

Director del capítulo
Georges H. Coppée

19

Sumario

Códigos y directrices <i>Colin L. Soskolne</i>	19.2
Ciencia y responsabilidad: normas éticas y conducta moral en la medicina del trabajo <i>Richard A. Lemen y Phillip W. Strine</i>	19.5
Aspectos éticos de la investigación sobre la salud y la seguridad en el trabajo <i>Paul W. Brandt-Rauf y Sherry I. Brandt-Rauf</i>	19.8
La ética en el lugar de trabajo: marco para el juicio moral <i>Sheldon W. Samuels</i>	19.10
Vigilancia del medio ambiente de trabajo <i>Lawrence D. Kornreich</i>	19.13
Aspectos éticos de la información y la confidencialidad <i>Peter J. M. Westerholm</i>	19.14
Etica en la protección y promoción de la salud <i>D. Wayne Corneil y Annalee Yassi</i>	19.20
Estudio de caso: consideraciones éticas sobre el consumo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo <i>Behrouz Shahandeh y Robert Husbands</i>	19.25
Código deontológico internacional para los profesionales de la salud en el trabajo <i>Comisión Internacional de Medicina del Trabajo</i>	19.29

● CODIGOS Y DIRECTRICES

Colin L. Soskolne

Finalidad de los códigos

Los códigos deontológicos profesionales sirven para numerosos fines. En el ámbito de una profesión, los códigos establecen las normas de acuerdo con las cuales la profesión puede considerarse responsable de la conducta de sus miembros. Además, al delegar la sociedad el control de muchas de las profesiones en las propias asociaciones profesionales, éstas han desarrollado códigos que constituyen la base de su autorregulación (Soskolne 1989). Para un profesional en particular, los códigos pueden servir como una guía práctica cuando se enfrenta a dilemas morales o éticos en lo que se refiere a su conducta profesional en determinadas circunstancias. Cuando un profesional se ve sometido a tensiones morales o éticas, es evidente que los códigos pueden servir para asesorarle.

La existencia de un código constituye la base para organizar un programa de actividades de ética profesional dirigido a divulgar normas éticas entre los miembros de una determinada profesión (Gellermann, Frankel y Ladenson 1990; Hall 1993). El código puede revisarse mediante las aportaciones de los miembros de la profesión en reuniones, seminarios y congresos. Este constante debate sobre problemas y asuntos de interés constituye un proceso de revisión que garantiza que los códigos reflejen en todo momento los valores sociales, que están sometidos a un continuo proceso de cambio. De esta manera, las profesiones cuya supervivencia depende de los fondos públicos pueden seguir siendo útiles y responsables ante la sociedad (Glick y Shamoo 1993).

Los códigos también pueden servir de ayuda a los profesionales acusados de negligencia profesional o incluso demandados ante los tribunales. El hecho de que se demuestre que un profesional ha respetado el código de la profesión probablemente se considerará indicativo del cumplimiento de unas normas prácticas coherentes con las normas profesionales. Si esas prácticas producen algún daño, será menor la probabilidad de que el profesional que haya respetado el código sea declarado culpable y responsable de su error. No obstante, según el principio de la confianza (Pellegrino, Veatch y Langan 1991), la sociedad espera que se aplique el mejor juicio profesional posible para garantizar el interés general. Cuando se trata de la relación entre médico y paciente, el paciente tiene derecho a esperar que sus intereses se protejan de la mejor forma posible. Sin embargo, los intereses particulares de un paciente pueden estar en conflicto con el interés general. En esos casos, el interés general debe anteponerse a los intereses particulares. A pesar ello, los códigos no pueden eximir a nadie de las responsabilidades por conductas incorrectas que se contemplan en las leyes promulgadas por el gobierno para proteger el interés general (Cohen 1982).

La importancia y la finalidad de los códigos

Es cierto que los códigos se asocian al concepto de la fuerza de la ley, lo que supone que pueden aplicarse a través de algún tipo de acción disciplinaria. En efecto, los conceptos de responsabilidad y autorregulación antes citados implican algún tipo de control (como mínimo, la opinión de los compañeros de profesión y, como máximo, la prohibición de ejercer esa profesión) que ejerce la propia asociación profesional sobre sus miembros. Por ello, algunas asociaciones profesionales han preferido evitar estas connotaciones asociadas a los códigos y han optado por "directrices". Estas últimas son de carácter orientativo y tienen menos implicaciones en lo que se refiere a su cumplimiento. Otros grupos han preferido evitar todas las connotaciones asociadas a

los códigos y directrices y han recurrido a las "declaraciones de ética profesional" dirigidas a sus miembros (Jowell 1986). En este capítulo, el término *código* tendrá el significado de "conjunto de directrices".

Es evidente que los códigos (y las directrices) no tienen fuerza de ley. En esencia, los códigos y las directrices tienen el propósito de orientar a los profesionales, ya sea colectiva o individualmente, en las relaciones con sus clientes (incluidos sus pacientes o los que participan en sus investigaciones), sus colegas y colaboradores (incluidos sus alumnos) y la sociedad en general (incluidas las partes con intereses concretos). Los códigos pretenden asimismo mejorar la calidad del trabajo profesional y, por consiguiente, la talla de la profesión. En general, los códigos referentes a la relación entre médico y paciente exigen que los intereses del paciente se antepongan a cualquier otro, correspondiéndole al médico el papel de "defensor del paciente". Las enfermedades infecciosas constituyen una excepción, ya que en este caso los derechos del paciente pueden quedar supeditados al bienestar general. Por el contrario, los códigos referentes a las investigaciones científicas deben anteponer el interés general a cualquier interés particular o de otro tipo. Una excepción sería el caso de un investigador que descubre que uno de los participantes en su estudio ha sido objeto de abusos sexuales; en este caso, el investigador tiene la obligación de informar a las autoridades competentes.

Desarrollo, análisis y revisión de los códigos

El proceso por el cual se desarrollan los códigos tiene consecuencias para su aplicación. El hecho de permitir la participación de los miembros y estudiantes de una profesión en el desarrollo de los códigos, así como en su análisis y revisión, aumenta la probabilidad de que dichos códigos sean aceptados y respetados por un mayor número de personas.

Contenido y estructura de los códigos

El contenido de un código debe ser sencillo para lograr su máxima utilidad, aunque su longitud varía. Algunos son reducidos; otros tienen una extensión considerable. Cuanto más extensos, más específicos podrán ser. La facilidad de manejo de un código depende de su estructura y su contenido. Por ejemplo, puede empezar con un resumen de los principios en los que se basa y proseguir con descripciones más detalladas de las aspiraciones o preceptos que constituyen el código en sí mismo, posiblemente acompañadas de un comentario que explique cada una de ellas y con mención a circunstancias especiales en forma de estudios de casos que sirvan de ejemplos útiles. Sin embargo, los principios y su interpretación dependen en gran medida de los valores que se consideren inherentes a las aspiraciones de una determinada profesión. Aunque estos valores sean universales, sus interpretaciones, así como su aplicación a escala local y regional, pueden variar. Por lo tanto, aunque la exposición de los valores esenciales de una profesión sirva como fundamento para establecer sus principios éticos y deba aparecer siempre como prólogo a las directrices (Gellermann, Frankel y Ladenson 1990), sólo los comentarios más detallados y los estudios de casos pueden reflejar la diversidad regional.

Estos comentarios deben incorporar, ir seguidos de, o complementarse con estudios de casos extraídos de situaciones reales que plantean dilemas o conflictos éticos. Los estudios de casos pueden ser anónimos o hacer referencia a los nombres de las partes implicadas (por supuesto, sólo con su permiso) (Soskolne 1991). El objetivo de los estudios de casos no es conseguir una retribución a cambio, sino ofrecer ejemplos con fines didácticos. El aprendizaje resulta más sencillo cuando se plantean situaciones de la vida real.

Una profesión sólo puede desarrollar un código de conducta más detallado basándose en la interpretación de su código deontológico. El código de conducta hace referencia a actividades más específicas relacionadas con la práctica profesional, desde las relaciones interpersonales hasta la manera de llevar a cabo una investigación y la manera de presentar los resultados. El código de conducta de una profesión podría incluirse en un compendio de ética; al reflejar el conjunto de competencias de cada profesión, añade consideraciones particulares que van más allá de la exposición de sus principios éticos.

Ambito de aplicación de los códigos

El desarrollo de un código profesional casi siempre está motivado por cuestiones que tienen relación directa con esa profesión. Por consiguiente, los códigos suelen centrarse en los problemas que más preocupan a cada profesión. Sin embargo, los códigos también deben tener en cuenta cuestiones sociales más amplias (Fawcett 1993). De hecho, en un análisis reciente de varios códigos, Summers y cols. (1995) observaron que los códigos actuales casi nunca incluyen directrices sobre cuestiones sociales específicas, como, por ejemplo, efectos ambientales o solución de conflictos. Teniendo en cuenta la considerable influencia que tienen los colectivos profesionales, si sus códigos abordaran cuestiones sociales más amplias podrían concentrarse los esfuerzos para eliminar las conductas que están en contra del interés general de la sociedad. Esta presión ayudaría a reducir los peligros para el bienestar de la humanidad, como el militarismo o la destrucción ecológica.

Formación ética

Hay que tener en cuenta que existen dos escuelas de pensamiento para la formación ética: una de ellas se basa en un enfoque inspirado en principios; la otra se basa en casos y se llama también *casuística*. El autor de este artículo opina que el equilibrio entre estas dos escuelas es esencial para el éxito de la formación ética profesional, aunque esta opinión todavía no se ha contrastado (Soskolne 1991/92). No obstante, se sabe que la aplicación del estudio de casos a la ética tiene un papel muy importante en el proceso educativo. Los casos proporcionan el contexto para la aplicación de los principios.

Puesto que la enseñanza universitaria de la ética profesional se considera cada vez más importante para que los estudiantes adquieran conciencia de los valores, los principios éticos y el código de conducta de una profesión, lo ideal sería que el código de dicha profesión incluyera un plan de estudios; de esta forma, se facilitaría la formación de los alumnos que desean ejercer dicha profesión. Esta necesidad se puso de manifiesto en una reciente encuesta que identificó irregularidades y limitaciones en los aspectos éticos de los planes de estudios universitarios en Estados Unidos (Swazey, Anderson y Seashore 1993).

Historia reciente de los códigos en algunas profesiones

En las culturas occidentales, los debates sobre ética médica se remontan a Sócrates (470–399 a.c.), Platón (427–347 a.c.) y Aristóteles (384–322 a.c.) (Johnson 1965). Desde entonces, se han desarrollado numerosos códigos que se someten a revisiones periódicas para responder a los nuevos problemas que van surgiendo como resultado de, por ejemplo, cambios en las escalas de valores o, más recientemente, los avances tecnológicos (Declaración de Helsinki 1975; Comité Especial sobre Ética Médica 1984; Russel y Westrin 1992). Desde el decenio de 1960, muchas otras profesiones han desarrollado códigos para sus asociaciones

profesionales. De hecho, la elaboración de códigos profesionales se ha convertido en una práctica común desde el decenio de 1980. La American Association for the Advancement of Science (AAAS) ha sido la principal promotora de este movimiento. Bajo los auspicios de su Comité para la Libertad y la Responsabilidad Científica, la AAAS inició un proyecto de ética profesional para estudiar las características y las actividades asociadas con los códigos en las profesiones relacionadas con la ciencia y la ingeniería. El informe resultante de este estudio renovó el interés por los debates sobre el desarrollo y la revisión de los códigos en muchas profesiones (Chalk, Frankel y Chafer 1980).

Desde hace mucho tiempo, las profesiones sanitarias y asistenciales han mantenido debates sobre los conflictos éticos originados por la naturaleza de sus aspiraciones profesionales. Sin embargo, los códigos resultantes se han centrado principalmente en la relación entre médico y paciente y en los problemas de la confidencialidad. En los últimos tiempos y probablemente como consecuencia de los avances en el campo de la investigación médica aplicada, los códigos han ampliado su ámbito para abarcar temas como las relaciones entre el investigador y el paciente. La investigación basada en la población ha motivado la incorporación de códigos que abordan los problemas de relación entre investigador y población con la ayuda de otras disciplinas como la sociología, la antropología y la estadística.

Muchas de las profesiones relacionadas con la salud en el trabajo han participado en estos debates sobre ética profesional, entre ellas las siguientes: higiene industrial (Yoder 1982; LaDou 1986); epidemiología (Beauchamp y cols. 1991; Seminario sobre ética, política sanitaria y epidemiología de la AIE 1990; Grupo de Trabajo de Epidemiología de la Chemical Manufacturers Association 1991; Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas 1991, 1993); medicina y sus numerosas especialidades, incluida la salud en el trabajo (Coye 1982; American Occupational Medical Association 1986; Comisión Internacional de Medicina del Trabajo 1992; Comité Permanente de Médicos de la CEE 1980); enfermería; toxicología; estadística (Instituto Internacional de Estadística 1986); psicología, ingeniería y análisis de riesgos.

En las áreas específicamente relacionadas con la medicina del trabajo de los servicios de salud (Guidotti y cols. 1989), la medicina (Samuels 1992), la salud y la seguridad (LaDou 1986) y la salud en el trabajo y ambiental (Rest 1995), se aplican las partes relevantes de los respectivos códigos profesionales, aunque los debates deberán proseguir en estas áreas a fin de revisar los códigos existentes.

La importancia de integrar la ética en las actividades cotidianas de los profesionales se pone de manifiesto en estos textos recientes, que contienen secciones detalladas sobre ética. Esta es una manera de recordar a los profesionales que, en todos los aspectos del ejercicio de la profesión, sus decisiones y recomendaciones tienen siempre implicaciones éticas.

Los últimos trabajos sobre el tema de las conductas poco éticas en la ciencia deberán incorporarse a los nuevos textos (Dale 1993; Grandjean y Andersen 1993; Oficina del Subsecretario de Salud 1992; Price 1993; Reed 1989; Sharporn 1993; Soskolne 1993a; Soskolne 1993b; Soskolne y Macfarlane, 1995; Teich y Frankel 1992). Puesto que uno de los objetivos fundamentales de la ciencia es la búsqueda de la verdad a través de la objetividad, el plagio y la manipulación o falsificación de los datos son prácticas contrarias a la ética científica. A medida que las iniciativas científicas se amplían para incluir a un número cada vez mayor de científicos, las conductas científicas poco éticas están empezando a atraer la atención de la opinión pública cada vez con más frecuencia. No obstante, se cree que a pesar de la creciente competencia y de los posibles conflictos de intereses, la gran mayoría de los científicos respetan los

principios de la verdad y la objetividad, aunque todavía resulta difícil evaluar la frecuencia de las prácticas incorrectas (Goldberg y Greenberg 1993; Greenberg y Martell 1992; Frankel 1992).

El posible daño que pueden infligir a las actividades científicas las conductas poco éticas es motivo de preocupación. También preocupa la pérdida de confianza de la sociedad en los científicos, con la consiguiente reducción del apoyo a las investigaciones científicas. Esto último podría tener consecuencias tan desastrosas para la ciencia y la sociedad que hace necesario que todos los científicos, y especialmente los estudiantes de ciencias, reciban una formación permanente en ética científica y se les recuerde estos principios cada cierto tiempo.

Existen varios casos que sirven como ejemplo de lo que constituye una conducta poco ética (Broad y Wade 1982; Oficina de Integridad en la Investigación 1993; Price 1993; Needleman, Geiger y Frank 1985; Soskolne y Macfarlane 1995; Swazey, Anderson y Seashore 1993; Soskolne 1991). Son muchos los factores que determinan los dilemas éticos, pero una encuesta realizada a los analistas de riesgos en Nueva Jersey (Goldberg y Greenberg 1993) sugiere que las dos causas más importantes son la "tensión en el trabajo" y la "tensión originada por las repercusiones económicas del resultado". Los autores del presente estudio observaron que entre las posibles causas de una conducta poco ética figuran "los conflictos de intereses, la competencia con competidores no regulados y sin escrúpulos y la ausencia general de una ética personal y social". Aunque algunos códigos hacen referencia a la necesidad de honestidad y objetividad en la ciencia, las intensas presiones que existen en la actualidad para obtener resultados en presencia de una clara decadencia de la conciencia ética de la sociedad, implican la necesidad de que la ética, los valores y la filosofía se incluyan en todos los niveles de enseñanza. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos exige a todas las universidades que solicitan becas de investigación que dispongan de procedimientos para hacer frente y notificar todos los casos de conducta científica poco ética (Reed 1989). Además, los planes de estudios universitarios en las disciplinas relacionadas con la salud deben incluir obligatoriamente la formación ética para poder recibir financiación federal (Oficina del Subsecretario de Salud 1992).

Carácter normativo de los códigos

Los códigos de conducta profesional suelen consistir en una descripción detallada de un conjunto de prácticas normativas. Estas prácticas se ajustan a las normas morales y éticas de un colectivo, ya sea una organización profesional, una asociación o la sociedad, que posee un conjunto común de destrezas al servicio de los demás.

Los códigos profesionales se basan en la regla de oro de que toda persona debe tratar a los demás como le gustaría que le trataran a ella, debe hacer todo lo que esté en su mano y debe informar a los demás sobre cualquier conducta poco ética.

Diferentes enfoques para la aplicación de los códigos

La mayoría de las asociaciones profesionales han elaborado sus códigos aplicando un enfoque "descendente", de manera que los niveles jerárquicos superiores han sido los responsables de esta tarea. No obstante, como ya se ha dicho antes (véase "Desarrollo, análisis y revisión de los códigos"), es probable que el enfoque "ascendente" lograra un mayor consenso con respecto a los códigos, ya que la participación en el proceso produce un sentimiento de propiedad que facilita la aceptación. La credibilidad de un código es menor cuando los que más poder tienen dentro

de una profesión ejercen una influencia considerable a la hora de definir lo que se considera una conducta profesional adecuada. Cuanto más refleje el código "final" las normas de la comunidad, mayor será la probabilidad de que sea repetado.

Los códigos desarrollados por organizaciones internacionales pueden conseguir que los grupos regionales consideren los problemas y declaraciones que se incluyen en los códigos internacionales. De esta forma, algunos grupos regionales que no se hubieran planteado todavía la posibilidad de elaborar un código podrían decidirse a hacerlo. Siempre y cuando los códigos internacionales se limiten a proporcionar este tipo de estímulo, la interacción continua podría servir para modificar y actualizar periódicamente los códigos internacionales de manera que reflejen fielmente los problemas transnacionales. Es importante que los códigos internacionales respeten las normas culturales regionales que no entran en conflicto, por ejemplo, con Declaraciones Universales de Derechos Humanos. Por lo tanto, los responsables de la elaboración de los códigos deben tener siempre en cuenta estas diferencias culturales, sin permitir que su trabajo sirva para unificar la conducta humana, sino para fomentar la diversidad cultural.

Mecanismos de aplicación

Como ya se ha mencionado antes, los códigos implican cierto grado de autorregulación, sobre todo si pretenden servir de base a la asunción de responsabilidades. Esto sugiere la necesidad de que haya procedimientos para investigar denuncias de todo tipo de conductas o prácticas poco éticas y para corregir conductas que se consideran profesionalmente inaceptables (Price 1993; Dale 1993; Grandjean y Andersen 1993). Además, se deben prever los procedimientos necesarios para remediar los daños y perjuicios ocasionados por una conducta profesional poco ética.

Los procedimientos utilizados para investigar las denuncias de conductas o prácticas poco éticas deben especificarse de antemano. El principio de la "presunción de inocencia" debe aplicarse siempre. No obstante, puesto que la confianza de la sociedad depende de la autorregulación profesional, las investigaciones deben llevarse a cabo con la mayor eficiencia posible y respetando los trámites procesales en todo momento (Sharphorn 1993; Soskolne 1993a, b).

Uno de los instrumentos más eficaces para lograr el máximo nivel de cumplimiento de un código por parte de los miembros de una asociación profesional es la retirada de la licencia profesional. Sin embargo, muchas profesiones no cuentan con este instrumento, ya que sus miembros son personas con diferentes niveles de titulación que se limitan a pagar unos derechos y que no están obligados por ley a obtener una licencia para poder ejercer su profesión. Por lo tanto, en muchas profesiones la prohibición de ejercer la profesión no es un instrumento que pueda utilizarse para sancionar conductas poco éticas. En estos casos, el único recurso posible es la presión que puedan ejercer los compañeros de profesión.

Problemática actual de los profesionales de la salud en el trabajo

En el presente artículo no se pretende desarrollar un código completo, sino describir el *proceso* mediante el cual se desarrollan los códigos. Con ello se pretende estimular un debate continuo sobre los códigos (como componentes de un programa de ética profesional de mayor envergadura) y llamar la atención del lector sobre los problemas actuales que todavía tienen que ser debatidos para su posible inclusión en los códigos revisados.

Guidotti y cols. (1989) observaron que los códigos que existían en aquel entonces no abordaban algunos aspectos importantes, como el derecho de libre acceso a información precisa y la protección de los trabajadores cuando existen evidencias, no

demostradas pero fundadas, de la existencia de riesgos en el lugar de trabajo. Los conceptos de "información precisa" y de "verdad implícita" se asocian a otros aspectos relacionados con la integridad científica (como se denomina en Norteamérica) o el fraude científico (como se denomina en Dinamarca) (Andersen y cols. 1992; Grandjean y Andersen 1993). Es evidente que la búsqueda de la verdad como meta principal de las actividades científicas debe reforzarse por todos los medios posibles, entre ellos mediante su plena integración en los códigos, en los estudios de casos y en los programas de ética en general (Hall 1993).

Gracias a los avances tecnológicos, los parámetros biológicos pueden ahora medirse con mayor precisión. Por ejemplo, los biomarcadores pueden dar lugar a un sinnúmero de problemas y conflictos éticos que todavía no se contemplan en los códigos. Ashford (1986) y Grandjean (1991) han identificado algunos problemas de este tipo. Puesto que los códigos que existen en la actualidad se desarrollaron antes de que esta tecnología estuviera disponible en el mercado, deberían actualizarse para orientar a los profesionales de la salud en el trabajo con respecto a ciertos problemas. Pero antes tendrán que celebrarse seminarios y congresos para debatir a fondo cuestiones tan delicadas como el derecho de una persona a seguir trabajando cuando los biomarcadores han identificado su elevada sensibilidad a los riesgos presentes en el mercado, deberían actualizarse para ayudar en este terreno. Las ramificaciones de los estudios con biomarcadores son tan profundas, que sus implicaciones, al igual que las de otros posibles avances tecnológicos, deben abordarse mediante una constante revisión de los códigos profesionales.

Ante la dificultad de resolver determinados problemas, como los relacionados con los biomarcadores, convendría que los profesionales que se ocupan de estos temas aunaran sus esfuerzos y establecieran mecanismos de intercambio de información que ayudaran a resolver problemas éticos complejos. En particular, deberían existir comités permanentes de ética en las distintas profesiones relacionadas con la salud y seguridad en el trabajo que decidiesen cuál es el momento más adecuado de introducir procedimientos de alta tecnología cuyas implicaciones éticas todavía no se han determinado. En estos debates deberían participar otros grupos interesados e incluso los representantes de la comunidad en cuyo seno se realizaran estos estudios.

Es necesario reconocer que el entusiasmo de los investigadores por la aplicación de nuevas tecnológicas en estudios cuyas repercusiones no se conocen todavía (convencidos de obtener resultados positivos) puede llegar a ocasionar más daño que beneficio a los participantes en esos estudios (por ejemplo, la pérdida del puesto de trabajo en el presente puede causar más daño que la *posibilidad* de una muerte prematura en el futuro). Por lo tanto, la aplicación de estas tecnologías debe hacerse con una gran precaución y considerarse sólo después de haber sido objeto de debate entre los colectivos profesionales interesados en dichas tecnologías y todos los demás grupos afectados.

Otro asunto de interés que cada cierto tipo es objeto de debate público es el de la confidencialidad de la información. En la era de los ordenadores, se pueden cruzar archivos que se han creado con fines distintos. Los defensores de la confidencialidad de la información han expresado su preocupación ante la posibilidad de que este tipo de práctica perjudique a los intereses particulares. Aunque los derechos fundamentales a la intimidad deben recibir prioridad sobre las necesidades de investigación de la sociedad, estos defensores de la confidencialidad deben recordar que los estudios de poblaciones no están interesados en datos a escala individual y que el interés general de la sociedad se verá favorecido si se permite que investigadores debidamente cualificados y expertos en procesamiento y confidencialidad de

la información tengan acceso a datos individuales para los fines de la investigación basada en poblaciones.

Ya se ha comentado antes (véase "Historia reciente de los códigos en algunas profesiones") la preocupación por la medida en que los principios aplicados en el contexto de la relación entre médico y paciente se extrapolan a los estudios de poblaciones. Vineis y Soskolne (1993) observaron que los principios establecidos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva no se aplican con facilidad a la sociedad en general. Por ejemplo, la información disponible sobre la seguridad de las exposiciones es muchas veces insuficiente para permitir la autonomía de decisión; la beneficencia se considera desde el punto de vista social más que individual, y con frecuencia se producen injusticias. A la hora de definir lo que es aceptable para la sociedad, la ética debe recibir una especial atención; las simples fórmulas matemáticas utilizadas para evaluar los riesgos y beneficios no pueden aplicarse directamente a los individuos. Todas estas ideas tendrán que desarrollarse e integrarse en el futuro.

En resumen, los códigos desempeñan un papel fundamental para las profesiones. También podrían desempeñar la importante función de proteger el interés común si tuvieran en cuenta otras cuestiones sociales más amplias. En su desarrollo deben participar todos los grupos interesados, como parte de un programa ético general apoyado por cada profesión. Los códigos, junto con los valores esenciales de la profesión, los comentarios que acompañan a los códigos y los estudios de casos, tienen que someterse a un proceso periódico de análisis y revisión. Ahora más que nunca, los códigos son necesarios, no sólo para los fines de la responsabilidad y la autorregulación profesional, sino también para ayudar a los profesionales a afrontar los retos morales y éticos planteados por los avances tecnológicos que repercuten en los derechos y deberes de todas las personas afectadas y todos los grupos interesados. Tenemos ante nosotros un gran reto.

CIENCIA Y RESPONSABILIDAD: NORMAS ETICAS Y CONDUCTA MORAL EN LA MEDICINA DEL TRABAJO

Richard A. Lemen y Phillip W. Strine

Para empezar, queremos dejar claro que nosotros no somos expertos en ética, ni nos presentamos como tales. Somos científicos, igual que ustedes, y nuestro trabajo científico tiene como finalidad la búsqueda de la verdad. En ese campo, nos enfrentamos a los mismos problemas que ustedes: la diferencia entre el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto, la objetividad y la subjetividad. Como investigadores, nos esforzamos en resolver cuestiones complejas referentes a los métodos y los resultados. Los que llegamos a desempeñar un trabajo administrativo nos preocupamos por los mismos problemas, especialmente cuando tenemos que tomar decisiones políticas para establecer unas normas laborales adecuadas que protejan a los trabajadores.

En el proceso de preparación de este artículo, hemos revisado una serie de libros y documentos en busca de respuestas simples a problemas complejos. Hemos consultado, no sólo trabajos escritos por los profesionales de la salud y la seguridad en el trabajo, sino también algunos libros de texto clásicos sobre ética.

En el aspecto profesional, hemos leído varios artículos y códigos deontológicos de distintos grupos de investigación. Todos ellos contienen aspectos relacionados con la investigación

de la salud en el trabajo. No obstante, cada uno de ellos adopta un enfoque diferente, dependiendo del tipo de investigación realizada por cada autor. Algunos se extienden mucho sobre lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer. Otros tienen un contenido más general.

