

Buena Práctica de  
**Vigilancia de la Salud**



Integración del Índice de Capacidad para el Trabajo en los exámenes de salud

Diciembre/2014

**Descripción de la tarea**

La inexistencia del uso de un indicador fiable que evalúe de forma integral la capacidad para el trabajo, tanto de vigilancia de la salud del trabajador a nivel individual como colectiva (categoría profesional, grupos de riesgo homogéneo, de Unidad de Gestión, de Lugar de trabajo y de Centro de Trabajo) y que al mismo tiempo sea de utilidad para medir la eficacia o ineficacia de las actividades preventivas implementadas o a implementar, como serían las medidas de adaptación del puesto de trabajo al trabajador, de promoción de la salud en el lugar de trabajo, de mejora de las condiciones de trabajo, etc, nos está privando de una herramienta de gestión de la PRL medible y comparable que informe a los Directores de la Unidades de Gestión del estado de salud laboral colectivo tras los exámenes de salud individuales efectuados y de las acciones correctoras a emprender o a corregir para mejorarlas con la finalidad de disponer de trabajadores sanos en organizaciones sanas.

**Solución adoptada**

Uso del Índice de Capacidad para el Trabajo (ICT) - Work Ability Index (WAI) contiene preguntas sobre el trabajo del profesional, sobre su capacidad de trabajo y su salud cuyas respuestas nos ayudarán a la conclusión final sobre el estado de salud laboral a nivel individual y colectivo así como para determinar si las actividades a adoptar o adoptadas para mejorar la salud y la capacidad para el trabajo tanto a nivel individual como colectivo debe ser mejoradas. Fuente: Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work Ability Index. 2nd revised edn. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1998. Finnish Institute of Occupational Health

Empleamos la versión larga mediante cuestionario autoadministrado adjunto a los cuestionarios de salud general (inicial o periódico) y específico a riesgo. Su resultado se expone en WinMedtra en el apartado de antecedentes para su evaluación posterior y también en una tabla de excel diseñada a tal efecto para una evaluación inicial y seguimiento posterior del ICT tanto a nivel individual como colectivo.

Se puede remitir cuestionario a quien lo solicite.

**Resultados o consecuencias de la implantación de la Buena Práctica**

Información puntual y periódica de la capacidad para el trabajo de un trabajador para conocer los ajustes razonables a realizar en el puesto de trabajo.

Información puntual y periódica de la capacidad para el trabajo por categoría profesional, grupo de riesgo homogéneo, de Unidad de Gestión, de Lugar de trabajo y de Centro de Trabajo, de gran utilidad en PRL.

Estado en el que se encuentra la Buena práctica

En desarrollo y con resultados observables

Autoría: Pedro Alamillos Oretag.

UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud del AGS Norte de Cádiz



<b>En la siguiente lista marque sus enfermedades o lesiones. Indique si un médico las ha diagnosticado o tratado. Para cada fila marque con una "x" en la columna que corresponda de acuerdo con la respuesta que encabeza cada columna.</b>		<b>Sí, propia opinión</b>	<b>Si, con Diagnóstico o tratamiento médico</b>	<b>No</b>
03	<b>Enfermedades cardiovasculares</b> Hipertensión (presión arterial alta) Enfermedad coronaria Dolor de esfuerzo en el pecho (angina de pecho) Ataque al corazón Insuficiencia cardíaca Otras enfermedades cardiovasculares			
04	<b>Enfermedades respiratorias</b> infecciones respiratorias repetidas (incluso amigdalitis, sinusitis y bronquitis aguda) bronquitis crónica sinusitis crónica Asma bronquial Enfisema Tuberculosis pulmonar Otras enfermedades respiratorias			
05	<b>Enfermedades mentales</b> Trastornos mentales graves (por ejemplo, depresiones severas, psicosis, confusión, alucinaciones) Trastornos mentales leves o problemas (por ejemplo, Depresiones no severas, ansiedad, insomnio)			
06	<b>Enfermedades neurológicas y sensoriales</b> Sordera o discapacidad auditiva Enfermedades o lesiones en los ojos enfermedades neurológicas (por ejemplo, derrame cerebral, neuralgia, migraña, Epilepsia) Otros trastornos neurológicos o sensoriales			
07	<b>Enfermedades del sistema digestivo</b> Enfermedades biliares, cálculos biliares Enfermedades del hígado y páncreas Úlcera gástrica o duodenal Gastritis o irritación duodenal Irritación de colon, colitis Otra enfermedad del sistema digestivo			
08	<b>Enfermedades genitourinarias</b> Del tracto urinario Enfermedad renal Enfermedades de los órganos genitales (por ejemplo, infección de las trompas en Mujeres o infección de la próstata en los hombres) Otras enfermedades genitales y del tracto urinario			

