

FACULTAD
DE CIENCIAS
JURÍDICAS



ZIENTZIA
JURIDIKOEN
FAKULTATEA

**TRABAJO FIN DE GRADO EN RELACIONES LABORALES Y
RECURSOS HUMANOS**

**EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO A LA CONTRATACIÓN:
ESPECIAL REFERENCIA A LOS CUERPOS DE SEGURIDAD**

Iñigo Santiago Beorlegui

DIRECTOR

Beatriz Rodríguez Sanz De Galdeano

Pamplona

25 de Diciembre de 2015

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado pretende analizar la práctica de reconocimientos médicos en los procesos selectivos previos a la contratación de un trabajador. Se estudia el marco jurídico que habilita a un empleador a someter a un análisis médico a los candidatos a ocupar el puesto en el proceso selectivo. Se profundiza en la finalidad que legitima dichos controles y en sus condiciones y límites. Una vez analizada la normativa genérica se desciende al análisis particular de la problemática de los trabajadores que desempeñan funciones de policía y seguridad, más concretamente en la Comunidad Foral de Navarra.

Palabras Clave:

Reconocimiento médico previo, Derecho a la intimidad, Proceso de Selección, Policía, Bombero.

ABSTRACT

This degree thesis aims to analyze the practice of medical examinations in the selective processes prior to the hiring of a worker. In concrete the legal framework which enables an employer to undergo a medical analysis the candidates to fill the position in the selection process, there is no prior contractual relationship, and that the conclusions of the report of the medical analyses determine the recruitment of the worker. With this objective, once analyzed with the generic rules descends to the particular analysis of the problem of the workers who play roles of police and security, more specifically in the region of Navarre.

Key words:

Prior medical examination, right to privacy, selection process, police, firefighter.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	05
II. EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO A LA CONTRATACIÓN POR MOTIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL.	08
1. Finalidad y condiciones de ejercicio de los reconocimientos médicos por motivos de seguridad y salud.	08
2. Momento de la realización de los reconocimientos médicos por motivos de salud laboral.	12
2.1. Reconocimientos previos para la detección de enfermedades profesionales: artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social.....	12
2.2. Reconocimientos previos en los supuestos de contratación a través de Empresas de Trabajo Temporal.	13
3. Los reconocimientos previos en normas de prevención frente a riesgos específicos.	15
3.1. Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo.	15
3.2. Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.	17
3.3. Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo; en lo que refiere al personal de vuelo.	18
3.4. Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Seguridad Privada.	19
III. RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PREVIOS A LA CONTRATACIÓN: EN BÚSQUEDA DE LA IDONEIDAD DEL CANDIDATO PARA EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL PUESTO.	21
1. Los reconocimientos médicos en el Estatuto Básico del Empleado Público.	23
1.1. Acceso a Guardia Civil.....	23

1.2. Acceso a Policía Nacional.-----	26
IV. ESPECIAL REFERENCIA A LOS EMPLEOS DE SEGURIDAD Y SALVAMENTO EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA. -----	29
1. Régimen general de los Funcionarios del Gobierno de Navarra. -----	29
2. Reconocimientos médicos para el acceso a los empleos de Policía Foral y Bombero. -----	31
2.1. Marco regulador genérico: normativa reglamentaria y previsiones de cada convocatoria. -----	31
2.2. Exclusiones médicas en las últimas convocatorias. -----	34
V. CONCLUSIONES.-----	38
VI. BIBLIOGRAFIA. -----	40
VII. JURISPRUDENCIA CONSULTADA. -----	42
VIII. ANEXOS. -----	43
1. ANEXO I. Cuadro exclusiones médicas acceso a Guardia Civil. -----	43
2. ANEXO II. Cuadro exclusiones médicas acceso a Policía Nacional. -----	51
3. ANEXO III. Cuadro exclusiones médicas acceso a Policía Foral. -----	53
4. ANEXO IV. Cuadro exclusiones médicas acceso a Bomberos de Navarra. ---- -----	58
5. ANEXO V. Cuadro exclusiones médicas acceso a Bomberos de Navarra Temporales Convocatoria 2009. -----	65
6. ANEXO VI. Cuadro exclusiones médicas acceso a Bomberos de Navarra Temporales Convocatoria 2015. -----	72

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud junto con la OIT han advertido que el objeto de la prevención es el logro del más alto grado de bienestar físico, psíquico y social del trabajador y que la búsqueda de este objetivo ampara la realización de reconocimientos médicos para la ocupación de un puesto de trabajo¹.

En el ámbito interno, la Constitución encomienda en los artículos 40.2 y 43, a los poderes públicos velar por la salud y seguridad e higiene en el trabajo. En el ámbito europeo, el artículo 14 de la Directiva 89/391/CCEE de 12 de junio, establece que *“para garantizar la adecuada vigilancia de la salud de los trabajadores en función de los riesgos relativos a su seguridad y salud en el trabajo se fijarán medidas de conformidad con las legislaciones y usos nacionales, las cuales permitirán que cada trabajador si así lo deseara pueda someterse a una vigilancia de la salud...”*².

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL en adelante) ha transpuesto lo dispuesto en la normativa comunitaria, y, por un lado, en su art. 14 recoge la obligación general de seguridad del empresario en los siguientes términos: *“el deber del empresario de protección de los trabajadores frente a riesgos laborales...”*.

Por otro lado, el art. 22 LPRL contempla la obligación de vigilancia de la salud, literalmente señala que: *“el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo”*. En este artículo se especifican cuáles han de ser los límites y las condiciones de ejercicio de los citados reconocimientos médicos.

La aplicación práctica de esta normativa suscita algunas dudas que se han ido resolviendo por la jurisprudencia. Sobre todo, se han resuelto las cuestiones que plantea

¹ Así lo señala PEDROSA ALQUEZAR, S.I.: *La Vigilancia de la Salud en el Ámbito Laboral*, Consejo Económico y Social, Madrid, Abril 2005, pág. 2 y ss. así como FERNANDEZ-COSTALES MUZÑIZ, J.: *La vigilancia de la salud de los trabajadores*, EOLAS ediciones, León, 2009, pág. 33 y ss.

² Según FERNANDEZ-COSTALES MUZÑIZ, J.: *La vigilancia de la salud de los trabajadores*, EOLAS ediciones, León, 2009, pág 33. apunta la tendencia a la desregularización de la cobertura sanitaria a la que está obligado el empresario, con tendencia a la desaparición de los servicios de medicina del trabajo, como resultado de la escasa concreción de la norma al igual que PÉREZ ALENCART, L. A.: *El derecho comunitario europeo de la seguridad y salud en el trabajo*, Tecnos, Madrid, 1993, pág. 126, si bien otros autores como FERNANDEZ VILLAZON, L.A. en *“Vigilancia de la salud y derechos de la persona del trabajador”*, *La Revista Española de Derecho del Trabajo*, N° 82, 1997, Civitas, pág. 226 y ss., entiende suficiente claridad de la norma, teniendo en cuenta que debe transponerse a las culturas y tradiciones de cada estado miembro.

la realización de reconocimientos médicos durante la relación laboral. Ahora bien, se siguen planteando dudas cuando los reconocimientos se realizan antes de la incorporación del trabajador, en los estadios previos a la contratación.

La cuestión de fondo es en qué medida cabe realizar reconocimientos médicos antes de la contratación con el objetivo de comprobar la aptitud psicofísica del trabajador y su idoneidad para el desarrollo de las funciones básicas de la prestación laboral. El análisis de esta cuestión exige precisar cuáles son los límites de la vigilancia de la salud en relación con el derecho a la intimidad.

Particulares problemas se han planteado si cabe y en qué medida una selección de personal en base al sometimiento de sus futuros empleados a reconocimientos médicos previos a la contratación, y por tanto sin haber adquirido aún la condición de “trabajadores”, amparándose en el artículo 22 de la LPRL y del artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante LGSS), e incluso en normativa de rango inferior³. Como se verá, la legislación preventiva solo excepcionalmente admite la realización de estos reconocimientos médicos con carácter previo.

Junto al objetivo de la prevención de riesgos laborales, subyace otro interés del empresario en comprobar si el trabajador reúne las condiciones psicofísicas necesarias para realizar las funciones del puesto. En este caso, ya no se trata de comprobar si el desempeño del trabajo supone un riesgo sino en comprobar si el trabajador es idóneo para desempeñarlo con un rendimiento adecuado. A estos efectos el empresario puede realizar pruebas de selección, la cuestión es si también cabe la realización de reconocimientos médicos y con qué límites.

Esta problemática resulta particularmente interesante en el caso de los cuerpos de seguridad. Este tipo de trabajadores han de superar las pruebas de selección oportunas y, en ocasiones, también deben pasar reconocimientos médicos de carácter excluyente. Desde un punto de vista jurídico, es preciso revisar si este tipo de reconocimientos se encuentran justificados por motivos de prevención de riesgos o por el objetivo de comprobar la idoneidad de los candidatos.

³ GONZÁLEZ ORTEGA, S. y APARICIO TOVAR, J.: *Comentarios a la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales*, Madrid, Trotta, 1996, pág. 149 y ss, y en el mismo sentido SALA FRANCO, T. y ARNAU NAVARRO, F.: *Comentario a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: la Ley 31/1995, de 8 de noviembre*, AL, núm. 8, 1996, pág.206.

Con este objetivo, en este trabajo se parte de una presentación genérica de cuáles son los límites y condiciones de ejercicio de los reconocimientos médicos por motivos de salud laboral o por motivos de selección del candidato idóneo; para posteriormente, revisar la normativa específica de los cuerpos de seguridad y analizar su legalidad a la luz de los principios genéricos.

II. EL RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO A LA CONTRATACIÓN POR MOTIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

1. Finalidad y condiciones de ejercicio de los reconocimientos médicos por motivos de seguridad y salud.

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 22 LPRL, los reconocimientos médicos han de perseguir verificar el estado de salud del trabajador y la eficacia de las medidas preventivas. De la literalidad del artículo, se deduce que la finalidad legítima de los reconocimientos médicos amparados por el art. 22 LPRL ha de ser la protección de la salud del trabajador. No cabe en ningún caso utilizar los reconocimientos médicos con propósitos selectivos.

Así lo aclaró el Tribunal Constitucional en su sentencia 196/2004, de 15 de noviembre de 2004, en la que señaló que los reconocimientos médicos son la expresión de un derecho del trabajador a la vigilancia de la salud, y no un instrumento empresarial para verificar la capacidad profesional o aptitud psicofísica con propósitos de selección de personal.⁴

Respecto a las condiciones de ejercicio de estos reconocimientos, el art. 22 LPRL señala que con carácter general, los reconocimientos han de ser voluntarios. En ese sentido se pronunció el Tribunal Constitucional, dejando clara *“la libertad al trabajador para decidir someterse o no a los controles médicos, permitiendo en su caso exploraciones y analíticas sobre datos corporales”*⁵.

Se contemplan, no obstante, tres supuestos en los que los reconocimientos pueden tener carácter obligatorio⁶.

⁴ GOÑI SEIN, J.L.: “Límites constitucionales a los reconocimientos médicos obligatorios establecidos como medida de prevención de riesgos laborales”, *Revista de Derecho Social*, núm. 5, 1999, págs.. 49 y ss. y en el mismo sentido MARÍN ARCE, J.T.: “El derecho de los trabajadores a la vigilancia de la salud y sus especificidades en la administración pública”, *Consorci d'estudis, mediació i conciliació a l'administració local, cemical, disponible en* http://cemical.diba.cat/publicacions/fitxers/marinarce_prevenicionriesgoslaborales.pdf. pág. 10 y ss.

⁵ STC 196/2004 de 15/11/2004 (RTC2004/196).

⁶ FERNANDEZ VILLAZON, L.A. en “Vigilancia de la salud y derechos de la persona del trabajador”, *Revista española de derecho del trabajo*, Nº 82, 1997, Civitas, pág. 232 y ss. y de igual parecer ALAMEDA CASTILLO, M.T.: *Estadios Previos al Contrato de Trabajo y Discriminación*, Aranzadi, Cizur Menor, 2013, pág 293 y ss. y entre otros SALA FRANCO, T. y ARNAU NAVARRO, F.: “Comentario a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: la Ley 31/1995, de 8 de noviembre,” *Actualidad Laboral*, núm. 8, 1996, pág. 101 y ss..

En primer lugar, cuando los reconocimientos sean imprescindibles para evaluar los efectos de las condiciones del trabajo sobre la salud del trabajador. Trata de evaluar si un empleado se adecúa al puesto de trabajo que va desempeñar⁷, analizando las condiciones del puesto de trabajo y sus repercusiones para con el empleado que lo va a desempeñar, siendo mediante la vigilancia de la salud la única forma o al menos la más eficaz y menos lesiva, para determinar los efectos.

