

Hacia una filosofía de servicio en salud ocupacional - Decálogo

*Dr. Julio Piscoya Arbañil **

La concepción de salud en su sentido más amplio ha ido evolucionando a través del tiempo pasando de un enfoque casi individual a una idea más bien colectiva, dinámica, progresiva, cambiante, plurifactorial que, al desembocar en un estado mórbido, da como resultado que éste tenga que ser de tratamiento multidisciplinario.

El trabajo, es decir, el esfuerzo humano aplicado a la producción de la riqueza (1); actividad humana por excelencia desde tiempos inmemoriales, siempre ha estado ligado a un buen estado de salud de quien lo realiza. En este sentido ha obrado una especie de selección natural que ha dado como consecuencia la realización de las mejores obras por los más aptos. Pero en nuestro tiempo en que conocemos un sinnúmero de actividades desarrolladas específicamente para intervenir y mejorar cada uno de los elementos y partes del proceso productivo, no podemos dejar al azar la selección, capacitación y cuidado del recurso humano; elemento fundamental en toda actividad laboral. Valga recordar anecdóticamente el apercibimiento, la convicción de quienes han hecho enjuiciamientos al respecto, tales como Henry Ford que expresó: "El cuerpo médico de mi fábrica es la sección que me reporta las mayores ganancias" (2). Selby, C.D. que declaró: "Las plantas que cuentan con servicios médicos son privilegiadas porque ellas tienen en ellos una cooperación para la conservación del recurso humano" (3).

O la respuesta que dio el Dr. Robert Baker cuando el propietario de una fábrica textil le preguntó cómo podría resolver la situación de de-

samparo por la que pasaban los trabajadores de su empresa por no tener un acceso reglamentado a los servicios de salud; su respuesta fue contundente: "Contrate un médico para su fábrica, póngalo a trabajar dentro de ella, de modo tal que éste pueda verificar mediante una visita, sala por sala, el proceso del trabajo y apreciar qué trabajador esté sufriendo la influencia de causas que puedan ser prevenidas"; a él le corresponderá hacer la prevención. De este modo Ud. podrá decir: "Mi médico es mi protección; puesto que a él le estoy dando la autoridad respecto a la protección de la salud y las condiciones físicas de mis operarios; si alguno de ellos sufre alguna alteración de su salud, es el médico el único que debe ser responsabilizado" (4). Como sabemos, este episodio terminó con la contratación del Dr. Baker en 1830 en lo que para unos fue el primer servicio de salud en relación directa con los trabajadores, el empleador y el proceso productivo. Aunque una reciente publicación (5) menciona al Dr. Peter Holland como pionero de la medicina ocupacional, el mismo que laboró en el más antiguo servicio de salud ocupacional establecido en las hilanderías de algodón ubicadas en el Condado de Cheshire, en ellos se realizaba ya el examen de pre-empleo, se consigna que el primer contrato de un médico en esta zona fue hecho en 1796.

No puedo dejar de mencionar las declaraciones del premio Nobel Bernardo Hussey cuando hablaba acerca del lugar de la ingeniería en la salud ocupacional, y dice: "... podemos explicar el cuerpo total de estudio de la salud ocupacional

* *Instituto Nacional de Salud Ocupacional*

haciendo una analogía con un taburete que descansa en tres patas, uno de estos soportes representa a la ciencia médica, otro a las ciencias de ingeniería y química y el tercero a las ciencias sociales; hoy en día, nosotros tratamos de mantenernos balanceándonos en dos soportes y algunas veces en uno pero esta es una posición muy incómoda y creo que no vamos a llegar muy lejos sin fatigarnos..." (6). Hoy precisamente cobra vigencia su opinión, habida cuenta de la importancia que se da a las condiciones ambientales en el lugar de trabajo; así, el número de higienistas industriales para el año 2020 llegará a su pico más alto, ya que el movimiento ambientalista habrá reconocido el estudio de los efectos deletéreos en los lugares de trabajo como una norma desarrollándose también sistemas adecuados de detección y control, algunos de los cuales ya han sido puestos en práctica en algunos países (7) (8).

