

# LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

A simple vista y desde la perspectiva de cualquier ciudadano, la protección de la salud de los trabajadores, como la de cualquier persona, debe ser responsabilidad de la Administración Sanitaria. Sin embargo, esto no ocurre así cuando hablamos de los problemas de salud relacionados con el trabajo.

El entramado actual de normativas (Reglamento de la Medicina de Empresa de 1959, Ordenanza de Seguridad e Higiene en el Trabajo de 1971, etc.) hace que las instituciones con competencias en salud laboral (Servicios de Medicina de Empresa, Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales, Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo) estén todas ellas más cerca de la Administración Laboral que de las instituciones específicamente sanitarias. Esta contradicción es aún más evidente cuando nos acercamos a la norma superior en materia de salud, la Ley General de Sanidad de 1986, que dice en su artículo 21 que promoverá, protegerá y vigilará la salud de los trabajadores.

Las razones que explicarían esta situación son de dos tipos y pueden ser resumidas en: 1.) ideológicas, los problemas de salud de los trabajadores/productores se conciben principalmente como un asunto económico, lo cual hace que la relación trabajo-salud tienda a quedar oculta y la salud, o mejor, su pérdida, materia de compensación económica (ej. plus de peligrosidad); y 2.) históricas, dado que las causas de los problemas de salud laboral, cuando aquéllas no pueden ocultarse (ej. silicosis), tienen que ver con los sistemas de organización y producción de las empresas, pareció que la administración de trabajo era el lugar desde donde mejor se podía asumir la responsabilidad en esta materia.

Hoy asistimos a los prolegómenos de lo que suponemos será la Ley de Salud Laboral prometida ya por el Presidente del Gobierno en 1986 ante la Conferencia de la OIT. Ley que debe tener entre sus objetivos modernizar la legislación en esta materia de tal manera que, entre otras cosas, la adecúe a las directrices europeas y convenios internacionales ya ratificados por España, como el Convenio 151 de la OIT, y nos permitan ratificar otros, como el Convenio 161 de la OIT sobre Servicios de Salud en el Trabajo. Así al menos queda implícito en el borrador que en estos momentos discuten sindicatos, empresarios y administración.

Aprovechando este marco de discusión y a partir del análisis de la situación descrita anteriormente cabría hacer algunos comentarios.

## Salud y trabajo

Hace ya mucho tiempo que quedó claro que las condiciones de trabajo son el origen de numerosos problemas de salud. Doll y Peto, por no remontarnos a antecedentes históricos más remotos como el de Ramazzini, establecen que aproximadamente el 10 % de todas las muertes por cáncer tienen su origen en el medio laboral<sup>1</sup>. Igualmente se ha estimado que entre el 1 % y el 3 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares, renales y neurológicas son consecuencia de los riesgos laborales<sup>2,3</sup>. En un reciente estudio llevado a cabo en el Estado de Nueva York se estimaron para un año 11.687 nuevos casos de enfermedades profesionales; cifra que contrasta con la información que suministra su sistema de

compensación económica, el cual únicamente había reconocido 3.765 enfermedades profesionales durante cuatro años<sup>4</sup>. A pesar de que todavía hay muchos riesgos laborales inadecuadamente estudiados (campos electromagnéticos<sup>5</sup>, *sick building syndrome*<sup>6</sup>, etc.), los problemas de salud causados por riesgos tan conocidos como el ruido, el asbesto, los microtraumatismos, etc., son de tal magnitud que en un país como los Estados Unidos su reducción constituye uno de los objetivos de salud laboral más importante para los 90<sup>7</sup>.

Ante estas evidencias, cuando observamos programas de salud para la mujer, el anciano o el niño, no podemos menos que echar en falta programas específicos de salud laboral. Si el tabaco, la dieta o el ejercicio físico han pasado a ser prioridades sanitarias, no menos, por su papel causal demostrado deberían serlo las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo. Hay que tener presente que todos los accidentes, enfermedades y muertes de origen laboral son, por definición, prevenibles. Todas pueden y deben ser evitadas. Su rentabilidad en salud deja poco margen para la duda.