En ese sentido se reafirman algunos autores⁸, debiendo enfocarse el reconocimiento médico en riesgos objetivos del puesto, y para la detección de enfermedades profesionales o derivadas del trabajo que estén directamente relacionadas con la labor a desempeñar, debiendo realizarse un reconocimiento objetivo marcado por un determinado factor de riesgo para la salud de los empleados.

En segundo lugar, los reconocimientos médicos son obligatorios cuando sea necesario verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un riesgo para sí mismo o para terceros relacionados con la empresa. De igual forma que en el supuesto anterior, el riesgo debe ser objetivo para los sujetos, debe existir una determinada enfermedad o afección a la salud, con capacidad de repercutir en la seguridad del propio trabajador o de terceros.

Por último, la LPRL prescinde de la necesidad del consentimiento para la vigilancia de la salud cuando así lo exija una disposición legal. Existe normativa específica sobre salud laboral que, con motivo de la protección del trabajador frente a riesgos específicos, impone la obligación del trabajador de someterse a reconocimientos específicos.

A diferencia del Tribunal Constitucional, el Tribunal Supremo⁹ parece apostar por una interpretación amplia de las excepciones. Así en su sentencia de 28 de diciembre de 2006 (RJ 2007/1503) señala que los amplios términos en los que se ha pronunciado el legislador en el art. 22 LPRL hacen que la excepción se convierta en la norma general, ya que en muchas ocasiones los reconocimientos médicos serán necesarios para determinar si existen riesgos para la salud del trabajador. Literalmente

⁷ Según establece el artículo 25.1 LPRL.

⁸ TOSCANI GIMENEZ, D.: “Los reconocimientos médicos: su obligatoriedad y sus consecuencias”, *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, nº 39, 2007, pág. 18 y en el mismo sentido GÓMEZ ALVAREZ, T.: *La vigilancia de la salud en el centro de trabajo*, Tecnos, 2003, Madrid, pág. 57 y ss.

⁹ STS de 28/12/2006 (RJ 2007/1503)

señala el Tribunal que *“En realidad, se trata de tres excepciones concebidas de forma tan amplia, que en la práctica anulan realmente el requisito general de que el trabajador preste su consentimiento, de modo que la excepción se convierte en norma general, siempre, naturalmente que la medida no se acuerde fraudulentamente –a lo que, en principio es contrario, una medida asumida por los representantes de los trabajadores a nivel de convenio colectivo– y se respete la dignidad y la confidencialidad de la salud a que se refieren los apartados 2 y 4 del repetido artículo 22 y tengan por objeto vigilar el estado de salud de los trabajadores «en función de los riesgos inherentes al trabajo», de manera que solamente el exceso objetivo en el examen de salud de los trabajadores por no concurrir aquella finalidad o las circunstancias descritas, podría constituir, salvo expreso consentimiento individual del trabajador afectado, una intromisión ilegítima en el ámbito de la intimidad personal, lo que no ocurre en el caso que, ahora se examina.”*

Recientemente, el Tribunal Supremo en su sentencia de 10 de junio de 2015 (RJ 2015/3397) ha vuelto a reafirmarse en su interpretación amplia de las excepciones a la voluntariedad del reconocimiento. Precisamente en una sentencia sobre reconocimientos médicos a las brigadas de prevención de incendios de una empresa de Valencia, donde el convenio colectivo, exige la superación de reconocimientos médicos obligatorios, de periodicidad anual, para permanecer en la empresa, suponiendo la imposibilidad de desarrollar la actividad la no superación de los mismos. Ante este supuesto, el Tribunal Supremo entiende que el reconocimiento médico *“cumple las exigencias constitucionales y legales para que pueda imponerse a las personas que trabajan en las Brigadas Rurales de Emergencias adscritas...”*, basándose en la previsión legal del artículo 22.1 de la LPRL, que *“ampara la obligatoriedad por concurrir uno de sus presupuestos; que el tipo de reconocimiento practicado es necesario (no existiendo alternativa para verificar el estado de salud), proporcional e idóneo”*, desestimando el recurso. De hecho, valora de forma positiva que mediante la detección de enfermedades relacionadas con el puesto, se pueda *“evitar y minimizar los peligros derivados del indiscutible riesgo de dicho trabajo tanto para el propio trabajador como para terceros relacionados con la empresa”*, pudiendo llegar a evitar que los trabajadores tengan que ser auxiliados en situaciones de emergencia, haciendo surgir un riesgo para terceros.

Ciertamente, los amplios términos en los que se pronuncia el art. 22 LPRL pudieran llevar a entender que los reconocimientos médicos son siempre necesarios, por

cuanto se erigen en el instrumento idóneo para comprobar si el desempeño del trabajo supone un riesgo para el trabajador. Sin embargo, conviene tener presente, tal y como ha advertido el Constitucional, que los reconocimientos médicos solo han de ser obligatorios cuando su realización resulte imprescindible para comprobar la eficacia de las medidas preventivas o para verificar el estado de salud del trabajador o la existencia de riesgos para terceros¹⁰. No parece, por tanto, que con carácter general quepa la imposición de reconocimientos médicos obligatorios.

Por otro lado, conviene recordar que el artículo 22.1 establece que “[...] *en todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen la menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo*”. Resulta, por tanto, que el tipo de reconocimiento médico ha de ser el necesario para cumplir con la finalidad que lo justifica. Es decir, habrán de realizarse las pruebas médicas necesarias para verificar el estado de salud del trabajador o para comprobar la eficacia de las medidas preventivas.

Además, el art 22 LPRL concreta que la vigilancia de la salud, “*deberá realizarse por aquellos reconocimientos o pruebas que causen la menor molestia al trabajador, y sean proporcionales a su riesgo*”¹¹. Así mismo en el punto 4 del mismo artículo establece que “*los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios*”, y más adelante “*la información médica de carácter personal se limitará al personal médico [...] sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador. [...] El empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados [...]*”.

De acuerdo con lo expuesto, resulta claro que los reconocimientos médicos por motivos de salud solo se justifican cuando exista una finalidad preventiva y, con carácter general, han de ser voluntarios para el trabajador. En ningún caso caben los reconocimientos médicos con propósito selectivo. A estos efectos, resulta trascendental determinar el momento en que se pueden realizar estos reconocimientos por motivos de

¹⁰ TOSCANI GIMENEZ, D. *Reconocimientos médicos de los trabajadores y su régimen jurídico laboral*, Bomarzo, Albacete, Junio 2011, Pág. 32 y ss. y el misma idea en su publicación BERNARDO JIMENEZ, B.: “Vigilancia de la salud de los trabajadores: Los reconocimientos médicos”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 20/2002 parte Estudio, Aranzadi, Pamplona 2002, BIB 2003/117.

¹¹ LPRL, artículo 20.1

salud laboral. Como se verá a continuación, la regla general es que se realizarán después de la contratación, con ello, seguramente se pretendía evitar que se utilizaran dichos reconocimientos con propósitos de selección.

2. Momento de la realización de los reconocimientos médicos por motivos de salud laboral.

El art. 37.3b) del RSP señala que los trabajadores “*tendrán derecho a una evaluación de la salud inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud*”. Parece que el artículo consagra con carácter general que no cabe la realización de reconocimientos médicos anteriores a la contratación, ya que expresamente indica que se han de realizar una vez que el trabajador se ha incorporado.

No obstante, existen normas específicas que a continuación se analizarán, que sí han admitido la realización de reconocimientos previos con carácter previo a la contratación.

Por otro lado, se plantea la cuestión de si al margen de los supuestos de estas normas específicas cabe también someter al trabajador a reconocimientos previos cuando resulte imprescindible para valorar su aptitud para desarrollar el trabajo en condiciones de seguridad.

2.1. Reconocimientos previos para la detección de enfermedades profesionales: artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social.

El artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social establece la obligación de realizar un reconocimiento médico previo a la contratación, y que por tanto condicionará la virtualización de la misma.

Todas las empresas que deban cubrir puestos con riesgo de enfermedades profesionales están obligadas a practicar el reconocimiento previo a la contratación a los

trabajadores que hayan de ocuparlo, no pudiendo contratar a quienes el reconocimiento médico obligatorio no hubiere sido calificado como apto para desempeñar el puesto.¹²

Cabe indicar que no todas las enfermedades que puedan estar causadas por la realización del trabajo tienen la consideración de tal, sino sólo las que estén indicadas como tal en su catalogación reglamentaria.¹³

Además el apartado 4 del artículo 196 de LGSS, abre la puerta a la realización del reconocimiento médico en estos supuestos después de la iniciación del trabajo.¹⁴ Si bien hay que tener en cuenta que para el desempeño del puesto, debe ser preceptivo y favorable el informe médico resultante del reconocimiento, y en caso de no ser así, el trabajador debiera parar su actividad inmediatamente, no pudiendo desempeñar ese puesto y viéndose el empresario en una situación delicada, tendente a la extinción de la relación laboral, movilidad o adaptación del puesto de trabajo, a la que no se hubiera visto avocado de haber aplicado desde el inicio la norma general del artículo 196 LGSS.

2.2. Reconocimientos previos en los supuestos de contratación a través de Empresas de Trabajo Temporal.

La Ley 14/1994, de 1 de junio por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal (ETT en adelante), en su artículo 12.3 relativo a las obligaciones de la empresa, establece que *“la empresa de trabajo temporal deberá asegurarse de que el trabajador previamente a su puesta a disposición de la empresa usuaria, posee la formación teórica y práctica en materia de prevención de riesgos laborales necesaria*

¹² En ese sentido se inclina en su obra TOSCANI GIMENEZ, D.: *Reconocimientos médicos de los trabajadores y su régimen jurídico laboral*, Bomarzo, Albacete, Junio 2011, Pág. 32 y ss. y en la misma línea GOÑI SEIN, J.L. y RODRÍGUEZ SANZ DE GALDEANO, B.: “El reconocimiento médico de aptitud profesional del aspirante al empleo” en AA.VV. (dir.: ALENZA GARCÍA, J.F. y ARCOS VIEIRA, M.L.) *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho Sanitario*, Aranzadi, Pamplona, 2013, pág. 304 y ss.

¹³ Atiéndase en cuanto a la catalogación de las enfermedades que tienen consideración de enfermedad profesional el cuadro aprobado por el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, explicado en la obra, SALCEDO BELTRAN, M.C. “La adopción de medidas de vigilancia de la salud por parte del empresario”, en AA.VV. (dir.: VALIENTE LANUZA, C.T.) *La salud: intimidad y libertades informativas*, Valencia, 2006, págs. 174 y TOSCANI GIMENEZ, D.: *Reconocimientos médicos de los trabajadores... op. Cit. pág 55.*

¹⁴ El artículo 196.4 LGSS *“Las disposiciones de aplicación y desarrollo determinarán los casos excepcionales en los que por exigencias de hecho de la contratación laboral se pueda conceder un plazo para efectuar los reconocimientos inmediatamente después de la iniciación del trabajo”* refiriéndose regulaciones de Reales Decretos relativas a actividades concretas con riesgo de enfermedad profesional tales como agentes biológicos, amianto, etc... entre otros.

para el puesto [...]”, así mismo la LPRL regula en el artículo 28 las relaciones de trabajo en empresas de trabajo temporal, definiendo en su punto 2 la obligación empresarial de garantizar que “reciban información acerca de los riesgos a los que vayan a estar expuestos, en particular en lo relativo a la necesidad de cualificaciones o aptitudes profesionales determinadas, la exigencia de controles médicos especiales o la existencia de riesgos específicos del puesto de trabajo...”.

En el apartado 5 del mismo artículo, el legislador establece que la responsabilidad de las acciones mencionadas anteriormente para los trabajadores de empresas de trabajo temporal recae sobre la propia empresa de trabajo temporal, si bien será la empresa usuaria la encargada del cumplimiento de las obligaciones en materia de información previstas en los apartados 2 y 4 del artículo.

El Real Decreto 216/1999, de 5 de febrero por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo en el ámbito de las empresas de trabajo temporal incide en que *“los trabajadores puestos a disposición tienen derecho a la vigilancia periódica de su salud a cargo de la empresa de trabajo temporal en los términos previstos en el artículo 22 de la LPRL y en el artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención teniendo en cuenta las características del puesto de trabajo a desempeñar, los resultados de la evaluación de riesgos realizada por la empresa usuaria y cuanta información sea requerida por el médico responsable”.*

Es por tanto, la ETT quien deberá realizar en cumplimiento de la LPRL la vigilancia de la salud a los trabajadores que va a ceder a la empresa usuaria, previo al momento de la cesión.

