

16

Directores del capítulo
*Igor A. Fedotov, Marianne Saux
 y Jorma Rantanen*

Sumario

Normas, principios y enfoques de los servicios de salud en el trabajo <i>Jorma Rantanen e Igor A. Fedotov</i>	16.2
Los servicios de la salud en el trabajo y la práctica <i>Georges H. Coppée</i>	16.20
Inspección médica del trabajo en Francia <i>Marianne Saux</i>	16.25
Los servicios de salud en el trabajo en la pequeña empresa <i>Jorma Rantanen y Leon J. Warshaw</i>	16.27
El seguro de accidentes y los servicios de salud en el trabajo en Alemania <i>Wilfried Coenen y Edith Perlebach</i>	16.31
Los servicios de salud en el trabajo en Estados Unidos: introducción <i>Sharon L. Morris y Peter Orris</i>	16.34
Organismos públicos de salud en el trabajo en Estados Unidos <i>Sharon L. Morris y Linda Rosenstock</i>	16.35
Servicios de salud en el trabajo en las empresas de Estados Unidos: servicios prestados internamente <i>William B. Bunn y Robert J. McCunney</i>	16.38
Servicios de salud en el trabajo mediante contrato en Estados Unidos <i>Penny Higgins</i>	16.41
Actividades sindicales en Estados Unidos <i>Lamont Byrd</i>	16.43
Servicios académicos de salud en el trabajo en Estados Unidos <i>Dean B. Baker</i>	16.45
Los servicios de salud en el trabajo en Japón <i>Ken Takahashi</i>	16.48
La protección de los trabajadores en la Federación Rusa: legislación y prácticas <i>Nikolai F. Izmerov e Igor A. Fedotov</i>	16.49
La práctica de los servicios de salud en el trabajo en la República Popular China <i>Zhi Su</i>	16.53
Salud y seguridad en el trabajo en la República Checa <i>Vladimír Bencko y Daniela Pelclová</i>	16.61
La práctica de la salud en el trabajo en la India <i>T. K. Joshi</i>	16.64

● NORMAS, PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

Jorma Rantanen e Igor A. Fedotov

Este artículo se basa en las normas, principios y enfoques contenidos en el Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (nº 161) y su Recomendación de acompañamiento (nº 171); el Convenio de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, 1981 (nº 155) y su Recomendación de acompañamiento (nº 164); y el Documento de trabajo de la Décimo segunda reunión del Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo, celebrada los días 5-7 de abril de 1995.

El Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) define los "servicios de salud en el trabajo" como servicios investidos de funciones esencialmente preventivas y encargados de asesorar al empleador, y a los trabajadores y sus representantes acerca de los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo y de la adaptación de éste a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental.

La prestación de servicios de salud en el trabajo implica realizar actividades en el lugar de trabajo con el fin de proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, así como mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Estos servicios se prestan por profesionales de la salud en el trabajo que actúan individualmente o integrados en servicios especiales de la empresa o en servicios externos.

El campo de la salud en el trabajo es más amplio y no abarca sólo las actividades realizadas por el servicio de salud en el trabajo. Es una actividad interdisciplinaria e intersectorial en la que participan, además de los profesionales de la salud y la seguridad en el trabajo, otros especialistas tanto de la empresa como no pertenecientes a ella, así como las autoridades competentes, las empresas y los trabajadores y sus representantes. Este tipo de participación hace necesario un sistema bien desarrollado y coordinado en el lugar de trabajo. La infraestructura necesaria debería comprender todos los sistemas administrativos, organizativos y operativos necesarios para realizar con éxito las tareas de salud en el trabajo y garantizar su desarrollo sistemático y su mejora continua.

La infraestructura más elaborada para las actividades de salud en el trabajo se describe en el Convenio de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, 1981 (nº 155) y en el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (nº 161).

El establecimiento de servicios de salud en el trabajo según los modelos recomendados por el Convenio nº 161 y su Recomendación de acompañamiento nº 171 es una de las opciones. En todo caso, aunque es evidente que los servicios de salud en el trabajo más avanzados son los acordados a los instrumentos de la OIT, pueden emplearse también otros tipos de infraestructuras. La medicina del trabajo, la higiene del trabajo y la seguridad en el trabajo pueden practicarse separada o conjuntamente en el ámbito de un mismo servicio de salud en el trabajo.

El servicio de salud en el trabajo puede ser una entidad integrada única o una combinación de varios servicios de salud y seguridad unidos por una preocupación común por la salud y el bienestar de los trabajadores.

Disponibilidad de servicios de salud en el trabajo

Los servicios de salud en el trabajo están desigualmente distribuidos en el mundo (OMS 1995b). En la Región Europea, en torno a la mitad de la población activa carece aún de una cobertura aceptable de servicios de salud en el trabajo, aunque la variación entre países es muy grande, oscilando entre el 5 % y el 90 %. Los países de Europa Central y Oriental, actualmente en transición, están encontrando dificultades para prestar estos servicios debido a la reorganización de sus actividades económicas y a la descomposición de las grandes industrias centralizadas en unidades más pequeñas.

En otros continentes se registran cifras de cobertura inferiores. Sólo unos pocos países (Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia, Israel) muestran cifras comparables a las de Europa Occidental. En las típicas regiones en vías de desarrollo, la cobertura de los servicios de salud por empleado oscila, en el mejor de los casos, entre el 5 % y el 10 %, encontrándose principalmente los servicios en las empresas manufactureras y quedando algunos sectores industriales, agrícolas, autónomos y de pequeñas empresas y el sector informal completamente faltos de cobertura. Incluso en los países con altas tasas de cobertura hay desfases, con prestaciones insuficientes para las pequeñas empresas, ciertos trabajadores móviles, la construcción, la agricultura y los trabajadores autónomos.

Hay, por tanto, una necesidad universal de aumentar la cobertura de trabajadores mediante servicios de salud en el trabajo. En varios países, los programas de intervención para aumentar la cobertura han demostrado que es posible mejorar sustancialmente la disponibilidad de estos servicios en un período relativamente corto y a un coste razonable. Estas intervenciones han mostrado mejorar tanto el acceso de los trabajadores a los servicios como la eficacia en función del coste de los servicios prestados.

Impacto de la política de instrumentos internacionales

La denominada reforma del medio ambiente de trabajo que tuvo lugar en la mayor parte de los países industrializados en los decenios de 1970 y 1980 dio lugar a la aprobación de importantes instrumentos y directrices internacionales, que reflejaban las reacciones de las políticas de salud en el trabajo ante las nuevas necesidades de la vida laboral y la consecución de un consenso internacional sobre el desarrollo de la salud y la seguridad en el trabajo.

La OIT puso en práctica en 1976 el Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y del Medio Ambiente de Trabajo (PIACT) (El Mejoramiento de las Condiciones y del Medio Ambiente de Trabajo: un Programa Internacional (PIACT), 1984; Septuagésima primera reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 1985). El Convenio de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, 1981 (nº 155), con su Recomendación de acompañamiento (nº 164) y el Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (nº 161) y su Recomendación de apoyo (nº 171) ampliaron la influencia de la OIT en el desarrollo de la seguridad y la salud en el trabajo. El 31 de mayo de 1995 se habían registrado ya 40 ratificaciones de estos Convenios, pero sus efectos prácticos fueron muy superiores al número de ratificaciones, ya que muchos países pusieron en práctica los principios contenidos en estos instrumentos pese a no poder ratificarlos.

Simultáneamente, la Estrategia Global de la OMS Salud para Todos para el Año 2000 (Health for All by the Year 2000, HFA) (1981), introducida por primera vez en 1979, fue seguida en el decenio de 1980 por la introducción y puesta en práctica de

estrategias regionales y nacionales de HFA, en las que la salud de los trabajadores constituía un elemento esencial. En 1987, la OMS introdujo un Programa de Acción para la Salud de los Trabajadores y en 1994 los Centros Colaboradores de la OMS para la Salud en el Trabajo desarrollaron la Estrategia Mundial para la Salud en el Trabajo para Todos (1995), avalada por el Consejo Ejecutivo de la OMS (EB97.R6) y unánimemente aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1996 (AMS 49.12).

Las principales características del consenso internacional sobre la seguridad y la salud en el trabajo son:

- un enfoque en salud y seguridad en el trabajo para todos los trabajadores, independientemente del sector económico, tipo de trabajo, (asalariado o autónomo), tamaño de la empresa o sociedad (industria, sector público, servicios, agricultura, etc.);
- la responsabilidad de los gobiernos para el establecimiento de infraestructuras adecuadas para la práctica de la salud en el trabajo mediante la legislación, los convenios colectivos y cualquier otro mecanismo aceptable, previa consulta con las organizaciones representativas de los trabajadores y de las empresas;
- la responsabilidad de los gobiernos con respecto al desarrollo y puesta en práctica de una política de seguridad y salud en el trabajo en colaboración tripartita con las organizaciones de trabajadores y de empresas;
- la responsabilidad primaria del empleador con respecto a la prestación de servicios de salud en el trabajo a nivel de empresa, con profesionales competentes en la materia para la aplicación de lo dispuesto en la legislación nacional o en los convenios colectivos;
- la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los peligros del lugar de trabajo, así como el desarrollo de un medio ambiente de trabajo y un trabajo que favorezcan la salud de los trabajadores, son el objetivo principal de los servicios de salud en el trabajo.

La Cumbre de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1993 abordó varios aspectos del medio ambiente humano con relevancia para la salud en el trabajo (OMS, 1993). Su Agenda 21 contiene elementos sobre la prestación de servicios para los trabajadores insuficientemente atendidos y la garantía de la seguridad química en el lugar de trabajo. La Declaración de Río recalca el derecho de las personas a vivir una "vida sana y productiva en armonía con la naturaleza", lo que exige que el trabajo y el medio ambiente laboral cumplan ciertos niveles mínimos de seguridad y salud.

Estos instrumentos y programas internacionales han estimulado, directa o indirectamente, la inclusión de la prestación de servicios de salud en el trabajo en los programas nacionales Salud para Todos para el Año 2000 y en otros programas de ámbito nacional. Así, los instrumentos internacionales han servido de directriz para el desarrollo de programas y legislaciones nacionales.

Un papel significativo en el desarrollo mundial de la salud en el trabajo ha sido el desempeñado por el Comité Mixto OIT/OMS sobre Salud en el Trabajo, el cual, en sus doce reuniones celebradas desde 1950, ha realizado importantes aportaciones para la definición de conceptos y su plasmación en prácticas nacionales y locales.

Estructuras legislativas para la práctica de la salud en el trabajo

La mayoría de los países han adoptado normas reguladoras sobre la prestación de servicios de salud en el trabajo, pero la estructura legal, contenidos y cobertura de los trabajadores en estas

disposiciones varían considerablemente (Rantanen 1990; OMS 1989c). Las normas más tradicionales consideran los servicios de salud en el trabajo como un grupo de actividades especializadas independientes, tales como la asistencia sanitaria en el trabajo, los servicios de seguridad e higiene en el trabajo, los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, etc.

En muchos países, en lugar de establecer lo que podríamos considerar programas, la legislación determina el deber de la empresa de realizar evaluaciones de riesgo para la salud, reconocimientos médicos de trabajadores y otras actividades individuales relacionadas con la salud y seguridad de los trabajadores.

Normas más recientes que reflejan las directrices internacionales, tales como las contenidas en el Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161), consideran este servicio como un equipo integrado, global e interdisciplinar que contiene todos los elementos necesarios para la mejora de la salud en el trabajo, el medio ambiente de trabajo, la salud de los trabajadores y el desarrollo global de todos los aspectos estructurales y de gestión en el lugar de trabajo necesarios para la salud y la seguridad.

La legislación suele delegar el establecimiento, aplicación y control de los servicios de salud en el trabajo en ministerios u organismos como los de Trabajo, Sanidad o Seguridad Social (OMS 1990).

Hay dos tipos principales de disposiciones reguladoras de los servicios de salud en el trabajo:

Las del primer tipo contemplan el servicio de salud en el trabajo como una infraestructura de servicio integral interdisciplinar y establecen los objetivos, actividades, obligaciones y derechos de los distintos participantes, las condiciones de funcionamiento y las cualificaciones del personal. Son ejemplos la Directiva Marco de la Unión Europea nº 89/391/CEE sobre seguridad y salud en el trabajo (CEC 1989; Neal y Wright 1992), la ley ARBO holandesa (Kroon y Overeynder 1991) y la Ley sobre Servicios de Salud en el Trabajo finlandesa (transposición de la Ley de Asistencia Sanitaria en el Trabajo y del Decreto del Consejo del Estado nº 1.009 1979).

Existen pocos ejemplos de la organización de sistemas de servicios de salud en el trabajo en el mundo industrializado que sean acordes con este tipo de disposiciones, pero se espera que aumenten con la progresiva implantación de la mencionada Directiva Marco de la Unión Europea (89/391/CEE).

El otro tipo de disposiciones se encuentran en la mayoría de los países industrializados y son más fragmentarias. En lugar de una ley única en la que se establezca el servicio de salud en el trabajo como una entidad global, se adoptan un conjunto de normas que simplemente obligan a las empresas a realizar ciertas actividades, ya sea determinándolas de forma muy específica o bien de modo general, dejando abierto lo relativo a su organización y condiciones de funcionamiento (OMS 1989c). En muchos países en vías de desarrollo, esta normativa sólo es aplicable a los principales sectores industriales, quedando sin cobertura otros muchos, como la agricultura, las pequeñas y medianas empresas y el sector informal.

Durante el decenio de 1980, y especialmente en los países industrializados, ciertos aspectos de la evolución social y demográfica, tales como el envejecimiento de la población activa, el aumento de las pensiones por discapacidad y del absentismo por enfermedad y la dificultad de controlar los presupuestos nacionales de seguridad social dieron lugar a algunas reformas interesantes de los sistemas nacionales de salud en el trabajo, centradas en la prevención de las discapacidades a corto y a largo plazo, la conservación de la capacidad de trabajo, especialmente entre los trabajadores de más edad, y la reducción de las jubilaciones anticipadas.

Por ejemplo, la modificación de la Ley ARBO holandesa (Kroon y Overeynder 1991) junto con otras tres leyes sociales dirigidas a la prevención de la discapacidad a corto y a largo plazo, establecieron requisitos importantes para los servicios de salud y seguridad en el trabajo a nivel de fábrica, entre los que se incluyen:

- requisitos mínimos para los procedimientos, guías e instalaciones;
- requisitos mínimos en cuanto al número, composición y competencia de los equipos, que han de incluir especialistas tales como médicos competentes en la materia, expertos superiores en seguridad, higienistas del trabajo y consultores de gestión;
- requisitos relativos a la especificación de la organización de los servicios y sus actividades;
- exigencia de sistemas de aseguramiento de la calidad, incluyendo auditorías adecuadas;
- exigencia de que los especialistas que trabajen en el servicio estén acreditados por las autoridades competentes y que el propio servicio esté también acreditado mediante una auditoría externa.

Este nuevo sistema se pondrá en práctica paso a paso y debería estar concluido antes de finales del decenio de 1990.

Las modificaciones de la Ley sobre Servicios de Salud en el Trabajo finlandesa de 1991 y 1994 introdujeron el principio de mantenimiento de la capacidad de trabajo, especialmente de los trabajadores de más edad, como un nuevo elemento de las actividades preventivas de origen legislativo de estos servicios. Puesto en práctica mediante la estrecha colaboración de todos los actores del lugar de trabajo (dirección, trabajadores, servicios de salud y seguridad), supone la mejora y adaptación del trabajo, el medio ambiente de trabajo y el equipo del trabajador, mejorando y manteniendo su capacidad física y mental de trabajo y haciendo la organización del trabajo más favorable al mantenimiento de dicha capacidad. En la actualidad, se están tratando de desarrollar y evaluar métodos prácticos para alcanzar estos objetivos.

La aprobación, en 1987, del Acta Unica Europea dio un nuevo impulso a las medidas de seguridad y salud en el trabajo adoptadas por las Comunidades Europeas. La salud y seguridad en el trabajo se incluía por primera vez en el Tratado CEE de 1957, y se hacía mediante el nuevo artículo 118a. Para el nivel de protección tiene una importancia significativa el que las directivas aprobadas por los Estados miembros en virtud del artículo 118a establezcan requisitos mínimos relativos a esta materia. Según este principio, los Estados miembros han de elevar su nivel de protección si se encuentra por debajo de los requisitos mínimos establecidos por las directivas. Por encima de esto, se les anima y faculta para mantener e introducir medidas protectoras más intensas.

En junio de 1989 se aprobó la primera y probablemente más importante directiva, que establecía requisitos mínimos en la materia al amparo del artículo 118a: la Directiva Marco 89/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo. Es la estrategia central de salud y seguridad en el trabajo, sobre la que se asentarán todas las directivas futuras, que será complementada por directivas específicas sobre áreas determinadas y que establece también el marco general para futuras directivas conexas.

La Directiva Marco 89/391/CEE contiene muchos aspectos de los Convenios OIT n° 155 y 161, que los 15 países de la Unión Europea aplicarán en sus leyes y prácticas nacionales.

Entre las principales disposiciones de esta Directiva en materia de salud y seguridad en el trabajo se encuentran:

- el desarrollo de una política global coherente de prevención a nivel de la empresa, que integre el medio ambiente de trabajo, la tecnología, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo y las relaciones sociales;
- el deber de la empresa de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo, incluida la prevención de los peligros del trabajo, la aportación de información y formación, así como la necesaria organización del trabajo, las medidas de control y los medios para realizar las actividades de salud en el trabajo en colaboración entre la empresa y los trabajadores;
- la indicación de que los trabajadores deben disfrutar de vigilancia sanitaria adecuada a los riesgos para la salud que soportan en el trabajo;
- el derecho de los trabajadores a recibir toda la información necesaria sobre los riesgos para la salud y la seguridad, así como la adopción de medidas preventivas con respecto tanto a la empresa en general como a cada tipo de puesto de trabajo y de tarea;
- la necesidad de que la planificación y la introducción de nuevas tecnologías esté sujeta a la consulta con los trabajadores y sus representantes con respecto a la elección de los equipos, las condiciones de trabajo y el medio ambiente de trabajo para la seguridad y la salud de los trabajadores;
- la exigencia de que los principios generales de prevención incluyan los objetivos de evitar los riesgos; evaluar los riesgos que no se pueden evitar; combatir los riesgos en su origen; adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta al diseño de los puestos, la elección del equipo y los métodos de trabajo y de producción; tener en cuenta la evolución de la técnica; sustituir lo peligroso por lo que entraña poco o ningún peligro; adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual y dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Durante los últimos años se han adoptado numerosas disposiciones en la Unión Europea, entre ellas una serie de directivas basadas en los principios formulados en la Directiva Marco, algunas complementarias a las sujetas a medidas de armonización técnica en preparación y otras relativas a riesgos específicos en sectores de alto riesgo. Entre los ejemplos del primer grupo se encuentran las directivas relativas a los requisitos mínimos de salud y seguridad en el lugar de trabajo, al uso de equipos de trabajo por parte de los trabajadores, al uso de equipos de protección personal, al manejo manual de cargas, al trabajo con equipos de pantallas de visualización de datos, al establecimiento de señalización de seguridad y salud en el trabajo y a la puesta en práctica de las exigencias mínimas de seguridad y salud en lugares de construcción móviles o temporales. El segundo grupo incluye directivas tales como las relativas a la protección de los trabajadores frente a los riesgos relativos a la exposición al cloruro de vinilo monómero, el plomo metálico y sus compuestos iónicos, el amianto, las sustancias cancerígenas y agentes biológicos, y a la protección de los trabajadores mediante la prohibición de determinados agentes y tareas, entre otras (Neal y Wright 1992; CE 1994).

Se ha propuesto recientemente la adopción de otras directivas (en concreto, sobre agentes físicos y químicos, actividades de transporte y lugares de trabajo, y equipo de trabajo) para consolidar algunas de las que ya están en vigor y racionalizar el planteamiento global de la seguridad y la salud de los trabajadores en estos campos (CE 1994).

Muchos nuevos elementos de las disposiciones y prácticas nacionales son una respuesta a los problemas de la vida laboral

que surgen actualmente y contienen normas de desarrollo futuro de las infraestructuras de salud en el trabajo. Se refieren especialmente a la programación, a escala nacional y de empresa, de actividades más exhaustivas con respecto a los aspectos psicosociales, de organización y de capacidad de trabajo, prestándose una atención especial al principio de participación. También se establece la aplicación de ciertos sistemas de gestión de calidad, auditoría y certificación de la competencia de los expertos y los servicios con respecto a los requisitos de la legislación sobre la materia. Así, estas disposiciones nacionales, al absorber el contenido sustantivo de los instrumentos de la OIT, con independencia de que éstos hayan sido ratificados o no, llevan a la paulatina aplicación de los objetivos y principios contenidos en los Convenios OIT nº 155 y 161 y del conjunto de la Estrategia HFA de la OMS.

Objetivos de la práctica de salud en el trabajo

Los objetivos de la práctica de la salud en el trabajo inicialmente definidos en 1950 por el Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo establecían que:

La Medicina del Trabajo persigue la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; la prevención de pérdida de la salud derivada de las condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en su empleo contra los riesgos derivados de factores adversos para la salud; la colocación y el mantenimiento del trabajador en un ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas. En resumen: la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo.

En 1959, a partir de los análisis del comité tripartito especial de la OIT (con representación de los gobiernos, las empresas y los trabajadores), la Cuadragésima segunda reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó la Recomendación nº 112 (OIT 1959), que definía el servicio de medicina en el trabajo como un servicio organizado en los lugares de trabajo o en sus inmediaciones, destinado:

- a asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique a su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que éste se efectúa;
- a contribuir a la adaptación física y mental de los trabajadores, en particular por la adecuación del trabajo a los trabajadores y por su colocación en puestos de trabajo correspondientes a sus aptitudes;
- a contribuir al establecimiento y mantenimiento del nivel más elevado posible de bienestar físico y mental de los trabajadores.

En 1985, la OIT aprobó nuevos instrumentos internacionales [el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) y su Recomendación de acompañamiento (nº 171) (OIT 1985A, 1985B)] que definían los servicios de salud en el trabajo como titulares de funciones básicamente preventivas y encargados del asesoramiento al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo, así como la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental.

En 1980, el Grupo de Trabajo OMS/Europa para la Evaluación de los Servicios de Salud en el Trabajo e Higiene Industrial (OMS 1982) definió el fin último de estos servicios como "la promoción de las condiciones de trabajo que garanticen el máximo grado de calidad de la vida laboral mediante la protección de la salud de los trabajadores, potenciando su bienestar físico,

mental y social y previniendo la pérdida de la salud y los accidentes."

El amplio estudio sobre los servicios de salud en el trabajo en los 32 países de la Región Europea realizado en 1985 por la Oficina Regional para Europa de la OMS (Rantanen 1990) señaló como objetivos los siguientes principios:

- proteger la salud de los trabajadores frente a los peligros en el trabajo (principio de protección y prevención);
- adaptar el trabajo y su medio ambiente a las capacidades de los trabajadores (principio de adaptación);
- potenciar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores (principio de promoción de la salud);
- minimizar las consecuencias de los peligros, accidentes y lesiones profesionales, así como de las enfermedades profesionales y las relacionadas con el trabajo (principio de curación y rehabilitación);
- prestar servicios de asistencia sanitaria general a los trabajadores y sus familias, tanto curativos como preventivos, ya sea en el lugar de trabajo o desde instalaciones cercanas (principio de asistencia sanitaria primaria general).

Estos principios pueden considerarse aún relevantes con respecto a la evolución de las políticas y disposiciones de los países. Por otra parte, la formulación de objetivos de práctica de la salud en el trabajo como los recientemente aparecidos en leyes nacionales y el desarrollo de nuevas necesidades para la vida laboral parece recalcar las siguientes tendencias (OMS 1995a, 1995b; Rantanen, Lehtinen y Mikheev 1994):

- El ámbito de la salud en el trabajo se está ampliando para cubrir no sólo la salud y la seguridad, sino también el bienestar psicológico y social y la capacidad de llevar una vida social y económicamente productiva.
- La gama completa de objetivos va más allá del ámbito de las cuestiones tradicionales de salud y seguridad en el trabajo.
- Los nuevos principios van más allá de la mera prevención y control de los efectos perjudiciales para la salud y la seguridad de los trabajadores, para abarcar la promoción activa de la salud y la mejora del medio ambiente y la organización del trabajo.

En consecuencia, existe realmente una tendencia a la expansión del ámbito de los objetivos de la práctica de la salud en el trabajo hacia nuevos tipos de cuestiones con consecuencias sociales y económicas para los trabajadores.

Funciones y actividades de los servicios de salud en el trabajo

Para proteger y promover la salud de los trabajadores, un servicio de salud en el trabajo ha de atender las especiales necesidades de la empresa a la que presta sus servicios y de los trabajadores empleados en ella. Dada la amplísima gama y ámbito de las actividades económicas industriales, de fabricación, comerciales, agrícolas y demás, no es posible establecer un programa detallado de actividad o un patrón de organización y unas condiciones de funcionamiento del servicio de salud en el trabajo que sean adecuadas para todas las empresas y situaciones. Según el Convenio de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (nº 155) y el Convenio OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161), la responsabilidad primaria respecto a la salud y la seguridad de los trabajadores reside en la empresa. Las funciones del servicio de salud en el trabajo son proteger y promover la salud de los trabajadores, mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo y mantener la salud en la empresa en su conjunto mediante la prestación de servicios de salud en el trabajo a los trabajadores y asesoramiento especializado a la empresa acerca de cómo

conseguir el máximo nivel de salud y seguridad en beneficio de la comunidad laboral de la que forma parte.

El Convenio de la OIT nº 161 y su Recomendación de acompañamiento nº 171 consideran que los servicios de salud en el trabajo tienen un carácter interdisciplinar, integral y que, aunque con tareas fundamentalmente preventivas, puede realizar también actividades curativas. Los documentos de la OMS que reclaman servicios para las pequeñas empresas y los trabajadores autónomos y agrícolas recomiendan la prestación de servicios por parte de las unidades de asistencia sanitaria primaria (Rantanen, Lehtinen y Mikheev 1994). Estos documentos, así como las legislaciones y programas nacionales, recomiendan una aplicación paulatina, de modo que las actividades puedan adaptarse a las necesidades nacionales y locales y a las circunstancias existentes.

En teoría, el servicio de salud en el trabajo debería establecerse y actuar con arreglo a un programa de actividades adaptado a las necesidades de la empresa en la que opera. Sus funciones deberían ser adecuadas a los peligros profesionales y a los riesgos para la salud de la empresa, con especial atención a los problemas específicos de la rama de actividad en cuestión. A continuación se exponen las funciones básicas y más habituales de un servicio de salud en el trabajo.

Orientación preliminar a la empresa

Si los servicios de salud en el trabajo no se han establecido con anterioridad o se contrata nuevo personal, es necesaria una orientación preliminar a la situación de la seguridad y la salud en el trabajo en la empresa, lo que implica los siguientes pasos:

- El análisis del tipo de producción indicará los tipos de peligros típicos de esa actividad, tarea o profesión, que podrán por tanto esperarse en la empresa y pueden ayudar a determinar los que requieren especial atención.
- La revisión de los problemas detectados por los profesionales de la salud en el trabajo, la dirección de la empresa, los trabajadores y otros especialistas, así como las medidas anteriormente adoptadas en el lugar de trabajo, indicarán la percepción de los problemas por parte de la empresa. Esto debería incluir el estudio de los informes de las actividades de salud y seguridad en el trabajo, las medidas de higiene industrial, los datos de control biológico, etc.
- La revisión de las características de la plantilla (es decir: datos de edades, sexos, antecedentes étnicos, relaciones familiares, clasificaciones profesionales, historiales laborales y, si es posible, cuestiones sanitarias relacionadas) ayudará a detectar los grupos vulnerables y a quienes tengan necesidades especiales.
- Deben estudiarse los datos disponibles sobre enfermedades, accidentes y absentismo por enfermedad en el trabajo, agrupados, si es posible, por departamentos, profesiones y tipo de trabajo, factores desencadenantes y tipos de lesiones o enfermedades.
- Los datos sobre métodos de trabajo, sustancias químicas manejadas, últimas medidas de exposición y número de trabajadores expuestos a peligros especiales son necesarios para determinar los problemas prioritarios.
- Debe analizarse el conocimiento de los problemas sanitarios por parte de los trabajadores, su grado de formación sobre las medidas de emergencia y primeros auxilios y las previsiones para un comité de salud y seguridad en el trabajo eficaz.
- Por último, deben estudiarse los planes de cambios en los sistemas de producción, establecimiento de nuevas instalaciones, maquinarias y equipos, introducción de nuevos materiales y cambios en la organización del trabajo como punto de partida para el cambio de la práctica futura de salud en el trabajo.

Vigilancia del medio ambiente de trabajo

La calidad del medio ambiente de trabajo, derivada del cumplimiento de los estándares de salud y seguridad en el trabajo, ha de garantizarse mediante la vigilancia en el lugar de trabajo. Según el Convenio OIT nº 161, ésta es una de las tareas fundamentales de los servicios de salud en el trabajo.

A partir de la información obtenida mediante la orientación preliminar de la empresa se realiza un estudio directo del lugar de trabajo, preferiblemente a cargo de un equipo interdisciplinar de salud en el trabajo complementado por representantes de los trabajadores y de la empresa. Este estudio debe incluir entrevistas con los directivos, encargados y trabajadores. En caso necesario, pueden realizarse revisiones especiales de seguridad, higiene, ergonómicas o psicológicas.

Existen listas de control y directrices especiales recomendables para estos estudios. Las observaciones pueden mostrar la necesidad de adoptar medidas o controles específicos de especialistas en higiene, ergonomía, toxicología, ingeniería de seguridad o psicología del trabajo, pertenecientes o no al equipo de salud en el trabajo. Estas mediciones o revisiones especiales pueden exceder de los recursos de las pequeñas empresas, las cuales tendrán que basarse en las observaciones realizadas durante el estudio, complementadas con datos cualitativos o, en el mejor de los casos, semicualitativos.

Como lista básica de control, puede recomendarse la Lista de Enfermedades Profesionales (enmendada en 1980) anexa al Convenio de la OIT relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (nº 121), en el que se enumeran las principales causas conocidas de enfermedades profesionales y que, pese a tener como objetivo principal dar pautas para la indemnización por enfermedades profesionales, puede servir también para su prevención. Los peligros no mencionados en esta lista pueden añadirse en función de las circunstancias locales o nacionales.

El ámbito de vigilancia del medio ambiente de trabajo, en los términos definidos por la Recomendación de la OIT sobre Servicios de Salud en el Trabajo (nº 171), abarca lo siguiente:

- la identificación y evaluación de los factores del medio ambiente de trabajo que pueden afectar a la salud de los trabajadores;
- la evaluación de las condiciones de higiene en el trabajo y de los factores de la organización del trabajo que puedan engendrar riesgos para la salud de los trabajadores;
- la evaluación de los medios de protección colectiva e individual;
- la evaluación, cuando sea apropiado, de la exposición de los trabajadores a los agentes nocivos, mediante métodos de control válidos y generalmente aceptados;
- la verificación de los sistemas de control destinados a eliminar o reducir la exposición.

Con los resultados del estudio directo debe elaborarse un inventario de riesgos, señalando todos los que sean propios de la empresa, necesario para calcular la potencial exposición y proponer medidas de control. A efectos de este inventario y para facilitar el diseño, puesta en práctica y evaluación de los controles, los peligros deben correlacionarse con los riesgos que suponen de resultados agudos o crónicos para la salud de los trabajadores y en función del tipo de peligro (por ejemplo, químico, físico, biológico, psicológico o ergonómico).

El siguiente paso es la valoración cuantitativa de la exposición, necesaria para una evaluación más precisa de los peligros para la salud, que consiste en medir la intensidad o concentración, la variación en el tiempo y la duración total de la exposición, así como el número total de trabajadores expuestos. La medición y evaluación de la exposición suelen ser realizadas por

especialistas en control de lesiones, ergónomos e higienistas del trabajo, y se basan en los principios del control medioambiental, debiendo incluir, cuando sea necesario, el control del medio ambiente para recoger datos de exposición en un determinado medio ambiente de trabajo, así como el control de la exposición personal de un determinado trabajador o grupo de trabajadores (por ejemplo, expuestos a peligros específicos). La medición de la exposición es necesaria cuando los peligros son esperados o razonablemente previsibles, y debe basarse en el inventario completo de peligros, combinado con una evaluación de las prácticas de trabajo. Para establecer prioridades de intervención debe utilizarse el conocimiento de los efectos potenciales de cada peligro.

La evaluación de los peligros para la salud en el lugar de trabajo debe realizarse teniendo en cuenta la totalidad de las exposiciones en comparación con los estándares establecidos, que se expresan en términos de niveles permisibles y límites de exposición y son fruto de numerosos estudios científicos sobre la correlación entre exposición y efectos en la salud. Algunos de ellos se han convertido en estándares nacionales y son jurídicamente obligatorios según la legislación y la práctica del país, tales como las Concentraciones Máximas Permisibles (MAK, en Alemania, MAC, en los países de Europa Oriental), y los Límites de Exposición Permisible (PEL, en Estados Unidos). Hay PEL para unas 600 sustancias químicas habituales en los lugares de trabajo. También hay límites de exposición media ponderada en el tiempo, límites de exposición a corto plazo (STEL), topes y límites para algunas condiciones duras que pueden dar lugar a absorción cutánea.

La vigilancia del medio ambiente de trabajo incluye el control tanto de las exposiciones peligrosas como de los efectos para la salud. Si la exposición a los peligros es excesiva, debe controlarse con independencia de los efectos y evaluarse la salud de los trabajadores expuestos. La exposición se considera excesiva si se acerca o sobrepasa los límites establecidos, tales como los anteriormente mencionados.

Esta vigilancia proporciona información sobre las necesidades de salud profesional de la empresa y muestra las prioridades de acción preventiva y de control. La mayoría de los instrumentos que marcan las pautas de los servicios de salud en el trabajo recalcan la necesidad de realizar la vigilancia antes de poner en marcha los servicios, periódicamente durante las actividades y siempre que se produzcan cambios sustanciales en el trabajo o el medio ambiente de trabajo.

Los resultados obtenidos aportan los datos necesarios para calcular si las medidas preventivas adoptadas son efectivas y si los trabajadores ocupan puestos adecuados a sus capacidades. Los servicios de salud en el trabajo emplean también estos datos para garantizar que se mantenga una protección fiable contra las exposiciones y para formular recomendaciones sobre el modo de poner en práctica controles para mejorar el medio ambiente de trabajo. Además, la información acumulada se emplea para la realización de estudios epidemiológicos, para la revisión de los niveles permisibles de exposición y para la evaluación de la eficacia de las medidas de ingeniería de control y demás métodos de diversos programas preventivos.

Información a la empresa, la dirección y los trabajadores sobre los peligros para la salud en el trabajo

Una vez obtenida la información sobre peligros sanitarios potenciales en el lugar de trabajo, debe comunicarse a los responsables de adoptar medidas preventivas y de control, así como a los trabajadores expuestos a los mismos. La información ha de ser tan precisa y cuantitativa como sea posible, y debe describir las medidas preventivas adoptadas y explicar lo que deben hacer los trabajadores para garantizar su eficacia.

La Recomendación de la OIT sobre Servicios de Salud en el Trabajo (nº 171) establece que, de conformidad con la legislación y la práctica nacionales, los datos resultantes de la vigilancia del lugar de trabajo deberían consignarse en forma adecuada y mantenerse a disposición del empleador, de los trabajadores y de sus representantes en la empresa o del comité de salud y seguridad e higiene, cuando existen. Tales datos deberían utilizarse respetando su carácter confidencial y solamente para orientar y dar asesoramiento acerca de las medidas destinadas a mejorar el medio ambiente de trabajo y la salud y seguridad de los trabajadores. La autoridad competente debería tener acceso a estos datos, los cuales sólo debería comunicar el servicio de salud en el trabajo a terceros previo acuerdo del empleador y de los trabajadores. Los trabajadores afectados deben ser informados de forma adecuada sobre los resultados de la vigilancia y ha de reconocérseles el derecho a solicitar el control del medio ambiente de trabajo.

Evaluación de los riesgos para la salud

Para evaluar los riesgos para la salud en el trabajo se combina la información procedente de la vigilancia del medio ambiente de trabajo con datos de otras fuentes, tales como estudios epidemiológicos sobre profesiones y exposiciones determinadas y valores de referencia tales como límites de exposición profesional y estadísticas disponibles. Los datos cualitativos (por ejemplo, si la sustancia es cancerígena) y, en la medida de lo posible, cuantitativos (por ejemplo, cuál es el grado de exposición) pueden mostrar que los trabajadores están expuestos a peligros sanitarios y señalar la necesidad de adoptar medidas preventivas y de control.

Entre los pasos para la evaluación de riesgos para la salud en el trabajo se encuentran:

- la identificación de los peligros para la salud en el trabajo (fruto de los resultados de la vigilancia sobre el medio ambiente de trabajo);
- el análisis del modo en que el peligro puede afectar al trabajador (vías de entrada y tipo de exposición, valores límite umbral, relaciones dosis-efecto, efectos adversos potenciales para la salud, etc.);
- la identificación de los trabajadores o grupos de trabajadores expuestos a peligros específicos;
- la identificación de personas y grupos con puntos vulnerables especiales;
- la evaluación de las medidas actuales de prevención y control de peligros;
- la formulación de conclusiones y documentación de las conclusiones de la evaluación;
- la revisión periódica y, en caso necesario, reevaluación.

Vigilancia de la salud de los trabajadores

Debido a las limitaciones tecnológicas y económicas, a menudo no es posible eliminar todos los peligros para la salud en el lugar de trabajo. En estos casos, la vigilancia de la salud de los trabajadores pasa a ocupar un lugar primordial. Esta vigilancia comprende varias formas de evaluación médica de los efectos sanitarios de la exposición de los trabajadores a los peligros del lugar de trabajo.

Los objetivos principales de los reconocimientos médicos son evaluar la adecuación del trabajador para determinados trabajos, evaluar cualquier deficiencia sanitaria potencialmente relacionada con la exposición a agentes nocivos inherentes al proceso de trabajo e identificar los casos de enfermedad profesional con arreglo a la legislación nacional.

Los reconocimientos médicos no protegen a los trabajadores frente a los peligros para la salud ni sustituyen a las medidas de control adecuadas, que tienen carácter prioritario en la jerarquía

de acciones, pero pueden ayudar a detectar circunstancias que hagan a un trabajador más vulnerable a los efectos de agentes peligrosos o signos de deficiencias sanitarias causadas por dichos agentes. Los reconocimientos deben realizarse en paralelo con la investigación del medio ambiente de trabajo, que proporciona información sobre exposición potencial en el lugar de trabajo y se emplea por los profesionales de la salud en el trabajo para evaluar los resultados obtenidos mediante la vigilancia sanitaria de los trabajadores expuestos.

La vigilancia de la salud de los trabajadores puede ser pasiva y activa

En el caso de la vigilancia pasiva, se pide a los trabajadores enfermos o afectados que consulten a los profesionales de la salud en el trabajo. Este tipo de vigilancia sólo suele detectar enfermedades sintomáticas y requiere que los profesionales sanitarios sean capaces de diferenciar los efectos de la exposición en el trabajo de otros efectos similares de exposiciones no profesionales.

En el caso de la vigilancia activa, los profesionales de la salud en el trabajo seleccionan y examinan a los trabajadores que padecen alto riesgo de sufrir enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo. Puede llevarse a cabo de diversas formas, incluidos los reconocimientos médicos periódicos de todos los trabajadores, los de trabajadores expuestos a peligros específicos y la exploración selectiva y supervisión de grupos seleccionados de trabajadores. Las formas específicas de vigilancia sanitaria dependen en gran medida de los efectos potenciales sobre la salud de una determinada exposición profesional. La vigilancia activa es más apropiada para los trabajadores con un historial de múltiples exposiciones y para los que soportan mayores riesgos de enfermedad o lesión.

Los detalles sobre la vigilancia de la salud se encuentran en el Convenio de la OIT nº 161 y la Recomendación nº 171, que especifican que la vigilancia debe incluir, en los casos y condiciones establecidos por las autoridades competentes, todas las evaluaciones necesarias para proteger la salud de los trabajadores, entre las que pueden encontrarse:

- la evaluación de la salud de los trabajadores antes de que se les asignen tareas específicas que puedan entrañar un peligro para su salud o para la de los demás;
- evaluaciones de la salud a intervalos periódicos durante todo empleo que implique una exposición a riesgos particulares para la salud;
- una evaluación de la salud de los trabajadores que reanudan el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales, de recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores y de adaptabilidad de los trabajadores a sus tareas y la necesidad de una reclasificación y de una readaptación;
- evaluaciones de la salud al terminar y después de terminar asignaciones a puestos de trabajo que entrañen riesgos susceptibles de provocar juicios ulteriores para su salud o de contribuir a tales perjuicios.

La evaluación de la situación sanitaria de los trabajadores es de primordial importancia cuando se inicia la práctica de la salud en el trabajo, se contrata a nuevos trabajadores, se introducen nuevas prácticas de trabajo o tecnologías, cuando se detectan exposiciones especiales y cuando determinados trabajadores tienen características sanitarias que hagan necesario un seguimiento. Varios países han adoptado reglamentaciones o directrices en las que se especifica cuándo y cómo deben realizarse los reconocimientos médicos. Los reconocimientos deben

controlarse y desarrollarse continuamente para detectar efectos sanitarios relacionados con el trabajo en sus primeras fases de desarrollo.

Reconocimientos médicos previos a la asignación (previos al empleo)

Este tipo de evaluación de la salud se realiza antes de la colocación de los trabajadores o de su asignación a una determinada tarea que pueda suponer un peligro para su salud o la de otras personas. El objetivo es determinar si la persona se ajusta física y psicológicamente al puesto específico y asegurarse de que su colocación no supondrá un peligro para su salud o la de otros trabajadores. En la mayoría de los casos, la revisión del historial médico, el reconocimiento médico general y las pruebas habituales de laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre y de orina) serán suficientes, pero en algunos casos, la existencia de un problema sanitario o las especiales exigencias de un determinado puesto pueden exigir reconocimientos funcionales o pruebas diagnósticas.

Hay varios problemas sanitarios que pueden hacer que un trabajo sea peligroso para el trabajador o para otros trabajadores o terceras personas. Por estos motivos, puede resultar necesario, por ejemplo, excluir a trabajadores con hipertensión incontrolada o diabetes inestable de ciertos trabajos peligrosos (tales como los de piloto aéreo o marítimo, conductor de vehículos de servicio público o de grandes transportes, operador de grúas, etc.). El daltonismo puede justificar la exclusión de trabajos que requieran discernir los colores por razones de seguridad (por ejemplo, en las señales de tráfico). Para los trabajos que requieran un alto nivel de forma física general, tales como el buceo en profundidad, los servicios de bomberos y de policía o el pilotaje de aviones, sólo serán aceptables los trabajadores que cumplan los requisitos de rendimiento. La posibilidad de que las enfermedades crónicas se vean agravadas por las exposiciones inherentes a un determinado trabajo debe tenerse también en cuenta. Es esencial, por tanto, que quien practica el reconocimiento conozca a fondo el puesto y el medio ambiente de trabajo y sea consciente de que las descripciones estandarizadas de los puestos de trabajo pueden ser excesivamente superficiales e incluso equívocas.

Una vez terminada la evaluación de la salud prescrita, el médico del trabajo debe comunicar los resultados por escrito tanto al trabajador como a la empresa. Las conclusiones transmitidas a la empresa no deben contener información alguna de carácter médico, sino una conclusión relativa a la adecuación de la persona reconocida para el puesto actual o propuesto y una especificación del tipo de trabajos y condiciones de trabajo médicamente contraindicadas para la persona, sea temporal o permanentemente.

El reconocimiento médico previo al empleo es importante para el historial profesional posterior del trabajador, ya que proporciona la información clínica y los datos de laboratorio necesarios sobre su situación sanitaria en el momento de ocupar su puesto. También supone un punto de partida indispensable para posteriores evaluaciones de cualquier cambio potencial en su situación sanitaria.

Reconocimientos médicos periódicos

Se realizan a intervalos periódicos durante los empleos que supongan una exposición a peligros potenciales que no puedan eliminarse completamente mediante acciones de control preventivo. El objetivo es controlar la salud del trabajador durante su empleo, verificando su ajuste al puesto y detectando tan pronto

como sea posible cualquier síntoma de falta de salud que pueda deberse al trabajo. Suelen complementarse con otros reconocimientos según el tipo de peligros detectados.

Entre sus objetivos están:

- detectar lo antes posible cualquier efecto adverso para la salud causado por prácticas de trabajo o exposición a peligros potenciales;
- detectar la posible aparición de una enfermedad profesional;
- verificar si la salud de un trabajador especialmente vulnerable o enfermo crónico se está viendo adversamente afectada por el trabajo o el medio ambiente de trabajo;
- controlar la exposición personal con la ayuda de controles biológicos;
- comprobar la eficacia de las medidas preventivas y de control;
- identificar posibles efectos sanitarios de los cambios en las prácticas de trabajo, las tecnologías o las sustancias utilizadas en la empresa.

Estos objetivos determinarán la frecuencia, contenidos y métodos de los reconocimientos médicos periódicos, que podrán llegar a realizarse con una frecuencia de uno o tres meses, o bien cada ciertos años, dependiendo de la naturaleza de la exposición, la reacción biológica esperada, las oportunidades de adoptar medidas preventivas y la viabilidad del método de reconocimiento. Pueden ser globales o limitarse a unas pocas pruebas. En varios países existen directrices especiales sobre los objetivos, frecuencia, contenidos y metodología para la realización de estos reconocimientos.

Reconocimientos médicos en la reincorporación al trabajo

Este tipo de evaluación de la salud es necesario para autorizar la reanudación del trabajo tras una larga ausencia por motivos de salud y determina la adecuación del trabajador para el puesto, recomendando acciones apropiadas para protegerle de futuras exposiciones e identificando si existe alguna necesidad de reclasificación o de readaptación.

De modo similar, cuando un trabajador cambia de puesto, el médico del trabajo debe certificar que se adecúa a las nuevas tareas. El objetivo del reconocimiento, su necesidad y el destino de los resultados determinarán su contenido y sus métodos y contexto de realización.

Reconocimientos médicos generales

En muchas empresas, los reconocimientos médicos generales corren a cargo del servicio de salud en el trabajo. Suelen ser voluntarios y están a disposición de todo el personal o sólo de ciertos grupos caracterizados por la edad, la duración del empleo, el nivel jerárquico, etc. Pueden ser exhaustivos o estar limitados a la exploración selectiva de ciertas enfermedades o peligros para la salud. Sus objetivos determinan su frecuencia, contenidos y métodos empleados.

Reconocimientos médicos al término del servicio

Este tipo de evaluación de la salud se realiza a la terminación de una asignación que suponga peligros que puedan causar o contribuir a la aparición de perjuicios para la salud. El objetivo es realizar una evaluación final de la salud del trabajador, compararla con los reconocimientos médicos previos y evaluar cómo han afectado a la salud las asignaciones de puestos anteriores.

Observaciones generales

Las observaciones generales resumidas a continuación se aplican a todos los tipos de reconocimientos médicos.

Los reconocimientos médicos de los trabajadores deben realizarse por profesionales cualificados formados en salud en el trabajo, familiarizados con las exposiciones, las exigencias físicas

y demás condiciones de trabajo en la empresa y con experiencia en el uso de técnicas e instrumentos de reconocimiento médico adecuados, así como en la gestión de impresos de registro apropiados.

El reconocimiento médico no es un sustitutivo de las acciones de prevención o control de exposiciones peligrosas en el medio ambiente laboral. Si la prevención tiene éxito, se necesitarán pocos reconocimientos.

Todos los datos reunidos con respecto a los reconocimientos médicos son confidenciales y deben quedar registrados por el servicio de salud en el trabajo en archivos confidenciales de salud. Los datos personales relativos a la evaluación de la salud sólo pueden comunicarse a otras personas con el consentimiento consciente del trabajador afectado. Si éste desea que los datos se remitan a un médico particular, debe prestar un consentimiento formal.

Las conclusiones relativas a la adecuación del trabajador a un determinado puesto o a los efectos sobre la salud de dicho puesto deben comunicarse a la empresa de forma que no se infrinja el principio de confidencialidad de los datos sanitarios personales.

El uso de los reconocimientos médicos y sus resultados para cualquier tipo de discriminación contra los trabajadores no puede tolerarse y debe quedar estrictamente prohibido.

Iniciativas sobre medidas preventivas y de control

Los servicios de salud en el trabajo no sólo son responsables de la detección y evaluación de riesgos potenciales para la salud de los trabajadores, sino también de la prestación de asesoramiento sobre medidas preventivas y de control que ayuden a evitarlos.

Tras analizar los resultados de la vigilancia del medio ambiente de trabajo, incluido, en caso de ser necesario, el control de la exposición personal de los trabajadores, y los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores, incluidos también en caso necesario los resultados del control biológico, los servicios de salud en el trabajo deben estar en condiciones de evaluar posibles conexiones entre la exposición a los peligros profesionales y los perjuicios para la salud resultantes y de proponer medidas adecuadas de control para la protección de ésta. Tales medidas se recomiendan conjuntamente con otros servicios técnicos de la empresa tras consultar a la dirección, la empresa, los trabajadores y sus representantes.

Las medidas de control han de ser apropiadas para prevenir exposiciones innecesarias durante las condiciones normales de funcionamiento y durante los accidentes y emergencias. Deben tenerse también en cuenta, las modificaciones de los procesos de trabajo planeadas y las recomendaciones han de ser adaptables a las necesidades futuras.

Las medidas de control de los peligros para la salud se emplean para eliminar la exposición en el trabajo, minimizarla o, en todo caso, reducirla a límites permisibles. Incluyen en primer lugar la tecnología, los controles técnicos en el medio ambiente de trabajo, los cambios en las tecnologías, sustancias y materiales y, como medidas preventivas secundarias, los controles del comportamiento humano, los equipos de protección personal, el control integrado y otros.

La formulación de recomendaciones sobre medidas de control es un proceso complicado que incluye el análisis de la información relativa a los riesgos sanitarios actuales en la empresa y la toma en consideración de las necesidades y exigencias de seguridad y salud en el trabajo. Para los análisis de viabilidad y de costes/beneficios, debe tenerse en cuenta que las inversiones realizadas en materia de seguridad y salud pueden dar frutos durante largos periodos en el futuro, pero no necesariamente de forma inmediata.

Los instrumentos de la OIT incluyen la exigencia de que las empresas, los trabajadores y sus representantes colaboren y participen en la puesta en práctica de tales recomendaciones. Suelen analizarse en los comités de seguridad y salud de las grandes empresas, y por los representantes de la empresa y los trabajadores en las pequeñas.

Es importante documentar las recomendaciones propuestas, de modo que sea posible hacer un seguimiento de su aplicación. Esta documentación debe recalcar la responsabilidad de la dirección con respecto a las medidas preventivas y de control.

Función de asesoramiento

Los servicios de salud en el trabajo tienen a su cargo una importante tarea de prestación de asesoramiento a la dirección, la empresa, los trabajadores y los comités de salud y seguridad tanto de forma personal como en cuanto colectivos. Esto debe tenerse en cuenta y aplicarse en los procesos de toma de decisión, ya que suele ocurrir que las profesionales de la salud en el trabajo no participen directamente en ellos.

El Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) y la Recomendación correspondiente (nº 171) promueven la función asesora en la empresa de los profesionales de la salud en el trabajo.

Para promover la adaptación del trabajo a los trabajadores y mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, estos servicios deben actuar como asesores en materia de salud, higiene, ergonomía, equipos de seguridad individuales y colectivos para la empresa, los trabajadores y sus representantes en la empresa, y el comité de seguridad y salud, así como colaborar con otros servicios que ya ejercen esta función. Deben asesorar acerca de la planificación y organización del trabajo, el diseño de los lugares de trabajo, la elección, mantenimiento y estado de la maquinaria y demás equipos, así como sobre las sustancias y materiales empleados en la empresa.

