

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 12 de mayo de 2021
Aceptado: 6 de julio de 2021
Publicado: 17 de noviembre de 2021

LA PLENA (Y NECESARIA) INTEGRACIÓN DE LA SALUD LABORAL EN LA SALUD PÚBLICA(*)

Ana M. García (1,2,3) [ORCID: 0000-0001-9429-289X], Fernando G. Benavides (2,3) [ORCID: 0000-0003-0747-2660], Elena Ronda Pérez (2,3,4) [ORCID: 0000-0003-1886-466X], George L. Delclos (2,3,5) [ORCID: 0000-0003-0201-8135] y Carlos Ruiz Frutos (6,7) [ORCID: 0000-0003-3715-1382]

(1) Universidad de Valencia. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Valencia. España.

(2) Universidad Pompeu Fabra. Centro de Investigación en Salud Laboral. Barcelona. España.

(3) CIBERESP. Madrid. España.

(4) Universidad de Alicante. Grupo de Investigación en Salud Pública. Alicante. España.

(5) *Southwest Center for Occupational and Environmental Health. The University of Texas Health Science Center. Houston School of Public Health. Houston. Estados Unidos.*

(6) Universidad de Huelva. Grupo de Investigación Prevención de Riesgos Laborales. Huelva. España.

(7) Universidad Espíritu Santo. Programa de Seguridad y Salud. Guayaquil. Ecuador.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) Los contenidos de este artículo se basan parcialmente en los del capítulo “Salud laboral desde el sistema público de salud”, de García *et al*, publicado en la quinta edición del libro “Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales”, de Ruiz-Frutos *et al* [editores].

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 está mostrando de forma muy evidente la importancia que tiene para la vigilancia y protección de la salud de las personas el actuar desde todos los entornos de vida: familiar, comunitario, educativo, de ocio o laboral, entre otros. Igualmente, atender a la multiplicidad de determinantes que influyen sobre la salud y el bienestar de la población: demográficos, sanitarios, ambientales, sociales, económicos, culturales o laborales, también entre otros. En relación con la Salud Laboral y los determinantes de la salud relacionados con el trabajo, el potencial de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales es incuestionable, y esto podría generalizarse casi a cualquier ámbito de actuación de la Salud Pública. En este artículo se reflexiona acerca de las oportunidades de coordinación entre el sistema de Salud Laboral en nuestro país (incluyendo mutuas, recursos de las empresas y de las administraciones) y el sistema público de salud, incluyendo tanto los servicios asistenciales (Atención Primaria, hospitalaria) como los servicios de Salud Pública. Todo ello en relación con crisis sanitarias como la presente, pero también desde una visión más amplia, en línea con la necesaria atención integral sobre la salud de las personas, garantizando la salud como derecho fundamental y universal en todas las circunstancias de vida. Para avanzar en este sentido, proponemos la incorporación de la “perspectiva de Salud Laboral” en todas las actuaciones y servicios propios del sistema público de salud, muy especialmente en los servicios de Salud Pública de la administración sanitaria.

Palabras clave: Salud Pública, Administración sanitaria, Salud Laboral.

ABSTRACT

The full (and necessary) integration of Occupational Health into Public Health

The COVID-19 pandemic is clearly showing the importance for the surveillance and protection of human health of acting in all settings of life: family, community, education, leisure or work, among others, as well as addressing the multiple determinants that influence the health and well-being of the population: demographic, healthcare, environmental, social, economic, cultural or occupational, among others. With respect to occupational health and the work-related determinants of health, the potential of occupational health services acting at the company level is clear, and could be generalized to almost any public health action setting. This article reflects on the opportunities for coordination between the occupational health system in Spain (including resources from mutual insurance companies, companies themselves and administrations) and the public health system, including both health care (primary care, hospital) and public health services. We examine this in the context of health crises, like the present one, but also with a broader vision, commensurate with the necessary comprehensive care for human health, guaranteeing health as a fundamental and universal right in all life circumstances. To advance along these lines, we propose the incorporation of the “occupational health perspective” in all actions and services of the public healthcare system, especially with respect to public health services under the purview of the health administration.

Key words: Public Health practice, Population health management, Occupational Health.

Correspondencia:
Ana M. García
Facultad de Ciencias Sociales
Universitat de València
Avda. Tarongers, 4b
46021 Valencia, España
anagar@uv.es

Cita sugerida: García AM, Benavides FG, Ronda E, Delclos GL, Ruiz Frutos C. La plena (y necesaria) integración de la Salud Laboral en la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 17 de noviembre e20211112.

SALUD LABORAL Y PANDEMIA

Sin duda, la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un reto sin precedentes en el ámbito de la Salud Pública mundial, y también ha llevado nuestra atención hacia los distintos entornos en los que la salud de las personas se construye y se afecta (entorno familiar, entorno comunitario, entorno laboral, entorno educativo, entorno de ocio...), así como hacia la multiplicidad de determinantes que influyen cada día sobre la salud y el bienestar de la población (demográficos, sanitarios, ambientales, sociales, económicos, culturales, laborales...). La prevención de la salud en el entorno laboral, en el contexto de la pandemia, ha requerido acciones y medidas sin precedentes, al igual que en el resto de los entornos de vida. A pesar de que todavía faltan datos globales y locales, homogéneos y exhaustivos, y, muy especialmente, de que son todavía muy escasas las evaluaciones rigurosas del impacto que han tenido tanto la pandemia como las estrategias de prevención y protección sobre la población trabajadora, resulta evidente que para la vigilancia y control de la pandemia en el entorno laboral era necesario un enorme esfuerzo de coordinación entre el sistema de salud, el sistema de Salud Pública y el sistema de Salud Laboral (prevención de riesgos laborales) existentes en nuestro país, esfuerzo que no estamos seguros de que se haya desarrollado en todo su potencial.