Por otro lado, es lógico que sea la empresa usuaria quien asuma el cumplimiento de las obligaciones en materia de información de prevención de riesgos pues es quien los conoce con mayor exactitud.

Si bien la ETT es posible que desconozca los riesgos específicos del puesto al que va destinado el trabajador, por tanto el reconocimiento médico pudiera no ajustarse en cuanto a los riesgos objetivos, y tratarse de un reconocimiento genérico, siendo lógico que fuera la empresa usuaria quien se encargara de realizar la vigilancia de la salud, o al menos, que la ETT realizara la vigilancia de la salud, mediante el servicio de

prevención de la empresa usuaria, puesto que es quien conoce de forma más concreta los riesgos objetivos del puesto, aunque sufragara los gastos la ETT, que es quien contrata al trabajador y tiene la obligación legal de llevarlo a cabo.¹⁵

3. Los reconocimientos previos en normas de prevención frente a riesgos específicos.

Existe una serie de normas que protegen frente a riesgos específicos o que regulan las condiciones de seguridad en sectores específicos que también autorizan la realización de reconocimientos médicos previos. Se detallan a continuación algunas de las especificaciones contenidas en estas normas.

3.1. Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo.

Bajo la premisa contemplada por el artículo 22 de la LPRL, “*cuando así lo disponga una disposición legal...*”, en lo relativo a la voluntariedad del sometimiento en el proceso de vigilancia de la salud, así como en el artículo 196 LGSS, el presente Real Decreto tiene como objeto “*garantizar que las condiciones psicofísicas del solicitante sean compatibles con las características del puesto de trabajo y no supongan peligro para la salud y seguridad del individuo ni del resto de la tripulación. Dichas condiciones tampoco deberán poner en riesgo la navegación marítima*” y para ello el legislador, contempla la realización de unos reconocimientos médicos previos al embarque, tal y como recoge en el artículo 5, estableciendo dos tipos de reconocimientos, el “*inicial*”, en el cual nos centraremos, y el reconocimiento “*periódico*”.

El artículo 6 caracteriza los reconocimientos médicos, como una búsqueda de aptitud del candidato, con base en el objeto previsto por el artículo 1 y valorando las circunstancias que enmarcan las condiciones psico-físicas del individuo, la edad y el entorno de trabajo.

¹⁵ En ese sentido en su libro PEDROSA ALQUEZAR, S.I., *La Vigilancia de la Salud en el Ámbito Laboral*, Consejo Económico y Social, Madrid, Abril 2005, pág. 92 y ss.

Así mismo, establece las pruebas concretas recogidas en su anexo I, facultando al médico reconecedor a realizar las pruebas que estime oportunas, siempre que sea para evaluar el grado de aptitud del solicitante, como para efectuar la vigilancia de su salud en función de los protocolos sanitarios, específicos o no, determinados por el Instituto Social de la Marina.

Además se concretan en su anexo II, el listado de procesos patológicos y limitaciones psicofísicas que deben ser considerados en la valoración de la aptitud a bordo.

Con base en la regulación específica, se expedirá un certificado de aptitud de los solicitantes, que podrá contemplar un apto, un apto con restricciones o un no apto, en el momento del reconocimiento y que tendrá una validez concreta, según las condiciones de cada trabajador, y recogido en la norma.

Claramente se realiza imposición de un reconocimiento médico obligatorio, previo al embarque, que de no obtenerse condiciona la realización del contrato, si bien la norma deja clara la intencionalidad, la búsqueda de la idoneidad del trabajador al puesto.

Pese a ser anterior al Real Decreto, ya en el año 1987, el Tribunal Supremo¹⁶, denegó la contratación de un trabajador en el mar al haberse negado al reconocimiento, y llegado el inicio de la relación laboral, el trabajador no había cumplido con la obligación, en este caso recogida en una norma sectorial, de someterse a los reconocimientos previos si bien cabe aclarar que posteriormente en 1999 y sobre la misma materia el TSJ de Madrid¹⁷, entendió que sobre el mismo supuesto, no era causa bastante para extinguir la relación contractual, sino que se trataba de una negligencia simple, pero que da lugar a un incumplimiento laboral grave y culpable, con las consecuencias que puede dirimir y que más bien apuntan a una extinción final de la relación laboral.

Si bien, actualmente, para que se dé la relación laboral debe haberse obtenido previamente el certificado de aptitud, y para aclarar aún más la exigencia condicionante

¹⁶ STS de 09/06/1987 (RJ 1987/4315), Referente al trabajo en el mar.

¹⁷ STSJ de Madrid 269/1999 de 18/05/1999 (AS 1999/ 1584), que consideró que la negativa al sometimiento médico en el ámbito marítimo era una mera negligencia simple que no habilitaba a la extinción del contrato.

ajena al empresario, es el Instituto Social de la Marina, mediante los facultativos adscritos al Servicio de Sanidad Marítima, quien realiza los reconocimientos médicos, de forma gratuita.

Por último cabe hacer mención al supuesto especial de una trabajadora del mar, en estado de gestación posterior al reconocimiento médico. Tal como indica la directiva europea¹⁸, no existe obligación por parte de la trabajadora a comunicar su estado, para obtener la protección oportuna si no lo desea. Si bien es evidente, que el empresario no podrá iniciar las medidas de protección previstas en la LPRL, en su artículo 26, si no tiene conocimiento del hecho. FOTINOPOULOU BASURKO, en ese sentido entiende la necesidad de comunicar la situación al empresario, para hacer efectiva la protección necesaria, tal como se pronuncia en su artículo¹⁹.

3.2. Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

El presente Real Decreto, en la misma línea que la regulación específica para trabajadores del mar, el artículo 39, remite a las generalidades de la LPRL en cuanto al cumplimiento de las medidas preventivas, si bien, el artículo 40 recoge específicamente la realización de dos tipos de reconocimientos, unos “*periódicos*”, y otros “*previos*”, en concreto dirigiéndose a un determinado tipo de trabajador, los englobados en la categoría A, que al parecer estarán sometidos a riesgos más elevados, indicando que “*toda persona que vaya a ser clasificada como trabajador expuesto de categoría A deberá ser sometida a un examen de salud previo, que permita comprobar que no se halla incurso en ninguna de las incompatibilidades que legalmente estén determinadas y decidir su aptitud para el trabajo*”.

En el artículo 41, especifica el objeto del examen médico de salud previo “*... de toda persona que vaya a ser destinada a un puesto de trabajo que implique un riesgo de exposición que suponga su clasificación como trabajador expuesto de categoría A*

¹⁸ Directiva 92/85/CEE, del Consejo, de 19 de octubre de 1992 (LCEur 1992, 3598), relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.

¹⁹ FOTINOPOULOU BASURKO, O. “La detección del embarazo de la mujer marino en el contexto del reconocimiento previo al embarque”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 21/2011 parte Estudio, Editorial Aranzadi, SA, Pamplona 2011, BIB 2010/3496.

tendrá por objeto la obtención de una historia clínica que incluya el conocimiento del tipo de trabajo realizado anteriormente y de los riesgos a que ha estado expuesto como consecuencia de él y, en su caso, del historial dosimétrico que debe ser aportado por el trabajador.”

El legislador clasifica los resultados del examen de salud previo en tres tipos, apto, no apto, o apto con limitaciones, sin embargo, la norma no aclara la cuestión de si es requisito la superación del examen médico para la contratación, o una vez realizada con resultado de no apto se debiera proceder a una adaptación del puesto u otras medidas.

La idoneidad del candidato para un puesto de estas características es imprescindible, y esa adecuación se intenta llevar a cabo con el reconocimiento previo recogido en la norma, permitiendo una búsqueda más concreta de una persona con menos sensible a los riesgos, en este caso radiaciones, a los que puede verse sometido y cabe por tanto pensar que el fin es la contratación o no de personas tendentes a desarrollar enfermedades profesionales derivadas de esos riesgos.

3.3. Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo; en lo que refiere al personal de vuelo.

El Real Decreto 1561/1995, regula las jornadas especiales de trabajo, englobando como tal en ellas las que se ven obligadas a realizar el personal de vuelo. Si bien la normativa reguladora específica es otra²⁰, el legislador ha previsto en su artículo 14 la regulación del tiempo de trabajo y descanso del personal de vuelo. Concretamente en el punto 7 del artículo establece²¹ el disfrute de una evaluación gratuita de salud previa a la incorporación al trabajo, así como posteriormente a intervalos regulares

²⁰ Real Decreto 270/2000, de 25 de febrero, por el que se determinan las condiciones para el ejercicio de las funciones del personal de vuelo de las aeronaves civiles.

²¹ Real Decreto 1561/1995, artículo 14.7 *“El personal de vuelo disfrutará de una evaluación gratuita de su salud con carácter previo a su incorporación al trabajo y, posteriormente, a intervalos regulares, en los términos del artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y del artículo 37.3 del Reglamento de los servicios de prevención, aprobado por el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. En su caso, lo dispuesto en el párrafo anterior se entenderá cumplido con la realización de los reconocimientos médicos periódicos exigidos al personal de vuelo de las aeronaves civiles para la obtención y mantenimiento de la validez de sus licencias, habilitaciones, autorizaciones o certificados, de conformidad con lo establecido en las normas de aviación civil reguladoras de tales reconocimientos.”*

basándose en el artículo 22 de la LPRL y el artículo 37.3 del Reglamento de Servicios de Prevención.

La sentencia del Tribunal Constitucional²² vista anteriormente, donde tras realizar un reconocimiento médico a una trabajadora, procede a la finalización de la relación contractual, tras haber detectado el consumo de drogas, el Tribunal Constitucional deja clara la regla general de voluntariedad de los reconocimientos médicos, y que sólo podrán ser impuestos cuando esté en juego la salud del propio trabajador, o existan riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

En un análisis más profundo, el Tribunal Constitucional especifica en la sentencia que el reconocimiento médico no es un instrumento de control de la salud de los trabajadores, ni *“como tampoco una facultad que se le reconozca para verificar la capacidad profesional o la aptitud psicofísica de sus empleados con un propósito de selección de personal o similar”*.

Además resalta la importancia de la comunicación del trabajador del objeto de los reconocimientos, y la *“información buscada en los análisis médicos, y que en concreto no se le informó de que se analizaría su consumo de estupefacientes”*.

Confirma la capacidad de búsqueda de idoneidad del candidato en el reconocimiento médico, y descarta su uso con fines selectivos.

3.4. Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Seguridad Privada.

La seguridad privada está estrechamente relacionada con la seguridad, siendo un sector muy acotado por la legislación estatal, y asemejándose su régimen al de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, como más adelante se pondrá de manifiesto.

En este caso, el legislador en el artículo 53 del Real Decreto, puntualiza los requisitos generales del personal que se dedique a la seguridad privada, debiendo reunir entre otros *“c) Poseer la aptitud física y la capacidad psíquica necesarias para el ejercicio de las respectivas funciones sin padecer enfermedad que impida el ejercicio*

²² STC 196/2004 de 15/11/2004 (RTC2004/196).

de las mismas”, sin embargo, en ningún punto de la norma puntualiza cuáles son esas aptitudes, capacidades o enfermedades.

Para ello habrá que acudir a la regulación de la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de vigilancia²³, donde el artículo 4 establece la *“necesidad de someterse a las pruebas [...] para el uso de armas, y aquellas que deseen obtener la habilitación necesaria para prestar servicios de seguridad privada o para continuar su prestación como vigilantes...”* , recogiendo más adelante los cuadros de aptitud condicionantes par la obtención de la licencia, en el artículo 5, dirimiendo de la exploración un informe concretando resultados de “apto o no apto” según proceda, en base al contenido de carácter calificativo y excluyente recogido en los anexos.

Es por tanto que la idoneidad del candidato es el objeto del reconocimiento médico, si bien son pruebas genéricas que habilitan para la obtención de una acreditación administrativa, si bien no están relacionadas con el puesto al que el trabajador opte en el futuro, en parte porque se desconocen las peculiaridades del puesto concreto (pudiera ser contratado como vigilante de seguridad en una central nuclear, debiendo aplicársele además el Real Decreto visto anteriormente), y en parte por la generalidad del reconocimiento, que solo certifica la idoneidad del candidato al puesto que aspira, no siendo más que un filtro administrativo de carácter gubernamental, a los estadios previos a la contratación empresarial.

²³ Real Decreto 2487/1998, de 20 de noviembre, por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada.

III. RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PREVIOS A LA CONTRATACIÓN: EN BÚSQUEDA DE LA IDONEIDAD DEL CANDIDATO PARA EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL PUESTO.

Hasta ahora se ha analizado la posibilidad de realizar reconocimientos previos a la contratación por motivos de salud laboral. Existe otro ámbito posible en el que puede plantearse la realización de reconocimientos médicos. Así sucederá cuando sea necesario para comprobar la aptitud del trabajador para desempeñar las funciones de su puesto. No se trataría de verificar la idoneidad del trabajador para desempeñar el puesto de trabajo en condiciones de seguridad, sino de comprobar la idoneidad del trabajador para realizar las funciones del puesto. Es decir, se trata de verificar si es apto para realizar su trabajo en condiciones adecuadas y con el rendimiento exigido²⁴.

El empresario durante el proceso de selección puede realizar las pruebas que estime oportunas para decidir la contratación, pero ha de respetar en todo caso los derechos fundamentales del trabajador. En estos procesos selectivos el trabajador podrá ser sometido a pruebas de carácter físico, entrevistas o pruebas de conocimiento pero en la realización de estas pruebas el empresario no podrá atentar contra los derechos fundamentales del trabajador, muy en particular, habrá de respetarse el derecho a la intimidad. Por ello, las pruebas han de estar justificadas atendiendo a las funciones del puesto y han de ser las estrictamente necesarias.

Ahora bien, lo anterior, no impide que el empresario pueda realizar reconocimientos médicos con el propósito de verificar si el trabajador reúne las condiciones de carácter psicofísico mínimas para realizar las funciones del puesto. La tarea más difícil en este punto es identificar los supuestos en los que los reconocimientos médicos son un instrumento necesario para comprobar que el trabajador es apto para el desempeño del puesto.

Al respecto la jurisprudencia y los convenios colectivos se han pronunciado en términos amplios. Los reconocimientos médicos previos, cada vez son más frecuentes, y la jurisprudencia avala de forma más amplia su uso, siempre con un fin claro, la búsqueda de la idoneidad del candidato al puesto de trabajo, limitándose el

²⁴ GOÑI SEIN, J.L. y RODRÍGUEZ SANZ DE GALDEANO, B.: “El reconocimiento médico de aptitud profesional del aspirante al empleo” en AA.VV. (dir.: ALENZA GARCÍA, J.F. y ARCOS VIEIRA, M.L.) *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho Sanitario*, Aranzadi, Pamplona, 2013, págs. 301 y ss.

reconocimiento a ese fin. De hecho el TSJ de Madrid, en su sentencia de 20 de septiembre de 2004 (JUR 2004/277909)²⁵ considera justificación bastante de los reconocimientos que se limiten “a la constatación de que el aspirante reúne las condiciones psicofísicas que precisa el normal y pleno desarrollo del contenido funcional específico de cada puesto de trabajo...”

En este punto entran las aspiraciones de algunos convenios colectivos²⁶, que valoran la posibilidad de que se realicen reconocimientos médicos previos a la contratación a los aspirantes, para determinar la aptitud del candidato, y que condicionará su contratación. Incluso algunos exigen que el reconocimiento se adecue al puesto a desempeñar, o puntualizan las pruebas médicas a realizar.

En ese sentido NAVARRO NIETO²⁷ entiende que sería el reconocimiento previo el medio necesario para la ocupación del trabajador en determinados puestos que exigen valorar la aptitud del candidato, buscando la idoneidad en el desempeño de las tareas para las que el candidato sería contratado.

Por lo tanto, en aras a garantizar el derecho fundamental a la intimidad del trabajador y salvaguardar también el legítimo interés empresarial en seleccionar a un candidato idóneo, cabe la realización de reconocimientos médicos cuando resulte imprescindible atendiendo a las funciones del puesto de trabajo. Por otro lado, resulta claro que estos reconocimientos han de ser los estrictamente necesarios para valorar la idoneidad del candidato, no cabe por tanto la realización de reconocimientos médicos genéricos.

²⁵ Vid. también STSJ Castilla y León 07/01/1998 (AS1998/5047) y STSJ Andalucía 2272/1998, 01/07/1998 (AS 1998/3377).

²⁶TOSCANI GIMENEZ, D.: *Los reconocimientos médicos de los trabajadores y su régimen jurídico laboral*, Albacete, Bomarzo 2011, págs. 40 y 41. Ejemplos de Convenios Colectivos que recogen estas medidas, de carácter voluntario: Convenio Colectivo Estatal para la Industria Azucarera (BOE 23.9.2007, acuerdo 17), Convenio Colectivo para la Fabricación de Tejas ladrillos y piezas especiales de arcilla cocida (19.12.2006, art. 24), Convenio Colectivo Personal Docente Investigador contratado de las Universidades Públicas de Murcia (BO 9.9.2009, art 75) entre otros, y V Convenio Colectivo General de la Construcción (BOE19.3.2007, art.43) que recoge el reconocimiento médico de carácter obligatorio previo a la contratación.

²⁷ NAVARRO NIETO, F. “Los reconocimientos médicos como instrumentos de vigilancia de la salud laboral: condicionantes legales y jurisprudenciales”, BIB 2012/300.

1. Los reconocimientos médicos en el Estatuto Básico del Empleado Público.

El Estatuto Básico del Empleado Público ²⁸ recientemente aprobado por Real Decreto, en su artículo 61.5 (de igual redacción que en el que se encontraba en vigor anteriormente²⁹, y que ha sido derogado), contempla la posibilidad de “*Exigirse reconocimientos médicos.*”, hecho que condiciona al aspirante a la obtención de la plaza, ya que es indispensable la superación de lo recogido en el artículo 61 para la adquisición de la condición de funcionario de carrera, según el punto 1.a) y punto 2 del artículo 62.³⁰

Esta posibilidad de realización de reconocimientos médicos ha gozado de un desarrollo reglamentario particular para el acceso al Cuerpo Nacional de Policía y a la Guardia Civil. En éste ámbito se realizan reconocimientos médicos de carácter excluyente, en aplicación del artículo mencionado.

1.1. Acceso a Guardia Civil

El acceso a la Guardia Civil regulado en la Ley 29/2014, de 28 de noviembre de Régimen del Personal de la Guardia Civil recoge en su artículo 33.h) como requisito general para el ingreso en los centros docentes de formación “*poseer la aptitud psicofísica que se determine*”³¹, concretando en el artículo 57 que en el expediente de aptitud psicofísica deberán figurar “*los resultados de reconocimientos médicos y de las*

²⁸ Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

²⁹ Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (Vigente hasta el 01 de Noviembre de 2015).

³⁰ Artículo 62 Adquisición de la condición de funcionario de carrera.

1. La condición de funcionario de carrera se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

a) Superación del proceso selectivo.

b) Nombramiento por el órgano o autoridad competente, que será publicado en el Diario Oficial correspondiente.

c) Acto de acatamiento de la Constitución y, en su caso, del Estatuto de Autonomía correspondiente y del resto del Ordenamiento Jurídico.

d) Toma de posesión dentro del plazo que se establezca.

2. A efectos de lo dispuesto en el apartado 1.b) anterior, no podrán ser funcionarios y quedarán sin efecto las actuaciones relativas a quienes no acrediten, una vez superado el proceso selectivo, que reúnen los requisitos y condiciones exigidos en la convocatoria.

³¹ En el mismo sentido el Real Decreto 597/2002, de 28 de junio, por el que se aprueba el Reglamento general de ingreso en los centros docentes de formación del Cuerpo de la Guardia Civil, en el artículo 17.i), establece como condiciones generales “*poseer la aptitud psicofísica necesaria para cursar los respectivos planes de estudios, que será acreditada mediante la superación de las pruebas que se determinen en la correspondiente convocatoria*”.

pruebas psicológicas y físicas que se realicen [...] pudiendo comprender análisis y comprobaciones con carácter obligatorio, encaminados a detectar los estados de intoxicación etílica y el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.”

Será por tanto necesaria la realización de un reconocimiento médico para determinar si el aspirante a la contratación posee la aptitud psicofísica necesaria. El reconocimiento se realiza en base a las circunstancias recogidas en la Orden de 9 de abril de 1996³², apéndice B, donde se excluye a todos los aspirantes que no reúnan las condiciones médicas exigidas para el puesto al que aspiran, recogido en el Anexo I de este documento.

Se debe aclarar que los aspirantes que participan en el proceso selectivo, desconocen el puesto al que aspiran concretamente, si bien es claro que el objeto final es el ingreso en la Guardia Civil, nada tiene que ver con las funciones concretas que deberán desarrollar los aspirantes una vez tomen posesión y elección del destino.

Es más, en primera instancia, participarán en un curso de formación, para posteriormente cursar un periodo de prácticas en calidad de funcionarios en prácticas, donde desarrollarán sus funciones en diferentes destinos.

La disposición aplica a todos los aspirantes un mismo criterio, con una elevada capacidad selectiva, que bien puede rozar límites constitucionales, pese a que la búsqueda de la idoneidad al puesto de trabajo parece ser objeto de la norma, en concreto la búsqueda de la aptitud psicofísica necesaria, no puede ser justificada en un proceso selectivo para el ingreso a un curso de formación genérico, y que claramente no se ajusta de forma específica a la idoneidad que puede ser exigida al aspirante a un puesto concreto, ya que aún se desconoce cuál será el destino final en el momento de la realización de los reconocimientos médicos previos excluyentes.

Si el aspirante supera la fase selectiva elegirá dentro de un extenso abanico de destinos, cada uno con sus peculiaridades y riesgos específicos, pudiendo desde llegar a

³² Orden del 9 de abril de 1996 por la que se aprueban las bases y circunstancias aplicables a los procesos selectivos para ingreso en los centros docentes militares de formación para acceso a la Escala Básica de Cabos y Guardias de la Guardia Civil, modificada en su apartado 1 del párrafo A) por el apartado único de la Orden PRE/600/2006, de 3 de marzo que a su vez ha sido modificado por el apartado único de la Orden PRE/735/2007, de 27 de marzo, en lo relativo a la altura exigida a los aspirantes.

ocupar un puesto en una unidad de élite de carácter militar con elevada exigencia tanto física como psíquica, como llegar a desempeñar funciones administrativas de inventario, u oficina.

Es evidente el abismo existente en cuanto a los riesgos entre los dos ejemplos citados, sin embargo a los aspirantes, vayan a ocupar uno u otro destino, en la fase inicial del proceso selectivo son sometidos al mismo reconocimiento médico, con unos ítems excluyentes que perfilan un candidato más idóneo para ocupar unidades de élite, que empleos menos exigentes, y excluyendo en éste proceso a aspirantes que perfectamente pudieran emplearse en puestos de menor exigencia, de no tener los reconocimientos un carácter excluyente.

Cabe recordar la Sentencia Constitucional³³, vista anteriormente, donde se aclara que el reconocimiento médico no es un instrumento de control de la salud de los trabajadores, ni *“como tampoco una facultad que se le reconozca para verificar la capacidad profesional o la aptitud psicofísica de sus empleados con un propósito de selección de personal o similar”*, sin embargo, el proceso selectivo parece ir en contra de la idea del Tribunal Constitucional, empleando los reconocimientos médicos como un proceso selectivo para la búsqueda de “los mejores”.

Así mismo llama la atención la capacidad para someter a los trabajadores a *“análisis y comprobaciones con carácter obligatorio, encaminados a detectar los estados de intoxicación etílica y el consumo de drogas tóxicas, estupeficientes o sustancias psicotrópicas.”*, sin acotar el marco temporal, y cuando pese a ser evidente sus efectos contraproducentes en la prestación del servicio, el ordenamiento jurídico solo persigue la intoxicación etílica, y el consumo de drogas en determinados supuestos, principalmente relacionados con la conducción de vehículos, y con el consumo en vía pública.³⁴

³³ STC 196/2004 de 15/11/2004 (RTC2004/196).

³⁴ Según la Ley 6/2014, de 7 de abril, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo y la Ley Orgánica 4/2015 de 30 de marzo de Protección de la Seguridad Ciudadana, sin perjuicio de lo que se establezca en el Código Penal, en lo relativo a los delitos contra la seguridad vial y los delitos contra la salud pública.