También deben participar en el desarrollo de programas para la mejora de las prácticas de trabajo, así como en la realización de pruebas y en la evaluación de aspectos sanitarios de los nuevos equipos.

Los servicios de salud en el trabajo deben prestar asesoramiento personal a los trabajadores sobre su salud con respecto al trabajo.

Otra importante tarea es prestar asesoramiento e información sobre la integración de trabajadores víctimas de accidentes o enfermedades de trabajo para ayudarles a conseguir una rehabilitación rápida, proteger su capacidad de trabajo, reducir el absentismo y reinstaurar un buen ambiente psicosocial en la empresa.

Las actividades educativas y de formación están estrechamente vinculadas a la tarea de asesoramiento que prestan estos profesionales con respecto a la empresa y los trabajadores. Tienen especial importancia cuando se prevé modificar las instalaciones o introducir nuevos equipos, o cuando puede haber cambios en la disposición del lugar de trabajo, los puestos de trabajo y la organización del trabajo.

Estas actividades aportan una ventaja cuando se emprenden en el momento adecuado, ya que permiten una mayor consideración de los factores humanos y los principios ergonómicos para la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

Los servicios de asesoramiento técnico en el lugar de trabajo constituyen una importante función preventiva de los servicios de salud en el trabajo. Deben dar prioridad a la sensibilización respecto a los peligros profesionales y a la participación de los trabajadores y la empresa en el control de dichos peligros y en la mejora del medio ambiente de trabajo.

Servicios de primeros auxilios y preparación para urgencias

La organización de tratamientos de urgencia y primeros auxilios es una responsabilidad tradicional de los servicios de salud en el trabajo. El Convenio de la OIT nº 161 y la Recomendación nº 171 establecen que estos servicios deben realizar estas tareas en casos de accidente o indisposición de trabajadores en el lugar de trabajo y colaborar en la organización de la administración de primeros auxilios.

Esta función implica la preparación frente a los accidentes y afecciones graves de trabajadores individuales, así como la capacidad de reacción en colaboración con otros servicios de urgencias en caso de accidentes graves que afecten a la totalidad de la empresa. La formación en primeros auxilios es un deber primordial de los servicios de salud en el trabajo y su personal debe estar entre los primeros en reaccionar.

El servicio de salud en el trabajo debe mantener acuerdos preliminares con los servicios de ambulancias y los bomberos, la policía, los servicios de salvamento y los hospitales de la comunidad, con el fin de evitar demoras y confusiones que puedan poner en peligro la supervivencia de trabajadores gravemente heridos o enfermos. Estos acuerdos, complementados si es posible con los procedimientos correspondientes, son especialmente importantes en la preparación frente a grandes urgencias, tales como incendios, explosiones, emisiones tóxicas y otras catástrofes que pueden afectar a muchas personas de la empresa y del vecindario y producir varias víctimas.

Servicios de asistencia sanitaria en el trabajo y servicios sanitarios generales preventivos y curativos

Los servicios de salud en el trabajo pueden participar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y enfermedades profesionales. El conocimiento de éstas, unido al del trabajo, el medio ambiente y las exposiciones del trabajo permiten a estos profesionales desempeñar un papel clave en la gestión de los problemas sanitarios relacionados con el trabajo.

Según el ámbito de actividades y las exigencias de la legislación nacional, o en función de la práctica del país, los servicios de salud en el trabajo comprenden tres categorías principales según desempeñen:

- funciones esencialmente preventivas, incluyendo principalmente visitas en el lugar de trabajo, reconocimientos médicos y prestación de primeros auxilios;
- funciones preventivas complementadas con servicios de asistencia sanitaria general y curativa selectiva,
- funciones en una amplia gama de actividades, incluidas tanto las preventivas como las curativas integrales y las de rehabilitación.

La Recomendación de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 171) promueve la prestación de servicios de asistencia sanitaria curativa y general como funciones propias de los servicios de salud en el trabajo cuando resulten adecuados. Habida cuenta de la legislación y la práctica nacionales, los servicios de salud en el trabajo podrán asumir o participar en una o más de las siguientes funciones curativas en relación con las enfermedades profesionales:

- el tratamiento de los trabajadores que no hayan interrumpido su trabajo o que se hayan reintegrado al mismo tras una ausencia;
- el tratamiento de las enfermedades profesionales y de las afecciones agravadas por el trabajo;
- el tratamiento de víctimas de accidentes del trabajo;
- los aspectos médicos de la reeducación y readaptación profesionales.

La prestación de servicios de asistencia sanitaria preventivos y curativos generales incluye la prevención y tratamiento de enfermedades no profesionales y otros importantes servicios de asistencia sanitaria primaria. Normalmente, los servicios de asistencia sanitaria preventiva general incluyen vacunaciones, la asistencia por maternidad y puericultura, y servicios generales de higiene y sanitarios, en tanto que los servicios de asistencia sanitaria curativa general incluyen la actividad propia del médico general. A este respecto, la Recomendación nº 171 de la OIT establece que el servicio de salud en el trabajo, habida cuenta de la organización de la medicina preventiva a nivel nacional, podría desempeñar las siguientes funciones:

- proceder a inmunizaciones en relación con los riesgos biológicos que se presentan en el lugar de trabajo;
- participar en campañas de protección de la salud;
- colaborar con las autoridades sanitarias en el marco de programas de salud pública.

Los servicios de salud en el trabajo establecidos en las grandes empresas, así como los que operan en áreas alejadas o médicamente subatendidas, pueden asumir la prestación de la asistencia sanitaria no profesional no sólo para los trabajadores, sino también para sus familias. El alcance de estos servicios dependerá de la infraestructura de los servicios sanitarios de la comunidad y de la capacidad de la empresa. Cuando las empresas industriales se establecen en áreas poco desarrolladas, puede ser incluso conveniente prestar tales servicios junto con la asistencia sanitaria en el trabajo.

En algunos países, los servicios de salud en el trabajo prestan en horas de trabajo el tratamiento ambulatorio normalmente a cargo del médico general. Suele limitarse a tratamientos sencillos, pero puede suponer una asistencia médica más completa si la empresa tiene un acuerdo con la seguridad social u otra entidad de seguros en el que se establezca el reembolso de los costes del tratamiento de los trabajadores.

Rehabilitación

La participación de los servicios de salud en el trabajo es especialmente decisiva en la orientación de la rehabilitación de los trabajadores y su reincorporación al trabajo, función cada vez más importante debido al gran número de accidentes profesionales de los países en vías de desarrollo y al envejecimiento de la población activa en los países desarrollados. Los servicios de rehabilitación suelen ser prestados por unidades externas, ya sean autónomas o integradas en un hospital, dotadas de especialistas en rehabilitación, terapeutas del trabajo, especialistas en asesoramiento profesional, etc.

Hay algunas cuestiones importantes relativas a la participación de los servicios de salud en el trabajo en la rehabilitación de trabajadores lesionados.

En primer lugar, este servicio puede ayudar decisivamente a que el trabajador que se recupera de una lesión o enfermedad le sea enviado sin dilación. Es mucho mejor que el trabajador regrese a su lugar de trabajo original, si es posible, y el servicio de salud en el trabajo tiene como importante función mantener el contacto durante el período de incapacidad con los responsables del tratamiento en las fases agudas para conocer cuándo podrá producirse esa reincorporación.

En segundo lugar, el servicio de salud en el trabajo puede facilitar el pronto regreso al trabajo colaborando en la planificación con el servicio de rehabilitación. Su conocimiento del trabajo y el medio ambiente de trabajo será útil para estudiar las posibilidades de modificar el trabajo original (por ejemplo: cambios en la asignación de tareas, limitación de jornada, períodos de descanso, equipos especiales, etc.) o de disponer una sustitución alternativa temporal.

Por último, el seguimiento de los progresos del trabajador permite al servicio de salud en el trabajo mantener informada a la dirección acerca de la probable duración de la ausencia o la limitación de capacidad, o sobre el grado de una posible discapacidad residual, de modo que puedan tomarse las medidas necesarias para una dotación alternativa de personal con una repercusión mínima sobre los planes de producción. Por otra parte, el servicio mantiene contacto con los trabajadores y a menudo también con sus familias, facilitando y preparando mejor su reincorporación al trabajo.

Adaptación del trabajo a los trabajadores

Para facilitar la adaptación del trabajo a los trabajadores y mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, los servicios de salud en el trabajo deben asesorar a la empresa, a los trabajadores y al comité de seguridad y salud sobre las cuestiones de salud, higiene y ergonomía en el trabajo. Pueden formular recomendaciones sobre modificaciones del trabajo, de los equipos y del medio ambiente de trabajo encaminadas a permitir al trabajador actuar de forma segura y eficaz. En este sentido quizá sea necesario reducir la carga física de trabajo para el trabajador de más edad, proporcionar equipos especiales a los trabajadores con deficiencias sensoriales o locomotrices, o adaptar los equipos o las prácticas de trabajo a las dimensiones antropométricas. Las adaptaciones pueden ser temporales en el caso de trabajadores en fase de recuperación de una lesión o enfermedad. Varios países tienen disposiciones legales que exigen adaptaciones en el lugar de trabajo.

Protección de grupos vulnerables

El servicio de salud en el trabajo es responsable de formular recomendaciones para la protección de los grupos vulnerables de trabajadores, tales como los que presentan hipersensibilidades, enfermedades crónicas o determinadas discapacidades. Las recomendaciones pueden aludir a la búsqueda de un puesto que minimice los efectos adversos, a la entrega de equipos especiales o dispositivos de protección, a la prescripción de bajas por enfermedad, etc. Deben ser viables en función de las circunstancias del lugar concreto de trabajo, y pueden incluir la petición a los trabajadores de que reciban formación especializada sobre prácticas de trabajo adecuadas y uso de equipos de protección personal.

Información, educación y formación

Los servicios de salud en el trabajo deben desempeñar un papel activo en el suministro de información y en la organización de la educación y formación relevantes para el trabajo.

El Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) y la correspondiente Recomendación (nº 171) establecen la participación de los servicios de salud en el trabajo en el diseño y ejecución de los programas de información, educación y formación en materia de seguridad y salud profesionales para el personal de la empresa. Estos servicios deberían participar en la formación gradual y continuada de todo el personal de la empresa que contribuya a la seguridad y a la salud en el trabajo.

Los profesionales de la salud en el trabajo pueden ayudar a incrementar la sensibilización de los trabajadores respecto a los peligros profesionales a los que están expuestos, analizar con ellos los riesgos sanitarios existentes y asesorarles sobre la protección de su salud, incluidas las medidas protectoras y el uso adecuado del equipo personal de protección. Todos los contactos con los trabajadores ofrecen una oportunidad de suministrar información útil y fomentar comportamientos saludables en el trabajo.

Los servicios de salud en el trabajo deben aportar toda la información relativa a los riesgos profesionales existentes en el

lugar de trabajo, así como sobre los baremos de salud y seguridad correspondientes a la situación actual. Esta información debe redactarse en un lenguaje comprensible para los trabajadores y ofrecerse de forma periódica, especialmente cuando se introducen nuevas sustancias o equipos o cuando se realizan cambios en el medio ambiente de trabajo.

La educación y la formación pueden desempeñar un papel importante en la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Los intentos de mejorar la seguridad, la salud y el bienestar profesionales se ven a menudo sustancialmente limitados por falta de concienciación, conocimientos técnicos y know-how. La educación y formación en áreas estratégicas de la seguridad y salud en el trabajo y del medio ambiente de trabajo pueden facilitar tanto el diagnóstico de problemas como la ejecución de soluciones, contribuyendo por tanto a superar tales limitaciones.

Los Convenios de la OIT nº 155 y 161 y sus Recomendaciones de acompañamiento subrayan el papel clave de la educación y la formación en la empresa. La formación es esencial para el cumplimiento de las obligaciones tanto de la empresa como de los trabajadores. La empresa es responsable de la organización de la formación interna sobre seguridad y salud en el trabajo, y los trabajadores y sus representantes en la empresa debe colaborar plenamente al respecto.

La formación sobre salud y seguridad en el trabajo debe organizarse como parte integral de la tarea global de mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, y los servicios de salud en el trabajo deben desempeñar un papel destacado al respecto. La formación debe orientarse a la resolución de diversos problemas relativos al bienestar físico y mental de los trabajadores y ha de tratar los temas de la adaptación de la tecnología y los equipos, la mejora de las condiciones de trabajo, la ergonomía, la jornada, la organización y contenidos del trabajo y el bienestar de los trabajadores.

Actividades de promoción de la salud

Hay una tendencia, especialmente en Norteamérica, a realizar las actividades de promoción del bienestar en forma de programas de salud en el trabajo. No obstante, estos programas son básicamente de promoción general de la salud, y pueden incluir elementos de educación sanitaria, gestión del estrés y evaluación de riesgos personales. Suelen ir encaminados al cambio de las prácticas personales de salud, tales como el abuso de alcohol y drogas, el consumo de tabaco, la dieta y el ejercicio físico, con vistas a mejorar el estado general de salud y reducir el absentismo. Aunque se supone que estos programas deben mejorar la productividad y reducir los costes de asistencia sanitaria, no se han evaluado adecuadamente hasta el momento. Diseñados como programas de promoción de la salud, pese a su valor, no suelen ser habitualmente considerados como programas de salud en el trabajo, sino como servicios sanitarios públicos prestados en el lugar de trabajo, pues su atención y sus recursos se centran en los hábitos personales de salud, más que en la protección de los trabajadores frente a los peligros profesionales.

Hay que reconocer que la ejecución de los programas de promoción de la salud es un factor importante de la mejora de la salud de los trabajadores en la empresa. En algunos países, la "promoción de la salud en el lugar de trabajo" se considera una disciplina autónoma ejercida por grupos completamente independientes de especialistas de la salud, distintos a los de la salud profesional. En este caso, sus actividades deberían coordinarse con las de este último servicio, cuyo personal puede garantizar su idoneidad, viabilidad y el carácter duradero de sus efectos. La participación de estos servicios en la realización de los programas de promoción de la salud no debe limitar la realización de sus funciones principales como servicios sanitarios

especializados creados para proteger a los trabajadores frente a las exposiciones peligrosas y las condiciones no saludables de trabajo.

Un avance muy reciente en algunos países (por ejemplo, en los Países Bajos y en Finlandia) es el establecimiento de actividades de promoción de la salud profesional dentro de los servicios de salud en el trabajo, orientando la promoción y mantenimiento de la capacidad de trabajo de los trabajadores mediante acciones de prevención anticipada y promoción a los trabajadores y su salud, al medio ambiente de trabajo y a la organización del trabajo. Los resultados están siendo muy positivos.

Recopilación de datos y mantenimiento de registros

Es importante que todos los contactos, evaluaciones, valoraciones y encuestas médicas sean adecuadamente documentados y que se almacenen de forma segura los registros, de modo que, en caso de necesidad, puedan ser recuperados años o incluso décadas después para reconocimientos médicos de seguimiento o para fines jurídicos o de investigación.

La Recomendación de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 171) establece que estos servicios deberían consignar los datos relativos a la salud de los trabajadores en expedientes de salud personales y confidenciales. Dichos expedientes deberían también contener informaciones acerca de las tareas que hayan realizado los trabajadores, de su exposición a los riesgos profesionales inherentes a su trabajo y de los resultados de toda evaluación de dicha exposición. Los datos personales relativos a la evaluación del estado de salud sólo deberían comunicarse a terceros previo consentimiento del trabajador debidamente informado.

Las condiciones y el período de conservación, comunicación o transferencia de estos expedientes, así como las medidas necesarias para preservar su carácter confidencial, en particular cuando estén informatizados, deberían establecerse en las disposiciones legales y reglamentarias o dictarse por las autoridades competentes, rigiéndose por pautas de ética reconocidas.

Investigación

Según la Recomendación de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 171), estos servicios, en consulta con los representantes de los empleadores y de los trabajadores, deberían contribuir a la investigación, en la medida de sus recursos, participando en estudios o encuestas efectuados a nivel de la empresa o de la rama de actividad económica (por ejemplo, con objeto de reunir información epidemiológica o participar en programas nacionales de investigación). Los médicos del trabajo participantes en la ejecución de proyectos de investigación estarán vinculados, por tanto, por las consideraciones éticas aplicables a los mismos según la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM). La investigación en el medio ambiente de trabajo puede contar con "voluntarios" sanos, que deben ser plenamente informados por el servicio de salud en el trabajo de la finalidad y carácter de la investigación. Todos los participantes deben dar su consentimiento personal a la participación, sin que sea suficiente la prestación de consentimiento colectivo por el sindicato de la empresa. Los trabajadores deben sentirse libres de abandonar en cualquier momento la investigación, y el servicio de salud en el trabajo debe encargarse de que no sufran presiones indebidas para permanecer en el proyecto contra su voluntad.

Coordinación y comunicaciones

Un servicio de salud en el trabajo eficaz ha de desarrollar necesariamente varios tipos de comunicación.

Colaboración interna

El servicio de salud en el trabajo forma parte integrante del aparato productivo de la empresa, y debe coordinar estrechamente sus actividades con los servicios de higiene, seguridad, educación sanitaria, promoción de la salud en el trabajo y otros cuando estos servicios actúan separadamente. Además, debe colaborar con todos los servicios en el funcionamiento de la empresa: administración de personal, finanzas, relaciones con los trabajadores, planificación y diseño, ingeniería de producción, mantenimiento de las instalaciones, etc. No debe haber obstáculos para acceder a cualquier departamento de la empresa cuando se trate de cuestiones de salud y seguridad de los trabajadores. Al mismo tiempo, el servicio de salud en el trabajo debe tener en cuenta las necesidades y restricciones de los restantes departamentos. Y, si no depende de un alto directivo, debe tener el privilegio del acceso directo a la alta dirección en los casos en que no se preste la debida consideración a recomendaciones importantes sobre la salud de los trabajadores.

Para funcionar eficazmente, el servicio de salud en el trabajo necesita el apoyo de la empresa, la dirección, los trabajadores y sus representantes. Los instrumentos de la OIT (OIT 1981a, 1981b, 1985a y 1985b) exigen a la empresa y a los trabajadores que cooperen y participen en la ejecución de las medidas organizativas y de otra índole relativas a los servicios de salud en el trabajo de forma igualitaria. La empresa debe colaborar con el servicio de salud en el trabajo para conseguir sus objetivos, especialmente de las siguientes formas:

- proporcionando información general sobre la salud y la seguridad profesional en la empresa;
- proporcionando información sobre cualquier factor que afecte a la salud de los trabajadores, bien sea conocido o se sospeche su existencia;
- proporcionar a los servicios de salud en el trabajo los recursos adecuados en cuanto a instalaciones, equipos y suministros, así como personal cualificado;
- dotar al servicio de salud en el trabajo de la autoridad necesaria para realizar sus funciones;
- permitir el libre acceso a todas las dependencias e instalaciones de la empresa (incluidas fábricas separadas y servicios de campo) y proporcionar información sobre los planes de cambios en los equipos y suministros de producción, así como en los procesos y la organización del trabajo, de modo que puedan adoptarse medidas preventivas antes de que los trabajadores se vean expuestos a peligros potenciales;
- atender sin dilación cualquier recomendación formulada por el servicio de salud en el trabajo para el control de los peligros profesionales y la protección de la salud de los trabajadores, así como garantizar su aplicación;
- salvaguardar la independencia profesional de los profesionales de la salud en el trabajo, fomentando y, cuando sea posible, financiando su educación y formación continuadas.

Si se requiere un programa especial a escala de fábrica para las actividades de salud en el trabajo, es crucial la colaboración para la preparación del mismo y la elaboración del informe de actividades.

Los servicios de salud en el trabajo tienen como fin proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la evitación de las lesiones del trabajo y las enfermedades profesionales. Muchas funciones de los servicios de salud en el trabajo no pueden ser realizadas sin la colaboración de los trabajadores. Según los instrumentos de la OIT, los trabajadores y sus organizaciones deben colaborar con los servicios de salud en el trabajo y apoyarlos en la ejecución de sus tareas (OIT, 1981a, 1981b, 1985a, 1985b). Esta colaboración se concreta especialmente en:

- informar al servicio de salud en el trabajo de cualquier factor del trabajo o el medio ambiente de trabajo del que se sepa que tiene o se sospeche que puede tener efectos adversos sobre su salud;
- ayudar al personal de salud en el trabajo a realizar sus tareas en el lugar de trabajo;
- participar en los reconocimientos médicos, encuestas y demás actividades realizadas por el servicio de salud en el trabajo;
- observar las normas y reglamentos de salud y seguridad;
- disponer de equipos de seguridad y dispositivos personales de protección, así como materiales de primeros auxilios y equipos de emergencia y aprender a utilizarlos adecuadamente;
- participar en los ejercicios de educación sanitaria y formación de seguridad en el lugar de trabajo;
- informar sobre la eficacia de las medidas de salud y seguridad adoptadas,
- participar en la organización, planificación, ejecución y evaluación de las actividades de los servicios de salud en el trabajo.

Los instrumentos de la OIT recomiendan la colaboración entre la empresa y los trabajadores en materia de salud y seguridad en el trabajo (OIT 1981a, 1981b, 1985a, 1985b). Esta colaboración se realiza en el seno del comité de salud y seguridad de la empresa, que consta de representantes de ambas partes y constituye un foro para el análisis de cuestiones relativas a esta materia. La creación de este comité puede venir impuesta por la legislación nacional o por los convenios colectivos en empresas de 50 o más trabajadores. En empresas más pequeñas, sus funciones se realizan mediante reuniones menos formales entre delegados de seguridad de los trabajadores y la empresa.

El comité tiene una amplia gama de funciones (OIT 1981b), entre las que se incluyen:

- participar en las decisiones relativas a la creación, organización, dotación de personal y funcionamiento del servicio de salud en el trabajo;
- participar en la elaboración del programa de salud y seguridad en el trabajo de la empresa;
- prestar apoyo al servicio de salud en el trabajo en la realización de sus funciones;
- participar en la evaluación de las actividades del servicio de salud en el trabajo y en la elaboración de los informes que remite a los organismos financiadores, a la dirección de la empresa y a las autoridades públicas;
- facilitar la transmisión de información sobre el tema entre los distintos servicios de la empresa;
- ofrecer un foro de debate y decisión sobre acciones de colaboración en la materia;
- evaluar el estado global de la salud y seguridad en el trabajo en la empresa.

El principio de la participación de los trabajadores en las decisiones relativas a su propia salud y seguridad, a los cambios en los puestos de trabajo y en el medio ambiente de trabajo y a las actividades de salud y seguridad queda recalcado en recientes directrices sobre la práctica de la salud en el trabajo. También es necesario que los trabajadores tengan acceso a la información sobre las actividades de la empresa en este campo y sobre cualquier peligro potencial para la salud en el lugar de trabajo. Del mismo modo, las legislaciones de varios países han reforzado el principio del "derecho a saber" y el de transparencia.

Colaboración externa

Los servicios de salud en el trabajo deben establecer estrechas relaciones con instituciones y servicios externos. Ocupan un lugar primordial las relaciones con el sistema sanitario público del país en su conjunto y con las instituciones e instalaciones de las

comunidades locales. Las relaciones comienzan en el nivel de los servicios de asistencia primaria y se amplían al nivel de los servicios hospitalarios especializados, algunos de los cuales pueden prestar también servicios de salud en el trabajo. Estas relaciones son importantes cuando se necesita remitir a un trabajador a servicios sanitarios especializados para una adecuada evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades profesionales, y también ofrece la oportunidad de atenuar los posibles efectos adversos de problemas sanitarios no profesionales sobre la asistencia y el rendimiento en el trabajo. La colaboración con los servicios de salud pública y medioambiental es asimismo importante. Invitar a los médicos generales y a otros profesionales de la salud a visitar el servicio de salud en el trabajo y familiarizarse con las exigencias impuestas a sus pacientes por sus tareas o por los peligros a que están expuestos no sólo ayuda a establecer relaciones amistosas, sino que ofrece también una oportunidad de sensibilizarles frente a las cuestiones específicas de salud en el trabajo a las que normalmente no prestarían atención en su tratamiento a los trabajadores en el marco de los servicios de asistencia sanitaria general.

Los institutos de rehabilitación suelen ser colaboradores importantes, especialmente en el caso de trabajadores con discapacidades crónicas que requieran esfuerzos especiales de intensificación y mantenimiento de su capacidad de trabajo. Esta colaboración es especialmente importante para la recomendación de modificaciones temporales del trabajo que aceleren y faciliten la reincorporación de las personas en fase de recuperación de lesiones o enfermedades graves con etiología tanto profesional como no profesional.

Las organizaciones de asistencia de urgencia y primeros auxilios, tales como los servicios de ambulancias, las consultas de urgencia y externas del hospital, los centros toxicológicos, los servicios de policía y bomberos y las organizaciones cívicas de asistencia pueden permitir el tratamiento rápido de lesiones y enfermedades agudas y ayudar a planificar y ejecutar las reacciones ante las urgencias. Los contactos adecuados con la seguridad social y las instituciones de seguros sanitarios pueden facilitar la administración de prestaciones y el funcionamiento del sistema de remuneración de los trabajadores.

Las autoridades competentes en materia de salud y seguridad y de inspección laboral son colaboradores clave de los servicios de salud en el trabajo. Además de facilitar las inspecciones formales, unas buenas relaciones pueden prestar apoyo a las actividades internas de salud y seguridad y ofrecer oportunidades de participar en la elaboración de las reglamentaciones y sus métodos de aplicación.

La participación en asociaciones profesionales y actividades de institutos de educación y formación y de universidades es útil para proporcionar educación continuada al personal profesional. En teoría, el tiempo y los gastos deben correr de cuenta de la empresa. Además, los contactos colegiales con profesionales de la salud en el trabajo de otras empresas puede proporcionar conocimientos e información estratégica y dar lugar a colaboraciones estables para la recopilación de datos y la investigación.

Los tipos de colaboración descritos deben emprenderse desde el inicio de las actividades del servicio de salud en el trabajo, y continuar y ampliarse convenientemente. No sólo pueden facilitar el logro de los objetivos del servicio, sino también contribuir a la buena marcha de las actividades de relaciones públicas y comunitarias de la empresa.

Infraestructuras de los servicios de salud en el trabajo

Las infraestructuras para la prestación de los servicios de salud en el trabajo están insuficientemente desarrolladas en la mayor parte

del mundo, incluidos los países desarrollados y en vías de desarrollo. La necesidad de dotarse de estos servicios es especialmente acuciante en los países en vías de desarrollo y en los recién industrializados, que representan ocho de cada diez trabajadores del mundo. Si estuvieran adecuada y eficazmente organizados, estos servicios contribuirían significativamente no sólo a la salud de los trabajadores, sino también al desarrollo socioeconómico global, la productividad, la salud medioambiental y el bienestar de los países, las comunidades y las familias (OMS 1995b; Jeyaratnam y Chia 1994). Unos servicios de salud en el trabajo eficaces no sólo reducirían el absentismo por enfermedad evitable y las discapacidades profesionales, sino que ayudarían también a controlar los costes de la asistencia sanitaria y la seguridad social. Por tanto, el desarrollo de unos servicios de salud en el trabajo que cubran a todos los trabajadores está plenamente justificado tanto desde el punto de vista de la salud de éstos como desde el de la economía.

Las infraestructuras para la prestación de los servicios de salud en el trabajo deben permitir una ejecución efectiva de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos del servicio (OIT 1985a, 1985b; Rantanen, Lehtinen y Mikheev 1994; OMS 1989b). Para permitir la necesaria flexibilidad, el artículo 7 del Convenio de la OIT nº 161 establece que los servicios de salud en el trabajo pueden organizarse como servicios para una sola empresa o como servicios comunes a varias empresas. O bien, de conformidad con las condiciones y las prácticas nacionales, ser organizados por las empresas o los grupos de empresas interesadas, los poderes públicos o servicios oficiales, las instituciones de seguridad social, cualquier otro organismo habilitado por la autoridad competente, o una combinación de cualquiera de las fórmulas anteriores.

Algunos países regulan la organización de los servicios de salud en el trabajo en función del tamaño de la empresa. Por ejemplo, las empresas más grandes tienen que establecer su propio servicio interno, en tanto que las medianas y pequeñas deben participar en servicios conjuntos. Por lo general, la legislación es flexible en cuanto a la elección de los modelos estructurales de los servicios de salud en el trabajo para ajustarse a las circunstancias y prácticas locales.

Modelos de servicios de salud en el trabajo

Se han desarrollado varios modelos de servicios de salud en el trabajo para dar respuesta a las necesidades de las empresas en este campo, las cuales varían ampliamente en función del sector, tamaño, tipo de actividad, estructura, etc. (Rantanen, Lehtinen y Mikheev 1994; OMS 1989). En los países en vías de desarrollo y en los recién industrializados, por ejemplo, donde la asistencia sanitaria del conjunto de la población puede ser insuficiente, el servicio de salud en el trabajo puede prestar asistencia sanitaria no profesional a los trabajadores y a sus familias. Esto se ha hecho ya también con éxito en Finlandia, Suecia e Italia (Rantanen 1990; OMS 1990). Por otra parte, el alto nivel de cobertura de trabajadores en Finlandia ha sido posible debido a la organización de centros sanitarios municipales (servicios PHC) que prestan servicios de salud en el trabajo a los trabajadores de pequeñas empresas, los autónomos e incluso a los pequeños lugares de trabajo gestionados por grandes empresas y dispersos por todo el país.

Modelo interno (en la empresa)

Muchas grandes empresas, industriales o no, tanto del sector público como privado, tienen un servicio de salud en el trabajo integrado y global en sus instalaciones que no sólo presta una gama completa de servicios de salud en el trabajo, sino también servicios sanitarios no profesionales a los trabajadores y a sus familias y, en ocasiones, practica la investigación. Estos servicios suelen tener un personal interdisciplinario que puede incluir no

sólo profesionales de la enfermería y médicos del trabajo, sino también higienistas del trabajo, técnicos de laboratorio y de rayos X, y probablemente fisioterapeutas, asistentes sociales, educadores sanitarios, consejeros y psicólogos industriales. Los servicios de seguridad e higiene industrial pueden ser prestados por el personal del servicio de salud en el trabajo o por otros servicios autónomos de la empresa. Normalmente, sólo las grandes empresas (multinacionales, a menudo) puede permitirse estos servicios interdisciplinarios, cuya calidad y efectos sobre la salud y la seguridad son muy convincentes.

Las empresas de menor tamaño suelen tener un servicio interno integrado por uno o más profesionales de enfermería del trabajo y, a tiempo parcial, un médico del trabajo que acude varias horas al día o varias veces a la semana. Una variante es el servicio integrado por uno o más profesionales de enfermería del trabajo más un médico "localizado" que sólo acude cuando se le requiere y presta normalmente servicios de carácter reglamentario, autorizándose a los profesionales de la enfermería a realizar determinadas prácticas o administrar determinados medicamentos, funciones habitualmente reservadas a médicos titulados. En algunos casos, en Estados Unidos e Inglaterra, un contratista externo, tal como un hospital local o una organización empresarial privada, gestiona y controla estos servicios.

Por varias razones, el personal de salud en el trabajo puede verse en ocasiones progresivamente separado de la estructura operativa central de la empresa y, en consecuencia, la gama de servicios que presta tiende a restringirse a los primeros auxilios y el tratamiento de enfermedades y lesiones profesionales agudas y a la realización de reconocimientos médicos periódicos. Los médicos a tiempo parcial, y especialmente los "localizados", no suelen llegar a conocer lo suficiente las especificidades de las distintas tareas realizadas y del medio ambiente de trabajo, y muchos de ellos no tienen suficiente contacto con la dirección y con el comité de seguridad para recomendar eficazmente la adopción de medidas preventivas adecuadas.

En el marco de las reducciones de plantilla propias de las épocas de recesión económica, algunas grandes empresas están reduciendo sus servicios de salud en el trabajo y, en algunos casos, eliminándolos por completo. Es posible que ocurra esto último cuando una empresa que carece de servicio de salud en el trabajo compra otra con uno ya establecido. En tales casos, la empresa quizá contrate servicios externos que gestionen las instalaciones internas y emplee consultores de forma ocasional para prestar servicios especializados tales como los de higiene en el trabajo, toxicología e ingeniería de seguridad. Algunas empresas optan por mantener un especialista en salud en el trabajo y el medio ambiente, como director o gerente médico interno encargado de coordinar los servicios de los prestadores externos, controlar su trabajo y asesorar a la alta dirección en cuestiones relativas a la salud y seguridad de los trabajadores y al medio ambiente.

Modelo colectivo o interempresas

Compartir los servicios de salud en el trabajo entre un grupo de pequeñas o medianas empresas es una práctica muy extendida en países industrializados como Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca, los Países Bajos, Francia y Bélgica, que permite a las empresas demasiado pequeñas para mantener servicios propios disfrutar las ventajas de un servicio global bien dotado de personal y de equipamientos. El Plan Slough, organizado hace algunas décadas en una comunidad industrial de Inglaterra, aplicó por primera vez este tipo de sistema. En el decenio de 1980 se realizaron interesantes experiencias en Suecia, que resultaron viables y especialmente útiles para empresas medianas, y algunos países, tales como Dinamarca, han tratado de aumentar el tamaño de estos servicios compartidos para permitir que

presten una gama más amplia de servicios, en lugar de dividirlos en pequeñas unidades monodisciplinarias.

Un frecuente inconveniente del modelo colectivo en comparación con el de servicios internos propio de las empresas de mayor tamaño es la distancia entre el lugar de trabajo y el de ubicación del servicio de salud en el trabajo, lo que resulta importante no sólo en casos de primeros auxilios para las lesiones más graves (a veces resulta más conveniente enviar directamente a los afectados a un hospital local, prescindiendo del servicio de salud), sino también porque se suele perder más tiempo cuando el trabajador tiene que acudir al servicio en horas de trabajo. Otro problema surge cuando las empresas participantes no son capaces de aportar fondos suficientes para mantener el servicio, que se ve abocado al cierre al desaparecer las subvenciones públicas o de fundaciones privadas que apoyan en ocasiones su establecimiento.

Modelo de especialización sectorial (por ramas de actividad)

Una variante del modelo colectivo es el uso conjunto de un servicio de salud en el trabajo por parte de varias empresas del mismo sector o rama de actividad. La construcción, la alimentación, la agricultura, la banca o los seguros son ejemplos de sectores que han adoptado este planteamiento en Europa, en concreto en Suecia, los Países Bajos y Francia. La ventaja de este modelo es la posibilidad de que el servicio de salud en el trabajo se concentre en ese sector en particular, para especializarse en la resolución de sus problemas propios. En el sector de la construcción de Suecia, este modelo presta servicios interdisciplinarios avanzados de alta calidad a todo el país y ha permitido realizar programas de investigación y desarrollo relativos a problemas específicos del sector.

Consultas externas del hospital

Las consultas externas del hospital y el servicio de urgencias prestan tradicionalmente sus servicios a los trabajadores lesionados o enfermos que los solicitan. Un notable inconveniente es la falta de conocimientos especializados sobre las enfermedades profesionales por parte del personal regular y los médicos de servicio. En algunos casos, como se ha señalado anteriormente, los servicios de salud en el trabajo han alcanzado acuerdos con los hospitales locales para la prestación de determinados servicios especializados con el fin de salvar la brecha mediante la colaboración en la asistencia o la formación del personal del hospital en el tipo de casos que les pueden ser remitidos.

Más recientemente, los hospitales han comenzado a gestionar servicios o consultas específicas de salud en el trabajo, que comparten las ventajas de los grandes servicios internos o colectivos anteriormente descritos. Estas consultas están integradas por médicos especializados en salud en el trabajo, quienes en ocasiones realizan también investigaciones relativas a los problemas que detectan.

En Suecia, por ejemplo, hay ocho consultas regionales de medicina del trabajo, varias de las cuales están asociadas a facultades de medicina, que prestan sus servicios a empresas de diversas comunidades. Varias de ellas tienen una unidad especial para atender a pequeñas empresas.

Una diferencia significativa entre los servicios colectivos y los de base hospitalaria es que, en el caso de aquéllos, las empresas participantes suelen compartir su propiedad y ostentan el poder de decisión sobre su funcionamiento, mientras que estos últimos funcionan como policlínicas públicas o privadas, manteniendo una relación de tipo prestador-cliente con sus empresas clientes. Esto limita, por ejemplo, el grado de influencia de la participación y colaboración entre empresas y trabajadores sobre la gestión del servicio.

Centros sanitarios privados

En el modelo de centros sanitarios privados, existe un servicio normalmente organizado por un grupo de médicos (puede ser una empresa privada que contrata a los médicos) para prestar diversos tipos de servicios sanitarios ambulatorios y en ocasiones hospitalarios. Los centros más grandes suelen tener personal interdisciplinario y en ocasiones ofrecen servicios de fisioterapia e higiene industrial, mientras que los más pequeños suelen limitarse a prestar servicios médicos.

Al igual que en el modelo de la consulta hospitalaria, la relación prestador-cliente con las empresas participantes puede obstaculizar la aplicación del principio de participación de la empresa y el trabajador en la formulación de las políticas y procedimientos.

En algunos países se ha criticado a los centros sanitarios privados por orientarse en exceso a los servicios clínicos curativos prestados por los médicos, crítica justificada en el caso de los centros más pequeños, donde los servicios son prestados por médicos generales en lugar de profesionales sanitarios especializados en la práctica de la salud en el trabajo.

Servicios de asistencia sanitaria primaria

Los servicios de asistencia sanitaria primaria suelen ser creados por autoridades municipales u otro tipo de autoridades locales o bien por el servicio nacional de salud y suelen prestar tanto servicios preventivos como asistencia sanitaria primaria. Se trata de un modelo decididamente recomendado por la OMS para la prestación de servicios a pequeñas empresas y especialmente a empresas agrícolas, al sector informal y a los trabajadores autónomos. Dado que las enfermeras y los médicos generales suelen carecer de experiencia y conocimientos especializados en materia de salud en el trabajo, el éxito depende crucialmente de la cantidad de formación que pueda proporcionárseles.

Una ventaja de este modelo es la buena cobertura del país y su ubicación en las comunidades en las que viven y trabajan las personas a las que prestan sus servicios. Este aspecto resulta especialmente conveniente en la prestación de servicios a los trabajadores agrícolas y autónomos.

Un inconveniente es su concentración en los servicios sanitarios curativos generales y en la atención a urgencias, con la consiguiente limitación de la capacidad para realizar la vigilancia del medio ambiente de trabajo y de establecer las medidas preventivas necesarias en el lugar de trabajo. La experiencia de Finlandia, en donde los grandes servicios de asistencia sanitaria primaria emplean equipos de especialistas para prestar servicios de salud en el trabajo, es, no obstante, muy positiva. En China se han ensayado nuevos e interesantes modelos de prestación de servicios de salud en el trabajo por parte de los servicios de asistencia sanitaria primaria el área de Shanghai.

Modelo de seguridad social

En Israel, México, España y algunos países africanos, por ejemplo, la prestación de servicios de salud en el trabajo corre a cargo de servicios especializados creados y gestionados por el sistema de seguridad social.

En Israel, este modelo es básicamente similar en su estructura y funcionamiento al modelo colectivo, mientras que en el resto de los casos está más orientado a la asistencia sanitaria curativa. Su característica básica es que está gestionado por la organización responsable de la indemnización a los trabajadores en caso de lesión o enfermedad profesional. Aunque se prestan servicios curativos y de rehabilitación, el énfasis en el control de los costes de seguridad social ha llevado a dar prioridad a los servicios preventivos.

Elección de un modelo de servicio de salud en el trabajo

La decisión primaria de establecer o no un servicio de salud en el trabajo puede venir determinada por la ley, por el contrato entre la dirección y los trabajadores o por la preocupación de la dirección por la salud y la seguridad de éstos. Aunque la conciencia del valor que tiene un servicio de salud en el trabajo para el mantenimiento del aparato productivo induce a muchas empresas a la prestación de estos servicios, otras veces influyen consideraciones económicas, tales como el control del coste de las prestaciones indemnizatorias a los trabajadores, la evitación del absentismo por enfermedad y la discapacidad, la jubilación anticipada por causas sanitarias, las multas reglamentarias, las reclamaciones judiciales, etc.

El modelo de prestación de servicios de salud en el trabajo puede venir prescrito por normas legales o reglamentarias, ya sean de carácter general o exclusivamente aplicables a determinados sectores. Este suele ser el caso del modelo de seguridad social, en el que las empresas clientes no tienen otras opciones.

En la mayoría de los casos, el modelo elegido viene determinado por factores tales como el tamaño de la mano de obra y sus características demográficas, el tipo de trabajo que realizan y los peligros del lugar de trabajo a que se enfrentan, la ubicación del lugar de trabajo, el tipo y calidad de los servicios sanitarios disponibles en la comunidad y, tal vez lo más importante, la holgura económica de la empresa y su capacidad para prestar el apoyo económico necesario.

En algunos casos la empresa crea un servicio mínimo que va ampliándose y multiplicando sus actividades a medidas que demuestre su valía y consigue la aceptación de los trabajadores. Son pocos los estudios comparativos realizados hasta el momento sobre el funcionamiento de los diversos modelos de servicios de salud en el trabajo en diversas circunstancias.

Servicios de higiene industrial

Las directrices e instrumentos internacionales recomiendan decididamente la inclusión de servicios de higiene industrial en el servicio interdisciplinario de salud en el trabajo.

En algunos países, no obstante, estos servicios se prestan habitualmente como actividad separada e independiente. En tales circunstancias, es necesaria la colaboración con otros servicios implicados en las actividades de salud y seguridad en el trabajo.

Servicios de seguridad

Los servicios de seguridad suelen prestarse como actividad separada, ya sea a cargo de agentes de seguridad o de ingenieros de seguridad contratados por la empresa (OIT 1981a; Bird y Germain 1990) o a través de algún sistema de consultoría. En el servicio interno, el agente de seguridad suele ser también el máximo responsable de la seguridad en la empresa y representa a la misma en tales cuestiones.

De nuevo, existe actualmente una tendencia a integrar la seguridad con la higiene y la salud en el trabajo y con otros servicios relacionados con las actividades de salud en el trabajo, con el fin de formar una entidad interdisciplinaria.

Cuando las actividades de seguridad se realizan paralelamente a las de salud e higiene en el trabajo, la colaboración es especialmente necesaria con respecto a la identificación de los peligros de accidentes, la evaluación de riesgos, la planificación y puesta en práctica de medidas preventivas y de control, la educación y formación de directivos, supervisores y trabajadores, la recopilación, mantenimiento y registro de accidentes y el funcionamiento de las medidas de control establecidas.

Dotación de personal para el servicio de salud en el trabajo

Tradicionalmente, el servicio de salud en el trabajo está integrado exclusivamente por un médico especializado en la materia o bien por un médico y una enfermera, quienes, tal vez junto con un higienista industrial, son designados como personal "básico". Las disposiciones más recientes, no obstante, exigen que siempre que sea posible el personal de salud en el trabajo tenga una composición interdisciplinaria.

El personal puede ampliarse hasta constituir un equipo interdisciplinario completo, dependiendo del modelo de servicio, la naturaleza del sector y los tipos de trabajo en cuestión, la disponibilidad de los diversos especialistas o de los programas para su formación y la cantidad de recursos económicos disponibles. Cuando no se incluyen en la plantilla, los puestos complementarios se cubren en ocasiones mediante servicios externos de apoyo (OMS 1989a, 1989b). Puede tratarse de ingenieros de seguridad, fisiólogos del trabajo, ergonomistas, fisioterapeutas, toxicólogos, epidemiólogos y educadores sanitarios. La mayoría de ellos no suelen formar parte del personal a tiempo completo del servicio de salud en el trabajo y participan a tiempo parcial o "según necesidad" (Rantanen 1990).

Dado que las necesidades cuantitativas de personal de un servicio de salud en el trabajo varían ampliamente dependiendo de la empresa, del modelo organizativo y de los servicios prestados, así como de la disponibilidad de servicios paralelos y de apoyo, esta variable no puede establecerse de forma categórica (Rantanen 1990; Rantanen, Lehtinen y Mikheev 1994). Por ejemplo, 3.000 trabajadores de una gran empresa necesitan un personal más reducido que el que se precisaría para prestar la misma gama de servicios a 300 lugares de trabajo con 10 trabajadores cada uno. Se ha señalado, no obstante, que la proporción habitual actual en Europa es de un médico y dos enfermeras para atender a entre 2.000 y 3.000 trabajadores. Las cifras varían mucho, entre 1 por cada 500 y 1 por cada 5.000 trabajadores. En algunos países, la empresa adopta las decisiones de dotación de personal en función de los tipos y volúmenes de servicios prestados, mientras que en varios otros países están legalmente establecidos el número y composición del personal. Por ejemplo, una reciente norma de los Países Bajos exige que el equipo de salud en el trabajo conste de al menos un médico, un higienista, un ingeniero de seguridad y un especialista en relaciones laborales (Orden Ministerial de 1993 sobre Certificación de Servicios SHW y Requisitos de Especialización de los Servicios SHW).

Muchos países han elaborado criterios oficiales o semificiales de competencia para los enfermeros y médicos del trabajo, aunque no para las restantes disciplinas. Los nuevos principios de la Unión Europea exigen la confirmación de la competencia de todos los especialistas de la salud en el trabajo y algunos países han establecido sistemas de certificación para los mismos (CCE 1989; Orden Ministerial de 1993 sobre Certificación de Servicios SHW y Requisitos de Especialización de los Servicios SHW).

Aún no hay planes de estudios completamente desarrollados para los especialistas de la salud en el trabajo, aparte de los aplicables a los médicos, las enfermeras y, en algunos países, los higienistas (Rantanen 1990). Se recomienda el establecimiento de un plan de estudios a todos los niveles para todas las categorías de especialistas, incluyendo programas de educación básica, de postgrado y continuada. También se considera conveniente incluir aspectos de formación sobre salud en el trabajo en la educación básica, no sólo en las facultades de medicina sino también en otras instituciones, como las escuelas técnicas, las facultades de ciencias, etc. Además de la formación en ciencias y

las cualificaciones prácticas necesarias para la práctica de la salud en el trabajo, la formación debe incluir el desarrollo de actitudes adecuadas ante la protección de la salud de los trabajadores. La formación en colaboración con especialistas de otras disciplinas permitiría un enfoque interdisciplinario. También se considera necesaria la formación en colaboración con las autoridades competentes y la empresa.

La identidad profesional de los especialistas en salud en el trabajo debe apoyarse igualmente en las distintas disciplinas. Reforzar la independencia profesional es crucial para la realización eficiente de sus tareas y puede aumentar el interés de otros profesionales de la salud hacia la dedicación profesional definitiva al área de la salud en el trabajo. Es importante reorganizar el plan de estudios en tanto los países desarrollan nuevos criterios de competencia y de certificación para estos especialistas.

Infraestructuras para servicios de apoyo

La mayoría de las empresas no puede permitirse disponer del servicio global interdisciplinario de salud en el trabajo necesario para desarrollar sus programas de salud y seguridad profesionales. Además de los servicios básicos prestados por la empresa, el propio servicio de salud en el trabajo puede necesitar de especialistas técnicos en áreas tales como las siguientes (Kroon y Overeynder 1991; CEC 1989; Rantanen, Lehtinen y Mikheev 1994):

- higiene industrial (medición y análisis);
- ergonomía;
- información y asesoramiento sobre nuevos problemas y los planteamientos para su solución;
- desarrollo organizativo;
- gestión del estrés y psicología;
- últimos avances en equipos y medidas de control;
- apoyo a la investigación.

Los distintos países han aplicado diferentes planteamientos a la organización de estos servicios. Por ejemplo, Finlandia dispone de un Instituto de Salud en el Trabajo con seis institutos regionales para la prestación de apoyo especializado a los servicios de primera línea. La mayoría de los países industrializados tienen este tipo de institutos nacionales o algún organismo similar cuyas funciones principales son la prestación de servicios de investigación, formación, información y consultoría. Estas entidades son frecuentes, sin embargo, en los países en vías de desarrollo. Cuando no existe tal tipo de organización, estos servicios pueden ser prestados por grupos de investigación universitaria, instituciones de seguridad social, servicios nacionales de salud, autoridades públicas de salud y seguridad en el trabajo o consultores privados.

La experiencia de los países desarrollados demuestra la conveniencia de crear en todos los países en vías de desarrollo y en los recién desarrollados un centro especial de investigación y desarrollo en materia de salud en el trabajo capaz de:

- prestar apoyo al desarrollo, evaluación y control de las políticas;
- prestar apoyo científico continuado para el establecimiento de normas y límites de exposición en el trabajo;
- desarrollar y aplicar criterios de evaluación de competencia en las diversas disciplinas de salud en el trabajo;
- aportar y promover la creación de programas de educación y formación para aumentar el número y la capacidad de los especialistas en este campo;
- prestar información y asesoramiento en cuestiones de salud en el trabajo no sólo a las personas dedicadas a este campo, sino también a los directivos de empresas, los sindicatos, los organismos públicos y la población general;

- realizar o encomendar a terceros la realización de las necesarias investigaciones en materia de salud y seguridad en el trabajo.

Cuando no hay una institución individual capaz de prestar todos los servicios necesarios, puede ser imprescindible organizar una red que enlace a los distintos prestadores, tales como universidades, instituciones de investigación y otras entidades.

Financiación de los servicios de salud en el trabajo

Según los instrumentos de la OIT, la responsabilidad primaria de la financiación de los servicios de salud y seguridad en el trabajo recae en la empresa, sin cargo alguno para los trabajadores. En algunos países, no obstante, existen variantes al respecto. Por ejemplo, los costes de la prestación de estos servicios pueden estar subvencionados en gran parte por la organización de la seguridad social. Un ejemplo es el de Finlandia, donde la responsabilidad económica primaria recae en la empresa pero el 50 % de los costes son reembolsados por la seguridad social siempre que se acredite haber cumplido las disposiciones de salud y seguridad en el trabajo y que el comité de salud y seguridad de la empresa confirme que los servicios se han prestado correctamente.

En la mayoría de los países existen sistemas nacionales de reembolso de este tipo. En el modelo de centro sanitario comunitario, la comunidad se hace cargo de los gastos de establecimiento de las instalaciones, equipos y personal, mientras que los gastos de funcionamiento se cubren mediante el cobro de tarifas a las empresas y a los trabajadores autónomos.

Los sistemas de reembolso o subvención tienen por finalidad fomentar la disponibilidad de servicios para las empresas con restricciones económicas y especialmente para las pequeñas empresas, que no suelen disponer de los recursos necesarios. La eficacia de estos sistemas queda puesta de manifiesto por la experiencia sueca del decenio de 1980, en la que la asignación de importantes cantidades de fondos públicos a subvencionar servicios de salud en el trabajo para las empresas en general y para las pequeñas empresas en especial permitió aumentar la proporción de trabajadores cubiertos del 60 % a más del 80 %.

Sistemas de calidad y evaluación de los servicios de salud en el trabajo

El servicio de salud en el trabajo debe autoevaluar continuamente sus objetivos, actividades y resultados en términos de protección de la salud de los trabajadores y mejora del medio ambiente de trabajo. Muchas empresas tienen sistemas de auditorías periódicas independientes realizadas por consultores externos. En algunos países hay mecanismos públicos o privados de renovación de certificaciones mediante protocolos formales de auditoría. En algunas empresas, las encuestas periódicas de trabajadores proporcionan indicadores útiles de la consideración que prestan a estos servicios y de su grado de satisfacción con respecto a los mismos. Para que estas encuestas sean verdaderamente útiles debe proporcionarse información sobre los resultados a los trabajadores participantes y acreditar que se adoptan las medidas adecuadas para resolver cualquier problema que se ponga de manifiesto.

Muchos de los países industrializados (por ejemplo, los Países Bajos y Finlandia) han comenzado a utilizar las normas de la serie ISO 9000 para el desarrollo de sistemas de calidad para los servicios sanitarios en general, incluidos los de salud en el trabajo. Se trata de una actitud especialmente adecuada, pues muchas empresas clientes aplican estas normas a su proceso de producción. Algunas empresas han incluido sus servicios de salud en el trabajo en el ámbito de aplicación de la Gestión de calidad total (*Total Quality Management*, también conocida como

Mejora continua de la calidad o *Continuous Quality Improvement*) en toda la organización y han indicado que la experiencia ha resultado positiva en cuanto a la mejora de la calidad y el funcionamiento más eficiente de los servicios.