Si el derecho a la protección de la salud ha pasado a ser un derecho constitucional en nuestro país, parecería una dejación de responsabilidad del todo inaceptable que la Administración Sanitaria continuara como hasta ahora sin asumir el papel de las condiciones laborales en el origen de numerosos problemas de salud de un sector de la población como el de los trabajadores, los cuales, entre otras cosas, aportan directamente una parte sustancial de los presupuestos que sirven para hacer funcionar los servicios sanitarios de toda la población.

## El papel de la Administración Sanitaria

La estrategia de los servicios sanitarios en materia de salud laboral debe estar enmarcada, al igual que respecto a otros problemas de salud, dentro de la estrategia más general de *Salud para Todos*. De hecho, el objetivo 25 de esta estrategia para Europa tiene que ver con el medio ambiente de trabajo. Su texto, menos conocido que otros, dice: «De aquí en 1995, las poblaciones de la Región Europea deberían estar eficazmente protegidas contra los peligros que acechan a la salud en su relación con el trabajo»<sup>8</sup>.

En el posterior desarrollo del objetivo, la OMS parte de una premisa básica en salud laboral, al entender que es el puesto de trabajo el que se debe de adaptar al trabajador, y no al revés. El texto dice: «La puesta en práctica de este objetivo se basaría en (...) la protección de los trabajadores que sean especialmente vulnerables». Esto tiene una consecuencia directa sobre una de las prácticas sanitarias más extendidas en salud laboral, los exámenes de salud que en la actualidad llevan a cabo los Servicios Médicos de Empresa, Mutuas o Gabinetes. Aceptar esta premisa significa concebir los exámenes de salud desde su sentido estrictamente sanitario, dejando de ser un instrumento más de selección de personal.

Además, la estrategia de *Salud para Todos* orienta a la Administración Sanitaria hacia lo que constituirían los elementos básicos para desarrollar sus actividades en salud laboral. Estas, al igual que respecto a otras actividades, se basarían en la Atención Primaria de Salud, la Participación Comunitaria y la Actividad Intersectorial.

Comenzando por este último, en salud laboral, del mismo modo que si se quiere prevenir los accidentes de tráfico o las enfermedades atribuibles al tabaco no se puede pensar en actuaciones exclusivamente sanitarias, sólo se puede mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo a través de la colaboración de los empresarios y la coordinación con otras administraciones como Trabajo, Agricultura, Obras Públicas, etc. Esto signifi-

ca, necesariamente, tener en cuenta los intereses de los primeros y las actuaciones en materia de seguridad e higiene de los segundos.

En segundo lugar, la Participación Comunitaria tiene en la salud laboral uno de los ámbitos de concreción más evidentes, pues la Participación Comunitaria en salud laboral significa la participación de los trabajadores a través de sus organizaciones, los sindicatos, y sus instituciones representativas, los comités de empresa. La Administración Sanitaria tiene en los delegados sindicales de seguridad e higiene un interlocutor esencial para sus actuaciones.

Por último, la Atención Primaria de Salud puede tener un papel significativo en salud laboral. De hecho ya lo tiene. Más del 50 % de la población ocupada española trabaja en empresas de menos de 100 trabajadores, esto significa que no cuentan con Servicios Médicos de Empresa propios. Los problemas de salud relacionados con el trabajo de más del cincuenta por ciento de los trabajadores tienen una alta probabilidad de acabar en los Centros de Atención Primaria. Aunque no está cuantificado, hay sospechas fundadas para pensar que una parte importante de la Incapacidad Laboral Transitoria por enfermedad común o accidente no laboral oculta enfermedades profesionales o accidentes de trabajo. Esto ocurre en muchas ocasiones porque el trabajador no conoce que tiene derecho a que se reconozca su incapacidad por enfermedad o accidente laboral, en otras es el médico quien es incapaz de reconocer la relación de ese problema con las condiciones de trabajo. En algunos casos bastaría con que el profesional se acordara de preguntar, ante un problema de salud, por el puesto de trabajo y actividad de la empresa.

