

Los reconocimientos médicos específicos: una carrera de obstáculos

Artieda, L.

Después de 6 años desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en la que se establecía que «el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo»¹, a una le surgen preguntas tan elementales como ¿por qué sólo se practican exámenes de salud específicos en el 33% de las situaciones de riesgo en las que se han identificado trabajadores expuestos?² o ¿por qué el 50% de los trabajadores dados de alta en el Régimen General de la Seguridad Social trabaja en empresas que no cuentan con recursos sanitarios propios en sus servicios de prevención, ni ha concertado la especialidad de medicina del trabajo con un servicio de prevención ajeno?³.

La consecuencia de que no se esté realizando una evaluación del estado de salud, orientada a prevenir la enfermedad que se puede derivar de la exposición a los factores de riesgo que existen en el trabajo, es clara: no se está previniendo el deterioro de la salud atribuible a las condiciones de trabajo y, por tanto, se están produciendo daños evitables en el estado de salud de las personas que, por otra parte, no aparecen reflejados en los actuales sistemas de información de lesiones profesionales.

Vamos a tratar de analizar las cuatro causas principales que han contribuido a dar lugar a esta situación y a mencionar algunas de las razones que pueden tener sus «beneficiarios» para que ella se mantenga.

En primer lugar, la marcha y contramarcha de la norma. A una ley que estableció taxativamente que los reconocimientos médicos periódicos de los trabajadores debían ser específicos, le siguió un desarrollo normativo que permite mantener los chequeos inespecíficos que con la denominación de medicina preventiva se venían practicando por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). La última prórroga⁴ de esta situación apareció en febrero de este año después de que en setiembre del año pasado, con el claro afán de acabar con este «gatopardismo», el Grupo de Trabajo Salud Laboral de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales contemplase entre sus acuerdos y propuestas poner fin a la realización de esta ineficaz práctica.

Servicio de Salud Laboral e Investigación. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Correspondencia:
Liliana Artieda.
Instituto Navarro de Salud Laboral.
Polígono Landaben, calle F.
31012 Pamplona.

Trabajo recibido el 4-IX-01. Aceptado el 22-I-02.

A pesar de que la Orden viene maquillada con algunas condiciones y exclusiones, a nadie escapa que éstas difícilmente serán controladas; por ejemplo, atendiendo sólo a la condición de que quedan excluidos los casos en que exista riesgo de contraer enfermedad profesional, en Navarra nos encontramos con que tan sólo la mitad de las 1.327 empresas donde se ha declarado algún caso de enfermedad profesional en los últimos 3 años tiene organizada la actividad de vigilancia específica de la salud con recursos propios o ajenos. Se podría hablar también de los problemas éticos ya que, en el mejor de los casos, se utilizan fondos públicos de la Seguridad Social por contingencias profesionales para reconocimientos médicos generales, que no tienen nada que ver con la prevención de los daños laborales, dando así lugar a un auténtico despilfarro.

La segunda causa sería la gran penetración que tiene en las empresas la realización de chequeos inespecíficos por parte de las MATEPSS. La constatación de que la gestión de los fondos de Seguridad Social para la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales producía excedentes económicos llevó a utilizarlos, entre otras cosas, en lo que se denominó medicina preventiva de las MATEPSS, que consistía en la realización de chequeos médicos inespecíficos a los trabajadores sin coste adicional para las empresas.

Sin entrar en la ineficacia preventiva de este tipo de acciones, que tan bien han estudiado las compañías aseguradoras, conviene mencionar algunas de las consecuencias perversas que ha tenido esta actividad tanto para los trabajadores como para los empresarios y el propio sistema de prevención de los riesgos del trabajo.

Por un lado, las personas que trabajan son la franja de población adulta sana que no suele frecuentar los servicios del sistema nacional de salud y que ha podido llegar a creer que con este trámite rutinario se le estaba protegiendo del posible deterioro de su salud por el trabajo, cuando en realidad, en la mayoría de los casos, sólo se llevó a cabo una medicina de complacencia. Así, a una persona expuesta a riesgo neurológico, respiratorio, dérmico u otro se le aplicaba un reconocimiento médico estándar, tras el cual se le entregaban unos resultados analíticos que le informaban exhaustivamente sobre su perfil lipídico y hematológico, y hasta podía hacerle pensar que tenía garantizado otro año más su estado de salud, cuando en realidad nada se había hecho por preservarlo de los posibles daños derivados de sus condiciones de trabajo.