En la práctica, la aplicación de un programa de mejora continua de la calidad significa que cada departamento o unidad de la empresa analiza sus funciones y sus resultados y adopta los cambios necesarios para alcanzar un nivel óptimo de calidad. El servicio de salud en el trabajo debe no sólo estar dispuesto a participar en esta tarea, sino también ofrecer su aportación para que no se descuide lo relativo a la salud y la seguridad de los trabajadores en este proceso.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud en el trabajo no sólo favorece a los intereses de la empresa, los trabajadores y las autoridades competentes, sino también a los de los prestadores de los servicios. En varios países se han desarrollado diversos programas de evaluación. A efectos prácticos, la autoevaluación por el personal del propio servicio puede ser el sistema más apropiado, especialmente cuando hay un comité de salud y seguridad que valore los resultados de la evaluación.

Hay un interés creciente por el estudio de los aspectos económicos de los servicios de salud y seguridad en el trabajo y por la confirmación de su eficacia en términos de coste, pero aún disponemos de pocos estudios conocidos.

Desarrollo progresivo de los servicios de salud en el trabajo

El Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (nº 161) y su Recomendación de acompañamiento (nº 171) alientan a los países a establecer progresivamente servicios de salud para todos los trabajadores, incluidos los del sector privado y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Algunos países ya han desarrollado servicios bien organizados a partir de lo dispuesto en sus legislaciones.

Partiendo de los servicios establecidos, hay tres estrategias de desarrollo futuro: ampliar toda la gama de actividades para cubrir más empresas y más trabajadores; ampliar el contenido de los servicios ofreciendo sólo servicios básicos, o ampliar progresivamente tanto el contenido como la cobertura.

Se ha discutido cuáles son las actividades mínimas que deben prestarse. Algunos países se limitan a reconocimientos médicos por médicos especialistas autorizados. En 1989, la Consulta OMS/Europa sobre Servicios de Salud en el Trabajo (OMS 1989b) recomendó las siguientes actividades mínimas:

- evaluación de las necesidades de salud en el trabajo;
- medidas preventivas y de control dirigidas al medio ambiente de trabajo;
- actividades preventivas dirigidas al trabajador;
- actividades curativas limitadas a los primeros auxilios, el diagnóstico de enfermedades profesionales y la rehabilitación para la reincorporación al trabajo;
- seguimiento y evaluación de estadísticas sobre lesiones y enfermedades profesionales.

En la práctica, hay muchos lugares de trabajo en el mundo que no prestan aún servicio alguno a sus trabajadores. Por tanto, el primer paso de un programa nacional puede limitarse al mero establecimiento de estos servicios y a la prestación de actividades básicas para los más necesitados.

Perspectivas futuras de desarrollo de los servicios de salud en el trabajo

El desarrollo futuro de los servicios de salud en el trabajo depende de varios factores del mundo laboral, así como de la economía y la política nacional. Entre los factores más

importantes en los países industrializados hay que mencionar el envejecimiento de la población, el aumento de las pautas irregulares de empleo y de horario de trabajo, el trabajo a distancia (teletrabajo), los lugares de trabajo móviles y el gradual aumento de las pequeñas empresas y los trabajadores autónomos. Se introducen nuevas tecnologías, se emplean nuevas sustancias y materiales y aparecen nuevas formas de organizar el trabajo. Hay presiones en favor del aumento simultáneo de la productividad y la calidad, que obligan a mantener una fuerte motivación para el trabajo en el marco de un ritmo creciente de cambio, y la necesidad de aprender nuevas prácticas y métodos de trabajo crece también a ritmo acelerado.

Aunque las medidas tradicionalmente aplicadas para hacer frente a los peligros profesionales han tenido éxito, especialmente en los países industrializados, no es probable que estos peligros desaparezcan en un futuro próximo, por lo que seguirán constituyendo un riesgo, si bien para un número menor de trabajadores. Los problemas psicológicos y psicosociales están convirtiéndose en peligros profesionales generalizados. La mundialización de la economía, la regionalización y el crecimiento de las economías y empresas multinacionales están creando una población activa internacionalmente móvil y dan lugar a la exportación de peligros profesionales a áreas en las que no existen reglamentaciones protectoras y las restricciones son débiles o inexistentes.

En respuesta a estas tendencias, la Segunda Reunión de Centros Colaboradores de la OMS para la Salud en el Trabajo (la Red de 52 Institutos Nacionales de Salud en el Trabajo) celebrada en octubre de 1994 desarrolló la Estrategia Global de Salud en el Trabajo para Todos, con especial atención al desarrollo futuro de la práctica de la salud en el trabajo. A este respecto, en el futuro será necesario hacer frente a las siguientes cuestiones:

- desarrollo universal de la salud en el trabajo para todos con el fin de igualar las condiciones de trabajo y salud en todas las partes del mundo;
- desarrollar mejores métodos de predicción para evaluar anticipadamente los riesgos sanitarios de las exposiciones y proporcionar criterios de salud y seguridad a los ingenieros, diseñadores y planificadores industriales;
- mejorar la integración de los servicios de salud en el trabajo con los demás servicios de la empresa;
- desarrollar sistemas mejorados de prestación de servicios de salud en el trabajo para las pequeñas empresas, los trabajadores agrícolas y los autónomos;
- acelerar y mejorar la evaluación de los peligros potenciales introducidos por las nuevas tecnologías, materiales y sustancias;
- reforzar las estrategias y metodologías aplicables para tratar con los aspectos psicosociales del trabajo, con especial atención al control de los peligros y la prevención de sus efectos adversos;
- mejorar la capacidad de prevenir y controlar trastornos musculoesqueléticos, lesiones de tensión acumulativa y estrés profesional;
- aumentar la atención prestada a las necesidades de los trabajadores de mayor edad y mejorar los métodos aplicados para su adaptación al trabajo y para el mantenimiento de su capacidad de trabajo;
- desarrollar y mejorar los programas de mantenimiento de la capacidad de trabajo de los desempleados y de favorecimiento de su recolocación;
- aumentar el número y la competencia de los profesionales de las diversas disciplinas implicadas en la salud y la seguridad en el trabajo y reconocer la necesidad de incluir otras disciplinas

nuevas, tales como la ciencia de la organización del trabajo, la gestión de calidad y la economía sanitaria.

En resumen, durante la próxima década y en lo sucesivo los servicios de salud en el trabajo deberán hacer frente a retos formidables, aparte de las presiones económicas, políticas y sociales inherentes al cambio de las circunstancias nacionales e industriales. Entre ellos se encuentran los problemas asociados a las nuevas tecnologías de la información y a la automatización, las nuevas sustancias químicas y formas de energía física, los peligros de las nuevas biotecnologías, la reubicación y transferencia internacional de tecnologías peligrosas, el envejecimiento de la población activa, los problemas sociales de grupos vulnerables tales como los enfermos crónicos y los discapacitados, así como el desempleo y las recolocaciones impuestos por la búsqueda de trabajo y la aparición de enfermedades hasta ahora desconocidas que pueden afectar a la población activa.

Conclusiones

Las infraestructuras de salud en el trabajo están insuficientemente desarrolladas para atender las necesidades de los trabajadores de todas las partes del mundo. La necesidad de disponer de servicios efectivos no está disminuyendo, sino aumentando. Los instrumentos de la OIT sobre servicios de salud en el trabajo y las estrategias paralelas de la OMS constituyen una base útil para conseguir un importante desarrollo de dichos servicios, y deben ser utilizados por los países al establecer objetivos de la política para salvaguardar la salud y la seguridad profesionales de los trabajadores del país.

Los países en vías de desarrollo y los recién industrializados representan unos 8 de cada 10 trabajadores mundiales, de los cuales no más de un 5 % a un 10 % tienen acceso a servicios de salud en el trabajo adecuados. Si pudieran organizarse estos servicios y prestarse a todos los trabajadores, no sólo saldría ganando su salud, sino también el bienestar y el nivel socioeconómico de los países, sus comunidades y la totalidad de su población. También se ayudaría a controlar los costes de la parte evitable del absentismo por enfermedad y la discapacidad y se contendría la escalada de los costes de la asistencia sanitaria y la seguridad social.

Existen directrices internacionales para conseguir unas políticas y programas de salud en el trabajo eficaces, pero se no se aplican suficientemente en los ámbitos local y nacional. Debe fomentarse la colaboración entre los países y las organizaciones internacionales, así como entre los propios países, a fin de conseguir el apoyo económico, técnico y profesional necesario para aumentar el acceso a los servicios de salud en el trabajo.

La gama y cantidad de servicios de salud en el trabajo necesarios en una empresa varían ampliamente en función de las circunstancias del país y de la comunidad, de la naturaleza del sector y los procesos y materiales empleados, y de las características de la fuerza de trabajo. Debe darse la máxima prioridad a los servicios preventivos y conseguirse un nivel aceptable de calidad.

Hay diversos modelos disponibles para la organización de servicios de salud en el trabajo y la creación de las correspondientes infraestructuras. La elección debe venir determinada por las características de la empresa, la disponibilidad de recursos en términos de finanzas, instalaciones y personal cualificado, los tipos de problemas previstos y los recursos disponibles en la comunidad. Es necesaria una mayor investigación sobre la adecuación de los diversos modelos a las distintas situaciones.

La prestación de servicios de salud en el trabajo de alta calidad suele requerir la intervención de una amplia gama de disciplinas de salud y seguridad, sanidad general y psicosociología. El servicio ideal contaría con un equipo interdisciplinario

en el que estuvieran representadas varias de estas disciplinas. No obstante, incluso este tipo de servicio necesita recurrir a fuentes externas cuando se requieren especialistas poco habituales. Parecer hacer frente a la necesidad creciente de especialistas debe contratarse a un número suficiente de ellos, formarles y proporcionarles la especialización en este campo necesaria para una eficacia óptima en el mundo laboral. Debe fomentarse la colaboración internacional para la recolección de la información disponible, el diseño de su aplicación en distintas circunstancias y su difusión a través de redes ya establecidas muy promocionadas.

Las actividades de investigación en la materia han estado tradicionalmente centradas en áreas como la toxicología, la epidemiología y el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. Se necesitan más investigaciones sobre la eficacia de los diversos modelos y mecanismos de prestación de servicios de salud en el trabajo, su eficiencia en términos de coste y su adaptabilidad a las diferentes situaciones.

Los servicios de salud en el trabajo tienen diversas metas y objetivos, algunos de los cuales pueden requerir una reconsideración, dado el constante cambio del mundo laboral, por parte de los organismos internacionales más autorizados y a la luz de los nuevos problemas en este campo y los nuevos modos de promover y proteger la salud de los trabajadores.

Los Convenios y Recomendaciones de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo, los planteamientos y normas que en ellos se establecen, las estrategias y resoluciones de la OMS y los programas internacionales de ambas organizaciones constituyen una sólida base para el trabajo en el ámbito nacional y para mejorar la cooperación internacional con el fin de desarrollar y perfeccionar los servicios y la práctica de la salud en el trabajo. Estos instrumentos y su correcta aplicación son especialmente necesarios en todo el mundo en la fase actual de rápido cambio de la vida de trabajo, de aplicación de nuevas tecnologías y de existencia de un riesgo creciente de establecer objetivos materiales y económicos a corto plazo con carácter prioritario sobre los valores de la salud y la seguridad.

● LOS SERVICIOS DE LA SALUD EN EL TRABAJO Y LA PRACTICA

Georges H. Coppée

Infraestructuras, práctica y enfoques de la salud en el trabajo

Aunque desde el decenio de 1980 se ha avanzado mucho hacia un enfoque integral de la salud en el trabajo, en el que se persiga la protección y la promoción de la salud de los trabajadores junto con el mantenimiento de su capacidad de trabajo y se haga especial hincapié en el establecimiento y mantenimiento de un medio ambiente de trabajo sano y seguro para todos, es mucho lo que aún queda por debatir con respecto a la forma en que se aplica en la actualidad. Actualmente se designa con la expresión *práctica de la salud en el trabajo* el conjunto de actividades realizadas por la empresa, los trabajadores y sus organizaciones, los diseñadores y arquitectos, los fabricantes y suministradores, los legisladores y parlamentarios, los inspectores laborales y sanitarios, los analistas y especialistas en organización del trabajo, las organizaciones de normalización, las universidades e instituciones investigadoras, dirigidas a proteger la salud y promover la salud y la seguridad en el trabajo.

Entre esas actividades se incluyen sin limitarse a ellas, las realizadas por los profesionales de la salud en el trabajo.

A menudo se producen confusiones debido al uso de la expresión *servicios de salud en el trabajo* para designar, indistintamente:

- la prestación de *servicios de salud en el trabajo* (es decir, la contribución de los profesionales de la salud a la salud y la seguridad en el trabajo);
- los mecanismos establecidos para la prestación de dichos servicios (es decir, los *servicios de salud en el trabajo* como parte de la infraestructura de protección y promoción de la salud de los trabajadores).

Con el fin de superar este problema y otras muchas causas habituales de malentendidos, el segundo punto del orden del día de la Décimo segunda reunión del Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo estaba redactado así: "Infraestructuras para la práctica de la salud en el trabajo: opciones y modelos nacionales para las políticas, enfoques de asistencia sanitaria primaria, estrategias, programas y funciones de los servicios de salud en el trabajo" (1995b), con las siguientes acepciones:

- *Práctica de la salud en el trabajo*: conjunto de actividades de todos los que contribuyen a la protección de la salud de los trabajadores y a la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo; este término no debe entenderse limitado a la práctica de los profesionales de la salud en el trabajo.
- *Enfoques de la salud en el trabajo*: principios y enfoques orientadores de las medidas a adoptar, tales como el principio general de asistencia sanitaria primaria defendido por la OMS y el de la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, defendido por la OIT.
- *Infraestructuras para la práctica de la salud en el trabajo*: mecanismos establecidos para poner en práctica las políticas nacionales y tomar medidas en el ámbito de la empresa; las infraestructuras pueden revestir la forma de servicios "institucionalizados" e incluir otros muchos organismos, tales como institutos nacionales de salud y seguridad en el trabajo

El uso de los términos *infraestructuras*, *práctica* y *enfoques* permite diferenciar las funciones de los diversos protagonistas y participantes en la prevención en sus respectivas áreas de competencia, sin perjuicio de su actuación conjunta.

Los *servicios de salud en el empleo* contribuyen a la *práctica de la salud en el trabajo*, que es intrínsecamente interdisciplinaria e intersectorial e incluye a otros especialistas, tanto de la empresa como externos, además de los profesionales del ramo, así como las correspondientes autoridades públicas, las empresas, los trabajadores y sus representantes.

Existen muchos modelos de servicios de salud en el trabajo. Uno de ellos disfruta de gran consenso a escala internacional: es el modelo propuesto por el Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) y la Recomendación (nº 171) promulgados por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1985. Los países deben considerar este modelo como un objetivo hacia el cual avanzar, teniendo en cuenta, por supuesto, las particularidades locales y la disponibilidad de personal especializado y recursos económicos.

Deben adoptarse políticas nacionales para desarrollar progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, tomando en consideración los riesgos específicos de las empresas. Estas políticas han de formularse, ponerse en práctica y revisarse periódicamente a la vista de las condiciones y prácticas nacionales y en consulta con las organizaciones de empresas y de trabajadores más representativas. Deben establecerse planes que señalen los pasos a dar cuando no puedan establecerse servicios de salud en el trabajo de forma inmediata en todas las empresas.

Definición de la salud en el trabajo adoptada por el Comité Conjunto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo (1950)

La salud en el trabajo debe orientarse hacia la promoción y mantenimiento del más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones; la prevención de la pérdida de la salud de los trabajadores por causa de sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de factores nocivos para la salud en su puesto de trabajo; la colocación y mantenimiento de los trabajadores en un medio ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades físicas y psicológicas y, en resumen, la adaptación del trabajo al hombre y del hombre a su trabajo.

La salud en el trabajo se centra principalmente en tres objetivos diferenciados: (i) el mantenimiento y la promoción de la salud y la capacidad de trabajo de los trabajadores; (ii) la mejora del trabajo y el medio ambiente de trabajo para que favorezcan la salud y la seguridad de los trabajadores y (iii) el desarrollo de formas organizativas y culturas de trabajo favorecedoras de la salud y la seguridad en el trabajo y, en consecuencia, que promuevan un clima social positivo y un funcionamiento eficiente y mejoren la productividad de la empresa. El concepto de cultura de trabajo alude, en este contexto, al reflejo de los sistemas de valores fundamentales adoptados por la empresa en cuestión, que se plasma en la práctica en sus sistemas de gestión, políticas de personal, principios de participación, políticas de formación y gestión de la calidad.

Cooperación interdisciplinaria y colaboración intersectorial: perspectiva global

La OIT y la OMS tienen una definición común de salud en el trabajo (ver cuadro), adoptada por el Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo en su primera reunión (1950) y revisada en la décimosegunda (1995).

Los estados, en colaboración con las organizaciones de empresas, de trabajadores y de profesionales implicados, deben diseñar políticas, programas y planes de acción adecuados para el desarrollo de la salud en el trabajo con un contenido interdisciplinario y una cobertura integral. En cada país, el ámbito y contenido de los programas debe adaptarse a las necesidades nacionales, teniendo en cuenta las condiciones locales, e incorporarse a los planes nacionales de desarrollo. El Comité Mixto OIT/OMS recalcó que los principios contenidos en los Convenios de la OIT n° 155 y n° 161 y en sus Recomendaciones de acompañamiento, así como en las resoluciones, directrices y enfoques de la OMS relativos a la salud en el trabajo constituyen una guía universalmente aceptada para el diseño de dichas políticas y programas (Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo, 1992).

Hay rasgos similares entre la estrategia de la OIT para la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo y el principio general de asistencia sanitaria primaria de la OMS, pues ambos se basan en consideraciones técnicas, éticas y sociales similares y:

- se dirigen a todos los afectados, trabajadores y población en general;
- definen políticas, estrategias y medios de acción;
- subrayan la responsabilidad de la empresa con respecto a la salud y seguridad de los trabajadores en sus empleos;
- hacen hincapié en la prevención primaria y el control de riesgos en la fuente;

- dan especial importancia a la información, la educación sanitaria y la formación;
- señalan la necesidad de desarrollar una práctica de la salud en el trabajo que sea fácilmente accesible para todos y esté disponible en el lugar de trabajo;
- reconocen el papel esencial de la participación, la participación comunitaria en los programas de salud, la participación intersectorial y la de los trabajadores en la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo;
- resaltan las interacciones entre salud, medio ambiente y desarrollo, así como entre seguridad y salud en el trabajo y empleo productivo.

La actividad de la OIT se ha centrado principalmente en la aportación de directrices internacionales y de un marco jurídico para el desarrollo de políticas e infraestructuras de salud en el trabajo de carácter tripartito (que incluye a los estados, las empresas y los trabajadores) y en el apoyo práctico a las medidas de mejora del lugar de trabajo, en tanto que la OMS se ha centrado en prestar respaldo científico, metodológico, apoyo técnico y en la formación de personal sanitario y de ámbitos conexos para la salud en el trabajo (Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo, 1992).

Cooperación interdisciplinaria

Para la OMS, la *salud en el trabajo* incluye la seguridad en el mismo. La higiene se considera orientada a la prevención de las enfermedades, en tanto que la seguridad se contempla como la disciplina relativa a la prevención de las lesiones físicas por accidente. Para la OIT, la *salud y seguridad en el trabajo* es una disciplina orientada a la prevención de lesiones profesionales (tanto enfermedades como accidentes) y a la mejora de las condiciones y del medio ambiente de trabajo. Se utilizan los términos *seguridad en el trabajo*, *salud en el trabajo*, *medicina del trabajo*, *higiene del trabajo* y *asistencia de enfermería en el trabajo* para reconocer la participación de diversos profesionales (por ejemplo, ingenieros, médicos, enfermeras, higienistas) y el hecho de que la organización de la salud y seguridad en el trabajo a escala de la empresa suele comprender diversos servicios y comités de salud y seguridad profesional.

En cierta medida, la *seguridad en el trabajo* y la prevención primaria están más directamente vinculadas a la tecnología empleada, al proceso de producción y a la gestión diaria que la *salud en el trabajo*, más centrada en las relaciones entre trabajo y salud, en particular en la vigilancia del medio ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores (prevención secundaria), así como en los factores humanos y los aspectos ergonómicos. Además, en el ámbito de la empresa, los ingenieros son una parte necesaria e integrada en la línea de gestión (ingenieros de producción, técnicos de mantenimiento, etc.), mientras que la salud e higiene en el trabajo requiere la intervención de especialistas del ámbito sanitario que no son necesarios para el funcionamiento de la empresa, sino que pueden ser consultores o pertenecer a un servicio de salud en el trabajo externo.

Sean cuales sean los mecanismos de organización y la terminología empleados, lo más importante es que los profesionales de la salud y la seguridad en el trabajo actúen en equipo. No han de pertenecer necesariamente a la misma unidad o servicio, aunque esto pueda ser deseable en su caso. No debe prestarse atención a la estructura de los servicios, sino a la correcta ejecución de sus funciones en el ámbito de la empresa (desde un punto de vista científico, técnico y ético). Debe acentuarse la cooperación y coordinación en la elaboración y aplicación de un programa de acción, así como en el desarrollo de conceptos unificadores, tales como los de "culturas de trabajo" (cultura de seguridad, de protección del trabajador, corporativa) que

Tabla 16.1 • Seis principios y tres niveles para una buena práctica de la salud en el trabajo.

Niveles	Principios				
	Prevención	Protección	Adaptación	Promoción	Atenuación
Personas (diversidad)	Prevención de accidentes Higiene industrial Decenio de 1920	Medicina industrial Equipos de protección personal Decenio de 1930	Organización científica del trabajo Análisis de puestos de trabajo Decenio de 1950	Programas de ayuda al trabajador Decenio de 1950	Indemnización por tratamiento Decenio de 1910
Grupos (grupos expuestos, necesidades específicas)	Medio ambiente de trabajo sano y seguro Seguridad incorporada Decenio de 1970	Medicina del trabajo Protección de máquinas Decenio de 1940	Ergonomía incluido el diseño Decenio de 1950	Programas de promoción de la salud de los trabajadores Decenio de 1980	Planificación y preparación de urgencia Decenio de 1950
La sociedad y el conjunto de los trabajadores (principio general de asistencia sanitaria primaria)	Tecnologías de control Gestión de la salud medioambiental Decenio de 1970	Salud medioambiental Epidemiología Asistencia sanitaria preventiva Decenio de 1960	Tecnologías adecuadas Protección del consumidor Decenio de 1970	Programas de educación y promoción de la salud Decenio de 1970	Asistencia sanitaria curativa Rehabilitación Decenio de 1920

Nota: Las fechas (1910, 1920, etc.) son arbitrarias y se ofrecen con la mera intención de dar una idea del curso temporal del desarrollo progresivo de un enfoque integral de la salud en el trabajo. Los datos varían entre los diversos países y pueden indicar tanto el inicio como el pleno desarrollo de una determinada disciplina o la aparición de nuevos términos o enfoques de una práctica anteriormente realizada durante muchos años. Esta Tabla no pretende exponer de forma exacta las disciplinas implicadas en el proceso, sino mostrar sucintamente las relaciones existentes en el marco de un enfoque interdisciplinario y de cooperación intersectorial orientado hacia la consecución de un medio ambiente de trabajo sano y seguro para todos, con un enfoque participativo y con el objetivo de lograr nuevas formas de desarrollo, que habrán de ser equitativas para poder ser sostenibles.

generen salud y seguridad en el trabajo y el de “mejora continua de la calidad” de las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

En 1992, el Comité Mixto OIT/OMS señaló que el ámbito de la salud en el trabajo es muy amplio (como puede verse en la Tabla 16.1), pues comprende disciplinas tales como la medicina del trabajo, la asistencia de enfermería en el trabajo, la higiene industrial, la seguridad en el trabajo, la ergonomía, la ingeniería, la toxicología, la higiene medioambiental, la psicología del trabajo y la gestión de personal. La colaboración y la participación de las empresas y los trabajadores en los programas de salud en el trabajo es un requisito esencial para el éxito de la práctica de la salud en el trabajo.

La definición de un objetivo común es una de las soluciones para evitar quedar atrapados en una excesiva compartimentación de disciplinas, aunque en ciertos casos ésta pueda suponer una ventaja al permitir un análisis especializado en profundidad de los problemas. A menudo puede constituir un factor negativo, pues impide el desarrollo de un enfoque interdisciplinario. Es necesario unificar conceptos que abran terrenos de cooperación. La nueva definición de la salud en el trabajo adoptada por el Comité Mixto en 1995 tiene este objetivo.

En ocasiones se han mantenido vivos debates sobre si la salud en el trabajo constituye en sí misma una disciplina o si forma parte de la protección del trabajo, la salud medioambiental o la salud pública. Cuando la cuestión no es puramente académica e implica decisiones tales como qué organización o ministerio es competente en determinadas áreas, el resultado puede tener consecuencias importantes para la asignación de fondos o la distribución de recursos disponibles en forma de especialización y equipos.

Una de las soluciones al problema consiste en fomentar enfoques convergentes basados en los mismos valores con un objetivo común. El enfoque de la OMS sobre la asistencia primaria y el de la OIT sobre la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo pueden servir a este fin. Con la mente

puesta en los valores comunes de la equidad, la solidaridad, la salud y la justicia social, estos enfoques pueden plasmarse en estrategias (la estrategia de la OMS sobre salud en el trabajo para todos) y programas (el Programa Internacional de la OIT para el Mejoramiento de las Condiciones y del Medio Ambiente de Trabajo), así como en planes de acción y actividades realizadas a escala empresarial, nacional o internacional por todos los participantes en la prevención, la protección y la promoción de la salud de los trabajadores, ya sea independiente o conjuntamente.

Hay otras posibilidades. La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) propone el “concepto de prevención” como vía ideal para que la seguridad social permita alcanzar la “seguridad en todo el mundo” en el trabajo y en el hogar, en la carretera y en el tiempo de ocio. La Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (CIMT) está desarrollando un enfoque de ética en la salud del trabajo y catalizando el nuevo enfoque y la interacción enriquecedora entre la salud en el trabajo y la salud medioambiental. Puede observarse una tendencia similar en varios países en los que, por ejemplo, las asociaciones profesionales acogen ahora a especialistas en ambas disciplinas.

Colaboración intersectorial

En 1984, la Conferencia Internacional del Trabajo anual de la OIT promulgó una resolución relativa a la mejora de las condiciones y del medio ambiente de trabajo que incorporaba el concepto de su carácter esencial para la promoción de la justicia social. Se puso de manifiesto que la mejora de las condiciones y del medio ambiente de trabajo constituyen una contribución positiva al desarrollo nacional y una medida del éxito de cualquier política social y económica, señalándose tres principios fundamentales:

- El trabajo debe realizarse en un medio ambiente sano y seguro.

- Las condiciones de trabajo deben ser adecuadas para el bienestar de los trabajadores y coherentes con la dignidad de la persona.
- El trabajo debe ofrecer oportunidades reales de logros personales, autorrealización y servicio a la sociedad.

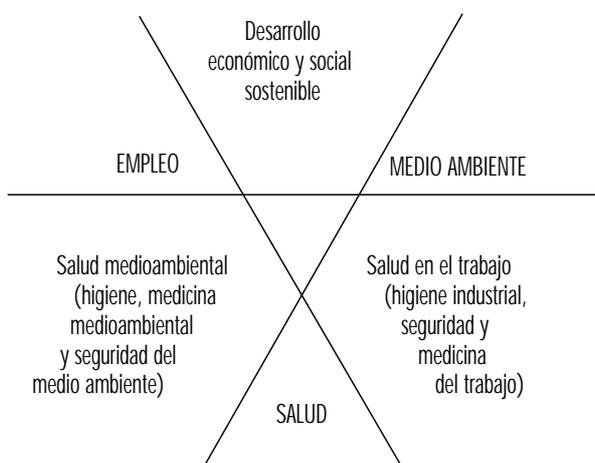
Durante el decenio de 1980 se substituyó el concepto de desarrollo por el de "desarrollo sostenible", que incluye "el derecho a una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza", como indicaba el primer principio de la Declaración de Río (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, UNCED 1992). El objetivo de un medio ambiente sano y seguro se ha convertido así en parte integrante del concepto de desarrollo sostenible, que también implica equilibrar la protección del medio ambiente con la generación de oportunidades de empleo y la mejora de los medios de vida y la salud para todos. Tanto la salud medioambiental como la del trabajo contribuyen a que el desarrollo sea sostenible, equitativo y sólido, no sólo desde un punto de vista económico, sino también humano, social y ético. Este cambio de paradigma se muestra en la Figura 16.1.

El objetivo de esta Figura es ilustrar la interacción existente entre salud del trabajo y salud medioambiental y el reforzamiento mutuo de su contribución al desarrollo sostenible. Se identifica un área que representa la integración de los objetivos económicos y sociales que pueden alcanzarse teniendo en cuenta, al mismo tiempo, el medio ambiente, el empleo y la salud.

La Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS ha reconocido, además, que "el tipo de desarrollo necesario para salvaguardar la salud y el bienestar dependerá de varias condiciones, entre ellas el respeto al medio ambiente, mientras que el desarrollo sin consideración al medio ambiente conducirá inevitablemente al deterioro de la salud de las personas" (OMS 1992). En el mismo sentido, la salud en el trabajo debe considerarse un "valor añadido", es decir, una contribución positiva al desarrollo nacional y una condición necesaria para su sostenibilidad.

Revisten especial importancia para el trabajo de la OIT y la OMS la Declaración y el Programa de Acción adoptados por la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social celebrada en

Figura 16.1 • Enfoque multidisciplinar para un desarrollo sostenible y equitativo.



Copenhague en 1995. La Declaración compromete a las naciones del mundo a perseguir el objetivo del pleno empleo productivo y libremente elegido como prioridad básica de sus políticas sociales y económicas. La Cumbre señaló claramente que el objetivo no debe ser la creación de cualquier tipo de trabajo, sino de empleos de calidad que salvaguarden los derechos e intereses básicos de los trabajadores, y que debe incluir la adopción de medidas dirigidas a conseguir un medio ambiente de trabajo sano y seguro, eliminar los peligros sanitarios del medio ambiente de trabajo y generar salud y seguridad en el trabajo. Es un indicador de que en el futuro la salud en el trabajo puede tener una participación importante en la conciliación de empleo, salud y medio ambiente orientada a un desarrollo equitativo y sostenible.

El enfoque de la asistencia sanitaria primaria pone el acento en la equidad social, la disponibilidad económica y la accesibilidad, la participación y la implicación comunitaria, como señaló el Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo en 1995. Ambas organizaciones comparten valores morales y éticos básicos. El enfoque de la asistencia sanitaria primaria es innovador porque aplica valores sociales a la asistencia sanitaria preventiva y curativa. Esta complementariedad no siempre ha sido bien entendida, debiéndose en ocasiones la confusión a la interpretación de palabras comunes, lo que ha producido ciertos malentendidos en el debate sobre las funciones y actividades que realmente corresponden a la OIT y la OMS, que son complementarias y se apoyan mutuamente.

La asistencia sanitaria primaria puede considerarse basada en principios de equidad social, autodependencia y desarrollo comunitario. También puede considerarse una estrategia de reorientación de los sistemas sanitarios para promover la participación individual y comunitaria y la colaboración entre todos los sectores implicados en la salud. Un principio general debería ser el de que la asistencia sanitaria primaria incluya un componente de salud en el trabajo y que los servicios especializados de salud en el trabajo apliquen el principio general de la asistencia sanitaria primaria con independencia del modelo estructural adoptado.

Son muchos los participantes en la prevención que comparten los planteamientos tanto de la OIT como de la OMS, y que deben hacer las aportaciones necesarias para desarrollar una buena práctica de salud en el trabajo. El Comité Mixto OIT/OMS ha indicado que ambas organizaciones debe promover un enfoque global de la salud en el trabajo en sus países miembros. Si se empleara tal enfoque, la salud en el trabajo podría contemplarse como una materia interdisciplinaria e integrada. Las actividades de las distintas organizaciones y ministerios no serían competitivas o contradictorias sino complementarias y de apoyo mutuo, orientadas al desarrollo equitativo y sostenible. Debe ponerse el acento en los objetivos comunes, los conceptos unificados y los valores básicos.

Como señaló el Comité Mixto OIT/OMS en 1995, es necesario desarrollar indicadores de salud en el trabajo para la promoción y control del avance hacia la salud y el desarrollo sostenible. Las formas de desarrollo que pongan en peligro la salud no pueden defenderse alegando su carácter equitativo o sostenible. Los indicadores de "sostenibilidad" deben incluir necesariamente indicadores de salud, ya que la CNUMAD señala que el compromiso de "proteger y promover la salud de las personas" es un principio fundamental del desarrollo sostenible (Agenda 21, capítulo 6). La OMS ha asumido un papel de liderazgo tanto en el desarrollo del concepto como del uso de los indicadores de salud medioambiental, algunos de los cuales afectan a la salud y al medio ambiente de trabajo.

Se espera que tanto la OIT como la OMS desarrollen indicadores de salud en el trabajo que sirvan de ayuda a los

países para la evaluación retrospectiva y prospectiva de su práctica en este campo y para el control de los avances hacia los objetivos establecidos por las políticas nacionales de seguridad y salud en el trabajo y de medio ambiente de trabajo. El desarrollo de estos indicadores centrados en las interacciones entre trabajo y salud podría ser también de ayuda a los servicios de salud en el trabajo para la evaluación de sus programas y actividades y para orientarlos a la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo (es decir, controlar su eficiencia y la forma en que realizan sus funciones).

Normas y orientación

Los Convenios y Recomendaciones de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo definen los derechos de los trabajadores y asignan deberes y responsabilidades en esta materia a las autoridades correspondientes, las empresas y los trabajadores. Estos instrumentos, adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo, constituyen, en conjunto, el Código Internacional del Trabajo, que define normas mínimas en el ámbito laboral.

La política de la OIT en esta materia está básicamente contenida en dos Convenios internacionales, con sus correspondientes Recomendaciones de apoyo. El Convenio sobre salud y seguridad de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (nº 155) y su Recomendación (nº 164), de 1981, prevén la adopción de una política nacional de salud y seguridad en el trabajo y describen las medidas que es necesario adoptar en el ámbito nacional y empresarial para promoverlas y para mejorar el medio ambiente de trabajo. El Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) y su Recomendación (nº 171), de 1985, prevén el establecimiento de servicios de salud en el trabajo que contribuyan a la puesta en práctica de la política en la materia y realicen estas funciones en el ámbito de la empresa.

Estos instrumentos prevén un enfoque integral de la salud en el trabajo que incluye la prevención primaria, secundaria y terciaria y es coherente con los principios generales de la asistencia sanitaria primaria. En ellos se indica la forma ideal en que debe prestarse a los trabajadores la asistencia sanitaria en el trabajo y se propone un modelo que canaliza hacia el lugar de trabajo actividades organizadas que requieren un personal especializado para catalizar la interacción entre diversas disciplinas con el fin de promover la cooperación entre todos los participantes en la prevención. Estos instrumentos proporcionan también un marco organizativo en el que los profesionales de la salud en el trabajo pueden prestar eficientemente servicios de calidad para conseguir la protección y promoción de la salud de los trabajadores y contribuir a la salud de la empresa.

Funciones

El Convenio nº 161 define los *servicios de salud en el trabajo* como servicios investidos de funciones básicamente preventivas y encargados de asesorar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de los requisitos necesarios para establecer y de conservar un medio ambiente laboral sano y seguro que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo y acerca de la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental.

El Convenio especifica que los servicios deben incluir, entre las siguientes funciones, las que resulten adecuadas para los riesgos de la empresa para la salud en el trabajo:

- identificación de los riesgos que puedan afectar a la salud en el lugar de trabajo;
- vigilancia de los factores del medio ambiente de trabajo y de las prácticas de trabajo que puedan afectar a la salud de los

trabajadores, incluidos las instalaciones sanitarias, comedores y alojamientos en los casos, cuando estas facilidades sean ofrecidas por el empleador;

- asesoramiento sobre la planificación y la organización del trabajo, incluido el diseño de los lugares de trabajo, sobre la selección, el mantenimiento y el estado de la maquinaria y de los equipos y sobre las sustancias utilizadas en el trabajo;
- participación en el desarrollo de programas para el mejoramiento de las prácticas de trabajo, así como en las pruebas y la evaluación de nuevos equipos, en relación con la salud;
- asesoramiento en materia de salud, de seguridad y de higiene en el trabajo y de ergonomía, así como en materia de equipos de protección individual y colectiva;
- vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo;
- fomento de la adaptación del trabajo a los trabajadores;
- asistencia en pro de la adopción de medidas de rehabilitación profesional;
- colaboración en la difusión de informaciones, en la formación y educación en materia de salud e higiene en el trabajo y de ergonomía;
- organización de los primeros auxilios y de la atención de urgencia;
- participación en el análisis de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

El Convenio y la Recomendación de la OIT son muy flexibles con respecto a las formas de organizar los servicios de salud en el trabajo. El establecimiento de estos servicios puede venir exigido por normas legales o reglamentarias o por convenios colectivos, o bien ser aprobado de cualquier otro modo por la autoridad competente tras consultar a las organizaciones representativas de las empresas y trabajadores afectados. Pueden organizarse para una sola empresa o con carácter común para varias. En la medida de lo posible, deben estar ubicados cerca del lugar de trabajo u organizarse de forma que se garantice su correcto funcionamiento en éste. Pueden ser organizados por la propia empresa afectada, los poderes públicos o servicios oficiales, las instituciones de seguridad social o cualquier otro organismo autorizado, o bien por una combinación de cualquiera de los anteriores, lo que permite un alto grado de flexibilidad. Incluso en un mismo país pueden emplearse varios de estos métodos según las condiciones y prácticas locales.

La flexibilidad del Convenio demuestra que el espíritu de los instrumentos de la OIT en la materia es acentuar los objetivos más que las reglas administrativas para lograrlos. Es importante asegurar la salud en el trabajo de todos los trabajadores, o al menos avanzar hacia este objetivo. Este progreso sólo puede realizarse habitualmente de forma gradual, pero es necesario hacer algunos avances hacia estos objetivos y emplear los recursos de la forma más eficiente para este fin.

Hay varios métodos de financiación de los servicios de salud en el trabajo. En muchos países, la obligación de crear y mantener estos servicios corresponde a las empresas, mientras que en otros forman parte de los programas sanitarios nacionales o de los servicios sanitarios públicos. El Convenio no detalla los aspectos de la dotación de personal, la financiación y la formación del personal, dejándolo al enfoque nacional de cada país.

Hay diversos ejemplos de servicios de salud en el trabajo creados por instituciones de seguridad social o financiados por programas de seguro especiales de los trabajadores. En algunos casos la financiación se rige por un acuerdo entre el Ministerio de Trabajo y el de Sanidad o entre las instituciones de la seguridad social. En determinados países, los sindicatos gestionan este tipo de servicios. También hay mecanismos

especiales en virtud de los cuales una institución central u organismo tripartito recauda fondos entre los empleados y luego paga por la prestación de estos servicios o distribuye los fondos para financiar el funcionamiento de los servicios.

Las fuentes de financiación también pueden variar en función de las actividades de los servicios. Por ejemplo, si realizan actividades curativas, la seguridad contribuye en algunos casos a financiarlos. Si participan en programas sanitarios públicos y en actividades de promoción de la salud o de investigación, pueden encontrarse otras fuentes de financiación. La financiación no depende sólo del modelo estructural elegido, sino también del valor que la sociedad asigna a la protección y promoción de la salud y de su disponibilidad a invertir en la salud en el trabajo y la prevención de los peligros profesionales.

Condiciones de funcionamiento

Se hace hincapié en las condiciones de funcionamiento de los servicios de salud en el trabajo. No sólo es necesario que realicen un cierto número de tareas, sino también que éstas se realicen de forma adecuada, tomando en consideración los aspectos técnicos y éticos.

El Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo y especialmente su Recomendación de acompañamiento señalan algunos requisitos básicos:

- El personal debe estar cualificado y disfrutar de plena independencia profesional.
- Debe garantizarse la confidencialidad.
- Debe informarse a los trabajadores de las actividades de los servicios y de los resultados de sus evaluaciones de salud.
- Las empresas, los trabajadores y sus representantes deben participar en el funcionamiento de los servicios y en el diseño de sus programas.

Los aspectos éticos de la salud en el trabajo se tienen cada vez más en cuenta, poniéndose el énfasis en la necesidad tanto de calidad como de evaluación permanente de los servicios. No sólo es necesario determinar qué debe hacerse, sino también con qué finalidad y en qué condiciones. La Recomendación de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 171) establece un conjunto de principios a este respecto. El Código Ético Internacional para los Profesionales de la Salud en el Trabajo adoptado por la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (CIMT 1992) aporta directrices adicionales.

En 1995, el Comité Mixto OIT/OMS sobre Salud en el Trabajo señaló que "la garantía de calidad de los servicios de salud en el trabajo. No es éticamente admisible prestar servicios de mala calidad." El Código Ético del CIMT prescribe que "los profesionales de la salud en el trabajo deben establecer un programa de auditoría profesional de sus propias actividades para garantizar que se han establecido normas adecuadas, que éstos se están cumpliendo y que las deficiencias, si las hubiera, se están detectando y corrigiendo".

Objetivos y valores comunes

El papel de los servicios de salud en el trabajo institucionalizados debe contemplarse en el marco más amplio de las políticas e infraestructuras sanitarias y sociales, pues contribuyen a la puesta en práctica de las políticas nacionales de seguridad en el trabajo, salud en el trabajo y medio ambiente de trabajo recomendadas por el Convenio de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (nº 155) y su Recomendación (nº 164), de 1981. Los servicios de salud en el trabajo contribuyen también a la consecución de los objetivos contenidos en la

estrategia "Salud para todos" defendida por la OMS como política para la equidad, la solidaridad y la salud.

Hay signos de una tendencia cada vez más acusada a poner en juego la experiencia y los recursos en el marco de una conexión en red de los distintos mecanismos. A escala internacional, éste es ya el caso de la seguridad química, para la que existe un mecanismo interorganizativo: el Programa Interorganizativo para una Correcta Gestión de las Sustancias Químicas (IOMC). Hay otros muchos campos, tales como la protección contra la radiación y la seguridad biológica, en los que están apareciendo o podrían desarrollarse formas flexibles de cooperación internacional entre países y organizaciones internacionales.

Los mecanismos de conexión en red abren nuevos campos de cooperación que pueden adaptarse de forma flexible al tema de que se trate, ya sea el estrés en el trabajo, la coordinación de la investigación o la actualización de esta *Enciclopedia*. Se pone el acento en la interacción y ya no en la compartimentación vertical de las disciplinas. El concepto de liderazgo da paso a la participación activa. La conexión internacional en redes está desarrollándose rápidamente y podría hacerlo aún más interconectando las estructuras actuales. El papel de la OIT y la OMS podría consistir en la puesta en marcha de redes internacionales para atender las necesidades y exigencias de sus participantes y alcanzar el objetivo común de proteger a las personas en el trabajo.

Los valores éticos y sociales acordados por la comunidad internacional están incorporados a los Convenios y Recomendaciones de la OIT, así como a la política de "Salud para todos" de la OMS. Desde el decenio de 1980 se ha implantado progresivamente el concepto de desarrollo sostenible, que tras la Conferencia de Río y la Cumbre Social de Copenhague tiene ya en cuenta las interrelaciones entre empleo, salud y medio ambiente. El objetivo común de lograr un medio ambiente de trabajo sano y seguro para todos reforzará la decisión de todos los implicados en la materia de prestar un mejor servicio a la salud de los trabajadores y contribuir a un desarrollo sostenible y equitativo para todos. Uno de los principales retos de la salud en el trabajo podría ser el de resolver el conflicto existente entre valores como el derecho a la salud y el derecho al trabajo de la persona y del conjunto de los trabajadores, con el fin de proteger la salud y hacer posible el empleo.

INSPECCION MEDICA DEL TRABAJO EN FRANCIA

Marianne Saux

Historia

En el decenio de 1930, la aplicación en Francia de ciertas disposiciones del código laboral relativas a la higiene en el trabajo demostró la utilidad de dar a los inspectores de trabajo acceso a médicos consultores.

Las leyes de 17 de julio de 1937 y de 10 de mayo de 1946 (artículos L 611-7 y R 611-4) autorizaron al Departamento de Inspección del Trabajo a ordenar intervenciones médicas temporales. Con el tiempo, estas intervenciones, inicialmente concebidas con carácter intermitente, evolucionaron hasta convertirse en actividades permanentes complementarias de la inspección de trabajo y realizadas simultáneamente a ésta.

Tras la promulgación de la Ley de 11 de octubre de 1946 sobre medicina del trabajo se estableció un marco técnico permanente para la inspección médica del trabajo. El Decreto de 16 de enero de 1947 estableció el contexto, escalas de remuneración, nivel y funciones de los inspectores médicos.

Desde 1947, no obstante, el desarrollo técnico en este campo ha sido irregular y esporádico, y el número de inspectores médicos ha sido en ocasiones insuficiente para las tareas de inspección, como también lo ha sido el de inspecciones de los lugares de trabajo. Así, aunque los departamentos médicos creados en virtud de la Ley de 11 de octubre de 1946 aumentaron en número e importancia, el número de inspectores médicos se redujo gradualmente desde los 44 inicialmente designados en 1947 a 21. Estas tendencias contradictorias explican en parte algunas de las críticas a que ha debido hacer frente el sistema de medicina del trabajo.

No obstante, desde 1970 y especialmente desde 1975 se ha hecho un esfuerzo serio para crear un Departamento de Inspección Médica del Trabajo capaz de dar respuesta a las necesidades de los aproximadamente 6.000 médicos responsables de más 12 millones de trabajadores. En 1980 se asignaron 39 puestos remunerados a los servicios de inspección, de los cuales se cubrieron 36. En 1995 había 43 puestos disponibles. El Plan Prioritario de Acción número 12 del VII Plan establece 45 inspectores médicos, lo que elevará la cifra de personal a los niveles inicialmente previstos en 1947.

Al mismo tiempo que los funcionarios franceses caían en la cuenta de la necesidad de establecer un departamento especializado de inspección responsable de la aplicación de las directrices legislativas y reglamentarias relativas a la higiene y la medicina en el trabajo, en otros países se alcanzaban estas mismas conclusiones. Ante este consenso creciente, la OIT, en colaboración con la OMS, convocó en 1963 en Ginebra un simposio internacional sobre inspección médica de los lugares de trabajo. Entre los resultados dignos de mención se encuentran la definición de las responsabilidades, deberes y requisitos de conocimientos y formación de los inspectores médicos, así como las técnicas y métodos de inspección.

Organización general

La oficina central del Departamento de Inspección Médica del Trabajo y de los Trabajadores está integrada en el Departamento de Relaciones Industriales y depende directamente del Director Regional de Relaciones Industriales e Inspección Médica. El Director Regional, por su parte, forma parte del Consejo Regional de Trabajo y Empleo y depende directamente del Director Regional de Trabajo y Empleo. En 1995, el número de profesionales y trabajadores de Francia era:

- 12,5 millones de trabajadores con cobertura general,
- 6.337 médicos, de los cuales 2.500 a tiempo completo,
- 4.000 enfermeras
- 1.500 departamentos médicos
- el 90 % de los trabajadores tiene seguimiento por parte de departamentos médicos sectoriales.

El número de inspectores médicos de cada región depende del de puestos remunerados de medicina en el trabajo existente en la misma. En general, cada inspector médico regional debe tener a su cargo en torno a 300.000 trabajadores. No obstante, esta regla general está sujeta a posibles modificaciones en ambos sentidos, dependiendo del tamaño y las características geográficas de cada región.

Misión

Aunque muchas de sus disposiciones han dejado de ser aplicables o han prescrito, no deja de ser útil repasar las responsabilidades de los inspectores médicos establecidas en el Decreto citado de 16 de enero de 1947.

El médico encargado del departamento es responsable, entre otras cosas, de la coordinación de todos los problemas médicos

de los diversos departamentos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Sus funciones pueden ampliarse por decreto.

El Inspector Médico del Trabajo y debe:

1. Mantener, junto con los Comités Técnicos de las Uniones de Crédito de la Seguridad Social, contacto directo y permanente con el Departamento de Inspección del Trabajo y garantizar la aplicación de la legislación relativa a la salud en el trabajo y la protección de la salud de los trabajadores.
2. Realizar permanentemente las actividades destinadas a proteger la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, las cuales incluirán, entre otras, la supervisión de los Departamentos de Medicina del Trabajo establecidos por la Ley de 11 de octubre de 1946.
3. Supervisar, en estrecha colaboración con los departamentos psicotécnicos, reconocimientos médicos dirigidos a determinar la adecuación del trabajador para el trabajo y a reclasificar y remitir a los centros de rehabilitación a los trabajadores que se encuentren temporalmente en situación no apta para el trabajo o físicamente discapacitados.
4. Supervisar, en colaboración con los Comités Técnicos de las Uniones de Crédito de la Seguridad Social, la preparación, compilación y utilización de estadísticas relativas a las características psicopatológicas de la población activa.

El Inspector Médico del Trabajo comunicará la información que posea sobre riesgos de enfermedades y accidentes profesionales en diversas empresas a los Comités Técnicos de las Uniones de Crédito de la Seguridad Social. La Nota de 15 de septiembre sobre organización de los Departamentos de Relaciones Industriales asigna al Departamento de Inspección Médica del Trabajo las siguientes responsabilidades:

- la investigación de los aspectos técnicos de la patología y la medicina del trabajo, la ergonomía y la psicología del trabajo;
- la investigación de las cuestiones relativas a la protección de la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo;
- la investigación de los aspectos médicos del trabajo;
- el control de los avances en la medicina, la psicología y la ergonomía,
- la coordinación de la recopilación de información regional.

La dirección de los inspectores médicos implica:

- la coordinación de los inspectores médicos regionales;
- el desarrollo y la aplicación de los informes, investigaciones y estudios técnicos realizados en el ámbito regional o transregional y, en último término, de los grupos especializados de trabajo;
- la organización de reuniones que ofrezcan a los miembros del Departamento de Inspección Médica del Trabajo la oportunidad de comparar experiencias y definir enfoques coherentes de los nuevos problemas;
- la preparación de los procedimientos de contratación y formación de inspectores médicos del lugar de trabajo y de los trabajadores;
- la educación continua de todos los inspectores médicos regionales.

Además de estas actividades básicas, el Departamento de Inspección Médica del Trabajo colabora también con los departamentos de relaciones industriales y de recursos humanos en todos los casos en que intervienen aspectos médicos del trabajo (especialmente los que afectan a los trabajadores discapacitados, los candidatos a la educación continuada y los solicitantes de trabajo) y es responsable de la dirección, coordinación y formación de los inspectores médicos regionales y de su educación técnica continuada. Por último, la oficina central del

Departamento realiza también actividades de consultoría y es la representante oficial del Estado en cuestiones relativas a la medicina del trabajo.

Los Departamentos de Inspección Médica del Trabajo central o regionales del Departamento de Trabajo pueden ser requeridos para intervenir cuando otros servicios gubernamentales que carecen de servicios de inspección médica propios (principalmente el Departamento de Sanidad y Seguridad Social) tienen problemas relativos a la prevención o corrección de peligros para la salud en el trabajo. Estos servicios del Departamento de Trabajo pueden ayudar también a constituir departamentos de prevención médica. Excepto en los casos en que la parte solicitante es otro servicio público de inspección de trabajo, el papel del Departamento suele estar limitado al asesoramiento.

Entre el 7 y el 10 de junio de 1994, casi 1.500 personas asistieron a las *XIII Journées nationales de médecine du travail* (23ª Jornadas nacionales de medicina del trabajo) organizadas por la *Société et l'Institut de médecine du travail et d'ergonomie de Franche-Comté* (Sociedad e Instituto de Medicina del Trabajo y de Ergonomía del Franco Condado). Se debatieron los siguientes temas:

- la neurotoxicidad de la exposición a disolventes de bajo nivel;
- la salud y la precariedad de la salud en el trabajo;
- el estrés y la tensión en el trabajo actual - papel del médico del trabajo.