Así, no creemos que los datos oficiales sobre los ámbitos de exposición en los que se ha propagado el virus reflejen realmente los entornos de riesgo de contagio. Por ejemplo, en el último informe disponible al respecto del Instituto de Salud Carlos III en el momento de redactar este artículo⁽¹⁾ se estima que un 5% de los nuevos casos de COVID-19 se han producido en el entorno laboral, frente al 40% de contagios en el entorno domiciliario o al 36% de origen desconocido. Cuesta, como señalábamos, confiar en estos datos puesto que, según el mismo

informe, la mediana de contactos estrechos identificados para cada caso confirmado es de dos (rango intercuartil entre uno y cuatro). Suponemos que el ámbito domiciliario es en el que con más frecuencia se están investigando dichos contactos, cuando se investigan. Pero, lógicamente, el virus necesita algún otro medio para saltar de domicilio a domicilio.

Serían necesarios indicadores mucho más precisos, con información que no existe o que todavía no ha sido analizada en nuestro país, para medir realmente el impacto de la pandemia a través del entorno laboral, indicadores como los que se proponen y comentan en la [tabla 1](#). Algunos de los indicadores de esta tabla podrían ser elaborados y/o seguidos desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas. Para todos ellos es necesario que estos servicios trabajen en estrecha colaboración y coordinación con los servicios asistenciales y de Salud Pública del sistema sanitario público. Por otra parte, desde el sistema sanitario debería también haberse recogido sistemáticamente la información laboral de los casos y contactos de COVID-19 que se atienden.

La presente pandemia está mostrando de forma muy evidente la estrecha interacción y la necesaria colaboración entre los servicios de Salud Pública y los de Salud Laboral, como muestra el manifiesto que con motivo de la celebración del *Día Internacional de la Salud y Seguridad en el Trabajo* el 28 de abril de 2021 emitieron los sindicatos mayoritarios en España (CC.OO. y UGT), reclamando “*la plena integración de la Salud Laboral en la Salud Pública*”⁽²⁾. Se destaca así la necesidad de actuar para la vigilancia y protección de la salud de las personas de forma colaborativa desde todos los entornos de vida, comunitario y laboral. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales no pueden quedarse al margen o actuar aisladamente en una situación como ésta. Al contrario, son un recurso valiosísimo para

Tabla 1
Ejemplos de indicadores para la vigilancia y análisis del impacto de la pandemia de la COVID-19 en el entorno laboral.

Indicador	Comentarios
Trabajadores con síntomas compatibles con COVID-19.	Identificados a través de cuestionarios aplicados a los trabajadores (tras un periodo de ausencia del trabajo o regularmente), notificación de los propios trabajadores o mediante el registro de la filiación laboral en las historias médicas de casos sospechosos.
Trabajadores confirmados como casos de COVID-19 según criterios clínicos y de laboratorio.	A través del sistema sanitario público o de los recursos sanitarios del sistema de Salud Laboral en las empresas (mutuas).
Trabajadores identificados como contactos estrechos de trabajadores sospechosos o confirmados de COVID-19.	Mediante encuestas epidemiológicas realizadas por los servicios de salud pública del sistema sanitario o con los recursos para la prevención de riesgos laborales en las empresas.
Bajas laborales por COVID-19.	Incluyendo casos confirmados y situaciones de aislamiento o cuarentena por contactos en el entorno laboral.
Análisis de morbilidad y mortalidad por COVID-19 incluyendo situación y actividad laboral de los casos.	Serían indicadores más a largo plazo y requieren recoger la información laboral de los casos en el registro sanitario correspondiente.

proteger la salud de toda la población debido a su contribución privilegiada para dicha protección en una parte sustancial de la población general, como es la población trabajadora. Ciertamente, este potencial de los servicios de prevención de las empresas se podría generalizar a casi a cualquier ámbito de actuación de la Salud Pública. Y, quizás, la actual pandemia llegue también a ser una oportunidad para que la enorme cantidad de recursos invertidos por las administraciones públicas y por las empresas para la prevención de riesgos laborales amplíe su impacto sobre el bienestar y la salud en el conjunto de la sociedad.

En esta línea, se hace evidente la necesidad de una actuación coordinada entre el sistema de prevención de riesgos laborales (o de Salud

Laboral) con el sistema sanitario público (y principalmente, con la Atención Primaria y con los Servicios de Salud Pública), una asignatura todavía pendiente y en la que deberíamos avanzar de cara al futuro. Es posible que la presente pandemia haya contribuido a reforzar la coordinación entre Atención Primaria, Servicios de Salud Pública y Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en nuestro país, y la publicación de experiencias en este sentido será de mucho valor para el futuro. La necesidad de esa colaboración, en cualquier caso, trasciende la situación actual de crisis sanitarias y vincula directamente con la también necesaria atención integral sobre la salud de las personas, sin considerar a las personas trabajadoras como “no personas” u “otro tipo de personas”⁽³⁾, minimizando la dispersión y maximizando tanto

la eficiencia como la complicidad entre todos los recursos disponibles para garantizar la salud como derecho fundamental y universal.

