
Investigación en salud laboral

PID_00266279

Àlex Guerrero Roca

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



Àlex Guerrero Roca

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Javier Baraza (2019)

Primera edición: octubre 2019
© Àlex Guerrero Roca
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Campos de investigación en medicina del trabajo	7
2. Tipos de estudios epidemiológicos	9
2.1. Estudios científicos experimentales	9
2.2. Estudios científicos observacionales	10
2.2.1. Estudios descriptivos	10
2.2.2. Estudios analíticos	11
3. Grado de evidencia científica de las investigaciones	12
4. Criterios de validez y precisión en los estudios epidemiológicos	13
5. Vigilancia de la salud colectiva	14
5.1. Objetivos de la vigilancia de la salud colectiva	14
5.2. Características de la vigilancia de la salud colectiva	15
5.3. Claves para su implantación en la empresa	16
5.3.1. Identificación de las fuentes de datos de las que disponemos	17
5.3.2. Medición epidemiológica de los datos	17
5.3.3. Elaboración de indicadores para su seguimiento periódico	18
5.3.4. Difusión de la información epidemiológica	19
5.3.5. Planificación, implantación y evaluación de intervenciones preventivas en función de los resultados	19
Bibliografía	21

Introducción

A nivel general, la investigación surge de la necesidad de mejorar el conocimiento sobre una materia concreta. Pero para conseguir este objetivo, la investigación debe cumplir unos criterios rigurosos que no den lugar a falsas creencias y para ello, debe ser sistemática, reflexiva y crítica. Son los pilares del conocimiento generado por el método científico.

Dentro de las competencias del personal sanitario de la medicina del trabajo se incluye la investigación en salud laboral.

El objetivo de esta investigación, por las características propias de los lugares donde se desarrolla la medicina del trabajo, en pocas ocasiones será la realización de investigaciones puras las que amplíen el conocimiento teórico de una materia. En la mayoría de ocasiones se tratará de investigación aplicada, que aprovechará la información recogida en la realidad de las empresas para dar respuestas a problemáticas reales.

El entorno laboral cuenta con una gran ventaja respecto de otros colectivos médicos en relación a sus investigaciones. Dispone de una población relativamente estable de estudio (los trabajadores de una determinada empresa) que permite una observación prolongada de la exposición a determinados riesgos y sus efectos sobre la salud mediante el análisis de la vigilancia de la salud que se realiza de forma periódica. Esta es la principal razón para impulsar desde los servicios de prevención una vigilancia de la salud colectiva de calidad.

Objetivos

Los objetivos del presente módulos son los siguientes:

- 1.** Conocer las líneas de investigación de futuro en salud laboral.
- 2.** Diferenciar los diferentes tipos de estudios científicos existentes y el grado de evidencia científica que aportan.
- 3.** Conocer las características de una vigilancia de la salud colectiva de calidad.

1. Campos de investigación en medicina del trabajo

Existe un cambio de circunstancias en el campo de la medicina del trabajo relacionado con las mejoras preventivas, cambios legislativos y el desarrollo de nuevas tecnologías.

Se ha pasado de una práctica médica muy relacionada con la toxicología laboral, donde la problemática principal era la intoxicación y enfermedades profesionales producidas por agentes químicos, a un contexto diferente, donde priman las patologías derivadas de los factores psicosociales, el estrés y las lesiones musculoesqueléticas en el trabajo.

La investigación médica ha seguido la misma migración y actualmente los campos principales de investigación existentes son:

1) La influencia sobre la salud de los factores de riesgo psicosociales. El objetivo de esta investigación es establecer medidas preventivas adecuadas para poder reducir los daños a la salud que provocan los factores organizacionales en la empresa. En este sentido, una de las principales herramientas disponibles es la vigilancia epidemiológica de los trabajadores expuestos a esos riesgos para establecer una causa efecto entre la aparición de una patología y las condiciones de trabajo psicosociales.

2) Las enfermedades relacionadas con el trabajo. Como ya hemos visto, el trabajo de las personas es uno de los determinantes sociales de la salud. Las enfermedades relacionadas con el trabajo suelen tener un origen multicausal, pero es importante establecer qué grado de influencia tiene el componente laboral para poder influir mediante medidas en el puesto de trabajo y promover una mejora global de la salud de los trabajadores, tanto en el lugar de trabajo como fuera.