El Departamento es el representante del gobierno, ante los organismos o instituciones médicosociales, científicas y profesionales en el campo de la medicina del trabajo, entre los que se encuentran el *Conseil National de l'Ordre des Médecins* (el Consejo Nacional de Colegios Médicos), *le Haut Comité d'Études et d'Information contre l'alcoolisme* (el Alto Comité de Estudios y de Información contra el Alcoholismo) y diversas instituciones universitarias y científicas. Además, suele encomendarse al Departamento central de Inspección Médica del Trabajo la representación de la postura del Gobierno francés en cuestiones médicas ante la Comunidad Económica Europea, la OMS y la OIT. Los departamentos regionales tienen responsabilidades similares, con arreglo a la Circular DRT nº 18-79, de 6 de julio de 1979, sobre el papel de la cooperación entre inspectores del trabajo e inspectores médicos del trabajo en la prevención de peligros profesionales. La circular enumera actividades de orientación, información, supervisión, gestión e intervención a realizar, en caso necesario, en colaboración con los departamentos de inspección del lugar de trabajo regionales, departamentales o locales.

Aunque tanto los inspectores del trabajo como los inspectores médicos comparten objetivos comunes (la prevención de los peligros para la salud en el trabajo) sus actuaciones concretas pueden ser diversas, dependiendo de la especialización técnica necesaria. Por otra parte, las circunstancias pueden hacer necesaria la colaboración entre unos y otros.

Propuesta de nueva circular

La nueva circular, en fase de elaboración, reitera y actualiza las cláusulas de la de 6 de julio de 1979. Debe señalarse que el 1 de enero de 1995 los Departamentos de Formación Profesional asumieron las responsabilidades de los Departamentos regionales de Trabajo y Empleo, por lo que debe revisarse la función, papel y misión de los inspectores médicos del lugar de trabajo.

En resumen, podemos decir que en 1980 los departamentos de inspección médica habían recuperado, a todos los efectos, el papel y las funciones inicialmente previstos para ellos en el período 1946-47. El siguiente paso de la inspección médica será, con la mayor probabilidad, aumentar la importancia de la promoción, gestión e investigación del lugar de trabajo. Hay que

señalar que esta evolución es paralela a la de la propia medicina del trabajo. Tras un largo período de desarrollo y puesta en práctica que hoy puede considerarse ya prácticamente terminado, la medicina del trabajo ha de entrar en una nueva era de mejora cualitativa y avance científico.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN LA PEQUEÑA EMPRESA

Jorma Rantanen y Leon J. Warshaw

La cobertura de los trabajadores de la pequeña empresa (PE) es tal vez el reto más acuciante para los sistemas de prestación de servicios de salud en el trabajo. En la mayor parte de los países, las PE representan la gran mayoría de las organizaciones comerciales e industriales (llegando al 90 % en algunos países en vías de desarrollo o recién industrializados) y están presentes en todos los sectores económicos. Estas empresas dan empleo a casi el 40 % de la población activa en los países industrializados pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y hasta el 60 % de la de los países en vías de desarrollo o recién industrializados. Aunque sus trabajadores están probablemente expuestos a una gama más amplia de peligros que sus compañeros de las grandes empresas (Reverente 1992; Hasle y cols. 1986), suelen tener escaso o nulo acceso a los modernos servicios de salud y seguridad en el trabajo.

Definición de pequeña empresa

Las empresas se clasifican como PE en función de características tales como la cuantía de su inversión de capital, la cifra de ingresos anuales o el número de empleados. Según el contexto, esta última cifra oscila entre 1 y 500 empleados. En este artículo, aplicaremos el término *PE* a las empresas de cincuenta o menos empleados, que es la definición más generalmente aceptada (OIT 1986).

Las PE están adquiriendo importancia creciente en las economías nacionales. Son intensivas en empleo, son flexibles para adaptarse a las circunstancias rápidamente cambiantes del mercado y ofrecen oportunidades de trabajo para muchas personas que de otro modo se verían abocadas al desempleo. Sus necesidades de capital suelen ser bajas y pueden producir bienes y servicios cerca del cliente.

También tienen inconvenientes. Su ciclo de vida suele ser corto, lo que hace difícil controlar sus actividades, y con frecuencia obtienen márgenes de beneficio muy cortos a costa de sus trabajadores (que suelen ser también los propietarios), que los pagan en términos de horas e intensidad de trabajo y de exposición a riesgos para la salud en el trabajo.

La plantilla de las PE

La plantilla de las PE se caracteriza por su diversidad. En muchos casos comprende el director y varios miembros de su familia. Las PE ofrecen una vía de acceso al trabajo para los jóvenes y actividades de interés para las personas de mayor edad y los trabajadores despedidos de las grandes empresas. En consecuencia, suelen exponer a grupos especialmente vulnerables, tales como los niños, las mujeres embarazadas y las personas de mayor edad, a riesgos para la salud en el trabajo. Además, dado que muchas PE operan en el hogar o en sus proximidades, suelen exponer a los miembros de la familia y a los vecinos a los peligros físicos y químicos del lugar de trabajo y crear problemas de salud pública por la contaminación del aire, el agua o los alimentos cultivados cerca de sus instalaciones.

El nivel educativo y socioeconómico de los trabajadores de las PE varía ampliamente, pero suele ser inferior al de la media de la población activa. Es especialmente importante el hecho de que sus propietarios-directores tienen menor formación en gestión y dirección y aún menos en la detección, prevención y control de los riesgos sanitarios del trabajo. Aunque se pongan a su disposición los recursos educativos necesarios, no suelen tener tiempo, energías y recursos financieros suficientes para aprovecharlos.

Los peligros profesionales en las PE y el estado de salud de sus trabajadores

Como todos los demás aspectos de las PE, las condiciones de trabajo varían ampliamente, dependiendo de la naturaleza de la empresa, el tipo de producción, su propiedad y su ubicación. En general, los peligros para la seguridad y la salud en el trabajo son muy parecidos a los de las grandes empresas, pero, como ya se ha señalado, la exposición a los mismos suele ser muy superior. En algunos casos, no obstante, las condiciones de trabajo pueden ser mucho mejores que las de grandes empresas con tipos similares de producción (Paoli 1992).

Aunque se han hecho públicos pocos estudios, no resulta sorprendente que las encuestas sobre la salud de los trabajadores en las PE de países industrializados tales como Finlandia (Huuskonen y Rantala 1985) y Alemania (Hauss 1992) hayan revelado una incidencia relativamente alta de problemas sanitarios, muchos de los cuales estaban asociados a una capacidad reducida de trabajo o a la propia naturaleza del trabajo. En las PE de los países en vías de desarrollo se ha descrito una prevalencia aún superior de enfermedades profesionales y problemas sanitarios relacionados con el trabajo (Reverente 1992).

Barreras para los servicios de salud en el trabajo en las PE

La prestación de servicios de salud en el trabajo en las PE se enfrenta a enormes barreras estructurales, económicas y psicológicas, entre las que se encuentran las siguientes:

1. Tradicionalmente, la legislación de salud y seguridad en el empleo de la mayoría de los países ha dejado fuera a las PE y se aplica con carácter general tan sólo al sector de la fabricación. El "sector informal" (término que incluye aquí a los trabajadores autónomos) y la agricultura no quedaban cubiertos. Incluso en los casos en los que la legislación tenía un ámbito de aplicación más amplio, no era aplicable a las empresas con pocos empleados (el límite inferior solía ser de 500 empleados). Recientemente, algunos países (por ejemplo, Francia, Bélgica y los países nórdicos) han promulgado normativas que exigen la prestación de servicios de salud en el trabajo en todas las empresas con independencia de su tamaño y del sector económico (Rantanen 1990).
2. Las PE, en los términos definidos a efectos del presente artículo, son demasiado pequeñas para justificar un servicio interno de salud en el trabajo. Su gran diversidad en cuanto a tipo de industria y métodos de producción, así como en cuanto a estilo de organización y funcionamiento, junto con su dispersión geográfica, hace difícil organizar servicios de salud en el trabajo que se ajusten a sus necesidades.
3. Las barreras económicas son muy importantes. Muchas PE están en equilibrio al borde de la supervivencia y no pueden permitirse en modo alguno aumentar sus costes de funcionamiento aunque sea con la promesa de importantes ahorros futuros. Además, pueden no estar en condiciones de permitirse la educación y formación en detección, prevención y control de peligros para los propios propietarios-directores y mucho menos aún para los empleados. Algunos países han

resuelto este problema concediendo subvenciones a través de organismos públicos o instituciones de la seguridad social (Rantanen 1994) o han incluido los servicios de salud en el trabajo en los programas de promoción del desarrollo económico y social general de las PE (Kogi, Phoon y Thurman 1988).

4. Aun cuando las restricciones económicas no son definitivas, suele haber una reticencia por parte de los propietarios-directores de las PE a dedicar el tiempo y las energías necesarias para adquirir los conocimientos básicos necesarios sobre las relaciones entre trabajo y salud. Una vez adquiridos, no obstante, las PE pueden aplicar de forma muy eficaz esta información y capacidades en sus lugares de trabajo (Niemi y Notkola 1991; Niemi y cols. 1991).
5. Las empresas del sector informal y las pequeñas empresas agrícolas no suelen estar registradas y sus conexiones formales con los organismos oficiales pueden ser débiles o completamente inexistentes. Las actividades realizadas como negocio resultan muy difíciles de deslindar de las relativas al ámbito privado del hogar y la familia, lo que puede dar lugar a recelos sobre la intimidad y a resistencias a la intervención de "extraños". Las PE suelen resistirse a participar en asociaciones empresariales y en organizaciones comunitarias y, tal vez en la mayoría de los casos, sus empleados no están afiliados a sindicatos. Para superar estas barreras, algunos países han utilizado organizaciones de extensión para la distribución de información, han creado oportunidades especiales de formación para las PE por parte de organismos oficiales de salud y seguridad en el trabajo y han adoptado el modelo de asistencia primaria para la prestación de estos servicios (Jeyaratnam 1992).
6. Muchas PE están ubicadas en comunidades con acceso directo a servicios de urgencias y de asistencia primaria. No obstante, la falta de conocimientos y experiencia de los médicos y enfermeras en el campo de los peligros profesionales y sus efectos suele dar lugar, a menudo, a la no detección de enfermedades profesionales y, lo que es probablemente más importante, a la pérdida de oportunidades de establecer las necesarias medidas de prevención y control.

Instrumentos internacionales aplicables a los servicios de salud y seguridad

En algunos países, las actividades de salud y seguridad en el trabajo son competencia del ministerio de trabajo y están regulados por un órgano específico competente en materia de salud y seguridad; en otros, los ministerios de trabajo, de sanidad y de asuntos sociales comparten esta responsabilidad. En algunos países, como Italia, las disposiciones aplicables a los servicios de salud y seguridad en el trabajo están incorporadas a la legislación sanitaria o, como en el caso de Finlandia, a una ley especial. En Estados Unidos y en Inglaterra, la prestación de estos servicios es voluntaria, mientras que en Suecia, entre otros países, se reguló en alguna ocasión mediante convenio colectivo.

El Convenio de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (nº 155) (OIT 1981a) exige que los estados establezcan una política de salud y seguridad en el trabajo aplicable a todas las empresas de todos los sectores y puesta en práctica por una autoridad competente. El Convenio establece la responsabilidad de las autoridades, las empresas y los trabajadores y, complementado por su correspondiente Recomendación nº 164, define las actividades básicas de todos los principales participantes en la materia tanto en el ámbito nacional como local.

La OIT complementó estos instrumentos en 1985 mediante el Convenio Internacional nº 161 y la Recomendación nº 171 sobre los servicios de salud en el trabajo, en los que se establecen

disposiciones sobre diseño de políticas, administración, inspección y colaboración de los servicios de salud en el trabajo, actividades de los equipos de salud y seguridad en el trabajo y condiciones de funcionamiento y responsabilidades de la empresa y de los trabajadores, además de ofrecer directrices para organizar estos servicios en el ámbito de la empresa. Aunque no se cita específicamente a las PE, éstas fueron tenidas en cuenta para la elaboración de estos instrumentos, ya que no se establecen límites de tamaño para los servicios de salud en el trabajo y se recalca su necesaria flexibilidad organizativa.

Desgraciadamente, la ratificación de estos instrumentos ha sido limitada, especialmente entre los países en vías de desarrollo. A partir de la experiencia de los países industrializados, es probable que sin medidas especiales y apoyo por parte de las autoridades públicas los principios de la OIT no lleguen a aplicarse en las PE.

La OMS ha promovido activamente el desarrollo de los servicios de salud en el trabajo. En una consulta del año 1989 (OMS 1989a) se realizó un estudio de las exigencias legales, y se ha publicado una serie de unos 20 documentos técnicos sobre diversos aspectos del tema. En 1985 y de nuevo en 1992, la Oficina Regional para Europa de la OMS realizó y dio a conocer encuestas sobre los servicios de salud en el trabajo en esta región, mientras que la Organización Panamericana de la Salud designó 1992 como año especial de la salud en el trabajo mediante la promoción de las actividades de este campo en general y la realización de un programa especial en América Central y del Sur.

La Unión Europea ha promulgado 16 directivas relativas a la salud y la seguridad en el trabajo, la más importante de las cuales es la Directiva 391/1989, denominada "Directiva Marco" (CEE 1989). Contienen disposiciones relativas a medidas específicas, tales como la exigencia a las empresas de la organización de evaluaciones de riesgos profesionales de diversas instalaciones técnicas o el ofrecimiento de reconocimientos médicos a los trabajadores expuestos a peligros especiales. También se regula la protección de los trabajadores frente a los peligros físicos, químicos y biológicos, incluyendo la manipulación de grandes pesos y el trabajo con pantallas de vídeo.

Aunque todos estos instrumentos y esfuerzos internacionales se desarrollaron teniendo en cuenta a las PE, el hecho es que la mayoría de sus disposiciones sólo resultan prácticas para empresas más grandes. Están aún por desarrollar modelos eficaces de organización de un nivel similar de servicios de salud en el trabajo para las PE.

Organización de los servicios de salud en el trabajo para las PE

Como se ha señalado anteriormente, las reducidas dimensiones de las PE, su dispersión geográfica y su gran variedad de tipos y condiciones de trabajo, unidas a sus grandes limitaciones de recursos económicos y humanos hacen muy difícil organizar eficazmente servicios de salud en el trabajo para estas empresas. Sólo unos pocos de los diversos modelos de prestación de estos servicios descritos en detalle en este capítulo son adaptables a este tipo de empresas.

Tal vez la única excepción la constituyan las PE que son unidades operativas dispersas de grandes empresas y están regidas por políticas establecidas para el conjunto de la organización, participan en las actividades de educación y formación de toda la empresa y tienen acceso a un equipo interdisciplinario de especialistas en salud en el trabajo ubicado en un servicio central de salud normalmente situado en la sede central de la empresa. Un factor muy importante del éxito de este modelo es que todos los costes estén cubiertos por dicho servicio central o

por el presupuesto corporativo. Cuando, como sucede cada vez con mayor frecuencia, los costes se asignan al presupuesto de explotación de la PE, puede haber dificultades para conseguir la plena cooperación del director local, cuyos resultados pueden ser enjuiciados en función de la rentabilidad de esa determinada empresa.

Se han implantado con éxito en varios países europeos (Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca, los Países Bajos y Francia), servicios colectivos organizados conjuntamente por varias empresas pequeñas o medianas. En otros casos se han realizado experiencias con la ayuda de subvenciones del Estado o de fundaciones privadas, que no han sobrevivido a la finalización de las ayudas.

Una variante interesante del modelo de servicios colectivos es el servicio orientado a la rama de actividad, que presta servicios a un gran número de empresas del mismo tipo de industria, tales como las de la construcción, la explotación forestal, la agricultura, la industria alimentaria, etc. Este modelo permite que los servicios se especialicen en los problemas típicos de esa rama de actividad y acumulen así gran competencia en el sector al que atienden. Un ejemplo famoso es el Bygghälsan sueco, que presta servicios a las empresas de la construcción.

Una notable excepción es el mecanismo creado por un sindicato cuyos miembros trabajan en PE muy dispersas de una misma industria (por ejemplo, personal sanitario, carniceros, administrativos y trabajadores de la confección). Creados habitualmente en virtud de un convenio colectivo, se financian mediante las contribuciones de la empresa, pero suelen estar dirigidos por un comité integrado por representantes de la empresa y de los trabajadores. Algunos de ellos gestionan centros sanitarios locales que prestan una amplia gama de servicios primarios y de asistencia clínica especializada no sólo para los trabajadores, sino también para las personas a su cargo.

En algunos casos, los servicios de salud en el trabajo se prestan en las consultas externas de los hospitales, en centros sanitarios privados o en centros comunitarios de asistencia primaria, todos los cuales tienden a ocuparse sobre todo del tratamiento de lesiones y enfermedades agudas relacionadas con el trabajo y, exceptuando tal vez los reconocimientos médicos periódicos, no aportan gran cosa en cuanto a servicios preventivos. Su personal suele estar poco especializado en este campo y el hecho de que se les pague habitualmente por servicio prestado no supone un gran incentivo a su implicación en la vigilancia, prevención y control de los riesgos del lugar de trabajo.

Un inconveniente específico de estos sistemas de "servicios externos" es que la relación de cliente con los usuarios suele impedir la participación y colaboración de las empresas y los trabajadores en la planificación y control de estos servicios que prevén los Convenios de la OIT y los restantes instrumentos internacionales elaborados para orientarlos.

Otra variante es el "modelo de seguridad social", en el que los servicios de salud en el trabajo son prestados por la misma organización que se hace cargo del coste de la indemnización por accidentes y enfermedades profesionales. Esto facilita la disponibilidad de recursos para financiar los servicios, en los que, aunque se ofrecen servicios curativos y de rehabilitación, se suele dar prioridad a los de tipo preventivo.

Un estudio exhaustivo realizado en Finlandia (Kalimo y cols. 1989), uno de los muy escasos intentos de evaluar los servicios de salud en el trabajo, mostró que los centros sanitarios municipales y los de carácter privado eran los principales prestadores de estos servicios a las PE, seguidos por los de tipo colectivo o compartido. Cuanto más pequeña es la empresa, más probable es que recurra al centro municipal: hasta un 70 % de las PE con cinco trabajadores o menos. Entre las conclusiones relevantes del estudio se encuentra la verificación de la importancia de las

visitas del personal del centro sanitario al centro de trabajo de las PE para conocer: a) las condiciones de trabajo y los problemas sanitarios específicos de las empresas clientes y b) la necesidad de prestarles formación especializada en salud y seguridad en el trabajo antes de que emprendan la prestación de estos servicios.

Tipos de actividades de los servicios de salud en el trabajo para las PE

Los servicios de salud en el trabajo destinados a las PE varían ampliamente según las disposiciones y prácticas nacionales, el tipo de trabajo y de medio ambiente de trabajo, las características del estado de salud de los trabajadores y la disponibilidad de recursos (tanto en términos de capacidad de las PE para financiar los servicios como de disponibilidad de instalaciones personal en la localidad). A partir de los instrumentos internacionales anteriormente citados y de los seminarios y consultas regionales, se ha elaborado una lista de actividades para los servicios integrales de salud en el trabajo (Rantanen 1989; OMS 1989a, 1989b). En estos informes se exponen varias actividades clave que siempre deben estar presentes en todo programa de servicios de salud en el trabajo y que son de aplicación a las PE, como por ejemplo:

Evaluación de las necesidades de la empresa en materia de salud en el trabajo

- estudio previo de las actividades de la empresa e identificación de los riesgos para la salud y la seguridad comunes a los lugares de trabajo;
- inspección y vigilancia del lugar de trabajo para identificar y cuantificar los riesgos realmente existentes en la empresa en cuestión;
- evaluación del nivel de riesgo que representan y clasificación de los mismos en función de su urgencia y prioridad;
- repetición de la evaluación de riesgos siempre que se produzcan cambios en los equipos, materiales y métodos de producción.

Actividades de prevención y control en el lugar de trabajo

- comunicación de los resultados de las evaluaciones a los propietarios-directores y a los representantes de los trabajadores;
- identificación de las medidas de prevención y control necesarias y disponibles, y asignación de prioridad relativa en función de su urgencia y viabilidad;
- supervisión de su instalación y puesta en práctica;
- control de su eficacia permanente.

Actividades preventivas orientadas a los trabajadores

- evaluación y vigilancia del estado de salud de los trabajadores mediante reconocimientos previos a la colocación, chequeos y reconocimientos periódicos que pueden ser tanto generales como centrados en los efectos biológicos de riesgos determinados a los que hayan estado expuestos los trabajadores;
- adaptación del trabajo, el puesto de trabajo y el medio ambiente del lugar de trabajo para promover la salud y seguridad permanentes de los trabajadores, con especial atención a grupos vulnerables como los más jóvenes, los de mayor edad y los que padezcan discapacidades y enfermedades adquiridas;
- suministro a los trabajadores de educación y formación sanitaria sobre las prácticas adecuadas de trabajo;
- suministro a los propietarios-directores y a los supervisores de una educación y formación que les haga conscientes de las necesidades sanitarias de los trabajadores y les inculque la

motivación para adoptar medidas de prevención y control adecuadas.

Actividades curativas

- prestación de servicios adecuados de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación por enfermedad y lesión profesionales;
- prestación de servicios de rehabilitación precoz para eliminar discapacidades evitables y fomentar y supervisar ajustes en el trabajo que permitan una rápida reincorporación;
- suministro de educación y formación (y actualización periódica) sobre procedimientos de primeros auxilios y de urgencia;
- elaboración de procedimientos y realización de simulacros de actuación en caso de emergencias tales como vertidos, fuego, explosión, etc.;
- fomento de la participación de los trabajadores en programas de promoción del bienestar y la salud generales.

Mantenimiento de registros y evaluación

- elaboración y conservación de registros adecuados sobre accidentes, lesiones y enfermedades profesionales, y si es posible sobre exposición; a partir de estos datos, evaluación del estado de salud y de seguridad global de la empresa;
- control de la eficacia de las medidas de control y prevención de peligros.

En la anterior lista de actividades básicas está implícita la adecuada disponibilidad de asesoramiento y consulta en especialidades de salud y seguridad en el trabajo tales como higiene industrial, ergonomía, psicología del trabajo, ingeniería de seguridad, psiquiatría y psicología del trabajo, etc. Estos especialistas no suelen formar parte del personal de las instalaciones que prestan los servicios de salud en el trabajo a las PE, pero en caso de necesidad son aportados, generalmente por organismos públicos, universidades y consultas privadas.

Debido a su falta de especialización y de tiempo, los propietarios-directivos de las PE están obligados a depender en mayor medida de los proveedores de equipos de seguridad en cuanto a la eficacia y fiabilidad de sus productos y de los suministradores de productos químicos y otros materiales de producción en cuanto a la disponibilidad de una información clara y completa (por ejemplo, hojas de datos) sobre los peligros que pueden suponer y sobre el modo de prevenirlos o controlarlos. Es importante, por ello, que existan normas legales y reglamentarias nacionales relativas al adecuado etiquetado, la calidad y fiabilidad de los productos y la entrega de información fácilmente comprensible (en el idioma local) sobre el uso y mantenimiento de los equipos y sobre el uso y almacenamiento de los productos. Como respaldo, las organizaciones empresariales y comunitarias a las que las PE suelen pertenecer deben ofrecer en sus circulares y comunicaciones de otro tipo información sobre la prevención y el control de exposiciones potencialmente peligrosas.

Conclusiones

A pesar de su importancia para la economía nacional y de su papel como empresas en las que trabaja la mayoría de la población activa de los países, las PE, los trabajadores autónomos y el sector agrícola suelen estar insuficientemente atendidos por los servicios de salud en el trabajo. El Convenio nº 161 y la Recomendación nº 171 de la OIT ofrecen directrices importantes para el desarrollo de estos servicios para las PE y deben ser ratificados y aplicados por todos los países. Los gobiernos nacionales deben desarrollar los mecanismos legales, administrativos y financieros necesarios para ofrecer a todos los lugares de trabajo servicios de salud y seguridad en el trabajo que identifiquen, prevengan y controlen eficazmente la exposición a peligros potenciales y

promuevan la mejora y la conservación de niveles óptimos de salud, bienestar y capacidad productiva en todos los trabajadores. Debe fomentarse la colaboración en los ámbitos internacional, regional y subregional, como la ofrecida por la OIT y la OMS, para estimular el intercambio de información y experiencias, el desarrollo de normas y directrices adecuadas y la realización de importantes programas de formación e investigación.

Las PE pueden mostrarse, en muchos casos, reticentes a buscar activamente estos servicios pese a ser sus beneficiarios últimos potenciales. A la vista de esto, algunos gobiernos e instituciones, especialmente en los países nórdicos, han adoptado una nueva estrategia basada en las intervenciones a gran escala para el establecimiento o el desarrollo de los servicios. Por ejemplo, el Instituto Finlandés de Salud en el Trabajo está aplicando actualmente un Programa de Acción para 600 PE que emplean a 16.000 trabajadores, dirigido al desarrollo de servicios de salud en el trabajo, el mantenimiento de la capacidad de trabajo, la prevención de los peligros del medio ambiente en el vecindario y la mejora de la competencia de las PE en materia de salud y seguridad en el trabajo.

● EL SEGURO DE ACCIDENTES Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN ALEMANIA

Wilfried Coenen y Edith Perlebach

Todas las empresas están contractualmente obligadas a tomar precauciones para garantizar la seguridad de sus empleados. Las normas y reglamentos relacionados con el trabajo a las que hay que prestar atención son imperativas, como también lo son los peligros existentes en el lugar de trabajo. Por este motivo, la Ley de Seguridad en el Trabajo (ASiG) de la República Federal de Alemania incluye entre las obligaciones de la empresa la de consultar a profesionales especializados en materia de seguridad en el trabajo, lo que significa que ésta debe designar no sólo personal especializado (especialmente para resolver cuestiones técnicas), sino también médicos de empresa para los aspectos médicos de la seguridad en el trabajo.

La Ley de Seguridad en el Trabajo entró en vigor en diciembre de 1973. En ese momento había en Alemania unos 500 médicos formados en lo que se llamaba medicina del trabajo. El seguro obligatorio de accidentes ha desempeñado un papel decisivo en el desarrollo y establecimiento del sistema actual, gracias al cual la medicina del trabajo ha logrado implantarse en las organizaciones empresariales a través de la figura del médico de empresa.

El sistema dual de salud y seguridad en el trabajo de la República Federal de Alemania

Uno de los cinco ramos de la seguridad social, el seguro obligatorio de accidentes, tiene asignada la tarea prioritaria de adoptar todas las medidas necesarias para lograr la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales mediante la detección y eliminación de los riesgos para la salud relacionados con el trabajo. Para dar cumplimiento a este mandato legal, los legisladores han concedido un amplio poder a un sistema autogestionado de seguro de accidentes que puede dictar sus propias normas y reglamentos para especificar y configurar las medidas preventivas necesarias. Por este motivo, el sistema de seguro obligatorio de accidentes ha asumido (dentro de los límites marcados por la legislación actual) la función de determinar cuándo se exige a una empresa contratar a un médico de empresa, qué

cualificaciones profesionales en medicina del trabajo pueden exigirse a estos médicos y cuánto tiempo puede calcular la empresa que necesitará el médico para atender a sus empleados.

La primera redacción de esta normativa sobre prevención de accidentes data de 1978. En ese momento, el número de médicos con especialización en medicina del trabajo disponibles no parecía suficiente para garantizar la asistencia a todas las empresas, por lo que se decidió establecer unas determinadas condiciones para las empresas de mayor dimensión. De hecho, las grandes empresas industriales ya se habían dotado de mecanismos propios para disponer de médicos de empresa, los cuales ya cumplían e incluso superaban las exigencias legales de la normativa de prevención de accidentes.

Contratación de un médico de empresa

Las horas dedicadas a la empresa para la asistencia a los empleados (denominadas *tiempos de asignación*) son establecidas por el seguro obligatorio de accidentes. Los conocimientos de los aseguradores sobre los riesgos para la salud existentes en las distintas ramas constituyen la base para el cálculo de los tiempos de asignación. La clasificación de las empresas con respecto a los aseguradores concretos y la evaluación de sus posibles riesgos para la salud son, por tanto, la base para la asignación de un médico de empresa.

Dado que la asistencia prestada por los médicos de empresa es una medida de seguridad en el trabajo, la empresa debe hacerse cargo de sus costes de asignación. El número de empleados en cada una de las áreas de riesgo, multiplicado por el tiempo asignado para la asistencia, determina el importe de los gastos. El resultado es una gama de distintos tipos de asistencia, ya que la empresa puede pagar (dependiendo de su tamaño) por un médico o médicos contratados a tiempo completo o bien a tiempo parcial, por horas. Esta variedad de necesidades ha llevado a una variedad de formas organizativas de prestación de los servicios de medicina del trabajo.

Obligaciones del médico de empresa

En primer lugar, es necesario distinguir, por razones jurídicas, entre las medidas adoptadas por una empresa para prestar asistencia a los empleados y el trabajo realizado por los médicos del sistema sanitario público responsable de la asistencia médica general a la población.

Con el fin de diferenciar claramente qué servicios de medicina del trabajo son responsabilidad de la empresa, los cuales se exponen en la Figura 16.2, la Ley de Medicina del Trabajo ha establecido legislativamente un catálogo de obligaciones de los médicos de empresa. Estas no están sujetas a las órdenes de las empresas en el cumplimiento de estas obligaciones, aunque hasta el momento presente han venido luchando contra la imagen de médicos "de la empresa".

Una de las obligaciones esenciales del médico de empresa es el reconocimiento médico de los trabajadores en los aspectos de la salud relacionados con el trabajo. Este reconocimiento puede ser necesario según las características específicas de una determinada empresa, en especial si existen condiciones de trabajo que lleven al médico a ofrecer, por iniciativa propia, un reconocimiento a los trabajadores afectados. De todas formas, el médico no puede obligar a un empleado a someterse a un reconocimiento, de modo que ha de convencerle ganándose su confianza.

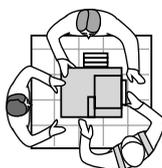
Chequeos preventivos especiales en la medicina del trabajo

Además de este tipo de reconocimiento, existe un chequeo preventivo especial, para el cual la empresa cuenta con la participación de los trabajadores por imperativo legal. Terminado el

Figura 16.2 • Obligaciones de los médicos del trabajo en las empresas de Alemania.

A. Los médicos de empresa tienen la obligación de apoyar a ésta en todas las cuestiones de protección de la salud en materia de seguridad y prevención de accidentes del trabajo. En particular, deben:

1. Asesorar a la empresa y a todas las personas con responsabilidades en materia de seguridad y prevención de accidentes del trabajo, en especial con respecto a:
 - la planificación, puesta en marcha y mantenimiento de las fábricas y de mecanismos sociales y sanitarios
 - la dotación de medios técnicos de trabajo y el establecimiento de procedimientos y materiales de trabajo
 - la elección y ensayo de medios de protección corporal
 - aspectos fisiológicos, psicológicos y otros ergonómicos e higiénicas del trabajo, en particular ritmos, horarios y descansos del trabajo, configuración de los puestos de trabajo, el desarrollo del trabajo y el medio ambiente de trabajo
 - organización de primeros auxilios en la fábrica
 - cuestiones relativas a cambios del lugar de trabajo, así como incorporación y reincorporación de personas discapacitadas en el proceso de trabajo.



2. Realizar exploraciones, evaluar y asesorar a los trabajadores con arreglo a las normas de la medicina del trabajo, así como registrar y evaluar los resultados de las exploraciones.

3. Supervisar la puesta en práctica de las medidas de seguridad y prevención de accidentes, en particular:

- visitar el lugar de trabajo de forma periódica e informar de las carencias al empleador y a las personas con responsabilidades en materia de seguridad y prevención de accidentes en el trabajo, proponer medidas para cubrir estas carencias y colaborar en su puesta en práctica
- prestar atención al uso de medios de protección corporal
- investigar las causas de las enfermedades relacionadas con el trabajo, registrar y evaluar los resultados de la investigación y proponer medidas preventivas.



4. Fomentar activamente entre todos los trabajadores de la empresa un comportamiento adecuado a las exigencias de la seguridad y la prevención de accidentes de trabajo y, en particular, educarlos en materia de los peligros de accidente y los riesgos para la salud derivados de su trabajo y en materia de los mecanismos y precauciones a adoptar para evitarlos, así como ayudar a la planificación de la asignación y la formación del personal de asistencia de primeros auxilios y el personal médico auxiliar.

B. No es obligación de los médicos de la empresa verificar la notificación de las enfermedades realizada por los trabajadores a efectos de su justificación.

C. A solicitud de la empresa, el médico de la empresa debe informar de los resultados de las investigaciones en materia de medicina del trabajo.

chequeo, se emite un certificado médico en el que el médico que lo ha realizado certifica que a partir de la revisión practicada no formula ninguna objeción a la incorporación del trabajador al lugar de trabajo en cuestión. La empresa sólo puede asignar al trabajador una vez por cada certificado médico emitido.

Los chequeos preventivos especiales de medicina del trabajo son jurídicamente obligatorios si el lugar de trabajo implica la exposición a determinados materiales peligrosos o si la práctica del trabajo obliga a realizar determinadas actividades peligrosas y no pueden evitarse los riesgos para la salud mediante las

correspondientes precauciones de seguridad en el trabajo. Sólo en circunstancias excepcionales (tales como los chequeos de protección contra la radiación) la exigencia legal de que se realice un reconocimiento se complementa con una reglamentación relativa a las cuestiones a las que el médico ha de prestar atención, los métodos que debe utilizar, los criterios que ha de emplear para interpretar los resultados del reconocimiento y los que debe utilizar para enjuiciar el estado de salud con respecto a la asignación de tareas.

Este es el motivo por el que en 1972 las *Berufsgenossenschaften*, mutuas que gestionan el seguro de accidentes para la industria y el comercio, encomendaron a un comité de expertos que elaborara unas recomendaciones adecuadas para los médicos dedicados a la medicina del trabajo. Las Directrices para los Chequeos Preventivos Especiales de las *Berufsgenossenschaften*, recogidas en la Figura 16.3, incluyen actualmente un total de 43 procedimientos de reconocimiento en función de los distintos riesgos para la salud que pueden combatirse, habida cuenta de los conocimientos actuales, con medidas preventivas médicas adecuadas para evitar la aparición de enfermedades.

Las *Berufsgenossenschaften* deducen el deber de ofrecer estas recomendaciones a partir de su obligación de adoptar todas las medidas necesarias para evitar la aparición de enfermedades profesionales. En todo caso, estas Directrices son modélicas en el campo de la medicina del trabajo. Son aplicables en todos los ámbitos de actividad, no sólo en las empresas del comercio y la industria.

En relación con el ofrecimiento de estas recomendaciones de medicina del trabajo, las *Berufsgenossenschaften* tomaron también pronto medidas para conseguir que se exigiera a las empresas carentes de su propio médico de empresa la realización de estos chequeos preventivos. Con sujeción a ciertos requisitos básicos, relacionados principalmente con los conocimientos especializados del médico pero también con las instalaciones disponibles para su trabajo, incluso los médicos sin experiencia en este campo pueden adquirir la competencia necesaria para ofrecer a las empresas sus servicios de realización de chequeos preventivos recogidos en la póliza gestionada por las *Berufsgenossenschaften*. Sobre esta base se ha alcanzado la cifra actual de 13.000 médicos autorizados de Alemania, que realizan los 3,8 millones de chequeos preventivos anuales.

La existencia de un número suficiente de médicos ha permitido también exigir legalmente a las empresas la realización de estos chequeos preventivos, con absoluta independencia de que tengan o no contratado un médico a tal efecto. Así, el seguro obligatorio de accidentes ha podido aplicarse para garantizar el cumplimiento de ciertas medidas de protección de la salud en el trabajo, incluso en las pequeñas empresas. Las disposiciones legales correspondientes figuran en la Ordenanza sobre Sustancias Peligrosas y, de forma global, en la normativa sobre prevención de accidentes, que regula los derechos y obligaciones de la empresa y del trabajador examinado y la función del médico autorizado.

Asistencia prestada por los médicos de empresa

Las estadísticas que da a conocer anualmente el Colegio Federal de Médicos (*Bundesärztekammer*) indican que, en el año 1994, más de 11.500 médicos cumplían los requisitos establecidos, en términos de conocimientos especializados de medicina del trabajo, para actuar como médicos de empresa (véase la Tabla 16.2). En la República Federal de Alemania, la *Standesvertretung*, que representa a la profesión médica, regula de forma autónoma las cualificaciones se exigen, desde el punto de vista de los estudios y de la competencia, para trabajar como médicos en una determinada especialidad.

Figura 16.3 • Sumario de servicios externos de las *Berufgenossenschaften* del sector.

Guía de riesgos para la salud	G 16 arsénico y sus compuestos	G 30 trabajo en condiciones de alta temperatura
G 1.1 polvo silicótico	G 17 tetracloroetileno y pentacloruro de etano	G 31 presión excesiva
G 1.2 polvo con amianto	G 18 tetracloroetano y pentaetano	G 32 cadmio y sus compuestos
G 2 plomo y sus componentes (excepto alquilos de plomo)	[G19 radiaciones láser (explicación de la retirada de esta lista)]	G 33 nitrógeno o aminocompuestos aromáticos
G 3 alquilos de plomo	G 20 ruido	G 34 flúor y sus compuestos inorgánicos
G 4 cáncer de piel	G 21 trabajo en condiciones de baja temperatura	G 35 estancias de trabajo en países extranjeros
G 5 nitroglicerina o nitroglicol	G 22 deterioro de los dientes por ácido	G 36 cloruro de vinilo
G 6 disulfuro de carbono	G 23 enfermedades obstructivas del tracto respiratorio	G 37 unidades de visualización de datos
G 7 monóxido de carbono	G 24 enfermedades de la piel (excluido cáncer de piel)	G 38 níquel y sus componentes
G 8 benceno	G 25 conducción o manejo de vehículos y actividades de vigilancia	G 39 humo de soldadura
G 9 mercurio o sus compuestos	G 26 dispositivos respiratorios de protección	G 40 materiales cancerígenos peligrosos, en general
G 10 metanol	G 27 isocianato	G 41 trabajo en situaciones de riesgo de caídas
G 11 sulfuro de hidrógeno	G 28 monoclorometano (cloruro de metilo)	G 42 enfermedades infecciosas
G 12 fósforo (blanco)	G 29 homólogos del benceno (tolueno, xileno)	1ª parte: agentes patógenos tuberculosos
G 13 tetraclorometano (tetracloruro de carbono)		2ª parte: virus de la hepatitis A (VHA)
G 14 tricloruro de etileno		3ª parte: virus de la hepatitis B (VHB)
G 15 compuestos de cromo-VI		G 43 biotecnología
		G 44 polvo de madera de haya o de roble

En el caso de los médicos de empresa, se requiere tener la especialidad de "medicina del trabajo" o la adicional de "medicina de empresa" [es decir, cuatro años de estudios adicionales tras obtener la licencia de ejercicio, si se quiere trabajar como médico de empresa, o tres años de estudios adicionales, si se quiere trabajar como médico de empresa exclusivamente en conexión con otra especialidad que ya se posea (por ejemplo, medicina interna)]. Los médicos suelen preferir esta segunda alternativa. En cualquier caso, son ellos quienes ponen el acento en su trabajo profesional como médicos de una especialidad distinta de la medicina del trabajo.

La medicina del trabajo constituye para ellos una fuente adicional de ingresos, lo que explica porqué el reconocimiento sigue siendo la práctica dominante en la profesión de médico de empresa, aunque la legislación y el seguro obligatorio de accidentes subrayan la importancia de la inspección de empresas y del asesoramiento médico a las empresas y a los trabajadores.

Además, existe un grupo de médicos que, teniendo conocimientos especializados en medicina del trabajo, no reúne otros requisitos que se exigieron en su día. Es especialmente notable el caso de los requisitos que se exigían a los médicos de la antigua República Democrática Alemana para ejercer como médicos de empresa.

Organización de la asistencia prestada por los médicos de empresa

En principio, se deja a la empresa la libertad de elegir un médico entre los que ofrezcan servicios de medicina del trabajo. Dado que no había una oferta de este tipo cuando se establecieron a principios

Tabla 16.2 • Médicos con conocimientos especializados en medicina del trabajo.

	Número	Porcentaje
Designación del campo "medicina del trabajo"	3.776	31,4
Designación adicional "medicina corporativa"	5.732	47,6
Conocimientos especializados en medicina del trabajo con arreglo a otras cualificaciones	2.526	21,0
Total	12.034	100

¹ Al 31 de diciembre de 1995.

del decenio de 1970, los correspondientes requisitos legales, el seguro obligatorio de accidentes tomó la iniciativa de regular la oferta y la demanda del mercado.

Las *Berufgenossenschaften* del sector de la construcción establecieron sus propios servicios de medicina del trabajo, contratando para ello médicos con conocimientos especializados en sus estatutos, establecieron la obligación de cada una de las empresas de recibir la asistencia de su propio servicio de medicina del trabajo. Los costes se repartirían luego entre todas ellas mediante formas adecuadas de financiación. El resumen de los datos relativos a los servicios externos de medicina del trabajo de las *Berufgenossenschaften* del sector de la construcción se ofrece en la Tabla 16.3.

Las *Berufgenossenschaften* del sector marítimo y del transporte nacional también crearon sus propios servicios de medicina del trabajo para sus empresas. La idiosincrasia del sector (empresas no estacionarias, con requisitos profesionales especiales) fue

Tabla 16.3 • Distribución por sectores de la afiliación sindical.

	Médicos que prestan asistencia como actividad principal	Médicos que prestan asistencia como actividad secundaria	Centros	Trabajadores atendidos
ARGE Bau ¹	221		83 móviles: 46	
BAD ²	485	72	175 móviles: 7	1,64 millones
IAS ³	183		58	500.000
TUV ⁴			72	
AMD Würzburg ⁵	60-70		30-35	

¹ ARGE Bau = Comunidad de Trabajadores de las *Berufgenossenschaften* de las Asociaciones de la Industria de la Construcción. ² BAD = Servicio de Medicina del Trabajo de las *Berufgenossenschaften*. ³ IAS = Instituto de Medicina Social y del Trabajo. ⁴ TUV = Asociación de Control Técnico. ⁵ AMD Würzburg = Servicio Médico del Trabajo de las *Berufgenossenschaften*.

decisiva para convencer a éstas de la necesidad de dotarse de médicos de empresa.

Consideraciones similares llevaron a las restantes *Berufsgenossenschaften* a unirse en una confederación y a crear el Servicio de Medicina del Trabajo de las *Berufsgenossenschaften* (BAD). La creación de esta organización, que ofrece servicios a todas las empresas del mercado, fue posible en un principio gracias a la garantía económica prestada por las *Berufsgenossenschaften* respecto a la cobertura de todo el territorio de la República Federal de Alemania. Con ello se garantizaba que incluso las empresas ubicadas en estados federados con una actividad económica relativamente pobre tuvieran acceso a un médico de empresa en su zona. Este principio se ha mantenido hasta la actualidad. El BAD es actualmente el mayor prestador de servicios de medicina del trabajo, si bien el sistema de mercado le obliga a hacer frente a la competencia de otros prestadores, especialmente en los grandes núcleos urbanos, mediante el mantenimiento de un alto nivel de calidad.

Los servicios de medicina del trabajo de la Asociación de Inspecciones Técnicas (TÜV) y del Instituto de Medicina Social y del Trabajo (IAS) son el segundo y el tercer prestador interregionales, respectivamente. Hay muchas otras organizaciones más pequeñas de ámbito regional en todos los estados federados de Alemania.

Cooperación con otros prestadores de servicios de salud y seguridad en el trabajo

La Ley de Seguridad en el Trabajo, que constituye la base jurídica de la asistencia prestada por los médicos de empresa, establece también la supervisión profesional de la seguridad en el trabajo, especialmente para garantizar la intervención de personas informadas del seguimiento de las precauciones técnicas. Las exigencias de la práctica industrial han cambiado de tal modo que los conocimientos técnicos relativos a las cuestiones de seguridad en el trabajo deben complementarse hoy cada vez más con el conocimiento de la toxicidad de los materiales empleados. Además, las cuestiones de la organización ergonómica de las condiciones de trabajo y los efectos fisiológicos de los agentes biológicos desempeñan un papel cada vez mayor en la evaluación de las tensiones en el lugar de trabajo.

Los conocimientos necesarios sólo pueden reunirse mediante la cooperación interdisciplinaria de expertos en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo. Por este motivo, el seguro obligatorio de accidentes apoya especialmente el desarrollo de formas de organización que tengan en cuenta este tipo de cooperación y establece dentro de su propia estructura los requisitos precisos mediante el adecuado diseño de sus servicios administrativos. Lo que en un tiempo se llamaba Servicio de Inspección Técnica del seguro obligatorio de accidentes se ha convertido en un órgano de prevención, en el que colaboran en la búsqueda de soluciones a los problemas de seguridad en el trabajo no sólo ingenieros, sino también químicos, biólogos y, cada vez más, médicos.

Este es uno de los requisitos previos para la creación de una base para el tipo de organización de cooperación interdisciplinaria (entre las empresas y entre las organizaciones de servicios de tecnología de seguridad y los médicos de empresa) necesaria para solucionar eficazmente los problemas inmediatos de salud y seguridad en el trabajo.

Además, debe desarrollarse en todas las empresas la supervisión de la tecnología de seguridad, del mismo modo que la supervisión por parte de los médicos de empresa. Las empresas deben contratar especialistas en seguridad por aplicación de la misma base jurídica (la Ley de Seguridad en el Trabajo) o formar adecuadamente a personal del sector. Al igual que en el

caso de la supervisión realizada por los médicos de empresa, el Reglamento sobre Especialistas de Seguridad en el Trabajo (VBG 122) establece los requisitos para la contratación de estos profesionales. Con ello se sientan las bases para su incorporación a los 2,6 millones de empresas que actualmente integran el sector privado, así como a las del sector público.

Unos dos millones de ellas tienen menos de 20 empleados y están clasificadas como pequeñas empresas. Con la plena supervisión de todas las empresas, incluidas las más pequeñas, el seguro obligatorio de accidentes constituye en sí mismo una plataforma para la implantación de la salud y la seguridad en el trabajo en todas las áreas.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN ESTADOS UNIDOS: INTRODUCCION

Sharon L. Morris y Peter Orris

Historia

Los servicios de salud en el trabajo en Estados Unidos siempre han estado divididos entre el funcionamiento y el control. El grado en que la administración pública debe, en cualquier nivel, dictar normas relativas a las condiciones de trabajo ha sido objeto de permanente controversia. Además, ha habido una incómoda tensión entre los gobiernos estatales y federal acerca de quién debe asumir la competencia primaria sobre los servicios preventivos, basados principalmente en normas de salud y seguridad en el trabajo.

La indemnización económica por las lesiones y enfermedades profesionales ha sido básicamente responsabilidad de las aseguradoras privadas, y la educación en materia de salud y seguridad en el trabajo, sin cambios hasta hace pocos años, se ha dejado esencialmente a los sindicatos y a las grandes empresas.

El primer intento público de regular las condiciones de trabajo se produjo en el ámbito estatal. En el decenio de 1800, cuando el aumento de la producción industrial dio lugar a altas tasas de accidentes, los estados comenzaron a promulgar disposiciones sobre salud y seguridad en el trabajo. Pennsylvania adoptó la primera ley de inspección de minas de carbón en 1869 y Massachusetts fue el primer estado en aprobar una ley de inspección de fábricas en 1877.

En 1900, los estados más industrializados disponían de normas reguladoras de determinados peligros en el trabajo. A principios del siglo XX, Nueva York y Wisconsin tenían los programas de salud y seguridad en el trabajo más amplios del país.

Entre 1919 y 1920 la mayoría de los estados promulgaron normas sobre indemnizaciones a los trabajadores en las que se obligaba a contratar seguros privados. Algunos, como el de Washington, establecieron un sistema de gestión pública que permitía la recopilación de datos y la consecución de objetivos de investigación. Las normas de indemnización variaban ampliamente entre los distintos estados, no solían aplicarse debidamente y dejaban sin cobertura a muchos trabajadores, tales como los agrícolas. Sólo los trabajadores del ferrocarril, los estibadores y los trabajadores portuarios, así como los funcionarios federales, tenían sistemas nacionales de indemnización.

En las primeras décadas del siglo XX, la función básica de la administración federal en materia de salud y seguridad en el trabajo era la de investigación y consulta. En 1910, el Departamento de Interior estableció el Federal Bureau of Mines para investigar accidentes, tramitar consultas en el sector, realizar investigación de seguridad y de producción y suministrar

formación sobre prevención de accidentes, primeros auxilios y salvamento en las minas. En 1914 se creó la Office of Industrial Hygiene and Sanitation en el Public Health Service para realizar investigaciones y ayudar a los estados en la resolución de problemas de salud y seguridad en el trabajo. Estaba ubicada en Pittsburgh por su estrecha vinculación con la Bureau of Mines y su especialización eran las lesiones y enfermedades de la minería y la siderurgia.

En 1913 se creó un Departamento de Trabajo. En 1934 se establecieron la Bureau of Labor Standards y el Interdepartmental Safety Council. En 1936, el Departamento de Trabajo comenzó a asumir competencias reguladoras en virtud de la Ley Walsh-Healey de Contratos Públicos, que exigía a determinados contratistas federales el cumplimiento de unos baremos mínimos de salud y seguridad. La aplicación de estos baremos por parte de los estados solía hacerse con distintos grados de eficacia, en virtud de acuerdos cooperativos con el Departamento de Trabajo. Muchos consideraban que esta mezcla de normas federales y estatales no resultaba eficaz para la prevención de las enfermedades y lesiones del trabajo.

La época moderna

Las primeras leyes federales globales sobre salud y seguridad en el trabajo se aprobaron en 1969 y 1970. En noviembre de 1968, una explosión en Farmington, Virginia Occidental, mató a 78 mineros del carbón y dio un impulso a las exigencias de los mineros en favor de una legislación federal más rigurosa. En 1969 se aprobó la Ley Federal de Salud y Seguridad en la Minería del Carbón, que establecía normas obligatorias para la explotación subterránea. La Ley Federal de Salud y Seguridad Minera de 1977 ampliaba y combinaba la anterior ley con otras previas del sector minero y creaba la Mine Safety and Health Administration (MSHA), encargada de elaborar y aplicar baremos sobre salud y seguridad en todas las minas del país.

La promulgación de la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo de 1979 se vio favorecida no ya por un desastre aislado, sino por un aumento sostenido de las tasas de lesiones durante el decenio de 1960. La naciente sensibilización medioambiental y una década de legislación progresista hicieron posible esta nueva ley, que se aplica a la mayoría de los lugares de trabajo de Estados Unidos. En ella se creó la Occupational Safety and Health Administration (OSHA), dependiente del Departamento de Trabajo, con la función de elaborar y aplicar estándares federales sobre salud y seguridad en el trabajo. La ley no suponía una ruptura completa con el pasado, pues contenía un mecanismo que permitía a los estados gestionar sus propios programas OSHA. Creó también el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), dependiente de lo que hoy es el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos, para realizar investigaciones, formar profesionales en salud y seguridad, elaborar estándares sobre salud y seguridad en el trabajo.

En la actualidad, las competencias de los servicios de salud y seguridad en Estados Unidos están repartidas entre varios sectores. En las grandes empresas, los servicios de tratamiento, prevención y educación corren principalmente a cargo de sus propios departamentos médicos. En las más pequeñas, estos servicios suelen ser prestados por hospitales, clínicas o consultas privadas.

Las evaluaciones médicas independientes y toxicológicas son prestadas por médicos individuales, así como por centros hospitalarios del sector público y universitarios. Por último, las instituciones gubernamentales se encargan de la aplicación, la financiación de la investigación, la educación y el establecimiento de normas sobre salud y seguridad en el trabajo.