En lo que respecta a los libros de texto, abundan las teorías éticas desarrolladas desde los tiempos de Sócrates hasta nuestros días. Se han publicado numerosos artículos sobre ética, códigos de conducta y análisis por escrito de las normas éticas. Al menos en Estados Unidos, la mayoría de las facultades de medicina cuentan con expertos en ética médica y en casi todas las universidades con un departamento de filosofía existe un experto en ética como parte del profesorado. Se trata de una disciplina a la que algunos dedican toda su vida, lo que confirma la complejidad del tema.

Antes de proseguir, es importante que intentemos aclarar de qué estamos hablando. ¿Qué significa el término *ética*? En inglés, los términos *ética* y *moral* se usan indistintamente. Puesto que este artículo está dirigido a un grupo muy diverso de personas, pensamos que sería interesante realizar una encuesta a los profesionales de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) cuya lengua materna no era el inglés. Una mujer cuyas lenguas maternas eran el eslavó, el alemán y el ruso respondió que en las tres lenguas existen palabras equivalentes a *ética* y *moral*. Sin embargo, nos explicó que, en la lengua eslava, ni *ética* ni *moral* se utilizan solas, como en inglés. Nos explicó que en lugar de decirse que una persona no tiene moral, se dice que su conducta no es moral. Tampoco se dice que una persona carece de *ética*, sino que carece de principios éticos. Un chino nos contó que ambos términos, *moral* y *ética*, tienen traducción en chino, aunque se utilizan indistintamente. Las personas que hablaban español, francés y alemán nos explicaron que ambos conceptos tienen traducción en sus respectivas lenguas y que también se utilizan como sinónimos.

Sin embargo, en los libros de texto que revisamos, los expertos en *ética* distinguen entre la *ética* y la *moral*, y nosotros decidimos aceptar esta distinción en aras de una mayor claridad. Tanto Melden (1955) como Mothershead (1955) sugieren que el término *ética* se refiere a un conjunto de principios o normas de conducta, mientras que el término *moral* se refiere a la conducta de una persona o grupo de personas, es decir, a su comportamiento. Este uso es consecuente con las respuestas de los profesionales de los CDC).

El profesor Melden escribe en su libro: "Todos conocemos estas reglas de conducta. Todas las sociedades, religiones, colectivos profesionales o comunidades poseen unos principios, unas normas de conducta. Las personas que deseamos tener una conducta responsable recurrimos habitualmente a un conjunto de principios que guían nuestra conducta". A nuestro alrededor podemos encontrar numerosos ejemplos de estos principios. En la comunidad judeocristiana existen, como mínimo, los Diez Mandamientos. Todas las sociedades promulgan leyes de ámbito local, nacional e internacional que describen y dictan lo que ha de considerarse como una conducta aceptable o inaceptable. También existe el método científico, como por ejemplo el *Código internacional de ética para los profesionales de la salud en el trabajo* o la *Guía de ética para los médicos de empresa*, por citar algunos ejemplos, aunque existen muchos otros. Lo que queremos decir es que estamos supeditados a una serie de normas de conducta o *ética*, en el sentido en que utilizamos el término. Por lo tanto, consideramos que ha llegado el momento de establecer algunas normas para nosotros mismos.

¿Por qué los profesionales sanitarios necesitamos normas en nuestro trabajo? Como dice el profesor Melden, somos personas que intentamos ser responsables. Si pretendemos ser buenos

científicos, debemos asumir el máximo de responsabilidad, lo que supone promover la seguridad y la salud. Por otra parte, por muy buenas que sean las intenciones del investigador, cuando la ciencia se ve comprometida pueden producirse muertes, enfermedades, discapacidades o lesiones graves en lugar de proteger a los trabajadores. En estos casos, siempre son los trabajadores los perjudicados.

¿Por qué la ciencia puede verse comprometida? Desde nuestro punto de vista existen varias razones.

En algunas ocasiones, la ciencia se ve comprometida por que no sabemos hacer mejor las cosas. Tomemos como ejemplo tres causas de daños graves en el trabajo: amianto, benceno y sílice. En un principio, no se sabía que estas sustancias fueran peligrosas. Con los avances tecnológicos, el desarrollo de la epidemiología y la creciente sofisticación de la medicina, se demostró lo obvio. En estos tres ejemplos, los problemas existían, pero los científicos no poseían o no aplicaban los instrumentos necesarios para descubrir su causa.

Otras veces la ciencia se ve comprometida por unas prácticas científicas incorrectas. Seguro que todos ustedes han sido testigos de este tipo de prácticas o han leído sobre el tema en las revistas científicas. Son prácticas incorrectas porque no tienen nada de ciencia. Son opiniones expresadas de tal manera que parecen científicas y por lo tanto objetivas. Esta situación puede remediarse fácilmente con un riguroso proceso de revisión mutua.

En algunos casos, la ciencia se ve comprometida porque el investigador actúa precipitadamente al verse apremiado por unos plazos poco realistas, la escasez de recursos o influencias que no tienen nada que ver con el análisis puramente científico. Un ejemplo de este tipo de situación es el de un estudio toxicológico sobre el cáncer en el que se puso fin a la vida de los animales de laboratorio antes de que hubiera transcurrido un tercio de su período de vida normal, reduciendo así el período de latencia necesario para que pudieran desarrollar cáncer como consecuencia de la exposición. De esta forma, se perjudicó el rigor del trabajo y las conclusiones se extrajeron considerando sólo una parte de la situación estudiada.

El peor caso de todos es probablemente cuando la ciencia se ve comprometida por el ánimo de lucro del investigador o por su deseo de conseguir éxitos académicos que justifiquen su ascenso. Todos hemos visto pruebas de ello en la prensa y en las revistas profesionales. En algunos casos, el investigador busca más el prestigio académico que el beneficio económico. En otros, el beneficio económico, a corto o medio plazo, influye en los resultados. Como ejemplo del primero de estos casos, recordemos que algunos investigadores con intereses económicos relacionados con el amianto no publicaron los resultados positivos de sus estudios hasta muchos años más tarde, cuando miles de trabajadores ya habían sufrido o fallecido por enfermedades relacionadas con la exposición incontrolada al amianto (Lemen y Bingham 1994). En algunas ocasiones, hemos podido ver cómo los que financian una investigación pueden influir en el resultado final.

Estos son sólo algunos ejemplos en los que un código deontológico podría desempeñar un papel importante, aunque ningún código, por perfecto que sea, podrá detener a los que no tienen escrúpulos.

La medicina del trabajo es una disciplina compleja en la que resulta difícil impedir conductas poco éticas. Incluso cuando descubrimos métodos para la prevención de enfermedades y lesiones profesionales, la solución al problema se considera con frecuencia una amenaza para los beneficios, o se oculta el problema para evitar el gasto que supondría la adopción de medidas correctoras. El interés por los beneficios y la complejidad de estos problemas pueden dar lugar tanto a abusos como

a limitaciones en el sistema. ¿Cuáles son algunas de las principales dificultades?

Muchas enfermedades profesionales tienen períodos de latencia increíblemente largos, dando lugar a variables desconcertantes. Por el contrario, los estudios de enfermedades infecciosas son más sencillos y producen resultados en poco tiempo. Un ejemplo de ello sería una campaña bien gestionada de vacunación ante un brote de sarampión. En este caso, el período de latencia es corto, la tasa de infección se aproxima al 100 % de las personas susceptibles, la vacuna tiene un porcentaje de eficacia del 95 al 98 % y el brote se puede erradicar en tan sólo unos días. El caso de la asbestosis o el síndrome del túnel carpiano es muy diferente, ya que afecta a algunas personas pero no a otras y la discapacidad suele tardar meses o años en manifestarse.

Los problemas de la salud en el trabajo deben abordarse adoptando un enfoque interdisciplinario. Cuando un químico trabaja con otros químicos, todos ellos hablan el mismo idioma, todos tienen un mismo interés y pueden compartir el trabajo. Pero la salud en el trabajo es interdisciplinaria y suele implicar a químicos, físicos, higienistas industriales, epidemiólogos, ingenieros, microbiólogos, médicos, psicólogos, estadísticos y otros. En el triángulo epidemiológico (receptor, agente, medio ambiente), el receptor es imprevisible, los agentes son numerosos y el medio ambiente es complejo. Por ello es vital la cooperación entre distintas disciplinas. Un equipo de profesionales, con conocimientos y destrezas totalmente diferentes, se reúnen para abordar un problema. El único punto que tienen en común es su deseo de proteger a los trabajadores. Este aspecto complica aun más la revisión mutua, ya que cada especialidad utiliza nomenclaturas, equipos y métodos distintos para resolver el problema.

Como consecuencia del largo período de latencia de muchas enfermedades y lesiones profesionales y de la rotación de los trabajadores, los profesionales de la salud en el trabajo suelen verse obligados a rellenar algunas lagunas en los datos cuando no pueden localizar a muchos de los trabajadores expuestos o en situación de riesgo. Esto les obliga a recurrir a modelos y cálculos estadísticos que pueden comprometer las conclusiones del estudio. La probabilidad de error es elevada, ya que no siempre se pueden llenar todas esas lagunas.

A veces resulta difícil relacionar una enfermedad con el medio ambiente de trabajo o, lo que es peor, identificar la causa. En las enfermedades infecciosas, el triángulo epidemiológico suele ser menos complejo. En el decenio de 1990, el personal de los CDC investigó el brote de una enfermedad en un crucero. El receptor pudo definirse y localizarse fácilmente, el agente también se identificó sin problemas, la forma de transmisión era obvia y la acción correctora, evidente. Sin embargo, en las enfermedades y lesiones profesionales, el receptor se puede definir, pero a menudo es difícil de encontrar. En el medio ambiente de trabajo, existen agentes que suelen actuar de manera sinérgica, así como otros factores que no están directamente implicados en el problema de salud pero que desempeñan un papel importante en su solución. Estos otros factores incluyen aspectos tales como los intereses y las preocupaciones de los trabajadores, la dirección o los organismos públicos implicados en el tema.

Pero volvamos al tema que nos ocupa: elaborar un código deontológico, un conjunto de principios o normas de conducta que podamos utilizar para guiar nuestra conducta, nuestro comportamiento, en este entorno tan complejo.

Como escribe con tanta claridad el profesor Melden (1955): "No podemos depender totalmente de estos principios para guiar nuestra conducta, simplemente porque es imposible establecer un conjunto de normas suficientemente completas para prever todas las situaciones que plantean un dilema moral". Y

prosigue: "Un conjunto de principios éticos que abarquen todas las posibilidades morales es tan imposible como un conjunto de leyes tan completo que haga innecesaria cualquier otra legislación". Kenneth W. Goodman (1994b) declara por su parte: "Aunque es importante que admitamos el estrecho o incluso inseparable vínculo que existe entre ciencia y ética, no existe razón alguna para suponer que un código deontológico formal será la solución de todas o la mayoría de las discrepancias sobre la naturaleza de los datos, su selección, su gestión, etc.". Citemos al Profesor Meden una vez más: "Para que sean útiles, los principios éticos deben ser de carácter general; pero si son generales, su utilidad se ve inevitablemente limitada".

Teniendo en cuenta todas estas advertencias, proponemos que el código deontológico para los profesionales de la salud en el trabajo incluya los siguientes requisitos:

- Que, como mínimo, se requiera una revisión mutua que incluya una revisión tripartita en la que participen los representantes de los trabajadores, la industria y el gobierno, y una revisión por parte de los académicos. Este proceso es difícil porque requiere tiempo: tiempo para identificar a revisores con conocimientos adecuados en cada uno de las tres partes, tiempo para que se reúnan y debatan y tiempo para analizar todos los problemas que les preocupan. En el Instituto Nacional para la Salud y la Seguridad en el Trabajo (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) de Estados Unidos, este proceso se exige para todas las publicaciones. No presumimos de tener todas las respuestas, ni siquiera disponemos de todos los datos. Es mucho lo que podemos aprender de los trabajadores y de la industria sobre las situaciones que se producen en el lugar de trabajo y sobre la resolución de problemas. La revisión tripartita es la única manera que conocemos de reducir al mínimo la influencia de grupos con intereses especiales.
- Que se eviten hasta los compromisos percibidos. En algunos casos, la ciencia pierde credibilidad por culpa de compromisos percibidos. Algunos ejemplos de compromisos son la fuente de financiación del estudio, la selección de un grupo interesado para revisar el estudio y sesgos conocidos de los revisores. En estos casos se requiere el buen criterio del investigador, pero aunque su criterio y su decisión posterior sean los adecuados, la credibilidad del estudio puede verse afectada por un compromiso percibido.
- Que los protocolos de todos los estudios sean revisados por otros científicos antes de iniciarse el estudio. Incluso el investigador con las mejores intenciones puede incorporar un sesgo al protocolo, que sólo se pondrá de manifiesto con una minuciosa revisión del mismo.
- Que desde el principio se siga el método científico: a) elaborar una hipótesis, b) realizar una búsqueda de documentación, c) recopilar datos, d) cotejar los datos, e) poner a prueba la hipótesis y f) divulgar los resultados.
- Que cuando la ciencia se utilice para elaborar normas sobre la salud y la seguridad en el trabajo, todas las partes implicadas en la decisión declaren sus afiliaciones, sus intereses económicos y sus conflictos potenciales con el sector industrial o el objeto de la regulación, exponiendo claramente todo ello en la documentación final. La percepción tiene la máxima importancia para cualquier norma o recomendación. Si se cree que la norma está basada en una interpretación sesgada, carecerá de credibilidad. Las normas basadas exclusivamente en la interpretación de la ciencia por personas que tienen intereses en el sector en cuestión se verán perjudicadas por esa interpretación o, peor aún, no ofrecerán una protección adecuada a los

trabajadores. La incorporación de factores de control como los que se han descrito durante el proceso de elaboración de una nueva norma puede garantizar que esto no ocurra.

Hemos intentado abordar un asunto complejo y delicado para el que no existen soluciones sencillas. Sin embargo, nuestro esfuerzo es noble y justo, porque el objetivo de proteger al trabajador en su lugar de trabajo también lo es. No podemos abordar esta tarea por nuestra cuenta, ni de forma aislada, porque los problemas que nos ocupan no están aislados. Nos necesitamos unos a otros para controlar los instintos naturales que nos llevan a buscar el beneficio y la gloria personal y para descubrir los sesgos que incorporamos a nuestros estudios. Un esfuerzo así nos permitirá contribuir a los conocimientos y al bienestar de la humanidad.

● ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION SOBRE LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Paul W. Brandt-Rauf y Sherry I. Brandt-Rauf

En los últimos decenios, se ha realizado un gran esfuerzo por definir y abordar los problemas éticos que se plantean en el contexto de la experimentación biomédica. Los principales problemas éticos que se han identificado en ese tipo de investigaciones se refieren a la relación entre riesgo y beneficio y al consentimiento previo voluntario e informado de los participantes del estudio. En general, se ha recurrido a un organismo independiente, como un Consejo Institucional de Revisión, para asegurar que estos problemas reciban la debida atención mediante una revisión de los protocolos de los estudios. En Estados Unidos, por ejemplo, las instituciones que realizan investigaciones biomédicas y que reciben fondos del Servicio de Salud Pública están obligadas a seguir estrictamente las directrices del gobierno federal, entre ellas el requisito de que un Consejo Institucional de Revisión revise todos los protocolos de investigación, analice los riesgos y beneficios y se ocupe de obtener el consentimiento informado de los participantes del estudio. En gran medida, este modelo ha llegado a aplicarse a las investigaciones científicas con seres humanos que se realizan en las sociedades democráticas de todo el mundo (Brieger y cols. 1978).

Aunque las limitaciones de este enfoque han sido objeto de debate —por ejemplo, en un reciente Human Research Report, Maloney (1994) afirma que algunos comités institucionales de revisión no actúan correctamente en cuanto al consentimiento informado—, son muchos los que se muestran partidarios de su aplicación en los protocolos formales de investigación con seres humanos. Sin embargo, las deficiencias del planteamiento se manifiestan cuando no existen protocolos formales o cuando los estudios presentan un parecido superficial con la experimentación humana, pero no están dentro de los límites de la investigación académica. El lugar de trabajo es un ejemplo evidente de este tipo de situación. Naturalmente, han existido protocolos formales de investigación sobre trabajadores que satisfacen los requisitos del análisis de riesgos y beneficios y del consentimiento informado. No obstante, cuando las fronteras de la investigación formal se confunden con observaciones menos formales sobre la salud de los trabajadores y con la conducta cotidiana de las empresas, es fácil que las consideraciones éticas relacionadas con el análisis de riesgos y beneficios y el consentimiento queden relegadas a un segundo plano.

Pongamos como ejemplo el “estudio” de la empresa Dan River sobre la exposición de los trabajadores al polvo de algodón en su fábrica de Danville, Virginia. Cuando entró en vigor la norma sobre el polvo de algodón de la Administración para la Salud y la Seguridad en el Trabajo de Estados Unidos (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) después de la investigación realizada por el Tribunal Supremo en 1981, Dan River solicitó al estado de Virginia que le eximiera de aplicar dicha norma hasta que la empresa hubiera realizado un estudio. El propósito de dicho estudio era demostrar la hipótesis de que la bisinosis estaba causada por unos microorganismos que contaminaban el algodón y no por la exposición al polvo de algodón en sí misma. Dosecientos trabajadores de la fábrica de Danville se verían expuestos a diferentes concentraciones de microorganismos y a unos niveles de polvo de algodón que superaban los límites establecidos por la norma. La empresa Dan River solicitó a la OSHA que financiara su proyecto (técnicamente considerado como una desviación de la norma y no como una investigación en seres humanos), pero el proyecto nunca llegó a someterse a una revisión formal en función de consideraciones éticas, ya que la OSHA carecía de un comité institucional de revisión. La revisión técnica realizada por un toxicólogo de la OSHA planteó serias dudas sobre el valor científico del proyecto, lo que ya de por sí planteaba problemas éticos, ya que la exposición de los trabajadores a riesgos en un estudio defectuoso es inaceptable. Sin embargo, aunque el estudio hubiera sido técnicamente válido, probablemente no habría sido aprobado por ningún comité institucional de revisión, puesto que “vulneraba todos los criterios básicos para la protección del bienestar de los participantes” (Levine 1984). Era evidente que los participantes del estudio, en este caso los trabajadores, se verían expuestos a riesgos sin obtener ningún beneficio a cambio, ya que el principal beneficio habría correspondido a la empresa, mientras que el beneficio para la sociedad en su conjunto resultaba vago y dudoso. Por lo tanto, se incumplía el requisito de un equilibrio entre riesgos y beneficios. El sindicato local fue informado sobre el estudio y no protestó, lo que podría interpretarse como consentimiento tácito. No obstante, aunque hubiera dado su consentimiento, éste nunca habría sido voluntario, debido a la relación desigual y fundamentalmente coactiva que siempre existe entre una empresa y sus trabajadores. Al ser Dan River una de las empresas con mayor número de trabajadores de la zona, el delegado sindical reconoció que los trabajadores no habían protestado por miedo a que se cerrase la fábrica y perdieran su puesto de trabajo. Por consiguiente, también se vulneró el requisito del consentimiento voluntario.

Afortunadamente, el estudio propuesto por Dan River fue rechazado. Sin embargo, las cuestiones que planteó este estudio siguen vigentes y van mucho más allá de los límites de la investigación formal. ¿Cómo podemos lograr un equilibrio entre beneficios y riesgos a medida que ampliamos nuestros conocimientos sobre los peligros para la salud de los trabajadores? ¿Cómo podemos garantizar un consentimiento voluntario e informado en este contexto? En la medida en que el lugar de trabajo puede ser objeto de un experimento humano informal y no controlado, ¿cómo se pueden abordar estas cuestiones éticas? Se ha apuntado muchas veces que los trabajadores podrían ser utilizados como “conejiillos de indias” para el resto de la sociedad. En un día normal, en algunos lugares de trabajo, los trabajadores pueden estar expuestos a sustancias potencialmente tóxicas. La sociedad sólo inicia una investigación sobre la toxicidad de una sustancia cuando ya se han manifestado sus efectos negativos, lo que significa, de hecho, que utilizamos antes a los trabajadores como “sujetos experimentales” para determinar el efecto de sustancias químicas antes desconocido en el ser humano.

Algunos comentaristas han sugerido que la estructura económica del empleo ya tiene en cuenta algunas consideraciones relacionadas con el equilibrio entre riesgos y beneficios y con el consentimiento. En cuanto al equilibrio entre riesgos y beneficios, se podría decir que la sociedad compensa el trabajo peligroso con una "prima por riesgo" que aumenta directamente la retribución de los trabajadores que asumen el riesgo. Además, en la medida en que los riesgos son conocidos, los mecanismos del derecho a información permiten el consentimiento informado del trabajador. Cuando el trabajador conoce los beneficios que puede esperar y los riesgos que debe asumir, puede decidir "voluntariamente" si asume o no esos riesgos. Sin embargo, la capacidad de actuar voluntariamente requiere algo más que información y la posibilidad de pronunciar la palabra no. También requiere la ausencia de coacciones e influencias indebidas. En efecto, un consejo institucional de revisión observaría con escepticismo un estudio en el que los participantes recibirían una compensación económica significativa como "prima por riesgo". La preocupación del comité estaría motivada por el hecho de que los incentivos económicos reducen al mínimo la posibilidad de que el consentimiento sea realmente voluntario. Como en el caso de la empresa Dan River y como declaró la Office of Technology Assessment de Estados Unidos:

(...) estos incentivos pueden plantear problemas especialmente en el lugar de trabajo, si los trabajadores piensan que la seguridad de su empleo o sus posibilidades de promoción se verán afectadas por su decisión de participar o no en una investigación (Office of Technology Assessment 1983).

En un caso así, ¿no podría el trabajador simplemente escoger un trabajo menos peligroso? Se ha dicho que una de las principales características de una sociedad democrática es el derecho de la persona a elegir su trabajo. Pero también se ha dicho que esta libre elección puede ser una mera ficción, ya que todas las sociedades, democráticas o no:

(...) disponen de mecanismos de ingeniería social para encontrar trabajadores que ocupen los puestos de trabajo libres. Los regímenes totalitarios lo consiguen a la fuerza; las sociedades democráticas, a través de un proceso hegemónico llamado libertad de elección (Graebner 1984).

Por eso, es poco probable que muchas de las situaciones que se dan en el lugar de trabajo cumplieran los requisitos de un comité institucional de revisión. Puesto que nuestra sociedad ha decidido aparentemente que todos aquellos que contribuyen al progreso biomédico, como los que participan en las investigaciones humanas, merecen un alto nivel de protección y un profundo control de los aspectos éticos, habrá que meditar mucho antes de privar de este mismo nivel de protección a los que favorecen nuestro progreso económico: los trabajadores.

Hay quien dice también que, considerando que el lugar de trabajo puede ser objeto de un experimento humano no controlado, todas las partes implicadas, y los trabajadores en particular, deberían comprometerse a estudiar sistemáticamente estos problemas e intentar resolverlos. ¿Tenemos la obligación de ampliar nuestros conocimientos sobre los peligros en el trabajo mediante investigaciones formales e informales? Evidentemente, sin este tipo de investigación, el derecho de los trabajadores a la información no tiene sentido. La afirmación de que los trabajadores tienen la obligación de aceptar la exposición es más problemática porque parece violar el principio ético de que las personas no deben usarse como instrumento para que otros se beneficien. Por ejemplo, excepto cuando el riesgo sea muy pequeño, un comité de revisión institucional no tendrá probablemente en cuenta el beneficio que pueda obtener un tercero a la hora de evaluar el riesgo para los sujetos de la investigación.

Sin embargo, las demandas de reciprocidad, es decir, los beneficios que pueden obtener todos los trabajadores afectados, han impuesto a los trabajadores la obligación moral de participar en las investigaciones. Por ello se ha sugerido "la necesidad de crear un contexto para la investigación en el que los trabajadores —por su sentido de obligación recíproca— actuarán de manera consecuente con la obligación moral de colaborar en un trabajo cuyo objetivo es reducir la carga de morbilidad y mortalidad" (Murray y Bayer 1984).

Independientemente de que se acepte o no la idea de que la participación de los trabajadores debe ser voluntaria, la creación de un entorno adecuado para la investigación en el terreno de la salud en el trabajo exige que se preste particular atención a otros problemas que preocupan a los trabajadores participantes en una investigación. Uno de ellos es el posible uso indebido de los datos en perjuicio de trabajadores concretos, por ejemplo, a través de la discriminación en el empleo o en la contratación de una póliza de seguro. Por lo tanto, para que la autonomía, la justicia y la intimidad de los trabajadores que participan en una investigación se respeten como es debido, la confidencialidad de los datos debe recibir la máxima atención. Otro problema es hasta qué punto se debe informar a los trabajadores de los resultados de una investigación en la que han participado. En situaciones normales de experimentación, los participantes siempre son informados de los resultados. Sin embargo, muchos estudios que se realizan en el lugar de trabajo son de naturaleza epidemiológica, por ejemplo, los estudios retrospectivos de cohortes, que nunca han necesitado el consentimiento informado de los participantes o la notificación de los resultados. No obstante, si existe la posibilidad de una intervención eficaz, informar a los trabajadores con un elevado riesgo de enfermedad por exposiciones profesionales en el pasado podría ser importante para la prevención. Si no existe esa posibilidad, ¿se debe informar a los trabajadores de los resultados? ¿Se les debe informar si no existen implicaciones clínicas conocidas? La necesidad y los aspectos prácticos de la notificación y la vigilancia siguen siendo cuestiones importantes que todavía no han encontrado una respuesta en las investigaciones de la salud en el trabajo (Fayerweather, Higginson y Beauchamp 1991).

En razón de la complejidad de todas estas consideraciones éticas, el papel del profesional de la salud en el trabajo adquiere una gran importancia en la investigación del lugar de trabajo. El médico de empresa tiene en el lugar de trabajo las mismas obligaciones que cualquier otro profesional de la asistencia sanitaria, según establece la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo:

Los profesionales de la salud en el trabajo deben proteger la salud y el bienestar de los trabajadores, tanto individual como colectivamente. Las obligaciones de los profesionales de la salud en el trabajo incluyen la protección de la vida y la salud de los trabajadores, el respeto a la dignidad humana y la promoción de los principios éticos más elevados en los programas y las políticas de salud en el trabajo.

Por otra parte, la participación del médico de empresa en las investigaciones se considera una obligación moral. Por ejemplo, el código deontológico del American College of Occupational and Environment Medicine especifica que: "los médicos deben participar en las investigaciones éticas en la medida en que sea adecuado" (1994). Sin embargo, al igual que otros profesionales sanitarios, el médico de empresa actúa como un "agente doble" que debe asumir responsabilidades potencialmente conflictivas por el hecho de prestar asistencia a los trabajadores y trabajar él mismo para la empresa. Este problema del "agente doble" no es desconocido para el profesional de la salud en el trabajo, ya que el ejercicio de su profesión les exige con frecuencia dividir sus

lealtades, responsabilidades y obligaciones entre los trabajadores, las empresas y otras partes afectadas. No obstante, los profesionales de la salud en el trabajo deben prestar una atención especial a estos posibles conflictos porque, como ya se ha dicho antes, no existe un mecanismo de revisión formal independiente o un comité institucional de revisión para proteger a los trabajadores de las exposiciones en el lugar de trabajo. Por lo tanto, el profesional de la salud en el trabajo será en gran medida el responsable de asegurar que las consideraciones éticas, entre ellas el equilibrio entre riesgo y beneficio y el consentimiento voluntario informado, reciban una atención adecuada.

● LA ETICA EN EL LUGAR DE TRABAJO: MARCO PARA EL JUICIO MORAL

Sheldon W. Samuels

El marco

Desde el punto de vista ético, no puede existir ningún diálogo serio sobre cuestiones morales sin establecer el marco de las herramientas —supuestos— para la toma de decisiones críticas de los participantes. Diferentes herramientas tienen como resultado diferentes decisiones.

Los supuestos críticos más importantes en cuanto a las relaciones laborales son aquellos que sirven de base para asignar obligaciones o deberes ante las distintas alternativas, a menudo en conflicto, para proteger los “derechos” de los trabajadores y de las empresas.