SALUD LABORAL Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El término “salud” pueden acompañarse de múltiples apellidos (salud infantil, salud pública, salud mental, salud laboral, etc.), pero su caracterización, sus determinantes, su protección y el derecho que la ampara, como concepto general, son genéricos y globales, para todos los individuos y en relación con todas las circunstancias de su vida. Una persona trabajadora enferma (por las razones que sean) siente que ha perdido su salud (no que ha perdido su “salud laboral”). La protección de la salud y la acción por la equidad en salud requieren de acciones simultáneas y coordinadas, sobre todo el complejo espectro que influye sobre la salud en su conjunto, individual y colectivamente, incluyendo los determinantes vinculados con el trabajo y todos los demás condicionantes.

Justamente, los sistemas públicos sanitarios o de salud responden a la necesidad de esa atención sobre la salud de las personas y de las sociedades en su globalidad, tanto individual como colectivamente, y en todas sus dimensiones: promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia a las personas enfermas. Para ello, requieren organizar servicios de Salud Pública y asistenciales. La *Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011)* fija en su primer artículo el objetivo de “*establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y, en general, actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera*

individual como en la colectiva”. También en la *Ley 33/2011* se reconoce explícitamente que las acciones de gobierno, a cualquier nivel, así como las intervenciones públicas o privadas, pueden tener en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. Y por ello, dicha Ley adopta un marco para la acción, dirigido a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios asistenciales.

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: ¿QUÉ ES LO “SANITARIO” Y QUÉ ES LO “TÉCNICO”?

En España es característica, y determinante, la directa vinculación de la mayoría de recursos y estrategias destinados a la protección de la Salud Laboral con la administración laboral. Parece lógico pensar que la operatividad, efectividad y eficiencia de dichos recursos y estrategias estarán notablemente mermadas si no se integran y coordinan, a todos los niveles (desde lo político hasta lo técnico) con los recursos y programas para la protección de la salud en la población, que a su vez dependen organizativamente de la administración sanitaria. De hecho, el marco normativo hace referencia frecuentemente a esa necesaria coordinación. Por ejemplo, en relación con diversos objetivos de la *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*⁽⁴⁾, también en la citada *Ley General de Salud Pública* (art. 22) y en la propia *Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, art. 11 y 13)*. Sin embargo, concretando, estas dos últimas normativas acotan de forma muy precisa y limitada el ámbito de actuación “sanitaria” en materia de Salud Laboral (tabla 2), algo que, creemos, se ha distanciado excesiva e ineficientemente del ámbito de actuación “técnico” en la protección de la salud en el trabajo.

Resulta evidente que en los redactados normativos recogidos en la tabla 2 se insiste en una

Tabla 2
Marco de actuación “sanitaria” en el ámbito de la Salud Laboral en España.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 10: Actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria (resumen):

- a) Evaluación y control de las *actuaciones de carácter sanitario* que se realicen en las empresas por los servicios de prevención.
- b) Implantación de *sistemas de información* adecuados para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores.
- c) Supervisión de la formación que deba recibir el *personal sanitario* actuante en los servicios de prevención.
- d) Elaboración y divulgación de *estudios, investigaciones y estadísticas* relacionados con la salud de los trabajadores.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Artículo 33: La actuación sanitaria en el ámbito de la Salud Laboral (resumen):

1. Actuación sanitaria:

- a) *Promoción de la salud* integral de los trabajadores.
- b) *Vigilancia de la salud* de los trabajadores, individual y colectivamente.
- c) Desarrollo y actuación en los *aspectos sanitarios de la prevención* de los riesgos laborales.
- d) Promoción de la información, formación, consulta y participación de los profesionales sanitarios, de los trabajadores y sus representantes legales y de los empresarios en los *planes, programas y actuaciones sanitarias* en el campo de la Salud Laboral.

2. Autoridad sanitaria en coordinación con autoridad laboral:

- a) Desarrollar un *sistema de información sanitaria* en Salud Laboral.
- b) Establecer un *sistema de indicadores* para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo.
- c) Impulsar una *vigilancia de la salud* de los trabajadores.
- d) Desarrollar programas de *vigilancia de la salud post-ocupacional*.
- e) Autorizar, evaluar, controlar y asesorar la *actividad sanitaria* de los servicios de prevención de riesgos laborales.
- f) *Integración en los sistemas de información públicos del Sistema Nacional de Salud* de la información generada por las *actividades sanitarias* desarrolladas por los servicios de prevención de riesgos laborales y por las mutuas.
- g) Fomentar la *promoción de la salud* en el lugar de trabajo.
- h) Establecer *mecanismos de coordinación en caso de pandemias u otras crisis sanitarias*.
- i) Cualesquiera otras que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud derivados del trabajo.
- j) Promover la *formación en Salud Laboral de los profesionales sanitarios* de los sistemas sanitarios públicos.

dimensión “sanitaria” y una actividad “sanitaria” en relación con la protección de la salud de las personas trabajadoras y, lógicamente, esto lleva implícita otra dimensión “no sanitaria”, con idéntico fin, pero cuyas acciones se contemplarían y definirían en otros textos normativos. Y a pesar de las referencias al respecto que se recogen en el marco normativo que atañe a la Salud Laboral en su conjunto, creemos que la coordinación entre lo que tradicionalmente se denominan “servicios sanitarios” y “servicios técnicos” en la organización y acción para la protección de la Salud Laboral en España (particularmente en su principal recurso operativo, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales) es muy mejorable.