Este complejo sistema se describe en los artículos siguientes. Los Dres. Bunn y McCunney, de Mobil Oil Corporation y del

Massachusetts Institute of Technology, respectivamente, exponen lo relativo a los servicios de empresa. Penny Higgins, RN, BS, de Northwest Community Healthcare en Arlington Heights, Illinois, perfila los programas hospitalarios. Dean Baker, MD, MPH, director del Irvine's Centre for Occupational and Environmental Health de la Universidad de California, revisa las actividades de los centros hospitalarios académicos. La Dra. Linda Rosenstock, directora del National Institute for Occupational Safety and Health, y Sharon L. Morris, presidenta adjunta de Prestaciones Sociales Comunitarias del Departamento de Salud Medioambiental de la Universidad de Washington, resumen las actividades gubernamentales en los niveles federal, estatal y local. LaMont Byrd, director de Salud y Seguridad del International Brotherhood of Teamsters, de la AFL-CIO, describe los diversos servicios que presta su servicio a los miembros de este sindicato internacional.

Esta división de responsabilidades en materia de salud en el trabajo suele dar lugar a solapamientos y, en el caso de la indemnización a los trabajadores, a incoherencias en los requisitos y servicios. Este enfoque pluralista es al mismo tiempo el punto fuerte y débil del sistema de Estados Unidos, que promueve múltiples enfoques de los problemas pero puede inducir a confusión a cuantos no sean absolutamente expertos en la materia. Es un sistema que oscila con frecuencia, según el equilibrio de poder se desplace hacia un lado u otro entre los protagonistas fundamentales: el sector privado, los sindicatos y los gobiernos estatales y federal.

ORGANISMOS PUBLICOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN ESTADOS UNIDOS

Sharon L. Morris y Linda Rosenstock

La Occupational Safety and Health Administration (OSHA)

Objetivos y organización

La Occupational Safety and Health Administration (OSHA) se creó para promover entre las empresas y los trabajadores la reducción de los peligros del lugar de trabajo y para poner en práctica programas eficaces de salud y seguridad. Para alcanzar estos objetivos tiene encomendado elaborar y aplicar normas, controlar los resultados de sus OSHA en el ámbito estatal, solicitar a las empresas que mantengan registros de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, prestar formación sobre salud y seguridad a las empresas y a los trabajadores, e investigar las reclamaciones de los trabajadores que aleguen discriminación por haber informado de la existencia de riesgos para la salud o la seguridad.

La OSHA está dirigida por un Secretario Adjunto para la Salud y la Seguridad en el Trabajo, dependiente del Secretario de Trabajo, y tiene su sede en Washington, DC; cuenta con diez oficinas regionales y unas 85 oficinas de área. Alrededor de la mitad de los estados gestionan sus propios programas de salud y seguridad, quedando esta tarea a cargo de la OSHA federal en los estados que no los han aprobado. La Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo exige también que cada agencia del gobierno federal disponga de un programa de salud y seguridad coherente con las normas de la OSHA.

Programa y servicios

Las normas son la base del programa de aplicación de la OSHA, pues establecen los requisitos que han de cumplir las empresas. Las normas propuestas se publican en el Registro Federal para

que sean comentadas y debatidas públicamente. Las normas definitivas se publican también en el Registro Federal y pueden ser impugnadas en los tribunales de apelación de EE.UU.

En los ámbitos en las que la OSHA no haya elaborado normas, las empresas están obligadas a atenerse a la cláusula general de la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo que obliga a todas ellas a disponer de "lugares de trabajo libres de peligros conocidos que causen o puedan con probabilidad causar la muerte o perjuicios físicos graves a sus trabajadores."

La OSHA está facultada para entrar en los lugares de trabajo con el fin de determinar si la empresa cumple las exigencias de la ley. En sus actividades concede la máxima prioridad a la investigación de las situaciones de peligro inminente, catástrofes y accidentes mortales, quejas de los empleados e inspecciones programadas en industrias de alto riesgo.

Si la empresa deniega la entrada a la OSHA, el inspector debe obtener de un juez de distrito un mandamiento de inspección. Los representantes tanto de los trabajadores como de la empresa tienen derecho a acompañar a los inspectores de la OSHA durante sus visitas. El inspector emite citaciones y propuestas de sanción por las infracciones observadas durante la inspección, fijando un plazo para su corrección.

La empresa puede impugnar la citación ante la Occupational Safety and Health Review Commission, un organismo independiente establecido para resolver las impugnaciones de las citaciones y propuestas de sanción de la OSHA. Si la resolución de este organismo es desfavorable, la empresa puede apelarla ante los tribunales federales.

Las empresas que se comprometen a corregir los peligros graves detectados por el consultor pueden recibir gratuitamente su asistencia de consultoría tanto para desarrollar programas de salud y seguridad como para formar a los empleados. Este servicio, orientado a las empresas más pequeñas, está financiado en su mayor parte por la OSHA y es prestada por organismos públicos estatales o universidades.

La OSHA tiene un programa voluntario de protección (VPP) que exime a los lugares de trabajo de las inspecciones programadas si éstos observan ciertos criterios y se comprometen a desarrollar sus propios programas globales de salud y seguridad. En todo caso, se les exige tener una tasa de accidentes inferior a la media, disponer de programas de seguridad redactados por escrito, poner a disposición de la OSHA los registros de lesiones y de exposición, y hacer saber sus derechos a los trabajadores.

Recursos

En 1995, el presupuesto de la OSHA fue de 312 millones de dólares y su plantilla, de unos 2.300 empleados. Con estos recursos da cobertura a más de 90 millones de trabajadores de Estados Unidos.

Programas OSHA estatales

Objetivos y organización

La Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo concede a los gobiernos de los estados la opción de regular la salud y la seguridad en el trabajo.

A tal fin, los estados preparan sus propios programas de elaboración y aplicación de normas sobre salud y seguridad, y remiten un plan a la OSHA para su aprobación. El plan expone en detalle la forma en que el estado se propone establecer y aplicar las normas, que han de ser "al menos igual de efectivas" que las de dicho organismo, y asumir la jurisdicción sobre los empleados públicos estatales, locales y federales no amparados de otro modo por la propia OSHA. En estas condiciones, el gobierno federal delega la competencia reglamentaria directa, aportando al mismo tiempo financiación parcial para los

programas estatales y controlando la adecuación de sus actividades a las normas nacionales.

Programa y servicios

Aproximadamente la mitad de los estados han optado por gestionar sus propios programas. Otros dos estados, Nueva York y Connecticut, se han inclinado por mantener sus territorios bajo jurisdicción federal, si bien añadiendo un sistema de salud y seguridad en el lugar de trabajo de ámbito estatal para los empleados públicos.

Los programas OSHA gestionados por los estados permiten a éstos adecuar sus recursos y dirigir sus actividades de reglamentación hacia sus necesidades específicas. Por ejemplo, la tala de madera se realiza de modo diferente en los estados del Este y del Oeste. Carolina del Norte, que aplica su propio programa OSHA, ha orientado sus disposiciones sobre concesión de prestaciones sociales, formación y programas de cumplimiento a las necesidades de salud y seguridad de los trabajadores de dicho sector en ese estado.

El estado de Washington, con una amplia base económica agrícola, aplica normas sobre seguridad agrícola más restrictivas que los mínimos nacionales y ha traducido al español la información de seguridad para atender a las necesidades de los trabajadores agrícolas de habla española.

Además de preparar programas para hacer frente a sus necesidades específicas, los estados pueden elaborar programas y adoptar disposiciones que no cuenten con suficiente apoyo a escala federal. California, Utah, Vermont y Washington han establecido restricciones a la exposición al humo de tabaco en el medio ambiente del lugar de trabajo; en los estados de Washington y Oregon se exige a las empresas elaborar planes específicos de prevención de lesiones y enfermedades en cada lugar de trabajo; las normas de Utah en materia de perforación petrolífera y de gas y de fabricación de explosivos son superiores a las normas OSHA de ámbito federal.

Los programas estatales pueden incluir actividades de asistencia gratuita a las empresas que deseen detectar y corregir los peligros del lugar de trabajo. Las consultas correspondientes, que se realizan exclusivamente a solicitud de las empresas, se mantienen al margen de los programas de verificación del cumplimiento.

Recursos

En 1993, los programas gestionados por los estados contaban con 1.170 trabajadores encargados de la verificación del cumplimiento, según la Occupational Safety and Health State Plan Association. Además, había 300 consultores de salud y seguridad y casi 60 coordinadores de educación y formación. La mayoría de estos programas son gestionados por los departamentos estatales de trabajo.

Mine Safety and Health Administration (MSHA)

Objetivos y organización

La Mine Safety and Health Administration (MSHA) elabora y aplica normas dirigidas a la reducción de lesiones, enfermedades y fallecimientos en las minas y en las actividades de procesamiento de minerales, con independencia del tamaño y el número de trabajadores de la explotación y de los métodos de extracción.

Además de los programas de verificación del cumplimiento, la Ley de Salud y Seguridad en la Minería exige a este organismo la elaboración de disposiciones sobre formación en salud y seguridad para los mineros, la mejora y reforzamiento de las normas de salud y seguridad en la minería, y el fomento de la participación de los mineros y de sus representantes en las actividades de

seguridad. La MSHA colabora también con las explotaciones mineras en la resolución de problemas de salud y seguridad mediante programas de educación y formación y a través del desarrollo de controles de ingeniería para reducir las lesiones.

Al igual que la OSHA, la MSHA está dirigida por un Secretario Adjunto de Trabajo. Las actividades de salud y seguridad en el trabajo de la minería del carbón se gestionan en diez oficinas de distrito de las regiones de la minería de carbón, y las de la minería del metal y la no metálica, en seis oficinas de distrito de las áreas mineras del país.

Hay varias oficinas que ayudan a gestionar las tareas de este organismo en la sede de Arlington, Virginia. Entre ellas se encuentran la Office of Standards, Regulations and Variances; la Office of Assessments; el Technical Support Directorate y la Office of Program Policy. Además, la Educational Policy and Development Office supervisa el programa de formación de este organismo en la National Mine Health and Safety Academy en Beckley, Virginia Occidental, que es la mayor institución del mundo exclusivamente dedicada a la formación en salud y seguridad en la minería.

Programa y servicios

Las muertes y lesiones en la minería se han reducido notablemente en los últimos cien años. Entre 1880 y 1910 fallecieron miles de mineros del carbón, registrándose 3.242 muertes tan sólo en el año 1907. Había asimismo un elevado número de fallecimientos en otros tipos de minas. En la actualidad, la media de muertes en la minería se ha reducido hasta menos de 100 anuales.

La MSHA vigila el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de minas que exigen a las empresas la disponibilidad de un plan de formación aprobado sobre salud y seguridad en el que se prevean 40 horas de formación básica para nuevos trabajadores subterráneos, 24 horas para los de superficie y 8 horas anuales de actualización para todos los mineros, así como la formación en tareas relacionadas con la seguridad para los asignados a nuevos puestos. La National Mine Health and Safety Academy ofrece una amplia variedad de cursos de salud y seguridad. La MSHA ofrece programas especiales de formación para directivos y trabajadores de pequeñas explotaciones mineras, y sus materiales de formación, incluidas cintas de vídeo, películas, publicaciones y materiales técnicos, están disponibles en la Academia y en varias oficinas.

Recursos

En 1995, la MSHA tenía un presupuesto de unos 200 millones de dólares y contaba con unos 2.500 trabajadores. Con estos recursos, debía velar por la salud y la seguridad de unos 113.000 mineros del carbón y 197.000 mineros de la minería del metal y la no metálica.

El National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)

Objetivos y organización

El National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) es el organismo federal encargado de realizar las investigaciones sobre lesiones y enfermedades del trabajo y de transmitir a la OSHA propuestas de normas. Financia programas educativos para profesionales de la salud y la seguridad en el trabajo a través de los Educational Resource Centres (ERC), y asimismo proyectos de formación en universidades de la totalidad de Estados Unidos. En virtud de la Ley Federal de Salud y Seguridad en la Minería de 1977, el NIOSH realiza también investigaciones y evaluaciones de riesgos para la salud, y presenta

propuestas de normas sobre salud en la minería a la Mine Safety and Health Administration.

El director del NIOSH depende del director de los Centers for Disease Control and Prevention del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La sede del NIOSH está en Washington, DC, y cuenta con oficinas administrativas en Atlanta, Georgia, y laboratorios en Cincinnati, Ohio, y Morgantown, Virginia Occidental.

Programa y servicios

El NIOSH realiza tanto investigaciones de campo como de laboratorio. Los programas de vigilancia detectan las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo ocurridas y recopilan datos objetivos sobre varias de ellas, tales como los niveles altos de plomo en la sangre de los adultos o las lesiones de los trabajadores adolescentes. El NIOSH también compila los datos reunidos por los estados y por otros organismos federales para propiciar la obtención de una imagen de ámbito nacional de los efectos de los peligros profesionales.

Las investigaciones de campo se realizan en los lugares de trabajo de todo el país. A través de ellas se pueden detectar peligros, evaluar los grados de exposición y determinar la eficacia de las medidas preventivas. El Instituto tiene reconocido, a este efecto el derecho a entrar en los lugares de trabajo. Las investigaciones de campo realizadas se plasman en artículos científicos, así como en recomendaciones para la prevención de peligros en determinados lugares de trabajo.

En colaboración con los departamentos de salud estatales, el NIOSH investiga los fallecimientos en el trabajo por causas específicas, tales como electrocución, caídas, incidentes con máquinas y accidentes por entrada en espacios confinados. Dispone además de un programa especial para ayudar a las pequeñas empresas mediante el desarrollo de tecnologías baratas y eficaces de control de exposiciones peligrosas en origen.

El NIOSH realiza asimismo investigaciones de laboratorio para estudiar los peligros del lugar de trabajo en situaciones controladas. Estos estudios le permiten determinar las causas y mecanismos de las enfermedades y lesiones del trabajo, desarrollar herramientas para la medición y control de las exposiciones, y evaluar tecnologías de control y equipos de protección personal.

En torno al 17 % del presupuesto del NIOSH está dedicado a financiar actividades de servicios, muchas de ellas también basadas en la investigación, tales como el programa de evaluación de riesgos para la salud. El organismo realiza centenares de evaluaciones anuales de riesgos para la salud a solicitud de las empresas, los trabajadores o los organismos federales o estatales. Una vez evaluado el lugar de trabajo, facilita a los trabajadores y empresas recomendaciones para reducir las exposiciones.

El NIOSH también responde a solicitudes telefónicas de información sobre salud y seguridad a través de un teléfono gratuito, por el cual se puede solicitar también una evaluación de riesgos o conseguir alguna publicación. La Home Page del NIOSH en la World Wide Web es otra buena fuente de información.

El NIOSH tiene varias bases de datos, como NIOSHTIC, una base bibliográfica en materia de salud y seguridad en el trabajo, y el Registry of Toxic Effects of Chemical Substances (RTECS), un compendio de datos toxicológicos extraídos de la literatura científica que da cumplimiento a su mandato de "clasificar todas las sustancias tóxicas conocidas y las concentraciones a las que se sabe que se produce la toxicidad".

El NIOSH también realiza pruebas con respiradores y certifica que se ajustan a las normas nacionales establecidas,

ayudando así a las empresas y trabajadores a elegir el modelo más adecuado para determinados medio ambientes peligrosos.

El NIOSH financia programas de formación para médicos de empresa, profesionales de enfermería en el trabajo, higienistas industriales y profesionales de la seguridad en universidades de todo el país, así como programas para introducir la salud y la seguridad en las escuelas de negocios, de economía y de formación profesional. Estos programas, que pueden ser tanto interdisciplinarios como unidisciplinarios, han supuesto una contribución significativa al desarrollo de la salud en el trabajo como disciplina y a la cobertura de la necesidad de profesionales cualificados en el campo de la salud y la seguridad.

Recursos

En 1993, el NIOSH tenía unos 900 trabajadores y un presupuesto de 133 millones de dólares. Es el único organismo federal con competencias legalmente reconocidas en materia de formación profesional e investigación sobre la salud y seguridad en el trabajo.

El futuro de los programas de salud y seguridad en el trabajo

El futuro de estos programas federales en EE.UU. es bastante incierto, dado el ambiente desregulador del decenio de 1990. El Congreso sigue elaborando importantes propuestas que, de ser aprobadas, transformarían radicalmente el funcionamiento de estos programas.

Una de estas propuestas exige a los organismos reguladores que se centren más en la educación y la consulta y menos en la elaboración de normas y la verificación de su cumplimiento; otra impone la realización de complejos análisis de coste/beneficio como requisito previo a la elaboración de normas; el NIOSH se enfrenta a la amenaza de supresión o de fusión con la OSHA, y todos estos organismos se han convertido en puntos de mira de la reducción de costes.

Si llegaran a ser aprobadas, estas propuestas reducirían en gran medida el papel de la administración federal en la realización de investigaciones y en la elaboración y la verificación del cumplimiento de normas sobre salud y seguridad en el trabajo uniformes para Estados Unidos.

● **SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN LAS EMPRESAS DE ESTADOS UNIDOS: SERVICIOS PRESTADOS INTERNAMENTE**

William B. Bunn y Robert J. McCunney

Los programas de medicina del trabajo varían tanto en su contenido como en su estructura. Existe la convicción generalizada de que sólo se dan programas de este tipo en las grandes empresas y de que son lo suficientemente amplios para evaluar todos los posibles efectos negativos para la totalidad de los trabajadores. Sin embargo, los programas puestos en práctica en los distintos sectores de actividad se caracterizan por su ámbito muy variado. Algunos ofrecen tan sólo exploraciones selectivas previas a la colocación, mientras que otros ofrecen vigilancia médica total, servicios de promoción de la salud y otros servicios especiales. Además, su estructura es variada, como también lo son los miembros de los equipos de salud y seguridad. Algunos programas cuentan con un médico externo contratado para la prestación de los servicios médicos, en tanto que otros disponen de un servicio interno de salud, con médicos y personal de enfermería

respaldado por una plantilla de epidemiólogos, ingenieros, toxicólogos e higienistas del trabajo. Las obligaciones y responsabilidades de estos miembros del equipo de salud y seguridad varían dependiendo del sector de actividad y del riesgo existente.

Motivos para adoptar programas de medicina del trabajo

El control médico de los trabajadores surge de múltiples factores. En primer lugar, la preocupación por la salud y seguridad en general del trabajador. En segundo lugar, el beneficio económico derivado de las actividades de vigilancia a través del aumento de la productividad del trabajador y la reducción de los costes de la asistencia médica. En tercer lugar, el cumplimiento de lo previsto en la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo (Occupational Safety and Health Act, OSHA), de las exigencias de la igualdad de oportunidades de empleo (equal employment opportunity, EEO), de lo establecido en la Ley de norteamericanos con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y otras normas legales de carácter imperativo. Por último, la amenaza de las reclamaciones judiciales en el orden civil y penal si no se establecen los correspondientes programas o éstos no son adecuados (McCunney 1995; Bunn 1985).

Tipos de servicios y programas de salud en el trabajo

Los servicios de salud en el trabajo se establecen previa evaluación de las necesidades. Entre los factores que determinan qué tipo de servicio deberá utilizarse figuran los riesgos potenciales de las actividades normales, las variables demográficas de la plantilla y el interés de la dirección por la salud en el trabajo. También influyen el tipo de industria, los riesgos físicos, químicos o biológicos existentes y los métodos empleados para evitar la exposición, así como las normas, normas y reglamentos fijados por el sector público y por el privado.

Entre las tareas más importantes de los servicios generales de salud se encuentran las siguientes:

- evaluación de la capacidad de los trabajadores para realizar las tareas asignadas de forma segura (evaluaciones previas a la colocación);
- detección de síntomas y señales precoces de efectos para la salud relacionados con el trabajo e intervención adecuada (las exploraciones médicas de vigilancia pueden poner de manifiesto estos signos);
- ofrecimiento de tratamiento y rehabilitación para las lesiones y enfermedades del trabajo y los trastornos no profesionales que afecten al rendimiento en el trabajo (lesiones relacionadas con el trabajo);
- promoción y mantenimiento de la salud de los trabajadores (bienestar);
- evaluación de la capacidad de la persona para trabajar a la vista de un trastorno médico crónico (en este caso es necesaria una exploración médica independiente);
- supervisión de las políticas y programas relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo.

Ubicación de las instalaciones de los servicios de salud

Instalaciones in situ

La prestación de servicios de salud en el trabajo se realiza cada vez más a través de centros médicos locales y mediante la subcontratación. Sin embargo, el enfoque tradicional era el de los servicios in situ constituidos por las propias empresas. En los centros con un número sustancial de trabajadores o con determinados riesgos para la salud, los servicios in situ resultan eficaces en

términos de coste y prestan servicios de alta calidad. Su ámbito varía considerablemente, oscilando entre el apoyo de enfermería a tiempo parcial y las instalaciones médicas con plena dotación de personal y médicos a tiempo completo.

La necesidad de servicios in situ suele venir determinada por la naturaleza de las actividades de la empresa y por los riesgos para la salud en el lugar de trabajo. Por ejemplo, una empresa que utilice benceno como materia prima o como ingrediente de sus procesos de fabricación necesitará probablemente un programa de vigilancia médica. Además, es posible que otras muchas sustancias químicas manipuladas o producidas en la misma fábrica sean tóxicas. En estas situaciones, puede resultar económicamente viable y médicamente recomendable prestar servicios médicos in situ. Algunos de estos servicios ofrecen apoyo de enfermería en el trabajo durante las horas de trabajo diurno y en ocasiones también durante el segundo y tercer turno o en fin de semana.

Los servicios in situ deben prestarse en zonas de la fábrica compatibles con el ejercicio de la medicina. Las instalaciones deben estar situadas en un lugar céntrico, para que resulten accesibles a todos los trabajadores. Han de tenerse en cuenta las necesidades de calefacción y acondicionamiento de aire, para hacer posible la utilización más económica de las instalaciones. Como regla práctica se fija a los servicios médicos internos un espacio equivalente a 0,09 m² cuando hay hasta 1.000 trabajadores, con un mínimo de 27 m². Los especialistas han descrito los costes del espacio y varios aspectos importantes de diseño (McCunney 1995; Felton 1976).

En algunas instalaciones de fabricación ubicadas en zonas rurales o remotas pueden prestarse eficazmente los servicios mediante una furgoneta móvil. En caso de que se disponga de este tipo de elemento, han de tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Debe prestarse asistencia a las empresas cuyos servicios médicos internos no estén plenamente equipados para hacer frente a los programas de vigilancia médica que requieran la utilización de equipos especiales, tales como audiómetros, espirómetros o aparatos de rayos X.
- Deben aplicarse programas de vigilancia médica en las zonas geográficas remotas, especialmente para garantizar la uniformidad de los datos recogidos con fines epidemiológicos. Por ejemplo, para mejorar la precisión científica de un estudio de los trastornos pulmonares del trabajo debería utilizarse un espirómetro similar y la preparación de las placas torácicas habría de ajustarse a normas internacionales adecuadas, tales como los de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Deben coordinarse los datos de diferentes centros para su incorporación a un programa informático.

Las empresas que dependan de una furgoneta móvil seguirán necesitando, en todo caso, un médico que realice exploraciones previas a la colocación y garantice la calidad de los servicios prestados por la empresa que gestione la furgoneta.

Servicios más habitualmente prestados en las instalaciones internas

La evaluación in situ es imprescindible para determinar el tipo de servicios de salud adecuados para una determinada instalación. Los servicios más habituales prestados en los centros de salud en el trabajo son las evaluaciones previas a la colocación, la evaluación de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y las exploraciones médicas de vigilancia.

Evaluaciones previas a la colocación

La exploración previa a la colocación se realiza cuando el sujeto recibe una oferta condicional de empleo. La ADA utiliza el término *previa al empleo* para poner de manifiesto que la contratación de la persona en cuestión dependerá de que supere la exploración médica.

La exploración previa a la colocación debe realizarse con atención a las obligaciones del puesto, incluidas las exigencias físicas y cognitivas (por sensibilidad a la seguridad) y la exposición potencial a materiales peligrosos. El contenido de la exploración depende de la evaluación del lugar de trabajo y del puesto. Por ejemplo, un puesto que requiera el uso de un equipo de protección personal, tal como un respirador, suele incluir un estudio pulmonar (prueba de respiración). Las personas que participan en las actividades del Departamento de Transportes (Department of Transportation, DOT) de EE.UU. suelen requerir pruebas de orina para la detección de drogas. Para evitar errores tanto en el contenido como en el contexto de la exploración, es recomendable desarrollar protocolos estandarizados convenidos entre la empresa y el médico examinador.

Tras la exploración, el médico emite un *dictamen escrito* sobre la adecuación de la persona a la realización del trabajo sin riesgo para su salud o la de terceros. *En circunstancias normales, este dictamen no puede contener datos médicos, sino tan sólo expresar la adecuación o no para la tarea.* En ocasiones se emplea un impreso estandarizado que se incluye a continuación en el expediente del trabajador. Los registros médicos especiales, no obstante, quedan en las instalaciones sanitarias, a cargo del médico o la enfermera.

Lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo

Una asistencia médica rápida y de calidad es esencial en caso de lesión relacionada con el trabajo o de enfermedad profesional. Es el servicio médico, o el médico contratado, el que debe tratar al trabajador. El servicio médico de la empresa desempeña un importante papel en la gestión de los costes por indemnización de los trabajadores, especialmente mediante la realización de las evaluaciones de reincorporación al trabajo tras la baja por enfermedad o lesión. Una de las principales funciones del profesional médico es la coordinación de los servicios de rehabilitación para los trabajadores en baja con el fin de asegurar una reincorporación sin problemas. Los programas de rehabilitación más eficaces previenen la modificación de las asignaciones de tareas o el ofrecimiento de alternativas.

Una tarea importante del asesor médico de la empresa es determinar la relación existente entre la exposición a agentes peligrosos y la enfermedad, lesión o discapacidad. En algunos estados, el empleado puede elegir su propio médico, mientras que en otros la empresa impone o al menos sugiere la evaluación por un determinado médico o centro de asistencia sanitaria. La empresa suele tener la facultad de determinar qué médico realizará otra exploración para aportar una "segunda opinión", especialmente en caso de recuperación prolongada o de trastorno médico grave.

La enfermera o el médico asesoran a la dirección acerca de la declaración de las lesiones y enfermedades del trabajo con arreglo a las exigencias de la OSHA y deben conocer las directrices de ésta y de la Bureau of Labor Statistics (BLS). La dirección debe asegurarse de que el prestador de la asistencia sanitaria conoce a fondo estas directrices.

Exploraciones médicas de vigilancia

Algunas normas de la OSHA requieren la realización de exploraciones médicas de vigilancia respecto a la exposición a algunas sustancias (amianto, plomo, etc.) y se recomiendan como buena práctica médica en relación con otras como los disolventes,

metales y polvos como el de sílice. Las empresas deben realizar estas exploraciones, siempre que lo exijan las normas de la OSHA, sin cargo para el trabajador. Este podrá negarse a ellas, si bien la empresa podrá imponerlas como condición previa para la contratación.

El objetivo de la vigilancia médica es evitar las enfermedades relacionadas con el trabajo mediante la detección precoz de los problemas, evidenciados, por ejemplo, por unos resultados anormales de laboratorio quizás asociados a fases precoces de la enfermedad. En este caso se reevalúa al trabajador a intervalos periódicos. El seguimiento sistemático de las anomalías detectadas durante las exploraciones médicas de vigilancia es esencial. Aunque la dirección debe ser informada de cualquier trastorno médico relacionado con el trabajo, las enfermedades que no hayan surgido en el lugar de trabajo deben mantenerse de forma confidencial y ser tratadas por el médico de familia. En todo caso, la empresa debe ser informada de los resultados (McCunney 1995; Bunn 1985, 1995; Felton 1976).

Consultas de la dirección

Aunque el médico y la enfermera de salud en el trabajo son fácilmente reconocidos por sus cualificaciones para el ejercicio médico directo, también pueden prestar asesoramiento médico de interés a cualquier empresa. Los profesionales de la salud pueden desarrollar procedimientos y prácticas para programas médicos, incluida la promoción de la salud, la detección del abuso de drogas y la formación al respecto y el mantenimiento de registros médicos.

En las instalaciones que disponen de un programa médico interno es necesaria una política de la dirección sobre tratamiento de residuos médicos y actividades conexas, con arreglo a la norma de la OSHA sobre agentes patógenos en la sangre. La formación sobre determinadas normas de la OSHA, como la referente a la comunicación de peligros o la relativa al acceso a los registros médicos y de exposición, y las exigencias de mantenimiento de los registros de este organismo son esenciales en un programa bien gestionado.

En todas las instalaciones en las que exista un riesgo superior de catástrofe natural o en las que se procesen, utilicen o fabriquen materiales potencialmente peligrosos deben desarrollarse procedimientos de gestión de las urgencias, con arreglo a la Superfund Act Reauthorization Amendment (SARA). Los principios de gestión de las urgencias médicas y de las catástrofes deben, con la asistencia del médico de la empresa, incorporarse a cualquier plan de urgencia del centro de trabajo. Puesto que los procedimientos diferirán en función del peligro, el médico y la enfermera deberán estar preparados para hacerse cargo tanto de los peligros físicos, tales como los que se producen en un accidente radiactivo, como de los químicos.

Promoción de la salud

Los programas de promoción de la salud y del bienestar dirigidas a la educación de las personas sobre los efectos adversos de ciertas formas de vida (tales como el consumo de cigarrillos, la mala dieta y la falta de ejercicio físico) son cada vez más comunes. Aunque no son esenciales para el programa de salud en el trabajo, pueden ser valiosos para los empleados.

La incorporación de los planes de promoción de la salud y del bienestar al programa médico es recomendable siempre que sea posible. El objetivo de este tipo de programas es configurar una plantilla productiva y consciente de su salud. Las medidas de promoción de la salud pueden permitir reducir los costes de la asistencia sanitaria

Programas de detección de abuso de sustancias.

En los últimos años, especialmente desde la aprobación de la Resolución sobre pruebas para la detección del consumo de drogas (1988) por el Departamento de Transportes (DOT) de EE.UU., muchas empresas han desarrollado programas de ese tipo. En la industria química, entre otras de fabricación, el tipo más común de prueba de orina es el que se realiza en la evaluación previa a la colocación. La Resolución del DOT aplicable al transporte interestatal por camión, a las actividades de transporte de gases (oleoductos) y a los sectores ferroviario, de guardacostas y de aviación es considerablemente más rigurosa e incluye la realización de pruebas periódicas "con causa", es decir, en los casos en que hay sospecha de abuso de drogas. Los médicos participan en estos programas mediante la revisión de los resultados para excluir otros factores en los casos en positivos. Deben garantizar además la integridad del proceso y confirmar cualquier prueba positiva con el trabajador antes de revelar los resultados a la dirección. Son esenciales un programa de asistencia al empleado y una política uniforme de la empresa.

Registros médicos

Los registros médicos son documentos confidenciales que el médico o la enfermera del trabajo deben mantener de forma que se proteja esa confidencialidad. Algunos, tales como la carta en la que se indique que la persona es apta para el uso de un respirador, deben mantenerse in situ en previsión de una auditoría reglamentaria. En cambio, deben examinarse los resultados de pruebas médicas específicas. El acceso a estos registros debe estar limitado al profesional de la salud, el trabajador y otras personas designadas por éste. En algunos casos, tales como el de interposición de una reclamación de indemnización de un trabajador, se renuncia a la confidencialidad. La norma de la OSHA sobre acceso a los registros de exposición y a los registros médicos (20 CFR 1910.120) exige que se informe anualmente a los trabajadores de su derecho a acceder a sus registros médicos y de la localización de éstos.

La confidencialidad de los registros médicos debe preservarse con arreglo a las directrices legales, éticas y reglamentarias. Los trabajadores deben ser informados cuando la dirección vaya a revelar información médica. Lo ideal sería que se les pidiera que firmasen un impreso médico en el que autoricen la revelación de determinados datos médicos, incluidas las pruebas de laboratorio o los materiales de diagnóstico.

El primer punto del *Código de Ética* del American College of Occupational and Environmental Medicine establece que "los médicos deben dar la máxima prioridad a la salud y la seguridad de las personas tanto en el lugar de trabajo como en el medio ambiente". En la práctica de la medicina del trabajo, tanto la empresa como el trabajador se benefician si los médicos actúan de modo imparcial y objetivo, aplicando principios médicos, científicos y humanitarios sólidos.

Programas internacionales

En la medicina internacional del trabajo y del medio ambiente, los médicos que trabajan en el sector privado en EE.UU. no sólo tienen las responsabilidades tradicionales propias de su cargo, sino también importantes tareas de gestión clínica. La responsabilidad del departamento médico incluye la asistencia clínica a los trabajadores y normalmente también a su cónyuge e hijos. En ocasiones, se incluyen asimismo los trabajadores del servicio doméstico, el conjunto de la familia y la comunidad. Además, el médico del trabajo debe ocuparse de los programas relativos a los peligros y riesgos del lugar de trabajo. Los programas de vigilancia médica, así como las exploraciones previas a la colocación y las periódicas, son en este curso elementos cruciales.

Otra responsabilidad importante es el diseño de programas adecuados de prevención y promoción de la salud. En el ámbito internacional, estos programas incluyen cuestiones adicionales a las de la forma de vida habitualmente consideradas en Estados Unidos o en Europa Occidental. Las enfermedades infecciosas requieren un enfoque sistemático de la vacunación y la quimio-profilaxis necesarias. Los programas educativos de prevención deben prestar atención a los agentes patógenos transmitidos por los alimentos, el agua y la sangre y a la higiene en general. Los programas de prevención de accidentes deben contemplarse a la luz del alto riesgo de fallecimientos relacionados con el tráfico en muchos países en vías de desarrollo. Las cuestiones especiales, tales como la evacuación y la asistencia de urgencia, deben analizarse detalladamente y ser objeto de programas adecuados. La exposición medioambiental a los peligros químicos, biológicos y físicos suele ser mayor en los países en vías de desarrollo. Los programas de prevención medioambiental se basan en planes de educación divididos en varias etapas caracterizadas por las correspondientes pruebas biológicas. Los programas clínicos a desarrollar internacionalmente pueden incluir la gestión de la asistencia hospitalaria, ambulatoria, de urgencia e intensiva a los expatriados y a los trabajadores nacionales.

Un aspecto complementario de los médicos internacionales del trabajo es el relativo a los viajes. La seguridad de los residentes extranjeros y de los viajeros requiere conocimientos especiales sobre las vacunaciones adecuadas y otras medidas preventivas a escala mundial. Además de las vacunaciones recomendadas, es imprescindible conocer los requisitos médicos para la obtención de los visados. Muchos países exigen la realización de pruebas serológicas o de radiografías torácicas, y algunos tienen en cuenta una determinada enfermedad al decidir sobre la concesión de un visado de trabajo o de residencia.

Los servicios de asistencia a trabajadores y los de la armada y la aviación suelen incluirse también entre las responsabilidades de los médicos internacionales del trabajo. La planificación de los servicios de urgencia y la administración de medicinas adecuadas y de formación sobre su uso son retos importantes para buques y aeronaves. El apoyo psicológico tanto a los expatriados como a los trabajadores nacionales suele ser conveniente y, en ocasiones, necesario. Los programas de asistencia a los trabajadores pueden extenderse a los expatriados, prestando especial apoyo a los familiares. Los programas sobre las drogas y el alcohol deben contemplarse en el contexto social del país en cuestión (Bunn 1995).

Conclusión

En conclusión, el ámbito y la organización de los programas de salud en el trabajo de las empresas pueden variar ampliamente. No obstante, si se analizan y aplican adecuadamente, estos programas resultan eficaces en términos de coste, protegen a la empresa frente a posibles responsabilidades jurídicas y promueven la salud profesional y general de la plantilla.

● SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO MEDIANTE CONTRATO EN ESTADOS UNIDOS

Penny Higgins

Contexto

En Estados Unidos, las empresas han prestado desde hace mucho tiempo asistencia médica a sus trabajadores lesionados a través de agentes privados, ya sean médicos, centros hospitalarios,

instalaciones de asistencia inmediata o servicios hospitalarios de urgencias. Esta asistencia ha sido, en su mayor parte, de carácter puntual y escasamente coordinada, pues sólo las mayores empresas podían disponer de servicios internos de salud en el trabajo.

Una reciente encuesta sobre 22.457 empresas con menos de 5.000 trabajadores de un área suburbana de Chicago mostró que el 93 % tenían menos de 250 trabajadores. De este grupo, un 52 % utilizaban un prestador específico para las lesiones del trabajo, un 24 % no utilizaban un prestador específico y otro 24 % permitían al trabajador elegir su propio prestador. Sólo el 1 % contaban con un director médico. Estas empresas representaban el 99 % de todas las del área estudiada y más de 524.000 trabajadores (National Health Systems 1992).

Desde la aprobación de la ley de creación de la Occupational Safety and Health Administration, en 1970, y los correspondientes cambios en la financiación de la asistencia sanitaria, los planteamientos y las prioridades han cambiado. Los costes del seguro de indemnización a los trabajadores y de la asistencia sanitaria colectiva aumentaron entre un 14 % y un 26 % anual entre 1988 y 1991 (BNA 1991). En 1990, los costes de asistencia sanitaria representaban el mayor componente de los 53.000 millones de dólares gastados en EE.UU. por prestaciones de indemnización a los trabajadores, y se espera que en 1995 las prestaciones médicas alcancen el 50 % de un importe total de 100.000 millones de dólares de costes de indemnización a los trabajadores (Resnick 1992).

Los costes por primas varían entre los distintos estados debido a las diferentes reglamentaciones de indemnización a los trabajadores. La *Kiplinger Washington Letter* de 9 de septiembre de 1994 declaraba que "en Montana, los contratistas pagan una media de 35,29 dólares de seguro de indemnización por cada 100 dólares de nómina; en Florida, 21,99; en Illinois, 19,48. La misma cobertura cuesta 5,55 dólares en Indiana y 9,55 en Carolina del Sur". Al evolucionar la necesidad de indemnizar económicamente la asistencia a los trabajadores, las empresas demandan mayor ayuda por parte de sus prestadores de asistencia sanitaria.

En esencia, esta asistencia médica es prestada por centros médicos independientes. Las empresas pueden contratar la asistencia, desarrollar una relación con un prestador o recurrir a la asistencia cuando se necesite. La mayor parte de la asistencia se presta según el modelo de pago por servicio, surgiendo en la segunda mitad del decenio de 1990 los sistemas de capitación (reparto) y de contratación directa.

Tipos de servicios

Las empresas exigen universalmente que los servicios de salud en el trabajo incluyan el tratamiento de lesiones y enfermedades agudas tales como esguinces, torceduras, lesiones oculares y de espalda y laceraciones, las cuales constituyen la mayoría de los casos agudos presentes en los programas de salud en el trabajo.

A menudo, las exploraciones se solicitan con carácter previo a la colocación o tras una oferta de trabajo, con el fin de determinar la capacidad de los trabajadores potenciales para realizar la tarea requerida sin perjuicio para sí o para terceros. Estas exploraciones deben evaluarse con arreglo a la normativa contenida en la Ley de norteamericanos con discapacidades, que prohíbe la discriminación en la contratación por una discapacidad que no impida a la persona realizar las funciones esenciales del puesto. La empresa está obligada, además, a realizar una "acomodación razonable" del trabajador discapacitado (EEOC y Department of Justice 1991).

Aunque la ley sólo lo exige para determinadas clases de trabajos, las pruebas para detectar el consumo de drogas o alcohol son habituales en el 98 % de las 200 empresas de

Fortune. Implican la realización de análisis de orina, y de sangre y la práctica de pruebas de función pulmonar para determinar los niveles de drogas ilegales o de alcohol (BNA 1994).

Además, una empresa puede necesitar servicios especiales, tales como las pruebas médicas de vigilancia exigidas por la OSHA, por ejemplo, exploraciones de aptitud para el uso del respirador, basadas en la capacidad del trabajador para llevar un respirador con seguridad; exploraciones en relación con el amianto y otras pruebas de exposición química, destinadas a evaluar el estado de salud de la persona ante posibles exposiciones y efectos a largo plazo de un determinado agente sobre su salud global.

Con el fin de valorar el estado de salud de los trabajadores clave, algunas empresas contratan la realización de exploraciones físicas a sus directivos, las cuales suelen ser de carácter preventivo y permiten una evaluación integral de la salud, para lo cual se llevan a cabo pruebas de laboratorio, radiografías, determinaciones de presión arterial, exploraciones selectivas para el cáncer y actividades de asesoramiento sobre formas de vida. La frecuencia de estas exploraciones suele basarse en la edad, más que en el tipo de trabajo.

Los municipios suelen contratar exploraciones periódicas de la capacidad física para el trabajo con el fin de evaluar el estado de salud de los funcionarios de policía y de bomberos, a quienes se suele someter a pruebas para medir su capacidad física para soportar situaciones físicamente estresantes y determinar si se han producido exposiciones en el lugar de trabajo.

Las empresas contratan también servicios de rehabilitación, incluidos los de fisioterapia, evaluación ergonómica del lugar de trabajo y terapia ocupacional.

Más recientemente, como prestación a los trabajadores y en un intento de reducir los costes de la asistencia sanitaria, las empresas han empezado a contratar programas de bienestar. Estos programas educativos y exploraciones selectivas basados en la prevención tratan de evaluar la salud a fin de poder ofrecer medidas adecuadas para modificar las formas de vida que contribuyan a generar enfermedades, tales como las exploraciones de colesterol, las evaluaciones de riesgo sanitario, los programas de abandono del tabaco, los de control del estrés y la educación nutricional.

Hay programas en todas las áreas de la asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los trabajadores. Entre ellos destacan los de asistencia a los trabajadores (Employee Assistance Programs, EAP), recientemente desarrollados para prestar servicios de asesoramiento y de reconducción a los trabajadores afectados por el abuso de sustancias o por problemas afectivos, familiares o económicos, en los casos en que la empresa ha llegado a la conclusión de que afectan a su capacidad de trabajo.

Otro servicio novedoso en el campo de la salud en el trabajo es el de gestión de casos. Normalmente prestado por enfermeras o por personal administrativo supervisado por éstas, ha reducido efectivamente los costes ofreciendo al mismo tiempo una asistencia adecuada y de calidad a los trabajadores afectados. Las compañías de seguros cubren desde hace tiempo los costes de la gestión de reclamaciones cuando el trabajador afectado ha estado ausente del trabajo un determinado período de tiempo o cuando se alcanza una determinada cantidad de dinero. La gestión de casos es un proceso más activo, que puede aplicarse desde el primer día de la lesión. Aquí, los gestores de casos dirigen al paciente al nivel adecuado de asistencia, tratan con el médico para determinar qué tipos de trabajos puede realizar aquél desde el punto de vista médico y colaboran con la empresa para conseguirle un trabajo que no agrave su lesión. El objetivo del gestor de casos trata así de reincorporar al trabajador con la mínima modificación de su trabajo y lo más rápidamente

posible, así como encontrar médicos de buena calidad cuya intervención favorezca en mayor medida al paciente.

Los prestadores

Los servicios pueden obtenerse de diversos prestadores con distintos grados de especialización. La consulta del médico privado puede administrar pruebas de detección de abuso de sustancias y realizar exploraciones previas a la colocación, así como el seguimiento de las lesiones graves. Suele ser necesario pedir cita dentro del horario establecido. Si el médico privado está capacitado, puede ofrecer también exploraciones a directivos o remitir a éstos a un hospital cercano para realizar las pruebas de laboratorio, radiografías y pruebas de estrés.

Los centros hospitalarios suelen ofrecer asistencia por lesiones agudas (incluido el seguimiento), pruebas de detección de abuso de sustancias y exploraciones previas a la colocación. Suelen disponer de rayos X y de laboratorio y a veces tienen médicos expertos en evaluación del lugar de trabajo. Sus horarios suelen estar también limitados a las horas de trabajo, de modo que las empresas con segundos y terceros turnos de trabajo quizá tengan que recurrir a un servicio de urgencias en las horas del final de la tarde y del fin de semana. Estos centros hospitalarios no suelen atender a pacientes privados y suelen ser considerados como "los médicos de la empresa", ya que suelen pactarse sistemas de facturación directa a la empresa o a la compañía aseguradora de ésta.

Los centros de asistencia inmediata son otra alternativa para la prestación de servicios de asistencia médica general sin necesidad de cita. Suelen estar equipados con rayos X y laboratorio y atendidas por médicos especializados en medicina de urgencias, medicina interna o asistencia familiar. El tipo de cliente varía desde los pacientes pediátricos hasta los adultos con dolor de garganta. Además de la asistencia por lesiones graves y el seguimiento menor de los trabajadores lesionados, pueden realizar pruebas de detección de abuso de sustancias y exploraciones físicas previas a la colocación. Los centros que se han especializado en medicina del trabajo suelen realizar exploraciones periódicas y exploraciones selectivas exigidas por la OSHA, y en ocasiones mantienen relaciones contractuales con prestadores adicionales de otros servicios que ellos no atienden por sí mismos.

El servicio de urgencias de los hospitales suele ser el lugar elegido para el tratamiento de las lesiones graves y no suele estar en condiciones de prestar otros tipos de servicios a efectos de la salud en el trabajo, pese a que los hospitales disponen de los recursos necesarios para cubrir la mayoría de los servicios necesarios excepto los correspondientes a los médicos especialistas en medicina del trabajo. De todas formas, el servicio de urgencias carece de capacidad en materia de gestión de la asistencia y de reincorporación al trabajo, hoy demandadas por el sector privado.

Programas hospitalarios

Los gestores hospitalarios han caído en la cuenta de que no sólo disponen de los recursos y la tecnología necesarios, sino que la indemnización a los trabajadores es uno de los últimos regímenes de "seguro" que paga tarifas por servicio, y que les ofrece la oportunidad de aumentar unos ingresos que se han visto afectados por los descuentos acordados con las compañías de seguro de asistencia gestionada, tales como las HMO y las PPO. Estas últimas compañías, así como los programas Medicare y Medicaid de financiación estatal y federal para la asistencia sanitaria general, han demandado estancias más cortas o han impuesto un sistema de pago basado en la "agrupación por diagnósticos" (diagnosis-related grouping, DRG). Tales mecanismos han obligado a los hospitales a reducir costes a través de la mejora de la

coordinación de la asistencia y la oferta de nuevos productos generadores de ingresos. Se ha llegado a temer incluso que los costes pasaran de la asistencia gestionada colectiva a la indemnización a los trabajadores, temores bien fundados en algunos casos en que los costes del tratamiento de una lesión de espalda por la vía de la indemnización al trabajador duplicaban o triplicaban los de los planes de asistencia colectiva. Un estudio del Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota realizado en 1990 mostró que los costes del tratamiento de los esguinces y torceduras era 1,95 veces superior y el de las lesiones de espalda 2,3 veces superior por la vía de la indemnización al trabajador que a través de los regímenes de seguro sanitario colectivo (Zaldman 1990).

Se han desarrollado varios modelos de prestación hospitalaria, como la consulta propia del hospital (en el propio recinto o fuera de él), el servicio de urgencias, el servicio de "asistencia rápida" (para urgencias no agudas) y los servicios de salud en el trabajo gestionados administrativamente. La American Hospital Association ha expuesto lo siguiente, según un estudio realizado por Ryan Associates and Occupational Health Research sobre 119 programas de salud en el trabajo de Estados Unidos (Newkirk 1993):

- el 25,2 % son servicios hospitalarios de urgencias;
- el 24,4 % son servicios hospitalarios no de urgencias;
- el 28,6 % son consultas hospitalarias;
- el 10,9 % son consultas independientes;
- el 10,9 % corresponde a otros tipos de programas.

Todos estos programas evalúan los costes por el sistema de tarifa por servicio y ofrecen diversos servicios, entre los que se incluyen, además del tratamiento de los trabajadores con lesiones agudas, exploraciones previas a la colocación, pruebas de detección de consumo de drogas y alcohol, rehabilitación, asesoramiento sobre el lugar de trabajo, vigilancias médicas exigidas por la OSHA, pruebas físicas para directivos y programas de bienestar. Además, algunos ofrecen programas de asistencia a los trabajadores, servicios de enfermería in situ, primeros auxilios y gestión de casos.

En la actualidad, lo más frecuente es que los programas de salud en el trabajo incluyan un modelo de enfermería de gestión de casos. Con este tipo de modelo, que incorpora una gestión médica integral, pueden reducirse en un 50 % los costes totales de indemnización a los trabajadores, lo que supone un importante incentivo para que la empresa utilice prestadores que ofrezcan este servicio (Tweed 1994). Estas reducciones de costes son el resultado de una atención rigurosa al objetivo de una rápida reincorporación al trabajo y a la consultoría sobre programas de trabajo modificado. Las enfermeras colaboran con los especialistas para ayudar a definir un trabajo médicamente aceptable que el trabajador lesionado pueda realizar sin riesgos ni restricciones.

En la mayoría de los estados, los trabajadores reciben dos terceras partes de su sueldo mientras perciben la indemnización temporal por incapacidad total. Al reincorporarse a un trabajo modificado, continúan prestando un servicio a sus empresas y manteniendo su autoestima gracias al trabajo. Los trabajadores que han estado ausentes del trabajo seis semanas o más no suelen reincorporarse a su trabajo completo, sino que suelen verse obligados a realizar tareas de menor cualificación y peor pagadas.

El objetivo último de los programas hospitalarios de salud en el trabajo es dar a los pacientes acceso al hospital para el tratamiento de lesiones del trabajo y permitirles que sigan acudiendo al hospital como su prestador primario de todos los servicios de asistencia sanitaria. A medida que se evoluciona en el país hacia

un sistema de asistencia sanitaria por capitación, el número de personas cubiertas por un hospital se convierte en la primera señal de éxito.

En este modelo de financiación de la asistencia sanitaria por capitación, los trabajadores pagan una tasa por cabeza a los prestadores por todos los servicios de asistencia sanitaria que puedan necesitar para sí o para las personas a su cargo. Si las personas cubiertas por un plan de este tipo se mantienen sanas, el prestador puede obtener beneficios. Si las personas cubiertas utilizan mucho los servicios, el prestador puede no reunir ingresos suficientes por primas para cubrir los costes de la asistencia, de modo que perderá dinero. Varios estados del país han adoptado el modelo de capitación en los seguros médicos y unos pocos están ensayando la cobertura de 24 horas para toda la asistencia sanitaria, incluidas las prestaciones médicas de indemnización a los trabajadores. En lo sucesivo, los hospitales no juzgarán el éxito por su censo de pacientes, sino por la relación entre las personas cubiertas y los costes.

Los programas hospitalarios integrales de salud en el trabajo están destinados a satisfacer la necesidad de programas integrales de alta calidad de medicina del trabajo para el colectivo profesional y empresarial. Su diseño se basa en la premisa de que, aunque la asistencia por lesiones y las exploraciones físicas previas a la colocación son importantes, no constituyen por sí solas un programa de medicina del trabajo. Un hospital que atienda a varias empresas puede permitirse disponer de un médico del trabajo que supervise los servicios médicos y, por tanto, puede abordar una vertiente más amplia de medicina del trabajo que incluya consultas toxicológicas, evaluaciones del lugar de trabajo y exploraciones exigidas por la OSHA para detectar contaminantes como el amianto o el plomo, así como equipos tales como respiradores, además de los servicios habituales de tratamiento de las lesiones del trabajo, las exploraciones físicas y la exploración selectiva para detectar el consumo de drogas. Los hospitales pueden disponer también de los recursos necesarios para dotarse de una base de datos informatizada y un sistema de gestión de casos.

Al ofrecer a la empresa un centro único de servicios plenos para atender las necesidades de asistencia sanitaria de sus trabajadores, el programa de salud en el trabajo puede garantizar en mayor medida la recepción, por parte de éstos, de una asistencia de calidad en las instalaciones más adecuadas, reduciendo al mismo tiempo los costes para la empresa. Los prestadores de servicios de salud en el trabajo pueden controlar las tendencias de una empresa o de un sector y formular recomendaciones para reducir los accidentes en el lugar de trabajo y mejorar la seguridad.

Los programas hospitalarios globales de salud en el trabajo permiten a las pequeñas empresas compartir los servicios de un departamento médico. Este tipo de programas ofrecen servicios de prevención y de bienestar, así como asistencia en casos agudos, y permiten centrarse en mayor medida en la promoción de la salud de los trabajadores y sus familias.