¿Cómo decidimos atender las necesidades diferentes, y a menudo contrapuestas de los colectivos naturales (como el individuo, la familia, el entorno sociocultural, la comunidad) y los artificiales (partidos políticos, sindicatos, empresas, nación), que pueden contener muchos colectivos naturales diversos?

¿Cómo decidimos quién tiene la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria a las familias o crear herramientas “seguras” para diseñar un puesto de trabajo? ¿Cómo establecemos el nivel de riesgo al que puede exponerse una persona?

¿Cómo asignamos la responsabilidad moral y distribuimos la carga de riesgo?

La “escala de justicia social”

Para asignar responsabilidades, podemos utilizar una “escala de justicia social”. Según esta escala, los más capacitados para actuar están obligados por lógica a asumir el mayor nivel de responsabilidad y a ser los primeros en actuar para conseguir un objetivo moral. Están obligados a actuar antes que otros porque son los únicos o los que están más capacitados para actuar. Esto no significa que sólo ellos deban actuar. Cuando los que tienen obligaciones especiales no actúan, o necesitan ayuda, la obligación recae en los que ocupan el siguiente peldaño.

Entendemos que acción *racional* no es únicamente la que sigue *lógicamente* a otra, sino también las acciones que se realizan para evitar el dolor, la discapacidad, la muerte y la disminución del placer (Gert 1993).

La Ley de salud y seguridad en el trabajo aprobada en Estados Unidos en 1970 es un ejemplo de la aplicación de la escala de justicia social. Según esta ley “las empresas y los trabajadores tienen derechos y obligaciones diferentes pero dependientes en lo que respecta al logro de unas condiciones de trabajo seguras y saludables”.

Un trabajador tiene el deber de cumplir las normas únicamente “aplicables a sus acciones y a su conducta”. La empresa

tiene deberes que se basan en su capacidad única de velar por el cumplimiento de las normas aplicables al lugar de trabajo en su conjunto. *El gobierno tiene un deber diferente*, que se basa en su capacidad exclusiva para, por ejemplo, imponer normas cuando la persuasión fracasa.

Existen otros supuestos que configuran el marco común de cualquier sistema de valores éticos en cualquier cultura. En nuestro caso, debemos hacer hincapié en los supuestos relacionados con la naturaleza de nuestra sociedad, el significado de “derechos”, el método de los axiomas morales, la verdad o el bien, la asignación de riesgos, los ideales y la realidad, así como la necesidad ética de que los trabajadores participen.

Desde una perspectiva ecológica, los seres humanos existen como una comunidad global. En nuestro entorno, los colectivos naturales (como familias o entorno sociocultural) son más importantes que los colectivos artificiales (como empresas o partidos políticos). En esta comunidad, compartimos las obligaciones necesarias para proteger y ayudar a todo el mundo a actuar de forma racional de acuerdo con sus derechos, en la misma medida en que debemos proteger nuestro propios derechos, independientemente de las costumbres y los valores culturales. Estas obligaciones, cuando tienen como resultado la protección de los trabajadores por encima de las fronteras nacionales, no constituyen una imposición de los valores establecidos por una nación sobre otro colectivo artificial de personas, sino que reflejan el reconocimiento formal de unos valores morales naturales, eternos y universales.

Los derechos humanos fundamentales, los derechos genéricos a la libertad y a la vida (o al bienestar), se derivan de unas necesidades que, cuando se ven satisfechas, nos permiten vivir como seres humanos (Gerwirth 1986). No han sido impuestos por ningún gobierno ni empresa. Siempre los hemos tenido, por lógica y filogenética. Las leyes que regulan el medio ambiente de trabajo y las normas consecuentes con los derechos que intentan proteger no son actos benévolos, sino expresiones de moral.

Los derechos fundamentales, tales como el derecho a la intimidad y el “derecho” a saber y a actuar para evitar riesgos en el trabajo, aunque se expresen de forma diferente en distintas culturas, son básicamente los mismos en todos los países.

Si nos guiamos por las declaraciones de nuestros derechos, podemos encontrar conflictos entre los derechos que protegen al individuo, como el derecho a la confidencialidad de las historias clínicas, y los que hacen referencia a los deberes de la empresa, como el deber de obtener información de las historias médicas para proteger otras vidas mediante la identificación y eliminación de peligros para la salud.

Estos conflictos pueden resolverse, no encomendándose a la capacidad de un médico en solitario o de una asociación profesional para enfrentarse a problemas con los tribunales o las empresas, sino seleccionando axiomas de conducta moral que sean racionales *para todo el mundo* colectivamente en el lugar de trabajo. Por consiguiente, los conflictos podrían resolverse con medidas de carácter global, como sería la decisión de que una entidad “neutral” con representantes de los trabajadores y de la empresa y supervisada por el gobierno se hiciera cargo de las historias clínicas individuales (como la *Berufgenossenschaften* en Alemania).

Un supuesto crítico que constituye el fundamento de este marco de juicio moral es la creencia de que sólo existe un mundo real y que los derechos genéricos se aplican a todo el mundo, no como ideales a los que aspiramos, sino como condiciones genéricas de la existencia misma. Si no pueden aplicarse, es porque no hemos aprendido a enfrentarnos al hecho de que nuestro conocimiento de ese mundo y de la forma más racional de comportarnos en él nunca es perfecto. Deberíamos aprender a utilizar los postulados y axiomas, no sólo en el campo de la

ética, sino también para describir el mundo y guiar nuestra conducta en ausencia de un conocimiento perfecto.

La naturaleza de los axiomas morales se ilumina con la observación de Bertrand Russell de que "toda la conducta racional de la vida se basa en el método del frívolo juego histórico en el que discutimos cómo sería el mundo si la nariz de Cleopatra hubiera sido medio centímetro más larga" (Russell 1903).

El juego del "como si" nos permite actuar frente a la eterna incertidumbre moral y científica. Ahora bien, los axiomas no deben confundirse con la "verdad definitiva" (Woodger 1937). Se mantienen y utilizan sólo si sirven para aplicar los principios básicos de la ética. Cuando dejan de ser útiles, se abandonan y sustituyen por otro conjunto de convenciones.

Los axiomas morales trasladan el marco del juicio moral al nivel de la práctica, al "taller". Un ejemplo es la práctica habitual de desarrollar códigos deontológicos para médicos de empresa y otros profesionales. Estos códigos se elaboran para proteger derechos genéricos y sus especificaciones, salvando las lagunas en los conocimientos, a fin de organizar la experiencia y permitirnos actuar por delante del conocimiento moral o científicamente certero.

Como todos los axiomas, éstos no son ni correctos ni incorrectos, ni verdaderos ni falsos. Muchas veces nos comportamos como si fueran verdaderos o correctos (de hecho podrían serlo) y los mantenemos sólo mientras que nos ayudan a actuar de forma racional. Su utilidad varía con el tiempo y según la cultura porque, al contrario que los principios éticos genéricos, las normas culturales reflejan valores relativos.

En las culturas orientales, existen importantes sanciones sociales y legales para los que incumplen las conductas profesionales, que se basan en la creencia budista de que existen ocho caminos para la rectitud, el quinto de los cuales es ganarse la vida honradamente, o en las tradiciones confucianas de la responsabilidad profesional. En estos contextos, los códigos deontológicos profesionales pueden ser una potente herramienta para la protección del paciente o los participantes de una investigación, así como para los médicos o científicos.

En las culturas occidentales, al menos por el momento y a pesar de la fuerte tradición hipocrática en la medicina, los códigos son menos eficaces aunque todavía conservan un valor limitado. Esto no sólo se debe a que las sanciones legales y sociales son menores, sino también a que algunos supuestos no encajan con la realidad actual de las culturas occidentales.

Es evidente, por ejemplo, que la incorporación a los códigos deontológicos de la doctrina generalizada —un axioma— que requiere el consentimiento "informado" y "voluntario" previo a cualquier procedimiento que pueda invadir la intimidad (como las pruebas genéticas) es irracional. El consentimiento pocas veces es realmente voluntario o informado. La información transmitida rara vez es exacta o completa (ni siquiera en la mente del científico o el médico). El consentimiento suele obtenerse bajo coacción social (o económica). El investigador no siempre cumple sus promesas de proteger la intimidad y la confidencialidad. El profesional puede estar social y jurídicamente protegido por los códigos que incorporan esta doctrina, pero el trabajador se convierte con facilidad en la víctima de un cruel engaño que tiene como resultado el estigma social y dificultades económicas originadas por su discriminación en el trabajo y en la contratación de pólizas de seguro.

Por consiguiente, la incorporación de la doctrina del consentimiento a los códigos de conducta profesional, así como para la protección del trabajador contra los peligros de las pruebas genéticas, no es ética porque se crea una fachada que no encaja en el contexto moderno de una cultura occidentalizada y universal gracias a los bancos de datos internacionales

conectados a través del teléfono y el ordenador. Esta práctica debe ser abandonada y sustituida por códigos basados en unos supuestos que encajen con el mundo real, junto con protecciones que puedan ser social y legalmente aplicadas.

Asignación del riesgo

Es irracional (y, por consiguiente, inmoral) distribuir o asignar los riesgos por categorías, es decir, asignar distintos niveles de riesgo a diferentes grupos de personas según su genotipo, edad, situación socioeconómica, situación geográfica dentro de la comunidad, pertenencia étnica o profesión. La asignación del riesgo por categorías supone que existen seres humanos cuyos derechos fundamentales son diferentes a los de los demás. Las necesidades básicas del ser humano son iguales; por lo tanto, los derechos fundamentales son también iguales para todos.

El concepto de "riesgo aceptable," que se utiliza con frecuencia, cuando no universalmente, para establecer las normas, es una forma de asignación del riesgo por categorías. Depende de la asignación de un diferencial de riesgo que se basa en el cálculo de los riesgos profesionales en el pasado o la exposición actual a sustancias tóxicas o peligros en el lugar de trabajo. Esta práctica común acepta y fomenta los *riesgos innecesarios*, asignando de forma arbitraria, por ejemplo, un riesgo relativo "aceptable" de una muerte por cada mil personas a la hora de establecer un límite de exposición permisible para los trabajadores, frente a una muerte por un millón de personas para otros miembros de la misma comunidad.

Otros ejemplos de asignación irracional (inmoral) del riesgo son la aceptación de diferenciales de riesgo dentro de una misma categoría, como sería entre los adultos y los niños más vulnerables (estableciendo una única norma para ambos cuando los niños necesitan una mayor protección), entre el medio ambiente de trabajo y la comunidad, entre los trabajadores de "fuera" (u otros con menor influencia) y los trabajadores nativos, así como los riesgos (mayores de los que hemos establecido para nosotros mismos) impuestos a los trabajadores menos protegidos de los países en desarrollo por la gran demanda de sus productos en los mercados de los países desarrollados.

Los riesgos innecesarios no son nunca aceptables desde un punto de vista moral. Un riesgo es éticamente "aceptable" sólo si es necesario para proteger la vida (o el bienestar) y la libertad, o 1) está socialmente aceptado y es muy difícil de eliminar o controlar en un plazo corto de tiempo y 2) su control recibe una menor prioridad en un programa racional de protección que otro peligro de tipo biológico.

Participación de los trabajadores

Los derechos fundamentales a la vida y a la libertad exigen que los trabajadores estén facultados para actuar en defensa de esos derechos. Esto se consigue mediante el acceso a información, las oportunidades de educación para entender dicha información (y no simplemente reaccionar a ella) y la capacidad de actuar libremente y sin coacciones basándose en esos conocimientos para evitar o asumir riesgos.

Es posible que la educación que facilita esos conocimientos no se consiga con una clase típica de "formación en materia de seguridad", ya que la formación tiene como finalidad conseguir una reacción condicionada a una serie de señales o acontecimientos previsibles y no proporciona unos conocimientos profundos. Sin embargo, no todos los factores causales que provocan accidentes, entre ellos los acontecimientos que están bajo el control de los trabajadores o de los directivos, pueden verse.

Los accidentes verdaderos se definen como "episodios fortuitos" (Webster's Third International Dictionary 1986). Por

tanto, no se producen de forma natural. Todos los acontecimientos tienen una causa (Planck 1933; Einstein 1949). El concepto de la casualidad es un axioma utilizado cuando no se conoce o comprende la causa, y no debe confundirse con la realidad invariable. Ni siquiera cuando una lesión o enfermedad está claramente relacionada con el trabajo se conocen o comprenden todos los factores causales de los acontecimientos dentro y fuera del lugar de trabajo (Susser 1973). Por consiguiente, aunque dispusiéramos de unos recursos ilimitados en términos de tiempo, dinero y formación, sería imposible formar a un trabajador para que supiera reaccionar a todas las posibles señales de todos los posibles acontecimientos.

Para reducir eficazmente el riesgo de “accidentes”, el hecho de que el trabajador entienda un proceso químico o una práctica para la manipulación de un material le permite afrontar los acontecimientos imprevistos. La formación del trabajador y del colectivo natural al que pertenece, como la familia o el entorno sociocultural, amplía sus conocimientos y aumenta su capacidad de actuación para prevenir o reducir riesgos. Por lo tanto, forma parte de las especificaciones de sus derechos fundamentales.

Existe otro aspecto ético relacionado con el entorno natural del trabajador. La elección de un lugar adecuado para que el trabajador decida asumir o no un riesgo es un factor crucial para garantizar un resultado ético. Muchas decisiones (como la aceptación de una prima por riesgo), si han de ser verdaderamente “voluntarias”, deben tomarse fuera de un entorno artificial como es el lugar de trabajo (o a veces el sindicato). La familia, el entorno sociocultural y otros entornos naturales pueden representar alternativas menos coactivas. Los incentivos económicos para la aceptación de un riesgo innecesario conocido para el trabajador, la empresa o el gobierno —incluso aunque sea el resultado de un contrato justamente negociado— son siempre inmorales. Sólo debe compensarse a la familia de un trabajador cuando el riesgo esté justificado y cuando el trabajador tenga acceso a otros puestos de trabajo similares sin ser objeto de un estigma. Para que esta elección sea ética, el entorno debe ser lo más neutral o menos coactivo posible.

Si no existe un entorno así, la decisión debe tomarse en el lugar más neutral posible asociado al colectivo artificial más neutral posible o a un organismo que pueda proteger la capacidad de decisión del trabajador o su entorno natural. La importancia para el bienestar de un trabajador de los valores culturales y éticos que prevalecen en su familia, su entorno sociocultural y la comunidad subraya la importancia de proteger su participación y educación como elementos éticos de su capacidad para tomar decisiones informadas.

Confusión de los axiomas con la realidad en la comunicación

La mayoría de nosotros, ya seamos médicos, científicos o ingenieros, hemos aprendido los métodos axiomáticos en la escuela primaria. De lo contrario, no podríamos entender ni aritmética ni geometría. Sin embargo, son muchos los que confunden conscientemente las hipótesis con los hechos (que pueden ser lo mismo, pero no lo son siempre) en un intento de imponer sus propios valores sociales en un curso específico de acción u omisión. Esto se hace evidente en la manera de presentar, seleccionar, organizar e interpretar la información.

El uso de palabras como *accidentes* y *seguro* son buenos ejemplos de ello. Hemos definido los accidentes como acontecimientos que no ocurren de forma natural. La seguridad es un concepto similar. La mayoría de las personas creen que esta palabra significa “libre de daños, lesiones o riesgos” (Webster’s Third International Dictionary 1986). Los riesgos siempre existen, aunque los expertos suelen hablar de “ausencia de riesgo” refiriéndose a un proceso o sustancia química para dar la impresión de que no

existe riesgo, cuando en realidad están suponiendo o pensando en otro significado, como es su creencia de que el riesgo es relativamente bajo o “aceptable”, del que no informan al público. Si se trata de un simple error inconsciente, se llama falacia semilógica. Si se trata de un error consciente, como ocurre demasiado a menudo, se trata simplemente de una mentira.

La confusión de los axiomas, los modelos científicos o la evaluación de datos con la realidad inmutable parece agravarse cuando se trata de establecer normas. Los conceptos y métodos axiomáticos utilizados para este fin, cuya validez se supone y confunde muchas veces con la realidad incontrovertible, son entre otros los siguientes:

- umbrales de efectos tóxicos en poblaciones (nunca se encuentran);
- niveles de efectos observados (dependen del método);
- factores de fiabilidad estadística (arbitrarios por definición);
- extrapolaciones exactas de riesgos (raramente coinciden con los datos);
- tolerancias a riesgo cero (existen sólo con exposición cero);
- márgenes de “seguridad” (siempre especulativos);
- viabilidad de los controles (depende de los valores);
- métodos de medición (elección de instrumentos);
- normas fisiológicas (abstracciones de las medias);
- variables de valoración biológicas (estimación de un efecto);
- homogeneidad de estilos de vida y genética (nunca existe).

Estos axiomas se debaten habitualmente como si fueran la verdad. No son más que hipótesis descartables sobre individuos, riesgos y su control, que se basan (en el mejor de los casos) en una información limitada.

Los valores sociales y económicos implícitos en la selección y el uso de estos axiomas guían los juicios políticos de los que gobiernan, gestionan y controlan. Estos valores, y no sólo los datos científicos, determinan las normas medioambientales y biológicas en la comunidad y en el lugar de trabajo. En consecuencia, estos valores, los juicios que se basan en ellos y los axiomas seleccionados también deben juzgarse por su racionalidad, es decir, por su éxito a la hora de evitar el riesgo de dolor, muerte y discapacidad.

Leyes y contratos: sistemas de axiomas morales

Incluso el más amplio sistema de axiomas morales debe entenderse como un experimento en la aplicación de principios morales al medio ambiente de trabajo, especialmente los sistemas de leyes y contratos que regulan el lugar de trabajo.

Las leyes del Estado, los reglamentos de sus ministerios e incluso los procedimientos adoptados informalmente (como los modelos de valoración del riesgo) pueden tratarse —y modificarse— como cualquier otro sistema de axiomas. Considerando nuestro marco de principios morales, tratados como axiomas morales, las leyes y normas sobre la seguridad y la salud en el trabajo pueden integrarse plenamente con los sistemas axiomáticos que atienden otras necesidades sanitarias de la comunidad. Pueden constituir una parte diferenciada (pero no degradada) del conjunto de la estructura social.

Los programas de asistencia médica, educación, rehabilitación e indemnización de los trabajadores, seguridad social, protección de los discapacitados y otros programas de salud pública y protección del medio ambiente suelen coordinarse mediante decisiones legislativas con los programas de seguridad y salud en el trabajo. En este proceso, deben tomarse precauciones para no imponer o crear y perpetuar sin pretenderlo un sistema de castas.

¿Cómo deben tomarse estas precauciones? La participación de los trabajadores, los representantes de los sindicatos libremente organizados en el lugar de trabajo y los organismos

públicos constituye una garantía que debe formar parte del experimento. La participación es otra especificación de los derechos humanos. Las barreras eficaces contra la creación de sistemas de castas en el lugar de trabajo son los comités de trabajadores (garantizados en las constituciones de algunos países), los comités de empresa, los comités ministeriales responsables de la formulación de políticas y prácticas, y del establecimiento y la aplicación de normas, y la educación (tanto profesional como básica) y otras estructuras participativas.

El ejercicio de los "derechos" de participación de los trabajadores en la determinación de sus propios riesgos es un medio éticamente obligado de defensa contra la aparición de castas de trabajadores en función de su nivel de cualificación. Es el primer paso para la asignación ética de responsabilidades y la distribución de la carga de riesgo en el lugar de trabajo. Sin embargo, el ejercicio de estos derechos puede entrar en conflicto con los derechos de la dirección y de la sociedad en su conjunto.

La resolución del conflicto pasa por entender que estos derechos son especificaciones de derechos genéricos, cuyo imperativo es absoluto y que, en última instancia, deben prevalecer mediante el reconocimiento de los derechos de participación de los trabajadores, la dirección y el público en general en las decisiones que afectan a la vida y la libertad de la comunidad a la que pertenecen.

● VIGILANCIA DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

Lawrence D. Kornreich

Desde que Ramazzini publicó el texto básico sobre la salud en el trabajo (Ramazzini 1713), hemos aprendido que algunos trabajos pueden causar enfermedades específicas. Al principio, sólo disponíamos de instrumentos de observación para estudiar el medio ambiente de trabajo. Los avances tecnológicos nos permitieron realizar mediciones en los entornos en los que los trabajadores ejercían sus oficios. De esta manera pudimos, por ejemplo, identificar las fuentes del estrés en el lugar de trabajo. Sin embargo, este mayor conocimiento trajo consigo la necesidad de establecer límites de exposición para proteger la salud de los trabajadores. De hecho, hemos descubierto formas de detectar la presencia de sustancias tóxicas, incluso en concentraciones bajas, antes de que puedan crear problemas para la salud. En la actualidad, con frecuencia podemos predecir los resultados de las exposiciones sin esperar a que aparezcan sus efectos, lo que nos permite prevenir enfermedades y lesiones irreversibles. Un buen estado de salud en el trabajo no es algo que se consiga por casualidad, sino que requiere la vigilancia de los trabajadores y de su entorno.

Límites de exposición en el lugar de trabajo

Los primeros límites de exposición en el lugar de trabajo se establecieron para prevenir enfermedades graves y muertes. Hoy en día, disponemos de mucha más información e intentamos respetar límites mucho más bajos para prevenir enfermedades crónicas y efectos subclínicos en la salud. El intento sistemático que más éxito ha tenido para establecer límites de exposición profesional fue el realizado por el Comité de Límites Umbral creado por la Conferencia Americana de Higienistas Industriales del Gobierno (American Conference of Governmental Industrial Hygienists, ACGIH) en 1943. (La ACGIH es una organización estadounidense sin relación formal con ningún organismo normativo público). El éxito de este esfuerzo se demuestra por el hecho de que muchos países en todo el mundo han adoptado los valores límite umbral (TLV) publicados por la ACGIH, cuyo

número asciende hoy a más de 600, como normas sobre la exposición en el lugar de trabajo. El uso extendido de estos límites como normas aplicables ha motivado el estudio crítico de los TLV y del proceso a través del cual se han establecido. A pesar de su utilidad, los TLV han recibido críticas de tres sectores que intervienen en el proceso de toma de decisiones: el científico, el político y el ético. A continuación se resumen algunas de las críticas formuladas.

Los científicos han criticado el hecho de que los TLV basados en un volumen considerable de información no se diferencien de los TLV basados en muchos menos datos.

Los TLV nunca pretendieron ser niveles "seguros" de exposición para todos los trabajadores. El Comité TLV reconoció que, debido a las variaciones biológicas entre los trabajadores y a otros factores que no podían estimarse, era imposible fijar límites que garantizaran la seguridad de todos los trabajadores en todos los entornos. La decisión de adoptar los TLV como normas de obligado cumplimiento plantea un problema político, porque no protegen a una parte de la población trabajadora. La única garantía total de protección es el nivel cero de exposición, pero la exposición cero y el riesgo cero no son alternativas que se den en la práctica.

Muchos de los datos que manejó el Comité TLV procedían de estudios realizados y financiados por la industria, que no se habían publicado. Las personas protegidas por estos límites sostienen que deberían tener acceso a los datos que han servido para establecer dichos límites. Son muchos los que opinan que el intento de la industria de restringir el acceso a estos datos, por la razón que sea, es una postura poco ética y que beneficia sólo a la industria.

Todavía hoy se siguen respetando los TLV como directrices sobre la exposición de los trabajadores al estrés ambiental, para que sean utilizados por profesionales que puedan interpretarlos correctamente.

Límites de exposición en la comunidad

Existe una relación entre las exposiciones en el trabajo y en el medio ambiente. Cualquier efecto perjudicial para la salud en los trabajadores es resultado de su exposición total a los contaminantes ambientales. La dosis total es importante a la hora de seleccionar unos límites de exposición adecuados. Esto ya se considera necesario en el caso de las sustancias tóxicas que se acumulan en el organismo, como son el plomo y las sustancias radioactivas.

Los actuales límites de exposición son diferentes para los trabajadores y para la comunidad, en parte porque las exposiciones de los trabajadores tienen carácter intermitente. Los TLV se establecieron para semanas laborales de cinco días y jornadas de ocho horas, la norma en Estados Unidos. Los TLV reflejan la actuación de los mecanismos de reparación del organismo humano. Sin embargo, muchos piensan que los límites de exposición en el trabajo y en la comunidad no deberían ser diferentes.

Cuando no se dispone de información específica sobre los efectos sinérgicos o antagonistas, los límites de exposición, tanto para los trabajadores como para la comunidad, reflejan sólo la adición de las interacciones de distintos contaminantes ambientales. A la hora de establecer los límites para una sustancia determinada, es imposible evaluar todas las posibles interacciones entre los contaminantes ambientales. En su lugar, podemos realizar los siguientes supuestos para simplificar el proceso: 1) la mezcla básica de sustancias químicas en nuestro medio ambiente no ha cambiado sustancialmente, y 2) la información epidemiológica y los criterios ambientales utilizados para establecer las normas reflejan nuestra exposición a esa mezcla de sustancias químicas. Si aceptamos estos supuestos,

podemos pasar por alto las interacciones al fijar los límites de exposición en la comunidad a una sustancia en particular. Aunque sería útil aplicar el mismo razonamiento para establecer los límites de exposición en el lugar de trabajo, esta lógica es discutible, ya que la mezcla de sustancias en distintos lugares de trabajo no es uniforme, si se compara con la existente en nuestras comunidades.

Una parte del debate político se centra en si deben adoptarse normas internacionales de exposición. ¿Debe un país establecer sus propias prioridades, reflejadas en sus límites de exposición, o deben adoptarse normas internacionales basadas en los mejores datos disponibles? Muchos gobiernos de países en desarrollo han adoptado la posición de que los países desarrollados deberían establecer límites de exposición ambiental más estrictos, ya que la contaminación procedente de la industria y la agricultura de estos países ha creado un medio ambiente menos saludable.

Criterios de salud basados en el tipo de riesgo

En la actualidad, los ensayos de toxicidad en animales sirven con frecuencia para establecer los límites de exposición en el hombre. La tecnología avanzada que existe hoy en día nos brinda la posibilidad de determinar el grado y el tipo de toxicidad que sufrirá un organismo después de estar expuesto a una sustancia. Podemos medir la capacidad de una sustancia para producir cáncer, lesiones congénitas o incluso tumores benignos. También medimos el grado en que esa sustancia puede afectar a los sistemas somáticos. Muchos científicos suponen que existe un nivel seguro de exposición, habiéndose validado este supuesto mediante las observaciones de las primeras enfermedades que acosaron a la humanidad. Sin embargo, es posible que ese supuesto ya no esté justificado, especialmente en el caso del cáncer. Los expertos siguen sin ponerse de acuerdo sobre la existencia o ausencia de un efecto "nulo" o un nivel "seguro" de exposición.

Coexistimos con sustancias naturales cancerígenas en nuestro medio ambiente. Para poder enfrentarnos a ellas, debemos calcular el riesgo asociado a la exposición a estas sustancias y utilizar la mejor tecnología disponible para reducir el riesgo a un nivel aceptable. Creer que podemos conseguir un nivel cero de riesgo es una idea errónea que posiblemente nos llevaría por el camino equivocado. El elevado coste y la complejidad de los ensayos en animales nos obligan a utilizar modelos matemáticos para predecir los riesgos de exposición a pequeñas dosis de una sustancia. Lo más que podemos conseguir son predicciones estadísticamente fiables de lo que posiblemente son niveles seguros de exposición a factores de estrés ambiental, suponiendo un nivel de riesgo que la comunidad acepte.