Como ejemplo, nos puede servir pensar en las enfermedades degenerativas osteomusculares crónicas. Pese a tener un componente genético, de hábitos (sedentarismo) o de actividades extralaborales, es indudable que una buena salud en el trabajo contribuirá notablemente en frenar su evolución y, por tanto, en aumentar el bienestar de los trabajadores afectados.

3) Las enfermedades biológicas emergentes. Fruto de la globalización, los viajes y las interacciones con personas de entornos remotos, se han presentado en nuestro país brotes epidémicos de enfermedades infecciosas inexistentes hasta el momento.

Los casos de la gripe aviar, de ébola o de gripe A han impulsado la investigación aplicada en el ámbito de la medicina del trabajo. Esta investigación se ha desarrollado tanto en las empresas con trabajadores desplazados a los países

con brotes activos, como en las empresas sanitarias que deben establecer protocolos para minimizar los contagios en los trabajadores de la salud implicados en el control y tratamiento de los enfermos.

4) La promoción de la salud en el trabajo. La promoción de la salud en el lugar de trabajo es un área en crecimiento en las empresas de nuestro entorno. Hasta ahora, gran parte de las medidas desarrolladas al respecto lo han sido de forma intuitiva, sin una evidencia clara de su efectividad. Es necesario, en un futuro, validar la efectividad de todas estas intervenciones valorando el impacto en la mejora de la salud de los trabajadores.

5) Envejecimiento saludable

Son muy importantes los desafíos demográficos a los que nos enfrentamos:

- Una baja tasa de natalidad que dificulta la renovación generacional de los trabajadores actuales.
- Un envejecimiento de la edad de la población trabajadora que conllevará un retraso paulatino de la edad de jubilación.

Por todo ello, son necesarias investigaciones que determinen los efectos del envejecimiento de las personas en su lugar de trabajo y validen la implantación de medidas preventivas que permitan desarrollar sus actividades laborales sin riesgo para su salud.

6) Otras condiciones laborales con riesgos emergentes para la salud, como el trabajo con nanopartículas o el teletrabajo

Como ejemplo de esta investigación aplicada en salud laboral, destacamos el manual del Envejecimiento activo en el sector de la construcción, publicado en 2019 por la Fundación Laboral de la Construcción:

<http://www.observatoriodelaconstruccion.com/uploads/media/aYY7nOqfFd.pdf>

2. Tipos de estudios epidemiológicos

La investigación forma parte inseparable del ámbito de las ciencias de la salud. Para llevarla a cabo se procede al desarrollo de estudios científicos que buscan validar una hipótesis.

Según su metodología, los estudios científicos se dividen en:

- **Estudios científicos experimentales.** En los que los investigadores dividen la población a estudio aleatoriamente y en una parte de ella realizan una intervención, pretendiendo así contrastar su efectividad.
- **Estudios científicos observacionales.** En los que los investigadores se limitan a observar condiciones variables o la evolución de alguna circunstancia. No existe ni distribución aleatoria de la población a estudio ni se realizan intervenciones específicas sobre ella.

2.1. Estudios científicos experimentales

Es el tipo de estudio que puede aportar un mayor grado de evidencia científica en sus resultados.

En el ejemplo más básico de este tipo de estudios, se elige una población (por ejemplo, pacientes con dolor de hombro que acuden a una consulta) y se divide en dos grupos de forma aleatorizada. En uno de los grupos, el investigador realizará una manipulación y se denominará «grupo intervención» (por ejemplo, administrar un determinado fármaco). En el segundo grupo no se realizará la intervención y se denominará «grupo control». El investigador comparará los resultados de las variables que determine entre ambos grupos para verificar la eficacia de la intervención.

El grado de calidad de la evidencia científica resultante dependerá de la calidad del diseño del estudio y, especialmente, del tamaño de la muestra de población estudiada. Cuantos más individuos se incluyan en el estudio, más variables podremos controlar y podremos afinar más en la relación clara de la intervención con el efecto deseado.

Ejemplo

Un ejemplo sencillo de estudio experimental sería la valoración de la eficacia del tratamiento rehabilitador en pacientes con dolor de hombro.

Para ello, el investigador se centrará en la población de pacientes tratados por esta patología en su hospital.

Dividirá de forma aleatoria a estos pacientes en dos grupos:

- El grupo intervención seguirá el mismo tratamiento farmacológico que hasta ahora y se sumarán sesiones de rehabilitación.
- El grupo control simplemente continuará con el tratamiento farmacológico (no realizará rehabilitación).

Al finalizar el estudio, el investigador comprobará si ha habido una mejora estadísticamente significativa en el grupo intervención respecto del grupo control en las variables que haya decidido, en este caso, la mejora del dolor.