ACTIVIDADES SINDICALES EN ESTADOS UNIDOS

Lamont Byrd

En 1995, la Oficina de Estadísticas de Trabajo del Departamento de Trabajo de EE.UU. publicó un informe en el que se indicaba que 18,8 millones de trabajadores, esto es, un 16 % de la población activa del país, están afiliados a sindicatos o, sin estarlo, están cubiertos por un convenio sindical (US Department of

Tabla 16.4 • Distribución por sectores de la afiliación sindical de la población activa en los EE.UU. en 1994.

Profesión o sector	Trabajadores totales	Afiliados a sindicatos ¹		Representados por sindicatos ²	
		Trabajadores	Total (%)	Trabajadores	Total (%)
Trabajadores agrícolas a sueldo y salario	1.487	34	2,3	42	2,8
Trabajadores privados no agrícolas a sueldo y salario	88.163	9.620	10,9	10.612	12
Minería	652	102	15,7	111	17,1
Construcción	4.866	916	18,8	966	19,9
Fabricación	19.267	3.514	18,2	3.787	19,7
Bienes duraderos	11.285	2.153	19,1	2.327	20,6
Bienes perecederos	7.983	1.361	17	1.460	18,3
Transporte y servicios públicos	6.512	1.848	28,4	1.997	30,7
Transporte	3.925	1.090	27,8	1.152	29,3
Comunicaciones y servicios públicos	2.587	758	29,3	846	32,7
Comercio mayorista y minorista	22.319	1.379	6,2	1.524	6,8
Comercio mayorista	3.991	260	6,5	289	7,2
Comercio minorista	18.328	1.120	6,1	1.236	6,7
Finanzas, seguros e inmobiliarias	6.897	156	2,3	215	3,1
Servicios	27.649	1.704	6,2	2.012	7,3
Empleados públicos	18.339	7.094	38,7	8.195	44,7

¹ Datos relativos a afiliados a sindicatos o asociaciones similares de trabajadores. ² Datos relativos a asociados a sindicatos o asociaciones similares de trabajadores, así como a trabajadores que no indican afiliación pero cuyos puestos están cubiertos por un convenio sindical o de asociación de trabajadores.

Nota: Datos relativos al trabajo exclusivo o principal de trabajadores a tiempo completo o a tiempo parcial. No se incluyen los trabajadores autónomos cuyos negocios tienen forma societaria aunque técnicamente reúnan las características de los trabajadores a sueldo y salario. Los datos de 1994 no son directamente comparables con los de 1993 y años anteriores. Puede obtenerse más información en "Revisions in the current population survey effective January 1994", en el número de febrero de *Employment and Earning*

Labor 1995). La Tabla 16.4 parte de este informe para mostrar la población empleada sindicada por sectores. La mayoría de estos trabajadores están representados por la American Federation of Labour and Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO), que reúne a 86 sindicatos nacionales e internacionales (Statistical Abstract of the United States 1994). Los sindicatos suelen estar organizados en centrales nacionales o internacionales, oficinas regionales y de distrito y sindicatos locales.

Los sindicatos ofrecen servicios globales de salud y seguridad a los trabajadores afiliados. A través de los convenios colectivos y mediante la prestación de servicios técnicos y similares, atienden las necesidades e intereses de sus miembros.

En los ámbitos nacional e internacional, los cargos sindicales y los miembros del personal (profesionales de salud y seguridad, abogados, especialistas en lobbies, etc.) influyen sobre los dirigentes electos para la adopción de normas legales y reglamentarias de salud y seguridad que protejan a los trabajadores. Los representantes sindicales también desarrollan y negocian con las empresas convenios colectivos, que contienen estipulaciones de salud y seguridad jurídicamente vinculantes.

Los sindicatos garantizan a los trabajadores un medio ambiente de trabajo seguro y sano a través de los convenios colectivos. Lo ideal es que éstos ofrezcan también a los trabajadores un medio de resolver los problemas o controversias de salud y seguridad que puedan surgir en el lugar de trabajo.

Asistencia técnica

En las oficinas centrales, los sindicatos suelen contratar a higienistas industriales, ergonomistas, médicos del trabajo, ingenieros y otros profesionales de la salud y la seguridad para prestar asistencia técnica a los trabajadores mediante la investigación de reclamaciones, la realización de evaluaciones de salud y seguridad in situ y la interpretación y traducción de datos de control medioambiental, resultados médicos y otros datos técnicos a un lenguaje comprensible para el trabajador medio.

La investigación de las reclamaciones de salud y seguridad suele correr a cargo de consultores o de personal profesional de los sindicatos. Trabajando en colaboración con los representantes de los trabajadores designados pertenecientes al sindicato local afectado, estos profesionales resuelven cuestiones tales como la exposición del trabajador a peligros físicos o químicos, las lesiones y enfermedades musculoesqueléticas y el incumplimiento de reglamentaciones vigentes en materia de salud y seguridad.

Además, los sindicatos participan en la investigación de accidentes cuando los trabajadores afectados no están conformes con los resultados de la investigación realizada por la empresa.

Los representantes sindicales pueden utilizar la información obtenida durante estas investigaciones para resolver quejas en materia de salud y seguridad colaborando con la empresa en el proceso de negociación colectiva. Se sirven del procedimiento de reclamación o de las estipulaciones sobre salud y seguridad contenidas en el convenio para proteger a los trabajadores. También, pueden optar por recurrir a un organismo regulador federal o estatal si la empresa no cumple las normas legales o reglamentarias vigentes.

Los profesionales sindicales de la salud y la seguridad y los representantes sindicales designados en el lugar de trabajo (por ejemplo, miembros del comité local de salud y seguridad o delegados sindicales) realizan encuestas in situ para evaluar los peligros existentes en el medio ambiente de trabajo.

Durante las encuestas se evalúan los procesos de fabricación y demás actividades realizadas en el lugar de trabajo. Los registros de salud y seguridad (por ejemplo, los formularios OSHA 200, los partes de accidentes del Departamento de Transportes (DOT), los resultados del control medioambiental y los programas escritos) se revisan para determinar el cumplimiento de lo pactado en el convenio colectivo y en las normas y reglamentaciones públicas. Los resultados de las encuestas se documentan y cualquier problema se resuelve mediante la negociación colectiva o el recurso a un organismo regulador público.

Los propios trabajadores suelen solicitar información e informes técnicos o reglamentarios, tales como hojas de datos químicos, resultados del control medioambiental o biológico, y reglamentaciones federales o estatales de salud y seguridad. Debido al carácter técnico de estos datos, es posible que precisen ayuda para comprender el tema y su repercusión sobre su lugar de trabajo. El personal sindical de salud y seguridad puede brindarles esta asistencia de la forma más adecuada a sus necesidades.

Los sindicatos actúan también como centro de servicios para la asistencia médica especializada o para la ayuda a los trabajadores en los procedimientos de indemnización. A tal fin, suelen tener listas con los nombres y direcciones de médicos

independientes de prestigio a los que, en caso de necesidad, pueden remitir al trabajador.

Actividades legales y reglamentarias

La participación activa en las actividades reglamentarias públicas en materia de salud y seguridad es de gran interés para los sindicatos, que animan a sus afiliados a participar en ellas en distintos ámbitos.

Los sindicatos tratan de influir sobre los políticos proponiendo normas adecuadas de salud y seguridad en el lugar de trabajo, respondiendo a las propuestas de los organismos reguladores, influyendo en la forma en que estos organismos verifican el cumplimiento de las reglamentaciones y apoyándoles cuando se ven afectados por reducciones presupuestarias o cambios operativos por parte del Congreso de EE.UU.

Los responsables sindicales, los profesionales técnicos, los encargados de la investigación y el personal jurídico son los principalmente implicados en estas actividades, encargándose de la recopilación, análisis y sistematización de los datos necesarios para determinar la postura a adoptar por el sindicato con respecto a las actividades legislativas o reglamentarias y de establecer los contactos necesarios con organismos y personas para conseguir que esa postura se presente ante los cargos electos.

Si los responsables de salud y seguridad del sindicato se encuentran ante un problema de salud y seguridad que afecte a los trabajadores pero no está regulado por un organismo público, pueden elaborar comentarios escritos o un testimonio oral para presentarlo durante los procedimientos públicos con el fin de instruir a los cargos competentes e incitarles a aprobar una normativa que lo resuelva.

Los organismos encargados de velar por el cumplimiento de las disposiciones de salud y seguridad son, en ocasiones, víctimas de las reducciones presupuestarias. Estos recortes presupuestarios suelen considerarse perjudiciales para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores en el puesto de trabajo, por lo que los sindicatos diseñan y ponen en práctica estrategias para evitarlos, ya sea colaborando con los expertos sindicales para instruir a los legisladores y otros cargos sobre los efectos negativos de los recortes, ya sea emprendiendo acciones "de base" tales como organizar y movilizar a los trabajadores para que escriban cartas a sus cargos electos mostrando su oposición a tales medidas.

Además, los sindicatos participan muy intensamente en la elaboración y presentación de comentarios escritos y testimonios orales en respuesta a proposiciones de normas reglamentarias de los organismos reguladores federales y estatales en materia de salud y seguridad. Para los trabajadores es vital tener la oportunidad de participar verdaderamente en el proceso de elaboración de las normas, lo cual consiguen por medio de los sindicatos.

Convenios colectivos

Los convenios colectivos son la primera herramienta empleada por los sindicatos para implementar servicios para sus miembros. Los sindicatos utilizan la especialización técnica de sus higienistas industriales, ergonomistas, ingenieros, médicos del trabajo y otros profesionales de la salud y la seguridad para reunir y analizar datos sobre salud y seguridad con el fin de preparar a los representantes sindicales encargados de negociar los convenios colectivos.

Los sindicatos utilizan los convenios colectivos como documentos jurídicamente vinculantes para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores. El objetivo primordial es proteger a los trabajadores no cubiertos por las normas y reglamentaciones federales o estatales y ampliar la protección por encima de estos mínimos.

Para preparar la negociación, los sindicatos recopilan información sobre las cuestiones de salud y seguridad que afectan a sus afiliados, lo que puede hacerse mediante encuestas entre éstos, colaborando con personal técnico y consultores para detectar los peligros del lugar de trabajo y revisando datos sobre reclamaciones o investigaciones anteriores y sobre indemnizaciones a los trabajadores, encuestas de control medioambiental y archivos de lesiones y enfermedades.

En las últimas fases de la preparación, el comité negociador ordena por prioridades las diversas cuestiones y estudia sus posibles soluciones.

Educación y formación de los trabajadores

Los sindicatos desempeñan un papel muy importante al impartir a sus miembros formación y educación en materia de salud y seguridad.

El tipo de formación va desde la exposición de los derechos básicos de seguridad en el lugar de trabajo (por ejemplo, comunicación de peligros) hasta la formación integral específica sobre el sector en cuestión, tal como la que se imparte a los trabajadores que participan en proyectos peligrosos de reciclaje de residuos. Esta formación es vital para quienes trabajan en un medio ambiente de trabajo rápidamente cambiante.

La formación de los trabajadores impartida por los sindicatos suele financiarse mediante cuotas de los afiliados, subvenciones federales y estatales y fondos constituidos por las empresas según lo negociado en los convenios colectivos. Los cursos son elaborados por personal profesional y consultores, con amplia participación de los trabajadores. A menudo se ofrecen cursos de "formación para formadores" con el fin de formar a compañeros del mismo nivel.

Actividades de investigación

Los sindicatos colaboran con instituciones tales como las universidades y organismos públicos en la realización de investigaciones específicas en materia de salud y seguridad en el trabajo. Las actividades de investigación suelen estar financiadas por el sindicato, por las empresas o por una entidad federal o estatal.

Los sindicatos utilizan los resultados de los estudios en el proceso de elaboración de normas de salud y seguridad para negociar las estipulaciones del convenio, con el fin de eliminar o reducir significativamente los peligros del lugar de trabajo o, alternativamente, tomar medidas para eliminar o reducir significativamente los riesgos de los afiliados (por ejemplo, ofreciendo cursos de abandono del tabaco para los trabajadores expuestos al amianto). Además, los resultados de las investigaciones pueden emplearse para crear o modificar los equipos utilizados en el trabajo.

Los servicios de salud y seguridad en el trabajo prestados por los sindicatos son de carácter esencialmente preventivo y requieren el trabajo combinado de profesionales técnicos, médicos del trabajo, abogados, especialistas en lobbies y sindicalistas. Estos servicios permiten a los sindicatos asegurar eficazmente la salud y la seguridad de sus afiliados y de otros trabajadores presentes en el lugar de trabajo.

SERVICIOS ACADÉMICOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN ESTADOS UNIDOS ●

Dean B. Baker

Durante los decenios de 1980 y 1990, los centros hospitalarios académicos de medicina del trabajo y del medio ambiente se han

convertido en una pequeña pero importante fuente de servicios de salud en el trabajo en Estados Unidos. Estos centros hospitalarios están asociados a centros médicos académicos, facultades de medicina o escuelas de salud pública. El personal médico está compuesto principalmente por profesores participantes en los programas académicos dedicados esencialmente a la enseñanza y la investigación en el campo de la medicina del trabajo. La principal actividad de estos centros hospitalarios es realizar evaluaciones médicas diagnósticas de enfermedades potenciales del trabajo y el medio ambiente. Desempeñan así un papel importante en la salud en el trabajo de Estados Unidos como fuente independiente de dictámenes periciales médicos en materia de enfermedades del trabajo, así como en calidad de importantes centros de formación de especialistas en la materia y, últimamente, de médicos de asistencia primaria.

Contexto

En materia de enfermedades del trabajo se necesitan fuentes independientes de peritaje médico porque las empresas sólo están jurídicamente obligadas a prestar asistencia médica y abonar los salarios perdidos si se demuestra que la lesión o enfermedad en cuestión está relacionada con el trabajo. Como ya se ha señalado en artículos anteriores de este capítulo, la mayor parte de la asistencia médica de los trabajadores lesionados es prestada por las empresas ya sea directa o indirectamente mediante la formalización de contratos con médicos, centros hospitalarios, servicios de asistencia inmediata y programas hospitalarios, todos ellos de carácter privado. Este sistema es bastante adecuado para trabajadores con lesiones o enfermedades agudas, porque en estos casos está clara la conexión entre el trabajo y la enfermedad y a la empresa le conviene proporcionar al trabajador un tratamiento médico rápido y efectivo para que se reincorpore lo más rápidamente posible. Sin embargo, los sistemas de indemnización a los trabajadores de Estados Unidos no funcionan adecuadamente para quienes padecen lesiones crónicas y enfermedades del trabajo, porque las empresas no están obligadas a pagar la asistencia médica a menos que se demuestre que la enfermedad es de carácter profesional. Si la empresa se opone a la reclamación de indemnización, sus representantes y los del trabajador deben encontrar una evaluación independiente que determine si la enfermedad es o no de origen profesional. Los centros hospitalarios académicos actúan como peritos a este respecto.

Los centros hospitalarios académicos de medicina del trabajo han podido conservar esta independencia porque no suelen depender de contratos con empresas u otro tipo de intereses económicos similares que puedan dar lugar a conflictos de intereses al evaluar las enfermedades de los trabajadores. Suelen actuar como entidades no lucrativas que absorben una parte del coste de las evaluaciones médicas en el marco de su función educativa y de servicio, dado que las evaluaciones diagnósticas complejas no suelen ser casi nunca actividades eficaces en términos de coste sin el apoyo de la empresa.

La expansión de los centros hospitalarios académicos de medicina del trabajo y el medio ambiente ha sido también consecuencia del aumento del número de programas de esta misma materia en las facultades de medicina y en los centros médicos académicos. Hasta hace poco, en EE.UU. tan sólo había un pequeño número de programas de salud en el trabajo, prácticamente todos ellos ubicados en escuelas de salud pública, en los que se ponía el acento en disciplinas tales como la higiene industrial, la toxicología y la epidemiología. El número de programas de medicina del trabajo y el medio ambiente en las facultades de medicina aumentó sustancialmente durante los decenios de 1980 y 1990.

Este aumento tuvo diversas causas. La Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo, aprobada en 1970, creó el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), que puso en práctica un programa de subvenciones para apoyar la formación como residente en medicina del trabajo. Las facultades de medicina desarrollaron numerosos programas para impartir tal formación con la ayuda estas subvenciones. Por otro lado, la organización de acreditación profesional de la medicina del trabajo en Estados Unidos trató de aumentar la importancia de esta materia mediante la elaboración de un programa formal de formación (en lugar de la mera experiencia de trabajo en ese campo) como requisito para la acreditación como especialista en medicina del trabajo. Se establecieron asimismo programas como reacción ante los informes de prestigiosas organizaciones profesionales, tales como el Institute of Medicine (IOM), en las que se exponía la grave carencia de médicos cualificados en el campo de la medicina del trabajo y el medio ambiente (IOM 1993). Muchos de los nuevos programas de residencia recurrieron a los centros hospitalarios para la formación. Una gran parte de los futuros especialistas de EE.UU. recibirá su formación clínica en los centros hospitalarios académicos de medicina del trabajo y el medio ambiente.

Apoyo organizativo para los centros hospitalarios

Los centros hospitalarios académicos no suelen prestar servicios periódicos rentables de salud de los trabajadores como los que realizan los prestadores contractuales, por lo que el apoyo institucional es fundamental para mantener estos programas. Varios organismos públicos han desempeñado un papel importante. Como ya se ha señalado, el NIOSH ha prestado apoyo a los programas de residencia de medicina del trabajo a través de los consorcios de formación del Educational Resource Centre y posteriormente a través de subvenciones a la formación. El National Institute for Environmental Health Sciences (NIEHS) ha prestado apoyo de investigación y formación a los programas académicos de medicina del trabajo. Muchos de los centros hospitalarios más importantes están asociados a los centros de investigación sobre salud medioambiental apoyados por el NIEHS. Los centros hospitalarios apoyan a estos centros identificando las poblaciones para las investigaciones clínicas y epidemiológicas. El NIEHS estableció también a finales del decenio de 1980 el programa de subvenciones Environmental and Occupational Medicine Academic Award, para prestar apoyo a las facultades de medicina en la formación del profesorado en este campo, apoyo que han recibido una parte sustancial de las facultades que actualmente cuentan con centros hospitalarios. La Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR), creada por la Ley de Reacción, Indemnización y Responsabilidad Medioambiental (conocida como "Superfund") de 1980, que regula las evaluaciones de salud medioambiental y la mejora de la formación de los profesionales en la evaluación de sustancias peligrosas, ha prestado un apoyo esencial al desarrollo de programas y a las actividades conexas de formación de profesionales a medida que muchos centros hospitalarios han comenzado a tratar cuestiones de salud medioambiental y profesional.

Varios estados tienen programas de apoyo a servicios sanitarios ocasionales. El mayor de ellos es el denominado University of California Centres for Occupational and Environmental Health, en virtud del cual se establecieron centros de este tipo en cinco campus universitarios que incluyen programas interdisciplinarios de investigación, formación y servicios clínicos. Varios estados más (por ejemplo, los de New Jersey, Oregon, Michigan y Washington) apoyan también estos programas a través de las facultades estatales de medicina o las

escuelas de salud pública. El Estado de Nueva York ha creado una red estatal de centros hospitalarios de salud profesional y medioambiental que permite evaluar a las personas con problemas médicos profesionales o medioambientales potenciales aun en el caso de que no puedan pagar los servicios. Estos centros han desarrollado un sistema de bases de datos comunes para que la red opere como sistema de vigilancia de enfermedades profesionales en el estado.

Las asociaciones profesionales también han prestado un apoyo decisivo al aumento de los centros hospitalarios académicos. Los miembros de la American Public Health Association (APHA) prestaron un atención temprana a la comunicación entre los nuevos centros hospitalarios y su apoyo fortaleció la orientación de estos centros hacia la prevención y la salud pública. En 1987, los miembros del comité de centros hospitalarios de medicina del trabajo de la APHA constituyeron una nueva organización, la Association of Occupational and Environmental Clinics (AOEC), como "red de instalaciones hospitalarias dedicadas a la investigación y la formación, así como a la prevención y tratamiento de enfermedades profesionales y medioambientales" (AOEC 1995). La AOEC se ha convertido en una red nacional de más de 50 centros hospitalarios, la mayoría de ellos de base académica, a la que pertenece la mayor parte de los principales centros hospitalarios académicos. La Asociación mejora la comunicación entre los centros hospitalarios, establece directrices para la asistencia de calidad y los derechos de los pacientes, busca financiación para las actividades profesionales y educativas, y está desarrollando una base de datos que permite reunir y analizar sistemáticamente los datos de los centros hospitalarios.

Características de los programas

Como ya se ha señalado, la principal actividad de los centros hospitalarios consiste en detectar enfermedades relacionadas con el trabajo y medioambientales, más que prestar servicios periódicos de salud a los trabajadores. Esta orientación distingue sus programas de los que prestan los servicios contratados por las empresas (Rosenstock 1982). Los profesionales de estos centros hospitalarios tienen como clientes principales a los trabajadores potencialmente afectados y a los miembros de la comunidad, no a las empresas. Los médicos participan en los aspectos médicos, sociales, económicos y jurídicos de los problemas de los pacientes. El cociente paciente/prestador es bajo: los centros hospitalarios, centrados en casos médicos relativamente poco frecuentes pero complejos, requieren visitas más largas y minuciosas fuera de las horas de funcionamiento normal.

Debido a las actividades de investigación y enseñanza, los centros médicos académicos suelen operar a tiempo parcial, ofreciendo un cierto número de sesiones semanales. Según un directorio de los 41 centros hospitalarios miembros de la AOEC, había entre 1 y 13 médicos por centro, con un 85 % de centros que tenían entre dos y seis médicos (AOEC 1985). Otra característica es que los centros utilizan equipos interdisciplinarios de profesionales para mejorar la evaluación de la exposición y la toxicidad y para prestar servicios de prevención y educación. Por ejemplo, de los 41 centros del directorio, la mayoría disponían de higienistas industriales (32), mientras que aproximadamente la mitad tenían toxicólogos (22), trabajadores sociales (19), educadores sanitarios (19) y epidemiólogos (24) entre su personal profesional (AOEC 1995).

Los centros hospitalarios ponen el acento en la orientación del servicio a la comunidad. La mayoría de ellos establecen programas de prestaciones sociales, tanto para constituir una red de remisión para la identificación de pacientes como para impartir educación a los profesionales de la salud, los trabajadores y los residentes en la comunidad. Muchas clínicas

establecen comités asesores para los trabajadores y la comunidad con el fin de ofrecerles una panorámica de las actividades de los centros hospitalarios.

Muchos centros hospitalarios tienen bases de datos informáticas que permiten obtener y analizar datos relativos a sus experiencias. Estas bases incluyen la fuente de remisión del paciente, el código del puesto y de la industria de todos los trabajos (o, al menos, los más actuales o importantes), el nombre de la empresa, las exposiciones, las enfermedades relacionadas con el trabajo, la evaluación de las conexiones entre las exposiciones y el diagnóstico, y datos demográficos (Rosenstock, Daniell y Barnhart 1992). Hasta el momento, los datos reunidos por los centros hospitalarios no han estado bien coordinados, pero la AOEC ha desarrollado un sistema de bases de datos comunes que permitirá reunirlos de forma más sistemática en el futuro.

Servicios

Los tipos de pacientes de los centros hospitalarios varían según los riesgos comunitarios y de las empresas de la región, aun en mayor medida que entre los servicios contractuales, los cuales tienden a centrarse en las necesidades de la empresa. Estos centros suelen ofrecer servicios de diagnóstico especializado, dependiendo de sus líneas de investigación y de especialización. Los pacientes acuden a ellos por los conocimientos especializados y la reputación del programa académico. Suelen presentar una enfermedad ya en curso, y desean saber si ésta tiene su causa en el trabajo o en un factor medioambiental, o bien acuden con un caso de exposición potencialmente tóxica que les lleva a desear conocer si pueden producirse consecuencias adversas.

Los diagnósticos de medicina del trabajo más habituales en los centros hospitalarios son, según un reciente directorio de la AOEC (AOEC 1995) los siguientes: asma, enfermedades pulmonares relacionadas con el amianto y otras; síndrome del túnel carpiano; esguinces recidivantes; patologías musculoesqueléticas y enfermedades dermatológicas. Unos pocos centros mencionan como diagnósticos habituales los problemas neurológicos y muy pocos han tratado a pacientes con lesiones agudas. Los problemas de exposición en el trabajo más habitualmente mencionados son los relativos al amianto, el plomo y otros metales pesados, las sustancias químicas y los disolventes.

La distribución de los diagnósticos medioambientales habituales es diferente a la de los problemas profesionales, apareciendo como diagnósticos más comunes el síndrome de sensibilidad química múltiple y el "síndrome del edificio enfermo", o síntomas debidos a problemas con el aire en el interior del inmueble. Los problemas de exposición medioambiental más comúnmente mencionados se refieren a los plaguicidas, el plomo, las sustancias químicas y los residuos peligrosos en las comunidades.

Los pacientes acuden remitidos por diversas fuentes (por iniciativa propia o enviados por las empresas, sindicatos, organismos de salud pública, médicos, abogados y por los sistemas de indemnización. En algunos casos, lo que buscan es una evaluación médica independiente y de alta calidad. En muchos casos, la remisión va dirigida a determinados médicos (a menudo profesores de las facultades) de reconocida cualificación, en ocasiones localizados tras una búsqueda de ámbito nacional o incluso internacional.

Los centros hospitalarios académicos ofrecen otros servicios además de la evaluación de enfermedades profesionales y medioambientales. Muchos de ellos realizan exploraciones médicas selectivas de trabajadores a instancia de las empresas, sindicatos o grupos de trabajadores preocupados por determinadas exposiciones, tales como las de amianto o plomo. También realizan las exploraciones médicas de vigilancia impuestas por la OSHA o por las normas estatales. La mayoría

actúan como centros regionales, atendiendo consultas clínicas de trabajadores, residentes de la comunidad y médicos, normalmente por teléfono.

Además de los servicios clínicos, su personal interdisciplinario realiza evaluaciones de riesgos en el lugar de trabajo y en la comunidad, que en ocasiones incluyen el control de exposiciones. Prácticamente todos los centros ofrecen formación de prevención y educación sanitaria para personas físicas, comunidades y profesionales de la salud.

El futuro

El futuro de los centros hospitalarios académicos de Estados Unidos puede verse afectado por los cambios globales de los sistemas de indemnización y asistencia médica a los trabajadores. Las evaluaciones médicas independientes de los problemas profesionales y medioambientales seguirán siendo necesarias, pero muchos estados han puesto en práctica o están estudiando la adopción de cambios en las normas de indemnización a los trabajadores para restringir su libertad de opción con respecto a la evaluación médica. También existe una tendencia a integrar la asistencia médica de las enfermedades profesionales y no profesionales en un único prestador. Los centros hospitalarios tendrán que reaccionar ante el aumento de la asistencia gestionada en el campo de la salud en el trabajo, pues su planteamiento independiente puede verse mayoritariamente excluido de un sistema de indemnización a los trabajadores más gestionado.

Para reaccionar ante estos cambios en el sistema de asistencia médica, algunos centros hospitalarios académicos están estableciendo relaciones con entidades contratadas por las empresas para actuar como institutos de remisión especializada, en tanto que aquéllas se hacen cargo de los casos periódicos y del tratamiento médico. Posiblemente tengan que establecer relaciones con centros médicos prestadores de asistencia primaria, de asistencia de urgencias, de servicios de rehabilitación y de otras especialidades con el fin de dar un carácter más integral a los servicios globalmente prestados por la asistencia sanitaria del trabajo y otros servicios de asistencia médica. Este enfoque permitirá aumentar la estabilidad financiera mediante el establecimiento de contratos, además de cobrar por cada servicio, e impartir formación práctica a los médicos, muchos de los cuales ejercerán en estas instalaciones.

Los centros hospitalarios académicos se enfrentan con el reto de mantener su orientación independiente al pasar a funcionar como sistema integral de asistencia gestionada financiada por las empresas. La opción de las consultas independientes se mantendrá en cierta medida debido a las pautas regionales y nacionales de remisión basadas en la reputación de un determinado centro hospitalario. Los médicos clínicos continuarán también atendiendo a consultas de personas individuales y abogados en el ámbito de la responsabilidad civil, que está evolucionando en EE.UU., si bien más lentamente que el sistema de asistencia médica. No obstante, y pese a estas fuentes de apoyo, estos centros seguirán necesitando apoyo de los organismos públicos y las organizaciones profesionales para continuar desempeñando su papel de consultores, investigadores y formadores médicos independientes. El futuro de muchos de ellos dependerá de que los gobiernos federal y estatal continúen apoyando estos programas.

Ken Takahashi

Políticas y legislación

En Japón, el único organismo administrativo en materia de salud en el trabajo es el Ministerio de Trabajo y la norma básica es la Ley de Seguridad y Salud Industrial, promulgada en 1972 (que denominaremos "Ley de Salud" a efectos de este artículo). La Ley de Salud y sus reglamentos de ejecución establecen la obligación de la empresa de prestar servicios de salud y seguridad en el trabajo, incluida la designación de un médico de salud en el trabajo (MST), dependiendo del tamaño del lugar de trabajo. Se obliga a todos los lugares de trabajo con 50 o más trabajadores a designar un MST (que deberá ser a tiempo completo en los lugares de trabajo con más de 1.000 trabajadores). Además, todos los lugares de trabajo, con independencia de su tamaño, están obligados a ofrecer exploraciones médicas a sus trabajadores, tanto previas a la colocación como periódicas de carácter general para los contratados a tiempo completo, así como específicas para aquéllos de estos últimos que realizan "tareas de riesgo". El nivel de cumplimiento de estos requisitos suele ser bueno, aunque la tasa de cumplimiento tiene cierta correlación con el tamaño del lugar de trabajo.

Modelos de organización y de prestación de servicios

Los modelos de organización y de prestación de servicios varían considerablemente según el tamaño del lugar de trabajo. Los de gran escala suelen disponer de servicios de salud plenos en sus instalaciones, tales como un departamento de administración de salud, un departamento de promoción de la salud o un centro hospitalario. Estas unidades funcionales pueden revestir la forma de instituciones independientes, especialmente si se centran en actividades curativas, pero en muchos casos están subordinadas a otros departamentos, como el de trabajo o el de asuntos generales. En algunos casos, el servicio de salud en el trabajo es gestionado por una asociación de seguros médicos. El MST a tiempo completo suele ocupar un puesto directivo, en ocasiones nominalmente equivalente a los de ejecutivo. El personal no facultativo puede estar integrado por enfermeras generales, enfermeras del trabajo y técnicos médicos y de radiología.

En contraposición, muchos lugares de trabajo de pequeñas dimensiones carecen de los recursos humanos y materiales necesarios para realizar funciones de salud en el trabajo. En este sector se contrata a MST a tiempo parcial entre médicos generales privados, médicos de hospitales o universidades y médicos de salud en el trabajo, independientes o no. Los MST a tiempo parcial realizan una variada gama de actividades de salud en el trabajo, dependiendo de las necesidades del lugar de trabajo y de su propia cualificación. Las organizaciones de salud en el trabajo (OST), que prestan servicios de salud en el trabajo con ánimo de lucro, han desempeñado un papel esencial en la prestación de estos servicios a los pequeños lugares de trabajo. Los servicios que pueden adquirirse de estas organizaciones cubren la realización y seguimiento de diversas exploraciones sanitarias, la realización de mediciones medioambientales e incluso el envío de MST y enfermeras. Muchos pequeños lugares de trabajo designan un MST a tiempo parcial y contratan una OST para atender necesidades específicas que puedan surgir.

Actividades y contenido

La Fundación para la Promoción de la Salud en el Trabajo, una organización sin ánimo de lucro dependiente del Ministerio de Trabajo, viene realizando encuestas de ámbito nacional mediante cuestionarios centrados en las actividades de los MST a tiempo completo y a tiempo parcial. Según la encuesta de 1991, a la que

● LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN JAPON

contestaron 620 MST a tiempo completo, el tiempo medio de asignación más largo correspondía a las actividades curativas (495 horas/año), seguidas por las exploraciones sanitarias periódicas (136) y las consultas de salud (107). El tiempo asignado a la vigilancia del lugar de trabajo fue de una media de 26,5 horas/año. Los 340 MST a tiempo parcial que respondieron también a la encuesta indicaron un tiempo medio asignado proporcionalmente menor al de los MST a tiempo completo. No obstante, una observación detallada muestra que las actividades de los MST a tiempo parcial varían ampliamente en cantidad y calidad dependiendo de varios factores interrelacionados:

1. El tamaño y características del lugar de trabajo
2. El trabajo principal y otros compromisos del médico
3. La dedicación al trabajo.

Recursos de personal

No hay disposiciones legales acerca de las cualificaciones de los MST: simplemente, pueden designarse (sean a tiempo parcial o completo) "entre los médicos" (según la Ley de Salud). En el año 1995, se calcula que el número total de médicos era de 225.000, con un incremento anual de unos 5.000 (es decir, un aumento de 7.000 licenciados en las 80 facultades de medicina del Japón y una disminución de 2.000 médicos por fallecimiento). Se calcula que en 1991 había 34.000 MST (2.000 a tiempo completo y 32.000 a tiempo parcial), lo que equivalía a un 16,6 % del número total de médicos (205.000). Además, varios miles de enfermeras de todo el país desempeñan un papel activo en el campo de la salud en el trabajo, aunque no existe una definición jurídica de esta figura. De entre los trabajadores se selecciona un supervisor de salud, que según la Ley de la Salud es la persona encargada de las cuestiones técnicas relativas a la salud. El MST se relaciona estrechamente con el supervisor de salud, a quien, según la ley, puede "dar orientaciones o consejos".

Administración

Dentro del Ministerio de Trabajo, la salud en el trabajo está directamente gestionada por el Departamento de Seguridad y Salud Industrial, dependiente de la Oficina de Normas de Trabajo. Entre las unidades funcionales de la Oficina a escala local se incluyen las Oficinas de Normas de Trabajo de las prefecturas (existen 47) y las Oficinas de Inspección de Normas de Trabajo (existen 347) distribuidas por todo el país y con una plantilla total de en torno a 3.200 "inspectores", 390 "funcionarios especializados en seguridad industrial" y 300 "funcionarios especializados en salud industrial".

El Ministerio de Trabajo ha puesto en práctica planes quinquenales consecutivos de prevención de accidentes de trabajo, de los cuales el más reciente (el octavo) se vinculó al lema "conseguir una vida de trabajo más sana y segura tanto en su dimensión física como mental". En consecuencia, el Ministerio está elaborando un plan de Promoción Total de la Salud (PTS), según el cual el MST prescribe un menú de ejercicios para cada trabajador a partir de los datos de medición de la salud. El gobierno organiza programas de formación con representantes de la empresa para desarrollar las cualificaciones necesarias. El gobierno reconoce también los méritos de los OST capaces de prestar servicios relativos a la puesta en práctica de la PTS.

Sistemas de financiación

Cuando los servicios de salud en el trabajo se prestan en las instalaciones de la empresa, como en el caso de los grandes lugares de trabajo, suelen revestir la forma de un departamento interno que, en consecuencia, queda sujeto a las restricciones financieras de la empresa. Otra variante es la existencia de un servicio adscrito

pero autosuficiente (centro hospitalario u OST) que emplea personal de salud en el trabajo. En algunos casos, este servicio está gestionado por una asociación corporativa de seguros de salud. Muchos lugares de trabajo pequeños, que carecen de los recursos humanos, económicos y materiales necesarios pero están obligados a designar un MST a tiempo parcial, suelen contratar médicos generales, médicos de hospitales o de universidades, u otros. Como ya se ha señalado, el MST a tiempo parcial desempeña una gama variable de actividades de salud en el trabajo, dependiendo de las necesidades del lugar y de su cualificación profesional. Las obligaciones del lugar de trabajo, tales como la realización de exploraciones sanitarias periódicas a todos los trabajadores, suelen exceder del tiempo disponible del médico contratado y de su disposición, lo que produce un desfase entre la oferta y la demanda que suele ser cubierto por los OST.

Investigación

La Sociedad Japonesa de Salud en el Trabajo (Japan Society for Occupational Health, JOSH) es una asociación académica compuesta por MST, investigadores y enfermeras de salud en el trabajo, que actualmente supera los 6.000 miembros y está creciendo a un ritmo rápido. Celebra reuniones científicas anuales a escala nacional y regional, y recientemente ha comenzado a publicar un periódico científico en lengua inglesa titulado *Journal of Occupational Health*. Algunos institutos básicos de investigación son el Instituto Nacional de Salud Industrial (publicación periódica: *Industrial Health*, bianual, en lengua inglesa), el Instituto de Ciencias del Trabajo (publicación periódica: *Journal of Science of Labour*, mensual, en japonés e inglés), la Asociación Japonesa de Seguridad y Salud Industrial (publicaciones: *Industrial Safety Yearbook* y otras) y el Instituto de Ciencias Ecológicas Industriales de la Universidad de Salud Profesional y Medioambiental (publicación periódica: *Journal of UOEH*, bimensual, en japonés e inglés).

Evolución futura

El Ministerio de Trabajo acaba de emprender un plan global dirigido a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de los trabajadores del país, que prevé establecer centros de salud en el trabajo (CST) financiados por el estado a escala de prefecturas y regiones de todo el país en un plazo de ocho años. Hay 47 prefecturas, en cada una de las cuales habrá un centro con una plantilla de 15 personas, incluido un médico a tiempo completo administrativo y tres o cuatro médicos a tiempo parcial. La función básica de los centros será proporcionar formación y difundir información a los MST que trabajen en el entorno. Se prevén 347 centros regionales para el conjunto del país, asociados a las divisiones locales de la Asociación Médica Japonesa (Japan Medical Association, JMA). Estos centros estarán orientados a la prestación de servicios de salud en el trabajo al sector insuficientemente atendido, es decir, los trabajadores de las pequeñas empresas. El presupuesto inicial para el ejercicio fiscal de 1993 fue de 2.300 millones de yenes (20 millones de dólares) por el establecimiento de seis CST de prefectura y 50 regionales. Ambos tipos de CST operarán interrelacionados entre sí y también con la administración, la JMA, los hospitales de trabajadores, etc. La colaboración entre estas diversas instituciones será la clave del éxito de este plan.

LA PROTECCION DE LOS TRABAJADORES EN LA FEDERACION RUSA: LEGISLACION Y PRACTICAS

Nikolai F. Izmerov e Igor A. Fedotov

La organización de la protección de los trabajadores heredada de los tiempos anteriores por la Federación Rusa constituye una estructura jerárquica construida en el seno de la anterior sociedad y que opera mediante rigurosos controles administrativos junto con la planificación y la asignación de recursos. Los recientes cambios en los sistemas económicos y sociales del país producidos por la transición a una economía de mercado han hecho necesaria la revisión de la legislación de trabajo vigente y la reorganización de todo el sistema de protección de los trabajadores, especialmente en lo relativo a la prestación de servicios de salud en el trabajo a la población activa.

Legislación de trabajo

La protección de los trabajadores en Rusia es un sistema complejo dirigido a garantizar unas condiciones de trabajo sanas y seguras, lo que incluye medidas jurídicas, socioeconómicas, organizativas, preventivas, de seguridad, de higiene, técnicas y de otros órdenes.

La legislación de trabajo de la Federación Rusa comprende ciertas disposiciones de la Constitución Rusa, el Código Laboral, la Ley Básica de Protección de los Trabajadores y legislación de habilitación constituida por actos jurídicos, reglamentos y directivas, así como directrices, ordenanzas, normas estatales y otras normas aprobadas por las autoridades competentes de la Federación Rusa y de las repúblicas que la integran.

El artículo 37 de la Constitución de la Federación Rusa establece que todos los ciudadanos tienen derecho al trabajo en un medio ambiente que cumpla los requisitos de salud y seguridad, a una remuneración no discriminatoria y no inferior al mínimo establecido por el Gobierno Federal y a la protección frente al desempleo.

La Ley Básica de Protección de los Trabajadores, promulgada en agosto de 1993, contiene disposiciones que garantizan el derecho de los trabajadores a la protección de su salud. También regula las relaciones laborales entre la empresa y los trabajadores en todas las ramas de la economía, con independencia del tipo de propiedad. Según su artículo 4, los trabajadores tienen derecho a:

- unas condiciones de trabajo sanas y seguras;
- unos lugares de trabajo protegidos frente a los peligros del trabajo que puedan causar accidentes o enfermedades profesionales o reducir la capacidad de trabajo;
- recibir una indemnización por las lesiones del trabajo y las enfermedades profesionales;
- recibir información sobre los peligros del trabajo y los riesgos sanitarios existentes, así como sobre las medidas adoptadas por la empresa para controlarlos;
- recibir equipos personales de protección a cargo de la empresa.

El artículo 9 de la Ley Básica de Protección de los Trabajadores obliga a la empresa a establecer unas condiciones de trabajo sanas y seguras, mientras que el artículo 16 establece sanciones económicas en caso de incumplimiento de esta obligación o de deterioro de la salud del trabajador por causa de exposiciones, lesiones o enfermedades del trabajo.

El Capítulo 10 del Código de Trabajo de la Federación Rusa se refiere a la salud y la seguridad en el trabajo. El artículo 139 establece la responsabilidad de la dirección por el establecimiento de condiciones de trabajo sanas y seguras mediante la utilización de medidas de prevención de accidentes y procedimientos de seguridad actualizados que garanticen el adecuado control de los peligros y la prevención de los accidentes y las enfermedades del trabajo.

El artículo 143 de esta misma norma exige a la dirección de la empresa dotar a los lugares de trabajo de maquinaria y equipos seguros y establecer unas condiciones de trabajo adecuadas a las normas técnicas e higiénicas, así como a las reglamentaciones intersectoriales y sectoriales de salud y seguridad en el trabajo desarrolladas y aprobadas con arreglo a la vigente legislación de trabajo.

Las reglamentaciones intersectoriales de salud y seguridad en el trabajo, que cubren todas las ramas de la economía, imponen exigencias jurídicas aplicables a todas las empresas, con independencia del tipo de actividad económica (por ejemplo, las normas de higiene SN 245-71 para el diseño de empresas industriales). Estas reglamentaciones son aprobadas por el Consejo de Ministros de la Federación Rusa o por otras autoridades competentes a solicitud de éste.

Las reglamentaciones sectoriales de salud y seguridad en el trabajo establecen requisitos para diversos procesos económicos, tipos de trabajos y equipos de ramas determinadas de la economía (por ejemplo, normas de seguridad para las actividades de soldadura en la construcción o para el manejo de grúas de carga en los muelles). Estas reglas tienen en cuenta las características específicas de cada rama de actividad y son adoptadas por los ministerios correspondientes, los comités estatales, los organismos estatales de supervisión y otras autoridades competentes.

Los ministerios también promulgan directrices, ordenanzas y normas técnicas de salud y seguridad en el trabajo en sus respectivas áreas de actividad económica. Otras ordenanzas, tales como las que obligan a la empresa a impartir formación interna sobre salud y seguridad en el trabajo o a cumplir los requisitos de seguridad, están sujetas a consulta con las organizaciones de empresas y de trabajadores.

Las empresas están obligadas a proporcionar a los trabajadores ropas o uniformes adecuados y equipos de protección personal, en los términos establecidos en las reglamentaciones. También deben realizar exploraciones sanitarias periódicas para ciertas categorías de trabajadores, tales como los que realizan trabajos pesados o peligrosos y los trabajadores del transporte, entre otros.

Junto con las obligaciones y responsabilidades de la empresa (cuando es propiedad del Estado, es la dirección la que representa a la empresa), la legislación de trabajo impone a los trabajadores la obligación de cumplir las exigencias de salud y seguridad establecidas en los correspondientes reglamentos y ordenanzas. Por ejemplo, deben participar en la formación sobre salud y seguridad, mantener y utilizar adecuadamente los equipos de protección personal, recibir formación en prevención de incendios, realizar el mantenimiento de la maquinaria y los equipos que utilicen y mantener limpio su lugar de trabajo.

A nivel de la empresa, la supervisión cotidiana de las normas y requisitos de salud y seguridad es responsabilidad de la oficina de salud y seguridad, unidad integrada en la empresa y que disfruta de estatuto independiente. Entre sus principales funciones se encuentran la evaluación de los peligros del trabajo, la valoración de riesgos, la recomendación de medidas de seguridad y control, la prevención de accidentes laborales, el análisis de las causas de los accidentes en el trabajo, la cooperación con otras unidades de la empresa para la prevención de accidentes y lesiones del trabajo, el control de la maquinaria y equipos y la puesta en práctica de programas de seguridad. La oficina tiene autoridad para detener una determinada maquinaria, proceso o tarea que pueda poner en peligro la vida o la salud de los trabajadores.

Las pequeñas empresas no suelen estar en condiciones de establecer una oficina de salud y seguridad en el trabajo (ver "Servicios de salud en el trabajo en la pequeña empresa"). El

artículo 8 de la Ley Básica de Protección de los Trabajadores otorga a estas empresas el derecho a consultar a especialistas externos en la materia y a recurrir a sus servicios mediante contrato mercantil.

Con el fin de dotar de mayor eficacia a las reglamentaciones que regulan la protección de los trabajadores en la Federación Rusa, existe un sistema de establecimiento de normas estatales de salud y seguridad en el trabajo (GOST). Estas normas son jurídicamente obligatorias y las autoridades estatales competentes velan por su cumplimiento.

En conjunto, hoy existen más de 2.000 reglamentos, directivas, ordenanzas, normas de higiene y normas estatales sobre salud y seguridad, elaborados en su mayoría por los distintos ministerios, comités estatales y otras autoridades de la antigua URSS. Estas normas siguen en vigor, aunque 700 de ellas son anteriores a 1981 y tenían un período de vigencia previsto de tan sólo cinco años. La mayoría de ellas necesitan ser reconsideradas y reformadas a la luz de la nueva situación económica.

En el marco de la reorganización del sistema de protección de los trabajadores de Rusia, el Decreto Presidencial de 4 de mayo de 1994 creó la Inspección Federal de Trabajo (*Rostrudinspekciya*), dependiente del Ministerio de Trabajo y encargada de velar por el cumplimiento de la legislación de trabajo en todos los territorios de la Federación Rusa. Así se estableció el sistema de control y supervisión estatal en el ámbito de la protección de los trabajadores (anteriormente, el control del cumplimiento de la legislación de trabajo era responsabilidad de los inspectores sindicales). En todas las regiones que integran la Federación se designarán Inspectores Regionales, con una estructura de red, hasta completar la estructura organizativa de la Inspección Federal de Trabajo.

Legislación sanitaria

La legislación sanitaria de la Federación Rusa es un instrumento para la ejecución de la política estatal de salud pública y bienestar epidemiológico. El Servicio Higiénico y Epidemiológico Federal de la Federación Rusa realiza sus actividades con arreglo a la legislación sanitaria y desempeña un importante papel en las actividades de promoción de la salud y la seguridad en el trabajo y la salud pública en general.

La legislación sanitaria está integrada por la Ley de Bienestar Higiénico y Epidemiológico de la Población, promulgada el 13 de abril de 1992 por el Consejo Supremo de la Federación, y por las correspondientes directivas y reglamentos promulgados por las autoridades competentes en virtud de esta Ley.

El artículo 1 de la Ley define el término *bienestar higiénico y epidemiológico* como "un estado de salud pública y de medio ambiente en el que no existan influencias peligrosas de factores medioambientales sobre la salud de la población y sí condiciones favorables a la realización de actividades creativas".

La legislación sanitaria establece normas higiénicas para las empresas, nuevos tipos de maquinaria y equipos y nuevos procesos tecnológicos y materiales. También impone el cumplimiento de las normas y normas vigentes.

La supervisión higiénica del estado tiene dos vertientes:

- La supervisión higiénica preventiva incluye el cumplimiento de las normas higiénicas en el diseño, construcción y reconstrucción de empresas, la introducción de nuevas tecnologías, la fabricación de maquinaria y equipos y el control del medio ambiente.
- La supervisión higiénica periódica comprende la vigilancia sistemática del medio ambiente de trabajo de la empresa empleando métodos higiénicos de control de la exposición, toma de muestras y análisis. También incluye el control de la

aplicación de normas higiénicas en la manipulación de maquinaria y equipos y el mantenimiento de la empresa en general.

El artículo 9 de la Ley obliga a las empresas a cumplir la legislación sanitaria sujetándose a las normas higiénicas vigentes y controlando el medio ambiente laboral, así como a evitar la polución del medio ambiente y a desarrollar y poner en práctica programas de salud y seguridad dirigidos a la mejora del medio ambiente de trabajo y a la prevención de accidentes y lesiones de trabajo.

El capítulo 4 de la Ley distingue varios grados de responsabilidad por infracción de la legislación sanitaria rusa. Las personas responsables del incumplimiento están sujetas a responsabilidades civiles y penales (artículo 27).

El capítulo 5 establece las funciones de la supervisión higiénica y epidemiológica estatal, entre las que se encuentran:

- la evaluación y pronóstico de la salud medioambiental de la población;
- la detección de las enfermedades contagiosas, las enfermedades e intoxicaciones no contagiosas pero generalizadas, así como sus causas;
- la elaboración de medidas obligatorias que garanticen el bienestar higiénico y epidemiológico de la población;
- la supervisión del cumplimiento de la legislación sanitaria y las normas higiénicas por parte de las empresas;
- la persecución de las organizaciones y personas que incumplan la legislación sanitaria y las normas higiénicas;
- la recopilación de estadísticas sobre enfermedades contagiosas, enfermedades profesionales y enfermedades e intoxicaciones no contagiosas pero generalizadas derivadas de factores medioambientales adversos.

Consecuencia de los cambios estructurales en las pautas de empleo, la Ley obliga, por primera vez, a cumplir lo relativo a la legislación sanitaria, las normas higiénicas, la calidad higiénica de los productos y la prevención de la polución medioambiental no sólo a la dirección de la empresa y a sus trabajadores, sino también a los trabajadores autónomos a tiempo completo (artículo 34).

Según el artículo 32 de la Ley, al Servicio Higiénico y Epidemiológico Federal de la Federación Rusa le corresponde la responsabilidad de velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria. Además, el Consejo de Ministros aprobó la Directiva nº 375, que reorganiza las antiguas estaciones higiénicas y epidemiológicas en Centros de Supervisión Higiénica y Epidemiológica Estatal (CSHES), presentes en todo el territorio de la Federación.

La nueva legislación sanitaria es un avance crucial en la regulación jurídica del bienestar higiénico y epidemiológico de la población, como lo es también la drástica reestructuración del Servicio para su aplicación. Se ha asignado recientemente al Servicio el carácter de Servicio Federal, de modo que ahora forma parte de los organismos federales de control estatal. En consecuencia, se ha creado el Comité Federal de la Federación Rusa para la Supervisión Higiénica y Epidemiológica para supervisar globalmente este Servicio.

El Servicio Higiénico y Epidemiológico Federal está compuesto por los siguientes organismos:

- el Comité Federal de la Federación Rusa para la Supervisión Higiénica y Epidemiológica;
- los Centros de Supervisión Higiénica y Epidemiológica Estatal (CSHES) en los ámbitos republicano, regional, municipal, de distrito y local;
- los CSHES lineales para el transporte aéreo, marítimo y fluvial;
- el Centro de Información y Análisis de la Federación Rusa

- los institutos médicos y centros de formación especializada para educación y formación de expertos destinados a los CSHES;
- los institutos de investigación especializados en higiene y epidemiología del trabajo;
- los centros médicos especializados en la elaboración de vacunas;
- los centros de desinfección.

Según la Directiva nº 375, entre las principales funciones del Servicio Higiénico y Epidemiológico Federal se encuentran:

- velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria;
- elaborar estándares y normas higiénicas;
- elaborar programas federales, republicanos, regionales y locales de protección y promoción de la salud;
- suministrar información técnica a las autoridades, empresas, organizaciones de empresas y de trabajadores y demás instituciones implicadas en las actividades de salud y seguridad en el trabajo, incluida la información sobre trastornos higiénicos y epidemiológicos en el país, estadísticas sobre morbilidad de la población e interpretación de documentos jurídicos relativos a la legislación sanitaria;
- coordinación de las actividades de empresas, organizaciones de empresas y de trabajadores, asociaciones científicas y otras instituciones y organizaciones con respecto al desarrollo y la puesta en práctica de normas higiénicas.