<b>3. En la siguiente lista marque sus enfermedades o lesiones. Indique si un médico las ha diagnosticado o tratado. Para cada fila marque con una "x" en la columna que corresponda de acuerdo con la respuesta que encabeza cada columna.</b>		Sí, propia opinión	Si, con Diagnóstico o tratamiento médico	No
09	<b>Enfermedades de la piel</b> Erupción cutánea alérgica, eczema Otra erupción Otras enfermedades de la piel			
10	<b>Tumores o cáncer</b> Tumor benigno Tumor maligno (cáncer)			
11	<b>Enfermedades endocrinas y metabólicas</b> Obesidad, Exceso de peso Diabetes Bocio o enfermedad del tiroides Otra enfermedades endocrinas y metabólicas			
12	<b>Enfermedades de la Sangre</b> Anemia Otra enfermedad de la sangre			
13	<b>Enfermedades congénitas</b> Defectos o enfermedades de nacimiento			
14	<b>Otros trastornos o enfermedades</b>			
<b>4. ¿Es su enfermedad o lesión un obstáculo para su trabajo actual?</b> <input type="radio"/> No hay problema / no tengo enfermedades. <input type="radio"/> Yo soy capaz de hacer mi trabajo, pero tengo algunos síntomas. <input type="radio"/> A veces tengo que frenar mi ritmo de trabajo o cambiar mis métodos de trabajo. <input type="radio"/> Con frecuencia debo frenar mi ritmo de trabajo o cambiar mis métodos de trabajo. <input type="radio"/> Debido a mi condición, me siento que soy capaz de hacer sólo el trabajo a tiempo parcial. <input type="radio"/> En mi opinión, soy totalmente incapaz de trabajar.				
<b>5. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no ha estado en el trabajo debido a enfermedades o lesiones?</b> <input type="radio"/> Ninguno; <input type="radio"/> Máximo de 9 días; <input type="radio"/> 10-24 días; <input type="radio"/> 25 a 99 días; <input type="radio"/> 100 a 365				
<b>6. ¿Cree usted que, de acuerdo a su estado de salud actual, va a ser capaz de hacer su trabajo actual dentro de dos años?</b> <input type="radio"/> Improbable; <input type="radio"/> No es seguro; <input type="radio"/> Bastante seguro				
<b>7. Teniendo en cuenta los últimos 3 meses:</b> ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades cotidianas?..... <input type="radio"/> A menudo; <input type="radio"/> Con frecuencia; <input type="radio"/> A veces; <input type="radio"/> Muy pocas veces; <input type="radio"/> Nunca ¿Ha estado activo y animado?..... <input type="radio"/> Siempre; <input type="radio"/> Con frecuencia; <input type="radio"/> A veces; <input type="radio"/> Muy pocas veces <input type="radio"/> Nunca ¿Se ha sentido esperanzado con su futuro?..... <input type="radio"/> Continuamente; <input type="radio"/> Con frecuencia; <input type="radio"/> A veces; <input type="radio"/> Muy pocas veces; <input type="radio"/> Nunca				

Datos del Trabajador/a: Edad: \_\_\_ años y sexo \_\_\_ (V ó M); Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
UGC \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ AGS \_\_\_\_\_

Fecha y firma del trabajador/a \_\_\_\_\_

Evaluador/a: Firma, fecha de evaluación y Apellidos y nombre

Resultado (1): \_\_\_\_\_ puntos; Valoración (2): \_\_\_\_\_ Actuación (2): \_\_\_\_\_ la capacidad de trabajo.

Medidas (3):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_