Control del medio ambiente de trabajo

El control del medio ambiente de trabajo es la especialidad de los higienistas del trabajo (llamados higienistas industriales en Norteamérica). Estos profesionales practican la técnica y la ciencia de identificar, evaluar y controlar los factores de estrés profesional. Dominan las técnicas utilizadas para evaluar el medio ambiente en el que trabajan las personas. Al tener la obligación de proteger la salud y el bienestar de los trabajadores y de la comunidad, los higienistas industriales están muy interesados en las cuestiones éticas. Como resultado, las principales asociaciones de higienistas industriales de Estados Unidos han finalizado recientemente la revisión de su código deontológico, que fue redactado por primera vez en 1978 (véase el recuadro "Cánones de conducta ética y directrices para su interpretación").

Problemas de confidencialidad

Los datos obtenidos del control del medio ambiente de trabajo son cruciales para mejorar los límites de exposición, tanto para

los trabajadores como para la comunidad. Si se pretende que los límites sean los más adecuados para equilibrar el riesgo, el coste y la viabilidad técnica, los profesionales responsables de establecer dichos límites deben tener acceso a todos los datos de la industria, los trabajadores y el gobierno. Este planteamiento consensuado está cada vez más aceptado en una serie de países y puede llegar a ser el procedimiento de elección para establecer las normas internacionales.

Por lo que se refiere a los secretos comerciales y a otras informaciones de carácter confidencial, el nuevo código deontológico contiene directrices al respecto para los higienistas industriales. Como profesionales, están obligados a asegurar que todas las partes que necesitan información sobre los riesgos para la salud y las exposiciones tengan acceso a ella. Sin embargo, los higienistas deben mantener en secreto la información comercial más importante, salvo cuando por cuestiones de salud y seguridad se vean obligados a revelarla.

ASPECTOS ETICOS DE LA INFORMACION Y LA CONFIDENCIALIDAD

Peter J. M. Westerholm

Este artículo trata sobre los aspectos éticos de las actividades relacionadas con la salud en el trabajo, entre ellas la investigación, con respecto al tratamiento de la información de trabajadores individuales, no tanto en términos prácticos o de eficacia, sino por referencia a lo que puede considerarse correcto o incorrecto. Aquí no se ofrece una fórmula universal para decidir si las prácticas relacionadas con el tratamiento de la información o las cuestiones de confidencialidad pueden ser éticamente justificadas o defendidas. En este artículo se describen los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y equidad, así como sus implicaciones para estos aspectos de los derechos humanos.

Los principios básicos utilizados en los análisis éticos pueden aplicarse también al análisis de las implicaciones éticas en la producción, la comunicación y la utilización de otro tipo de información como, por ejemplo, los resultados de las investigaciones sobre la salud en el trabajo. Puesto que este artículo sólo pretende ser un resumen, no se describirán con detalle aplicaciones específicas.

Escenario

En el mercado de trabajo, en una empresa o en un lugar de trabajo, las cuestiones relacionadas con la salud afectan fundamentalmente a personas independientes y económicamente activas. Pueden ser personas sanas o personas con problemas de salud, cuyas causas, manifestaciones y consecuencias estén en mayor o menor medida relacionadas con su trabajo y con las condiciones del lugar de trabajo. Además, una amplia gama de profesionales y personas con distintas funciones y responsabilidades pueden verse implicadas en problemas de salud que afecten a individuos o grupos en el lugar de trabajo, como por ejemplo:

- empresas y sus representantes;
- sindicatos y sus representantes;
- profesionales sanitarios;
- administradores de seguros y seguridad social;
- investigadores;
- representantes de los medios de comunicación.

CANONES DE CONDUCTA ETICA Y DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

OBJETIVO

Estos cánones establecen las normas de conducta ética que deben aplicar los higienistas industriales en el ejercicio de su profesión y de su principal misión: proteger la salud y el bienestar de los trabajadores y de la sociedad en general contra los peligros químicos, microbiológicos y físicos para la salud presentes u originados en el lugar de trabajo.

CANONES DE CONDUCTA ETICA

El higienista industrial debe:

- Ejercer su profesión de acuerdo con los principios científicos establecidos, sabiendo que la vida, la salud y el bienestar de las personas pueden depender de su juicio profesional y que está obligado a proteger la salud y el bienestar de las personas.
- Asesorar a las partes afectadas con respecto a los riesgos potenciales para la salud y las precauciones que deben adoptarse para evitar efectos nocivos en la salud.
- Mantener la confidencialidad de la información personal y empresarial que obtenga durante el desarrollo de las actividades de higiene industrial, excepto cuando la ley u otras consideraciones sobre la salud y la seguridad dicten lo contrario.
- Evitar circunstancias en las que pueda verse comprometido su juicio profesional o puedan surgir conflictos de intereses.
- Prestar servicios exclusivamente en su ámbito de competencia.
- Actuar de manera responsable para contribuir a la integridad de la profesión.

CANON 1

Ejercer su profesión de acuerdo con los principios científicos establecidos, sabiendo que la vida, la salud y el bienestar de las personas pueden depender de su juicio profesional y que está obligado a proteger la salud y el bienestar de las personas.

DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

- El higienista industrial debe basar sus opiniones, juicios e interpretaciones profesionales de resultados y recomendaciones en principios y prácticas científicos reconocidos que preserven y protejan la salud y el bienestar de las personas.
- El higienista industrial no debe distorsionar, alterar u ocultar hechos cuando presente sus opiniones o recomendaciones profesionales.
- El higienista industrial no debe realizar declaraciones a sabiendas de que está tergiversando u omitiendo hechos.

CANON 2

Asesorar a las partes afectadas con respecto a los riesgos potenciales para la salud y las precauciones que deben adoptarse para evitar efectos nocivos en la salud.

DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

- El higienista industrial debe obtener de fuentes fiables la información sobre los riesgos potenciales para la salud.
- El higienista industrial debe analizar la información pertinente y disponible para informar de los hechos a las partes afectadas.
- El higienista industrial debe adoptar las medidas oportunas para comprobar que las partes afectadas son informadas de los riesgos para la salud.
- Las partes afectadas pueden ser la dirección, los clientes, los trabajadores, los trabajadores de un contratista y otras partes dependiendo de las circunstancias en ese momento.

CANON 3

Mantener la confidencialidad de la información personal y empresarial que obtenga durante el desarrollo de las actividades de higiene industrial, excepto cuando la ley u otras consideraciones sobre la salud y la seguridad dicten lo contrario.

DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

- El higienista industrial debe notificar y divulgar la información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores y de la sociedad en general.

- Si se hace caso omiso de su juicio profesional en circunstancias en las que la salud o la vida de las personas pueden verse en peligro, el higienista industrial debe informar a la empresa, al cliente o a cualquier otra autoridad, según considere oportuno.
- El higienista industrial debe revelar información personal o empresarial de carácter confidencial sólo con la expresa autorización del propietario de la información, excepto cuando esté obligado por ley a desvelar esa información.

CANON 4

Evitar circunstancias en las que pueda verse comprometido su juicio profesional o puedan surgir conflictos de intereses.

DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

- El higienista industrial debe informar puntualmente de cualquier conflicto de intereses potencial o conocido a las partes que pueden verse afectadas.
- El higienista industrial no debe solicitar ni aceptar, directa o indirectamente, retribuciones monetarias o de otra índole que tengan como finalidad influir en su juicio profesional.
- El higienista industrial no debe ofrecer ningún regalo de valor considerable ni ninguna otra retribución de valor para conseguir ese trabajo.
- El higienista industrial debe asesorar a sus clientes o empresas cuando crea inicialmente que un proyecto para mejorar las condiciones de higiene industrial no tendrá éxito.
- El higienista industrial no debe aceptar trabajos que limiten su capacidad para cumplir con otros compromisos que ya haya aceptado.
- En el caso de que este código deontológico esté aparentemente en conflicto con otro código profesional que los higienistas industriales están obligados a acatar, el conflicto se resolverá de una manera que proteja la salud de las partes afectadas.

CANON 5

Prestar servicios exclusivamente en su ámbito de competencia.

DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

- El higienista industrial debe ofrecer sólo aquellos servicios para los que esté cualificado por su educación, formación o experiencia en los campos técnicos implicados, salvo que reciba suficiente asistencia de socios, consultores o trabajadores cualificados.
- El higienista industrial debe obtener los certificados, los registros y/o las licencias que exijan las administraciones públicas antes de prestar servicios de higiene industrial, cuando este tipo de credenciales sean necesarias.
- El higienista industrial debe imprimir o autorizar el uso de su sello, tampón o firma cuando el documento sea preparado por él mismo o por otra persona bajo su dirección y control.

CANON 6

Actuar de manera responsable para contribuir a la integridad de la profesión.

DIRECTRICES PARA SU INTERPRETACION

- El higienista industrial debe evitar conductas o prácticas que probablemente desacreditarán la profesión o decepcionarán al público.
- El higienista industrial no debe permitir el uso de su nombre o el de su empresa por parte de ninguna persona o empresa cuando tenga razones para sospechar que sus prácticas de higiene industrial son fraudulentas o deshonestas.
- El higienista industrial no debe hacer publicidad de sus conocimientos de experto o de sus servicios con declaraciones que tergiversen los hechos ni omisión de la información necesaria para evitar que dichas declaraciones se interpreten de manera incorrecta.
- El higienista industrial no debe permitir deliberadamente que las personas que trabajan para él, las empresas para las que él trabaja y otras personas presenten su experiencia profesional, sus conocimientos de experto o sus servicios de una manera que resulte engañosa.
- El higienista industrial no debe engañar en lo que se refiere a su formación académica, su experiencia o sus credenciales.

Facilitado por el American Board of Industrial Hygiene (1995).

La información que se obtiene de la práctica o la ciencia de la medicina del trabajo y las cuestiones relacionadas con el derecho a la información afectan a todos estos grupos y a la relación que mantienen entre sí. Esto significa que las cuestiones del libre acceso o la confidencialidad de la información con respecto a los derechos humanos, los derechos de los trabajadores y las necesidades de las empresas o de la sociedad en general, tienen un gran alcance y pueden presentar también una gran complejidad. De hecho se trata de un área de importancia decisiva en la ética de la medicina del trabajo.

Consideraciones básicas

Este artículo parte del supuesto de que las personas tienen la necesidad y el derecho *prima facie* a la intimidad, lo que significa que tienen la necesidad y el derecho de ocultar o revelar, de conocer o ignorar distintos aspectos de la vida en sociedad y de su relación con el mundo exterior. De igual forma, un colectivo o una sociedad necesitan saber ciertas cosas sobre los ciudadanos. Es posible que esta necesidad no exista en otros terrenos. En el lugar de trabajo o en una empresa, las cuestiones relacionadas con la productividad y la salud afectan a empresarios y trabajadores, como colectivo y como individuos. En algunas situaciones, entran también en juego los intereses públicos, representados por organismos públicos u otras instituciones que reclaman el legítimo derecho a saber.

La cuestión que inmediatamente se plantea es la manera de conciliar estas necesidades y las condiciones que deben darse para que la necesidad de información de una empresa o de la sociedad permita legítimamente inmiscuirse en el derecho a la intimidad de una persona. En este proceso de conciliación se producen conflictos éticos que han de resolverse. Si la necesidad de información de una empresa o de la sociedad no es compatible con la necesidad de protección de la intimidad de los trabajadores, tendrá que decidirse qué necesidad o derecho a la información debe prevalecer. El conflicto ético se origina como consecuencia de la responsabilidad de la empresa de adoptar las medidas preventivas necesarias contra los peligros para la salud en el lugar de trabajo. Para poder asumir esta responsabilidad, la empresa necesita información tanto sobre las condiciones de trabajo como sobre la salud de los trabajadores. Es posible que los trabajadores deseen que cierto tipo de información sobre sí mismos se mantenga confidencial o en secreto, aun cuando reconozcan la necesidad de medidas preventivas.

Perspectivas morales

Las cuestiones y los conflictos éticos en el campo de la medicina del trabajo pueden enfocarse utilizando los dos paradigmas éticos clásicos: ética consecuencialista o ética deontológica. La ética consecuencialista se centra en lo que es bueno o malo, perjudicial o útil en función de sus consecuencias. Por ejemplo, la ambición social expresada como el principio de maximizar los beneficios para el mayor número de miembros de una comunidad es un reflejo de la ética consecuencialista. La característica distintiva de la ética deontológica es que considera obligatorias determinadas acciones o conductas humanas como, por ejemplo, decir siempre la verdad —el principio de la veracidad— con independencia de sus consecuencias. El deontólogo considera que los principios morales son absolutos y nos imponen el deber absoluto de respetarlos. Estos dos paradigmas de la filosofía moral básica pueden utilizarse, por separado o conjuntamente, para valorar las actividades o conductas humanas desde un punto de vista ético.

Derechos humanos

Cuando se debaten los aspectos éticos de la medicina del trabajo, la influencia de los principios éticos en las relaciones humanas y las cuestiones relativas a la necesidad de información en el lugar

de trabajo, es imprescindible exponer con claridad los principios básicos más importantes. Estos principios pueden encontrarse en las declaraciones internacionales de derechos humanos y en las recomendaciones y directrices que se derivan de las decisiones adoptadas por las organizaciones internacionales. También se reflejan en los códigos de ética y de conducta de los profesionales.

Los derechos humanos tanto individuales como sociales desempeñan un papel importante en la asistencia sanitaria. Los más relacionados con esta actividad son el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y el derecho a la intimidad. Estos derechos se contemplan en:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada en 1941 por la Organización de las Naciones Unidas.
- El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Consejo de Europa, 1950).
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1966, de la Organización de las Naciones Unidas.

Los códigos profesionales formulados y adoptados por la Asociación Mundial de Médicos tienen especial importancia para el personal de los servicios de medicina del trabajo. Estos códigos son:

- *Código internacional de ética médica* (1949-1968) y *Declaración de Ginebra* (1948-1968).
- *Declaración de Helsinki: Recomendaciones para los doctores en medicina que realizan investigaciones biomédicas en seres humanos* (1964-1975-1983).

Los derechos humanos individuales no tienen, en principio, relación alguna con las condiciones económicas. Se basan en el derecho a la autodeterminación, que requiere tanto la autonomía como la libertad del ser humano.

Principios éticos

El principio de autonomía se centra en el derecho que tiene toda persona a la autodeterminación. Según este principio, todos los seres humanos tienen la obligación moral de respetar el derecho humano a la autodeterminación, siempre y cuando no se usurpe el derecho de los demás a decidir su forma de actuar en asuntos que tan sólo les conciernen a ellos. Una consecuencia importante de este principio para el ejercicio de la medicina del trabajo es el deber moral de considerar confidencial cierto tipo de información sobre las personas.

El segundo principio, el principio de la asistencia, combina dos principios éticos: la ausencia de maleficencia y la beneficencia. El primero establece la obligación moral de todo ser humano de no causar sufrimiento a otros. El segundo establece el deber de hacer el bien. Según este principio, todos los seres humanos tienen la obligación moral de prevenir y eliminar el sufrimiento o el daño y, también en cierta medida, de promover el bienestar. Una consecuencia práctica para el ejercicio de la medicina del trabajo es la obligación de tratar de identificar de forma sistemática los riesgos de enfermedad en el lugar de trabajo o las condiciones del mismo que pueden poner en peligro la salud o la calidad de vida de los trabajadores, así como la obligación de adoptar medidas preventivas o correctoras siempre que se descubran esos riesgos o factores de riesgo. El principio de beneficencia puede aplicarse también a la investigación de la salud en el trabajo.

El principio de equidad implica la obligación moral que tiene todo ser humano de respetar los derechos de los demás, siempre de forma imparcial, y de contribuir al reparto de las cargas y beneficios, de tal manera que los miembros o colectivos menos privilegiados de la comunidad reciban una atención especial. En la práctica, las consecuencias más importantes de este principio

se concretan en la obligación de respetar el derecho de los demás a la autodeterminación y de dar prioridad a las personas o los grupos más vulnerables o más expuestos a riesgos para la salud en el lugar de trabajo.

Cuando se consideran estos tres principios, conviene recordar que, en los servicios de salud, el principio de autonomía ha reemplazado al principio de la beneficencia como principio básico de la ética médica. Esto constituye, de hecho, una de las reorientaciones más radicales en la larga historia de la tradición hipocrática. La aparición de la autonomía como concepto sociopolítico, jurídico y moral ha influido profundamente en la ética médica. Ha desplazado el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y, como resultado, ha cambiado la relación entre médico y paciente de forma revolucionaria. Esta tendencia tiene consecuencias obvias en el campo de la medicina del trabajo. En los servicios de salud y en las investigaciones biomédicas, esta tendencia se relaciona con una serie de factores que influyen en el mercado de trabajo y en las relaciones laborales. Entre estos factores cabe mencionar la atención que están recibiendo los enfoques participativos que implican a los trabajadores en los procesos de decisión, la expansión y mejora de la enseñanza pública, la aparición de distintos movimientos en defensa de los derechos humanos y los vertiginosos cambios tecnológicos en las técnicas de producción y organización del trabajo.

Estas tendencias han contribuido al surgimiento del concepto de integridad como un valor importante íntimamente relacionado con el de la autonomía. La integridad, en su sentido ético, significa el valor moral del todo, considerando a todos los seres humanos como personas y fines en sí mismos, independientes en todas las funciones y acreedores de respeto por su dignidad y valor moral.

Los conceptos de autonomía e integridad están vinculados en el sentido de que la integridad expresa un valor fundamental equivalente a la dignidad de la persona. El concepto de autonomía expresa más bien el principio de libertad de acción dirigido a la protección y la promoción de esa integridad. Existe una importante diferencia entre estos dos conceptos y es que el valor de la integridad no admite grados. O se mantiene intacta o se quebranta o incluso pierde. La autonomía admite distintos grados y es variable. En ese sentido, la autonomía puede restringirse más o menos o, por el contrario, ampliarse.

Intimidad y confidencialidad

El respeto a la intimidad y a la confidencialidad de las personas es consecuencia del principio de la autonomía. La intimidad puede ser invadida y la confidencialidad violada cuando se revela o publica información que puede utilizarse para identificar o exponer a una persona a reacciones o respuestas no deseadas, o incluso hostiles, de otros. Esto significa que existe la necesidad de proteger dicha información para que no se divulgue. Por otro lado, cuando la información es esencial para descubrir o prevenir riesgos para la salud en el lugar de trabajo, existe la necesidad de proteger la salud de ciertos trabajadores o, incluso a veces, de un colectivo más grande de trabajadores que están expuestos a los mismos riesgos en el lugar de trabajo.

Es importante determinar si la necesidad de proteger la información sobre los individuos y la necesidad de proteger la salud del colectivo de trabajadores y mejorar las condiciones de trabajo son compatibles. Se trata de sopesar las necesidades del individuo frente a los beneficios para el colectivo. Es posible que surjan conflictos con los principios de autonomía y beneficencia, respectivamente. En este tipo de decisiones, habrá que analizar las cuestiones de quién debe estar autorizado a saber y con qué fin.

Es muy importante analizar estos dos aspectos. Si la información sobre los trabajadores individuales se puede utilizar para mejorar las condiciones de trabajo en beneficio de todo el colectivo, existen razones éticas de peso para examinar el caso en profundidad.

Siempre deben existir procedimientos para impedir el acceso a la información a personas no autorizadas y su utilización para fines distintos a los establecidos o acordados con anterioridad.

Análisis ético

En un análisis ético es esencial proceder paso a paso en la identificación, clarificación y resolución de los conflictos éticos. Como ya hemos comentado, los distintos intereses creados y las diferentes partes presentes en el lugar de trabajo o en el mercado laboral, pueden presentarse como intereses éticos. El primer paso consiste, por tanto, en identificar las partes principales que participan en el proceso, describir sus intereses racionales y localizar los conflictos de intereses evidentes y potenciales. Es esencial que esos conflictos de intereses entre las diferentes partes interesadas se pongan de manifiesto y se expliquen en vez de ser ignorados. Es también importante aceptar el hecho de que este tipo de conflictos son bastante comunes. En todos los conflictos éticos existen uno o más agentes y una o más personas a las que conciernen las acciones emprendidas por el agente o los agentes.

El segundo paso consiste en identificar los principios éticos de autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y equidad. El tercer paso consiste en identificar las ventajas y beneficios éticos, así como las desventajas y los costes para aquellas personas u organismos implicados o afectados por el problema de salud en el trabajo. Las expresiones beneficio ético o coste ético adquieren en este contexto un significado bastante amplio. Todo aquello que razonablemente pueda juzgarse beneficioso o con un efecto positivo desde el punto de vista ético es un beneficio. Todo aquello que pueda afectar al grupo de forma negativa es, de forma análoga, un coste ético.

Estos principios éticos fundamentales (autonomía, beneficencia y equidad) y las etapas del análisis asociadas a ellos se aplican tanto al tratamiento de la información en la práctica cotidiana de la medicina del trabajo como al tratamiento y divulgación de la información científica. Considerada desde esta perspectiva, la confidencialidad de las historias médicas o de los resultados de los estudios de la salud en el trabajo puede analizarse aplicando los principios antes expuestos.

Este tipo de información puede referirse, por ejemplo, a peligros potenciales o sospechados para la salud en el lugar de trabajo, y su calidad y utilidad práctica varía en cada caso. Es evidente que el uso que se haga de este tipo de información plantea una serie de cuestiones éticas.

Hay que recalcar que este modelo de análisis ético está destinado principalmente a estructurar las complejas relaciones que existen entre un trabajador individual, el colectivo de trabajadores de una empresa y los intereses creados en el lugar de trabajo y en la comunidad en general. En el contexto actual se trata fundamentalmente de un ejercicio pedagógico basado sobre todo en el supuesto, considerado controvertido por la filosofía moral, de que la solución objetiva y correcta a un conflicto ético simplemente no existe. Bertrand Russell escribió:

“Nosotros mismos somos los árbitros definitivos e irrefutables de los valores y, en el mundo de los valores, la naturaleza es tan sólo una parte. Por ello, en este mundo somos superiores a la Naturaleza. En el mundo de los valores, la naturaleza es en sí misma neutra; no es ni buena ni mala, por lo que no merece admiración ni tampoco censura. Nosotros somos quienes creamos valores y nuestros deseos son los que les confieren valor. En ese reino somos los reyes y si nos doblegamos a la Naturaleza, nos degradamos.

Nosotros somos los que tenemos que decidir lo que es bueno, no la Naturaleza, ni siquiera la naturaleza personificada en Dios (Russell 1979).

Esta es otra manera de decir que la autoridad de los principios éticos, como ya se mencionó antes, está determinada por las personas o los grupos de personas, que pueden o no estar de acuerdo sobre lo que es intelectual o emocionalmente aceptable.

Por consiguiente, a la hora de resolver los conflictos y problemas éticos, el diálogo entre las diferentes partes implicadas adquiere una especial relevancia. Es muy importante que todos los interesados tengan la posibilidad de intercambiar sus puntos de vista con los demás en un clima de respeto mutuo. Aunque se acepta como un hecho que los conflictos éticos no tienen soluciones objetivamente correctas, no se puede deducir de eso que la definición del posicionamiento ético se base en ideas subjetivas y carentes de principios. Es importante tener siempre presente que las cuestiones de la confidencialidad y la integridad pueden ser planteadas por diversos grupos o personas partiendo de normas y valores muy diferentes. Por tanto, uno de los pasos importantes en un análisis ético consiste en diseñar el procedimiento para establecer contacto con y entre las personas y los intereses colectivos afectados, así como los pasos que deben seguirse para iniciar el proceso que terminará en un acuerdo o desacuerdo sobre el tratamiento o divulgación de información confidencial.

Por último, se insiste en que el análisis ético se puede utilizar como herramienta para examinar las prácticas y estrategias alternativas de actuación. Este análisis no nos dará respuestas sobre lo que es correcto o incorrecto, o lo que se considera aceptable o inaceptable desde el punto de vista ético, pero crea un marco para la toma de decisiones cuando entran en juego los principios éticos fundamentales de la autonomía, la beneficencia, la maleficencia y la equidad.

Ética e información en la medicina del trabajo

Las cuestiones y dilemas éticos que surgen en la práctica y en la ciencia de la medicina del trabajo se derivan de la recogida, almacenamiento, análisis y utilización de información sobre personas concretas. Estos procesos pueden llevarse a cabo de una manera sistemática, o bien para un fin concreto, para mejorar la salud y la calidad de vida de los trabajadores o las condiciones de trabajo. Son motivos en sí mismos que tienen siempre una importancia fundamental para la salud en el trabajo. Sin embargo, esta información puede utilizarse también para prácticas selectivas que pueden llegar a ser discriminatorias si se aplican, por ejemplo, a la selección de personal o al reparto de tareas. La información obtenida de las historias clínicas o de los archivos personales plantea, en principio, la posibilidad de que se utilice en contra del individuo de una manera inaceptable o que viole los principios éticos fundamentales.

La información puede estar compuesta de datos y observaciones registrados en exploraciones médicas previas a la contratación o en programas rutinarios de vigilancia de la salud o de exploración selectiva. Este tipo de programas o rutinas suelen ser introducidos por las propias empresas o motivados por requisitos legales. La información puede incluir también los datos recogidos en las consultas médicas a las que acuden las personas afectadas. Una fuente de información que tiene un interés especial en el campo de la medicina del trabajo es el control biológico de las exposiciones en el lugar de trabajo.

En el ejercicio de la medicina del trabajo, así como en las investigaciones que se realizan en este campo, se recogen y documentan diferentes tipos de observaciones que a la larga se utilizan en mayor o menor medida. La información puede referirse a estados de salud en el pasado o a comportamientos

relacionados con la salud, como el absentismo por enfermedad. También puede contener observaciones sobre síntomas y resultados de reconocimientos médicos y pruebas de laboratorio. Este último tipo de información puede referirse a la capacidad funcional, la fuerza muscular, la resistencia física o las destrezas cognitivas o intelectuales del trabajador y puede contener también evaluaciones de diferentes aspectos del rendimiento. La información puede contener también, en el extremo opuesto del espectro de la salud, datos sobre problemas de salud, minusvalías, estilos de vida extremos, consumo de alcohol, drogas y otros productos tóxicos, etc. Aunque muchos de estos datos resultan relativamente triviales o inocuos por separado, cuando se combinan y se recopilan con carácter continuo a lo largo del tiempo pueden llegar a proporcionar una descripción muy detallada y extensa de las características de una persona.

La información se puede registrar y almacenar utilizando diferentes métodos. En el caso de los archivos que contienen información individual sobre las personas, el método más habitual consiste en rellenar a mano las fichas. También se pueden utilizar bases de datos informatizadas, empleando cintas magnéticas o disquetes para guardar la información. Puesto que la capacidad de memoria de estos archivos informatizados es enorme, las bases de datos constituyen en sí mismas una posible amenaza para la integridad personal. La información que se almacena en estos bancos de datos, registros y ficheros, si cae en manos de personas sin escrúpulos, puede convertirse en un instrumento de poder y utilizarse en perjuicio de la persona en cuestión.

La definición del tipo de información que debe tener o no carácter confidencial queda fuera del ámbito de este artículo. Tampoco es nuestra intención dar aquí una definición funcional del concepto de la integridad personal o proponer un esquema detallado para juzgar qué información ha de considerarse más o menos confidencial con respecto a los principios éticos fundamentales. Eso sería sencillamente imposible. La sensibilidad de la información en este sentido depende del contexto y de muchos otros factores. Lo que sí es importante es aplicar los principios éticos fundamentales a la hora de tratar cuestiones sobre cómo, por quién y en qué circunstancias se tratan estos datos y ese tipo de información.

