

WALKTHROUGH DEL MÉDICO DEL TRABAJO: Postulando un estándar ético y estatutario en Catalunya

Enrique Bitchatchi(1) George L. Delclos(2)

(1) Doctoral Program on Experimental Sciences and Sustainability, Research Group on Statistics, Econometrics and Health (GRECS) Universitat de Girona, Campus de Montilivi, 17071 Girona, Spain

(2) University of Texas, School of Public Health, P.O.box 20186, Houston TX 77225-0186, USA

*Aspirant al Premi Ignasi Fina de
Salut Laboral*

I) CONTEXTO y DEFINICIONES BÁSICAS.-

El presente desarrollo es suscitado en anuencia a las líneas de actuación delineadas dentro de los objetivos de La Estrategia Catalana de Salud y Seguridad en el trabajo para el período 2009 – 2012 (II plan), particularmente: *establecer [...]: programas en materia de seguridad y salud laboral dirigidas a las empresas;...programas específicos de actuación dirigidos a las entidades de prevención*¹

Buscamos un aporte operativo, el cual, añadido a las normativas de prevención las fortalezca.

EL WALKTHROUGH-DEFINICIÓN:

El Walkthrough (en adelante, "**WT**")² es un procedimiento inmanente al quehacer de la salud y trabajo. Expresa el estudio sistemático de los ambientes de trabajo, entendido como "tour" o "caminar a través" del conjuntos de puestos, empleando una metodología dirigida a extraer el máximo de información desde el punto de vista de salud ocupacional, por parte de personas con experticia técnica. En su acepción más amplia, suele incorporar actividades de evaluación de riesgos, valoraciones de gestión, el inicio y continuación de una provisión de retroalimentaciones y recomendaciones a los agentes interesados, ofrecimientos de entrenamiento y el despacho de informes formales eventualmente revisables. Recalcando, no obstante la implementación vital del WT se ratifica *in-company*, concurrirá serie de introspecciones, escudriños, cálculos, y demás elaboraciones cognitivas que trascienden por delante y por detrás a los momentos puramente presenciales. En efecto, aquél acto físico de sondeo-caminado propiamente tal, exige la disciplina de prepararlo antes, y, compromete una prospectiva cadena de nuevas elaboraciones, interpretaciones, evaluaciones circulares, etc., de largo aliento.

Deteniéndose en el anexo 1, encontrarán objetivos y pasos a seguir en WTs³.

¹ Véase objetivos estratégicos OP1.3, OP1.4, OP4.1, OP4.2 y las correspondientes líneas de actuación L11; L12; L26→L29. En el trasfondo, La nueva Ley de Salud Pública de Catalunya y su atención a la salud y la medicina laboral.

² Otros sinónimo común en la literatura científica anglosajona: "*walkthrough survey*"

³ Disponible en formato .ppt, está siendo utilizado para estuđianes de posgrado.

II) EL PROBLEMA.-

Nos concierne que la operación de WT's estudiosos y acuciosos, como quedan definidos arriba, venga mermando a una fracción cada vez menor de la actividad de los médicos del trabajo. Desconocemos la existencia de publicaciones de tendencias nacionales sobre este compartimiento de los procesos de prevención de parte de galenos. No obstante, nos consta gracias a nuestra atención preocupada por el fenómeno; ora vista desde el desempeño de docencia universitaria profesional específica, ora desde lo que se evidencia en las audiencias de tribunales a propósito de la gestión de la salud y el trabajo en el sistema prevaleciente. Argüiremos en conformidad, que así hemos corroborado por boca de higienistas punteros con los cuales interactuamos, colegas y docentes pares en Catalunya y en otras comunidades.

Para L. Artieda, desde el Instituto Navarro de Salud Laboral, la 3ª de 4 causas explicativas del rezago registrado en el acometimiento de la actividad de la vigilancia específica de salud por parte de los médicos del trabajo, estriba en la apreciación del mal flujo de información desde los prevencionistas técnicos que hacen las evaluaciones de riesgos. Lo que impide que la realización de los reconocimientos médicos específicos partan de la comprensión de lo que debiera suponer un trabajo previo pluri e interdisciplinario. La autora emplea la palabra "barrera" entre el trabajo de los que se denominan "técnicos" y el de los médicos, no obstante lo que se desprende del ideario normativo. La autora acude a explicaciones de psicología organizacional. Como resultados de esta situación, cita que, en 1/3 de las fichas de vigilancia remitidas a la Administración Sanitaria de Navarra, no constaban datos de exposición particulares del trabajador examinado [Artieda, 2002]. Siendo éste el estado de cosas en Navarra, donde se están reportando 6 veces más enfermedades profesionales que el promedio nacional, podremos imaginar cuán parcelada estará siendo la aprehensión de riesgos ocupacionales en otras comunidades.