Por otro lado, los empresarios han considerado que la prevención de la salud de los trabajadores no tenía nin-

gún coste, y desde esa perspectiva probablemente han sentido cierto rechazo hacia una norma que delimita claramente su responsabilidad y les obliga a organizar recursos para atenderla. La situación ha estado tan extendida que ha afectado incluso a las empresas que contaban con servicio médico de empresa, en las que, también con cargo a cuotas, se han practicado las pruebas complementarias que, en muchas ocasiones, han sido el único «informe» que los trabajadores han recibido tras el reconocimiento médico. En 1999 se observó que sólo el 2% de los servicios de prevención propios entregaban un informe médico elaborado tras el reconocimiento médico específico⁵.

Se puede entender que el sistema también salió perjudicado con este uso de los excedentes económicos, ya que permitió el desarrollo de auténticas campañas de marketing que desde las MATEPSS ofrecían a las empresas chequeos médicos, botiquines de primeros auxilios, audiometrías, analíticas médicas, etc., y todas las condiciones ventajosas que se puedan imaginar para la captación y fidelización de las empresas-clientes. Se da la paradoja de que las «ventajas» de todo ello no pueden llegar a los trabajadores de empresas cuya mutua es el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Una tercera causa que explica la situación actual es que la realización de reconocimientos médicos específicos requiere un trabajo previo pluri e interdisciplinario que permita la identificación de los trabajadores expuestos a riesgo. No es el objeto entrar a valorar la calidad de las evaluaciones de riesgo de que se dispone en las empresas, pero sí lo es comentar las barreras que se observan para el trabajo entre los que se denominan «los técnicos» y «los médicos». No se trata de una situación nueva, ya que hasta 1997 las empresas obligadas contaban con un servicio médico donde no estaba prevista una coordinación de actividades con el personal técnico, aunque lo hubiese en la propia empresa. En los organismos técnicos que constituyó la administración existían unidades específicas para cada especialidad, pero con un difícil diálogo entre ellas y un claro liderazgo de las áreas técnicas frente a las médicas; un divorcio similar podía observarse entre los profesionales con ejercicio en las MATEPSS. Como resultado de ello, se puede afirmar que no existe una «tradición» de trabajo en equipo entre disciplinas y, aunque la norma deje clara la necesidad de ello para un acción orientada a prevenir el riesgo, prevalecen lo que en ocasiones son temores, inseguridades o celos entre profesionales que impiden aportar a las evaluaciones de riesgo visiones enriquecedoras y, como consecuencia, actúan como barreras para la implantación de una vigilancia adecuada.

La experiencia de tres años de recogida de una ficha de datos sobre trabajadores expuestos a riesgos laborales y aquellos sobre los que se ha practicado vigilancia específica de la salud, que los servicios de prevención de riesgos laborales remiten a la Administración Sanitaria en Navarra, son una muestra de esa falta de trabajo coordinado entre distintas disciplinas: en un tercio de las fichas correspondientes a empresas donde se practica vigilancia específica de la salud, ya sea con recursos propios o con ajenos, no figuran identificados como trabajadores expuestos

al riesgo laboral aquellos a los que se les practica dicho examen de salud. La fuente de identificación en esos casos parece ser la subjetiva del trabajador o los conocimientos del sanitario que aplica el protocolo específico.