Así, en la práctica, los recursos “sanitarios” (en referencia principalmente a los profesionales sanitarios) y los recursos “técnicos” (en referencia principalmente a los profesionales de las distintas especialidades preventivas: seguridad, higiene, ergonomía, psicología) de dichos Servicios de Prevención de Riesgos Laborales no siempre trabajan con la necesaria complicitad, imprescindible para la efectiva protección de la salud en su relación con el trabajo. Esta distancia se ha señalado repetidamente, por ejemplo, en lo referente a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Así, en una propuesta de decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo que cumple ya dos décadas, se empezaba afirmando que *“la vigilancia de la salud es un componente esencial de la prevención de riesgos laborales y, como tal, una actividad que debe integrarse necesariamente en todas las fases de la intervención preventiva como parte inseparable de la actuación multidisciplinar de los Servicios de Prevención”*⁽⁵⁾. Sin embargo, una evaluación más reciente de la situación de la vigilancia de la salud en el trabajo en España no parecía dar cuenta de avances en ese sentido⁽⁶⁾. El hecho de que incluso los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales propios externalicen con

frecuencia la vigilancia de la salud tampoco parece señal favorable para la necesaria integración de vigilancia y acción, ni para extender la cultura de la prevención en el entorno laboral en España⁽⁷⁾. Podríamos preguntarnos si, en el contexto de la pandemia, los recursos para la vigilancia de la salud en el trabajo se han aprovechado para identificar casos, rastrear contactos o priorizar la vacunación en colectivos laborales, por ejemplo, y todo ello con la necesaria coordinación con el sistema público de salud. En cualquier caso, no se justificaría la falta de integración entre servicios “sanitarios” y “no sanitarios” en el entorno laboral, ya que todos buscan proteger la salud de las personas y son, estrictamente, “servicios de salud”.

La Salud Pública (que incluye entre sus ámbitos de acción a la Salud Laboral) es necesariamente una actividad multidisciplinar que requiere la colaboración entre profesionales de muy diferentes áreas; que entiende la salud como un fenómeno complejo para cuya atención se requieren acciones coordinadas a diferentes niveles y sobre determinantes también interrelacionados y que actúan desde múltiples entornos y contextos sociales; que requiere de vigilancia, acción y evaluación en continua interrelación; que necesita incorporar y contemplar la participación y empoderamiento de las personas, la abogacía para la consecución de los objetivos, así como las alianzas con agentes afines de otros ámbitos para alcanzar todo su impacto potencial. Y todo ese marco aplica perfectamente a cualquier acción de evaluación, vigilancia o control en el ámbito de la Salud Laboral, tanto como para abordar cualquier problema de salud de origen laboral.

SALUD LABORAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En España, el Sistema Nacional de Salud se ha dotado de estructuras, servicios y profesionales que específicamente se dedican, en parte o

completamente, a atender la Salud Laboral desde diferentes ámbitos, también habitualmente en los estrechos límites de las competencias “sanitarias” que marca la normativa (tabla 2). Así, en el actual organigrama del Ministerio de Sanidad español se ubica la Dirección General de Salud Pública (DGSP), entre cuyas funciones se incluye la de *“realizar las actuaciones relacionadas con la promoción y protección de la Salud Laboral que sean de la competencia del Ministerio de Sanidad”*. La DGSP cuenta con la Comisión de Salud Pública para la coordinación con las comunidades autónomas (CC.AA.) de las acciones en materia de Salud Pública, y esta Comisión, a su vez, se apoya en la denominada Ponencia de Salud Laboral para tratar específicamente las cuestiones en ese ámbito. La actividad y temas tratados en los mencionados organismos para la coordinación estatal del Sistema Nacional de Salud se pueden consultar en las memorias del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), al menos hasta 2019, último año disponible en el momento de redactar este artículo⁽⁸⁾. A nivel autonómico, es habitualmente en las estructuras de Salud Pública de las correspondientes consejerías de Sanidad donde la mayoría de las CC.AA. han establecido también servicios o unidades de Salud Laboral. A modo de ejemplo, en la tabla 3 se presenta el marco de actividad y los programas de los Servicios de Salud Laboral de la administración sanitaria de la Comunitat Valenciana, fielmente limitados al marco de competencias “sanitarias” en Salud Laboral establecido normativamente (tabla 2).

También a niveles inferiores de la estructura del sistema sanitario público (y especialmente desde los hospitales), no es excepcional que los servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública desarrollen algunas funciones de

Salud Laboral. La “salud ambiental y laboral” es uno de los cinco campos de acción o áreas profesionales específicas en la formación de esta especialidad médica en España (los otros cuatro son epidemiología, administración sanitaria, medicina preventiva y promoción de la salud), y, tal y como se define en la normativa que regula la formación de dicha especialidad (ORDEN SCO/1980/2005 de 6 de junio), entre sus funciones se incluye *“el desarrollo y evaluación de programas de protección de la salud frente a riesgos ambientales y laborales desde una perspectiva poblacional”*. En la práctica, sin embargo, la perspectiva poblacional es escasa o inexistente, y las funciones de Salud Laboral de los servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública suelen limitarse a realizar la vigilancia de la salud de los trabajadores en los centros sanitarios (o a colaborar con los respectivos Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los centros sanitarios en su realización). También, a participar en el control de algunos riesgos laborales en este colectivo, especialmente los más específicamente “sanitarios” (como los riesgos biológicos), tal y como muestra un análisis de la situación en Andalucía⁽⁹⁾. En algunos hospitales, son especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo los que asumen o colaboran con la prestación de los servicios de Salud Laboral para el personal del centro sanitario, aunque el entendimiento y la interacción en este ámbito con los servicios de Medicina Preventiva tampoco están del todo claros⁽⁹⁾. Desde los centros hospitalarios, en el contexto español, son todavía excepcionales experiencias como las de la Unidad de Patología Laboral del Hospital del Mar de Barcelona⁽¹⁰⁾, creada en 2010 con el objetivo de identificar y valorar la sospecha de enfermedad profesional entre las personas enfermas atendidas en dicho hospital y, por tanto, con el pertinente y necesario enfoque poblacional.