Pero la desatención no es exclusiva de España. Un paradigma hegemónico e internacionalizado, cada vez coloca más río abajo la entrada en escena del médico en general y el ocupacional en particular en el caudal de lo profiláctico⁴. Por contraste, no conocemos una sola oración en la literatura profesional que subestime el coste-efectividad de la participación activa e independiente de médicos laborales correctamente

⁴ Saldrá del foco central de nuestra iniciativa demostrar esa afirmación. Hablan de por sí los indicadores clásicos de economía de la salud, sobre la tendencia secular y su dirección.

entrenados, en la implementación de *vías*⁵ de estudio de los puestos de trabajo. Sin embargo, tal valor aparece relegado cuando se entrelee el estándar internacional de los servicios de salud ocupacional de modo general⁶. Claro que el ámbito de actividad de la medicina ocupacional que ningún otro proveedor sanitario podría asumir, será precisamente el de la vigilancia profiláctica específica. De ella deriva información imprescindible para la evaluación de los riesgos y de la eficacia de las medidas preventivas.

Y aún así, acotaremos hoy más de una razón por la, estamos convencidos, que hay que rescatar para estos profesionales, el coprotagonismo en los WTs.

✓ **Buena...praxis:** El WT cede al médico conocimiento no mediato e invaluable para el ejercicio vigente de su profesión⁷.

✓ **Responsabilidad jurídica:** Es el médico del trabajo el ente identificable calificado, que firma y asume responsabilidad en las prestaciones (dictámenes de idoneidad; cribado y filiación de contingencias mórbidas y siniestralidad a elementos exógenos o endógenos, consecuencia o no del trabajo, derivaciones a otros interconsultores sanitarios y posibilidad de daño iatrogénico o derroche con exposición incremental a variabilidad de exámenes clínicos⁸).

✓ **Discrecionalidad temporal en la intervención:** Es potestad y deber del facultativo hacia la persona del trabajador el decidir el quantum mínimo de datos sobre éste y sobre su/s situación/es de exposición antes de determinar la batería de

⁵ El concepto "Vias" en cursiva aplica aquí según la asepción común en el argot de evaluación de tecnología sanitaria. Comporta la puesta en términos operativos finales, detallados, y traducidos a lo local, delineamientos descritos en *estándares* o *guías*, que menos se detienen en la concretación local.

⁶ Es el caso de los Convenios más citados de la OIT: en el aprobado **C155** por los años 80' se estipula la centralidad de revisiones de higiene y seguridad en el trabajo a intervalos apropiados, ora generalizado, ora por sub-secciones. El rol de galenos especializados, entra en escena, así quisiéramos suponer, con su participación hacia el momento de la designación de prioridades de acción y evaluación, particularmente médico-clínicas

Véase, p. ej. Article 7 of C155 ILO (1981)

<http://webfusion.ilo.org/public/db/standards/normes/appl/appl-displayConv.cfm?conv=C155&hdroff=1%E2%8C%A9=EN>

"The situation regarding occupational safety and health and the working environment shall be reviewed at appropriate intervals, either over-all or in respect of particular areas, with a view to identifying major problems, evolving effective methods for dealing with them and priorities of action, and evaluating results."

⁷ Autores clásicos de libros de texto de medicina del trabajo moderna, lamentan la pega inherente al que estudiantes de medicina no accedan durante su formación a entornos de producción. La capacitación para el WT, en el estudio detallado del ambiente productivo es pivote, con más, para quien ejercerá cargo de médico industrial [Hunter, 1969]. La valoración de los puestos de trabajo y el conocimiento del lugar donde se ejecuta, es definida como el primer acto médico que debe realizar al tomar posesión del cargo en la empresa, a sabiendas de que cada puesto de trabajo, en cada empresa es distinto. Es con estas afirmaciones como una serie de autoridades catalanas y francesas, entre ellos, el Dr. Ignasi Fina Sanglas, abren el subtítulo que describe el WT [Desoille, 1986].