Análisis de riesgos y resultados de las investigaciones

Hemos abordado la explicación de los principios del análisis ético desde el punto de vista de la información sobre la salud o relacionada con ella contenida en registros individuales, como son las historias clínicas o los archivos personales. Sin embargo, tanto en la práctica como en la ciencia de la medicina del trabajo, existen otros tipos de información cuya obtención, procesamiento y utilización pueden plantear problemas éticos o incluso conflictos con los principios éticos. No obstante, este tipo de información suele analizarse tomando como referencia los principios éticos de autonomía, beneficencia y equidad. Es el caso de la evaluación de los peligros y el análisis de los riesgos. En una situación en la que, por ejemplo, la información sobre un peligro para la salud en el trabajo se oculta deliberadamente a los trabajadores, cabe esperar que el análisis ético demuestre claramente que se han violado los tres principios éticos fundamentales. Esto se cumple con independencia de que alguna de las partes interesadas considere que la información es confidencial. La dificultad surge cuando la información es incierta, insuficiente o incluso inexacta. También es fácil que existan opiniones muy diferentes sobre la validez de las pruebas, lo cual no altera la estructura fundamental de las cuestiones éticas que se plantean.

En las investigaciones de la salud en el trabajo, es frecuente que los trabajadores tengan que recibir información sobre los

proyectos de investigación pasados, presentes o futuros. Si la investigación se realiza sin explicar a los trabajadores participantes ni el motivo de la misma ni todas las implicaciones del proyecto, y sin solicitar el consentimiento informado de todos los participantes, el análisis ético demostrará que se han violado los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia y equidad.

Es evidente que la naturaleza técnica y compleja de este tema pueda causar dificultades prácticas en la comunicación entre los investigadores y otras partes interesadas. Este hecho en sí mismo no altera la estructura del análisis ni las cuestiones éticas que se plantean.

Garantías

Existen una serie de garantías administrativas que pueden aplicarse para proteger la información confidencial. Los métodos más comunes son los siguientes:

1. *Discreción y confidencialidad.* El contenido de las historias clínicas y otros materiales clasificados como información médica puede considerarse confidencial o secreto desde el punto de vista jurídico. Hay que decir, sin embargo, que no toda la información contenida en estos documentos es necesariamente de naturaleza confidencial. También contienen información que puede comunicarse libremente sin causar daño a nadie.

Otro aspecto es la obligación que tienen algunos profesionales de guardar en secreto la información que les ha sido facilitada en confianza. Es el caso de las relaciones fiduciarias que se establecen en las consultas y la obligación de confidencialidad se aplica a la información médica o de cualquier otra índole que se trata en la relación entre médico y paciente. Este tipo de información puede estar protegida por la legislación, los convenios colectivos o los códigos profesionales.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el concepto de "información sobre la salud" no tiene una definición práctica, como tampoco la tiene el concepto de salud, razón por la cual el término puede ser objeto de diferentes interpretaciones.

2. *Autorización de acceso a la información.* Este requisito puede, por ejemplo, aplicarse a los investigadores que buscan información en las historias clínicas o en los archivos personales de la seguridad social.
3. *Consentimiento informado, como condición para la recogida de datos y acceso a los archivos con información personal.* El principio del consentimiento informado, que implica el derecho a que la persona afectada participe en la decisión, es una práctica establecida por ley en muchos países para todas las cuestiones relacionadas con la recogida y el acceso a información personal. El principio del consentimiento informado se considera cada vez más importante para el tratamiento de la información personal. Este principio implica que la persona en cuestión tiene el derecho *prima facie* a decidir qué información puede recogerse, con qué fin, por quién, con qué métodos, en qué condiciones y qué garantías administrativas o técnicas deben existir para evitar el acceso de personas no autorizadas a dicha información.
4. *Garantías técnicas para la protección de la información almacenada en ordenadores.* Estas garantías pueden consistir, por ejemplo, en la introducción de procedimientos codificados o en clave para evitar el acceso no autorizado a los archivos que contienen información personal o, si el acceso es legítimo, evitar que las personas puedan ser identificadas en la base de datos (protección del anonimato). Sin embargo, debe decirse que el

anonimato, que significa codificar o encubrir el nombre y otros datos de la identidad de una persona, como es su número de la seguridad social, no siempre garantiza una protección fiable contra la identificación. El resto de la información que contienen los archivos personales puede ser suficiente para identificar a una persona.

5. *Requisitos legales,* entre ellos la prohibición, la autorización y el control para establecer y manejar fuentes informatizadas de datos que contienen expedientes o archivos personales.
6. *Códigos deontológicos profesionales.* Las asociaciones y organizaciones profesionales pueden adoptar principios éticos para la práctica de su profesión en forma de códigos deontológicos profesionales. Este tipo de documentos existen en muchos países y también en el ámbito internacional. El lector que desee más información sobre este tema puede remitirse a los siguientes documentos internacionales:

- *Código internacional de ética para los profesionales de la salud en el trabajo,* adoptado por la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo en 1992.
- *Directrices éticas* adoptadas por la Asociación Internacional de Epidemiología
- *Directrices internacionales para el análisis ético de los estudios epidemiológicos,* adoptadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

Antes de terminar esta sección, debemos insistir en que un principio elemental en la planificación y establecimiento de prácticas para la recogida de datos consiste en evitar hacerlo sin antes haber considerado con detenimiento los móviles y la importancia de la recogida de datos para la salud en el trabajo. Los riesgos éticos inherentes a la recogida de información que no se utiliza en beneficio del trabajador o de la persona afectada son evidentes. En principio, las alternativas y estrategias para planificar la recogida y el tratamiento de información sobre los trabajadores pueden ser sometidas a un análisis ético en términos de autonomía, beneficencia y equidad.

Archivos personales informatizados

Gracias a los avances en la tecnología informática, las empresas tienen ahora la posibilidad de recoger, almacenar y procesar información de los trabajadores sobre diferentes aspectos referentes a su conducta y su rendimiento en el trabajo. El uso de esos sistemas informáticos avanzados ha aumentado considerablemente en los últimos años y ha suscitado el temor a los riesgos de intrusión en la integridad individual. Es razonable predecir que estos riesgos serán aún mayores en el futuro, como también lo será la necesidad de proteger los datos y adoptar diferentes medidas contra las violaciones de la integridad.

Al mismo tiempo, es evidente que la nueva tecnología proporciona importantes beneficios para la producción en una empresa o en el sector público y ofrece medios para mejorar la organización del trabajo o eliminar problemas, como las tareas de ciclos cortos y monótonas. La cuestión fundamental es alcanzar un equilibrio razonable entre los beneficios que pueden obtenerse con la utilización de las técnicas informáticas y la necesidad y el derecho legítimo de los trabajadores a estar protegidos contra las intrusiones en su integridad personal.

El Consejo de Europa adoptó en 1981 una Recomendación (núm. R 81-1) sobre las bases de datos médicas y una convención sobre la *Protección de los individuos contra el procesamiento automático de datos.* El Consejo de la Unión Europea ha tratado estos temas en la Directiva (95/46/CE), sobre la *Protección de los individuos contra el procesamiento de datos personales y la libre circulación de dichos datos.* Debe recordarse que la aplicación de esta normativa

a los datos personales informatizados se considera en muchos países en el contexto de las relaciones laborales.

Conclusión

En la práctica, el tratamiento de la información sobre la salud en el trabajo requiere el juicio de los profesionales de ésta y de otras disciplinas. Los profesionales de la salud en el trabajo tienen que decidir lo que es correcto o incorrecto, o más o menos aceptable, en muchos contextos y circunstancias culturales. El análisis ético es un instrumento que proporciona la base para emitir juicios y tomar decisiones basadas en principios éticos y conjuntos de valores que nos ayudan a evaluar y elegir entre diferentes líneas de actuación.

● ÉTICA EN LA PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD

D. Wayne Corneil y Annalee Yassi

Aunque los servicios de medicina del trabajo están cada vez más extendidos en todo el mundo, los recursos para desarrollar y financiar estas actividades no han aumentado al mismo ritmo que las demandas. Mientras tanto, los límites entre lo que es la vida privada y profesional han cambiado, planteando la cuestión de cuáles pueden o deben ser las competencias legítimas de la medicina del trabajo. Los programas aplicados en el lugar de trabajo para detectar el consumo de drogas o la seropositividad al VIH, o los servicios de asesoramiento para problemas personales, son un reflejo evidente de la frontera cada vez menos nítida entre lo que es la vida privada y profesional.

Desde el punto de vista de la salud pública, existen suficientes argumentos para no intentar separar los factores relacionados con el estilo de vida, el lugar de trabajo y el medio ambiente en general. Aunque objetivos como la lucha contra el consumo de drogas y otros hábitos nocivos para la salud sean muy loables, la manera de abordar estos problemas en el lugar de trabajo plantea problemas éticos. También debe evitarse que las medidas que se adopten para combatir esos hábitos no sustituyan a otras medidas de protección de la salud. La finalidad de este artículo es analizar específicamente los aspectos éticos de la protección y la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Protección de la salud

Protección individual y colectiva de los trabajadores

Aunque la conducta ética es fundamental en todos los aspectos de la asistencia sanitaria, la definición y promoción de dicha conducta suele ser más compleja en el contexto de la medicina del trabajo. Los médicos de atención primaria deben dar prioridad a las necesidades de sus pacientes, mientras que los profesionales de la salud pública deben dar prioridad a las necesidades sanitarias de la colectividad. El profesional de la salud en el trabajo, por su parte, tiene que atender las necesidades tanto del paciente como de la colectividad: el trabajador, la plantilla y el público en general. A veces estas obligaciones múltiples dan lugar a responsabilidades que entran en conflicto.

En la mayoría de los países, los trabajadores tienen el derecho innegable a recibir protección contra accidentes en el lugar de trabajo y los programas de salud en el trabajo deben estar precisamente orientados a velar por este derecho. Los problemas éticos que plantea la protección de los trabajadores contra condiciones de trabajo poco seguras suelen deberse al hecho de que los intereses económicos de la empresa, ya sean reales o percibidos, actúan muchas veces en contra de la adopción de las

medidas necesarias para proteger la salud de los trabajadores. Sin embargo, la postura ética que deben adoptar los profesionales de la salud en el trabajo está clara. Como se establece en el *Código deontológico internacional para los profesionales de la salud en el trabajo*: "Los profesionales de la salud en el trabajo deben actuar siempre, de forma prioritaria, en beneficio de la salud y seguridad de los trabajadores".

El profesional de la salud en el trabajo, ya forme parte de la plantilla de la empresa o actúe en calidad de asesor, se siente muchas veces presionado para ignorar sus planteamientos éticos en la protección de la salud de los trabajadores. Puede incluso ocurrir que un trabajador le pida que declare en su defensa y en contra de la empresa cuando se emprende algún tipo de acción legal o cuando el trabajador o el propio profesional creen que no se están adoptando las medidas necesarias para la protección de la salud.

Los conflictos pueden reducirse en la vida real estableciendo expectativas sociales, incentivos de mercado y mecanismos de infraestructura que contrarresten las desventajas económicas reales o percibidas por la empresa de las medidas para proteger la salud de los trabajadores. Estos mecanismos pueden consistir en unos reglamentos claros que exijan una prácticas seguras y que impongan unas sanciones elevadas por el incumplimiento de las normas, lo cual requiere una infraestructura adecuada para vigilar su cumplimiento y aplicación. También se puede recurrir a un sistema de bonificación de los trabajadores que promueva las medidas preventivas. Sólo si los factores sociales, las normas, las expectativas y la legislación reflejan la importancia de la protección de la salud en el trabajo podrá realmente prosperar la práctica ética.

El derecho a ser protegido de condiciones y actuaciones peligrosas originadas por otras

En ocasiones se plantea otra cuestión ética relativa a la protección de la salud: se trata de la situación en la que el propio trabajador representa un peligro en el lugar de trabajo. Entre las numerosas responsabilidades del profesional de la salud en el trabajo, siempre debe considerarse el derecho de los miembros del colectivo (la plantilla y el público en general) a recibir protección contra las actuaciones de otros. En muchas jurisdicciones, "la aptitud para un trabajo" se define, no sólo en términos de la capacidad del trabajador para realizar un trabajo, sino también para realizarlo sin que ello suponga un riesgo para sus compañeros o el público en general. No es ético negar el trabajo a alguien (es decir, declarar a un trabajador no apto para un trabajo) por el solo hecho de que sufra determinado problema de salud, si no existen evidencias científicas que demuestren que ese problema impide al trabajador realizar el trabajo de forma segura. Sin embargo, en algunos casos el médico puede opinar que el trabajador representa un peligro para los demás, aun cuando pueda aportar escasa o ninguna documentación para respaldar su opinión. Por ejemplo, la decisión de permitir que un trabajador que sufre mareos de causa desconocida maneje una grúa puede tener consecuencias muy graves. De hecho, puede ser poco ético permitir que una persona asuma responsabilidades especiales en esos casos.

La necesidad de mantener un equilibrio entre los derechos individuales y colectivos no es exclusiva de la medicina del trabajo. En muchas jurisdicciones, el médico está obligado por ley a informar a las autoridades sanitarias públicas sobre determinados trastornos médicos, como las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis o el abuso de menores, aunque ello suponga romper la promesa de confidencialidad hecha a las personas afectadas. Aunque no siempre existen directrices concretas que ayuden al profesional de la salud en el trabajo a tomar este tipo de decisiones, los principios éticos exigen que

realice una revisión exhaustiva de la documentación científica y emita el juicio profesional que considere más oportuno. Por consiguiente, las consideraciones sobre salud pública y seguridad deben combinarse con las consideraciones sobre el trabajador en cuestión cuando se realizan reconocimientos médicos y otros tipos de exámenes para seleccionar a los candidatos a puestos de trabajo con responsabilidades especiales. De hecho, la exploración selectiva para la detección del consumo de drogas y alcohol, si tiene que justificarse como una actividad legítima de los profesionales de la salud en el trabajo, sólo puede justificarse desde este punto de vista. El *Código internacional para los profesionales de la salud en el trabajo* establece:

Quando el estado de salud de un trabajador y la naturaleza de su trabajo sean tales que pueda llegar a poner en peligro la seguridad de otros, se debe informar claramente al trabajador de la situación. En el caso de una situación especialmente peligrosa, la dirección y, cuando así lo exija la legislación nacional, la autoridad competente, también deberán ser informadas sobre las medidas necesarias para proteger a otras personas.

Quando la atención del profesional se centra excesivamente en el individuo, tiende a pasar por alto e incluso a ignorar su obligación de proteger el bien general de la sociedad o de algunos colectivos específicos. Por ejemplo, cuando la conducta de una persona se convierte en un peligro para ella misma o para otros, ¿cuándo debe actuar el profesional en beneficio del colectivo y dejar a un lado los derechos del individuo? Estas decisiones tienen importantes consecuencias para el personal de los programas de asistencia a los trabajadores que trabajan con personas discapacitadas. Deben tener muy clara su obligación de advertir a los compañeros o los clientes que pueden utilizar los servicios de la persona discapacitada, frente a su obligación de proteger la confidencialidad de la persona. El profesional no puede limitarse a proteger la confidencialidad y los derechos del individuo, como ya hemos comentado antes.

Programas de promoción de la salud

Los supuestos y el debate

Los supuestos en los que se basan generalmente las actividades desarrolladas en el lugar de trabajo para promover cambios en el estilo de vida de los trabajadores son:

(1) que las decisiones que toman los trabajadores en el día a día sobre su estilo de vida en cuanto al ejercicio físico, la alimentación, el tabaco y el control del estrés tienen un efecto directo en su estado de salud presente y futuro, su calidad de vida y su rendimiento en el trabajo, y (2) un programa patrocinado por la empresa para promover cambios positivos en el estilo de vida, administrado por personal a tiempo completo, pero voluntario y abierto a todos los trabajadores, alentará a estos últimos a introducir cambios positivos en su estilo de vida suficientes para mejorar tanto su estado de salud como su calidad de vida (Nathan 1985).

Hasta donde puede llegar la empresa en su intento de modificar una conducta, como el consumo de drogas fuera del horario de trabajo, o una condición como el exceso de peso, que no afecta directamente a los demás ni al rendimiento del propio trabajador? En las actividades de promoción de la salud, las empresas se comprometen a reformar aquellos aspectos del estilo de vida de los trabajadores que son o se perciben como perjudiciales para su salud. En otras palabras, la empresa puede convertirse en un agente del cambio social. Puede incluso convertirse en el inspector sanitario con respecto a aquellos

procesos que se consideran favorables o perjudiciales para la salud y aplicar medidas disciplinarias con el fin de mantener a los trabajadores en un buen estado de salud. Algunas empresas imponen restricciones específicas que prohíben a los trabajadores rebasar ciertos límites de peso. Pueden introducir incentivos especiales, como la reducción de las primas del seguro u otras prestaciones para los trabajadores que cuiden su salud, especialmente a través del ejercicio. Pueden formular políticas para animar a algunos grupos de trabajadores, como los fumadores, a abandonar hábitos perjudiciales para su salud.

Muchas empresas afirman que no tienen la intención de inmiscuirse en la vida privada de sus trabajadores, sino que tan solo intentan influir en ellos para que se comporten de forma razonable. Sin embargo, se plantea la cuestión de si las empresas deben intervenir en un área que pertenece al ámbito de la conducta privada. Quienes se oponen a esta idea piensan que estas actividades constituyen un abuso de poder por parte de la empresa, y rechazan no tanto la legitimidad de las propuestas como la motivación paternalista y elitista que se esconde tras ellas. Los programas de promoción de la salud pueden calificarse también de hipócritas cuando la empresa no introduce cambios en factores relacionados con la organización que afectan a la salud de los trabajadores y su motivación principal es la reducción de gastos.

Reducción de gastos como principal motivación

Una característica importante del contexto de los servicios de medicina del trabajo es que la actividad "principal" de la empresa no consiste en prestar asistencia médica a los trabajadores, aunque este tipo de servicios pueden contribuir de manera importante al logro de los objetivos de la organización si consiguen, por ejemplo, aumentar la eficiencia de las operaciones o reducir los gastos. En la mayoría de los casos, las actividades de promoción de la salud de los programas de asistencia a los trabajadores y los servicios de rehabilitación son desarrolladas por las empresas con la finalidad de lograr los objetivos de su organización, como una plantilla más productiva o la reducción del coste de los seguros o de las indemnizaciones a los trabajadores. Aunque la retórica empresarial ha insistido en el carácter humanitario de los programas de asistencia a los trabajadores, la razón fundamental de los mismos es el interés de las empresas por reducir los gastos, el absentismo y la pérdida de productividad asociados a los problemas de salud mental y consumo de drogas y alcohol. Estos objetivos son sustancialmente diferentes de los objetivos tradicionales de los profesionales sanitarios, ya que estos últimos tienen en cuenta tanto los intereses de la empresa como las necesidades del paciente.

Quando las empresas financian directamente los servicios y éstos se prestan en el lugar de trabajo, los profesionales tienen necesariamente que considerar los objetivos de la empresa y la cultura que predomina en el lugar de trabajo. Los programas pueden estructurarse para que tengan un efecto en la rentabilidad y es posible que tenga que llegarse a un compromiso sobre los objetivos de los servicios de salud ante la necesidad real de reducir los gastos. Las acciones recomendadas por el profesional pueden verse influidas por estas consideraciones, y puede plantearse un dilema ético sobre la manera de alcanzar un equilibrio entre lo que sería mejor para un trabajador y lo que sería más rentable para la empresa. Cuando la principal responsabilidad del profesional es la asistencia gestionada con el objetivo de reducir los gastos, los conflictos pueden agravarse. Por este motivo, los programas de asistencia gestionada deben abordarse con precaución, para que los objetivos de la asistencia sanitaria no se vean comprometidos por el esfuerzo de limitar o reducir los gastos.

¿Qué trabajadores tienen derecho a los servicios de asistencia a los trabajadores? ¿Qué tipo de problemas deben considerarse? ¿Debe ampliarse el programa a los familiares de los trabajadores o a los jubilados? Muchas de estas decisiones parecen basarse no tanto en la intención expresa de mejorar el estado de salud de los trabajadores como en el límite de cobertura de las prestaciones. El personal a tiempo parcial sin derecho a prestaciones extrasalariales no suele tener acceso a los programas de asistencia a los trabajadores y, de este modo, la empresa se ahorra ese gasto adicional. Sin embargo, el personal a tiempo parcial también puede tener problemas que afecten a su rendimiento y productividad.

En el equilibrio entre una asistencia de calidad y la reducción de gastos, ¿quién debe decidir el nivel de calidad necesario y a qué precio: el paciente que utiliza los servicios pero que no paga por ellos o el profesional responsable del programa de asistencia de los trabajadores que no paga la factura pero cuyo trabajo puede depender del éxito del tratamiento? ¿Quién debe tomar la decisión: el prestador del servicio o el asegurador, que es al final quien lo paga?

Igualmente, ¿quién debe decidir cuándo se puede prescindir de un trabajador? Y si los costes de seguro y tratamiento dictan esa decisión, ¿cuándo es más rentable despedir a un trabajador que, por ejemplo, padece una enfermedad mental, y contratar y formar a uno nuevo? Desde luego, la función de los profesionales de la salud en el trabajo en este tipo de decisiones tiene que ser analizada más a fondo.

¿Acción voluntaria o coacción?

Los problemas éticos planteados por una lealtad poco clara hacia el cliente se hacen evidentes de inmediato en los programas de asistencia a los trabajadores. La mayoría de los profesionales que participan en estos programas han aprendido que el centro legítimo de los mismos es el individuo cuyos intereses defienden. Este concepto depende de la noción de voluntarismo. Es decir, el cliente solicita ayuda voluntariamente y consiente en establecer la relación, que se mantiene sólo con su participación activa. Incluso cuando el cliente es remitido por un supervisor o director, se sigue considerando que la participación es fundamentalmente voluntaria. Los mismos argumentos pueden aplicarse a las actividades de promoción de la salud.

Esta opinión de los profesionales de los programas de asistencia a los trabajadores de que los clientes actúan por voluntad propia no siempre se corresponde con la realidad. La idea de una participación plenamente voluntaria es una ilusión. La posibilidad de elección del cliente es algunas veces mucho menor que la proclamada y la remisión de trabajadores por parte de sus supervisores puede fácilmente basarse en el enfrentamiento o la coacción. Lo mismo ocurre con la mayoría de las llamadas autorremisiones que se producen cuando un trabajador recibe una clara sugerencia por parte de su superior. Aunque se hable de libertad de elección, es evidente que las alternativas son muy limitadas y sólo existe una manera correcta de proceder.

Cuando los costes de la asistencia sanitaria corren a cargo de la empresa o de un seguro suscrito por la misma, las fronteras entre lo que es vida pública y vida privada se hacen menos nítidos y aumenta todavía más la posibilidad de coacción. En la actualidad, este tipo de programas tienen carácter voluntario, aunque ¿puede alguna actividad ser completamente voluntaria en el entorno laboral?

Las burocracias no son democracias y cualquier conducta considerada voluntaria en el entorno laboral probablemente puede ponerse en tela de juicio. A diferencia del entorno comunitario, la empresa establece una relación contractual a largo plazo con la mayoría de los trabajadores, que en

muchos casos es dinámica, con la posibilidad de aumentos de sueldo, ascensos así como traslados a puestos de inferior categoría. Esta situación puede dar la impresión, deliberada o inadvertida, de que la participación en un programa activo de prevención es obligatoria y lo que se espera de los trabajadores (Roman 1981).

También es preciso tener cuidado con las declaraciones sobre el carácter voluntario de la educación sanitaria que no tienen en cuenta las fuerzas sutiles y poderosas que determinan las conductas en el lugar de trabajo. El hecho de que las actividades de promoción de la salud reciban una publicidad positiva considerable y de que sean gratuitas puede dar la impresión de que la dirección, no sólo es partidaria de que los trabajadores participen en estas actividades, sino que consideran dicha participación altamente deseable. Los trabajadores pueden también crearse expectativas de obtener otros beneficios además de los relacionados con la salud o considerar necesaria su participación para conseguir un ascenso o, al menos, para mantener su trayectoria dentro de la empresa.

La dirección puede sentirse defraudada cuando desarrolla actividades de promoción de la salud obediendo a su sincero interés por el bienestar de los trabajadores y dejando a un lado sus objetivos de reducción de gastos. Los incentivos directos, como el aumento de las primas de los seguros de los fumadores o los trabajadores con exceso de peso, pueden aumentar la participación, pero también constituyen un tipo de coacción.

Factores de riesgo individual y colectivo

Las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo suelen centrarse en el estilo de vida individual como unidad de intervención, distorsionando así la complejidad de las conductas sociales. Los programas que se centran exclusivamente en el cambio de hábitos personales descuidan otros factores sociales, como la discriminación por motivos de raza, sexo o clase social. Este tipo de enfoque sitúa la conducta fuera de contexto y supone "que los hábitos personales son distintos y pueden modificarse de manera independiente; las personas pueden decidir voluntariamente cambiar esa conducta" (Coriel, Levin y Jaco 1986).

Teniendo en cuenta la influencia de los factores sociales, ¿qué grado de control ejercen realmente las personas para modificar los riesgos para la salud? Desde luego que existen factores de riesgo relacionados con la conducta, pero también deben tenerse en cuenta los efectos de la estructura social, el medio ambiente, la herencia y la simple casualidad. Una persona no es la única responsable de la aparición de una enfermedad, aunque eso es precisamente lo que se supone en muchas actividades de promoción de la salud que se desarrollan en el lugar de trabajo.

Un programa de promoción de la salud que sobrestime la responsabilidad individual tendrá un tono moralizante.

Aunque la responsabilidad personal es un factor indiscutible, por ejemplo, en el consumo de tabaco, otros factores sociales, como la clase social, el estrés, la educación y la publicidad influyen también. Siempre resulta más fácil culpar a la víctima cuando se cree que los factores individuales son los únicos responsables. A los trabajadores que fuman, presentan exceso de peso, hipertensión, etc. se les considera culpables de su estado, aunque sea de forma implícita. Así, la empresa y la sociedad se ven eximidas de toda responsabilidad en el problema y pueden culpar a los trabajadores tanto de su problema de salud como de no hacer nada al respecto.

Esta tendencia a considerar responsable únicamente a la persona no tiene en cuenta un gran volumen de datos científicos que existen en la actualidad. Las evidencias sugieren que las secuelas psicológicas del trabajo pueden tener un efecto en la salud que persiste una vez finalizada la jornada laboral. Se ha

demostrado claramente que existe una relación entre los factores relacionados con la organización (como participación en la toma de decisiones, interacción y apoyo social, ritmo de trabajo, sobrecarga de trabajo, etc.) y las consecuencias para la salud, sobre todo en lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares. Esto sugiere claramente la necesidad de modificar, no sólo la conducta de los trabajadores, sino también la organización de las empresas. No obstante, la mayoría de los programas de promoción de salud tienen como único objetivo modificar la conducta individual y rara vez tienen en cuenta otros factores relacionados con la organización de las empresas.

El enfoque centrado en el individuo sorprende menos si se tiene en cuenta que la mayoría de los profesionales que participan en los programas de promoción de la salud, bienestar social y asistencia a los trabajadores son médicos que no tienen experiencia en el campo de la salud en el trabajo. Incluso cuando los médicos identifican factores de interés en el lugar de trabajo, rara vez están capacitados para recomendar o llevar a cabo intervenciones orientadas a la organización.

Actividades con otros fines distintos a la protección de la salud

Muy pocas veces los programas de bienestar han propuesto intervenciones para modificar la cultura de empresa o la organización del trabajo y evitar así estilos de gestión estresantes, tareas aburridas o niveles elevados de ruido. Si se descuida la contribución del medio ambiente de trabajo a los efectos en la salud, programas incluso tan populares como el control del estrés pueden tener consecuencias negativas para la salud. Por ejemplo, si el único objetivo es reducir el estrés a escala individual en lugar de modificar los factores de estrés en el trabajo, las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo pueden, de hecho, contribuir a que los trabajadores se adapten a un medio ambiente poco saludable y producir un aumento de la morbilidad a largo plazo. Es más, las investigaciones realizadas hasta la fecha no han apoyado los enfoques clínicos. Por ejemplo, en un estudio se demostró que los programas de control del estrés individual tenían un efecto menor en la producción de catecolamina que la modificación de los sistemas salariales (Ganster y cols. 1982).