Otra cierta perversión no sólo semántica se ha sumado al ya difícil desarrollo de los reconocimientos médicos específicos en el trabajo, pues mientras la normativa se refiere a la medicina del trabajo como a una de las cuatro especialidades y disciplinas preventivas que realizan las funciones de nivel superior de los servicios de prevención de riesgos laborales, la práctica ha extendido el uso del término vigilancia de la salud con un fin reduccionista de dichas funciones, ya que parece querer limitar a los miembros de la Unidad Básica Sanitaria al uso de la bata blanca, excluyéndolos de la participación que les atribuye la reglamentación tanto en el procedimiento para la realización de la evaluación de riesgos y en los de su revisión como en los contenidos de la planificación de la actividad preventiva. Así, la vigilancia de la salud se encargaría a los sanitarios como un suministro más: 12 de ruido, siete de posturas forzadas, 20 de pantallas de visualización de datos, etc., al que éstos atenderían con la aplicación de un protocolo *ad hoc*. Sólo falta que algunos empiecen a pensar que para hacer sólo eso son excesivos los tiempos establecidos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención que aprobó el Consejo Interterritorial de Salud, y comiencen a ofertar una rebaja en la tarifa para la captación de empresas-cliente. La vigilancia de la salud es una actividad importantísima, pero nunca la única, de los profesionales de la medicina del trabajo. La función primordial de «todo» el equipo del servicio de prevención es precisamente la prevención de los riesgos laborales y la protección de la salud de los trabajadores.

Por último, la actividad clínicoasistencial de los sanitarios ocupa un lugar prioritario frente a la preventiva en los servicios de prevención. Y aunque no es achacable a los criterios que los constituyeron, durante casi 40 años los servicios médicos de empresa, salvo algunas excepciones, realizaron esta labor en las mayores empresas del Estado, en las que los exámenes de salud anual no seguían ningún tipo de orientación específica de riesgo y las actividades sanitarias preventivas se limitaron a campañas de salud pública dirigidas a la prevención de diferentes casos de cáncer de alta incidencia general, pero de poca evidencia de asociación causal con el medio laboral, de afecciones metabólicas prevalentes en la población adulta, etc., o a campañas de promoción de la salud culpabilizadoras encaminadas al cambio de los hábitos insanos de las personas que trabajan y no a la adopción de condiciones de trabajo «promotoras» de salud. Así, los servicios médicos podían disponer de talonarios de recetas del Sistema Nacional de Salud para atender los problemas de salud de sus trabajadores, controlar su absentismo por causa médica o atender las lesiones que se producían en el trabajo, pero disponían de escasos recursos para llevar a cabo aquello que ninguna otra estructura sanitaria podría asumir: conocer cuáles eran sus riesgos en el trabajo para prevenir su aparición. En la segunda mitad de los años ochenta, tras la aprobación de los convenios 155 y 161 de la OIT y el co-

nocimiento de las experiencias que se estaban llevando a cabo con las elaboraciones de mapas de riesgos y daños en otros países, aparecieron en el Estado iniciativas encaminadas a instaurar los principios básicos para la vigilancia específica de la salud tanto en algunas grandes empresas como en algunas comunidades autónomas, hecho que fue respaldado por la aprobación de la Directiva Marco en 1989 y su posterior transposición a la norma española. A pesar de todo ello, la actividad sanitaria de los servicios de prevención propios, fundamentalmente, se ve marcada en algunos casos por un carácter clínicoasistencial.

Resulta ilustrativo el hecho de que, en la adaptación que las empresas de entre 100 y 500 trabajadores están llevando a cabo desde los antiguos servicios médicos de empresa a los actuales servicios de prevención de riesgos laborales, el elemento más determinante para mantener la medicina del trabajo con recursos propios está siendo el disfrute previo de los beneficios de la asistencia médico-farmacéutica de la seguridad social, que se perdería si se contrata un servicio ajeno³, y que al parecer reduce las ausencias en el trabajo motivadas por las visitas al centro de salud para recibir asistencia por patología común. En este sentido, resulta preocupante el desarrollo normativo particular que algunas comunidades autónomas han realizado para permitir una extensa actividad asistencial a los sanitarios de los servicios de prevención, cosa que a juicio de algunas sociedades científicas, establece una colisión de competencias entre especialidades médicas.