1.2. Acceso a la Policía Nacional

En el caso del acceso a la Policía Nacional, la reciente legislación recogida en la Ley Orgánica 9/2015, de 28 de julio³⁵ en su artículo 26 establece como requisitos para el acceso, en el apartado 1.d) “*No hallarse incluido en ninguna de las causas de exclusión física o psíquica que impidan o menoscaben la capacidad funcional u operativa necesaria para el desempeño de las tareas propias de la Policía Nacional. El catálogo de exclusiones médicas para el ingreso en la Policía Nacional se establecerá reglamentariamente.*”, la regulación reglamentaria donde se definen las exclusiones medicas, se realiza mediante Orden de 11 de enero de 1988³⁶, definiendo un listado de exclusiones médicas para los aspirantes.

Es evidente al igual que en el punto anterior, la exigencia de algunos de los puestos a cubrir, si bien, se trata de un examen médico previo, genérico, y no específico al puesto, que bien pudiera vulnerar principios constitucionales.

De igual forma, en la propia convocatoria de acceso³⁷ que se regula con la normativa anterior³⁸ establece una fase eliminatoria de reconocimiento médico en base a la Orden de 11 de enero de 1988, reproducida en el anexo III de la propia convocatoria y reflejado en el Anexo II de este trabajo, donde al final de la convocatoria introduce dentro del apartado “*Otros procesos patológicos*”, la capacidad del tribunal de establecer “*cualquier otro proceso patológico que, a juicio del Tribunal Médico limite o incapacite para el ejercicio de la función policial*”, como exclusión.

Por ejemplo, en el anexo de la citada orden se alude como exclusión médica relativa a la audición la “*Agudeza auditiva que suponga una perdida entre 1.000 y 3.000 hertzios a 35 decibelios o de 4.000 hertzios a 45 decibelios*”, o en un mismo sentido “*Agudeza visual sin corrección inferior a los dos tercios de la visión normal en*

³⁵ Anteriormente regulado por la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, y en el Real Decreto 614/1995, de 21 de abril por el que se aprueba el Reglamento de los procesos selectivos y de formación del Cuerpo Nacional de Policía, modificado por el Real Decreto 440/2007.

³⁶ Orden de 11 de enero de 1988 por la que se establece el cuadro de exclusiones médicas para el ingreso en el Cuerpo Nacional de Policía, que ha sido modificada en lo relativo a la estatura de los aspirantes por el Real Decreto 440/2007 que a su vez modifica el Real Decreto 614/1995 que aplicaba los mismos términos que la Orden de 11 de enero de 1988 en lo relativo a la estatura.

³⁷ Resolución de 29 de abril de 2015, de la Dirección General de la Policía.

³⁸ Aclárese que se rige por la normativa anterior, Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y en el Real Decreto 614/1995, de 21 de abril por el que se aprueba el Reglamento de los procesos selectivos y de formación del Cuerpo Nacional de Policía, modificado por el Real Decreto 440/2007.

ambos ojos” o por ejemplo quien esté afecto por *“enfermedades de transmisión sexual”*. (Recogido en el Anexo II de este documento).

Cabe dudar de si las funciones de policía resultan incompatibles con ese amplio abanico de enfermedades, o simplemente se disponen de tal forma que los candidatos que accedan al puesto se encuentren, no en un buen estado de salud, sino en un excelente estado.

En este sentido es cuestionable en cuanto puede impedir para las funciones del puesto que un aspirante pueda padecer enfermedades de transmisión sexual, cuando es obvio que ninguna de sus funciones en el puesto van a estar directamente relacionadas con la actividad necesaria para la transmisión de éstas, o las limitaciones para el empleo de una persona con agudeza visual inferior a la exigida, que puedan corregirse con lentes visuales u otras técnicas similares y que de hecho con el paso del tiempo, muchos de los trabajadores deberán recurrir a su uso para el desempeño del puesto, y no por ello sean no aptos para las funciones.

Además establece la posibilidad independientemente de las exclusiones médicas, de la realización durante cualquier fase del proceso selectivo de *“análisis de sangre y orina o cualquier otro que se estime conveniente para detectar el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o psicotrópicos”*, dando los aspirantes su consentimiento al incluirse en el proceso selectivo, y su exclusión del mismo en caso de negativa a someterse en el momento que sea requerido. Sin embargo, no menciona el fin de dichas pruebas, ni las consecuencias de un positivo en las mismas, además de llamar la atención la realización de éstas pruebas, debido a la laxitud del ordenamiento jurídico en cuanto a la penalización del consumo de sustancias de éste tipo, y no prohibición.³⁹

También habilita al Tribunal para la realización de pruebas de *“consumo de sustancias o grupos farmacológicos prohibidos, de estimulantes o cualquier tipo de dopaje, según las normas del Consejo Superior de Deportes, destinados a aumentar la*

³⁹ La Ley Orgánica 4/2015 de 30 de marzo de Protección de la Seguridad Ciudadana, en su artículo 36.16 establece como infracción grave *“16. El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares.”*

capacidad física o a modificar los resultados de la prueba”, quedando eliminados los que den positivo en el consumo de dichas sustancias.

Al igual que en el caso anteriormente estudiado, para el acceso a Guardia Civil, parece ser un proceso selectivo, donde se realizan pruebas médicas y físicas genéricas, que no indican la idoneidad del candidato para un puesto concreto, sino que se cercioran de que el aspirante cumple las generalidades de todos los puestos, independientemente del empleo que posteriormente ocupe, pudiendo no ajustarse a los principios de proporcionalidad.

Además, la exigencia de algunos de los requisitos de acceso, puede entenderse que carezca de sentido debido a que con el paso del tiempo muchos de los aspirantes que logren ser contratados no superarán los mínimos establecidos para el acceso, como por ejemplo el relativo a la visión o audición, ya que la progresiva pérdida de éstas será más incipiente conforme el trabajador sea más adulto.

IV. ESPECIAL REFERENCIA A LOS EMPLEOS DE SEGURIDAD Y SALVAMENTO EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA.

1. Régimen general de los Funcionarios del Gobierno de Navarra

En virtud de la Constitución Española de 1978, en sus artículos 148 y 149, las Comunidades Autónomas podrán mediante sus Estatutos asumir las competencias dentro del marco constitucional exigido. Así pues la Comunidad Foral de Navarra, mediante la Ley Orgánica de Amejoramiento del Fuero Navarro 13/1982, regula en su Título II, las facultades y competencias de la Comunidad Foral de Navarra, atribuyendo en el artículo 49.1.b el *“régimen estatutario de los funcionarios públicos de la Comunidad Foral, respetando los derechos y obligaciones esenciales que la legislación básica del Estado reconozca a los funcionarios públicos”*.

El desarrollo competencial se realiza con el Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de Agosto por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, de aplicación a *“la Administración de la Comunidad Foral, las Entidades Locales de Navarra, y los Organismos Públicos Dependientes de la Administración de la Comunidad Foral o de las Entidades Locales de Navarra.”*

En su desarrollo, se establecen los requisitos para ser admitido a las pruebas selectivas. En el artículo 7.a.d, establece la exigencia de *“d) Poseer la capacidad física y psíquica necesaria para el ejercicio de las correspondientes funciones”*.

Así mismo en su artículo 8.1, establece *“que la selección de los aspirantes al ingreso como funcionarios en las Administraciones Públicas de Navarra se regirá por las bases de la convocatoria respectiva, cuyo contenido se determinará reglamentariamente”*, bases que serán publicadas en el Boletín Oficial de Navarra y tendrán carácter vinculante para los tribunales que hayan de juzgar las pruebas selectivas y a quienes tomen parte en ellas.

En el Capítulo II, sobre adquisición y pérdida de la condición de funcionario, en el artículo 9.a, establece como requisito para la adquisición de la condición de funcionario, la superación de las pruebas selectivas, que según se defiende en el artículo 5 y 6 de la norma, serán *“pruebas selectivas, por el sistema de oposición o de*

concurso – oposición, de carácter competitivo, para fijar la aptitud de los aspirantes y fijar un orden de prelación, basadas en los principios de mérito y capacidad” y que serán “de carácter teórico y práctico, y podrán comprender la realización de cursos de formación y práctica administrativa”.

Si bien atendiendo a la legislación aplicable, en ningún caso menciona el reconocimiento médico en los procesos de contratación como requisito para el acceso al empleo, haciendo referencia únicamente al término “*pruebas selectivas*” o “*poseer la capacidad psíquica y física necesarias...*”.

Es por tanto bajo el paraguas de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en el artículo 22, el artículo 37.7 del Reglamento de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales donde recoge los supuestos en los que no se necesita consentimiento del trabajador para realizarle un examen médico, y de forma más precisa el artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social que establece la obligación empresarial de practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores que hayan de ocupar puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales a cargo de la empresa, e impidiendo la contratación de los trabajadores que en el reconocimiento médico no hubieran sido calificados como aptos para desempeñar los puestos de trabajo.

Atendiendo a las indicaciones del artículo 22.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la vigilancia de la salud del trabajador por parte del empresario sólo podrá llevarse a cabo cuando éste preste su consentimiento, si bien como anteriormente se ha visto, recoge tres supuestos en los que no es necesaria la conformidad.

Actualmente el Gobierno de Navarra en sus diferentes convocatorias para la provisión de los diferentes empleos, viene realizando reconocimientos médicos en virtud a la normativa específica en materia de Prevención de Riesgos Laborales durante el proceso selectivo, en concreto como fase final antes de la incorporación al empleo, a cargo del Servicio de Prevención de Riesgos de Gobierno de Navarra.

Cabe resaltar, que en ningún caso éste reconocimiento tenía carácter excluyente, y se encontraba amparado por el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto a la obligación del reconocimiento sin necesidad de

consentimiento del aspirante, pues se articula bajo una disposición legal que en cada caso regule la convocatoria.

Sin embargo, para la provisión de puestos de trabajo de Policía Foral, así como para provisión de puestos de trabajo que integren los Servicios de Extinción de Incendios y Salvamento⁴⁰, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de Navarra venía sometiendo a los aspirantes a un reconocimiento médico previo de carácter excluyente, vinculante a todos los aspirantes, así como al Tribunal calificador. La no superación de las pruebas daba lugar a la exclusión del aspirante del proceso selectivo.

2. Reconocimientos médicos para el acceso a los empleos de Policía Foral y Bombero.

2.1. Marco regulador genérico: normativa reglamentaria y previsiones de cada convocatoria.

El Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de Agosto por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, en su artículo 2.1.a) del Título I, excluye de su ámbito de aplicación del Estatuto, entre otros a los miembros de la Policía Foral.

Sin embargo el Estatuto es de aplicación a los funcionarios que integren los Servicios de Extinción de Incendios y Salvamento dependientes de las Administraciones Públicas de Navarra, y de hecho, así recoge las peculiaridades del personal al servicio, en la Disposición Adicional Decimoquinta.

En el caso de los funcionarios de Policía Foral de Navarra, la normativa que la regula es la Ley de Policías de Navarra⁴¹. En el artículo 30, establece como requisitos *“d) Poseer las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para el ejercicio de la función y no estar inmerso en el cuadro de exclusiones médicas que se determine en la Orden Foral del Consejero competente por razón de la materia”*.

⁴⁰ En las modalidades de bombero fijo o bombero fijo discontinuo.

⁴¹ Ley Foral 15/2015, de 10 de abril por la que se modifica la Ley Foral 8/2007 de 23 de marzo de las Policías de Navarra.

Para el caso de los aspirantes al Cuerpo de Policía Foral de Navarra, el art. 5.1 d) del Decreto Foral 718/2003, de 29 de Diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Personal de Los Cuerpos de Policía de Navarra contempla como un requisito de acceso: *“Poseer las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para el ejercicio de la función y no estar inmerso en el cuadro de exclusiones médicas que se establece en el anexo I de este Decreto Foral”*. El Anexo I (que se adjunta como Anexo III de este trabajo) contempla el cuadro de exclusiones médicas para el acceso al cuerpo de Policía. No obstante, el art. 7 de este mismo Decreto Foral, señala que dentro del contenido mínimo de la convocatoria habrá de especificarse cuáles son las patologías e incapacidades excluyentes.

A su vez, para la provisión de puestos de trabajo en el empleo de extinción de incendios y salvamento⁴², la Ley Foral 8/2005, de 1 de Julio de Protección Civil y Atención de Emergencias de Navarra, en su Disposición Adicional Sexta, establecía los mismos requisitos contemplados en el mencionado Anexo I del Decreto Foral 718/2003, que regula el acceso para Policía Foral.

Sin embargo esta Disposición Adicional Sexta de la Ley Foral 8/2005 ha sido derogada por la Ley Foral 8/2007, de 23 de marzo de las Policías de Navarra, y que a su vez es modificada por la Ley Foral 15/2015, de 10 de abril, de Policías de Navarra.