Por su parte, Pearlin y Schooler (1978) observaron que, aunque existían distintas respuestas eficaces para resolver o enfrentarse a problemas en la vida personal y familiar, esas mismas respuestas no eran eficaces para enfrentarse a los factores de estrés relacionados con el trabajo. Otros estudios han sugerido también que algunas conductas útiles para enfrentarse a problemas personales aumentan de hecho la angustia cuando se aplican en el lugar de trabajo (Parasuramen y Cleek 1984).

Los partidarios de los programas de bienestar suelen ignorar los problemas tradicionales de la salud en el trabajo y, ya sea o no de manera consciente, hacen caso omiso de los peligros en el lugar de trabajo. Como los programas de bienestar no suelen tener en cuenta el riesgo de enfermedades profesionales o los peligros en el lugar de trabajo, los partidarios de la protección de la salud temen que si se individualiza el problema de la salud de los trabajadores, las empresas prescindan de los costosos cambios necesarios para reducir los riesgos en la estructura y el contenido de los lugares o puestos de trabajo.

Confidencialidad

Algunas empresas se creen con derecho a acceder a la información médica sobre los trabajadores que reciben servicios del profesional. Sin embargo, el profesional está obligado, por ética profesional y por necesidades prácticas, a mantener la confianza del trabajador. Este problema se agrava especialmente cuando se interponen procesos legales o cuando conlleva una gran carga emocional, como es el caso de la discapacidad por SIDA.

Los profesionales pueden verse también implicados en asuntos confidenciales relacionados con las prácticas y actividades de la empresa. Si existe una gran competencia en el sector industrial en cuestión, es posible que la empresa desee mantener en secreto información relacionada con sus planes de organización, reorganización o reducción de plantilla. Cuando existe la posibilidad de que las prácticas empresariales influyan en la salud de los trabajadores, ¿cómo puede el profesional evitar esos efectos nocivos sin desvelar información secreta o confidencial de la empresa?

Según Roman y Blum (1987), la confidencialidad sirve para proteger al profesional de un control exhaustivo. Citando el derecho a la confidencialidad del cliente, muchos se oponen a las revisiones de calidad o a las revisiones mutuas que pueden poner de manifiesto que el profesional ha rebasado los límites de su formación o competencia profesional. Esto es una consideración ética importante por el poder que tiene el profesional de influir en la salud y el bienestar de sus clientes. La cuestión está en explicar claramente al cliente la naturaleza de la intervención, en términos de lo que puede o no puede hacer.

La confidencialidad de la información recopilada por los programas que se centran en el individuo más que en los sistemas de trabajo puede ser perjudicial para la seguridad de los trabajadores. La información obtenida en los programas de promoción de la salud puede utilizarse incorrectamente para influir en la situación del trabajador con respecto al seguro médico u otros aspectos de su vida personal. Cuando se dispone de datos agregados, puede resultar difícil evitar que se utilicen para identificar a trabajadores concretos, especialmente en empresas de pequeño tamaño.

Cuando la información recopilada en los programas de asistencia a los trabajadores se centra en una unidad o en un lugar de trabajo concretos, los profesionales suelen mostrarse reacios a facilitar esa información a la dirección. En algunas ocasiones, la confidencialidad se utiliza en realidad para enmascarar la incapacidad de recomendar intervenciones razonables, por temor del profesional a que la dirección de la empresa no acepte una crítica negativa sobre su comportamiento u organización. Desafortunadamente, los médicos carecen a veces de las cualificaciones científicas y epidemiológicas necesarias para presentar datos sólidos que respalden sus observaciones.

Otros problemas están relacionados con el uso incorrecto de la información por parte de diferentes grupos de intereses. Las entidades aseguradoras, las empresas, los sindicatos, los grupos de clientes y los profesionales de la salud pueden hacer un uso incorrecto tanto de la información colectiva como de la individual que se recopila durante las actividades de promoción de la salud.

Algunos pueden utilizar estos datos para denegar un servicio o cobertura a los trabajadores o a sus herederos en procedimientos legales o administrativos relativos a reclamaciones de indemnización o de otras prestaciones al amparo de un seguro. Los participantes en los programas pueden creer que la "garantía de confidencialidad" que ofrecen éstos es inviolable. Por ello, se debe advertir claramente a los trabajadores que, en determinadas circunstancias (es decir, en investigaciones legales o administrativas), la información personal recogida por el programa puede ponerse a disposición de otras partes.

Los datos agregados pueden usarse indebidamente para trasladar la responsabilidad de una parte interesada a otra. El acceso a este tipo de información puede no ser equitativo si el acceso a la información colectiva se permite sólo a los representantes de la empresa pero no a los particulares que reclaman una prestación. Aunque las empresas pueden revelar datos personales de los trabajadores sobre los estilos de vida que contribuyen a una enfermedad, pueden restringir el acceso a

información sobre las prácticas empresariales que contribuyen a ese mismo problema.

Los datos epidemiológicos sobre la frecuencia de las enfermedades o la presencia de otros factores relacionados con el trabajo no deben recopilarse de tal manera que se facilite su explotación por parte de la empresa, la entidad aseguradora, el sistema de indemnizaciones o los clientes.

Conflictos con las normas de otras profesiones o servicios

Las normas y los valores profesionales pueden entrar en conflicto con las prácticas de una determinada organización. Los métodos de confrontación que se utilizan en los programas contra el alcoholismo en el lugar de trabajo pueden resultar poco productivos o entrar en conflicto con los valores profesionales cuando se aplican a otros trastornos o discapacidades, aunque el profesional que trabaja en este contexto puede recibir presiones para utilizar este tipo de métodos.

Las relaciones éticas con proveedores externos también deben considerarse. Aunque los programas de asistencia a los trabajadores han establecido claramente la necesidad de que los médicos eviten la remisión de pacientes a servicios terapéuticos con los que están estrechamente afiliados, los prestadores de servicios de promoción de la salud no han definido con la misma claridad sus relaciones con los prestadores externos de servicios que pueden ser atractivos para los trabajadores que desean asesoramiento sobre su estilo de vida personal. Cuando los acuerdos entre los programas de asistencia a los trabajadores y otros proveedores externos para la remisión de pacientes que necesitan recibir tratamiento tienen más en cuenta las ventajas económicas de los proveedores que las necesidades clínicas de los clientes, se plantea un conflicto evidente de intereses.

Existe también la tentación de contratar a personas no cualificadas para las actividades de promoción de la salud. Muchos de los profesionales que trabajan en los programas de asistencia a los trabajadores no han recibido formación suficiente en técnicas de educación sanitaria, fisiología o determinación de la capacidad física para el trabajo, que les cualifique para llevar a cabo estas actividades. Cuando los programas son administrados por la dirección y su preocupación principal es el coste, el incentivo para contratar a los profesionales más capacitados y competentes es menor, ya que los resultados en términos de coste y beneficio cambiarán.

Cuando estos servicios son prestados por los propios compañeros de trabajo, se plantea otra serie de problemas. Se ha demostrado que el apoyo social de los compañeros de trabajo puede amortiguar el efecto de ciertos factores de estrés en la salud. Muchos programas han sacado provecho de la influencia positiva del apoyo social haciendo que sean los propios compañeros de trabajo quienes presten los servicios de asesoramiento o creando grupos de ayuda mutua. Sin embargo, aunque los compañeros de trabajo puedan utilizarse hasta cierto punto como complemento, sigue existiendo la necesidad de contratar profesionales sanitarios cualificados. Los compañeros de trabajo necesitan un extenso programa de orientación para conocer las prácticas éticas y no sobrepasar sus límites o competencias personales, ya sea explícitamente o por una interpretación incorrecta.

Exploración selectiva y pruebas para detectar el consumo de drogas

Las pruebas para la detección del consumo de drogas se han convertido en el aspecto más conflictivo de los reglamentos e interpretaciones legales y no ha podido demostrarse que constituyan una vía eficaz para el tratamiento o la prevención de dicho consumo. El reciente informe del National Research Institute

(O'Brien 1993) ha concluido que las pruebas para la detección del consumo de drogas no son medidas disuasorias para evitar el abuso de alcohol y drogas. Otras evidencias sugieren que tampoco tienen un efecto significativo en el rendimiento laboral.

Un resultado positivo en una de estas pruebas puede revelar mucho sobre el estilo de vida de un trabajador, pero nada sobre su nivel de aptitud o inaptitud para desempeñar su trabajo.

Las pruebas para la detección del consumo de drogas se han considerado el filo del arma que las empresas pueden utilizar para deshacerse de todos los trabajadores menos los más invulnerables, los más resistentes. El problema radica en decidir hasta dónde puede llegar la empresa. ¿Puede someter a sus trabajadores a pruebas para detectar conductas compulsivas como ludopatía u otros trastornos mentales, como la depresión?

Existe también el temor a que las empresas puedan utilizar la exploración selectiva para identificar rasgos poco deseables (como predisposición a enfermedades cardiovasculares o lesiones de espalda) y tomar decisiones sobre el personal basándose en dicha información. En la actualidad, esta práctica parece limitarse a la cobertura de seguro médico, pero, ¿cuánto tiempo podrán resistir esta tentación las empresas que intentan reducir sus gastos?

La práctica promovida por el gobierno de realizar una exploración selectiva a los trabajadores para detectar el consumo de drogas, y la futura posibilidad de que se intenten detectar genes defectuosos y categorías enteras de trabajadores queden excluidos de la cobertura del seguro médico resucitan el antiguo supuesto de que las características de los trabajadores, y no las del trabajo, explican las discapacidades y disfunciones, justificando así que los trabajadores tengan que soportar los costes sociales y económicos. Esto nos vuelve a situar en una perspectiva en la que los factores basados en el individuo, y no en el trabajo, se convierten en el centro de atención de las actividades de promoción de la salud.

Explotación por el cliente

En algunas ocasiones, el profesional puede ver claramente que los trabajadores están intentando aprovecharse indebidamente de los servicios prestados por una empresa, por la entidad aseguradora o por el sistema de indemnizaciones. Es posible que se encuentre con problemas como demandas de rehabilitación poco realistas o simulación de una enfermedad para obtener prestaciones económicas. Los métodos para enfrentarse a comportamientos de ese tipo y adoptar las medidas oportunas deben sopesarse frente a las realidades clínicas como, por ejemplo, las reacciones psicológicas ante la discapacidad.

Promoción de actividades de eficacia cuestionable

A pesar de los numerosos partidarios de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, los datos científicos que existen para evaluar estas intervenciones son limitados. La profesión en su conjunto no se ha planteado todavía los aspectos éticos de las actividades de promoción que carecen de un sólido respaldo científico o de las decisiones de prestar los servicios que producen más beneficios en lugar de los que tienen un efecto demostrado.

Irónicamente, los programas actuales se basan en evidencias poco fundadas sobre el aumento de la productividad o la reducción de los costes, el absentismo, los gastos de asistencia sanitaria y la rotación de los trabajadores. Los estudios están mal diseñados y rara vez incluyen grupos de referencia o un seguimiento a largo plazo. Los pocos que cumplen las normas del rigor científico han aportado escasas evidencias de una rentabilidad positiva de la inversión en estos programas.

Algunas evidencias sugieren que las personas que participan en las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo suelen ser relativamente más sanas:

En conjunto, los participantes fuman menos, están más preocupados por su salud, se sienten en un mejor estado de salud y practican más ejercicio físico, especialmente ejercicio aeróbico, que los que no participan. Existen también algunas evidencias de que los participantes utilizan menos los servicios de salud y son algo más jóvenes que los que no participan (Conrad 1987).

Puede ocurrir que las personas que están en mayor situación de riesgo no utilicen los servicios de salud.

Incluso cuando existen evidencias que apoyan determinadas actividades y todos los profesionales están de acuerdo en la necesidad de esos servicios como seguimiento, en la práctica no siempre se prestan. En general, los programas de asistencia a los trabajadores se centran en la detección de nuevos casos y dedican poco tiempo a la prevención en el lugar de trabajo. Los servicios de seguimiento no existen o se limitan a una o dos visitas tras la reincorporación al trabajo. Considerando la posibilidad que existe siempre de una recaída en los casos de abuso de alcohol y drogas, no parece que los programas de asistencia a los trabajadores dediquen energía suficiente a la asistencia continuada, cuyo coste es muy elevado, sino que más bien se centran en actividades que pueden generar nuevos ingresos.

Reconocimientos médicos para los fines del seguro y la determinación de prestaciones

De la misma forma que la frontera entre los factores de la vida privada y profesional que influyen en la salud es cada vez más difusa, también lo es la distinción entre la capacidad o incapacidad física para el trabajo o entre la salud y la enfermedad. Por ello, los reconocimientos médicos que se realizan para los fines del seguro o para recibir una prestación no se centran en si el trabajador está o no enfermo o discapacitado y, por consiguiente, "merece" recibir una prestación; por el contrario, cada vez está más claro que con determinados cambios en el lugar de trabajo y con las actividades de promoción de la salud, el trabajador podría ocupar algún puesto de trabajo a pesar de su enfermedad o discapacidad. Efectivamente, el Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (nº 161) hace referencia a la "la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental".

La conexión entre las medidas de protección de la salud y las actividades de promoción de la salud no son tan importantes en ningún otro campo como en la asistencia a los trabajadores con necesidades especiales. De la misma forma que un paciente concreto puede reflejar la patología de un grupo, un trabajador con necesidades especiales puede reflejar las de toda la plantilla. La modificación del lugar de trabajo para acomodar a este tipo de trabajadores tiene muchas veces como resultado la introducción de mejoras en el lugar de trabajo que benefician a todos los trabajadores. Los servicios de tratamiento y promoción de la salud para los trabajadores con necesidades especiales pueden reducir los gastos de la organización al reducir las primas de seguro y las prestaciones por indemnización; pero, lo principal es que se trata de la manera más ética de actuar.

Reconociendo que la rehabilitación y la acomodación de los trabajadores lesionados es un "buen negocio", muchas empresas han incorporado a sus programas nuevas actividades de intervención precoz, rehabilitación y reincorporación al trabajo. Algunos de estos programas se ofrecen a través de los comités de indemnización de los trabajadores, que han entendido que tanto la empresa como los trabajadores se ven perjudicados cuando el sistema de prestaciones incentiva que se siga adoptando el

"papel de enfermo" en lugar de incentivar la rehabilitación física, mental y profesional.

Conclusión

El Código deontológico internacional para los profesionales de la salud en el trabajo (que se reproduce en este capítulo) proporciona directrices para asegurar que las actividades de promoción de la salud no desvíen su atención de las medidas de protección de la salud y para fomentar la práctica ética en dichas actividades. El Código establece lo siguiente:

Los profesionales de la salud en el trabajo pueden contribuir a la salud pública de muchas maneras, en particular a través de sus actividades de educación sanitaria, promoción de la salud y exploración selectiva. Los profesionales de la salud en el trabajo deben exigir la participación... tanto de las empresas como de los trabajadores en el diseño y aplicación de estos programas. Asimismo, deben proteger la confidencialidad de los datos personales sobre la salud de los trabajadores.

Finalmente, debemos reiterar que la práctica ética de la medicina del trabajo podría promoverse mejor considerando la infraestructura del lugar de trabajo y de la sociedad que debe existir para proteger los intereses individuales y colectivos. Por consiguiente, los programas de control del estrés, promoción de la salud y asistencia a los trabajadores, que hasta ahora se centraban casi exclusivamente en el individuo, deben tener en cuenta otros factores institucionales del trabajo. También será necesario garantizar que estas actividades no desplacen a las medidas de protección de la salud.

ESTUDIO DE CASO: CONSIDERACIONES ETICAS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN EL LUGAR DE TRABAJO

Behrouz Shahandeh y Robert Husbands

Introducción

Los problemas de drogas y alcohol en el lugar de trabajo pueden plantear dilemas éticos a una empresa. Antes de tomar una decisión, deben sopesarse las consideraciones sobre las personas con problemas de abuso de drogas y alcohol, y la obligación de administrar correctamente los recursos financieros de los accionistas y proteger la seguridad de otros trabajadores.

Pese a que, en algunos casos, tanto las medidas preventivas como correctoras pueden ser útiles para los trabajadores y la empresa, en otras situaciones lo que la empresa cree que es bueno para la salud y el bienestar de los trabajadores es considerado por éstos como una importante restricción de su libertad. Asimismo, las medidas que adopte una empresa para enfrentarse a problemas de seguridad y productividad pueden ser consideradas innecesarias, ineficaces y una intromisión en la vida privada.

El derecho a la intimidad en el trabajo

Los trabajadores consideran que la intimidad es un derecho fundamental. En algunos países es un derecho reconocido por la ley, pero que se interpreta de manera flexible de acuerdo con las necesidades de la empresa para garantizar, entre otras cosas, una mano de obra segura, sana y productiva y unos productos o servicios que no sean peligrosos para los consumidores ni para el público en general.

El consumo de alcohol y drogas suele tener lugar durante el tiempo libre y fuera del lugar de trabajo. El consumo de alcohol puede producirse también en el lugar de trabajo cuando así lo permite la legislación local. Cualquier intromisión en la vida privada del trabajador por parte de la empresa con respecto al consumo de drogas o alcohol debe justificarse con razonamientos convincentes y aplicando el método que implique menos entrometimiento a igualdad de costes.

Las empresas utilizan dos tipos de prácticas muy controvertidas para identificar a los consumidores de drogas y alcohol entre los candidatos a un puesto de trabajo y los trabajadores: pruebas para la detección de alcohol y drogas en el organismo (aire exhalado, sangre, orina) y encuestas orales o escritas sobre el consumo pasado y presente de alcohol y drogas. Otros métodos de identificación que también suscitan polémica son la observación y la vigilancia, así como las pruebas de rendimiento realizadas por ordenador.

Pruebas para detectar sustancias en el organismo

Estas pruebas constituyen probablemente el método de identificación más polémico. En el caso del alcohol, se utilizan alcoholímetros o se analizan muestras de sangre. En el caso de las drogas, la práctica más extendida es el análisis de orina.

Las empresas alegan que estas pruebas son útiles para promover la seguridad y prevenir accidentes, determinar la capacidad física para el trabajo, aumentar la productividad, reducir el absentismo y la falta de puntualidad, controlar los costes sanitarios, aumentar la confianza del público en la seguridad de sus productos o servicios, evitar que se deteriore la imagen de la empresa, identificar y rehabilitar a los trabajadores, evitar delitos de robo y disuadir conductas ilegales o socialmente inaceptables en los trabajadores.

Los trabajadores alegan por su parte que estas pruebas son censurables ya que la toma de muestras de sustancias corporales constituye una grave intromisión en la vida privada; que los procedimientos de muestreo pueden ser humillantes y degradantes, sobre todo en el caso de los análisis de orina realizados bajo supervisión para evitar falsificaciones; que estas pruebas no son una manera eficaz de promover la seguridad o la salud y que la forma más eficiente de promover la salud y la seguridad es mediante unas actividades de prevención más eficaces, una supervisión más estrecha y los programas de asistencia a los trabajadores.

Otros argumentos en contra de la exploración selectiva son que las pruebas para detectar el consumo de drogas (al contrario que las del alcohol) no reflejan el deterioro actual del estado de salud, sino tan solo el consumo previo y, por lo tanto, no son indicativas de la capacidad actual para el trabajo; que las pruebas, sobre todo las que se utilizan para detectar el consumo de drogas, requieren procedimientos complicados; que, en caso de no respetar esos procedimientos, podría obtenerse un resultado erróneo de consecuencias graves e injustas y que este tipo de pruebas pueden crear problemas morales entre la dirección y los trabajadores, así como un ambiente de desconfianza.

Otros afirman que las pruebas se utilizan para identificar conductas moralmente inaceptables para la empresa; que en muchos lugares de trabajo no existe una base empírica convincente de que existan problemas de alcohol o drogas que justifiquen la exploración selectiva previa a la contratación, aleatoria o periódica, y que este tipo de control constituye una grave intromisión en la vida privada del trabajador, porque las pruebas se efectúan aunque no existan sospechas fundadas. También se ha dicho que las pruebas para la detección del consumo de

drogas ilegales equivalen a que la empresa asuma la función de hacer aplicar la ley, que no le corresponde a ella.

En algunos países europeos, como Suecia, Noruega, Países Bajos y Reino Unido, estas pruebas están permitidas, aunque normalmente en circunstancias muy específicas. Por ejemplo, en muchos países europeos existen leyes que permiten a la policía realizar estas pruebas a personas que trabajan en el sector del transporte por carretera, ferrocarril, aéreo y marítimo, cuando tienen sospechas fundadas de que el consumo se ha producido durante las horas de trabajo. Este tipo de pruebas también se realizan en el sector privado, aunque generalmente sólo cuando existen sospechas fundadas a raíz de un accidente o incidente grave. En el contexto de los puestos de trabajo con necesidades especiales de seguridad, se ha informado de la realización de pruebas previas a la contratación y, en casos muy limitados, pruebas periódicas o aleatorias. Sin embargo, las pruebas aleatorias son poco frecuentes en los países europeos.

En Estados Unidos, se aplican diferentes normas según las pruebas sobre el consumo de alcohol y drogas sean efectuadas por personal del sector privado o público. Las pruebas realizadas por el gobierno o por las empresas en aplicación de la normativa vigente deben cumplir los requisitos constitucionales que amparen este tipo de decisiones. Este ha sido el motivo de que los tribunales permitan estas pruebas sólo en el caso de puestos de trabajo con necesidades especiales de seguridad, aunque permiten casi todo tipo de pruebas, entre ellas las previas a la contratación, las que se realizan cuando existe una sospecha fundada, las pruebas periódicas, las pruebas realizadas después de un accidente o incidente y las pruebas aleatorias. Para realizar las pruebas, no existe la obligación de demostrar la existencia de sospechas razonables sobre el abuso de drogas en una empresa, en alguna de sus divisiones o por parte de alguna persona. Algunos observadores han denunciado la falta de ética de este planteamiento, al no existir la obligación ni siquiera de demostrar la existencia de una sospecha razonable de un problema en la empresa o en algún trabajador antes de realizar este tipo de pruebas, entre ellas la exploración selectiva aleatoria.

En el sector privado, la legislación federal no impone restricciones a la realización de pruebas, aunque algunos Estados norteamericanos han impuesto restricciones procesales y jurídicas a las pruebas para detectar el consumo de drogas. No obstante, en la mayoría de esos estados existen pocas restricciones, o ninguna, sobre las pruebas realizadas por las empresas privadas para detectar abuso de drogas y alcohol. Estas pruebas se realizan a una escala mucho mayor que en Europa, donde las empresas privadas las realizan principalmente por razones de seguridad.

Encuestas o cuestionarios

Aunque menos invasivos que los análisis, las encuestas y los cuestionarios que intentan obtener información sobre el consumo pasado o presente de alcohol y drogas constituyen una intromisión en la vida privada del trabajador y son innecesarios para cumplir los requisitos de la mayoría de los puestos de trabajo. En Australia, Canadá, algunos países europeos y Estados Unidos, existen leyes sobre el derecho a la intimidad, aplicables tanto al sector público como al privado, que exigen que las encuestas y cuestionarios sean directamente pertinentes para el puesto de trabajo en cuestión. En la mayoría de los casos, estas leyes no imponen restricciones específicas a las encuestas sobre el consumo de drogas y alcohol, aunque en Dinamarca, por ejemplo, está prohibido recoger y guardar información sobre su consumo. En Noruega y Suecia, los datos sobre el consumo de alcohol y drogas se consideran datos confidenciales que, en

principio, no se pueden conservar en un registro salvo que sea necesario por razones específicas y la autoridad correspondiente en materia de inspección de datos haya dado su consentimiento.

En Alemania, las empresas sólo pueden hacer preguntas para juzgar las destrezas y competencias de un candidato que estén relacionadas con el puesto de trabajo al que éste aspira. El candidato puede dar una respuesta falsa a las preguntas de carácter personal que no sean pertinentes. Por ejemplo, una sentencia judicial ha establecido que una mujer puede legalmente responder que no está embarazada aunque sí lo esté. Estos asuntos íntimos se deciden en los tribunales caso por caso; por lo tanto, el derecho de mentir a las preguntas sobre el consumo de alcohol y drogas en el pasado o en el presente depende probablemente de que este tipo de preguntas sean razonablemente necesarias para determinar la capacidad de ocupar el puesto de trabajo en cuestión.

Observación y vigilancia

La observación y la vigilancia son los métodos tradicionales para detectar problemas de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. En términos sencillos, si un trabajador muestra claras señales de intoxicación o de sus efectos posteriores, su supervisor puede identificarle por su comportamiento. El método de la supervisión para detectar problemas de alcohol y drogas es el más extendido, el menos polémico y el preferido por los representantes de los trabajadores. Sin embargo, la doctrina que mantiene que el tratamiento de los problemas de drogas y alcohol tiene más posibilidades de éxito si se basa en una intervención precoz, plantea un problema ético. Si este enfoque se aplica a la observación y la vigilancia, los supervisores pueden verse tentados a identificar signos de conducta ambigua o menor rendimiento en el trabajo y especular sobre el consumo privado de alcohol o drogas por parte de un trabajador. La observación minuciosa, combinada con un cierto grado de especulación, puede tacharse de poco ética. Por lo tanto, los supervisores deben limitarse a los casos en los que el trabajador está claramente bajo la influencia del alcohol o las drogas y por ello no sea capaz de conseguir un nivel aceptable de rendimiento en el trabajo.

La otra cuestión que se plantea es lo que debe hacer un supervisor cuando el trabajador muestra claras señales de intoxicación. Algunos comentaristas pensaban antes que el supervisor debía enfrentarse al trabajador y desempeñar un papel directo a la hora de ayudarlo. Sin embargo, en la actualidad predomina la opinión de que un enfrentamiento así puede ser contraproducente y de que posiblemente agravará el problema. Por el contrario, el trabajador debe ser remitido a un servicio de salud adecuado que evalúe su problema y, en caso necesario, le ofrezca asesoramiento, tratamiento y rehabilitación.

Pruebas de rendimiento por ordenador

Algunos comentaristas han sugerido las pruebas de rendimiento por ordenador como método alternativo para detectar a los trabajadores que están bajo la influencia del alcohol y las drogas. Se ha dicho que estas pruebas son más eficaces que otras alternativas de identificación porque determinan la incapacidad actual y no el consumo previo, son más dignas, constituyen una menor intrusión en la vida privada, y la incapacidad laboral puede atribuirse a distintas razones, como falta de sueño, enfermedad o intoxicación por alcohol o drogas. La principal objeción a estas pruebas es que, desde el punto de vista técnico, no siempre miden con exactitud las destrezas para el trabajo que pretenden medir, no siempre detectan niveles bajos de alcohol y drogas que también pueden afectar al rendimiento, y las pruebas más sensibles y exactas son a la vez las que resultan más costosas y difíciles de administrar.

Aspectos éticos de la elección entre disciplina y tratamiento

Una de las decisiones más difíciles para una empresa es cuándo debe adoptar medidas disciplinarias como respuesta a un incidente relacionado con el consumo de alcohol o drogas en el trabajo; cuándo la respuesta correcta es ofrecer asesoramiento, tratamiento y rehabilitación; y en qué circunstancias debe emprender simultáneamente ambas acciones (tanto disciplina como tratamiento). Este tema plantea la pregunta de si el consumo de alcohol y drogas es por su naturaleza una conducta o una enfermedad. Nuestra opinión es que el consumo de alcohol y drogas es esencialmente una conducta, pero que el consumo prolongado de cantidades excesivas de estas sustancias produce una dependencia que puede considerarse una enfermedad.