⁸ "Síndrome de Ulysses,"

vigilancia específica que operará ante cada empleado. Esto es factible solamente si el galeno tiene control sobre el proceso consolidación de dicha cuantía de información.

✓ **Mandato ético:** En nuestra especialidad, el canon de conducta médica, asociado al juramento hipocrático, lo hallamos vertido en el Código Ético de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional [ICOH, 2002]. Especificaremos de este por lo menos 2 de los preceptos aquí, el relativo a la Obligación Hacia El Profesionalismo Competente⁹ y el del Sostenimiento de Estándares Éticos¹⁰.

✓ **Costo-efectividad:** El hecho de que los médicos proactivamente intervengan en la conceptualización y gestión preventiva de los riesgos aporta un valor agregado positivo al sistema¹¹. Estos profesionales llegan con un legado de conocimientos y experiencias que no debe despericiarse. En concordancia a su orientación biológica, son por antonomasia quienes discriminarán la interfase hombre-máquina/hombre-proceso/hombre-materiales; las exigencias psicofísicas de cada actividad, en tiempo y lugar precisos. Diremos más, el agregado diferencial al de los técnicos no-asistenciales es natural, por excelencia, el del arte médico¹².

Remitimos al anexo 2, alfa y omega de un caso de demostración.

⁹ La regla # 2, hace explícito que el los profesionales de la salud ocupacional deben proactivamente estar familiarizados con el trabajo y su entorno, mantenerse actualizados y superar competencias, versándose en lo tecnológico y lo científico sobre los riesgos laborales potenciales, así como las medidas más eficientes para erradicar o amilorar los riesgo de hecho. Esos profesionales, en la medida de lo posible visitarán los puestos de trabajo, consultarán con los empleados , con los cuadros técnicos y con los gestores sobre los procesos.

¹⁰ La # 26, remite a estos profesionales a instituir un programa de auditoría profesional de sus propias actividades.(..)en pro a cerciorarse si se han delinedo estándares apropiados, si se cumplieron y si de haber habido deficiencias, sean detectables y corregidas. En la norma # 19 precede la expectativa a que los contratos de trabajo con estos profesionales, incorporen estos aspectos deontológicos, previsiones de conflictos de interés, etc.

¹¹ En el sistema francés de hace unos lustros, la profesión de higienista no existía. La higiene era entendida como una de las múltiples disciplinas del médico laboral. Sobre él recaía la expectativa de detectar riesgos potenciales y se le encomendaba por ley, invertir 1/3 fracción de su tiempo realizando WTs (WHO, 1988). Uno de los autores de la presente propuesta podrá atestiguar sobre el sistema de otro país con heredad organizacional y legal británica, donde, cuadros de higienistas industriales tradicionalmente eclosionaron y crecieron a la par de la profesión de la medicina ocupacional. Y, máxime, la inversión en ejecución de WTs, su documentación, etc, también tomara un prolífico tercio del tiempo de actividad de los galenos según itinerarios y esquemas independientes y complementarios.

¹² Traeré el siguiente extracto del libro de texto antes citado a pié de página- en el cual el Dr. Ignasi Fina Sanglas es coautor: "(...). *...hay una serie de factores que en modo alguno pueden reducirse a cifras o incorporarse convenientemente a una ficha del puesto. Corresponderían a aquello que en el argot médico se llamó ojo clínico. Únicamente el arte del médico permite su detección* " [Desoille, 1986].

III) LA PROPUESTA.

Prescindir del rendimiento en salud pública de médicos del trabajo re-creando e implementando *vías*¹³ de estudio de los puestos de trabajo, significa conspirar apuntalando los vacíos que impiden la prevención, el cuidado a la vida.

Su instauración estatutaria+auditada+inspeccionada+publicada, prometiera un salto cualitativo y cuantitativo de planificación y gestión de la salud pública, de producción de conocimientos.