Este devenir legislativo da lugar a la inexistencia de una reglamentación concreta en cuanto a las exclusiones médicas para la provisión de puestos de trabajo para Bombero, si bien Gobierno de Navarra le da publicidad dentro de las bases de la propia convocatoria, pese a incumplir lo dispuesto en el Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, en su artículo 8.1: *“que la selección de los aspirantes al ingreso como funcionarios en las Administraciones Públicas de Navarra se regirá por las bases de la convocatoria respectiva, cuyo contenido se determinará reglamentariamente”*.

⁴² En lo referente al Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento, existen dos modalidades: en primer lugar la modalidad de Bombero el régimen fijo, con la condición de funcionario, y en segundo lugar los auxiliares de Bombero, en régimen de contrato temporal, que a su vez se conforman en tres puestos diferentes: *“Conductor auxiliar de bombero, Peón auxiliar de bombero y Peón Vigilante de observatorio”*, a los que se englobaran en el estudio como *“Bomberos Temporales”*.

De lo anterior resulta, que el cuadro de requerimientos médicos para el acceso a los cuerpos de policía y bombero requiere tener en cuenta las contemplaciones específicas de cada convocatoria.

Para la confección de las pruebas médicas de carácter excluyente, el Gobierno de Navarra, solicita de forma interna a los facultativos médicos competentes responsables de cada especialidad médica, una previsión de exclusiones médicas que a su criterio entiendan como indispensables para desempeñar el empleo del que se trate. A partir de aquí se elabora un documento interno con las exclusiones médicas para cada puesto, que adquiere publicidad en el momento de ser convocada la provisión de puestos, así como en su desarrollo normativo⁴³, y que es remitido al órgano encargado; hasta ahora el Servicio Navarro de Prevención de Riesgos Laborales para su aplicación a los aspirantes en los reconocimientos médicos previos a la contratación.

Actualmente, la responsabilidad de someter a los aspirantes a los reconocimientos médicos previos a la contratación ha dejado de recaer sobre el Servicio de Prevención del Gobierno de Navarra, debido que parece ser más idóneo la realización de reconocimientos médicos a aspirantes por una entidad diferente al Servicio de Prevención, tal como se recoge en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, en su artículo 31.3, ya que la labor del Servicio de Prevención, tal como el legislador recoge en el artículo 31.1.f) es la de realizar la vigilancia de la salud del trabajador en relación con los riesgos derivados del trabajo, pues los sometidos no son trabajadores de la empresa, sino meros aspirantes al puesto.

Se realiza la adjudicación de la tarea al Instituto Navarro de Salud Laboral de Navarra, mediante la modificación de sus Estatutos.⁴⁴

⁴³ Por medio del Decreto Foral 718/2003, anexo I visto anteriormente para el caso de Policía Foral, y en las bases de cada convocatoria para el caso de Bomberos.

⁴⁴ Por el Decreto Foral 242/2015, de 14 de octubre por el que se modifica el Decreto Foral 63/2012, de 18 de julio, por el que se crea y aprueban los Estatutos de Organismo Autónomo Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, según la Disposición Transitoria Cuarta por la que el examen médico de los aspirantes a empleados de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y de sus organismos autónomos: *“La Sección de Valoración Clínico-Laboral e Inspección Médica del Servicio de Salud Laboral se hará cargo de los exámenes médicos de los aspirantes a empleados de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y de sus organismos autónomos, previstos en el presente decreto foral, a partir del 1 de enero de 2016, asumiendo en dicha fecha la realización de aquellos reconocimientos o exámenes médicos previstos en los distintos procedimientos de selección de personal, aprobados tanto con posterioridad a la entrada en vigor del presente decreto foral como con anterioridad a la misma y que se encuentren pendientes de su realización. Mientras tanto dichos exámenes médicos continuarán*

Esta idea es compartida por TOSCANI GIMENEZ, que entiende que no debe ser el personal del servicio de prevención de la empresa quien realice este tipo de reconocimientos médicos, u otros, no orientados a la vigilancia estricta de la salud, debiendo recaer en el personal médico de la mutua u otro facultativo designado por el empresario⁴⁵, criterio que parece haber sido adoptado por el nuevo Gobierno de Navarra recientemente.

2.2. Exclusiones médicas en las últimas convocatorias.

En lo relativo a la provisión de los diferentes puestos tanto de Policía Foral como Bomberos, Gobierno de Navarra incluye dentro de la redacción de las diferentes convocatorias⁴⁶ para la provisión de puestos mediante resolución establece como requisitos de los aspirantes en lo que al tema atañe, *“d) Poseer las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para el ejercicio de las funciones inherentes al puesto de trabajo objeto de convocatoria y no estar incurso en causa de exclusión médica comprendida en el Anexo IV de la convocatoria”*⁴⁷

En su Anexo IV⁴⁸, (recogido en este trabajo como Anexo III), recoge la relación de exclusiones médicas para cada puesto de trabajo, este Anexo IV viene a reproducir literalmente el cuadro de exclusiones recogido en el Anexo I del Decreto Foral 718/2003. En concreto se recogen en torno a 14 grupos, atendiendo al órgano de la salud al que se refieren, una serie de enfermedades que determinan la exclusión del candidato. Se recogen entre otras, el asma, la cirrosis, la osteoporosis según su

siendo realizados por los Servicios de Prevención de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos.”

⁴⁵ TOSCANI GIMENEZ, D. *Los reconocimientos médicos de los trabajadores y su régimen jurídico laboral*, Albacete, Bomarzo 2011, pág. 44 y ss.

⁴⁶ Véase convocatoria aprobada por Resolución 1152/2015 de 18 de mayo del Director General de Función Pública, para la provisión, mediante oposición, de diez plazas del puesto de trabajo de Bombero al servicio de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos, ó Resolución 130/2009, de 14 de agosto, del Director Gerente del Instituto Navarro de Administración Pública, por la que se aprueba la convocatoria para la provisión, mediante oposición, de 115 plazas de Policía con destino a distintos Cuerpos de Policía de Navarra y la confección de una lista de aspirantes a Auxiliar de Policía Local, ó Resolución 2761/2014, de 15 de diciembre, del Director General de Función Pública, por la que se aprueban las convocatorias para la constitución, a través de pruebas selectivas, de dos relaciones de aspirantes a la contratación temporal en los puestos de trabajo de Conductor Auxiliar de Bombero y Peón Auxiliar de Bombero.

⁴⁷ Resolución 130/2009 de 14 agosto del Director Gerente del Instituto Navarro de Administración Pública, BON N°100 de 14 de agosto de 2009.

⁴⁸ Resulta ser el anexo I del Decreto Foral 718/2003, de 29 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de personal de los cuerpos de Policía de Navarra.

repercusión funcional, la insuficiencia renal o la diabetes. Se trata de exclusiones genéricas que habría que analizar a la luz del puesto que se va a desempeñar y atendiendo a si supone una verdadera limitación para el desarrollo de las funciones del puesto o a si puede implicar un riesgo para la salud de terceros.

Además cada convocatoria puede incluir otras exclusiones no incluidas en el Anexo. En concreto, para la provisión de puestos de trabajo para Bomberos Temporales⁴⁹, se introduce un punto inexistente en el cuadro de exclusiones, y que tampoco figura dentro de la propia convocatoria para el acceso a Bomberos fijos así como a Policía Foral. Establece la exclusión del proceso selectivo a aquellos aspirantes que arrojen positivo en consumo de sustancias psicotropas, incluido el alcohol⁵⁰, recogido en el Anexo V de este trabajo. De la misma forma, aparece una exclusión similar en la última convocatoria para provisión

Preguntado por este extremo al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Navarra, éste entiende que en los reconocimientos médicos periódicos al personal al servicio de la administración, se realizan pruebas de detección de sustancias estupefacientes, no como método de control del personal al servicio de la administración, sino como herramienta para diagnosticar y combatir posibles trastornos relacionados con el consumo de sustancias estupefacientes, tóxicas o análogas, así como las posibles patologías que se deriven de ello.

En el caso de los bomberos temporales, la capacidad de control preventivo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, debido a la corta duración del contrato de trabajo en éstos supuestos es ínfima, por lo tanto se establece la exclusión directa de aspirantes que incumplan este requisito en aplicación de un criterio estricto de la política de prevención, para minimizar riesgos para el trabajador debido a la especial característica del puesto.

⁴⁹Véase el Anexo II de la RESOLUCIÓN 3375/2009, de 7 de diciembre, del Director General de Función Pública, por la que se aprueban las convocatorias para la constitución, a través de pruebas selectivas, de tres relaciones de aspirantes a la contratación temporal en los puestos de trabajo de Conductor Auxiliar de Bombero, Peón Vigilante de Observatorio y Peón Auxiliar de Bombero, donde se establece para los puestos de *“Conductor auxiliar de bombero, Peón auxiliar de bombero y Peón Vigilante de observatorio”* la exclusión médica excluyente en caso de *“Cualquier resultado positivo en las pruebas de detección de consumo de sustancias psicotropas incluido el alcohol”*.

Sin embargo, tal como se ve en la última convocatoria de 2015 para la provisión de puestos de bombero temporal, en las dos modalidades convocadas: Conductor auxiliar de bombero y de Peón auxiliar de bombero, se ha eliminado el sometimiento a la detección de sustancias por parte del Gobierno de Navarra, desconociendo si ha sido motivado por una reinterpretación de la norma, o por una exigencia más proporcional del reconocimiento médico en ese sentido.⁵¹ (Recogido en el Anexo VI de este trabajo)

Entrando a realizar un análisis más exhaustivo en lo referente al sometimiento al candidato a la detección de sustancias, cabe reseñar la tendencia llevada a cabo por Gobierno de Navarra en las últimas convocatorias, tanto de Policía Foral como Bomberos:

Atendiendo en primer lugar a lo establecido por el Decreto Foral 718/2003, entiende como exclusión los *“Trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicotropas, incluido el alcohol”*. Entendiéndose como tal una enfermedad derivada del consumo y que nada o poco tiene que ver con la detección puntual y esporádica de un consumo determinado. En ese sentido se ajusta la última convocatoria de Policía Foral, en 2009⁵² (recogido en el anexo III de este trabajo).

Sin embargo, la convocatoria de bomberos temporales de 2009⁵³ y anteriores recogido su cuadro de exclusiones en el Anexo V de este trabajo, incluye como exclusión médica *“cualquier resultado positivo en las pruebas de detección de consumo de sustancias psicotropas, incluidos el alcohol”*, para en la convocatoria de bomberos temporales de 2015⁵⁴, recogida en este trabajo como Anexo VI, volver a lo dispuesto reglamentariamente aplicado para Policía Foral y posteriormente derogado en cuanto a su aplicación para las convocatorias de bomberos: *“Trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicotropas, incluido el alcohol”*.

⁵¹ Resolución 2761/2014, de 15 de diciembre, del Director General de Función Pública, por la que se aprueban las convocatorias para la constitución, a través de pruebas selectivas, de dos relaciones de aspirantes a la contratación temporal en los puestos de trabajo de Conductor Auxiliar de Bombero y Peón Auxiliar de Bombero.

⁵² Resolución 130/2009 de 14 agosto del Director Gerente del Instituto Navarro de Administración Pública.

⁵³ Resolución 3375/2009, de 7 de diciembre, del Director General de Función Pública.

⁵⁴ Resolución 2761/2014, de 15 de diciembre, del Director General de Función Pública.

Por último llama la atención la redacción de la exclusión relativa a este punto en la última convocatoria de Bomberos fijos de 2015⁵⁵, donde introduce los dos ítems anteriormente expuestos: *“Trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicotropas, incluido el alcohol. Cualquier resultado positivo en las pruebas de detección de consumo de sustancias psicotropas será considerado excluyente”*, recogido en el Anexo IV de este trabajo.

La evolución propuesta muestra inseguridad en cuanto a la tendencia a seguir, que pone en cuestión no solo la legalidad de estas prácticas, sino la necesidad y proporcionalidad de las mismas, cuando ha habido momentos temporales en los que se han aplicado, y otros en los que no se ha visto la necesidad.

Parecen desproporcionadas las exigencias a las que se someten los candidatos aspirantes a los diferentes empleos, en relación con el puesto de trabajo, sobre todo cuando algunas de ellas, con el paso del tiempo los trabajadores pueden incumplirlas, como es por ejemplo el requerimiento de agudeza visual o auditiva, cicatrices y procesos crónicos de la piel o el índice de masa corporal exigido⁵⁶ y no por ello, producen una merma en el servicio o son apartados del mismo, y más llamativo si cabe la generalidad de las exigencias para la provisión de puestos tan dispares con funciones tan diferentes, como son Policía, Bombero, y Bombero Temporal en sus tres modalidades.