Con este estudio de sencillo diseño, podrá inferir si es útil complementar el tratamiento de los pacientes con dolor de hombro mediante sesiones de rehabilitación.

Cabe destacar la existencia de un tipo de estudio de características similares al estudio experimental. Se trata de los **estudios cuasi experimentales**. En ellos también existe una intervención en uno de los grupos (al igual que en los experimentales). La diferencia recae en que la división de los individuos entre el grupo intervención y el grupo control no se ha hecho de forma aleatoria, es más, en algunos casos el grupo control y el grupo intervención lo componen los mismos individuos antes y después de la intervención.

En estos casos, la calidad de la evidencia científica obtenida no será tan alta como en los observacionales.

2.2. Estudios científicos observacionales

2.2.1. Estudios descriptivos

Suelen ser los primeros estudios que se realizan cuando todavía no existe un gran conocimiento sobre lo que se pretende observar. Son estudios de aproximación que permiten crear una hipótesis que después se contrastará con estudios que permiten obtener una mayor evidencia científica.

El ejemplo más característico de este tipo de estudios es el **estudio transversal o de prevalencia**.

Son estudios muy habituales debido a su sencillez metodológica. En ellos se investiga simultáneamente la exposición a un determinado factor de riesgo y una enfermedad en una población bien definida. Permiten estudiar enfermedades frecuentes en poco tiempo para realizar planificaciones sanitarias posteriormente. Por contra, no establecen relación de causalidad (solo asociación) y pueden presentar múltiples factores de confusión.

Un ejemplo característico de estudio transversal sería el estudio descriptivo de la presencia y asociaciones de factores de riesgo cardiovascular en una población.

Enlace de interés

Recomendamos la lectura de un artículo original que publica los resultados de un estudio cuasi experimental para la prevención de trastornos musculoesqueléticos en una empresa: <https://bit.ly/30IyLho>.

Nos permitiría saber, por ejemplo, cuánta gente padece hipertensión o es obesa y si existe una asociación entre hipertensión y obesidad. Lo que no podríamos deducir es si la obesidad es la causa de la hipertensión o viceversa.

2.2.2. Estudios analíticos

Una vez se dispone de cierto conocimiento de una enfermedad gracias a estudios transversales, se pueden realizar hipótesis sobre su relación con determinados factores de riesgo. Los estudios analíticos son los que se realizarán con el objetivo de validar estas hipótesis.

Existen principalmente dos tipos de estudios analíticos:

1) Estudios de cohortes (o de seguimiento). En este tipo de estudios los individuos son identificados en función de la presencia o ausencia de un determinado factor. En el momento inicial todos los individuos están libres de la enfermedad estudiada y son seguidos durante un período de tiempo para observar la frecuencia de aparición de la enfermedad estudiada.

Este tipo de estudios permite el seguimiento natural de una enfermedad y establecer estimaciones directas de la incidencia del problema. Por contra, no es adecuado para generar nuevas hipótesis de causalidad y requiere de mucho tiempo de seguimiento, ya que seguimos a la población de estudio durante años.

2) Estudios de casos y controles. En este tipo de estudios se identifica a personas con una enfermedad y se les compara con un grupo de control sin la enfermedad. Se trata de un estudio retrógrado (a diferencia de los estudios de cohortes) en el que se investiga si existen factores de riesgo a los que estuvieron expuestos los individuos que después enfermaron respecto a los que no enfermaron.

Este tipo de estudios es útil en enfermedades raras y requiere de menos tiempo y menos sujetos a estudiar. Por contra, no es muy valorado en la comunidad médica ya que presenta riesgo de grandes sesgos.

3. Grado de evidencia científica de las investigaciones

Cada tipo de estudio epidemiológico, por sus características intrínsecas, permite llegar a un determinado grado de evidencia científica, es decir, las conclusiones a las que se llegue tendrán un mayor o menor valor para establecer recomendaciones médicas al respecto.