Tabla 3
Ejemplo de las características y programas típicos de Salud Laboral en la administración sanitaria autonómica: Comunitat Valenciana^(a).

Características generales:

- “Ejercer las competencias de la administración sanitaria en prevención de riesgos laborales, a la prevención colectiva, integradas en la estructura de Salud Pública”.
- “Su ámbito de actuación son las Áreas de Salud. En unidades específicas, las Unidades de Salud Laboral de los Centros de Salud Pública, con todas las competencias sanitarias”.

Programas:

- Promoción de la salud en los lugares de trabajo: empresas generadoras de salud.
- Evaluación y control sanitario de los servicios de prevención.
- Entidades colaboradoras de la Seguridad Social.
- Vigilancia sanitaria de plaguicidas y biocidas.
- Seguridad química.
- Sistema de información sanitaria y vigilancia epidemiológica laboral.
- Prevención del riesgo biológico en trabajadores sanitarios.
- Vigilancia de la salud post-ocupacional.
- Vigilancia sanitario-laboral del amianto en la Comunidad Valenciana.
- Vigilancia sanitaria de los trabajadores afectados por la exposición a la aerografía textil.
- Específicos por sector productivo, riesgo o daño (hostelería, prevención de la parálisis del calzado, asma laboral).

(a) Información extraída de la página web de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Comunitat Valenciana [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/servEntrada.jsp?CodSer=S006&Pag=servCaracteristicas.jsp&MenuSup=SANMS14&Seccion=SANPS411&Nivel=2&Opcion=SANMS4#SANPS411>

LA “PERSPECTIVA DE SALUD LABORAL” DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Al margen de las iniciativas y recursos previamente descritos, creemos que es necesario que los servicios del sistema público de salud incorporen a su acción cotidiana la “*perspectiva de Salud Laboral*”⁽¹¹⁾. Es decir, que consideren la situación laboral y las condiciones de trabajo de las personas que son atendidas desde dichos servicios como determinantes

principales para la atención integral sobre el estado de salud y enfermedad que deben prestarles, desde el primer nivel (Atención Primaria) hasta el más específico (hospitales), y desde su enfoque poblacional (Servicios de Salud Pública) hasta el asistencial (consultas). Creemos que el sistema público de salud en España tiene múltiples oportunidades, desaprovechadas, para contemplar (en las políticas, programas y recursos destinados a la salud, aun desde su especificidad) al trabajo (la situación laboral y las condiciones de trabajo de sus pacientes y

personas en las correspondientes poblaciones de referencia) como uno de los determinantes principales de los beneficios o impactos que su acción pueda alcanzar, tanto a nivel individual como colectivo. Desde el sistema de prevención de riesgos laborales, y desde toda la estructura institucional asociada, se debe igualmente promover esta perspectiva, emulando los principios de abogacía y alianzas tan útiles e imprescindibles para el ejercicio de la Salud Pública. Algo que en España recoge la citada *Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011)*, haciendo referencia a esa necesaria sinergia (art. 22.2): *“Las Administraciones sanitarias establecerán procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de Salud Pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en Atención Primaria, Atención Especializada, atención sociosanitaria, los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud y cuando fuese preciso con los servicios de Salud Laboral”*. Sobre lo que vuelve a insistir esta misma Ley en su artículo 23.i), en explícita referencia a los servicios asistenciales: *“Las Administraciones sanitarias adoptarán las medidas necesarias para (...) desarrollar los mecanismos de coordinación necesarios entre Atención Primaria y Atención Especializada con los dispositivos de prevención de riesgos laborales de las Áreas de Salud”*. Una coordinación efectiva requeriría esfuerzos desde ambas partes y, todavía mejor, la integración de todos los recursos (incluyendo Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y mutuas colaboradoras de la Seguridad Social) en la estructura del sistema público de salud. Una integración que incrementaría tanto la eficiencia y efectividad de los servicios de prevención de las empresas como los de las mutuas y las del propio Sistema Nacional de Salud. La experiencia con la pandemia de la COVID-19 ha sido y es una excelente oportunidad para esta necesaria alianza, que esperemos no se deje pasar.

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD LABORAL

En un legendario editorial (1997) ya se reivindicaba el papel de las (entonces incipientes y hoy con diferente implantación en el conjunto del territorio español) Unidades de Salud Laboral de las administraciones sanitarias para *“una coordinación efectiva entre el Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente la Atención Primaria, y los servicios de prevención de las empresas”*⁽¹²⁾. Algunos años después, no se conocía ninguna intervención en España que conectara a los profesionales de Atención Primaria con los servicios de prevención de las empresas en las que trabajan sus usuarios⁽¹³⁾, a pesar de los beneficios que podrían obtenerse en relación con actividades tales como la determinación del inicio de una baja laboral, la reincorporación al puesto de trabajo después de la misma, la atención a los trabajadores especialmente sensibles o la atención a los trabajadores que presentan trastornos que no cumplen criterios de enfermedad profesional pero en los que intervienen factores laborales.