⁵⁵ Resolución 1152/2015, de 18 de mayo, del Director General de Función Pública.

⁵⁶Según el anexo I de la norma, *“Agudeza visual sin corrección de 4/10 en ambos ojos, o 3/10 en el peor ojo con 5/10 en el mejor, o 2/10 en el peor ojo con 6/10 en el mejor “*, *“Cicatrices y procesos crónicos de la piel que, según extensión, repercusión funcional y localización disminuyen la capacidad para desempeño de las funciones de un policía”*, *“Obesidad, (IMC >25)”*.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA.- La realización de reconocimientos médicos no puede tener un carácter selectivo. Solo se permite el recurso a estos reconocimientos por motivos de seguridad y salud laboral o para comprobar la idoneidad del candidato. No cabe en ningún caso utilizarlo con fines de selección, si bien, existen ocasiones y muy en particular así ocurre en el ámbito de las funciones de policía y seguridad en que el reconocimiento médico previo puede en sus extremos mezclar el fin del mismo para el que fue pensado, permitiendo un proceso selectivo, en busca del mejor aspirante, y no en busca de un candidato con menos propenso a los riesgos del puesto, ni más idóneo.

SEGUNDA.- La realización de reconocimientos médicos constituye una medida para garantizar la vigilancia de la salud laboral del trabajador. Con este objetivo se permite la realización de reconocimientos médicos que con carácter general serán voluntarios y una vez iniciada la contratación. No obstante, cuando sea necesario proteger la seguridad del trabajador y de terceros cabe la realización de reconocimientos médicos obligatorios. Excepcionalmente se autoriza también la realización de reconocimientos médicos previos a la contratación cuando lo autorice una disposición legal.

TERCERA.- La comprobación de la idoneidad del candidato para el desempeño del puesto de trabajo también puede justificar la realización de reconocimientos médicos con carácter previo. Solo cabrá recurrir a un reconocimiento médico previo a la contratación, cuando sea necesaria comprobar la aptitud del trabajador al puesto, su idoneidad, pues supone una intromisión en la vida del trabajador, y deberá ser necesario, para la protección de otros bienes o derechos jurídicos superiores. Así mismo deberán ajustarse al criterio de proporcionalidad, y especialidad, con el fin de conocer si el candidato es idóneo al puesto, y no con fines selectivos.

CUARTA.- La realización de funciones de policía representa un ámbito particularmente proclive a la realización de reconocimientos médicos. La especialidad de las funciones que se desarrollan, las implicaciones que suponen por motivos de seguridad y la necesidad de seleccionar los candidatos idóneos han hecho de este sector un ámbito en que la realización de reconocimientos médicos adquiere un carácter habitual.

QUINTA.- En el acceso a los empleos de Guardia Civil, Policía Nacional, Policía Foral, y Bomberos en todas sus modalidades, parece que el objeto de las convocatorias realizadas por los Gobiernos correspondientes, no trata tanto de realizar una vigilancia de la salud, puesto que realiza exámenes genéricos, y no específicos, y más aún, dispares entre Guardia Civil, Policía Nacional y Policía Foral, entendiéndose que las funciones van a ser muy similares; sino la aplicación de un proceso selectivo por medio de la realización de pruebas físicas y psíquicas, incluidos los reconocimientos médicos, para la búsqueda del mejor aspirante, y que parece sesgar los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, más aún cuando no son exámenes específicos orientados al puesto, ya que en el momento de su realización se desconocen los empleos que el futuro realizarán. Además de su carácter excluyente. Más inentendible es si cabe, que se establezcan las mismas exclusiones médicas, es decir, que la salud del trabajador va a estar afectada por los mismo riesgos potenciales en el puesto de trabajo, para Bomberos como para Policía Foral, siendo evidente la diferenciación de sus funciones y los riesgos a los que unos y otros van a estar expuestos.

SEXTA.- Peculiar es la situación en la que se encuentra el marco normativo relativo a Bomberos, en cuanto a la reglamentación del cuadro de exclusiones médicas, que se encuentra derogado actualmente. Además la tendencia del Gobierno de Navarra en cuanto a la modulación de las exclusiones médicas, introduciendo la exclusión por positivo en sustancias estupefacientes, más aún atendiendo a lo explicado anteriormente en cuanto a la postura del ordenamiento con el consumo de sustancias estupefacientes.

VI. BIBLIOGRAFÍA

ALAMEDA CASTILLO, M.T.: *Estadios Previos al Contrato de Trabajo y Discriminación*, Aranzadi, Cizur Menor, 2013.

BERNARDO JIMENEZ, B.: “Vigilancia de la salud de los trabajadores: Los reconocimientos médicos”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 20/2002 parte *Estudio*, Aranzadi, Pamplona 2002, BIB 2003/117.

FERNANDEZ VILLAZON, L.A. en “Vigilancia de la salud y derechos de la persona del trabajador”, *La Revista Española de Derecho del Trabajo*, N° 82, 1997, Civitas.

FERNANDEZ-COSTALES MUZÑIZ, J.: *La vigilancia de la salud de los trabajadores*, EOLAS ediciones, León, 2009.

FOTINOPOULOU BASURKO, O. “La detección del embarazo de la mujer marino en el contexto del reconocimiento previo al embarque”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 21/2011 parte *Estudio*, Editorial Aranzadi, SA, Pamplona 2011, BIB 2010/3496.

GÓMEZ ALVAREZ, T.: *La vigilancia de la salud en el centro de trabajo*, Tecnos, 2003, Madrid.

GONZÁLEZ ORTEGA, S. y APARICIO TOVAR, J.: *Comentarios a la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales*, Madrid, Trotta, 1996.

GOÑI SEIN, J.L. y RODRÍGUEZ SANZ DE GALDEANO, B.: “El reconocimiento médico de aptitud profesional del aspirante al empleo” en AA.VV. (dir.: ALENZA GARCÍA, J.F. y ARCOS VIEIRA, M.L.) *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho Sanitario*, Aranzadi, Pamplona, 2013.

GOÑI SEIN, J.L.: “Límites constitucionales a los reconocimientos médicos obligatorios establecidos como medida de prevención de riesgos laborales”, *Revista de Derecho Social*, núm. 5, 1999.

MARÍN ARCE, J.T.: “El derecho de los trabajadores a la vigilancia de la salud y sus especificidades en la administración pública”, *Consorti d'estudis, mediació i conciliació a l'administració local, cemical*, disponible en http://cemical.diba.cat/publicacions/fitxers/marinarce_preveccionriesgoslaborales.pdf.

NAVARRO NIETO, F. “Los reconocimientos médicos como instrumentos de vigilancia de la salud laboral: condicionantes legales y jurisprudenciales”, BIB 2012/300.

PEDROSA ALQUEZAR, S.I.: *La Vigilancia de la Salud en el Ámbito Laboral*, Consejo Económico y Social, Madrid, Abril 2005.

PÉREZ ALENCART, L. A.: *El derecho comunitario europeo de la seguridad y salud en el trabajo*, Tecnos, Madrid, 1993.

SALA FRANCO, T. y ARNAU NAVARRO, F.: “Comentario a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: la Ley 31/1995, de 8 de noviembre,” *Actualidad Laboral*, núm. 8, 1996.

SALCEDO BELTRAN, M.C. “La adopción de medidas de vigilancia de la salud por parte del empresario”, en AA.VV. (dir.: VALIENTE LANUZA, C.T.) *La salud: intimidad y libertades informativas*, Valencia, 2006.

TOSCANI GIMENEZ, D. *Reconocimientos médicos de los trabajadores y su régimen jurídico laboral*, Bomarzo, Albacete, 2011.

TOSCANI GIMENEZ, D.: “Los reconocimientos médicos: su obligatoriedad y sus consecuencias”, *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, nº 39, pág. 18, junio 2007.

VII. JURISPRIDENCIA CONSULTADA

Tribunal Constitucional

STC 196/2004 de 15/11/2004 (RTC2004/196)

Tribunal Supremo

STS 10/06/2015 (RJ 2015/3397)

STS de 28/12/2006 (RJ 2007/1503)

STS de 09/06/1987 (RJ 1987/4315)

STS de 28/10/2006 (RJ2006/ 1503)

Tribunal Superior de Justicia

STSJ Madrid 269/1999 de 18/05/1999 (AS 1999/ 1584)

STSJ Madrid 766/2004 de 20/09/2004 (JUR 2004/ 277909)

STSJ Castilla y León de 07/01/1998 (AS 1998/ 5047)

STSJ Andalucía 2272/1998 de 01/07/1998 (AS 1998/ 3377)

VIII. ANEXOS

1. ANEXO I.

Orden de 9 de abril de 1996 - APÉNDICE «B» -Cuadro médico de exclusiones para ingreso en el Cuerpo de la Guardia Civil.

A) Capacidad física general

1. Talla inferior a 170 centímetros en hombres y 165 centímetros en mujeres, o superior a 203 centímetros en bipedestación.
2. Perímetro torácico inferior a la mitad de la talla.
3. Obesidad superior al 20 por 100 o delgadez inferior al 20 por 100 del peso ideal, siendo el peso ideal en kilogramos = $0,75 \times (\text{talla en centímetros} - 150) + 50$.
4. Pérdida o alteración, total o parcial, congénita o adquirida de cualquier parte del cuerpo, que menoscabe la morfología general.

B) Enfermedades generales

1. Enfermedades, defectos físicos o anomalías hereditarias, constitucionales o adquiridas que precisen algún tipo de tratamiento específico y/o de larga duración, o supongan riesgo o rechazo para las relaciones sociales o la convivencia dentro del Cuerpo.
2. Afecciones sistematizadas del tejido conjuntivo.
3. Tumores malignos de cualquier localización y forma clínica y los benignos que por su tamaño o localización, originen trastornos funcionales o afecten a la estética del individuo.
4. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, de cierta importancia funcional o pronóstica.
5. Trastornos de la coagulación.
6. Enfermedades inmunitarias y alérgicas de cierta importancia funcional o pronóstica.
7. Quiste hidatídico.
8. Enfermedades carenciales que hayan producido alteraciones morfológicas y funcionales.

9. Intoxicaciones agudas o crónicas, con trastornos anatómicos o funcionales importantes.

C) Enfermedades endocrinometabólicas

1. Enfermedades endocrino metabólicas, que produzcan alteraciones morfológicas o funcionales.

2. Hipercolesterinemia superior a 220 mgr por 100.

3. Hipertriglicerinemias superiores a 200 mgr por 100.

4. Hiperglucemias superiores a 110 mgr por 100.

D) Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo

1. Enfermedades de la piel o del cuero cabelludo, de tendencia crónica o recidivante, rebeldes al tratamiento.

2. Deformidades o cicatrices que afecten la movilidad o la estética del individuo o impidan el uso del equipo reglamentario.

3. Úlceras inveteradas con tendencia recidivante.

E) Enfermedades y trastornos neurológicos y psiquiátricos

1. Enfermedades orgánicas del sistema nervioso central o periférico o de las meninges que originen trastornos motores o sensitivos.

2. Anomalías congénitas o secuelas traumáticas del cráneo o del raquis que produzcan alteraciones o trastornos funcionales.

3. Movimientos involuntarios anormales en todas sus formas.

4. Crisis comiciales o de afinidad comicial (como los llamados equivalentes epilépticos y otros) con hallazgos electroencefalográficos significativos.

5. Psicosis de base somática conocida y psicosis reactivas.

6. Las llamadas psicosis endógenas de evolución crónica o recidivante.

7. Psiconeurosis de sintomatología evidente, acentuada y evolución crónica.

8. Reacciones psíquicas patológicas o desadaptativas para el servicio y trastornos de la personalidad.

9. Demencias, trastornos cognoscitivos y otros síndromes psicoorgánicos.

10. Coeficiente intelectual inferior a 90.

11. Trastornos psicomotores de fondo neuropático o constitucional que se originen o puedan acentuarse emocionalmente con el servicio.

12. Parálisis faciales residuales que por su intensidad produzcan asimetrías manifiestas en la cara.

13. Evidencia de consumo de sustancias psicótropas o drogas.

14. Consumo habitual excesivo de alcohol considerado trastorno por abuso de esta sustancia.

F) Enfermedades del aparato digestivo

1. Afecciones congénitas o adquiridas de los órganos de la cavidad bucal y faringe de cierta importancia pronóstica que originen trastornos de la masticación o de la deglución.

2. Sialorrea y fístulas salivares.

3. Afecciones del esófago, con trastornos funcionales importantes.

4. Afecciones del estómago, intestino delgado o grueso y peritoneo, en evolución, de cierta importancia funcional o pronóstica.