Desde el punto de vista de la empresa, lo verdaderamente importante es la conducta del trabajador; es decir, su rendimiento en el trabajo. Una empresa tiene derecho a imponer sanciones disciplinarias y ese derecho se convierte en una obligación cuando un comportamiento inadecuado de un trabajador puede repercutir en la seguridad, la salud y el bienestar económico de los demás. Trabajar bajo la influencia del alcohol o las drogas puede definirse como un comportamiento inadecuado y si la persona ocupa un puesto que requiere unas condiciones especiales de seguridad, esta situación puede definirse como una falta grave de conducta. Sin embargo, una persona que tiene problemas en el trabajo por el consumo de alcohol y drogas puede tener también un problema de salud.

En el caso de una conducta inadecuada provocada por el alcohol y las drogas, la empresa debe ofrecer ayuda al trabajador para determinar si se trata de un problema de salud. Si el trabajador rechaza esa oferta de ayuda, la empresa debe aplicar la sanción disciplinaria correspondiente. La decisión de rechazar una oferta de ayuda puede ser una decisión legítima del trabajador porque prefiera que la empresa no conozca sus problemas de salud o porque en realidad no sufra ningún problema de salud. Dependiendo de las circunstancias, la empresa puede imponer también una sanción disciplinaria.

Otra cosa sería la reacción de una empresa ante una falta grave de conducta relacionada con el consumo de alcohol o drogas cuando el puesto de trabajo que ocupa ese trabajador requiere unas condiciones especiales por motivos de seguridad. En este caso, la empresa tiene, por un lado, el deber moral de proteger la seguridad de los demás trabajadores y del público en general y, por otro, la obligación moral de ser justa con el trabajador en cuestión. En una situación así, la preocupación ética primordial de la empresa sería proteger la seguridad del público y retirar inmediatamente al trabajador de su puesto de trabajo. Incluso en el caso de despido por falta grave, la empresa debe ayudar al trabajador para que reciba la asistencia sanitaria adecuada.

Aspectos éticos de los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación

También pueden plantearse cuestiones éticas relacionadas con la ayuda que se ofrece a los trabajadores. El problema inicial que puede surgir es el de la evaluación y la remisión. Este tipo de servicios pueden ser prestados por el servicio de medicina de trabajo de la empresa, un profesional sanitario que trabaje en un programa de asistencia a los empleados o por el médico personal del trabajador. Si no existe ninguna de estas posibilidades, la empresa tendrá que encontrar a otros profesionales especializados en el asesoramiento, tratamiento y rehabilitación de los problemas derivados del consumo de alcohol y drogas y sugerir al trabajador que se ponga en contacto con alguno de ellos para que evalúe su estado y, en su caso, lo remita al especialista adecuado.

La empresa debe también intentar ayudar al trabajador durante todo el tiempo que esté de baja laboral para recibir tratamiento. En la medida de lo posible, la empresa debe poner a disposición del trabajador la posibilidad de una baja laboral remunerada y otro tipo de excedencias cuando su tratamiento exija hospitalización. Si el tratamiento ambulatorio del trabajador requiere la adaptación de su horario de trabajo o la reducción de su jornada, la empresa debe responder favorablemente a estas peticiones y realizar los ajustes necesarios, sobre todo porque el hecho de que la persona siga trabajando en la empresa se considera un factor positivo para su recuperación. La empresa debe también ofrecer apoyo y vigilar el rendimiento del trabajador. Si el medio ambiente de trabajo puede haber contribuido inicialmente al problema de alcohol o drogas, la empresa debe introducir los cambios necesarios en el lugar de trabajo. Si esto no es posible ni práctico, debe considerarse la posibilidad de transferir al trabajador a otro puesto de trabajo una vez realizada la readaptación profesional razonable y necesaria.

Una cuestión ética complicada es hasta qué punto la empresa debe seguir ayudando a un trabajador que se encuentra de baja por problemas de salud relacionados con el alcohol y las drogas y en qué momento debe despedirle por razones de salud. En principio, la empresa debe considerarlo como cualquier otro tipo de baja laboral por enfermedad y las mismas consideraciones que aplique a los otros despidos por motivos de salud deberá aplicarlas a los despidos causados por problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Por otra parte, las empresas no deben olvidar que puede producirse una recaída y que, de hecho, esta forma parte del proceso hacia una recuperación completa.

Aspectos éticos de la relación con consumidores de drogas ilegales

La empresa se enfrentará a decisiones éticas difíciles en su relación con un trabajador que consume, o ha consumido en el pasado, drogas ilegales. Por ejemplo, se ha planteado la cuestión de si una empresa debe despedir a un trabajador que está detenido o acusado de un delito relacionado con drogas ilegales. Si el delito es tan grave que la persona deba ingresar en prisión, es evidente que no podrá trabajar. Sin embargo, en muchos casos, los consumidores y pequeños traficantes, que venden sólo lo necesario para financiarse su propio hábito, obtienen libertad condicional o se les sanciona con una multa. En tal caso, la empresa no debería considerar otras sanciones disciplinarias o el despido del trabajador por su conducta fuera de las horas y los locales de trabajo. En algunos países, si la persona ha cumplido su condena o ha pagado la multa correspondiente, puede existir una barrera jurídica real contra la discriminación laboral de esa persona.

Otra cuestión que se plantea a veces es si un consumidor de drogas ilegales en el pasado o en el presente debe ser objeto de discriminación laboral por parte de las empresas. Se dice que la respuesta ética debe ser que los consumidores de drogas ilegales en el pasado o en el presente no sean objeto de discriminación si el consumo tiene lugar fuera de las horas de trabajo y fuera del lugar de trabajo. En este sentido, la empresa debe estar dispuesta a realizar los ajustes necesarios para adaptar el trabajo al consumidor actual de drogas ilegales que está de baja para recibir asesoramiento, tratamiento o rehabilitación. Esta postura se recoge en la ley federal canadiense sobre los derechos humanos, que prohíbe la discriminación laboral por motivos de discapacidad y califica como tal la dependencia del alcohol y las drogas. También la legislación laboral francesa prohíbe la discriminación laboral por motivos de salud o discapacidad, a no ser que el médico determine que la persona está incapacitada para

trabajar. En cambio, la legislación de Estados Unidos protege de la discriminación a los que han consumido drogas en el pasado, pero no a los que las consumen en el presente.

En principio, si una empresa observa que un candidato a un puesto de trabajo o un trabajador consume, o se sospecha que consume, drogas fuera de las horas de trabajo y del lugar de trabajo, y el consumo no afecta materialmente al funcionamiento de la empresa, no tiene la obligación de informar a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Según las disposiciones legales estadounidenses que exigen a los organismos públicos que realicen pruebas para detectar el consumo de drogas, los candidatos a un puesto de trabajo y los trabajadores que obtengan resultados positivos en dichas pruebas no deben ser denunciados a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley.

Si, por otro lado, un trabajador realiza actividades relacionadas con drogas ilegales dentro del horario y lugar de trabajo, la empresa tiene la obligación moral de aplicar sanciones disciplinarias, denunciar el caso a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley o ambas cosas.

Una consideración importante que la empresa debe tener presente es la confidencialidad. La empresa puede enterarse de que un aspirante a un puesto de trabajo o un trabajador consume drogas ilegales porque la persona en cuestión decida revelar esa información por razones de salud, por ejemplo, para facilitar ajustes en su trabajo durante el proceso de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación. La empresa tiene una clara obligación moral, y a menudo jurídica, de mantener cualquier información de esa naturaleza estrictamente confidencial. Dicha información no debe ser revelada ni a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley ni a nadie más sin el expreso consentimiento de la persona afectada.

En muchos casos, la empresa puede no ser consciente de que el trabajador consume drogas ilegales, pero el servicio de salud de la empresa puede saberlo por los reconocimientos que realiza al trabajador para determinar su capacidad física para el trabajo. El profesional de la salud tiene el deber moral de mantener la confidencialidad de la información sobre la salud de su paciente. En una situación así, el servicio de salud en el trabajo sólo tiene que informar a la empresa de si el trabajador está o no capacitado desde el punto de vista médico, para realizar su trabajo (o lo está con ciertas reservas), pero no está obligado a revelar la naturaleza del problema a la empresa o a un tercero, por ejemplo, a las autoridades judiciales.

Otras cuestiones éticas

Sensibilidad hacia el medio ambiente de trabajo

Normalmente, las empresas están obligadas por ley a proporcionar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable. La propia empresa es la que decide la manera de aplicar este requisito al contexto del alcohol y las drogas. Los representantes de los trabajadores alegan que muchos de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas se producen principalmente como consecuencia de factores relacionados con el trabajo, por ejemplo, largas jornadas de trabajo, trabajo aislado, trabajo nocturno, trabajo monótono o sin contenido, malas relaciones en el trabajo (con jefes o compañeros), inseguridad laboral, trabajo mal retribuido, tareas sometidas a una gran presión y de poca importancia y otras circunstancias que provocan estrés. Otros factores, como el fácil acceso al alcohol y a las drogas y ciertos hábitos culturales que fomentan al consumo de alcohol dentro y fuera del trabajo, también pueden dar lugar a problemas de abuso de sustancias. Las empresas deben tener en cuenta todos estos factores y adoptar las medidas oportunas.

Restricciones al consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo

Existe un amplio consenso en el sentido de que el alcohol y las drogas no deben consumirse durante las horas de trabajo, sea cual sea la profesión. No obstante, la cuestión más delicada es si una empresa debe prohibir o restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas, por ejemplo, en su cafetería o comedor. Los puristas dirían que la manera correcta de actuar sería la prohibición absoluta, que la disponibilidad de bebidas alcohólicas dentro de la empresa puede fomentar el consumo de alcohol en trabajadores que normalmente no lo beberían y que incluso el consumo de pequeñas cantidades de alcohol puede tener efectos negativos sobre la salud. Los liberales dirían que ese tipo de restricciones sobre una actividad legal son injustificables; que durante los descansos para comer, los trabajadores tienen derecho a relajarse y a consumir bebidas alcohólicas con moderación, si así lo desean.

Sin embargo, la respuesta ética adecuada se encuentra entre estos dos extremos y depende mucho de los factores sociales y culturales y también de las circunstancias laborales. En algunas culturas, beber forma parte de la vida social y profesional hasta tal punto que las empresas han observado que es mejor permitir el consumo de ciertas bebidas alcohólicas durante la hora de las comidas que prohibirlo. La prohibición puede hacer que los trabajadores abandonen las instalaciones de la empresa para acudir a bares o "pubs", lugares en donde probablemente consumirán más cantidad de alcohol. El resultado puede ser un mayor consumo de alcohol, o el consumo de licores en lugar de cerveza o vino. En otras culturas en las que el consumo de bebidas alcohólicas no constituye una característica tan integrada en la vida social o profesional, la prohibición de consumir cualquier tipo de bebida alcohólica en las instalaciones de la empresa podría aceptarse sin problemas, sin tener resultados contraproducentes en términos del consumo fuera del lugar de trabajo.

Prevención a través de programas de información, educación y formación

La prevención es probablemente el componente más importante de cualquier política sobre el consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Aunque las personas con este tipo de problemas merecen desde luego una especial atención y tratamiento, la mayoría de los trabajadores beben con moderación y consumen drogas legales, como tranquilizantes, para superar sus problemas. Puesto que estos últimos representan la mayoría, un cambio en su conducta, aunque pequeño, puede tener una gran repercusión en el número de accidentes laborales, la productividad, el absentismo y la impuntualidad.

Algunos ponen en duda que el lugar de trabajo sea el sitio más adecuado para desarrollar actividades preventivas mediante programas de información, educación y formación, ya que las actividades preventivas enfocan los riesgos para la salud relacionados con el consumo de alcohol y drogas principalmente desde la perspectiva de la salud pública y están dirigidas a un público de trabajadores que dependen económicamente de su empresa. La respuesta a estas dudas es que estos programas facilitan también información valiosa y útil sobre los peligros y consecuencias del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo; que el lugar de trabajo es quizás la parte más estructurada del entorno cotidiano de una persona y, por tanto, puede ser el foro adecuado para facilitar información sobre la salud, y que las campañas de salud pública no suelen resultar ofensivas para los trabajadores, sobre todo cuando recurren a la persuasión y no a la coacción para modificar conductas o estilos de vida.

Aunque las empresas deben reconocer que estos programas de salud pública tienen una orientación más persuasiva que coactiva, la decisión ética adecuada consiste en introducir y respaldar estos programas no solamente por los beneficios

económicos que puede obtener la empresa al reducirse los problemas de alcohol y drogas, sino también por el bienestar general de los trabajadores.

También habría que señalar que los trabajadores tienen responsabilidades éticas con respecto al consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, entre ellas la obligación de mantenerse en condiciones de trabajar y abstenerse del consumo de drogas y alcohol inmediatamente antes o durante el trabajo, así como la obligación de evitar el consumo de ciertas sustancias cuando el trabajo que se realiza requiere unas condiciones especiales por motivos de seguridad. Otros preceptos éticos serían la obligación de ayudar a los compañeros con problemas de alcohol y drogas y de crear un ambiente de trabajo que ofrezca apoyo y amistad a los que están intentando superar ese problema. Los trabajadores deben apoyar las medidas razonables que adopte la empresa para promover la seguridad y la salud en el lugar de trabajo. Sin embargo, los trabajadores no están obligados a aceptar una intromisión en su vida privada cuando no exista una clara justificación relacionada con el trabajo o cuando las medidas adoptadas por la empresa sean desproporcionadas para el fin que pretende conseguir.

En 1995, una reunión internacional de expertos de la OIT, constituida por 21 expertos procedentes de gobiernos, grupos de empresarios y organizaciones de trabajadores, adoptaron un código de conducta para el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. En este código se plantean muchas de las consideraciones éticas que deben analizarse cuando se plantean este tipo de problemas. El código es especialmente útil como referencia porque también ofrece recomendaciones prácticas sobre el tratamiento de los posibles problemas relacionados con el alcohol y las drogas que pueden surgir en el contexto laboral.

CODIGO DEONTOLOGICO INTERNACIONAL PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL TRABAJO

Comisión Internacional de Medicina del Trabajo

Introducción

Algunos países han adoptado en los últimos diez años códigos deontológicos para los profesionales de la salud en el trabajo, además de los códigos deontológicos para los médicos. Existen varias razones de este creciente interés por la ética en la medicina del trabajo, tanto a escala nacional como internacional.

Una de ellas es que cada vez se reconocen más las responsabilidades complejas y a menudo contrapuestas de los profesionales de la seguridad y la salud en el trabajo hacia los trabajadores, las empresas, la sociedad, las autoridades competentes y otros organismos (autoridades sanitarias, laborales, judiciales y de seguridad social). Otra de las razones es el aumento del número de profesionales de la seguridad y la salud en el trabajo, como resultado de la creación, obligatoria o voluntaria, de los servicios de medicina del trabajo. Un tercer factor es la adopción de un enfoque interdisciplinario e intersectorial de la salud en el trabajo, que implica la creciente participación de especialistas de diversas profesiones en los servicios de medicina del trabajo.

A los efectos de este código, el término "profesionales de la salud en el trabajo" engloba a todas aquellas personas que, por su profesión, desarrollan actividades relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo, prestan servicios de medicina del

trabajo o están implicadas en el ejercicio de la medicina del trabajo aunque sólo sea de manera ocasional. Existen numerosas disciplinas relacionadas con la salud en el trabajo, ya que ésta constituye un plano de contacto entre la tecnología y la salud que engloba aspectos técnicos, médicos, sociales y jurídicos. Entre los profesionales de la salud en el trabajo figuran médicos y personal de enfermería, inspectores de fábricas, higienistas industriales, psicólogos del trabajo y especialistas en ergonomía, prevención de accidentes, mejora del medio ambiente de trabajo e investigación sobre la seguridad y la salud en el trabajo. La tendencia consiste en utilizar las competencias de estos profesionales de la salud en el trabajo en el marco de un enfoque interdisciplinario que algunas veces puede adoptar la forma de un equipo interdisciplinario.

Muchos otros profesionales de disciplinas como la química, la toxicología, la ingeniería, la protección frente a las radiaciones, la epidemiología, la salud ambiental, la sociología aplicada y la educación sanitaria pueden también participar de una forma u otra en las actividades relacionadas con la salud en el trabajo. También los funcionarios de los organismos públicos competentes, las empresas, los trabajadores y sus representantes y el personal de primeros auxilios desempeñan una función esencial e incluso pueden ser directamente responsables de la aplicación de las políticas y programas de salud en el trabajo, aunque por su profesión no sean especialistas en este campo. Finalmente, muchos otros profesionales, como abogados, arquitectos, fabricantes, ingenieros, expertos en cuestiones laborales, especialistas en la organización del trabajo, profesores de escuelas técnicas, universidades y otras instituciones, así como profesionales de los medios de comunicación, pueden desempeñar una función importante para mejorar el medio ambiente y las condiciones de trabajo.

El objetivo de la medicina del trabajo es proteger la salud de los trabajadores y promover la creación y el mantenimiento de un medio ambiente de trabajo seguro y saludable, así como promover la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores teniendo en cuenta su estado de salud. Los grupos más vulnerables y las poblaciones activas más desfavorecidas deben recibir una clara prioridad. La medicina del trabajo es esencialmente preventiva y debe ayudar a los trabajadores, individual y colectivamente, a proteger su salud en el trabajo. Por consiguiente, debe también ayudar a las empresas a garantizar unas condiciones y un medio ambiente de trabajo seguros y saludables, aspectos que constituyen los criterios de una gestión eficiente y que deben encontrarse siempre en las empresas correctamente gestionadas.

El campo de la medicina del trabajo es extenso y abarca la prevención de todos los problemas de salud que se originan en el trabajo, lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, entre ellas las enfermedades profesionales, así como todos los aspectos referentes a las interacciones entre trabajo y salud. Los profesionales de la salud en el trabajo deben participar, siempre que sea posible, en el diseño de equipos, métodos y procedimientos para garantizar la seguridad y la salud en el trabajo, así como promover la participación de los trabajadores en estas actividades. Los profesionales de la salud en el trabajo tienen que desempeñar un papel importante en la promoción de la salud de los trabajadores y deben ayudarles a obtener y mantener su empleo a pesar de los problemas de salud o discapacidades que puedan sufrir. El término "trabajadores" se utiliza aquí en el sentido amplio de la palabra y abarca a todos los trabajadores, entre ellos los directivos y los trabajadores autónomos.

El enfoque de la medicina del trabajo es interdisciplinario e interprofesional. Estos profesionales tienen que asumir numerosas obligaciones y establecer relaciones complejas. Por lo

tanto, es importante definir la función que llevan a cabo los profesionales de la salud en el trabajo y su relación con otros profesionales y con los interlocutores sociales en la esfera de la política y el desarrollo económico, social y sanitario. Para ello, es necesario establecer con claridad los principios éticos para los profesionales de la salud en el trabajo y las normas de su conducta profesional.

En general, las disposiciones legales definen los deberes y las obligaciones de estos profesionales. Las empresas son responsables de la salud y la seguridad de sus trabajadores. Cada profesión tiene sus responsabilidades que están relacionadas con la naturaleza de sus obligaciones. Cuando se adopta un enfoque interdisciplinario en el que especialistas de distintas profesiones trabajan juntos, es importante que todos ellos se basen en unos principios éticos comunes y que conozcan las obligaciones, las responsabilidades y las normas profesionales de los demás. Los aspectos éticos requieren una atención especial, sobre todo cuando existan derechos que entran en conflicto, como el derecho a la protección del empleo y el derecho a la protección de la salud, el derecho a la información y el derecho a la confidencialidad o los derechos individuales y los colectivos.

Las disposiciones legales definen algunos de los requisitos que deben cumplir los profesionales de la salud en el trabajo y los servicios de medicina del trabajo. Uno de los requisitos básicos para una buena práctica de la medicina del trabajo es la plena independencia profesional, lo que quiere decir que los profesionales de la salud en el trabajo deben disfrutar de independencia en el ejercicio de sus funciones para poder emitir juicios y dar consejos sobre la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores de acuerdo con sus conocimientos y su experiencia.

Existen unos requisitos básicos para una práctica aceptable de la medicina del trabajo. Algunas de estas normas de conducta se establecen en la legislación nacional e incluyen, en particular, el libre acceso al lugar de trabajo, la posibilidad de tomar muestras y evaluar el medio ambiente de trabajo, realizar análisis de los puestos de trabajo y participar en las investigaciones después de un accidente, así como la posibilidad de consultar a las autoridades competentes sobre la aplicación de las normas de seguridad y salud en el trabajo. Los profesionales de la salud en el trabajo deben tener asignado un presupuesto que les permita desempeñar sus funciones de acuerdo con unas prácticas correctas y el máximo nivel de profesionalidad. Estos recursos deben consistir en personal adecuado, formación y readaptación profesional, apoyo y acceso a información relevante y al nivel jerárquico adecuado.

Este código establece los principios éticos para el ejercicio de la medicina del trabajo. Los códigos deontológicos nacionales o las directrices para profesiones específicas pueden facilitar información más detallada sobre una serie de aspectos concretos. Al final de este documento se citan varios documentos sobre la ética en la medicina del trabajo. Las disposiciones de este código pretenden servir de orientación a todos aquellos que realizan actividades relacionadas con la salud en el trabajo y que colaboran para mejorar el medio ambiente y las condiciones de trabajo. Su propósito es contribuir, en lo que respecta a la ética y la conducta profesional, al establecimiento de unas normas comunes para el trabajo en equipo y el enfoque interdisciplinario de la medicina del trabajo.

La decisión de elaborar este código deontológico se adoptó en el Consejo de la CIMT celebrado en Sydney en 1987. Los miembros del Consejo recibieron un borrador en Montreal y a finales de 1990 y principios de 1991 se llevó a cabo un proceso de consultas. El Código deontológico para los profesionales de la salud en el trabajo de la CIMT fue aprobado por el Consejo el 29 de noviembre de 1991. Este documento será sometido a revisiones periódicas. Cualquier comentario que desee realizarse

para mejorar su contenido puede remitirse al Secretario General de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo.

Principios básicos

Los tres apartados siguientes resumen los principios éticos en los que se basa el *Código deontológico internacional para los profesionales de salud en el trabajo*, elaborado por la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (CIMT):

El ejercicio de la medicina del trabajo debe ajustarse a las normas profesionales y los principios éticos más estrictos. Los profesionales de salud en el trabajo deben contribuir a mantener la salud y el bienestar social de los trabajadores, individual y colectivamente. Asimismo, deben contribuir a proteger la salud del medio ambiente y de la sociedad en general.

Los profesionales de la salud en el trabajo tienen la *obligación de proteger la vida y la salud de los trabajadores*, respetando la dignidad humana y fomentando los principios éticos más elevados en las políticas y los programas para promover la salud en el trabajo. La integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos médicos y de la intimidad de los trabajadores forman parte de estas obligaciones.

Los *profesionales de la salud en el trabajo* son expertos que deben disfrutar de plena independencia profesional en el ejercicio de sus funciones. Deben adquirir y mantener las competencias necesarias para asumir sus obligaciones y exigir las condiciones que les permitan llevar a cabo sus tareas de acuerdo con la buena práctica y la ética profesional.

Deberes y obligaciones de los profesionales de la salud en el trabajo

1. El objetivo principal de la medicina del trabajo es proteger la salud de los trabajadores y promover un medio ambiente de trabajo seguro y saludable. Para alcanzar este objetivo, los profesionales de la salud en el trabajo deben utilizar métodos válidos para evaluar los riesgos, proponer medidas preventivas eficaces y vigilar su cumplimiento. Deben también asesorar a las empresas sobre el cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la seguridad y la salud en el trabajo y deben aconsejar con sinceridad a los trabajadores sobre la protección y la mejora de su salud en el trabajo. Los profesionales de la salud en el trabajo deben mantenerse en contacto directo con los comités de seguridad y salud, cuando existan.
2. Los profesionales de la salud en el trabajo deben esforzarse en todo momento por conocer a fondo el trabajo y el medio ambiente de trabajo, así como por mejorar sus competencias y permanecer bien informados sobre los conocimientos técnicos y científicos, los riesgos laborales y los medios más eficaces para eliminar o reducir los riesgos existentes. Siempre que sea posible, deben realizar visitas periódicas y rutinarias a los lugares de trabajo y consultar a los trabajadores, los técnicos y la dirección sobre el trabajo que se realiza.
3. Los profesionales de la salud en el trabajo deben aconsejar a la dirección y a los trabajadores sobre los factores que pueden afectar a la salud de los trabajadores. La evaluación de los riesgos profesionales debe servir para formular una política de seguridad y salud en el trabajo y un programa de prevención adaptado a las necesidades de la empresa. Los profesionales de la salud en el trabajo deben proponer esa política basándose en los conocimientos científicos y tecnológicos disponibles, así como en su conocimiento del medio ambiente de trabajo. Deben asesorar también sobre un programa de prevención adaptado a los riesgos presentes en el lugar de trabajo que incluya, en su caso, medidas para controlar y vigilar los peligros para la seguridad y la salud en el trabajo, así como para reducir sus consecuencias en caso de producirse un accidente.
4. Los profesionales de la salud en el trabajo deben centrarse en la rápida aplicación de medidas preventivas que sean sencillas, rentables, técnicamente adecuadas y de fácil aplicación. Mediante investigaciones posteriores, deberán comprobar la eficacia de estas medidas y, en caso necesario, recomendar una solución más adecuada. Si tienen dudas sobre la gravedad de un peligro profesional, deben adoptar inmediatamente medidas de precaución.
5. Si una empresa rechaza o no está dispuesta a adoptar las medidas adecuadas para eliminar un riesgo inaceptable o para poner remedio a una situación que representa un peligro para la salud o la seguridad, los profesionales de la salud en el trabajo deben dirigirse al directivo adecuado, a la mayor brevedad posible, para expresarle su preocupación e insistir en la necesidad de tener en cuenta los conocimientos científicos y de aplicar las normas vigentes para la protección de la salud, entre ellas los límites de exposición. Al mismo tiempo, deben recordar a la empresa su obligación de aplicar las leyes y reglamentos vigentes, así como de proteger la salud de sus trabajadores. Siempre que sea necesario, deben informar a los trabajadores afectados y a sus representantes y establecer contacto con las autoridades competentes.
6. Los profesionales de la salud en el trabajo deben informar a los trabajadores sobre los peligros a los que pueden estar expuestos en el trabajo, con objetividad y prudencia, sin ocultar ningún dato y haciendo hincapié en las medidas preventivas. Deben colaborar con la empresa y ayudarle a asumir su responsabilidad de proporcionar a los directivos y a los trabajadores formación e información adecuada en materia de salud y seguridad y del nivel conocido de certidumbre con relación a los peligros cuya existencia se sospecha en el lugar de trabajo.
7. Los profesionales de la salud en el trabajo no deben revelar secretos industriales o comerciales que puedan llegar a conocer durante el ejercicio de sus funciones. Sin embargo, no deben ocultar la información necesaria para proteger la seguridad y la salud de los trabajadores o de la sociedad en general. Cuando sea necesario, deberán consultar a las autoridades competentes encargadas de vigilar la correcta aplicación de la legislación vigente.
8. Los profesionales de la salud deben definir claramente los objetivos y los procedimientos para la vigilancia de la salud, informando de ello a los trabajadores. Los profesionales designados por las autoridades competentes deben evaluar la validez de la vigilancia, que siempre se llevará a cabo con el consentimiento de los trabajadores. Las posibles consecuencias positivas o negativas de la participación en los programas de exploración selectiva o de vigilancia de la salud deben analizarse con los trabajadores a los que conciernen.
9. Los resultados de las exploraciones realizadas en el marco de la vigilancia de la salud deben ser notificados al trabajador al que se refieren. La determinación de la capacidad física para el trabajo debe basarse en la evaluación de la salud del trabajador y en un profundo conocimiento de las exigencias del puesto y del lugar de trabajo. Los trabajadores deben ser informados de la posibilidad de expresar su desacuerdo con las conclusiones acerca de su capacidad física para el trabajo si piensan que están en contra de sus intereses, para lo cual debe existir un procedimiento de apelación.
10. La dirección sólo debe ser informada de los resultados de las exploraciones impuesta por leyes o reglamentos nacionales en lo que se refiere a la capacidad física para realizar el trabajo asignado o las limitaciones necesarias desde el punto de vista médico en la asignación de las tareas o la exposición a

peligros profesionales. Siempre que se obtenga el consentimiento del trabajador en cuestión, se podrá facilitar información general sobre su capacidad física para el trabajo, su estado de salud o los efectos posibles o probables de los riesgos profesionales.