Ciertamente, desde los servicios de Atención Primaria se han ido estableciendo algunas conexiones con el sistema de prevención de riesgos laborales para la cobertura de contingencias profesionales. Como bien sabemos, en España, desde estos servicios se atiende una proporción muy relevante de la patología laboral que, por otra parte, correspondería atender a las mutuas⁽¹⁴⁾. De hecho, también en España, el *Real Decreto 1299/2006* estableció la obligatoriedad de que el personal médico del sistema público de salud, ante la sospecha de una enfermedad profesional, comunicará su existencia a través del organismo competente de cada comunidad autónoma al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la mutua correspondiente. Así, por ejemplo, en la Comunitat Valenciana la mayoría de estas notificaciones proceden de

médicos de Atención Primaria⁽¹⁵⁾. No cabe duda de que esta colaboración redundaría en beneficio de los trabajadores, ya que el reconocimiento de la contingencia profesional les ofrece mejores coberturas económicas y mejora también la protección de la Salud Laboral colectiva. En España sólo tenemos información parcial (y, una vez más, desigual territorialmente) de esa función de identificación y notificación de patología laboral desde el sistema público de salud, como el ya citado ejemplo en la Comunitat Valenciana.

Un profesional médico que atiende en su consulta de Atención Primaria, por cualquier motivo, a una persona trabajadora debería interesarse por las características de su trabajo, ya que pueden ser determinantes principales para la atención (integral) del problema de salud que motiva la consulta: desde su diagnóstico hasta el plan terapéutico para su seguimiento o recuperación, incluyendo la decisión sobre el inicio y el final de una baja laboral por dicho motivo, algo que, en muchos casos, debería estar relacionado con el tipo de trabajo que realice la persona atendida. Para todo ello deberían también existir mecanismos de comunicación fluidos entre los profesionales del sistema público de salud en Atención Primaria y los del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en sus dimensiones “sanitaria” y “técnica”) que protege a la persona trabajadora atendida, si lo hubiera, ya que dicho servicio dispone (o debería disponer) de información sobre la evaluación de riesgos en el puesto de trabajo del paciente y sobre las posibilidades de adaptación del puesto a su situación de salud, por citar dos condicionantes relevantes para la toma de decisiones en relación con la atención sanitaria del problema que motiva la consulta médica. Con todos los recursos disponibles para la protección de la salud de esa persona, en el sistema público de salud y en el sistema de prevención de riesgos laborales se debería

trabajar coordinadamente para optimizar el cuidado y la atención a la salud de la persona enferma, objetivo común de ambos sistemas. En muchas de las consultas de Atención Primaria, por procesos pasajeros y agudos, este paso puede ser prescindible o muy sencillo. Pero en muchos de los procesos crónicos que pasan por esas mismas consultas puede ser crucial. Y para ello habría que empezar preguntando (como ya recomendaba Ramazzini en 1700) por las características de la actividad laboral de la persona atendida, incluyéndolas como un dato más de la anamnesis en la historia clínica. Sin embargo, la realidad está muy lejos de ese deseable horizonte: un estudio llevado a cabo en un Centro de Atención Primaria en Barcelona mostraba que no llegaba al 10% el porcentaje de historias clínicas que incluían información sobre la ocupación del paciente, incluso considerando datos básicos relacionados con su situación laboral (como si era trabajador activo o desempleado, estudiante, jubilado, etc.)⁽¹⁶⁾.

Desde luego, llegar a una situación ideal de sinergia como la descrita requeriría de apoyo institucional y organizativo (también normativo) decididos, además de resolver las carencias conceptuales y formativas al respecto que afectan a ambos sistemas (tanto a los profesionales del sistema público de salud como a los del sistema de prevención de riesgos laborales). Un estudio sobre el personal médico de centros de salud (fundamentalmente de Atención Primaria) de Alicante revelaba que dichos profesionales no perciben tener funciones en materia de prevención de riesgos laborales, ni tampoco creían tener la capacitación necesaria para llevar a cabo dichas funciones⁽¹⁷⁾. Sería también deseable que desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se interactuara con los servicios de Atención Primaria que atienden a sus trabajadores en aquellas situaciones en las que el trabajo influye sobre el correspondiente proceso que motiva la consulta y/o viceversa.

ATENCIÓN HOSPITALARIA Y SALUD LABORAL

Para la atención hospitalaria, incluyendo la atención de urgencias y otros servicios vinculados (como los servicios de salud mental o de fisioterapia), podría servir perfectamente el mismo planteamiento que hemos presentado en el apartado previo en relación con el primer nivel asistencial, la Atención Primaria. Asumiendo la existencia de un trabajo coordinado entre los diferentes niveles asistenciales, en el historial clínico del paciente trabajador deberían también reflejarse sus condiciones de trabajo y, particularmente, la evaluación médica de cómo dichas condiciones pueden interferir con las diferentes intervenciones y objetivos asistenciales, para lo que, como también se ha señalado, la interacción con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa donde trabaja el paciente puede ser muy relevante en determinados casos.

El nivel hospitalario, además, cuenta con servicios y profesionales que pueden profundizar en dicho abordaje, como son los ya mencionados servicios de Medicina Preventiva y de Medicina del Trabajo⁽⁹⁾. Sin embargo, para alcanzar todo su potencial, estos servicios y profesionales deberían extender el alcance de sus intervenciones y programas más allá de su propio entorno y de los trabajadores de sus centros, siendo como son servicios que, al igual que el resto de servicios asistenciales, van dirigidos al conjunto de su población de referencia, en todos sus ámbitos de acción (incluyendo la protección de la Salud Laboral y de la Salud Pública). En la experiencia de la Unidad de Patología Laboral del Hospital del Mar en Barcelona⁽¹⁰⁾, también mencionada previamente, se entiende mejor este alcance. Este planteamiento ayudaría además a conectar las especialidades de medicina del trabajo y enfermería del trabajo con el resto de especialidades sanitarias, superando el aislamiento secular de aquéllas.