## Conclusiones

La salud de los trabajadores necesita de la intervención de las Administraciones Sanitarias porque, entre otras cosas, en muchas ocasiones sólo a través de su intervención muchos problemas de salud que hoy existen y que no se relacionan con las condiciones de trabajo pueden co-

menzar a ser reconocidos como problemas de salud laboral. Desde otras administraciones se percibe principalmente los riesgos. Por su propia definición éstos no son considerados como tales hasta que no han producido daños.

Para ello, la salud laboral ha de salir de su marginación en los servicios sanitarios. Hablar de programas de salud laboral desde y en los servicios sanitarios ha de significar exactamente lo mismo que hablar de estrategia de *Salud para Todos*. La salud laboral no es más que la salud pública en un grupo muy significativo de población: los trabajadores.

La futura Ley de Salud Laboral debiera ser un instrumento para desarrollar esta estrategia. La Administración Sanitaria, en este caso el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo Interterritorial, no debería dejar escapar esta oportunidad. Sin embargo, sin esperar a esta Ley, es posible iniciar actuaciones que faciliten la misma. Una de ellas consistiría en comenzar a cuantificar los problemas y riesgos de salud de los trabajadores, por sectores, áreas geográficas, etc., a partir de las fuentes de información ya existentes, como por ejemplo: censo de empresas, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, muertes e ingresos hospitalarios atribuibles al trabajo, incapacidades laborales, encuesta de población activa, etc.; únicamente es necesario ponerlos en orden e interpretarlos sanitariamente. Su publicación como artículo en revistas científicas, como informe en monografías darían argumentos para un debate serio y riguroso.

Otras actuaciones estarían relacionadas con la formación. Parece necesario aumentar los contenidos en salud laboral en los currícula del pregrado de medicina y enfermería. Estos profesionales no pueden seguir ignorando la relación que existe entre las condiciones de trabajo y la salud de sus pacientes. Los programas de las especialidades de Medicina del Trabajo, con programas de Epidemiología anacrónicos en algunas Escuelas, o de Medicina Preventiva y Salud Pública, donde esta materia brilla por su ausencia, deberían ser reformados. Al mismo tiempo, es posible pensar, dado la demanda que se puede prever en esta área, en ofrecer programas de Maestría

en Salud Laboral desde Escuelas de Salud Pública, Institutos Universitarios, etc. que capaciten a los profesionales adecuadamente en todas aquellas materias necesarias para proteger la salud de los trabajadores. Como la misma estrategia de *Salud para Todos* reconoce en su objetivo 36, los recursos humanos jugarán un papel fundamental en la instauración de esta estrategia.

---

#### Agradecimiento

Una versión previa de este manuscrito se vio enriquecida con las sugerencias de Pere Boix, Vicenta Es-

cribá, Isabel Saez y Ana García. A todos ellos deseo agradecer sus valiosos comentarios.

#### Fernando García Benavides

Departamento de Salud Comunitaria  
Universidad de Alicante  
Instituto Valenciano de Estudios  
en Salud Pública  
Conselleria de Sanitat i Consum

---

#### Bibliografía

1. Doll R, Peto R. *The causes of cancer*. Oxford: Oxford University Press, 1981.

2. Anónimo. Leading work-related diseases and injuries. United States: Occupational lung diseases. *MMWR* 1983; 32 (9): 24-6.
3. Anónimo. Leading work-related disease and injuries. United States: Cardiovascular diseases. *MMWR* 1985; 34 (16): 219-22.
4. Markowitz S, Fischer E, Fahs M, Shapiro J, Landrigan P. Occupational disease in New York State: A comprehensive examination. *Am J Ind Med* 1989; 16: 417-435.
5. Garland FC, Shaw E, Gorham ED, Garland CF, White MR, Sinsheimer PJ. Incidence of leukemia in occupations with potencial electromagnetic field exposure in United States Navy personnel. *Am J Epidemiol* 1990; 132 (2): 293-303.
6. Skov P, Valborn O, Pedersen B, the Danish Indoor Climate Study Group. Influence of indoor climate on the sick building syndrome in the office environment. *Scand J Work Environ Health* 1990; 16: 363-71.
7. Wegman DH, Fine LJ. Occupational health in the 1990s. *Annu Rev Public Health* 1990; 11: 89-103.
8. Anónimo. *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.