Los especialistas de los CSHES pueden visitar e inspeccionar las empresas para velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria. Estos especialistas investigan las causas de las enfermedades del trabajo y detectan peligros profesionales y medioambientales potenciales que puedan causar enfermedades, lesiones e intoxicaciones relacionadas con el trabajo. El supuesto ideal es el de colaboración con los médicos y enfermeras del trabajo de los servicios de salud en el trabajo.

La financiación de los CSHES proviene directamente del presupuesto federal de la Federación Rusa. Además, los CSHES pueden prestar servicios y asesoramiento especializados mediante contrato a las empresas y a otros agentes que puedan necesitar de sus conocimientos especializados. El Comité Federal de Supervisión Higiénica y Epidemiológica aprueba anualmente la lista de servicios especializados a prestar por los CSHES.

La legislación sanitaria se impone mediante la aplicación de directivas, reglamentos, ordenanzas, estándares y requisitos, entre los que se incluyen los siguientes:

- reglamentos, estándares y requisitos higiénicos dirigidos a establecer condiciones de trabajo sanas y seguras, proteger el medio ambiente y promover la salud pública en general;
- normas de higiene que establecen límites de exposición en el trabajo y niveles máximos permisibles de peligros potenciales en los lugares de trabajo y el medio ambiente;
- normas de higiene que establecen criterios para factores específicos que puedan afectar a la salud de las generaciones futuras;
- reglamentaciones de higiene uniformes que combinen distintas normas.

La protección de la salud de los trabajadores

El artículo 41 de la Constitución de la Federación Rusa establece que todos los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud y la asistencia médica. Las nuevas leyes prevén el establecimiento de sistemas municipales y privados de asistencia sanitaria para complementar al sistema estatal. La asistencia sanitaria en los centros estatales y municipales es gratuita, financiada con cargo a fondos presupuestarios federales y locales, fondos de seguros sanitarios y otras fuentes.

La Ley de Bienestar Higiénico y Epidemiológico de la población incluye las siguientes disposiciones dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores:

- Los trabajadores de las empresas deben pasar una exploración sanitaria previa a la colocación y exploraciones sanitarias periódicas.
- Las exploraciones sanitarias previas a la colocación y periódicas son obligatorias para todos los trabajadores expuestos a determinados peligros y trabajos de riesgo incluidos en una lista aprobada por el Comité Federal de Supervisión Higiénica y Epidemiológica y el Ministerio de Salud de la Federación Rusa, en consulta con las organizaciones representativas de las empresas y los trabajadores.
- Las empresas deben adoptar todas las medidas necesarias para realizar exploraciones sanitarias de todos los trabajadores.

Una característica del sistema de asistencia sanitaria del país es la introducción, en 1991, del seguro sanitario obligatorio, modificado en 1993. La Ley de Seguro Sanitario de los Ciudadanos de la Federación Rusa establece un nuevo modelo de seguro en virtud del cual las empresas aportan cuotas del 3,6 % de la nómina total a las administraciones locales para cubrir las necesidades de seguro sanitario. En 1996, unos 40 millones de trabajadores estaban cubiertos por el Fondo Federal de Seguro Sanitario Obligatorio de la Federación Rusa. El objetivo principal del establecimiento de este seguro obligatorio era garantizar la financiación de la asistencia sanitaria en el sistema económico postsoviético basado en los principios de seguro, usando fondos aportados mediante contribuciones voluntarias y obligatorias. El seguro sanitario obligatorio estableció dos nuevos tipos de relaciones públicas en el sistema de asistencia sanitaria: la participación de los aseguradores, representados por las autoridades locales responsables de que el seguro sanitario cubra a los empleados públicos y a los desempleados, y la participación de los aseguradores industriales, representados por las empresas responsables de la cobertura de los trabajadores. Según el artículo 23 de la Ley de Salud y Bienestar Epidemiológico de la Población, las exploraciones de los trabajadores están incluidas en la lista de servicios cubiertos por el seguro sanitario obligatorio.

Con arreglo a la Ley Básica de Protección de la Salud de los Ciudadanos de la Federación Rusa, promulgada por el Consejo Supremo de la Federación el 22 de julio de 1993, los principios básicos de la protección de la salud son:

- respeto a los derechos humanos en el campo de la protección de la salud, que quedan garantizados por el gobierno;
- prioridad de la prevención;
- acceso universal a la asistencia social y sanitaria;
- protección social de los trabajadores en caso de discapacidad;
- responsabilidad del Estado, las autoridades competentes, las empresas, con independencia de su propiedad, y la dirección de las instituciones y organizaciones con respecto a la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

La Ley Básica perfila las relaciones entre la población activa y las autoridades competentes, las empresas del estado, las del sector privado y los centros de asistencia sanitaria de titularidad estatal, municipal y privada en materia de protección y promoción de la salud.

En la práctica, los servicios de salud en el trabajo se prestan a los trabajadores en los centros públicos (hospitales y policlínicas) ubicados cerca de su residencia y en los servicios especializados en salud en el trabajo ubicados en su mayor parte en las grandes empresas. El objetivo de este modelo es acercar lo más posible los servicios de asistencia sanitaria cualificada a los trabajadores y a sus lugares de trabajo.

Los servicios de salud en el trabajo suelen crearse en las grandes empresas con más de 4.000 trabajadores y en las del sector químico, petroquímico, minero y de canteras con más de 2.000 trabajadores. Todas las empresas con más de 800 empleados están obligadas a dotarse de un servicio interno con un médico y una enfermera del trabajo; las que tienen entre 300 y 800 están obligadas a disponer de una enfermera del trabajo; en el caso de las empresas químicas, petroquímicas, mineras y de canteras, el número mínimo es de 200 empleados. Estos servicios internos forman parte del sistema público de asistencia sanitaria.

Las pequeñas empresas dependen de los hospitales y las policlínicas del sistema público de asistencia sanitaria, que han de proporcionar un médico del trabajo para realizar las exploraciones sanitarias de los trabajadores.

El servicio de salud en el trabajo de las empresas más grandes suele incluir un hospital con servicios de hospitalización, una policlínica con servicios ambulatorios, servicios de enfermería del trabajo y un dispensario. Sus servicios pueden ser "cerrados" (es decir, limitados a las personas que trabajan en la empresa) o "abiertos" (es decir, también a disposición de las familias de los trabajadores y, en ocasiones, de las personas que viven en el barrio).

Conclusiones

Las importantes transformaciones de los sistemas sociales y económicos de Rusia son reflejo de su transición a una economía de mercado, la aparición de diversas formas de propiedad, la concesión de libertad económica a las empresas y la abolición del control administrativo del Estado, todo lo cual ha generado múltiples cambios en la sociedad.

El sistema de protección de los trabajadores anteriormente descrito está sufriendo una profunda reorganización, pese a mantener sus características generales, con el fin de adaptarlo a las nuevas realidades y dotarlo de capacidad de reacción frente a los nuevos retos. Aunque se ha emprendido ya el camino, el proceso no ha hecho más que empezar.

La prestación de servicios de salud en el trabajo a la población activa requiere una especial atención debido a la parcial desintegración de la antigua red de servicios consecuencia de problemas económicos bien conocidos y también a innovaciones tales como la aparición de un sector privado, la introducción de un seguro sanitario obligatorio y la integración de los centros médicos privados en el sistema de asistencia sanitaria del país.

Aunque se han hecho algunos avances en la reducción del número de accidentes de trabajo y de la incidencia de lesiones y enfermedades del trabajo, las tasas siguen siendo inadmisiblemente altas, lo que puede tener graves consecuencias en términos de deterioro de la salud de los trabajadores, con su consiguiente efecto negativo sobre la economía. La mejora de las condiciones y del medio ambiente de trabajo y la protección y promoción de la salud de los trabajadores suponen, por tanto, una destacada prioridad en la revisión de la política social del Estado, para lo cual resulta crucial la participación activa de los profesionales expertos en la materia.

Entre los requisitos previos para la mejora del sistema de protección de los trabajadores en Rusia se encuentran los siguientes:

- crear estímulos económicos para la mejora de las condiciones y del medio ambiente de trabajo;
- formular una política nacional coherente en la materia;
- revisar la legislación de trabajo vigente y establecer bases legislativas sólidas para la práctica de la salud y la seguridad en el trabajo;
- hacer cumplir efectivamente la legislación de trabajo;

- lograr una mayor cooperación de las empresas y los trabajadores en las cuestiones relacionadas con la salud y la seguridad en el trabajo;
- autorizar a los organismos estatales de control a cerrar empresas con condiciones de trabajo insanas o inseguras, así como las que polucionen el medio ambiente;
- hacer hincapié en la mejora de las condiciones de trabajo, junto con la protección del medio ambiente general;
- analizar y pronosticar detalladamente los posibles efectos del diseño y construcción de nuevas empresas sobre la salud de los trabajadores y sobre el medio ambiente;
- ofrecer más opciones a los trabajadores para obtener servicios de salud en el trabajo y conceder más independencia a los profesionales de este campo;
- dar a todos los trabajadores acceso a un lote "estándar" de servicios de salud en el trabajo;
- establecer servicios integrales e interdisciplinarios de salud en el trabajo en las grandes empresas, capaces de prestar una gama completa de servicios, incluido el tratamiento y la rehabilitación, a los trabajadores y sus familias;
- elevar la categoría de las instalaciones técnicas de los servicios de salud en el trabajo y los CSHES, y mejorar el nivel de especialización de su personal;
- organizar y establecer centros sanitarios que presten servicios de salud en el trabajo a las pequeñas empresas;
- practicar los tipos recomendados de exploraciones sanitarias a todos los trabajadores, incluidos los de la agricultura y los del sector informal, mediante el uso más eficiente de los diversos recursos médicos;
- mejorar la educación y formación de los profesionales de la salud en el trabajo;
- prestar atención especial a la educación y formación de los trabajadores en materia de salud y seguridad en el trabajo.

LA PRACTICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO EN LA REPUBLICA POPULAR CHINA

Zhi Su

China, el mayor país del mundo en vías de desarrollo, está luchando por conseguir una modernización sin precedentes. La política de "apertura" a los intereses extranjeros y la reforma económica en vigor desde 1979 han traído profundos cambios a la economía china y a todos los aspectos de su sociedad. El PNB aumentó desde 358.800 millones de yuanes RMB en 1978 a 2,4 billones en 1992, un aumento de más del triple en dinero constante. La tasa anual media de crecimiento del PNB fue del 9,0 %. El valor del producto industrial bruto fue de 3,7 billones en 1992, un crecimiento anual medio del 13,2 % entre 1979 y 1992 (Oficina Nacional de Estadísticas, 1993). China es crecientemente considerada como un "centro potencial de actividad económica" y ha atraído el 40 % de la inversión extranjera directa del mundo en vías de desarrollo. A finales de 1993 se habían aprobado 174.000 proyectos con financiación extranjera, que aportaron 63.900 millones de dólares al país, y la entrada total acumulada de fondos extranjeros era de 224.000 millones de dólares (*China Daily* 1994a, 1994b).

Con el fin de avanzar en las actuales reformas de forma integral y armónica en todos los sectores económicos se ha decidido emprender una reforma en profundidad. El objetivo de esta reforma de la estructura económica es establecer una economía socialista de mercado que libere y amplíe aún más las fuerzas productivas chinas. La economía de planificación central

promovida durante 40 años se está transformando en un sistema de mercado. Todo lo que pueda ser gestionado por el propio mercado, debe dejarse a su control, correspondiendo al gobierno guiar su crecimiento mediante políticas, reglamentaciones y planificación económicas, así como a través de los medios administrativos necesarios.

Durante el período de rápido cambio social e industrialización, especialmente en el curso de la transición desde un sistema económico de planificación central hacia una economía orientada al mercado, el servicio tradicional chino de salud en el trabajo había de verse sometido a grandes retos. Al mismo tiempo, surgen continuamente muchos nuevos problemas de salud en el trabajo sin que se hayan resuelto aún los más antiguos.

Al repasar la historia de más de 40 años de desarrollo de la salud en el trabajo en China se detectan grandes logros y muchas iniciativas de éxito, pero sigue existiendo un gran desfase entre la creciente necesidad de recursos de salud en el trabajo y los limitados recursos actualmente disponibles. Como muchos otros aspectos de la vida china, el servicio de salud en el trabajo está sufriendo una profunda reforma.

Revisión histórica

El servicio de salud en el trabajo se creó a principios del decenio de 1950 como un subsistema de los servicios públicos chinos de salud. Al fundarse, en 1949, la República Popular China, el estado de salud de los chinos era malo, con una esperanza de vida de 35 años. La situación de la salud y la seguridad de los trabajadores era aún peor: la prevalencia de las enfermedades profesionales, las enfermedades contagiosas y las lesiones era alta, y los trabajadores solían abandonar prematuramente sus puestos de trabajo. Para hacer frente a las peligrosas condiciones de trabajo y a la deficiente higiene de las fábricas de la "vieja China", el nuevo gobierno adoptó tres medidas (Zhu 1990): a) crear unas instituciones de servicio de salud en las grandes empresas industriales; b) realizar una investigación exhaustiva de salud e higiene

en las fábricas y c) mejorar las condiciones sanitarias de los lugares de trabajo y de las viviendas de los trabajadores.

Los datos estadísticos sobre las explotaciones industriales más antiguas de China muestran que en 1952 se habían creado 28 hospitales de fábrica, 795 centros hospitalarios y 30 sanatorios en China oriental; en la región septentrional, el nivel de servicios médicos y sanitarios en las empresas industriales aumentó un 27,6 %, el número de trabajadores sanitarios un 53,2 % y el número de camas hospitalarias el 12 %, todo ello en el período de tres años comprendido entre 1950 y 1952. La mayor parte de las condiciones de trabajo gravemente inseguras encontradas las revisiones gubernamentales de las empresas estatales se mejoraron mediante iniciativas conjuntas con la participación del gobierno y los trabajadores. El gobierno proporcionó también apoyo financiero para la construcción de viviendas e instalaciones sanitarias. En 1952, las viviendas de los trabajadores habían aumentado diez veces con respecto a las cifras de 1950, el número de instalaciones de sanitarios higiénicos había aumentado un 216 %, los cuartos de baño en un 844 % y los clubes de trabajadores en un 207 % (según las estadísticas de la región septentrional). Desde 1950 se proporcionaban subsidios para alimentación a los trabajadores expuestos a peligros profesionales. Estos avances favorecieron en gran medida la recuperación de la producción industrial en aquel momento.

Desde 1954, siguiendo la llamada de Mao Tse Tung a "avanzar paso a paso hacia una nación socialista industrializada", China aceleró su desarrollo económico. Las prioridades del gobierno con respecto a la salud de los trabajadores comenzaron a desplazarse de la higiene sanitaria a la salud en el trabajo y la salud medioambiental, concentrándose en la prevención y el control de las enfermedades y lesiones profesionales graves. La primera Constitución de la República Popular China establece que los trabajadores deben disfrutar del derecho a la protección del gobierno y que debe mejorarse su salud y su bienestar.

El gobierno central (el Consejo de Estado) ha prestado mucha atención a los graves problemas de la salud en el trabajo. En 1954, tan sólo cuatro años después de la fundación de la República Popular China, tuvo lugar en Pekín la Primera Conferencia Nacional sobre Control de Polvo de Sílice en el Medio Ambiente de Trabajo, convocada conjuntamente por los Ministerios de Salud Pública (MSP) y de Trabajo (MT) y la Federación China de Sindicatos (FChS). La Segunda Conferencia se celebró cinco años después con los mismos convocantes, a los que se unieron otros sectores de la administración industrial, tales como el Ministerio de la Industria del Carbón y el Ministerio de Fabricación de Materiales de Construcción.

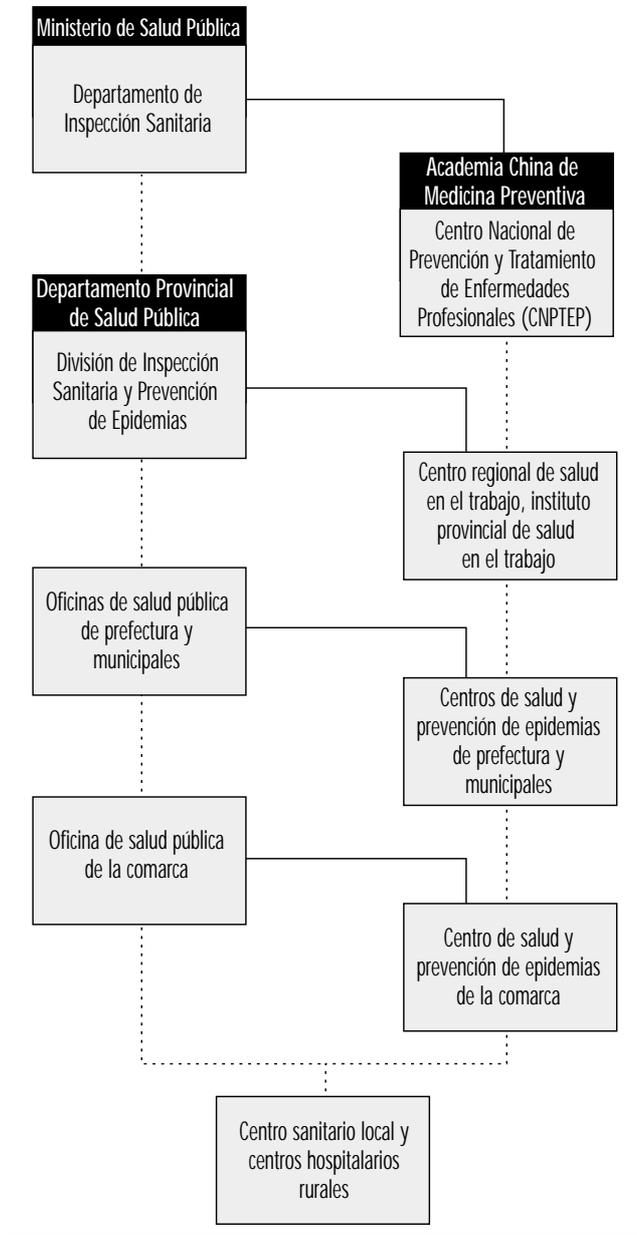
Al mismo tiempo, el estrés por calor, las intoxicaciones en el trabajo, las lesiones por ruido y otras enfermedades producidas por factores físicos, así como la intoxicación por pesticidas en la agricultura, pasaron a formar parte de la agenda de la salud en el trabajo. Fruto de las recomendaciones activas dirigidas al Consejo de Estado a través de las iniciativas conjuntas del MSP, el MT, la FChS y el Ministerio de Administración Industrial (MAI), el Consejo adoptó una serie de decisiones, políticas y estrategias para fortalecer el programa de salud en el trabajo, tales como las relativas al seguro de trabajo, los requisitos de salud y seguridad en el medio ambiente de trabajo, la asistencia médica por enfermedad profesional, las exploraciones sanitarias de los trabajadores dedicados a tareas peligrosas, la creación de sistemas de "inspección sanitaria" y también el importante apoyo financiero necesario para mejorar las condiciones de trabajo.

Tabla 16.5 • Requisitos mínimos de las instalaciones sanitarias internas.

Tamaño de la empresa (trabajadores)	Instalaciones sanitarias internas	Espacio en planta (m ²)	Requisitos mínimos
>5.000	Hospital ¹	Según el estándar de construcción para Hospitales Integrales	
3.501–5.000	Consulta	140–190	Sala de espera, consultorio, sala de tratamiento, laboratorio clínico e inmunohematológico, radiología y farmacia
2.001–3.500	Consulta	110–150	(igual que el anterior)
1.001–2.000	Consulta	70–110	No es obligatorio disponer de rayos-X
300–1.000	Consulta	30–0	No es obligatorio disponer de laboratorio ni de rayos-X

¹ Las empresas industriales con más de 3.000 trabajadores pueden establecer hospitales internos si tienen procesos productivos de alto riesgo o están ubicadas a gran distancia de una ciudad o en zonas montañosas mal comunicadas.

Figura 16.4 • Red nacional de servicios de salud en el trabajo.



Estructura organizativa de la prestación de servicios de salud en el trabajo

La red china del servicio de salud en el trabajo se creó en el decenio de 1950 y se ha configurado gradualmente a lo largo de cuarenta años. Pueden distinguirse varios niveles:

Servicio interno

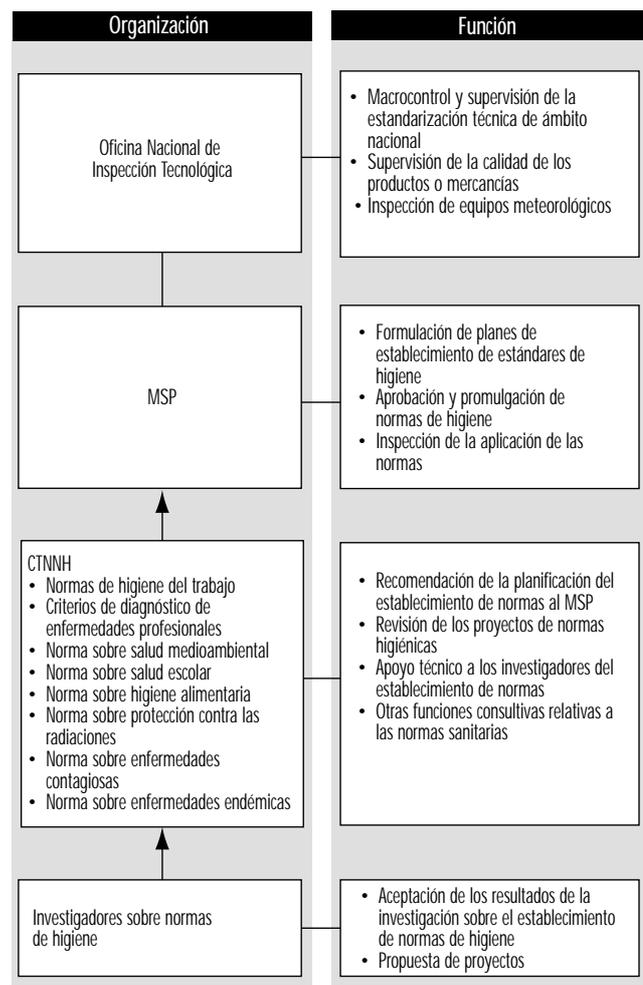
Ya en 1957, el MSP (1957) publicó una Recomendación para el Establecimiento y la Dotación de Personal de las Instituciones Médicas y Sanitarias en las Empresas Industriales. Los principios del documento se adoptaron como normas nacionales en las *Normas Higiénicas para el Diseño de Instalaciones Industriales* (MOPH 1979) (véase la Tabla 16.5). Debe haber un servicio de salud o de salud y seguridad en el nivel de dirección de la empresa, que ha

de estar también bajo la supervisión de las autoridades sanitarias públicas locales del gobierno. Un hospital para los trabajadores vinculado a dicho servicio opera como centro médico-sanitario que presta servicios preventivos y curativos, incluida la vigilancia sanitaria de los trabajadores a efectos de salud y seguridad, la evaluación de la capacidad de trabajo desde el punto de vista médico y la aprobación de las bajas por enfermedad de los trabajadores. Hay centros de asistencia sanitaria cerca de los talleres, los cuales, bajo la dirección del hospital de los trabajadores y con su apoyo técnico, desempeñan un papel importante en los primeros auxilios, la educación de los trabajadores en materia de salud en el trabajo, la recolección de datos sanitarios de los trabajadores en los lugares de trabajo y la supervisión de la salud y la seguridad conjuntamente con los sindicatos y los departamentos de ingeniería de seguridad.

Prestación de servicios de salud en el trabajo basados en la división territorial administrativa

La prestación de servicios de salud es una de las responsabilidades de un gobierno. A principios del decenio de 1950, y con el fin de mejorar la salud medioambiental, se crearon Centros de Salud y Prevención de Epidemias (CSPE) en todas las demarcaciones administrativas del país, desde las provincias hasta las

Figura 16.5 • Gestión de la elaboración de estándares sanitarios.



comarcas. Las funciones de los CSPE se ampliaron, al hilo de las necesidades crecientes de desarrollo social y económico, para incluir servicios de control preventivo que cubrían la salud en el trabajo, la salud medioambiental, la higiene alimentaria, la salud escolar, la protección contra la radiación y el control de las enfermedades contagiosas y de algunas no contagiosas. Se autorizó a los CSPE a velar por el cumplimiento de las reglamentaciones y normas sanitarias públicas promulgadas por el estado o los gobiernos locales, así como a llevar a cabo la inspección. Los CSPE, especialmente los de ámbito provincial, prestan también asistencia técnica y servicios de salud pública a la comunidad y participan en la formación interna y en la investigación científica.

El impulso industrializador de la China del decenio de 1950 y de principios del decenio de 1960 aceleró notablemente el desarrollo del programa del servicio de salud en el trabajo, que se convirtió en uno de los mayores departamentos del sistema CSPE. La mayoría de las pequeñas y medianas empresas industriales, incapaces de mantener servicios internos de salud en el trabajo e higiene industrial, podrían recibir la cobertura de los servicios de salud en el trabajo de los CSPE, gratuitos en su mayor parte.

Durante la "Revolución Cultural", entre 1966 y 1976, la red del servicio de salud en el trabajo y sus actividades se vieron gravemente deterioradas. Ésta es una de las importantes razones por la que algunas enfermedades del trabajo siguen siendo gravemente prevalentes en China. La reconstrucción del programa de salud en el trabajo comenzó a finales del decenio de 1970, cuando China comenzó a caer de nuevo en la cuenta de la importancia del desarrollo económico. Desde el inicio del decenio de 1980, se han creado en la mayor parte de las provincias y en algunos sectores administrativos, bajo la política favorable del gobierno, hospitales para la prevención y tratamiento de las enfermedades del trabajo y los institutos de salud en el trabajo, denominados *instituciones de salud en el trabajo* (IST). Las IST se basaban fundamentalmente en la utilización del personal de salud en el trabajo de los CSPE junto con médicos del trabajo de hospitales. Durante el período 1983-1991, los gobiernos central y locales invirtieron un total de 33,8 millones de yuanes RMB para apoyar la construcción de IST. En el ámbito de las provincias y las prefecturas se crearon 138 IST con laboratorios o equipos clínicos adecuados. En la actualidad, el número de IST ha llegado a 204, de las cuales 60 han sido creadas por el sector industrial. Otros 110 millones de yuanes RMB se han invertido en el equipamiento de los 1.789 centros de salud y prevención de epidemias de ámbito comarcal (He 1993). Los programas de salud en el trabajo de los CSPE comarcal fueron uno de los primeros elementos importantes del proyecto en recibir equipamiento. Para reforzar la capacidad nacional de investigación, formación y coordinación del servicio de salud en el trabajo se creó el Centro Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades del Trabajo (CNPTET), dependiente del Instituto de Medicina del Trabajo de la Academia China de Medicina Preventiva, así como siete centros regionales de salud en el trabajo ubicados en Pekín, Shangai, Shenyang, Lanzhou, Chengdu, Changsa and Guangzhou. La red nacional actual de servicios de salud en el trabajo se muestra en la Figura 16.4.

Hasta el momento se han creado 34 escuelas o departamentos de salud pública en las facultades de medicina, que constituyen las principales fuentes de personal especializado en la materia. En 1983 se crearon seis centros nacionales de formación interna en salud en el trabajo. En 1992, el total de profesionales de la salud en el trabajo, incluidos médicos, higienistas industriales, técnicos de laboratorio y otros trabajadores de la salud implicados en programas de salud en el trabajo alcanzó la cifra de 30.000.

Normas y legislación de salud en el trabajo.

Para fomentar la investigación y adopción de normas higiénicas se creó en 1981 el Comité Técnico Nacional de Normas Higiénicas (CTNNH) como organismo consultivo y de revisión técnica del MSP para el establecimiento de normas. En la actualidad, el CTNNH tiene ocho subcomités, responsables de salud en el trabajo, salud medioambiental, higiene escolar, higiene alimentaria, protección contra la radiación, diagnóstico de enfermedades del trabajo, prevención de enfermedades endémicas y enfermedades contagiosas (Figura 16.5). Los miembros del CTNNH son especialistas procedentes de universidades, institutos de investigación, organismos gubernamentales y sindicatos. Las Normas Higiénicas para el Diseño de Instalaciones Industriales se formularon por primera vez en el decenio de 1950, revisándose y promulgándose de nuevo en 1979, de modo que en la actualidad contienen una lista de límites de exposición en el trabajo en términos de concentraciones máximas permisibles (maximum allowable concentrations, MAC) de 120 polvos y agentes tóxicos, junto con otros requisitos relativos a medidas de control de peligros en los lugares de trabajo, instalaciones higiénicas y sanitarias en las fábricas, etc. También hay 50 normas de higiene en el trabajo referentes a agentes físicos y químicos peligrosos en el lugar de trabajo, promulgadas por el Ministerio de Salud Pública. Otras 127 normas higiénicas del trabajo están siendo objeto de revisión. El Ministerio de Salud Pública ha emitido criterios diagnósticos para las 50 enfermedades del trabajo indemnizables.

Como es bien sabido, China ha tenido un sistema económico de planificación central y ha estado controlada por un gobierno central unificado durante más de 40 años. En consecuencia, la mayor parte de los requisitos reglamentarios en materia de salud y seguridad estaban establecidos en forma de documentos de "Título Rojo" del gobierno central. Estos documentos tenían el máximo rango jurídico y constituían el marco normativo básico de la salud en el trabajo. Son más de 20 los documentos de este tipo promulgados por el Consejo de Estado o por sus ministerios. Las principales diferencias entre estos documentos y la legislación ordinaria es que aquéllos no establecen sanciones, su efecto vinculante no es tan fuerte como el de las leyes y la vigilancia de su cumplimiento es menor.

La reforma económica ha favorecido un sistema orientado al mercado, siguiendo la política de apertura, por lo que la legislación nacional ha recibido también un notable énfasis. La gestión de la salud en el trabajo se está transformando también desde los enfoques administrativos tradicionales hacia enfoques de base reglamentaria. Uno de los documentos jurídicos más importantes es el Reglamento de Prevención y Control de Neumococinosis, promulgada por el Consejo de Estado en 1987. Otro hito en la protección de los derechos de los trabajadores es la promulgación de la Ley de Trabajo por el Congreso Popular Nacional, con fecha de entrada en vigor anticipada al 1 de enero de 1995, que establece como uno de sus objetivos principales la salud y la seguridad de los trabajadores. Para poner en práctica esta ley a efectos del control de las enfermedades, el Ministerio de Salud Pública remitió a la Oficina de Legislación del Consejo de Estado un proyecto de ley de prevención y control de enfermedades del trabajo, en el que se recoge la mayor parte de las experiencias y políticas de salud en el trabajo básicas para las instituciones competentes tanto en China como en el extranjero. El proyecto debe ser objeto de una revisión adicional antes de ser remitido al Comité Permanente del Congreso Popular Nacional.

El sistema de inspección sanitaria

El gobierno ha insistido en el lema "La prevención es lo primero", que se ha convertido en un importante principio de la salud pública básica nacional. Ya en 1954, cuando apenas había

comenzado la industrialización, el gobierno central tomó la decisión de establecer un sistema de inspección sanitaria para velar por el cumplimiento de las reglamentaciones y políticas sanitarias nacionales de higiene industrial. Se autorizó a los CSPE a realizar la inspección sanitaria en nombre de las autoridades sanitarias gubernamentales. Entre las tareas principales de la inspección sanitaria de empresas se encuentran las siguientes:

- inspeccionar la empresa para el control de los peligros del lugar de trabajo, de modo que sus concentraciones o intensidades se ajusten a las normas nacionales de higiene industrial;
- comprobar si se han realizado con arreglo a las reglamentaciones nacionales y a los requisitos locales las exploraciones previas a la colocación y periódicas de los trabajadores expuestos;
- asegurarse de que los trabajadores que padezcan enfermedades profesionales sean adecuadamente tratados, se les permita recuperarse, sean trasladados a otros puestos o se les ofrezcan otras opciones adecuadas con arreglo a las reglamentaciones aplicables;
- realizar evaluaciones de higiene y supervisar las medidas de control de peligros en el lugar de trabajo;
- supervisar como se llevan a cabo los registros de salud en el trabajo, la notificación de las enfermedades profesionales y el control medioambiental en la empresa.

Estas actividades forman parte de la "inspección sanitaria normal" y se consideran tareas rutinarias que deben realizarse periódicamente. Junto a ellas, las restantes tareas de la inspección sanitaria son:

- inspección sanitaria preventiva de los proyectos de construcción industrial (antes de toda nueva construcción industrial o reconstrucción o ampliación de viejas empresas industriales, todos los diseños de ingeniería, instalaciones de control de peligros e instalaciones médico sanitarias y de acomodación de trabajadores deben superar una inspección inicial de salud en el trabajo);
- evaluación toxicológica de nuevas sustancias químicas industriales.

Diversas leyes y reglamentos de salud pública han establecido la inspección sanitaria, especialmente la de carácter preventivo, como principio fundamental de las medidas de intervención en materia de salud pública. Desde el decenio de 1970, a medida que se ha prestado mayor atención al control de la contaminación medioambiental, la inspección sanitaria se ha ampliado a *inspección de todo el proceso*. El principio de que "las instalaciones de control de peligros deben diseñarse, construirse y utilizarse simultáneamente a la parte principal del proyecto" fue uno de los importantes requisitos establecidos en el Reglamento de Prevención y Control de la Neumoconiosis y en la Ley de Protección Medioambiental.

Estrategia integral de prevención de enfermedades profesionales

Junto con el control de la neumoconiosis y la contaminación grave por polvos en el entorno de trabajo, se ha subrayado la *prevención integral*, sintetizada en ocho caracteres de la escritura china que se traducen del siguiente modo:

- *innovación*: mejora tecnológica, tal como utilizar materiales seguros o de bajo riesgo y procesos más productivos, y sustitución de métodos productivos desfasados mediante técnicas avanzadas adecuadas;
- *mantenimiento de la humedad*: mantener húmedos los lugares de trabajo polvorientos para reducir la concentración de polvo,

Tabla 16.6 • Exploraciones periódicas obligatorias para los trabajadores expuestos al polvo.

Clase de polvo	Intervalo de exploración (años)	
	Trabajadores en servicio	Trabajadores retirados
Contenido de sílice libre (%)		
80	0,5-1	1
40	1-2	2
10	2-3	3
<10	3-5	5
Amianto	0,5-1	1
Otras clases de polvo	3-5	5

especialmente en las actividades de perforación y de triturado de la industria minera;

- *separación*: separar a los trabajadores, los equipos y las áreas medioambientales para evitar los escapes de polvo y la consiguiente contaminación de los trabajadores;
- *ventilación*: mejorar la ventilación natural y mecánica;
- *protección*: proporcionar protección personal a los trabajadores expuestos;
- *supervisión*: establecer reglas y normas de funcionamiento seguras, y supervisar su cumplimiento por parte de los trabajadores;
- *educación*: poner en práctica programas de educación en materia de salud y seguridad para promover la participación de los trabajadores y mejorar su concienciación con respecto a su protección personal;
- *comprobación*: inspeccionar el medio ambiente de trabajo para verificar el cumplimiento de las normas nacionales y explorar periódicamente la salud de los trabajadores a la luz de los requisitos nacionales.

Se ha demostrado en las prácticas de muchas empresas que la estrategia de los "ocho caracteres" es importante y eficaz para la mejora de las condiciones de trabajo.

Supervisión medioambiental en el lugar de trabajo

Las empresas que tienen un medio ambiente de trabajo peligroso deben supervisar periódicamente las concentraciones o intensidades de los peligros y adoptar medidas (por ejemplo, con respecto a los valores de MAC). Si la empresa no es capaz de realizar por sí misma esta supervisión medioambiental, pueden recurrir a los servicios de las IST y CSPE locales.

Para controlar la calidad de la supervisión del lugar de trabajo realizado por la empresa, las IST y CSPE deben practicar inspecciones regularmente y siempre que sea necesario. EL CNPTET es responsable del control de calidad, en el ámbito nacional, sobre la supervisión de los riesgos en el lugar de trabajo. La vigilancia del aire en el lugar de trabajo ha sido objeto de varias reglamentaciones técnicas del MSP y publicaciones del CNPTET (por ejemplo, *Methods for Airborne Dust Measurement in the Workplace* (GB 5748-85) (MOPH 1985) y *Methods for Monitoring and Analysis of Chemical Hazards in Air of Workplace* (Instituto de Medicina del Trabajo 1987).

Para un mayor control de la calidad de la supervisión del medio ambiente en el lugar de trabajo se ha remitido al MSP, para su revisión y aprobación, un conjunto de normas de garantía de calidad en la medición de sustancias peligrosas. Las cualificaciones de las instituciones encargadas de la supervisión

del lugar de trabajo se revisarán y sujetarán a licencia, exigiéndose:

- capacidad profesional de las personas que tomen las muestras o realicen funciones analíticas;
- equipos necesarios para la toma y análisis de muestras, así como para su adecuada calibración;
- soluciones patrón y reactivos;
- garantías de calidad en la toma de muestras ambientales y biológicas;
- garantías de calidad en el laboratorio y comprobaciones similares.

En la actualidad se está realizando un estudio piloto sobre la evaluación de los laboratorios en 200 instituciones y laboratorios, lo que supone un primer paso en la puesta en práctica de la Norma de Garantía de Calidad.

La exploración de salud de los trabajadores

Los trabajadores expuestos a peligros profesionales en el lugar de trabajo deben disponer de exploraciones de salud al efecto. Este principio se impuso por primera vez para los trabajadores expuestos al polvo en el decenio de 1950 y se extendió rápidamente hasta cubrir a todos los trabajadores expuestos a productos químicos tóxicos y a peligros físicos.

Las exploraciones sanitarias incluyen una exploración previa al empleo o de capacidad física para el trabajo y exploraciones periódicas, todas las cuales deben ser realizadas por las IST o instituciones médico-sanitarias competentes con licencia de las administraciones sanitarias públicas gubernamentales.

La exploración previa al empleo

La exploración previa al empleo es obligatoria para los trabajadores nuevos o trasladados por primera vez a lugares de trabajo peligrosos. Esta prueba se centra en la evaluación de la salud del trabajador con respecto a las condiciones del lugar de trabajo para garantizar que el trabajo específico que va a realizar no perjudicará su salud y para excluir a quienes no tengan la capacidad física para realizarlo. Los criterios sanitarios utilizados para determinar las contraindicaciones de distintos trabajos peligrosos están establecidos en detalle en *the National Diagnostic Criteria and Principles of Management of Occupational Diseases* (Health Standards Office 1993) y *Guideline of Occupational Health Service and Inspection* promulgado por el MSP (1991b).

Las exploraciones periódicas

Los trabajadores expuestos a distintos peligros tienen diferentes intervalos de realización de las exploraciones médicas. El de los trabajadores expuestos al polvo, por ejemplo, aparece en la

Tabla 16.7 • Exploraciones físicas para los trabajadores expuestos a peligros profesionales.

Año	Número de trabajadores (miles)	Proporción de trabajadores expuestos (%)	Tasa de exploración de trabajadores expuestos (%)	Tasa de enfermedades profesionales detectadas (%)
1988	62.680	29,36	18,60	0,90
1989	62.791	29,92	20,67	0,57
1990	65.414	29,55	20,47	0,50
1991	66.039	30,30	21,03	0,57
1992	64.222	30,63	20,96	0,40
1993	64.345	31,28	17,97	0,46

Figura 16.6 • Gestión del diagnóstico de enfermedades profesionales en China.

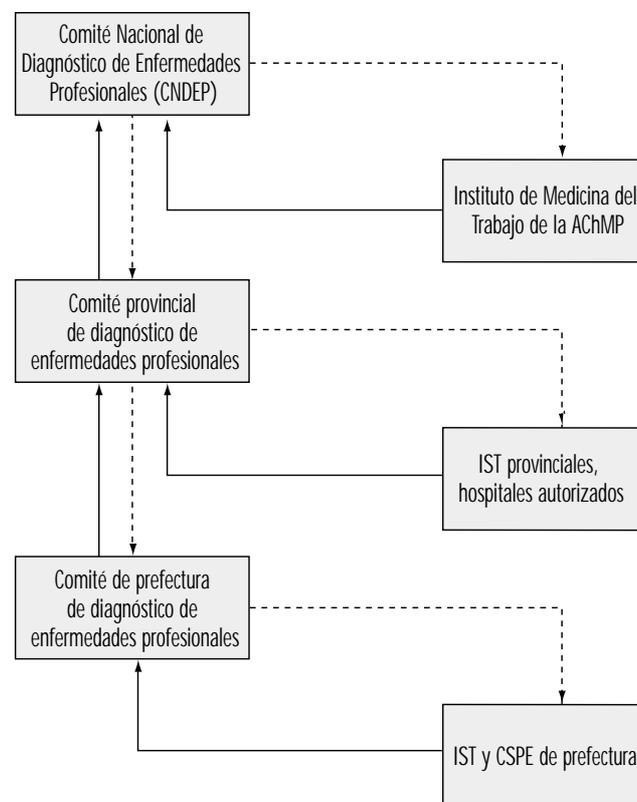


Tabla 16.6. Los que padecen neumoconiosis deben someterse a exploraciones físicas anuales.

Todos los registros médicos deben garantizarse tanto en las empresas como en las IST locales y notificarse anualmente a la autoridad pública sanitaria gubernamental y luego al CNPTET y al MSP.

Los trabajadores trasladados a una empresa procedentes de una fábrica en la que existen riesgos de exposición peligrosa deben someterse a una exploración sanitaria a cargo de una IST local para determinar si su salud se ha visto perjudicada por dicha exposición, y los registros sanitarios deben enviarse a la nueva empresa junto con el trabajador (MOPH 1987).

La Tabla 16.7 muestra las estadísticas de las exploraciones sanitarias a los trabajadores en el período 1988-1993. Un total de 64 millones de trabajadores estaban cubiertos por la red del servicio de salud en el trabajo, que incluía empresas estatales y otras propiedad colectiva de las ciudades y parte de las industrias rurales en el ámbito de las pequeñas ciudades. Los trabajadores expuestos a peligros del trabajo constituían un 30 % del total. Casi 4 millones de trabajadores expuestos, en torno al 20 % del total, tenían exploraciones médicas anuales. En 1993, por ejemplo, la población industrial total era de 64.345.193 trabajadores, según el informe del Centro Nacional de Informes de Salud en el Trabajo (CNIST) (faltaban, no obstante, datos de Neimeng, el Tibet y Taiwan). La proporción de trabajadores expuestos a peligros del trabajo era del 31,28 % (20.126.929), de los cuales 3.982.940 tuvieron exploraciones, lo que representa

un 19,79 %. La tasa total de enfermedades profesionales indemnizables detectadas fue del 0,46 % en 1993 (MOPH 1994).

La gestión de las enfermedades profesionales

Enfermedades profesionales indemnizables

En términos generales, cualquier enfermedad causada por la exposición a factores peligrosos presentes en el lugar de trabajo o derivada de los procesos de producción se considera enfermedad profesional. No obstante, a efectos de indemnización el MSP, MT, el Ministerio de Hacienda y la FChS han elaborado una lista de enfermedades profesionales (MOPH 1987). La lista cubre nueve categorías, incluida la neumoconiosis; las intoxicaciones agudas y crónicas en el trabajo; las enfermedades inducidas por factores físicos; las enfermedades contagiosas del trabajo; las dermatosis del trabajo; los deterioros visuales del trabajo; las enfermedades otorrinolaringológicas del trabajo y los tumores del trabajo, hasta un total de 99 enfermedades. Si los gobiernos locales o los sectores del gobierno proponen cualquier otra enfermedad para complementar la lista, deben remitir la propuesta al MSP para su aprobación.

El diagnóstico de enfermedades profesionales indemnizables

Según lo establecido en el Reglamento sobre diagnóstico de enfermedades profesionales promulgado por el MSP, en los niveles provinciales y de prefectura las enfermedades profesionales indemnizables deben ser diagnosticadas por IST o instituciones médico-sanitarias con licencia concedida al efecto por el departamento de salud pública del gobierno local. Con el fin de controlar la calidad del diagnóstico y de prestar asistencia técnica para la confirmación de casos complicados y la resolución controversias en el diagnóstico, se han creado comités de diagnóstico de enfermedades profesionales en los niveles nacional, provincial y municipal o de prefectura (Figura 16.6) (MOPH 1984).

El Comité Nacional de Diagnóstico de Enfermedades Profesionales (CNDEP) consta de cinco subcomités encargados de las intoxicaciones en el trabajo, la neumoconiosis, las enfermedades profesionales inducidas por factores físicos, las enfermedades causadas por la radiación y la patología de neumoconiosis,

Tabla 16.8 • Resultados del control medioambiental de los peligros del lugar de trabajo.

Año ¹	Empresas de propiedad estatal		Empresas rurales +	
	Núm. de locales medioambientales controlados	Proporción de locales que cumplen los estándares (%)	Núm. de locales medioambientales controlados	Proporción de locales que cumplen los estándares (%)
1986	417.395	51,40	53.798	42,50
1987	458.898	57,20	50.348	42,60
1988	566.465	55,40	68.739	38,50
1989	614.428	63,10	74.989	53,50
1990	606.519	66,40	75.398	50,30
1991	668.373	68,45	68.344	54,00
1992	646.452	69,50	89.462	54,90
1993	611.049	67,50	104.035	54,80

¹ A partir exclusivamente de datos de 1988: Yunnan, Xinjiang; 1989: Tibet, Taiwan; 1990: Tibet, Taiwan; 1991: Tibet, Taiwan; 1992: Tibet, Taiwan; 1993: Neimeng, Tibet, Taiwan.

respectivamente. La central del Comité se encuentra en el Departamento de Inspección del MSP. Su dirección ejecutiva está en el IOM/CAPM. Todos los miembros del Comité son designados por el MSP.

Los criterios de diagnóstico de enfermedades profesionales se dictan por el MSP. En este momento hay criterios para 66 enfermedades profesionales en vigor. Para otras enfermedades profesionales indemnizables sin criterios nacionales de diagnóstico, los departamentos provinciales de salud pública pueden formular criterios provisionales de aplicación en sus propias provincias previa remisión al MSP a efectos de registro.

Según los Criterios de Diagnóstico, éste debe basarse en los siguientes tipos de evidencias: historia de exposiciones, síntomas y signos clínicos, resultados de laboratorio y de la supervisión medioambiental en el lugar de trabajo y exclusión fundada de otras enfermedades. Una vez formulado el diagnóstico, la IST debe emitir una Certificación de Enfermedad Profesional (CEP) en tres copias: una para enviar al trabajador, otra a la empresa a los efectos de los correspondientes mecanismos de indemnización y otra para conservarla para futuros tratamientos médicos y evaluaciones de la capacidad de trabajo.

La gestión de pacientes con enfermedades profesionales

La indemnización y otras prestaciones a los pacientes afectados por enfermedades del trabajo son a cuenta de la empresa, según las Reglamentaciones del Seguro de Trabajo. La dirección de la empresa, el sindicato y el comité de evaluación de la capacidad de trabajo de la empresa deben participar conjuntamente en el estudio y elección del tratamiento y la indemnización adecuados para los pacientes con arreglo a las CEP y al grado de pérdida de capacidad de trabajo. Para quienes se acredite la incapacidad de ejecutar su trabajo original tras la realización del adecuado tratamiento médico, la empresa debe trasladarlos a otros lugares de trabajo o adoptar las medidas adecuadas de empleo con arreglo a su estado de salud en el plazo de dos meses o, en casos especiales, de seis meses. Cuando un trabajador afectado por una enfermedad profesional se traslada a otra empresa, las prestaciones por enfermedad deben seguir siendo a cuenta de la empresa inicial o bien compartirse por ambas, si alcanzan un acuerdo. Todos los registros sanitarios, las CEP y otros datos relativos a la asistencia sanitaria del trabajador deben trasladarse también a la nueva empresa, debiendo una y otra informar del traslado a sus IST locales a efectos de llevanza de registros y de seguimiento.

Si el diagnóstico de enfermedad profesional se alcanza después de que el trabajador se haya trasladado a otra empresa, la indemnización y las prestaciones serán de cuenta de ésta, con independencia de que la enfermedad esté relacionada o no con sus condiciones laborales actuales. En el caso de los trabajadores sin contrato laboral o contratados de forma temporal, si la enfermedad profesional se diagnostica durante el período de

Tabla 16.9 • Exposición al polvo y prevalencia de la silicosis en la mina de tungsteno Yiao Gang Xian.

Año	Concentraciones de polvo (mg/m ³)	Tasas de silicosis detectadas (%)
1956	66	25,8
1960	3,5	18,6
1965	2,7	2,6
1970	5,1	0,3
1975	1,6	1,2
1980	0,7	2,1

Tabla 16.10 • Tasa de detección de silicosis en la acería Anshan.

Decenios	Núm. de exploraciones	Casos	Tasa (%)	Tasa de cumplimiento de polvo (%)
1950	6.980	1.269	18,21	23,60
1960	48.929	1.454	2,97	29,70
1970	79.422	863	1,08	28,70
1980	33.786	420	1,24	64,10

desempleo y hay pruebas de la exposición a un medio ambiente de trabajo peligroso en el tiempo en que estuvo contratado por una determinada empresa, la asistencia sanitaria y la indemnización serán de cuenta de ésta (MOPH 1987).

Logros en la prevención y control de las enfermedades profesionales

La mejora de las condiciones de trabajo

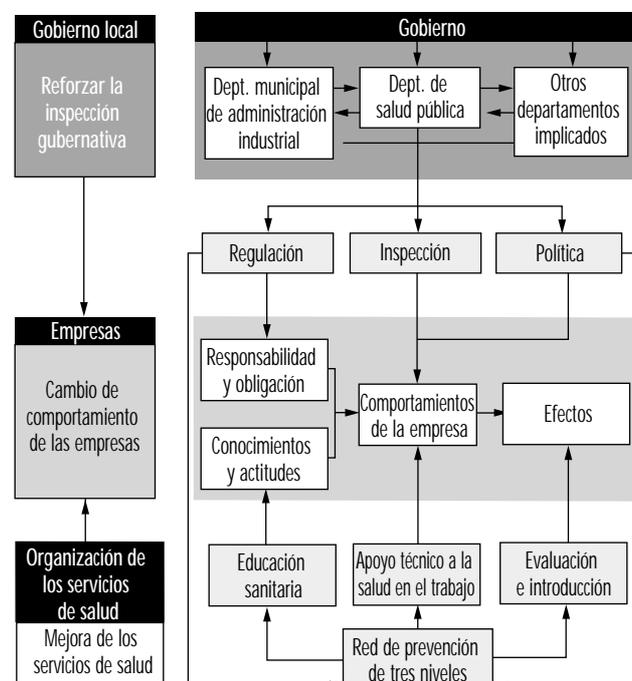
La concentración o intensidad de los peligros del trabajo en el lugar de trabajo se ha reducido notablemente. Las estadísticas de supervisión del medio ambiente de trabajo suministradas por el CNIST muestran que la proporción de lugares de trabajo que cumplen las normas nacionales se ha incrementado un 15 % entre 1986 y 1996 (NCOHR 1994). Esto es especialmente cierto en las empresas industriales de propiedad estatal o de propiedad colectiva urbana, de las cuales casi un 70 % tenía un medio ambiente de trabajo ajustado a las normas nacionales. La situación en las empresas industriales rurales también está cambiando. La tasa de cumplimiento en materia de peligros profesionales ha aumentado desde el 42,5 % al 54,8 % en 1993 (Tabla 16.8). Es importante señalar que los cálculos de tasas de cumplimiento en las industrias de pequeñas ciudades pueden ser superior a lo indicado, pues este informe periódico sólo puede cubrir un 15 % de las industrias rurales anualmente y la mayor parte de ellas están ubicadas cerca de ciudades con instalaciones de servicios sanitarios bien desarrollados.

Prevalencia de algunas enfermedades profesionales graves y puesta en práctica de medidas preventivas integrales

Los datos del informe nacional de salud en el trabajo indican que la prevalencia de las enfermedades profesionales indemnizables se ha mantenido en una tasa de entre 0,4 % y 0,6 %, aunque las industrias se han desarrollado muy rápidamente en los últimos años. La silicosis, por ejemplo, lleva años bajo control en algunas grandes empresas industriales o mineras del estado. Las Tablas 16.9 y 16.10 muestran el éxito de la mina de tungsteno Yiao Gang Xian y de la acería Anshan en el control de la silicosis (Zhu 1990).