A continuación líneas de actuación concretas, no necesariamente excluyentes y abordables según secuencia que establezcan los agentes interesados cooperando con la Administración. Barcelona serviría de ciudad sana piloto de las iniciativas. La nivelación formativa urge desde el vamos. Su puesta en marcha se ceñirá a tablas de tiempo y repartición de responsabilidades. De verse apropiado, se animará audiencia pública:

- 1. Desarrollar instrumentales y asegurar recursos dirigidos al entrenamiento de calidad en torno a las nociones y metodología de WTs tanto a los médicos del trabajo ya formados como a los que están especializándose¹⁴**
- 2. Convertir al WT como práctica sistemática y rutinaria del médico laboral a categoría de actividad estatutaria y por consiguiente susceptible inspección legal, o por lo menos de auditoría externa acreditada por la Administración.**
- 3. Desarrollo, y respaldo material y logístico a equipos de prevencionistas y otros técnicos superiores para: a) Elaboren *guías* y *vías* de WTs. b) Acompañen el proceso hasta su publicación oficial y entrada en vigencia. c) Promuevan y ejecuten su evaluación científica: c₁- investigación tecnología sanitaria; c₂- epidemiología ocupacional- outputs y outcomes).**
- 4. Paralelamente, desarrollo y respaldo material y logístico a equipos conformados por expertos en bío-ética, especialistas sénior independientes y otros profesionales para establecer estándares deontológicos, su auditoría y su revisión sostenida.**

¹³ Aceptación del valor "vías"-Ver nota al margen N° 4.

¹⁴ En el anexo 1 una muestra (en inglés) de un curso inicial (disponible en formato .ppt) que está siendo utilizado para estudiantes de posgrado.

IV) REFERENCIAS:

- Artieda L. Los reconocimientos médicos específicos: una carrera de obstáculos. Arch Prev Riesgos Labor. 5(2):45-7. 2002
- Casale R. et al. Mapping of quartz distribution in Campania's (Italy) calcareous-dolomitic succession. Med Lav. 93 (Suppl): S52-S53. 2002
- Desoille H, Mercadal JA, Scherrer J y Truhaut R (eds.). Medicina Del Trabajo. Cuarta Parte-capítulo I. p 204-6. Masson, Paris. 1986
- Occupational Safety and Health Guideline for Calcium Carbonate. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Labor.(**DHHS-DOL**) 1995
- Hunter D (ed). The Diseases of Occupation. English University Press. London. Chapter IV, p 218-20. 1969
- **IARC-WHO**. Silica, some silicates, coal dust and para-aramid fibrils. IARC monograph 68. Lyon. 1997
- Codigo Internacional de Etica Para los Profesionales de la Salud Ocupacional. International Commission on Occupational Health (**ICOH**) Actualización 2002
- Third International Symposium on Silica, Silicosis, Cancer and Other Diseases (**ISSCOD3**). In: La Medicina del Lavoro, by F. Merlo, D.F. Goldsmith, F. Forastiere. 93 (suppl): 2002
- Kayser K and Hagemeyer O. (editors). Natural and Synthetic Mineral Fibers Affecting Man. Wissenschaftsverlag Mannheim. p.165-6; 188-90. 1994
- Mannetje A't et al. Development of quantitative exposure data for a pooled exposure-response analysis of 10 silica cohorts. American Journal of Industrial medicine. 42: 73-86. 2002
- Msaki P. and Banzi F.P. Radiation Protection Dosimetry. 91(4): 409-12. 2000
- **ICRP** 60-1990 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Annals of the ICRP. ICRP pub 60. 21(1-3). 1991
- Revised **OSHA** Booklet 3047, Consultation Services for the Employer. Occupational Health and Safety Administration. U.S. Department of Labor 1995
<http://lists.unc.edu/read/messages?id=3367835#3367835>
- FRACFLOW Reports ["Diffusion experiments", by B. Reichert, H. Hoetzel & K. Witthuser ; "Mineralogy of Eocene chalk from the Negev", by R. Nativ. In: Contaminant transport Monitoring technique and Remediation Strategies in Cross European Fracture Chalk. European Community. 1998]
<http://fracflow.dk/index.htm>
- Russell BA, Cerny FJ. E.T. Stathopoulos. Effects of varied vocal intensity on ventilation and energy expenditure in women and man. J Speech Lang Hear Res 41(2): 239-48. 1998
- Training and Education in Occupational Health. Report of a **WHO** study group. Technical report series 762. p 20. World Health Organization. Geneva. 1988