criterios de autorización (CISNS, 2000) y diecinueve protocolos de vigilancia sanitaria específica (otros están en preparación), se está construyendo el Sistema de Información en Salud Laboral (SISAL), etc.

Aunque la regulación legal del tema parece ya suficientemente clara en casi todos los aspectos, en la práctica es considerada excesivamente rígida en algunos casos, por cuestiones concretas como:

- para los servicios de prevención ajenos, exigir por adelantado, para la acreditación, unos medios materiales y humanos que son difíciles de establecer considerando la incertidumbre futura, al no estar en función de las necesidades del momento, sino de las que irán concretándose con contratos en el futuro.

- no haber resuelto aún adecuadamente la problemática de acreditación de los servicios de prevención ajenos con ámbito pluricomunitario o multiprovincial, que necesitan una estrecha coordinación entre las administraciones sanitarias correspondientes. La misma consideración puede hacerse respecto a la autorización de las unidades sanitarias de los servicios de prevención propios de empresas con centros de trabajo en varias Comunidades Autónomas.
- la contratación de actividades, tanto desde los servicios de prevención propios con servicios de prevención ajenos, como de éstos entre sí o con profesionales y centros sanitarios externos, que también ha generado problemas.

Como consecuencia, se hacen peticiones, tanto por parte de las Mutuas como de las asociaciones de servicios de prevención, de modificación de la normativa sanitaria, especialmente de los ratios de asignación del personal sanitario de las Unidades Básicas de Salud (UBS) (trabajadores/UBS y minutos/trabajador). Peticiones también de reordenación de los cometidos a desarrollar por los profesionales sanitarios, dejando, en su totalidad o en parte, la realización de los reconocimientos médicos individuales, incluso su valoración inicial en manos de personal sanitario sin titulación específica (médicos y enfermeros), siempre que ésta se realice bajo la dirección de uno o más médicos del trabajo, según las necesidades organizativas del servicio de prevención, en base a una evaluación de riesgos previa y de acuerdo con protocolos de vigilancia sanitaria específica elaborados con base científica.

Para concluir este apartado, podemos decir que se constatan dificultades para hacer cumplir la legislación, que se atribuyen a:

- La limitación de recursos en las unidades de Salud Laboral de la administración sanitaria, ya que a pesar del incremento de la demanda de actividad para esta administración, al haber aumentado en cantidad y calidad la actividad sanitario-preventiva laboral que debe ser controlada, no ha habido un incremento paralelo de los recursos de Salud Laboral (García Gómez M., 2005). De hecho, la principal conclusión del Informe de Salud Laboral 2004 (Durán F, 2004), en el apartado Administración sanitaria, es que dicha administración dispone de escasos recursos para hacer frente a sus competencias en materia de vigilancia de la salud en el trabajo.
- La falta de experiencia en la coordinación sobre estos temas entre los departamentos más implicados, laborales y sanitarios, que es fundamental para aumentar la eficacia, al ser la administración laboral la encargada principal del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, compartiendo con la administración sanitaria aspectos relativos a la salud de los trabajadores. Dicha coordinación es considerada adecuada en cuanto a las actividades de acreditación de los servicios de prevención ajenos, y mejorable, a pesar de los esfuerzos, en las relativas al control de la actividad.
- Las acreditaciones de servicios de prevención ajenos sin todas las especialidades que, como se ha comentado, se ha convertido en práctica relativamente frecuente. Hay un número importante de servicios de prevención aje-

nos no acreditados para la especialidad de medicina del trabajo (el 56,4 %), lo que resulta contrario a lo establecido por la ley.

- La existencia en la práctica de diferencias a la hora de aplicar los Criterios de acreditación entre las Comunidades Autónomas, así como la necesidad de establecer procedimientos de coordinación de las actuaciones entre las mismas.
- La dificultad para controlar los cambios que se producen tras las autorizaciones y acreditaciones, que los servicios de prevención no suelen comunicar a la Administración.