Por otro lado, se están encomendando actuaciones inspectoras a algunos servicios de prevención propios encargándoles el control de la incapacidad temporal, que no debe confundirse con el absentismo laboral de la empresa, con el pretexto de que el personal sanitario debe conocer las ausencias del trabajo por motivos de salud, como dice la reglamentación, olvidando que ésta se refiere a «los solos efectos» preventivos; esto es, su utilidad mediante el tratamiento estadístico, anonimizado, de los datos para el seguimiento colectivo de la salud en la empresa.

Además de los importantes grupos de presión (*lobbys*) de la prevención de riesgos laborales, esta situación no parece beneficiar a nadie a largo plazo, aunque parezca que sí lo hace de forma inmediata.

Perjudica al empresariado, pues, aunque en un primer momento parezca que no asumir el coste del cuidado de la salud de los trabajadores hace más rentable su actividad, esto no es así, ya que la falta de integración de la prevención en su sistema productivo y jugar al azar con el incumplimiento de la norma empiezan a poner de manifiesto que la prevención no es cara. En la práctica, ya hay sistemas de evaluación de calidad que valoran la gestión ética de las empresas, no sólo por la contribución a causas solidarias sino también por la calidad de vida que ofrecen dentro de sus empresas a los propios trabajadores.

Los trabajadores son quienes sufren directamente las consecuencias, ya que al verse privados de un derecho básico, como es la vigilancia específica de la salud según los riesgos a los que están expuestos, no se están evitando las pérdidas de su salud por el trabajo. En ocasiones, se argumentó que el motivo por el que se mantenían los chequeos médicos era

que los trabajadores los reclamaban con carácter anual, cuando en realidad lo que desean es tener la certeza de que los profesionales encargados de la prevención de sus riesgos laborales están velando por la conservación de su salud tratando de atender los primeros signos o síntomas de deterioro.

Tampoco beneficia a los profesionales sanitarios de los servicios de prevención, a los que en alguna ocasión se les ha tratado de achacar la falta de desarrollo de la vigilancia específica por un supuesto rechazo a la utilización de protocolos sanitarios, que podrían aumentar su carga de trabajo, cuando en realidad reclaman mayor apoyo para poder dedicarse a esta función que les corresponde estrictamente a ellos y que, en ocasiones, no pueden practicar por las presiones que reciben para dedicarse a tareas inspectoras o asistenciales.

Finalmente, el sistema económico del Estado también se resiente, ya que a primera vista parece que, evitando una búsqueda orientada de daños precoces de la salud por las condiciones de trabajo, evita su reconocimiento y su posterior indemnización. Lo que el sistema no consigue eludir, posteriormente, es que ese daño incipiente no detectado se convierta en un daño temporal, e incluso permanente, que le obliga a asumir no sólo unos costes en prestaciones económicas más importantes, sino también en la asistencia sanitaria que el Estado garantiza con carácter universal, y que por no contar con el reconocimiento de su etiología laboral ha de asumir con cargo al sistema nacional de salud.

Si realmente se quiere acabar con la situación de que cambie algo para que nada cambie, citando a Lampedusa, hay que asumir, con seriedad y sin más moratorias, una actividad básica para la prevención de riesgos laborales como es la práctica de los reconocimientos médicos específicos de las personas expuestas a riesgos laborales y acabar así con la percepción generalizada de que hay cuestiones de primera y otras de segunda categoría en la implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. BOE n.º 269.
2. Artieda L, Layana E, Lezáun M, Cipriain C. Diagnóstico de Salud Laboral Navarra 1997-1999. Pamplona: Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, 2001.
3. Lezaun M, Cilveti S, Layana E, García V, Artieda L. La medicina del trabajo en Navarra: de los servicios médicos de empresa a los servicios de prevención. Comunicación del XII Congreso de Seguridad y Salud en el Trabajo 2001, noviembre; Valencia.
4. Normas de Cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional, contenidas en la Ley 23/2001, de 27 de diciembre, de presupuestos Generales del Estado para el año 2002. Orden TAS/192/2002 de 31 de enero. BOE n.º 29.
5. Lezáun M, Francés I, Iturgaiz P, Extramiana E, Ceberio P, Fernández J, et al. Programa de inspección y control de la actividad sanitaria de los servicios de prevención en Navarra 1999. Comunicación del I Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales; febrero; Tenerife.