11. Cuando el estado de salud del trabajador y la naturaleza de las tareas que realiza sean tales que puedan poner en peligro la seguridad de los demás, el trabajador debe ser claramente informado de la situación. En el caso de una situación especialmente peligrosa, la dirección y, cuando así lo exija la legislación nacional, las autoridades competentes, deberán ser informadas sobre las medidas necesarias para proteger a otras personas.
 12. Las pruebas biológicas y otras investigaciones deben seleccionarse en función de su validez para proteger la salud del trabajador en cuestión, teniendo en cuenta su sensibilidad, su especificidad y su valor predictivo. Los profesionales de la salud en el trabajo no deben utilizar pruebas de cribaje o investigaciones que no sean fiables o que no tengan suficiente valor predictivo del cumplimiento de los requisitos del puesto de trabajo. Cuando existe la posibilidad de elegir entre varias alternativas, siempre debe darse prioridad a los métodos y exploraciones que no sean invasivos y que no representen ningún peligro para la salud del trabajador en cuestión. Una investigación invasiva o una exploración que suponga un riesgo para la salud del trabajador sólo podrá recomendarse una vez sopesados sus beneficios y riesgos y en ningún caso podrá justificarse para reclamar las prestaciones de un seguro. Este tipo de investigaciones exigen el consentimiento informado del trabajador y deben realizarse cumpliendo las normas profesionales más estrictas.
 13. Los profesionales de la salud en el trabajo pueden contribuir a la salud pública de distintas formas, en particular a través de su participación en la formación, la promoción y la vigilancia de la salud. Deben intentar que las empresas y los trabajadores participen en el diseño y la aplicación de estos programas. Deben también proteger la confidencialidad de los datos personales sobre la salud de los trabajadores.
 14. Los profesionales de la salud en el trabajo deben ser conscientes de la importancia de la labor que desarrollan para proteger a la comunidad y al medio ambiente. Deben iniciar y participar, según sea conveniente, en la identificación, la evaluación, y el asesoramiento sobre la prevención de peligros ambientales originados por las operaciones o los procesos que se realizan en la empresa.
 15. Los profesionales de la salud en el trabajo deben informar con objetividad a la comunidad científica de los peligros nuevos o sospechados en el trabajo y de los correspondientes métodos preventivos. Cuando participen en investigaciones, deberán diseñar y desarrollar sus actividades sobre una base científica sólida, con plena independencia profesional y respetando los principios éticos del trabajo de investigación y de la investigación médica, entre ellos la necesidad de una evaluación por parte de un comité de ética independiente.
2. Los profesionales de la salud en el trabajo deben mantener su plena independencia y respetar las normas de confidencialidad en el ejercicio de sus funciones. No deben permitir, bajo ninguna circunstancia, que sus juicios y declaraciones se vean influidos por conflictos de intereses, especialmente cuando asesoren a la empresa, a los trabajadores o a sus representantes sobre los riesgos y situaciones en el trabajo que puedan representar un peligro evidente para la seguridad y la salud.
 3. Los profesionales de la salud en el trabajo deben establecer una relación de confianza y equidad con las personas a las que prestan sus servicios. Todos los trabajadores deben ser tratados de manera equitativa, sin ningún tipo de discriminación por razón de edad, sexo, posición social, raza, opiniones ideológicas o religiosas, naturaleza de la enfermedad o razón que haya motivado la consulta. Se debe establecer y mantener un canal fluido de comunicación entre los profesionales de la salud en el trabajo y el consejo de administración de la empresa o los altos cargos responsables de las decisiones al más alto nivel sobre las condiciones y la organización del trabajo y del medio ambiente de trabajo.
 4. Los profesionales de la salud en el trabajo deben solicitar, en la medida de lo posible, que se incorpore una cláusula sobre la ética en su contrato de trabajo. Esta cláusula debe contemplar el derecho de los especialistas de la salud en el trabajo a aplicar las normas y los principios éticos de su profesión. No deben aceptar condiciones que les impidan desempeñar sus funciones de acuerdo con las normas profesionales y los principios éticos establecidos. En particular, los contratos de trabajo deben indicar la posición contractual jurídica y ética en materia de conflictos, acceso a registros y confidencialidad y no deben contener disposiciones que puedan restringir su independencia profesional. En caso de duda, deberá recurrirse a las autoridades competentes para analizar las condiciones del contrato.
 5. Los profesionales de la salud en el trabajo deben mantener registros exactos y confidenciales que les permitan identificar los problemas de salud en el trabajo en la empresa. Estos registros incluyen datos sobre la vigilancia del medio ambiente de trabajo, datos personales, como experiencia laboral previa, y datos relacionados con la salud, como historia de exposiciones en el pasado, resultados de la vigilancia personal de la exposición a peligros profesionales y certificados de capacidad física para el trabajo. Los trabajadores deben tener acceso a sus propios expedientes.
 6. Los datos médicos de los trabajadores y los resultados de las investigaciones médicas deben archivar en registros médicos confidenciales y conservarse en un lugar seguro bajo la responsabilidad del médico de empresa o del profesional de la enfermería del trabajo. El acceso a las historias clínicas, su transmisión y la publicación o uso de la información que contienen están sujetos a las leyes y reglamentos nacionales y a los códigos deontológicos nacionales de medicina.
 7. Siempre que la identificación individual no sea posible, se podrán facilitar los datos agregados de grupos de trabajadores a la dirección, a los representantes de los trabajadores o a los comités de seguridad y salud, cuando existan, para ayudarles a cumplir sus obligaciones en materia de protección de la salud y la seguridad de los grupos de trabajadores expuestos. Las autoridades competentes deberán ser informadas sobre las lesiones y enfermedades profesionales según exijan las leyes y reglamentos nacionales.
 8. Los profesionales de la salud en el trabajo no deben solicitar información personal que no sea pertinente para la protección de la salud de los trabajadores en el trabajo. Sin embargo, el médico de empresa puede solicitar información o datos médicos adicionales al médico personal del trabajador

Requisitos para el ejercicio de las funciones de los profesionales de la salud en el trabajo

1. Los profesionales de la salud en el trabajo deben actuar siempre, como cuestión prioritaria, en beneficio de la seguridad y la salud de los trabajadores. Deben basar sus decisiones en sus conocimientos científicos y sus competencias técnicas, solicitando consejo a expertos especialistas cuando lo consideren necesario. Deben evitar cualquier juicio, consejo o actividad que pueda dañar la confianza en su integridad e imparcialidad.

o al personal médico de un hospital, con el consentimiento informado del trabajador, a fin de proteger su salud. Cuando lo haga, deberá informar al médico personal del trabajador o al personal médico del hospital de las razones por las que solicita dicha información. Con el consentimiento del trabajador, el medico de empresa o el profesional de la enfermería del trabajo pueden, en caso de que sea necesario, facilitar al médico personal del trabajador datos médicos relevantes, así como informarle de los peligros, las exposiciones profesionales y los requisitos del trabajo que constituyen un riesgo especial en vista del estado de salud del trabajador.

9. Los profesionales de la salud en el trabajo deben colaborar con otros profesionales sanitarios para proteger la confidencialidad de los datos médicos y sobre la salud de los trabajadores. Cuando existan problemas de especial importancia, deberán informar a las autoridades competentes de los procedimientos y prácticas vigentes que, en su opinión, incumplan los principios éticos. Esto afecta sobre todo a la confidencialidad de los datos médicos, incluidos los comentarios verbales,

la conservación de archivos y la protección de la confidencialidad durante el registro y el uso de la información almacenada en ordenador.

10. Los profesionales de la salud en el trabajo deben procurar que las empresas, los trabajadores y sus representantes sean conscientes de su necesidad de plena independencia profesional y deben evitar cualquier interferencia con la confidencialidad médica para respetar la dignidad humana y ejercer con mayor eficacia su profesión.
11. Los profesionales de la salud en el trabajo deben buscar el apoyo de las empresas, los trabajadores y sus organizaciones, así como de las autoridades competentes, para aplicar las normas éticas más estrictas en el ejercicio de la medicina del trabajo. Deben aplicar un programa de auditoría profesional de sus propias actividades, con objeto de garantizar que se han establecido las normas adecuadas, que éstas se cumplen y que las deficiencias, en caso de existir, se detectan y corrigen.

(Este artículo se ha reproducido del código publicado por la CIMT).

Referencias

- Ad hoc Committee on Medical Ethics (AC of P). 1984. Position paper. American College of Physicians ethics manual. Part I. History of medical ethics, the physician and the patient, the physician's relationship to other physicians, the physician and society. *Ann Intern Med* 101:129-137.
- American College of Occupational and Environmental Medicine. 1994. Code of ethical conduct. *J Occup Med* 29:28.
- American Occupational Medical Association (AOMA). 1986. Drug screening in the workplace: Ethical guidelines. *J Occup Med* 28(12):1240-1241.
- Andersen, D, L Attrup, N Axelsen, P Riis. 1992. Scientific dishonesty and good scientific practice. *Danish Med Res Coun*:126.
- Ashford, NA. 1986. Medical screening in the workplace: Legal and ethical considerations. *Sem Occup Med* 1:67-79.
- Beauchamp, TL, RR Cook, WE Fayerweather, GK Raabe, WE Thar, SR Cowles, GH Spivey. 1991. Ethical guidelines for epidemiologists. *J Clin Epidemiol* 44 Supl. 1:151S-169S.
- Brieger, GH, AM Capron, C Fried, MS Frankel. 1978. Human experimentation. En *Encyclopedia of Bioethics*, dirigido por WT Reich. Nueva York: Free Press.
- Broad, W, N Wade. 1982. *Betrayers of the Truth: Fraud and Deceit in the Halls of Science*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Chalk, R, MS Frankel, SB Chafer. 1980. *AAAS Professional Ethics Project: Professional Ethics Activities in the Scientific and Engineering Societies*. AAAS Publication 80-R-4. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science, Committee on Scientific Freedom and Responsibility.
- Chemical Manufacturers Association's Epidemiology Task Group. 1991. Guidelines for good epidemiology practices for occupational and environmental epidemiologic research. *J Occup Med* 33(12):1221-1229.
- Código Internacional de Etica Médica. 1983. Aprobado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Londres, 1949, modificado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sidney, 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, 1983.
- Cohen, KS. 1982. Professional liability in occupational health: Criminal and civil. En *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, dirigido por JS Lee y WN Rom. Ann Arbor, Michigan Ann Arbor Science Publishers.
- Comité Permanente de Médicos de la CEE. 1980. Carta sobre la salud en el trabajo. Documento núm. CP80/182. Aprobado en Bruselas, 1969, revisado en Copenhague, 1979, y en Dublín, 1980.
- Conrad, P. 1987. Wellness in the work place: Potentials and pitfalls of work-site health promotion. *Milbank Q* 65(2):255-275.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). 1991. *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies*. Ginebra: CIOMS.
- . 1993. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra: CIOMS.
- Coriel, P, JS Levin, EG Jaco. 1986. Lifestyle: An emergent concept in the social sciences. *Cult Med Psychiatry* 9:423-437.
- Coye, MJ. 1982. Ethical issues of occupational medicine research. En *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, dirigido por JS Lee y WN Rom. Ann Arbor, Michigan: Ann Arbor Science Publishers.
- Dale, ML. 1993. Integrity in science: Misconduct investigations in a US University. *J Expos Anal Environ Epidemiol* 3 Supl. 1:283-295.
- Declaración de Helsinki: Recomendaciones orientativas para los médicos que realicen investigación biomédica con sujetos humanos. 1975. Aprobada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Finlandia, 1964 y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, 1975.
- Einstein, A. 1949. Reply to criticisms. En *Albert Einstein: Philosopher-Scientist*, dirigido por Schlipp. La Salle: Open Court.
- Fawcett, E. 1993. Working group on ethical considerations in science and scholarship. *Account Res* 3:69-72.
- Fayerweather, WE, J Higginson, TC Beauchamp. 1991. Industrial epidemiology forum's conference on ethics in epidemiology. *J Clin Epidemiol* 44 Supl. 1:1-169.
- Frankel, MS. 1992. In the societies. Professional ethics report. *Newslett Am Assoc Adv Sci* 1:2-3.
- Ganster, D, B Mayes, W Sime, G Tharp. 1982. Managing organizational stress: A field experiment. *J Appl Psychol* 67:533-542.
- Gellermann, W, MS Frankel, RF Ladenson. 1990. *Values and Ethics in Organization and Human Systems Development: Responding to Dilemmas in Professional Life*. San Francisco: Josey-Bass.
- Gert, B. 1993. Defending irrationality and lists. *Ethics* 103(2):329-336.
- Gewirth, A. 1986. Human rights and the workplace. En *The Environment of the Workplace and Human Values*, dirigido por SW Samuels. Nueva York: Liss.
- Glick, JL, AE Shamood. 1993. A call for the development of "Good Research Practices" (GRP) guidelines. *Account Res* 2(3):231-235.
- Goldberg, LA, MR Greenberg. 1993. Ethical issues for industrial hygienists: Survey results and suggestions. *Am Ind Hyg Assoc J* 54(3):127-134.
- Goodman, KW. 1994a. *Case Presentation on Ethical Topics in Epidemiology*. American College of Epidemiology (marzo)
- . 1994b. *Review and Analysis of Key Documents on Ethics and Epidemiology*. American College of Epidemiology (marzo)
- Graebner, W. 1984. Doing the world's unhealthy work: The fiction of free choice. *Hastings Center Rep* 14:28-37.
- Grandjean, P, D Andersen. 1993. Scientific dishonesty: A Danish proposal for evaluation and prevention. *J Expos Anal Environ Epidemiol* 3 Supl. 1:265-270.
- Grandjean, P. 1991. Ethical aspects of genetic predisposition to disease. Capitulo 16 en *Ecogenetics: Genetic Predisposition to Toxic Effects of Chemicals*, dirigido por P Grandjean. Londres: Shapman & Hall.
- Greenberg, MR, J Martell. 1992. Ethical dilemmas and solutions for risk assessment scientists. *J Expos Anal Environ Epidemiol* 2(4):381-389.
- Guidotti, TL, JWF Cowell, GG Jamieson, AL Engelberg. 1989. Ethics in occupational medicine. Capitulo 4 en *Occupational Health Services: A Practical Approach*. Chicago: American Medical Association.
- Hall, WD. 1993. *Making the Right Decision: Ethics for Managers*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Instituto Internacional de Estadística. 1986. Declaration on professional ethics. *Int Stat Rev* 54:227-242.
- Johnson, OA. 1965. *Ethics: Selections from Classical and Contemporary Writers*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Jowell, R. 1986. The codification of statistical ethics. *J Official Stat* 2(3):217-253.
- LaDou, J. 1986. *Introduction to Occupational Health and Safety*. Chicago: National Safety Council.

- Lemen, RA, E Bingham. 1994. A case study in avoiding a deadly legacy in developing countries. *Toxicol Ind Health* 10(1/2):59-87.
- Levine, CA. 1984. A cotton dust study unmasked. *Hastings Center Rep* 14:17.
- Maloney, DM. 1994. *Human Research Report*. Omaha, Nebraska: Deem Corp.
- Melden, AI. 1955. *Ethical Theories*. Nueva York: Prentice Hall.
- Mothershead, JL Jr. 1955. *Ethics, Modern Conceptions of the Principles of Right*. Nueva York: Holt.
- Murray, TH, R Bayer. 1984. Ethical issues in occupational health. En *Biomedical Ethics Reviews*, dirigido por JM Humber y RF Almeder. Clifton, Nueva Jersey: Humana Press.
- Nathan, PE. 1985. Johnson and Johnson's Live for Life: a comprehensive positive lifestyle change program. En *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, dirigido por JD Matarazzo, NE Miller, JA Herd y SM Weiss. Nueva York: Wiley.
- Needleman, HL, SK Geiger, R Frank. 1985. Lead and IQ scores: A reanalysis. *Science* 227:701-704.
- O'Brien, C. 1993. *Under the Influence? Drugs and the American Work Force*. Washington, DC: National Research Council.
- Office of Research Integrity (ORI). 1993. Findings of scientific misconduct. *Fed Reg* 58:117:33831.
- Office of Technology Assessment. 1983. *The Role of Genetic Testing in the Prevention of Occupational Disease*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Office of the Assistant Secretary for Health. 1992. *Guidelines for the Conduct of Research within the Public Health Service*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, PHS.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1996. *Management of Alcohol and Drug-related Issues in the Workplace*. Ginebra: OIT.
- Parasuramen, S, MA Cleek. 1984. Coping behaviours and managers' affective reactions to role stressors. *J Vocat Behav* 24:179-183.
- Pearlin, LI, C Schooler. 1978. The structure of coping. *J Health Soc Behav* (19):2-21.
- Pellegrino, ED, RM Veatch, JP Langan. 1991. *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*. Washington, DC: Georgetown Univ. Press.
- Planck, M. 1933. *Where is science going?* Woodbridge: Oxbow.
- Price, AR. 1993. The United States Government scientific misconduct regulations and the handling of issues related to research integrity. *J Expos Anal Environ Epidemiol* 3 Supl. 1:253-264.
- Ramazzeni, B. 1973. *De Morbis Artificum (Diseases of Workers)*. Nueva York: Hafner.
- Reed, RR. 1989. Responsibilities of awardee and applicant institutions for dealing with and reporting misconduct in science. *Fed Reg* 54(151):32446-32451.
- Rest, KM. 1995. Ethics in occupational and environmental health. Capítulo 12 en *Occupational Health - Recognizing and Preventing Work-Related Disease*, dirigido por BS Levy y DH Wegman. Boston: Little Brown & Co.
- Roman, P. 1981. *Prevention and Health Promotion Programming in Work Organizations*. DeKalb, Illinois: Univ. del Norte de Illinois.
- Roman, PM, TC Blum. 1987. Ethics in worksite health programming: Who is served? *Health Educ Q* 14(1):57-70.
- Royal College of Physicians of London. 1993a. *Guidance on Ethics for Occupational Physicians*. Londres: Royal College of Physicians.
- . 1993b. *Guidance on Ethics for Occupational Physicians*. Londres: Royal College of Physicians.
- Russel, E, C-G Westrin. 1992. Ethical issues in epidemiological research: Guidelines containing the minimum common standards of practice recommended for use by project leaders and participants in the operation of future concerted actions. En *Commission of the European Communities. Medicine and Health: COMAC Epidemiology*, dirigido por M Hallen y Vuylsteek. Luxemburgo: COMAC.
- Russell, B. 1903. *The Principles of Mathematics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Russell, B. 1979. What I believe. Capítulo 3 en *Why I Am not a Christian - and other Essays on Religion and Related Subjects*, dirigido por P Edwards. Londres: Unwin Paperbacks.
- Samuels, SW. 1992. Principles for ethical practice of environmental and occupational medicine. Capítulo 124 en *Environmental and Occupational Medicine*, dirigido por WN Rom. Boston: Little, Brown & Co.
- Seminario de la IEA sobre ética, política sanitaria y epidemiología. 1990. Proposed ethics guidelines for epidemiologists (Revised). *Am Publ Health Assoc Newslett (Epidemiol Sect)* (Invierno):4-6.
- Sharporn, DH. 1993. Integrity in science: Administrative, civil and criminal law in the USA. *J Expos Anal Environ Epidemiol* 3 Supl. 1:271-281.
- Soskolne, CL, DK Macfarlane. 1995. Scientific misconduct in epidemiologic research. En *Ethics and Epi-demiology*, dirigido por S Coughlin y T Beauchamp. Nueva York: Oxford Univ. Press.
- Soskolne, CL. 1985. Epidemiological research, interest groups, and the review process. *J Publ Health Policy* 6(2):173-184.
- . 1989. Epidemiology: Questions of science, ethics, morality and law. *Am J Epidemiol* 129(1):1-18.
- . 1991. Ethical decision-making in epidemiology: The case-study approach. *J Clin Epidemiol* 44 Supl. 1:1255-130S.
- . 1991/92. Rationalizing professional conduct: Ethics in disease control. *Publ Health Rev* 19:311-321.
- . 1993a. Introduction to misconduct in science and scientific duties. *J Expos Anal Environ Epidemiol* 3 Supl. 1:245-251.
- . 1993b. Questions from the delegates and answers by the panelists concerning "Ethics and Law in Environmental Epidemiology". *J Expos Anal Environ Epidemiol* 3 Supl. 1:297-319.
- Summers, C, CL Soskolne, C Gottlieb, E Fawcett, P McClusky. 1995. Do scientific and scholarly codes of ethics take social issues into account? *Account Res* 4:1-12.
- Susser, M. 1973. *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies of Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Swazey, JP, MS Anderson, LK Seashore. 1993. Encounters with ethical problems in graduate education: Highlights from national surveys of doctoral students and faculty. *Publ Am Assoc Adv Sci Scientific Free Resp Law Prog* V1(4 Otoño):1,7.
- Teich, AH, MS Frankel. 1992. *Good Science and Responsible Scientists: Meeting the Challenge of Fraud and Misconduct in Science*. Washington, DC. : American Association for the Advancement of Science.
- Vineis, P, CL Soskolne. 1993. Cancer risk assessment and management: An ethical perspective. *J Occup Med* 35(9):902-908.
- Woodger, JH. 1937. *The Axiomatic Method in Biology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yoder, JD. 1982. Ethical issues in industrial hygiene in the 1980s. En *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, dirigido por JS Lee y WN Rom. Ann Arbor, Michigan: Ann Arbor Science Publishers.

Otras lecturas recomendadas

- AAOHN Executive Committee. 1977. *Code of Ethics*. American Association of Occupational Health Nurses. Atlanta, Georgia: AAOHN.
- American Occupational Medical Association. 1976. Code of ethical conduct for physicians providing occupational medical services. *Am Occup Med Assoc* (23 de julio):1.
- American Society of Safety Engineers (ASSE). 1974. *Code of Ethics for the Safety Profession*. Des Plaines, Illinois: ASSE.
- Arnold, T. 1994. Women boycott U of C survey on breast implants: Funds come from manufacturer. *Edmonton Journal*, 19 de marzo, B4.
- Asociación Médica Mundial. 1983. *International Code of Medical Ethics*. Ferney-Voltaire, Francia: Asociación Médica Mundial.
- Australian College of Occupational Medicine. 1987. Ethics for occupational health physicians. Melbourne.
- Baram, MS. 1984. Charting the future course for corporate management of health risks. *Am J Public Health* 74:1163-1166.
- Barrell, J. 1988. Code of professional conduct. Institute for Occupational Safety and Health (IOSH). *Saf Practitioner*:31-32.
- Begley, S. 1992. Lead, lies and data tape. *Newsweek*, 16 de marzo, 62.
- Bernier, R. 1994. NIH actions against breast cancer researcher raise issues for epidemiologists. *New Epidemiol Mon* 15(4):1-2.
- Calabrese, EJ. 1978. *Methodological Approaches to Deriving Environmental and Occupational Health Standards*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Canadian Medical Association. 1988. *Provision of Occupational Health Services: A Guide for Physicians*. Ottawa: Canadian Medical Association.
- Castleman, BI, GE Ziem. 1988. Corporate influence on threshold limit values. *Am J Ind Med* 13(5): 531-559.
- Committee on Government Operations. 1990. *Are scientific misconduct and conflicts of interest hazardous to our health?* Noveno informe, 101º Congr., 2º Ses., H. Rept. 101-688.
- Conseil national de l'Ordre des Médecins. 1979. Code de déontologie médicale. Décret no. 79-506 du 28 juin 1979 portant Code de déontologie médicale (J.O. du 30 juin 1979) remplaçant le décret no. 55-1591 du 28 novembre 1955 modifié par le décret no. 77-638 du 21 juin 1977.
- Corbett, TH. 1982. Ethics and environmental health. En *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, dirigido por JS Lee y WN Rom. Ann Arbor, Michigan: Ann Arbor Science Publishers.
- Dawson, NJ. 1987. Ensuring scientific integrity (Carta). *Nature* 327 (18 de junio):550.
- Doll, R. 1985. Occupational cancer: A hazard for epidemiologists. *Int J Epidemiol* 14:22-31.
- Feinstein, AR. 1988. Fraud, distortion, delusion, and consensus: the problems of human and natural deception in epidemiologic science. *Am J Med* 84:475-478.
- Glazer, M. 1989. *The Whistleblowers: Exposing Corruption in Government and Industry*. Nueva York: Basic Books.
- Hammond, E, IJ Selikoff. 1979. Public control of environmental health hazards. *Ann NY Acad Sci* 329.
- Lord, MW. 1982. Keynote address: corporate ethics and environmental pollution. En *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, dirigido por JS Lee y WN Rom. Ann Arbor, Michigan: Ann Arbor Science Publishers.
- Lowrance, WW. 1976. *Of Acceptable Risk*. Los Altos, California: William Kaufmann.

- Lowy, FH, EM Meslin. 1993. Fraud in medical research. Capitulo 24 en *Textbook of Ethics in Pediatric Research*, dirigido por G Koren. Malabar, Florida: Kreiger.
- Mason, JO. 1992. Opportunity for a hearing on Office of Research Integrity scientific misconduct findings. *Federal Reg* 57(216):53125-53126.
- McCutchen, CW. 1991. Peer review: Treacherous servant, disastrous master. *Tech Rev* (octubre):28-40.
- Pellegrino, ED. 1992. Character and the ethical conduct of research. *Account Res* 2(1):1-11.
- Reece, RD, HA Siegel. 1986. *Studying People - A Primer in the Ethics of Social Research*. Macon, Georgia: Mercer Univ. Press.
- Royal College of Nursing. 1991. Professional practice and ethics for occupational health nurses. En *A Guide to an Occupational Health Service: A Handbook for Employers and Nurses*. Londres: Scutari Projects.
- Royal College of Physicians. 1986. *Guidance on Ethics for Occupational Physicians*. Londres: Royal College of Physicians.
- Shamoo, A, Z Annau. 1987. Ensuring scientific integrity (Carta). *Nature* 327 (18 de junio):550.
- Shamoo, AE, Z Annau. 1989. Data audit-Historical perspective. Capitulo 1 en *Principles of Research Data Audit*, dirigido por AE Shamoo. Newark, Nueva Jersey: Gordon & Breach.
- Shamoo, AE. 1991. Policies and quality assurance in the pharmaceutical industry. *Account Res* 1:273-284.
- Shapiro, IM. 1992. Speaking out: Petition for a colleague. *Almanac* (17 de marzo):3.
- Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. 1994. Integrity in Research and Scholarship: A Tri-Council Policy Statement. Ottawa: Medical Research Council of Canada.
- Spice, B. 1991. Pitt to review charges against lead researcher. *Pittsburgh Post Gazette*, 30 de diciembre, 4.
- Thilly, F. 1957. *A History of Philosophy*. Revisado por L Wood. Nueva York: Holt.
- Twedt, S. 1991. Pitt expert on toxic lead has research challenged. *The Pittsburgh Press*, 29 de diciembre, A1.
- Weiss, T. 1991. Too many scientists who 'blow the whistle' end up losing their jobs and careers. *Chron High Educ* (junio):A36.
- Westman, DP. 1991. *Whistleblowing: The Law of Retaliatory Discharge*. Rockville, MD: Bureau of National Affairs.
- Wohleber, C. 1992. OSI asks for internal inquiry. Needleman challenged again on landmark 1979 study of low-lead exposure's effects. *Univ Times*, 9 de enero, 4.
- Worksafe Australia. 1992. Guidelines on ethical aspects of OHS workplace research. *WSA Newslett* (junio):7.