No hemos conseguido localizar experiencias que ilustren el planteamiento que estamos proponiendo, que podríamos calificar, por tanto, de novedoso. Volviendo, sin embargo, a los orígenes del Sistema Nacional de Salud en España, la *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986)* es clara, estableciendo que cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud. Los Servicios de Medicina Preventiva y Medicina del Trabajo, por tanto, aunque estén ubicados en los hospitales, deben orientarse y atender al conjunto de su población de referencia, también en lo que se refiere a la Salud Laboral de esa población.

A esto cabría añadir una reflexión: una gran parte de la población trabajadora en España ya cuenta con servicios de Medicina/Enfermería del Trabajo de referencia, a través de los correspondientes Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (*Real Decreto 39/1997*, art. 18). No parecería eficiente duplicar esos servicios desde el entorno asistencial, sino aprovechar y adecuar, como venimos diciendo, los recursos existentes a uno y otro lado mediante mecanismos innovadores y proactivos de coordinación entre ambos tipos de servicios de salud.

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y SALUD LABORAL

Desde la estructura de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud también se puede reforzar el cuidado de la salud poblacional atendiendo más transversalmente a sus determinantes laborales. Es cierto que, como se ha señalado anteriormente, entre los servicios de Salud Pública se suelen incluir servicios específicos de Salud Laboral. Dicha proximidad posiblemente explique que estos últimos servicios hayan incorporado a la atención sobre la población trabajadora conceptos y herramientas propios de la Salud Pública, como los sistemas

de vigilancia de enfermedades profesionales o programas de promoción de la salud como el de “*empresas generadoras de salud*” (tabla 3). Pero lo que planteamos a continuación, en línea con un reciente editorial⁽¹¹⁾, es más bien el camino inverso: cómo se puede incorporar la “*perspectiva de Salud Laboral*” a los programas genéricos de Salud Pública. Presentamos en la tabla 4 algunos ejemplos en relación con funciones y programas propios de los distintos servicios de Salud Pública.

La coordinación y trabajo conjunto entre los Servicios de Salud Pública de la administración sanitaria y los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas, además, permitiría consolidar y hacer más efectivas y eficientes las acciones que para la promoción, prevención y protección de la salud de los trabajadores se llevaran a cabo desde estos últimos, valiéndose del respaldo que les otorgaría la “autoridad sanitaria”, representada por los correspondientes profesionales y servicios de Salud Pública descritos en la tabla 4. Dicho sea de paso, y como deseable fruto del roce entre ambos tipos de servicios, también la acción de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se vería fortalecida con la aplicación de principios comunes y bien establecidos en Salud Pública, como los de equidad, evaluación, transparencia o acción basada en la evidencia científica.

Todas las acciones “con perspectiva laboral” propuestas en la tabla 4 corresponden plenamente con los objetivos y funciones propios de los Servicios de Salud Pública. Para abordar esta perspectiva, además, la Salud Pública debe trabajar en un entorno (el laboral) en el que algunas de sus estrategias propias están facilitadas tanto por la abundante

normativa al respecto de la protección de la salud de los trabajadores y sus derechos como por las estructuras también existentes en dicho entorno laboral y que persiguen idénticos fines, como los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Por poner un ejemplo, el principio de participación, también fundamental para la acción en Salud Pública (Ley 33/2011, art. 5), está ya plenamente establecido y estructurado en el entorno laboral⁽¹⁸⁾. El hecho de que en España sea en la estructura de Salud Pública donde habitualmente se localicen los Servicios de Salud Laboral de la administración sanitaria debería también facilitar la extensión de la perspectiva laboral sobre el resto de funciones y programas de Salud Pública, pues pueden para ello apoyarse y contar con la experiencia de dichos Servicios de Salud Laboral. Lógicamente, como también se señalaba al inicio de este apartado, para establecer y asentar estas formas de trabajo en los distintos programas de Salud Pública será necesario tanto el interés de los correspondientes Servicios de Salud Pública (servicios de epidemiología, promoción de la salud, salud ambiental, etc.) por las propuestas de la tabla 4 (y otras muchas que pueden ir surgiendo conforme se amplíe y normalice la interacción entre servicios y programas de Salud Pública y de Salud Laboral en la administración sanitaria) como la abogacía y la cooperación de los propios servicios de Salud Laboral de la administración sanitaria para llevarlas a cabo. Algo para lo que se deberá superar, por todas las partes, el generalizado “ostracismo” de los servicios y departamentos de una administración poco acostumbrada, en todos sus niveles, al trabajo transversal, y de unos servicios de Salud Laboral también poco acostumbrados a plantear su trabajo con una mirada que vaya más allá de “la puerta de la fábrica”⁽¹¹⁾.

Tabla 4
Selección de programas de salud pública con ejemplos de acciones para reforzar su atención e impacto sobre la salud de la población trabajadora y sobre los determinantes de la salud relacionados con el trabajo.