Existen numerosas clasificaciones para jerarquizar las recomendaciones de una intervención en función del nivel de evidencia científica que existe al respecto. Una de las más ampliamente utilizadas por su sencillez de uso es la de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Esta clasificación pretende, analizando toda la bibliografía respecto a una intervención, establecer los grados de recomendación sobre su uso médico. Se divide en cuatro grados:

- **Recomendación grado A.** Existe una buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Existen estudios experimentales bien diseñados al respecto.
- **Recomendación grado B.** Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Existen estudios cuasiexperimentales y de cohortes bien diseñados al respecto. En el caso de algunos estudios de casos y controles también se podría llegar a alcanzar este grado de evidencia, pero están generalmente peor valorados.
- **Recomendación grado C.** La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
- **Recomendación grado X.** Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

4. Criterios de validez y precisión en los estudios epidemiológicos

Los estudios científicos deben ser rigurosos y de la máxima calidad metodológica posible. Para significar esta calidad se utilizan los criterios de validez y precisión.

La **validez** (o exactitud) establece el grado con el que una medida mide realmente lo que quiere medir. Es decir, que elegimos las variables adecuadas para medir el efecto que pretendemos comprobar.

La **precisión** establece el grado en que una medición proporciona resultados similares cuando se repite en las mismas condiciones.

Por tanto, en resumen, un estudio científico debe estar bien diseñado y ser reproducible posteriormente con resultados similares.

Cuando existen defectos de **validez** por las características del diseño del estudio que provocan diferencias sistemáticas entre lo que el investigador estima y el parámetro verdadero que pretendemos conocer, nos encontramos ante un **error sistemático o sesgo**.

Los sesgos se clasifican en:

- **Sesgos de selección.** Ocurren en el proceso de identificación de la población del estudio.
- **Sesgos de información.** Ocurren en la medida de la exposición al factor de riesgo o del efecto que queremos medir. Suelen deberse a aparatos defectuosos, cuestionarios inadecuados o fuentes de datos erróneas.
- **Sesgos de confusión.** Ocurren por la influencia de variables diferentes a las controladas en el estudio, es decir, no sabemos si el efecto que medimos lo provoca la variable que estudiamos u otras que influyan en el proceso y que no hemos identificado.

Cuando existen defectos de **precisión**, se afecta la reproductibilidad por la aparición de **errores aleatorios** que pueden compensarse con el aumento de la muestra de población estudiada.

5. Vigilancia de la salud colectiva

Centrándonos más especialmente en el ámbito de la salud en las empresas, la legislación preventiva vigente impulsa el uso de la vigilancia de la salud de los trabajadores no solo como un acto de control individual, sino también con fines epidemiológicos.

De esta forma, toda la información recogida servirá para describir el estado de salud de nuestra plantilla, conocer su grado de exposición a factores de riesgo laborales y establecer estrategias de intervención que permitan su prevención.

Podemos definir la **vigilancia de la salud colectiva** como la recogida sistemática y posterior análisis de toda la información sobre los riesgos laborales y las condiciones de salud de la plantilla para realizar una valoración epidemiológica de los fenómenos de interés que permita establecer medidas preventivas para la mejora de la salud de los trabajadores.

Habitualmente, en muchos servicios de prevención suelen realizarse informes periódicos que recogen un estudio epidemiológico (de prevalencias) tanto de la exposición a riesgos como de los hallazgos en los exámenes de salud. No se realiza ninguna acción posterior y sirve para «justificar» el cumplimiento de la norma.

La utilidad de la vigilancia de la salud colectiva va mucho más allá y debemos trabajar para su mejora, ya que, bien realizada, supone una herramienta de elevado potencial en materia de prevención de riesgos laborales.

5.1. Objetivos de la vigilancia de la salud colectiva

Los objetivos concretos que debería perseguir la vigilancia de la salud colectiva son:

- Conocer la frecuencia y la distribución con la que ocurren los problemas de salud en la población trabajadora: enfermedades comunes, enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo y accidente.
- Conocer la frecuencia y la distribución de los riesgos laborales en nuestra plantilla.

- Monitorizar las **tendencias y cambios** durante los años de los problemas de salud y la exposición a riesgos.
- **Alertar de las situaciones de agregaciones de casos** de problemas de salud que puedan ser consecuencia de riesgos emergentes, cambios en las condiciones de riesgos laborales existentes u otras condiciones desfavorables.
- Generar información precisa que permita una **planificación preventiva** eficiente tanto a corto como a largo plazo.
- Evaluar la efectividad de las acciones preventivas implantadas en la empresa.
- Impulsar estudios epidemiológicos e investigaciones tras los hallazgos contrastados.

En resumen, podemos afirmar que el objetivo de la vigilancia de la salud colectiva es el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el grupo de trabajadores que permite valorar el estado de salud de la empresa para dar respuestas a las preguntas ¿quién presenta alteraciones?, ¿en qué lugar de la empresa? y ¿cuando aparecen o aparecieron?