Una última cuestión no menos importante, es que las administraciones sanitarias han dirigido sus actividades de inspección y control básicamente hacia el colectivo de empresas autorizadas/acreditadas, que suponen una cobertura que no supera en muchas comunidades autónomas el 15% del total de trabajadores. Entidades que si bien es cierto que deben mejorar sus recursos y actividades, muchas veces insuficientes y/o no ajustadas a la especificidad necesaria según los casos, representan el mayor grado de cumplimiento legal en cuanto a la vigilancia de la salud. En cambio, es hacia ellas hacia las que más se están dirigiendo las actividades inspectoras y sancionadoras.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Las implicaciones organizativas y económicas del nuevo enfoque sobre la vigilancia de la salud de las y los trabajadores, son evidentes y se desprenden de todo lo descrito hasta aquí (García Gómez M., 2002):

- Para los empresarios, tener que pagar unos servicios que de alguna manera venía cubriendo la administración y las mutuas.
- Para los trabajadores, se acaban los reconocimientos médicos en los que ‘te miran todo cada año’.
- Para los servicios de prevención (sobre todo ajenos), al aumentar la demanda de la actividad sanitaria, dificultades para reorganizar los recursos de personal cualificado.
- Para los profesionales, la necesidad de que evolucionen sus prácticas.
- Para las administraciones sanitarias, incremento de recursos u optimización de los que tiene, para la inspección y control de estas actividades.

Pero éstas son las más inmediatas, que pueden interpretarse como negativas o demasiado gravosas; sin embargo, si pensamos a medio o largo plazo, lo fundamental son las implicaciones positivas que genera el cambio de modelo, como podemos fácilmente identificar. Tantas y tan positivas que, en la Comunicación de la Comisión Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006), podemos leer que la salud y la seguridad en el trabajo constituyen hoy en día uno de los ámbitos más densos e importantes de la política social de la Unión, y que resulta crucial definir una estrategia comunitaria en el marco de la agenda de política social. Además, se

sostiene que una política social ambiciosa constituye un factor de competitividad, y que, por el contrario, los costes que genera la falta de intervención política suponen una pesada carga para las economías y las sociedades.

Como hemos visto, en los últimos años estamos asistiendo a una evolución y cambio de modelo que todavía no se ha completado, ni en la teoría ni en la práctica. La vigilancia de la salud que se viene haciendo es claramente mejorable, necesitando:

- llegar a todos los trabajadores
- hacerse más específica por riesgos
- integrarse con las demás actividades de prevención de riesgos laborales
- analizar con criterios epidemiológicos los resultados de la vigilancia de la salud del colectivo de trabajadores y de la evaluación de los riesgos a que están expuestos
- obtener los beneficios preventivos que de ella cabe esperar
- hacer ver a las empresas su utilidad, para que dejen de verla como una cuestión de mero cumplimiento legal, y, además, la actividad más cara

En un entorno caracterizado por:

- resistencia a la constitución de servicios de prevención propios con la especialidad de vigilancia de la salud, entre las dos especialidades elegidas obligatoriamente como propias, o al mantenimiento de servicios de prevención propios, incluso en los casos en que hubiera servicios médicos de empresa preexistentes
- tampoco ha ayudado la acreditación de servicios de prevención ajenos sin vigilancia de la salud, solo para actividades de higiene, seguridad y ergonomía
- el desarrollo e implantación de la Ley de prevención de riesgos laborales, capitalizada por la lucha contra el accidente de trabajo, junto a las sucesivas moratorias de los reconocimientos con cargo a cuotas, han contribuido a dejar la vigilancia de la salud de los trabajadores relegada a un segundo plano
- insuficiente desarrollo de políticas y actividades de seguimiento de Salud Laboral desde las administraciones sanitarias.

Las principales oportunidades para conseguir el cambio de modelo son:

- marco legislativo favorable, todavía joven y adaptable para buscar una mayor flexibilidad sin renunciar a sus objetivos
- marco de coordinación interterritorial de las administraciones sanitarias operativo y funcionante: Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS
- estructura administrativa adecuada en cada día más Comunidades Autónomas
- existencia de sociedades científicas
- existencia de asociaciones empresariales representativas de los servicios de prevención ajenos
- presencia de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) formados en medicina del trabajo desde hace muchos años

- existencia de protocolos y procedimientos de actuación frente a numerosas enfermedades derivadas del trabajo, y frente a exposiciones a varios factores de riesgo
- están abiertos escenarios de diálogo, negociación y acuerdo entre los principales actores
- gran número de revisiones médicas que actualmente se realizan en las empresas
- aceptación por parte de los trabajadores y sus representantes