Ha habido otros acontecimientos que han contribuido a la valoración de la salud en la ocupación y estos son: La preocupación por la salud pública que originó la creación a nivel mundial de organismos y disposiciones rectoras en seguridad y salud ocupacional (9) (10) (11) (12), el fomento de la educación y formación en materia de medicina e higiene seguridad en el trabajo entre trabajadores, empresarios, profesionales de la salud y demás partes interesadas que alcanzó auge en los años '70 repercutiendo en un mayor interés por estos temas en las instituciones académicas; el concepto de detección precoz de enfermedad profesional planteada en 1973 por el Comité de expertos de la OMS (13), (14), la atención centrada en aspectos éticos como la lealtad de los médicos de empresa, el derecho de los trabajadores a conocer los peligros de los puestos de trabajo de reciente difusión (15), (16); el carácter confidencial de las historias clínicas de los trabajadores en poder de las empresas, la difusión de los riesgos laborales en la fertilidad de la pareja (17) (18) (19), el desarrollo de programas preventivos en los centros de trabajo recomendado por los organismos internacionales, el desbordante progreso tecnológico que ha aumentado el número de riesgos y la capacidad para detectarlos, la consideración del concepto de salud como componente del desarrollo que se ha visto fortalecida en estos últimos 10 años y ha evolucionado hacia una co-

nexión más dinámica con todos los factores sociales; habida cuenta de que ahora se reconoce que el desarrollo no puede sostenerse sobre la base de la producción económica exclusivamente (20).

El riesgo a que estamos expuestos en nuestro lugar de trabajo que deriva en una enfermedad ocupacional o un accidente de trabajo puede pasar desapercibidos cuando nosotros no somos las víctimas, pero es necesario comprender que cada año más de 10,000 trabajadores mueren en su lugar de trabajo, 10 millones se accidentan y 3 millones de casos de enfermedad ocupacional son reportados (21).

Existen pues, un cúmulo de razones justificatorias para el ejercicio de la medicina en defensa de la salud del trabajador o mejor dicho de la salud ocupacional; razones que nos obligan a sentirnos comprometidos moralmente con este cuidado de modo tal, que cuando vamos ganando experiencia en este campo sentimos un compartir de responsabilidades y de deberes en relación a quienes nos debemos: los trabajadores; y a quienes nos contrataron: los empleadores; al lograr el equilibrio en la participación de estas dos fuerzas en armonía con el proceso productivo, veremos coronado el éxito de nuestros ideales, a priori, por vocación, con un norte altruista, a fortiori, por necesidad y a posteriori, recurriendo a los conocimientos de nuestra especialidad, de la práctica diaria en el hospital o en la fábrica para cumplir nuestro cometido.

Es en la prevención donde mejor se manifiesta el núcleo doctrinal y ético de nuestra especialidad; el cual puede y debe ser compartido con los demás profesionales que actúan en nuestro equipo por supuesto con una base de experiencia lograda en la fábrica, en la industria, en la mina, en el taller, etc. La correcta elección del trabajador sano con respecto a su puesto de trabajo, siempre que se tenga la descripción de puesto del candidato y se conozcan las condiciones ambientales donde va a laborar; es otra de las preocupaciones de nuestra labor. Muchas veces hemos visto que pasa a primer plano el criterio aplicado y la toma de decisiones oportunas para no interferir con la buena marcha del proceso productivo.

Cabe señalar que nuestra actuación reposa sobre bases eminentemente médicas como lo son *Primum non nocere*, el espíritu del juramento hipocrático, el

código de ética de nuestro colegio profesional, el método científico aplicado, y nuestro accionar siempre ha dependido de nuestra preparación, entusiasmo y valor personal. Esto nos permite actuar con criterio ético y humanístico que nos sirva para fiscalizar el correcto uso de las pruebas ideadas para la evaluación del recurso humano y que los progresos que logra la ciencia y la técnica, como ahora se da en otros países con los numerosos test genéticos que han proliferado incentivados por el proyecto genoma, no sirva para discriminar a los trabajadores que se someten a ellos, sino, más bien, para lograr su correcta ubicación. Del mismo modo guardar respeto por el derecho a conocer que tiene el paciente, habida cuenta de la confidencialidad del médico ante la ley (22).

Con esta base conceptual, y convencidos que es nuestra responsabilidad el mejorar la salud de la población, orientándonos a prevenir riesgos ocupacionales y ambientales que provoquen lesiones y enfermedad (23), es que nos permitimos postular este **MODELO PERUANO DE DECALOGO EN SALUD OCUPACIONAL** que estamos seguros contribuirá a mejorar la calidad de vida de la postergada población laboral de la cual todos somos partícipes.

DECALOGO DE SALUD OCUPACIONAL EN EL PERU

1.- Creemos que la conservación de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo es nuestra primera responsabilidad.

2.- Creemos que la salud del trabajador como proceso integral y evento social es el factor más importante en el incremento de la capacidad productiva de nuestro país.