Ello hace posible establecer las prioridades de actuación en materia de prevención de riesgos en la empresa, motivar la revisión de las actuaciones preventivas en función de la aparición de daños en la población trabajadora y evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales a través de la evolución del estado de salud colectivo de los trabajadores.

5.2. Características de la vigilancia de la salud colectiva

Para el desarrollo de un sistema de vigilancia de la salud epidemiológica eficaz en la empresa, debemos tener en cuenta que debe cumplir las siguientes características:

- **Simplicidad.** La idea es que la recogida de datos se realice de una forma sencilla que no suponga alteraciones en el día a día de la empresa o del servicio de prevención.
- **Flexibilidad.** Las necesidades en el entorno de la empresa son cambiantes y, por tanto, la información que obtengamos en cada momento deberá poder adaptarse de forma rápida a ellas.
- **Calidad de datos.** Es fundamental una correcta formación del personal implicado en la recogida de datos para garantizar su validez (evitar sesgos).

- **Transversalidad.** Es importante implicar a todos los elementos de la empresa, tanto en la recogida de los datos, como en la posterior implantación de medidas preventivas. Deberá ser coordinada por el personal sanitario de salud laboral.
- **Sensibilidad.** El sistema de vigilancia debe ser capaz de detectar tendencias en las variables de estudio, así como cambios súbitos que hagan pensar en un fallo súbito de la prevención en algún ámbito.
- **Sostenibilidad.** La implantación de un sistema de este tipo pretende conseguir un seguimiento de la plantilla durante muchos años, por tanto, es prioritaria una buena planificación para que perdure en el tiempo y permita, así, la valoración de tendencias.

5.3. Claves para su implantación en la empresa

La implantación de un sistema de vigilancia de la salud, como ya hemos dicho, va mucho más allá de un análisis epidemiológico de los datos de los exámenes de salud anuales, debe consistir en un seguimiento sistematizado y periódico de los datos que tenemos monitorizados. Con estos datos, es recomendable establecer **indicadores de salud**, que de forma fácil nos permitan hacernos una idea de la evolución de la salud en la empresa.

Una vez sensibilizados todos los estamentos de la empresa (empresario y trabajadores) de la utilidad de este sistema, procederemos a implantarlo. Para ello seguiremos los siguientes pasos:

- 1) Identificación de las fuentes de datos de las que disponemos
- 2) Medición epidemiológica de los datos
- 3) Elaboración de indicadores para su seguimiento periódico
- 4) Difusión de la información epidemiológica
- 5) Planificación, implantación y evaluación de intervenciones preventivas en función de los resultados

Veámoslos con más detalle a continuación.

5.3.1. Identificación de las fuentes de datos de las que disponemos

1) **Datos de salud.** Los profesionales sanitarios de salud laboral son los responsables de su obtención. Deben constar en la historia clínico-laboral de cada trabajador. Las variables que obtendremos serán:

- Datos de los exámenes de salud: protocolos aplicados, antecedentes familiares, antecedentes personales, hábitos, datos de la exploración física, etc.
- Resultados de las exploraciones complementarias: pruebas de visión, espirometrías, electrocardiogramas, audiometrías, etc.
- Resultados de analíticas.
- Comunicaciones a la mutua de sospechas de enfermedad profesionales.
- Datos de las consultas médicas realizadas al servicio médico de la empresa.
- Datos sobre enfermedades profesionales o accidentes de trabajo sufridos.
- Cuestionarios específicos de salud que hayamos podido pasar a los trabajadores.

2) **Datos de exposición a riesgos laborales.** Deben estar incluidos en la historia clínico-laboral. Debemos tener en cuenta tanto exposiciones actuales como exposiciones pasadas que aporten información sobre problemas de salud con elevado tiempo de latencia en su presentación (por ejemplo, los primeros síntomas de asbestosis suelen aparecer entre 15 y 20 años tras la exposición al amianto).

La información deberá completarse con toda la disponible en el área técnica del servicio de prevención: evaluaciones de riesgos, fichas técnicas de agentes químicos, niveles de exposición, encuestas de riesgos psicosociales, informes de inspecciones de seguridad, etc.

3) **Datos sobre la composición de la plantilla.** Deben tenerse en cuenta el número de personas que la componen, el número de puestos existentes, las edades medias agrupadas por puestos de trabajo, el número de horas trabajadas, etc.

5.3.2. Medición epidemiológica de los datos

El grado de complejidad de las mediciones epidemiológicas dependerá del grado de formación en la materia del personal encargado.