La encuesta epidemiológica nacional de neumoconiosis en el período 1987-90 mostró también que el tiempo medio de trabajo de los pacientes entre su primera exposición al polvo de sílice y la aparición de signos de neumoconiosis se había prolongado notablemente, pasando de 9,54 años en el decenio de 1950 a 26,25 en el decenio de 1980 para los trabajadores con silicosis y de 16,24 años a 24,72 años para los trabajadores del carbón afectados por neumoconiosis en el mismo período de tiempo. La edad media de los pacientes de silicosis en el momento de su muerte aumentó también de 36,64 a 60,64 años, así como la de los pacientes de silicosis, que pasó de 44,80 a 61,43 años (MOPH 1992). Estas mejoras pueden atribuirse en parte al éxito de las políticas e intervenciones gubernamentales en materia de

Figura 16.7 • Estrategia del estudio piloto de servicios de salud en el trabajo en empresas de pequeñas ciudades.



salud en el trabajo, así como a los grandes esfuerzos de los profesionales de este campo.

La promoción de los programas de salud en el trabajo en las pequeñas empresas

Ante el rápido y continuo desarrollo de las pequeñas empresas, especialmente en la industria de las pequeñas ciudades, y el creciente desfase entre los servicios de salud en el trabajo y las necesidades reales, el Ministerio de Salud Pública decidió realizar un estudio de campo más completo sobre intervención en esta área. Este estudio es importante no sólo para ayudar a resolver problemas de salud en el trabajo en las industrias rurales, sino también para explorar enfoques para la reforma del sistema del servicio de salud en el trabajo en las empresas propiedad del estado para adaptarse a las cambiantes exigencias del sistema económico de mercado que se está estableciendo. Por tanto, en diciembre de 1992 se creó en el seno del Departamento de Inspección Sanitaria del Ministerio de Salud Pública el Grupo de Expertos para el Estudio de Campo sobre Políticas de Servicio de Salud en el Trabajo para las Pequeñas Empresas. El Grupo se creó para ayudar a las provincias a desarrollar programas y enfoques de salud en el trabajo para una intervención eficaz en situaciones de peligro. Como primer paso, el Grupo redactó un "Programa Recomendado para el Estudio de Campo Nacional" para los gobiernos provinciales, aprobado y promulgado por el MSP en 1992. La estrategia prioritaria del programa es la siguiente:

La empresa, el prestador de salud en el trabajo y el gobierno local son los tres componentes claves del programa. El programa se centra en el reajuste de las relaciones entre estos tres componentes para establecer un nuevo modelo de desarrollo. Los objetivos básicos del programa son reforzar el control reglamentario

del gobierno, cambiar las actitudes con respecto a la salud y el comportamiento de los departamentos productivos y operativos de las empresas y aumentar la cobertura del servicio mínimo de salud en el trabajo, al tiempo que se mejoran las condiciones de trabajo mediante medidas tecnológicas adecuadas (Figura 16.7). El MSP ha seleccionado cuatro comarcas (o distritos) como áreas nacionales de prueba previa a la puesta en práctica del programa en la totalidad del país, entre las que se encuentran el distrito de Zhangdian, en el municipio de Zibo, provincia de Shandong; el distrito de Baoshan, en el municipio de Shanghai; la comarca de Jinhua, en la provincia de Zhejiang; y el distrito de Yuhong, en el municipio de Shenyang, provincia de Liaoning.

El programa destaca siete ámbitos de intervención de política:

- fortalecimiento de la supervisión y la inspección de la salud en el trabajo en las pequeñas empresas por parte de los gobiernos locales;
- estudio de la forma de conciliar los servicios de salud en el trabajo de las empresas rurales con el objetivo "Salud para todos en el año 2000" en China;
- mejora de las redes organizativas sanitarias de base para la prestación de servicios de salud en el trabajo, su gestión y la supervisión de las empresas;
- estudio de enfoques prácticos para llevar a la práctica el servicio y la inspección de salud en el trabajo en las empresas de pequeñas ciudades;
- búsqueda y recomendación de tecnología adecuada para el control de peligros y la protección personal para las empresas de pequeñas ciudades;
- puesta en práctica de los programas de educación de salud en el trabajo en las empresas de pequeñas ciudades;
- desarrollo de personal de salud en el trabajo y mejora de las condiciones de trabajo del servicio de salud en el trabajo para reforzar su red, especialmente en los ámbitos de las pequeñas ciudades y de los condados.

Se han obtenido algunos resultados preliminares en las cuatro áreas de prueba y las ideas básicas del programa se están introduciendo en otras áreas de China, estando prevista la evaluación final para el año 1996.

El autor agradece la ayuda del Prof. F. S. He en la revisión de este artículo.

● SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN LA REPUBLICA CHECA

Vladimír Bencko y Daniela Pelclová

Marco geopolítico

El predominio de la industria pesada (industria del hierro y acero, altos hornos y refinerías), la metalurgia y la fabricación de maquinaria, así como el énfasis en la producción de energía han predeterminado notablemente la estructura económica de los países de Europa Central y Oriental en las cuatro últimas décadas. Esta situación ha dado lugar a exposiciones relativamente altas a ciertos tipos de peligros profesionales en el lugar de trabajo. Los intentos actuales de transformar las economías de estos países con arreglo al modelo de mercado y de mejorar la seguridad y la salud en el trabajo han tenido un éxito considerable en este corto período de tiempo.

Hasta hace muy poco, la prevención de los efectos adversos de las sustancias químicas presentes en los lugares de trabajo y en el medio ambiente, en el agua potable y en la cesta de la compra de alimentos de la población se lograba mediante el cumplimiento obligatorio de las normas higiénicas y sanitarias y los

límites de exposición en el trabajo, tales como las Concentraciones Máximas Permisibles (Maximum Allowable Concentrations, MAC), los Valores Límite de Umbral (Threshold Limit Values, TLV) y la Dosis Diaria Aceptable (Acceptable Daily Intake, ADI). Los principios de comprobación de la toxicidad y evaluación de la exposición recomendados por diversas organizaciones internacionales, incluidas las normas aplicadas en los países de la Unión Europea, serán cada vez más compatibles con los utilizados en los países de Europa Central y Oriental a medida que éstos se interrelacionan progresivamente con las restantes economías europeas.

Durante el decenio de 1980 se reconoció progresivamente la necesidad de armonizar las metodologías y enfoques científicos en el campo de la toxicología y la estandarización higiénica aplicados en los países de la OCDE con los empleados en los países miembros del Consejo de Asistencia Económica Mutua (COMECON). Esto se debió principalmente al aumento de la producción y el comercio, incluyendo los productos químicos industriales y agrícolas. Un factor que reforzó la urgencia con que se contemplaba esta necesidad fue el problema creciente de la contaminación aérea y fluvial a través de las fronteras de Europa (Bencko y Ungváry 1994).

El modelo económico de Europa Central y Oriental estaba basado en una política económica de planificación central orientada al desarrollo de la industria básica del metal y el sector energético. En 1994, la economías de la Federación Rusa, Ucrania, Bielorrusia, Polonia y las repúblicas checa y eslovaca conservaban aún, exceptuados cambios menores, sus viejas estructuras (Pokrovsky 1993).

La minería del carbón es un sector muy desarrollado en la República Checa. Al mismo tiempo, la minería del carbón negro (por ejemplo, en la región septentrional de Moravia) es la causa del 67 % de todos los nuevos casos de neumoconiosis del país. El carbón marrón se extrae en minas a cielo abierto del norte de Bohemia, el sur de Silesia y zonas vecinas de Alemania. Las centrales térmicas de producción eléctrica, las plantas químicas y la minería del carbón marrón son factores decisivos de la contaminación medioambiental de la región, que constituye el llamado "triángulo sucio" o "negro" de Europa. El uso incontrolado de pesticidas y fertilizantes en la agricultura no era algo excepcional (República Federal Checa y Eslovaca 1991b).

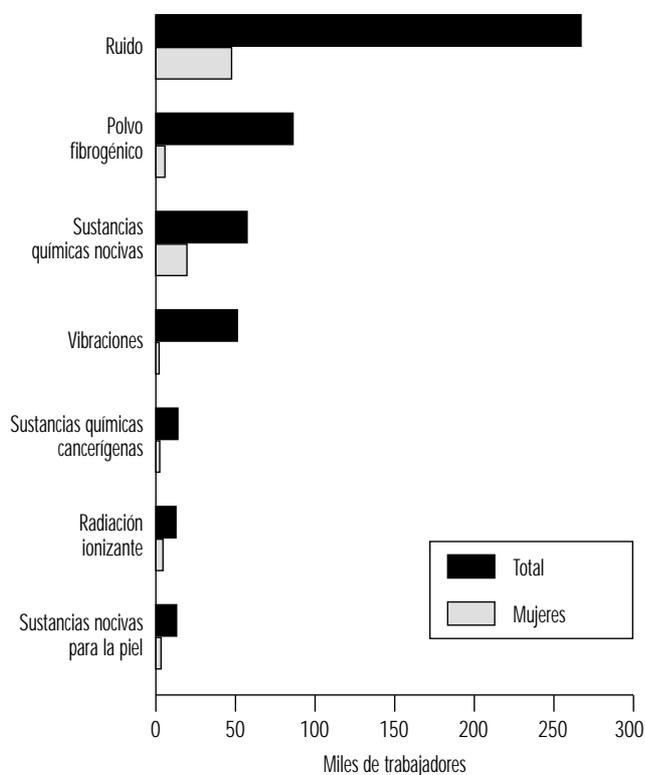
La población activa de la República Checa asciende a unos 5 millones de trabajadores. En torno a 405.500 de ellos (es decir, el 8,1 %) realizan actividades peligrosas (Ministerio de Sanidad de la República Checa 1992). La Figura 16.8 muestra los datos relativos al número de trabajadores expuestos a distintos peligros profesionales y la proporción de mujeres entre ellos.

Necesidades cambiantes

El sistema de salud en el trabajo de la República Checa ha atravesado tres etapas consecutivas en su desarrollo y se ha visto influido por los cambios políticos y económicos experimentados por el país (Pelclová, Weinstein y Vejlupeková 1994).

1ª Etapa: 1932-48. Este período viene marcado por la fundación del primer Departamento de Medicina del Trabajo por parte del Profesor J. Teisinger en la universidad más antigua de Europa Central (Universidad Carlos, fundada en 1348). Más tarde, en 1953, este departamento se convirtió en el Centro Hospitalario de Medicina del Trabajo, con 27 camas. El Profesor Teisinger fundó también el Instituto de Investigación sobre Salud en el Trabajo y, en 1962, el Centro de Información sobre Venenos, en el seno del Centro Hospitalario. Teisinger recibió varios premios internacionales, entre ellos uno de la American Association of Industrial Hygienists en 1972 por su aportación personal al desarrollo de la salud en el trabajo.

Figura 16.8 • Número de trabajadores expuestos a los riesgos profesionales más graves en la República Checa.



2ª Etapa: 1949-88. Este período muestra muchas incoherencias, caracterizándose en algunos aspectos por notables deficiencias y en otros por indudables progresos. En esta etapa se reconoció la necesidad de reorganizar el sistema vigente de salud en el trabajo, pese a su fiabilidad y buen desarrollo en algunos aspectos. La asistencia sanitaria se consideraba un derecho civil fundamental garantizado por la Constitución. Los seis principios básicos del sistema sanitario eran (Czech and Slovak Federal Republic 1991a):

- integración planificada de la asistencia sanitaria en la sociedad;
- promoción de una forma de vida sana;
- desarrollo científico y técnico;
- prevención de las enfermedades físicas y mentales;
- acceso gratuito y universal a los servicios de asistencia sanitaria;
- intervención del estado en favor de un medio ambiente saludable.

Pese a los avances realizados en algunos aspectos, ninguno de estos objetivos se alcanzó plenamente. La esperanza de vida (67 años para los hombres y 76 para las mujeres) es la más corta de los países industrializados. Hay una alta tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer. En torno al 26 % de los adultos son obesos y el 44 % de ellos tienen niveles de colesterol superiores a 250 mg/dl. La dieta contiene mucha grasa animal y pocas frutas y verduras frescas. El consumo de alcohol es relativamente alto y alrededor del 45 % de los adultos fuma, lo que causa la muerte de en torno a 23.000 personas al año.

La asistencia médica y dental, así como las medicinas, se entregaban gratuitamente y el número de médicos (36,6 por

cada 10.000 habitantes) y de enfermeras (68,2 por cada 10.000) estaba entre los más altos del mundo, pero con el tiempo el estado se vio incapaz de cubrir los importantes gastos continuamente crecientes de la salud pública. Ha habido carencias temporales de algunos fármacos y equipos, así como dificultades en la prestación de servicios de asistencia sanitaria y rehabilitación. La estructura actual, que no permitía al paciente elegir a su médico de cabecera, creaba muchos problemas. El personal médico de los hospitales estatales recibía salarios bajos y fijos, sin incentivos para la prestación de más servicios. No existía un sistema privado de asistencia sanitaria. En los hospitales, el principal criterio de buen funcionamiento era el "número de camas ocupadas" y no la calidad de la asistencia prestada.

No obstante, el sistema estatal centralizado de salud en el trabajo tenía algunos aspectos positivos, entre ellos un registro prácticamente completo de lugares de trabajo peligrosos y un sistema bien organizado de control higiénico por parte del Servicio Higiénico. Los servicios internos de salud en el trabajo de las grandes empresas facilitaban la prestación de servicios integrales de asistencia sanitaria, incluidas las exploraciones médicas periódicas y el tratamiento de los trabajadores. No existían pequeñas empresas privadas, que suelen constituir un grave problema para los programas de salud en el trabajo.

En la agricultura, la situación era similar, sin pequeñas explotaciones privadas sino grandes cooperativas, de modo que el médico del trabajo que operaba en el centro de salud e una fábrica o granja cooperativa prestaba los servicios de salud en el trabajo a los trabajadores.

El rigor en el cumplimiento de la normativa de salud y seguridad en el trabajo era en ocasiones contradictorio. Si tras la inspección de un lugar de trabajo peligroso por parte de un higienista industrial o un inspector de fábrica éste exigía la reducción del nivel de exposición en el trabajo y el cumplimiento de las normas de salud y seguridad, en lugar de corregir estos riesgos se entregaba a los trabajadores una indemnización económica. Aparte del hecho de que con frecuencia las empresas no tomaban medida alguna para mejorar las condiciones de trabajo, los propios trabajadores no estaban interesados en hacerlo y preferían, en su lugar, seguir recibiendo

Figura 16.9 • Enfermedades profesionales en la República Checa en el período 1981-1992.

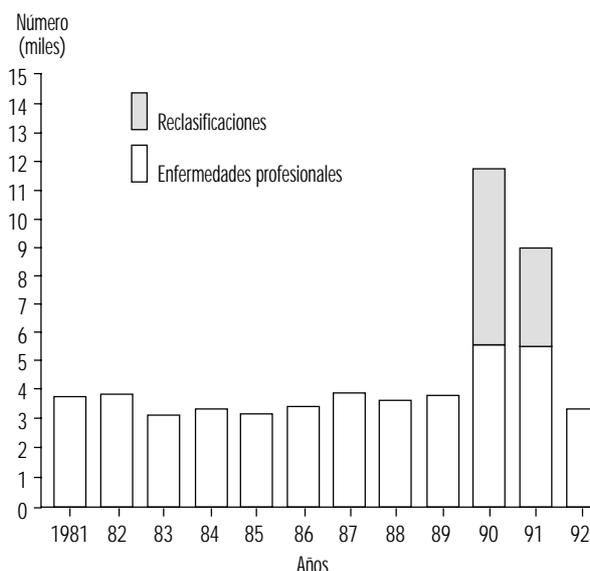
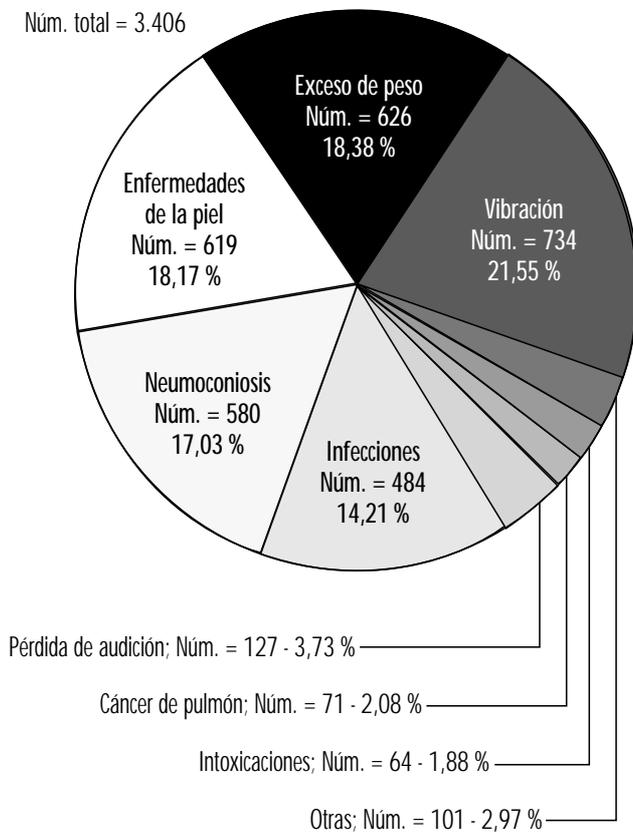


Figura 16.10 • Enfermedades profesionales en la República Checa en 1992.



primas. Además, el trabajador que contraía una enfermedad profesional recibía una indemnización económica importante dependiendo de la gravedad de la enfermedad y de su nivel salarial previo. Este tipo de situación provocaba conflictos de intereses entre los higienistas industriales, los médicos del trabajo, los sindicatos y las empresas. Como muchas prestaciones eran de cargo del estado y no de la empresa, a ésta le resultaba con frecuencia más barato no mejorar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

Por extraño que pueda parecer, algunas normas higiénicas, incluidas los niveles permitidos de ruido y los límites de exposición en el trabajo, eran más rigurosas que los de Estados Unidos o Europa Occidental. En consecuencia, a veces resultaba imposible no excederlos al utilizar maquinaria o equipos anticuados. Los lugares de trabajo que excedían los límites se clasificaban como de "4ª categoría" o más peligrosos, pero por razones económicas no se interrumpía la producción y, en su lugar, se ofrecían indemnizaciones a los trabajadores.

3ª Etapa: 1989–la actualidad. La "revolución de terciopelo" de 1989 hizo posible un cambio inevitable en el sistema de salud pública. La reorganización ha sido bastante compleja y en algunos casos difícil de conseguir: téngase en cuenta, por ejemplo, que el sistema de asistencia sanitaria tiene más camas hospitalarias y médicos por cada 10.000 habitantes que cualquier país industrializado, al tiempo que destina una cantidad desproporcionadamente menor de recursos económicos.

Estado actual de la salud y la seguridad en el trabajo

El peligro profesional más frecuente en la República Checa es el ruido: en torno al 65,8 % de los trabajadores de riesgo están expuestos a este peligro (Figura 16.8). El segundo peligro principal relacionado con el trabajo es el polvo fibrogénico, que representa un peligro para alrededor del 21,3 % de los trabajadores de riesgo. Aproximadamente el 14,3 % de los trabajadores están expuestos a sustancias químicas tóxicas. Más de mil de ellos están expuestos a tolueno, monóxido de carbono, plomo, gasolina, benceno, xileno, compuestos organofosforados, cadmio, mercurio, manganeso, tricloroetileno, estireno, tetracloroetileno, anilina y nitrobenzeno. Otro peligro físico (la vibración localizada en manos y brazos) afecta al 10,5 % de los trabajadores de riesgo. Otros trabajadores están expuestos a sustancias químicas cancerígenas, radiaciones ionizantes y sustancias peligrosas que causan lesiones dermatológicas.

El número de casos reconocidos de enfermedades del trabajo en la República Checa en 1981-92 se muestra en la Figura 16.9.

El aumento de la morbilidad derivada de enfermedades del trabajo en el periodo 1990-91 se debe al proceso de reclasificación de enfermedades profesionales solicitado por los mineros y trabajadores de otras actividades, así como por sus sindicatos, que pedían el cambio de la calificación como "riesgo de padecer una enfermedad del trabajo" empleada para las formas menos evidentes de deterioro profesional con baja indemnización por la de enfermedad plenamente indemnizable. El Ministerio de Sanidad reconsideró en 1990 esta calificación de "en situación de riesgo" para las siguientes patologías del trabajo:

- formas leves de neumoconiosis;
- formas leves de trastornos musculoesqueléticos crónicos por exceso de peso y vibraciones;
- formas leves de pérdida de audición en el trabajo.

La reclasificación se aplicó a todos los casos producidos antes de 1990, amparó a 6.272 casos en ese año y a 3.222 en 1991 (Figura 16.9). Posteriormente se suprimió la categoría de "en situación de riesgo". La Figura 16.10 muestra datos relativos a 3.406 nuevos casos de enfermedades del trabajo por categorías diagnosticados en la República Checa en 1992, de los cuales 1.022 corresponden a mujeres (Urban, Hamsova y Nêmeček 1993).

Algunas carencias en el suministro de equipos de medición para la toma de muestras y el análisis de sustancias tóxicas hacen difícil realizar evaluaciones de higiene en el mismo lugar de trabajo. Por otra parte, en el caso de varias sustancias se emplean biomarcadores en las pruebas de exposición para el control de trabajadores en actividades peligrosas, con arreglo a las reglamentaciones del país. También se han establecido legalmente pruebas similares en Hungría, Eslovaquia, Eslovenia, Croacia, Polonia y algunos otros países de Europa Central y Oriental. El uso de las pruebas de exposición ha resultado ser una herramienta muy eficaz para el control de la exposición del personal, permitiendo la detección precoz y la prevención de algunas enfermedades y reduciendo así los costes de indemnización.

La transición a la economía de mercado y los crecientes costes de los servicios de salud en el trabajo en la República Checa han influido en los servicios de salud en el trabajo. En el pasado, el servicio o centro interno de salud en el trabajo prestaba tanto vigilancia como tratamiento sanitarios a los trabajadores. En la actualidad, estas actividades están sujetas a ciertas restricciones, lo que ha dado lugar a una reducción de la vigilancia sanitaria y el control de riesgos y a un aumento de enfermedades y accidentes en el trabajo. Los trabajadores de las pequeñas empresas, que están proliferando rápidamente y que suelen utilizar

maquinaria y equipos poco fiables, están en la práctica fuera del alcance de los profesionales de la salud en el trabajo.

Proyectos de futuro

Se espera que el nuevo sistema de salud pública de la República Checa incorpore los siguientes principios:

- prevención y promoción de la salud;
- acceso global a la asistencia sanitaria "estándar";
- política descentralizada de prestación de los servicios;
- integración de los servicios sanitarios en una red territorial;
- mayor autonomía para los profesionales de la asistencia sanitaria;
- importancia de la asistencia ambulatoria;
- seguro de salud obligatorio;
- participación de la comunidad;
- más opciones para los pacientes;
- nueva forma de participación pública y privada para prestar una asistencia sanitaria "superior al estándar", que ya no prestará el sector público.

El establecimiento del sistema de seguro de salud obligatorio y la creación de la Oficina General del Seguro de Salud, que comenzó a operar en enero de 1993, y de pequeñas compañías de seguro sanitario han marcado el inicio de la reforma en el sector de la salud pública. Estos cambios han planteado ciertos problemas a los servicios de salud en el trabajo, dado su carácter preventivo y el alto coste del tratamiento hospitalario, de modo que el papel de los centros médicos ambulatorios para el tratamiento de pacientes con enfermedades tanto profesionales como convencionales está creciendo permanentemente en importancia.

Efectos potenciales de los continuos cambios en la salud y la seguridad en el trabajo

El avance de la reforma en el sector de la salud pública ha generado la necesidad de un cambio para los médicos del trabajo, higienistas industriales y centros médicos de asistencia hospitalaria, así como a un énfasis en la prevención. La capacidad de centrarse en la prevención y en formas leves de enfermedades se explica en parte por los resultados positivos previos y por el relativamente buen funcionamiento del anterior sistema de salud en el trabajo, que ha eliminado eficazmente la mayor parte de las enfermedades graves. Estos cambios implican un giro de la atención desde las formas graves de patologías del trabajo, que requerían tratamiento urgente (tales como la intoxicación industrial y la neumoconiosis con fallo cardíaco y respiratorio), hacia formas leves de enfermedad. El cambio en las actividades de los servicios de salud en el trabajo desde una orientación curativa hacia el diagnóstico precoz afecta hoy a enfermedades tales como formas leves de neumoconiosis, afecciones hepáticas crónicas y trastornos musculoesqueléticos crónicos por exceso de peso o vibraciones. Deben tomarse también medidas preventivas en las fases precoces de las enfermedades del trabajo.

Las actividades de higiene industrial no están cubiertas por el sistema de seguro sanitario y los higienistas industriales de los centros de higiene siguen estando remunerados por el estado. Se espera una reorganización y una reducción del número de estos centros.

Otro cambio en el sistema de asistencia sanitaria es la privatización de algunos servicios. Ya ha comenzado la privatización de los pequeños centros médicos de asistencia ambulatoria. Los hospitales (incluidos los universitarios) no participan por el momento en este proceso y aún es necesario clarificar los detalles de su privatización. La nueva normativa relativa a las obligaciones de las empresas, los trabajadores y los servicios de salud en el trabajo está promulgándose gradualmente.

La encrucijada de la salud en el trabajo

Gracias al avanzado sistema de salud en el trabajo fundado por el Profesor Teisinger en 1932, la República Checa no padece hoy problemas graves de educación universitaria en este campo, pese a que en algunos otros países de Europa Central y Oriental la tasa de enfermedades profesionales reconocidas es hasta cinco veces menor. La Lista de Enfermedades Profesionales checa no varía en gran medida de la que figura como apéndice al Convenio de la OIT sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (nº 121) (OIT 1964). La proporción de enfermedades importantes del trabajo no reconocidas es pequeña.

El sistema de salud en el trabajo de la República Checa se encuentra hoy en una encrucijada y la necesidad de una reorganización es manifiesta, pero al mismo tiempo es necesario mantener los aspectos positivos adquiridos de la experiencia con el sistema anterior, concretamente:

- el registro de las enfermedades profesionales en el lugar de trabajo;
- el mantenimiento de un amplio sistema de exploraciones médicas periódicas de los trabajadores;
- la prestación de servicios de asistencia sanitaria curativa en las grandes empresas;
- la oferta de un sistema de vacunación y control de enfermedades contagiosas;
- el mantenimiento del sistema por el que los servicios de salud en el trabajo admiten a pacientes con diversas enfermedades profesionales, un sistema en el que los hospitales universitarios participan en el tratamiento de los pacientes y la educación y formación de los estudiantes y licenciados en medicina.

LA PRACTICA DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN LA INDIA

T. K. Joshi

Desde hace casi medio siglo, los médicos de la India se han interesado por la salud de los trabajadores. En 1940 se fundó en la ciudad de Jamshedpur, en la que se encuentra la planta siderúrgica más antigua y conocida del país, la Asociación de Salud en el Trabajo de la India. No obstante, la práctica interdisciplinaria de la salud en el trabajo se desarrolló en los decenios de 1970 y 1980, cuando la OIT envió un equipo que ayudó a crear un centro modelo de salud en el trabajo. La industria y los lugares de trabajo solían prestar asistencia sanitaria bajo el rótulo de Centros de Primeros Auxilios/Servicios Médicos de Fábrica. Estas instalaciones resolvían los problemas sanitarios y lesiones menores en el lugar de trabajo. Algunas empresas han establecido recientemente servicios de salud en el trabajo, y es de esperar que otras más sigan este camino. No obstante, los hospitales universitarios han ignorado hasta el momento esta especialidad.

La práctica de la salud y la seguridad en el trabajo comenzó con la notificación y la prevención de las lesiones y accidentes. Se cree, no infundadamente, que siguen sin notificarse todos los que se producen. Las tasas más altas de incidencia de lesiones del período 1990-91 corresponden a los sectores eléctrico (0,47 de cada 1.000 trabajadores), de metalurgia básica (0,45), químico (0,32) y no metálico (0,27), con cifras algo inferiores en las industrias maderera y de pasta de madera (0,08) y de maquinaria y equipos (0,09). La industria textil, con más trabajadores (1,2 millones en 1991), tiene una tasa de incidencia de 0,11 por cada 1.000 trabajadores. Con respecto a las lesiones mortales, las tasas de incidencia en 1989 fueron de 0,32 por cada 1.000 trabajadores en las minas de carbón y de 0,23 en las minas no

de carbón. En 1992 se produjeron en los puertos un total de 20 accidentes mortales y 753 no mortales.

No se dispone de cifras de peligros profesionales y del número de trabajadores expuestos a peligros específicos, pues las estadísticas publicadas por la Oficina de Trabajo no ofrecen estos datos. No se ha elaborado aún un sistema de encuestas de salud en el trabajo. El número de enfermedades notificado en 1978 fue de sólo 19, que ascendieron a 84 en 1982. No hay pautas o tendencias manifiestas en las enfermedades notificadas, siendo las más frecuentes la intoxicación por benceno, la intoxicación por halógenos (derivados halogenados), la silicosis y la neumoconiosis, la bisinosis, la ulceración por cromo, la intoxicación por plomo, la pérdida de audición y la ictericia tóxica.

No existe una normativa integral de salud en el trabajo. Las tres leyes principales son la Ley de Fábricas, de 1948; la Ley de Minas, de 1952, y la Ley de Seguridad, Salud y Bienestar de los Trabajadores Portuarios, de 1986. Está en proyecto una ley de seguridad para los trabajadores de la construcción. La Ley de Fábricas, promulgada inicialmente en 1881, sigue cubriendo tan sólo a los trabajadores de las fábricas registradas, de modo que un gran número de trabajadores manuales y no manuales siguen sin reunir los requisitos necesarios para beneficiarse de las prestaciones de salud y seguridad previstas en cualquiera de las leyes. La inadecuación de la normativa y la reducida firmeza en su aplicación son la causa del nivel escasamente satisfactorio de salud en el trabajo del país.

La mayor parte de los servicios de salud en el trabajo en la industria están gestionados por médicos o enfermeras, y son pocos los de carácter interdisciplinario, que están limitados a las grandes empresas. Las grandes fábricas de los sectores público y privado ubicadas en zonas remotas tienen sus propios municipios y hospitales.

La medicina del trabajo y ocasionalmente la higiene industrial son dos disciplinas comunes en la mayoría de los servicios de salud en el trabajo. Algunos servicios han comenzado también a contratar a un ergonomista. El control biológico y de la exposición no reciben aún la atención necesaria. La base académica de la medicina del trabajo y la higiene industrial no está aún bien desarrollada, con un acceso restringido a los cursos avanzados de higiene industrial y los de postgrado en práctica de salud en el trabajo.

Cuando Delhi se convirtió en un estado, en 1993, el Ministerio de Sanidad pasó a estar encabezado por un profesional de la salud que subrayó su dedicación a la mejora de la asistencia sanitaria pública y preventiva. Un comité creado para estudiar la cuestión de la salud del trabajo y del medio ambiente recomendó crear un centro hospitalario al efecto en el seno de un hospital académico de prestigio de la ciudad.

La gestión de los complejos problemas derivados de los peligros del trabajo y la contaminación medioambiental requiere una participación más activa de la comunidad médica. El hospital de la universidad recibe cientos de pacientes al día, muchos de los cuales han sufrido exposición a materiales peligrosos en el trabajo y a un medio ambiente urbano insano. La detección de los trastornos sanitarios inducidos por el trabajo y por el medio ambiente requiere aportaciones de muchos especialistas clínicos, servicios de imagen (radiología), laboratorios, etc. Debido al estado avanzado de la enfermedad, es necesario cierto tratamiento de apoyo y asistencia médica. Este tipo de centro hospitalario cuenta con la especialización de un hospital académico, y tras la detección del trastorno sanitario puede permitir un tratamiento o rehabilitación de la víctima o una propuesta de intervención para la protección de terceros que resulten más eficaces gracias a la mayor competencia y prestigio de la institución.

El centro hospitalario tiene competencia especializada en el campo de la medicina del trabajo y se propone colaborar con el departamento de trabajo, que tiene un laboratorio de higiene industrial desarrollado con generosas ayudas bajo un programa de la OIT para reforzar la salud y la seguridad en la India, lo cual facilitará la tarea de identificación y evaluación de peligros. Se asesorará a los médicos en materia de evaluación de la salud de grupos expuestos en el momento del ingreso y periódicamente, así como sobre la llevanza de registros. El centro hospitalario ofrecerá a las empresas y los trabajadores sus conocimientos especializados sobre educación de la salud y prácticas seguras en el uso y manipulación de materiales peligrosos en el lugar de trabajo. Esto debe contribuir a hacer más factible la prevención primaria y fortalecerá la vigilancia de la salud en el trabajo, según lo previsto en el Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) (OIT 1985a).

El centro hospitalario se está desarrollando en dos fases. La primera se centra en la identificación de los peligros y la creación de una base de datos, así como en la sensibilización y el desarrollo de estrategias de prestaciones sociales con respecto a los casos de medio ambiente de trabajo peligroso. La segunda fase se centrará en el reforzamiento del control de la exposición, la evaluación médica toxicológica y los factores ergonómicos. El centro se propone popularizar la enseñanza de la salud en el trabajo entre los estudiantes de medicina aún no licenciados. Para los estudiantes de postgrado que preparan la tesis, se fomenta la elección de temas del área de la medicina medioambiental y del trabajo. Uno de estos estudiantes ha concluido recientemente con éxito un proyecto sobre el contagio de infecciones por vía sanguínea entre los trabajadores de la asistencia sanitaria en los hospitales.

La clínica se propone también abordar cuestiones medioambientales, concretamente los efectos nocivos del ruido y la contaminación acústica creciente, así como los de la exposición de los niños al plomo. A largo plazo, se prevé también la educación de prestadores de asistencia sanitaria y grupos comunitarios. El otro objetivo es crear registros de enfermedades profesionales prevalentes. La participación de varios especialistas clínicos en medicina medioambiental y del trabajo permitirá, asimismo, crear un núcleo académico para un momento futuro en el que pueda emprenderse en el país una mayor cualificación de postgrado, hoy inasequible.

El centro hospitalario ha conseguido atraer la atención de los organismos reguladores y de supervisión del cumplimiento hacia los graves riesgos sanitarios a que estuvieron expuestos los bomberos de la ciudad que participaron en la extinción de un incendio de cloruro polivinilo, cuando los medios de comunicación y los medioambientalistas sólo la estaban prestando a los riesgos para la comunidad. Se espera que, en el futuro, todas las principales ciudades cuenten con este tipo de centros hospitalarios, pues es la única forma de lograr la participación de los especialistas médicos en la práctica de la medicina medioambiental y del trabajo.

Conclusión

La India necesita urgentemente una Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo al estilo de las de muchos países industrializados, que debería venir unida a la creación de una autoridad competente para la supervisión de su aplicación y cumplimiento. Esto sería de gran ayuda para alcanzar una norma uniforme de asistencia sanitaria en el trabajo en todos los estados del país. En la actualidad, no hay conexión entre los distintos centros de salud en el trabajo. Otras prioridades son proporcionar una formación de calidad en materia de higiene industrial, toxicología médica y epidemiología del trabajo. Se necesitan buenos laboratorios de análisis, a los que

Referencias

- Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). 1995. *Prevention Concept "Safety Worldwide"*. Ginebra: OIT.
- Association of Occupational and Environmental Clinics (AOEC). 1995. *Membership Directory*. Washington, DC: AOEC.
- Bencko, V, G Ungváry. 1994. Risk assessment and environmental concerns of industrialization: A central European experience. En *Occupational Health and National Development*, dirigido por J Jeyaratnam y KS Chia. Singapur: World Science.
- Bird, FE, GL Germain. 1990. *Practical Loss Control Leadership*. Georgia: Institute Publishing Division of the International Loss Control Institute.
- Bunn, WB. 1985. *Industrial Medical Surveillance Programmes*. Atlanta: Centers for Disease Control (CDC).
- . 1995. The scope of international occupational medical practice. *Occup Med*. En imprenta.
- Bureau of National Affairs (BNA). 1991. *Workers' Compensation Report*. Vol. 2. Washington, DC: BNA.
- . 1994. *Workers' Compensation Report*. Vol. 5. Washington, DC: BNA.
- Centro Nacional de Información sobre la Salud en el Trabajo. 1994. *Informes anuales sobre la situación sanitaria en el trabajo en 1987-1994*. Pekín, China: Centro Nacional de Información sobre la Salud en el Trabajo.
- Código del Trabajo de la Federación Rusa. 1993. *Zakon, Supl. de Izvestija* (Moscú), junio: 5-41.
- Comisión Europea. 1994. *Europe for Safety and Health At Work*. Luxemburgo: Comisión Europea.
- Comisión Internacional de Salud en el Trabajo (ICOH). 1992. *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*. Ginebra: ICOH.
- Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo. 1950. *Report of the First Meeting, 28 August-2 September 1950*. Ginebra: OIT.
- . 1992. *Eleventh Session, Document No. GB.254/11/11*. Ginebra: OIT.
- . 1995a. *Definition of Occupational Health*. Ginebra: OIT.
- . 1995b. *Twelfth Session, Document No. GB.264/STM/11*. Ginebra: OIT.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (UNCED). 1992. Río de Janeiro.
- Consejo de la Comunidad Europea (CCE). 1989. *Directiva del Consejo sobre la adopción de medidas para promover mejoras en la seguridad y la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo*. Bruselas: Consejo de la Comunidad Europea.
- Constitución de la Federación Rusa. 1993. *Izvestija* (Moscú), No. 215, 10 de noviembre.
- Cumbre Mundial de Desarrollo Social. 1995. *Declaración y Programa de Acción*. Copenhague: Cumbre Mundial de Desarrollo Social.
- China Daily*. 1994a. New sectors opened to lure foreign investment. 18 de mayo.
- . 1994b. Foreign investors reap advantages of policy changes. 18 de mayo.
- Equal Employment Opportunity Commission (EEOC), Department of Justice. 1991. *Americans with Disabilities Act Handbook*. EEOC-BK-19, P.1. 1, 2, octubre.
- Felton, JS. 1976. 200 years of occupational medicine in the US. *J Occup Med* 18:800.
- Goelzer, B. 1993. Guidelines on control of chemical and physical hazards in small industries. Documento de trabajo para el Task Group Interregional de protección y promoción de la salud de los trabajadores en las pequeñas empresas, 1-3 de noviembre, Bangkok, Tailandia. Bangkok: OIT.
- Hasle, P, S Samathakorn, C Veeradejkriengkrai, C Chavalititukul, and J Takala. 1986. *Survey of working conditions and environment in small-scale enterprises in Thailand, NICE project*. Informe técnico núm. 12. Bangkok: NICE/UNDP/OIT.
- Hauss, F. 1992. Health promotion for the crafts. Dortmund: Forschung FB 656.
- He, JS. 1993. Documento de trabajo sobre la situación nacional de la salud en el trabajo. Ponencia en la Conferencia Nacional de Medicina del Trabajo. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- Huuskonen, M, K Rantala. 1985. *Work Environment in Small Enterprises in 1981*. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Improving working conditions and environment: An International Programme (PIACT). The evaluation of the International Programme for the Improvement of Working Conditions and Environment (PIACT). 1984. Informe presentado en la 70ª sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT.
- Institute of Medicine (IOM). 1993. *Environmental Medicine and the Medical School Curriculum*. Washington, DC: National Academy Press.
- Instituto de Medicina del Trabajo. 1979. Traducción al inglés de la Ley de servicios de salud en el trabajo y del Decreto núm. 1009 del Consejo de Estado, Finlandia. Finlandia: Instituto de Medicina del Trabajo.
- Instituto de Medicina del Trabajo. 1987. *Métodos para el control y el análisis de peligros químicos en la atmósfera del lugar de trabajo*. Pekín, China: Centro Nacional de Publicaciones Médicas.
- Jeyaratnam, J. 1992. Occupational health services and developing nations. En *Occupational Health in Developing Countries*, dirigido por J Jeyaratnam. Oxford: OUP.
- . y KS Chia (dirs.). 1994. *Occupational Health and National Development*. Singapur: World Science.
- Kalimo, E, A Karisto, T Klaukka, R Lehtonen, K Nyman, R Raitasalo. 1989. *Occupational Health Services in Finland in the Mid-1980s*. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kogi, K, WO Phoon, JE Thurman. 1988. *Low Cost Ways of Improving Working Conditions: 100 Examples from Asia*. Ginebra: OIT.
- Kroon, PJ, MA Overeynder. 1991. *Occupational Health Services in Six Member States of the EC*. Amsterdam: Studiecentrum Arbeid & Gezondheid, Univ. de Amsterdam.
- Ley básica sobre protección de los trabajadores. 1993. *Rossijskaja Gazeta* (Moscú), 1 de septiembre.
- McCunney, RJ. 1994. Occupational medical services. En *A Practical Guide to Occupational and Environmental Medicine*, dirigido por RJ McCunney. Boston: Little, Brown & Co.
- . 1995. *A Manager's Guide to Occupational Health Services*. Boston: OEM Press and American College of Occupational and Environmental Medicine.
- Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo. 1994. *Medidas para reducir las bajas por enfermedad y mejorar las condiciones de trabajo*. La Haya, Países Bajos: Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo.
- Ministerio de Salud Pública. 1957. *Recomendación sobre la creación y dotación de personal de centros médicos y sanitarios en empresas industriales*. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1979. *Comité Estatal de Construcción, Comité Estatal de Planificación, Comité Estatal de Economía, Ministerio de Trabajo, Normas de higiene para el diseño de instalaciones industriales*. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1984. *Normas para el diagnóstico de enfermedades profesionales*. Documento núm. 16. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1985. *Métodos para la medición del polvo atmosférico en el lugar de trabajo*. Documento núm. GB5748-85. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1987. *Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Finanzas, Federación China de Sindicatos: Normas para la elaboración de la lista de enfermedades profesionales y la atención a los enfermos*. Documento núm. 160. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1991a. *Normas para elaborar las estadísticas de inspección sanitaria*. Documento núm. 25. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1991b. *Guía del servicio y la inspección de la salud en el trabajo*. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- . 1992. *Procedimientos utilizados en la Encuesta Nacional sobre la Neumoconiosis*. Pekín, China: Centro Universitario de Publicaciones Médicas de Pekín.
- . 1994. *Informes estadísticos anuales de la inspección sanitaria en 1988-1994*. Pekín, China: Departamento de Inspección Sanitaria, Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Sanidad de la República Checa. 1992. *Programa Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Salud en la República Checa*. Praga: Centro Nacional para la Promoción de la Salud.
- National Health Systems. 1992. *Market and Feasibility Study*. Oak Brook, Illinois: National Health Systems.
- Neal, AC, FB Wright. 1992. *The European Communities' Health and Safety Legislation*. Londres: Chapman & Hall.
- Newkirk, WL. 1993. *Occupational Health Services*. Chicago: American Hospital Publishing.
- Niemi, J, J Heikkonen, V Notkola, K Husman. 1991. An intervention programme to promote improvements of the work environment in small enterprises: Functional adequacy and effectiveness of the intervention model. *Työ ja ihmisen* 5:361-379.
- Niemi, J, V Notkola. 1991. Occupational health and safety in small enterprises: Attitudes, knowledge and behaviour of the entrepreneurs. *Työ ja ihmisen* 5:345-360.
- Oficina de Normas Sanitarias. 1993. *Criterios nacionales de diagnóstico y principios de la gestión de enfermedades profesionales*. Pekín, China: Centro Nacional de Publicación de Normas.
- Oficina Nacional de Estadística. 1993. *Anuario de estadísticas nacionales de la República Popular de China*. Pekín, China: Oficina Nacional de Estadística.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recomendación núm. 112 (1959): Servicios de medicina del trabajo. Ginebra: OIT.
- . 1964. Convenio núm. 121 (1964): Prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Ginebra: OIT.
- . 1981a. Convenio núm. 155 (1981): Seguridad y salud de los trabajadores. Ginebra: OIT.
- . 1981b. Recomendación núm. 164 (1981): Seguridad y salud de los trabajadores. Ginebra: OIT.
- . 1984. Resolución sobre la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Ginebra: OIT.
- . 1985a. Convenio núm. 161 (1985): Servicios de salud en el trabajo. Ginebra: OIT.
- . 1985b. Recomendación núm. 171 (1985): Servicios de salud en el trabajo. Ginebra: OIT.

- . 1986. *The Promotion of Small and Medium-Sized Enterprises*. Conferencia Internacional del Trabajo, 72ª sesión. Informe VI. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1981. *Global Strategy for Health for All by Year 2000*. Health for All, No. 3. Ginebra: OMS.
- . 1982. *Evaluation of Occupational Health and Industrial Hygiene Services*. Informe del Grupo de Trabajo. EURO Reports and Studies No. 56. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- . 1987. *Eighth General Programme of Work Covering the Period 1990-1995*. Health for All, No.10. Ginebra: OMS.
- . 1989a. *Consultation On Occupational Health Services, Helsinki, 22-24 May 1989*. Ginebra: OMS.
- . 1989b. *Final Report of Consultation On Occupational Health Services, Helsinki 22-24 May 1989*. Publicación núm. ICP/OCH 134. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- . 1989c. *Report of the WHO Planning Meeting On the Development of Supporting Model Legislation for Primary Health Care in the Workplace. 7 October 1989, Helsinki, Finland*. Ginebra: OMS.
- . 1990. *Occupational Health Services*. Country reports. EUR/HFA target 25. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- . 1992. *Our Planet: Our Health*. Ginebra: OMS.
- . 1993. *WHO Global Strategy for Health and Environment*. Ginebra: OMS.
- . 1995a. Concern for Europe's tomorrow. Capítulo 15 en *Occupational Health*. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- . 1995b. *Global Strategy On Occupational Health for All. The Way to Health At Work: Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994 Beijing, China*. Ginebra: OMS.
- . 1995c. *Reviewing the Health-For-All Strategy*. Ginebra: OMS.
- Paoli, P. *First European Survey On the Work Environment, 1991-1992*. Dublin: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- Pelcová, D, CH Weinstein, J Vejlupeková. 1994. *Occupational Health in the Czech Republic: Old and New Solutions*.
- Pokrovsky, VI. 1993. The environment, occupational conditions and their effect on the health of the population of Russia. Presentado en la Conferencia Internacional de Salud Humana y Medio Ambiente en Europa Oriental y Central, abril de 1993, Praga.
- Rantanen, J. 1989. Guidelines on organization and operation of occupation health services. Artículo presentando en el seminario subregional asiático de la OIT sobre la organización de los servicios de salud en el trabajo, 2-5 de mayo, Manila.
- . 1990. *Occupational Health Services*. European Series, No. 26. Copenhague: Publicaciones Regionales de la OMS.
- . 1991. Guidelines on the organization and operation of occupational health services in the light of the ILO Occupational Health Services Convention No. 161 and Recommendation No. 171. Artículo presentando en el seminario subregional africano sobre los servicios de salud en el trabajo, 23-26 de abril, Mombasa.
- . 1992. How to organize plant-level collaboration for workplace actions. *Afr Newslett Occup Health Safety* 2 Supl. 2:80-87.
- . 1994. *Health Protection and Health Promotion in Small-Scale Enterprises*. Helsinki: Instituto Finlandés de Medicina del Trabajo.
- , S Lehtinen, M Mikheev. 1994. *Health Promotion and Health Protection in Small-Scale Enterprises*. Ginebra: OMS.
- , R Kalimo, H Nordman, E Vainio, Viikari-Juntura. 1994. *New epidemics in occupational health*. People and Work. Research reports No. 1. Helsinki: Instituto Finlandés de Medicina del Trabajo.
- República Federal Checa y Eslovaca. 1991a. The health sector: Issues and priorities. División de Recursos Humanos. Departamento de Europa Central y Oriental. Región de Europa, Oriente Medio y Norte de África, Banco Mundial.
- . 1991b. Joint environmental study.
- Resnick, R. 1992. Managed care comes to Workers' Compensation. *Bus Health* (septiembre):34.
- Reverente, BR. 1992. Occupational health services for small-scale industries. En *Occupational Health in Developing Countries*, dirigido por J Jeyaratnam. Oxford: OUP.
- Rosenstock, L, W Daniell, S Barnhart. 1992. The 10-year experience of an academically affiliated occupational and environmental medicine clinic. *Western J Med* 157:425-429.
- , and N Heyer. 1982. Emergence of occupational medical services outside the workplace. *Am J Ind Med* 3:217-223.
- Statistical Abstract of the United States*. 1994. 114ª edición:438.
- Tweed, V. 1994. Moving toward 24-hour care. *Bus Health* (septiembre):55.
- Urban, P, L Hamsová, R Nemecek. 1993. *Estudio de las enfermedades profesionales declaradas en la República Checa en el año 1992*. Praga: Instituto Nacional de Salud Pública.
- US Department of Labor. 1995. *Employment and Earnings*. 42(1):214.
- Zaldman, B. 1990. Industrial strength medicine. *J Worker Comp*:21.
- Zhu, G. 1990. *Experiencias históricas en el ejercicio de la medicina preventiva en la Nueva China*. Pekín, China: Centro Nacional de Publicaciones Médicas.
- Otras lecturas recomendadas**
- Chen, YB. 1993. *Desarrollo y perspectivas de las empresas municipales en China*. Pekín, China: Consejo Chino para la Promoción del Comercio Internacional.
- China Daily*, 1993. City planned to take up surplus rural workforce. 25 de noviembre.
- . 1993. Discrimination against women still prevalent. 26 de noviembre.
- . 1993. Mapping new road to rural reforms. 7 de diciembre.
- Felton, JS. 1989. *Occupational Medicine Management*. Boston: Little, Brown & Co.
- Guidotti, TL, JWF Cowell, GG Jamleson. 1989. *Occupational Health Services. A Practical Approach*. Chicago: American Medical Association.
- Higashi, T, T Mizoue, T Muto. 1994. Present conditions of occupational health services for small-scale enterprises in Japan and their administrative support. *J Univ Occup Environ Health* 16(4):309-320.
- Hospital para la prevención y el tratamiento de enfermedades profesionales de la provincia de Guangdong. 1992. Informe de la intoxicación aguda sufrida por los trabajadores de dos fábricas extranjeras de juguetes en la zona económica especial de Zhuhai.
- Levy, B, D Wegman. 1988. *Occupational Health: Recognizing and Preventing Work-Related Disease*. Boston: Little, Brown & Co.
- Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Trabajo. 1986. *Informe de las responsabilidades y la coordinación entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo en la Inspección Sanitaria en el Trabajo*. Pekín, China: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. 1992. Departamento de Inspección Sanitaria, Ministerio de Salud Pública: Informe general sobre las necesidades de servicios de salud en el trabajo y contramedidas para las industrias municipales. En *Estudios de las necesidades de servicios de salud en el trabajo y contramedidas*, dirigido por XG Kan. Pekín, China: Departamento de Inspección Sanitaria: Ministerio de Salud Pública.
- Moser, R. 1992. *Effective Management of Occupational and Environmental Health and Safety Programmes*. Boston: EOM Press.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 1977. *Occupational Diseases: A Guide to Their Recognition*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1989. *Occupational Health Services*. Helsinki: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Scope of occupational and environmental health programmes and practice. 1992. *J Occup Med* 34:436.
- Takahashi, K T Okubo. 1994. Current status of occupational health in Japan. *Occup Med* 44:66-69.
- Zenz, C, OB Dickerson, E Horvath. 1994. *Occupational Medicine: Principles and Practical Applications*. St. Louis: Mosby.

debe exigirse algún tipo de certificación que garantice la calidad de su trabajo. La India se está industrializando rápidamente y seguirá haciéndolo en el próximo siglo. Si no se resuelven estas cuestiones, se producirá un nivel incalculablemente alto de

morbilidad y absentismo por problemas sanitarios relacionados con el trabajo, lo que debilitará la productividad y la competitividad de su economía y afectará gravemente a la determinación del país de acabar con la pobreza.