3.- Creemos en el derecho que le asiste al trabajador a recibir un trato amable; una atención digna y justa sin distingo alguno.

4.- Creemos en el respeto y la confidencialidad de los datos consignados en las historias clínicas de los trabajadores que guardamos celosamente por constituir secreto profesional.

5.- Nos preocuparemos a diario por mejorar nuestros conocimientos médicos, procedimientos de enfermería y aspectos administrativos en beneficio de la calidad de atención que brindamos.

6.- Nos capacitaremos sobre los riesgos propios

de las áreas de trabajo a fin de realizar la prevención adecuada que impida la aparición de accidentes y enfermedades ocupacionales.

7.- Creemos que los resultados positivos de nuestra labor no son méritos personales, sino el fruto del esfuerzo de un equipo multidisciplinario en el que participan médicos, enfermeras, personal para-médico, ingenieros, secretarías y sobre todo los trabajadores.

8.- Cuidaremos de ejercer la práctica de nuestra profesión sobre bases objetivas, científicas y actualizadas, acorde con los adelantos tecnológicos.

9.- No permitiremos que nuestros juicios, opiniones y recomendaciones sean influenciados por partes interesadas o sugerencias deshonestas.

10.- Evaluaremos constantemente al trabajador a fin de determinar su aptitud o inaptitud para desempeñarse en el puesto de trabajo asignado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Academo, Diccionario Etimológico, Ed. MAYFE. Madrid 1984.
- 2.- OLIVEIRA, J.A.A. Y TEIXEIRA. S.M.F. Previdência social Brasil; Petropolis, Vozes, 1986.
- 3.- SELBY, C.D. SCOPE and Organization of health service in industry. In: Lanza, A.J. Goldberg, J.A eds. Industrial Higiene. New York, Oxford University Press, 1939 p.4.
- 4.- NOGUEIRA D.P.A. Saúde dos Trabalhadores e a empresa. Sao Paulo. 1984.
- 5.- MURRAY R. PETER HOLLAND: a pioneer of occupational medicine. Br-J-Ind-Med. 1992 Jun; 49 (6); p, 377-86.
- 6.- HUSSEY, B. Engineering in industrial health education J. Occup. Med. 4:204,47.
- 7.- SHERWOOD RJ. Cause and control: education and training of professional industrial hygienists for 2020. Am-Ind-Hyg-Assoc-J; 1992 Jun; 53 (6); p. 398-403.
- 8.- LEVY BS; KJELLSTROM T; FORGET G; JONEES MR; POLLIER L. Ongoing research in occupational health and environmental epidemiology in developing countries. Arch-Environ-Health, 1992 May, Jun 4, (3); p. 231-235.

- 9.- Occupational Safety and health Act 29 USC.-651 et.seq. 1970.
- 10.- D.L. 18846 Seguro de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales Lima. Perú 28-4-71.
- 11.- D.S. 032-89-TR DE 2/09/89 Lima Perú.
- 12.- Ley 10833 03/1947. Programa del Instituto de Salud Ocupacional en el Perú.
- 13.- OMS. Serie de Informes técnicos, N 535, 1973.
- 14.- OMS. Serie de informes técnicos, N 714. 1985.
- 15.- ASHFORD NA, CALDART CC: The "Right to know Toxics information transfer in the workplace. Annu Rev. Public Health 6: 383 - 401. 1985.
- 16.- REICH, M.R. & GOLDMAN, RH. Italian occupational health: concepts, conflicts, implications. Amer. J. pub. Hlth. 74: 1031-41. 1984.
- 17.- LANCRAJAN I. Alterations of spermatic liquid in patients chronically poisoned by carbon disulfide. Med. Lav. 63:29 1972.
- 18.- LANCRAJAN I, POPESCUE, et al; Reproductive ability of workmen occupayinally exposed to lead. Arch. Environ. Health 30: 396, 1975.
- 19.- ROSEMBERG MJ, WYROBEK AJ, et. al; Sperm as an indicator of reproductive risk among petroleum refinery workers. Br J Ind Med 42:123. 1985.
- 20.- Boletín de la OPS. Vol. 113.n. 5 y 6. Salud una condición para el desarrollo. Pg. 558-563.
- 21.- FALKOWSHI, PAUL. Abstracts, pg. 7 XII th World Congress on Occupational safety and health.
- 22.- KORGAONKAR G; TRIBE D. Doctors confidentiality and the law. Br-J-Hosp-Med; 1992 Jul 1-28; p. 124-6.
- 23.- American College of Physicians: The Role of the Internist in Occupational Medicine. Philadelphia. 1984.