Programas y acciones propios de los servicios de salud pública del sistema público de salud (selección)	Con perspectiva de Salud Laboral (ejemplos)
Sistemas poblacionales de registro y vigilancia epidemiológica.	• Deberían incorporar la información necesaria (por ocupaciones/sectores) para poder identificar y analizar la prevalencia, incidencia y evolución de la patología y lesiones vinculadas con el trabajo. • Deberían incluir información sobre los determinantes de la salud relacionados con las características del empleo y de las condiciones de trabajo en la población.
Estudio de brotes epidemiológicos (cuando afecten a centros de trabajo, como colegios, hoteles o residencias).	• Deberían establecer los mecanismos necesarios para la comunicación y acción coordinada con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales correspondientes, también con los recursos y estructuras de información y participación de los trabajadores en Salud Laboral (Comités de Seguridad y Salud, Delegados de Prevención, etc.). • Deberían establecer comunicación con la mutua correspondiente para seguimiento del reconocimiento del origen profesional de la patología en los trabajadores afectados como consecuencia del brote, en su caso.
Vigilancia y protección de la salud ambiental (cuando afecte directamente a población trabajadora).	• Deberían incorporar la evaluación del impacto de los determinantes ambientales de la salud sobre la población trabajadora y entornos de trabajo (por ejemplo, en el caso de olas de calor, contaminación ambiental, vectores como mosquito tigre, etc.).
Programas de vacunación poblacional.	• Deberían trabajar en coordinación y cooperación con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para garantizar la vacunación indicada en población trabajadora siguiendo estrictamente los calendarios de vacunación del Sistema Nacional de Salud. • Deberían vigilar y reforzar, en su caso, las coberturas vacunales en todos los grupos laborales de riesgo (como ya se hace en parte con los trabajadores en los centros sanitarios, pero debería ampliarse a otros colectivos laborales de riesgo).

Tabla 4 (continuación) Selección de programas de salud pública con ejemplos de acciones para reforzar su atención e impacto sobre la salud de la población trabajadora y sobre los determinantes de la salud relacionados con el trabajo.	
Programas y acciones propios de los servicios de salud pública del sistema público de salud (selección)	Con perspectiva de Salud Laboral (ejemplos)
Programas de cribado poblacional.	• Deberían trabajar en coordinación y cooperación con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para garantizar la implementación de los cribados poblacionales que se apliquen a la población laboral con cumplimiento estricto de los requisitos establecidos por el Sistema Nacional de Salud y por los correspondientes sistemas de salud autonómicos. • Deberían desautorizar la realización de cribados en la vigilancia de la salud de la población laboral que no estén avalados por la evidencia científica, incluyendo los reconocimientos sanitarios previos a la incorporación laboral (<i>Ley 33/2011</i>, art. 20 y 21).
Promoción de la salud.	• Deberían atender en sus programas de acción comunitaria a los determinantes laborales de la salud, contemplando el empoderamiento de la población trabajadora en el conocimiento y ejercicio de su derecho a la protección de la salud en el trabajo. • Deberían trabajar en coordinación y cooperación con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para garantizar que las intervenciones de promoción de la salud en los centros de trabajo siguen los criterios establecidos para dichos programas en base a la evidencia científica, incluyendo sistemáticamente procedimientos para su evaluación. • Deberían reforzar las acciones de promoción de la salud en el trabajo dirigidas a los grupos socialmente más vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Salud Carlos III. Informe nº 74. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. 14 de abril de 2021 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
2. UGT. UGT y CCOO reclaman la plena integración de la salud laboral en la salud pública [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ugt.es/ugt-y-ccoo-reclaman-la-plena-integracion-de-la-salud-laboral-en-la-salud-publica>
3. Krieger N. Workers Are People Too: Societal Aspects of Occupational Health Disparities-An Ecosocial Perspective. *Am J Ind Med*. 2010;53:104–115.
4. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20201>
5. Boix P, Benavides FG, Soriano G, Moreno N, Roel JM, García-Gómez M. Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2000;3(4):175-177.
6. Terradillos García MJ. La vigilancia de la salud en España: ¿necesidades de mejora? *Arch Prev Riesgos Labor*. 2020;23(2):159-163.
7. Rodríguez Contreras R, Hägele H, Triomphe CE, Bath L, Sprenger W, Rubini G. La organización preventiva de las empresas en España: características distintivas respecto a otros modelos europeos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2015.
8. Ministerio de Sanidad. Organización Institucional. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actividad [citado 28 abril 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/actividad.htm>
9. López Fernández MJ. Proyecto de una cartera de servicios para las unidades de gestión de Medicina Preventiva y Salud Pública del sistema sanitario público andaluz [tesis doctoral]. Universidad de Málaga; 2016.
10. Benavides FG, Ramada JM, Ubalde-López M, Delclos GL, Serra C. A hospital occupational diseases unit: an experience to increase the recognition of occupational disease. *Med Lav*. 2019;110(4):278-284.
11. García AM. Salud laboral desde los servicios de la administración sanitaria: las oportunidades de la “perspectiva laboral” para el ejercicio de la salud pública. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2020;23(3):309-314.
12. Benavides FG. Las funciones de la Administración Sanitaria en Salud Laboral. *Gac Sanit*. 1997;11(4):153-155.
13. Cortès I. La atención primaria de salud, un agente clave de la salud laboral. *Aten Primaria*. 2008;40(1):7-14.
14. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med*. 2005;47:176-180.
15. Esteban Buedo V, Santolaria Bartolomé E. La comunicación de las enfermedades profesionales en la Comunidad Valenciana. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2015;18(4):180-182.
16. Ditolvi Vera G, Benavides FG, Armengol O, Barrionuevo-Rosas L. Cumplimentación de la ocupación en las historias clínicas de la Atención Primaria: 1992-2007. *Aten Primaria*. 2010;42:486-487.
17. Santibáñez Margüello M, Alonso Echabe E, Tamayo Medel G, Bolumar Montrull F, Vioque López J. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos en materia de salud laboral. *Aten Prim*. 2008;40:7-12.
18. Benavides FG, García AM. Participación ciudadana en salud: el caso de la salud laboral. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2010; 12(4):126.