Genera frustración no haberlo conseguido todavía, pero existen iniciativas y personas en los diferentes ámbitos implicados como para que podamos construir conjuntamente un modelo de vigilancia de la salud acorde con las determinaciones legales, con la evidencia científica y con los acuerdos adoptados en la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales⁴, eficaz a los fines que debe cumplir, racional en los medios y recursos que se utilicen, y que haga posible que su aplicación impulse el establecimiento de la vigilancia de la salud en un mayor número de empresas de las que la vienen ejerciendo hasta este momento.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMODÓVAR A, NOGAREDA C, FRAILE A, DE LA ORDEN V, ZIMMERMANN M, VILLAR MF, et al.
2004 *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- BENAVIDES FG, AURREKOETXEA J, FERNÁNDEZ AJURIA A, GARCÍA GARCÍA A, GARCÍA GÓMEZ M, TARDÓN GARCÍA A, et al.
1999 *La investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud en España*. Madrid: Informe del Grupo GEL de la SEE. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- BOADA GIL JM, LÓPEZ GRANADOS MT.
2006 “Intervención sobre el riesgo musculoesquelético de trabajadores en puestos de trabajo con pantallas de visualización de datos”. *Arch Prev Riesgos Labor*. En prensa.
- BOIX, P.
1999 “Sprint o carrera de fondo. Reflexiones para un balance de situación acerca de la prevención de riesgos laborales”. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 14: 17-32.

⁴ Acuerdos sobre Salud Laboral de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales [28 de septiembre de 2001]. www.msc.es/salud/ambiental/home.htm.

CASTEJÓN E, CRESPAN X.

- 2005 "En PRL, Spain is [cada vez más] different". *Arch Prev Riesgos Labor*. 8 (3): 103-105.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- 2001 *Profesionales Sanitarios*. Madrid: Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS

- 2000 *Acuerdo de Criterios Básicos para el desarrollo de la actividad sanitaria de los servicios de prevención*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.msc.es/Diseno/medioAmbient/ambiente_salud_laboral.htm

DURÁN LÓPEZ F, G BENAVIDES F.

- 2004 *Informe de Salud Laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004*. Madrid: Zurich España, Barcelona: Atelier.

ESTEBAN BUEDO V, GARCÍA GÓMEZ M, GALLO FERNÁNDEZ M, GUZMÁN FERNÁNDEZ A.

- 2004 *Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

GARCÍA GÓMEZ M.

- 2002 "De los reconocimientos médicos a la vigilancia de la salud". *Revista Zurichprevención* Septiembre (número monográfico). www.zurichprevención.com
- 2005 "La salud laboral y la salud pública: 10 años de políticas sanitarias de salud laboral". (Editorial). *Arch Prev Riesgos Labor* 8 (3):100-102.

GARCÍA GÓMEZ M., ARTIEDA L., CAMINO F., ESTEBAN V., GUZMÁN A., LEZAUN M., MARTÍNEZ A.

- 2004 *Programa Nacional de Vigilancia de la Salud de Trabajadores Expuestos a amianto*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

GENERALITAT DE CATALUÑA

- 2003 *Enquesta activitat 2002. Activitat sanitària dels serveis de prevenció*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Recursos Sanitaris. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

HALPERIN WE.

- 1996 "The role of surveillance in the hierarchy of prevention". *Am J Ind Med*; 29:321-3.

MARTÍN ZURIMENDI M, ELOLA OYARZABAL MB, DE LA PEÑA CUADRADO JI, MARTÍNEZ CASTILLO A.

- 1999 *Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica Pantallas de Visualización de Datos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

THACKER SB, BERKELMAN R.

1992 "History of public health surveillance". En: Halperin W, Baker EL Jr, eds. *Public Health Surveillance*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold Co; págs.62-75.

THACKER SB, STROUP DF, PARRISH RG, ANDERSON HA.

1996 "Surveillance in Environmental Public Health: Issues, Systems and Sources". *Am J Public Health*; 86:633-638.

WEGMAN DH.

1992 "The potential impact of epidemiology on the prevention of occupational disease". *Am J Public Health* 82:944-54.