Lo habitual en vigilancia será utilizar medidas epidemiológicas de frecuencia (incidencia y prevalencia) referidas a la población trabajadora en un determinado período de tiempo.

Incidencia y prevalencia

Cuando hablamos de incidencia nos referimos al número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en la plantilla en un período de tiempo determinado. Para su cálculo:

Incidencia = N.º de casos nuevos en un período / N.º de personas de la plantilla al inicio del período.

Cuando hablamos de prevalencia nos referimos al número de casos totales de una enfermedad que existen en la plantilla en un momento dado. Para su cálculo:

Prevalencia = N.º de personas con la enfermedad en un momento / N.º de personas de la plantilla en un momento.

Posteriormente, se procederá a un análisis estadístico más completo, comparando las tasas de frecuencia calculadas entre los colectivos que nos puedan resultar de interés. Por ejemplo, la tasa de incidencia en un determinado puesto de trabajo en comparación con el resto de la empresa, para poder sospechar sobre alguna condición de riesgo en el puesto de trabajo.

5.3.3. Elaboración de indicadores para su seguimiento periódico

Los indicadores en salud laboral deben ser medidas específicas que puedan informar acerca de los efectos en la salud derivados del trabajo. Son las herramientas reales con las que trabajaremos en nuestro sistema de vigilancia.

Los indicadores que compongamos con la información obtenida deben ir encaminados a:

- Descripción epidemiológica de los fenómenos de salud y de exposición laboral.
- Analizar series de casos.
- Estimación de la tendencia y la evolución temporal.
- Identificación de grupos de riesgo.
- Investigación en casos agregados y su posible relación con el trabajo.
- Sistemas centinelas. Detección precoz de problemas en la salud de los trabajadores.
- Generar hipótesis de investigación.
- Evaluación de planes e intervenciones preventivas.

Ejemplos de indicadores de utilidad en salud laboral son: incidencia de enfermedades profesionales, duración media de la incapacidad temporal, incidencia de accidentes de trabajo, gravedad de accidentes de trabajo, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la plantilla, prevalencia de problemas auditivos en la plantilla, incidencias de alteraciones analíticas secundarias a la exposición de químicos en la plantilla, etc.

Existen multitud de posibilidades a la hora de elegir los indicadores que queremos seguir en el tiempo, lo importante es diseñar una estrategia que permita responder a preguntas concretas para el establecimiento de medidas preventivas que consigan solucionarlos.

5.3.4. Difusión de la información epidemiológica

Uno de los pasos más importantes y que ayudará a consolidar el sistema de vigilancia de la salud en la empresa será conseguir hacer llegar la información obtenida y su análisis a todos los estamentos de la empresa.

En general, se suelen hacer presentaciones periódicas de las conclusiones de la vigilancia epidemiológica ante:

- Los órganos de dirección de la empresa.
- Los delegados de prevención.
- El resto de miembros del servicio de prevención.
- El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.3.5. Planificación, implantación y evaluación de intervenciones preventivas en función de los resultados

La última y trascendental parte de la vigilancia epidemiológica consiste en impulsar acciones de mejora.

Las medidas preventivas que se instauren deben ir destinadas tanto a solventar problemas puntuales (por eso es importante una monitorización continuada de los indicadores), como a la mejora de las tendencias en salud.

Tras la implantación de medidas preventivas, la propia vigilancia epidemiológica nos servirá para evaluar si han sido adecuadas, ya que nos permitirá contrastar el estado de salud previo a su implantación con el posterior.

Bibliografía

Referencias legales

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

Reglamento de los servicios de prevención de Riesgos laborales. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero.

Real Decreto 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, de 17 de junio.

Documentos técnicos

INSST. Enciclopedia Práctica de Medicina del Trabajo (2018).

INSST. NTP 959. La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales (2012).

María Zaplana. Apuntes de la asignatura Medicina del trabajo del máster de Prevención de Riesgos Laborales de la UOC.

OSALAN. Guía para la implantación de la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención (2015)

Artículos científicos

Jovell, J.; Navarro-Rubio, M. D. «Evaluación de la evidencia científica». *Medicina Clínica* 1995 (vol. 19, núm. 105, págs. 740-743).

Serra, C.; Delclos, J. y otros (2013). «La vigilancia epidemiológica: un reto para la salud laboral». *Arch. Prev. Riesgos Labor.* (vol. 2, núm. 16, págs. 90-95).