5. Úlcera péptica gastroduodenal.

6. Secuelas postquirúrgicas que produzcan trastornos funcionales que incapaciten para el servicio.

7. Afecciones del recto y ano, congénitas o adquiridas, que produzcan trastornos funcionales.

8. Hemorroides y prolapsos hemorroidales. Su existencia no constituye impedimento para realizar los ejercicios restantes de la convocatoria, pero será causa de exclusión siempre que no se corrijan quirúrgicamente antes, en todo caso, de efectuar su presentación en el correspondiente centro docente militar de formación.

9. Enfermedades del hígado, vías biliares y páncreas, agudas o crónicas.

10. Alteraciones de la pared abdominal que dificulten las actividades físicas que se exigen en el servicio.

11. Hernias abdominales o inguinales.

12. Fístulas perineales y sacrocoxígeas.

G) Enfermedades del aparato respiratorio

1. Desviaciones del tabique nasal o hipertrofia de cornetes que dificulten la respiración nasal. Afecciones de la nariz, fosas nasales, nasofaringe y senos paranasales cuya importancia pronóstica o funcional sea incompatible con el servicio.

2. Afecciones evolutivas o secuelas de procesos agudos o crónicos de la tráquea, bronquios, pulmones, pleura, mediastino y caja torácica, que produzcan alteraciones respiratorias.

3. Asma bronquial.

H) Enfermedades del aparato circulatorio

1. Afecciones orgánicas o funcionales de corazón, pericardio o grandes vasos, congénitas o adquiridas que produzcan alteraciones funcionales.

2. Bradicardias inferiores a 45 sístoles por minuto y sean expresión de un electrocardiograma patológico. Taquicardia permanente superior a 120 pulsaciones por minuto, estando el examinado en decúbito supino y en condiciones de reposo absoluto durante diez minutos.

3. Cardiopatías residuales.

4. Situaciones de preexcitación y todos los trastornos del ritmo o de la conducción cardíaca, excepto la arritmia sinusal, los extrasístoles supraventriculares o ventriculares aislados, el bloqueo aurículoventricular de primer grado, el bloqueo completo de la rama derecha y los hemibloqueos de rama izquierda (anterior y posterior).

5. Trastornos de la conducción cardíaca incompatibles con el servicio.

6. Hipertensión arterial, con tensiones superiores a 140mm Hg de sistólica y/o a 90mm Hg de diastólica, determinadas en estado de reposo y tras comprobación repetida.

7. Aneurismas de grandes vasos y fístulas arteriovenosas.

8. Arteriopatías periféricas que produzcan trastornos funcionales.

9. Varices o dilataciones venosas de cualquier tipo que se marquen claramente en bipedestación.

10. Flebitis agudas y crónicas.

11. Secuelas postflebíticas y linfangiectasias con edema crónico y/o trastornos tróficos.

I) Enfermedades del aparato locomotor

1. Enfermedades, lesiones o anomalías de los huesos, articulaciones y músculos, incompatibles con el servicio.

2. Afecciones traumáticas de los huesos, articulaciones y músculos, en vías de evolución con trastornos funcionales importantes.

3. Cifosis, lordosis y escoliosis, que aunque no sean muy evidentes produzcan una asimetría estética de la bipedestación.

4. Asimetría de la cintura escapular.

5. Pseudoartrosis de los huesos del brazo, antebrazo, muslo y pierna, pseudoartrosis del escafoides carpiano.

6. Atrofias totales o parciales de la musculatura de los miembros.

7. Lesiones articulares o secuelas de las mismas que originen limitación evidente de los movimientos de flexión, extensión, supinación o pronación.

8. Pérdida anatómica o atrofia permanente, congénita o adquirida de miembro superior.

9. Pérdida anatómica de cualquier dedo o parte del mismo, en la mano dominante.

10. Pérdida anatómica de cualquier dedo o parte del mismo, en la mano no dominante, excepto la pérdida de una falange en los tres últimos dedos, siempre que la capacidad funcional de éstos sea normal y compatible con el servicio.

11. Alteraciones anatómicas o funcionales que ocasionen disminución evidente del poder de aprehensión de una mano.

12. Pérdida anatómica o atrofia permanente, congénita o adquirida de miembro inferior, que produzca trastornos de la deambulación.

13. Acortamiento de un miembro inferior, que produzca asimetría de las articulaciones coxo-femorales en bipedestación.

14. Desviaciones de las articulaciones de la cadera o rodilla, en cualquiera de sus formas (coxavara, geno-valgum, genu-varum o recurvátum).

15. Pie equino, cavo, varo o talo marcados.

16. Pie aplanado, con marcado descenso de la bóveda plantar.

17. Ausencia o pérdida de la última falange del primer dedo de un pie.

18. Ausencia o pérdida de la última falange de dos dedos de un pie.

19. Ausencia o pérdida de uno de los cuatro últimos dedos de un pie.

J) Enfermedades del aparato de la visión

1. Afecciones congénitas o adquiridas de cualquier etiología, que afecten a cualquiera de las estructuras oculares, y cuya importancia funcional o pronóstica sea incompatible con el servicio.

2. Pérdida o atrofia de un globo ocular. Cuerpos extraños intraorbitarios.

3. Desprendimiento de la retina, uni o bilateral, incluso tratado con buen resultado.
4. Glaucoma y alteraciones de la tensión ocular, uni o bilaterales, en todas sus formas.
5. Exoftalmos, si interfiere el cierre correcto de los párpados.
6. Ptosis palpebral, uni o bilateral, manifiesta.
7. Dacriocistitis y epíforas crónicas, uni o bilaterales.
8. Coloboma congénito de párpados. Cicatrices y adherencias palpebroconjuntivales que dificulten la visión o produzcan deformidad marcada. Ectropion y entropion. Triquiasis y distriquiasis.
9. Blefaritis crónica con engrosamiento del borde libre del párpado y pérdida de pestañas.
10. Conjuntivitis crónica. Tracoma. Xeroftalmia. Pterigion uni o bilateral de marcado desarrollo.
11. Estafilomas de esclerótica. Escleritis y epiescleritis.
12. Queratitis. Leucomas corneales centrales o periféricos, si producen alteraciones de la visión. Estafilomas y distrofias corneales.
13. Uveitis. Alteraciones del cuerpo uveal, que ocasionen trastornos funcionales.
14. Luxaciones, subluxaciones y ectopias del cristalino. Cataratas y opacidades. Afaquia. Pseudoafaquia.
15. Hemorragias del vítreo. Hematoma traumático del vítreo. Organización fibrosa del vítreo.
16. Retinopatías y alteraciones degenerativas del fondo de ojo. Hemeralopia. Degeneraciones tapetoretinianas, pigmentadas y no pigmentadas y afecciones relacionadas con ellas. Desprendimiento de retina.
17. Neuritis óptica. Edema papilar. Atrofia óptica.
18. Heterotropía superior a 5 grados. Diplopía. Nistagmus.
19. Forias. Endoforia superior a 10 dioptrías prismáticas. Exoforia superior a 5 dioptrías prismáticas. Hiperforia superior a 1 dioptría prismática.
20. Hemianopsias y escotomas simétricos y extensos por lesiones de vías o centros ópticos.
21. Reducción del campo visual superior a 15 grados.
22. Ceguera absoluta al rojo o verde, determinada por las tablas de Ishiara.

23. Miopías o hipermetropías en grado equivalente a 2,5 dioptrías o astigmatismo en grado equivalente a 2 dioptrías, en cualquier ojo. En los defectos combinados, la presencia en algunos de los componentes, de uno de los defectos de refracción señalados.

K) Enfermedades de los aparatos auditivo y de la fonación

1. Malformaciones o falta parcial del pabellón auditivo, que produzcan disminución de la capacidad auditiva o alteraciones estéticas manifiestas.

2. Enfermedades evolutivas de los aparatos auditivo y fonador, de cierta importancia funcional o pronóstica.

3. Sordera completa de ambos oídos o incompleta permanente que produzca una disminución de la agudeza auditiva por encima de los 20 decibelios, en el oído mejor, en la zona tonal media (zona de la palabra hablada).

4. Afasias.

5. Recidivas postoperatorias y supuraciones crónicas del aparato auditivo, que se acompañen de osteitis o colesteatoma.

6. Otitis media, recidivante o crónica.

7. Anomalías de la motilidad laberínea que provoquen trastornos respiratorios o fonatorios permanentes, incompatibles con el servicio.

8. Estapediectomizados con afección coclear.

9. Complicaciones otógenas endocraneales.

10. Manifestaciones vertiginosas de cualquier etiología.

11. Disfonías crónicas, siempre que dificulte la comprensión de la palabra.

12. Disartrias o tartamudez manifiestas. Voz atiplada.

L) Gestación

M) Enfermedades del aparato genital femenino

1. Disgenesias, hipogenesias y agenesias gonadales y genitales. Hermafroditismos verdaderos. Pseudohermafroditismo.

2. Prolapsos genitales.

3. Infecciones genitales crónicas.

4. Leucoplasias y otras lesiones precancerosas a cualquier nivel.

5. Endometriosis.

6. Hipertrofia gigante de mama. Fístulas mamarias. Galactorrea.

N) Enfermedades del aparato genital masculino

1. Disgenesias, hipogenesias y agenesias gonadales y genitales.
Hermafroditismos verdaderos. Pseudohermafroditismo.

2. Síndrome del testículo feminizante.

3. Criptorquidia.

4. Hidrocele o varicocele. Su existencia no constituye impedimento para realizar los ejercicios restantes de la convocatoria, pero serán causa de exclusión, siempre que no sean corregidos quirúrgicamente, antes de efectuar su presentación en el correspondiente centro docente militar de formación.

5. Epispadias penopubiano, hipospadias perineal, fístulas uretrales con importante pérdida de sustancia y falta total del pene.

6. Estrecheces uretrales irreducibles por debajo del número 12 de la escala de Charriere.

Ñ) Enfermedades del aparato urinario

1. Afecciones crónicas, congénitas o adquiridas, uni o bilaterales, del riñón, pelvis renal, uréter o vejiga, cuya importancia funcional o pronóstica sean incompatibles con el servicio.

2. Falta congénita o adquirida de un riñón.

3. Litiasis renal, ureteral o vesical, con alteraciones funcionales u orgánicas.

4. Incontinencia, retención permanente de orina o enuresis nocturna.

5. Infecciones o supuraciones de vejiga, próstata, uretra y órganos genitales en general, en evolución, cuya importancia pronóstica o funcional, sea incompatible con el servicio.

2. ANEXO II.

Orden de 11 de enero de 1988 - Anexo III - Cuadro de exclusiones médicas que regirá para el ingreso en el cuerpo nacional de policía.

1. Talla

Estatura mínima: 1,70 metros los hombres; 1,65 metros las mujeres.

2. Obesidad-delgadez obesidad o delgadez manifiestas que dificulten o incapaciten para el ejercicio de las funciones propias del cargo.

3. Exclusiones circunstanciales enfermedades o lesiones agudas, activas en el momento del reconocimiento, que puedan producir secuelas capaces de dificultar o impedir el desarrollo de las funciones policiales.

En estos casos, el tribunal medico podrá fijar un nuevo plazo para comprobar el estado de salud del aspirante, al final del cual los servicios de sanidad de la dirección general de la policía certificarán si han desaparecido los motivos de la exclusión circunstancial.

4. Exclusiones definitivas

4.1 Ojo y visión.

4.1.1 Agudeza visual sin corrección inferior a los dos tercios de la visión normal en ambos ojos.

4.1.2 Queratotomía radial.

4.1.3 Desprendimiento de retina.

4.1.4 Estrabismo.

4.1.5 Hemianopsias.

4.1.6 Discromatopsias.

4.1.7 Cualquier otro proceso patológico que, a juicio del tribunal médico, dificulte de manera importante la agudeza visual.

4.2 Oído y audición:

Agudeza auditiva que suponga una pérdida entre 1.000 y 3.000 hertzios a 35 decibelios o de 4.000 hertzios a 45 decibelios.

4.3 Otras exclusiones:

4.3.1 Aparato locomotor: alteraciones del aparato locomotor que limiten o dificulten el desarrollo de la función policial, o que puedan agravarse, a juicio del tribunal médico, con el desempeño del puesto de trabajo.

(Patología ósea de extremidades, retracciones o limitaciones funcionales de causa muscular o articular, defectos de columna vertebral y otros procesos óseos, musculares y articulares).

4.3.2 Aparato digestivo: úlcera gastro-duodenal y cualquier otro proceso digestivo que, a juicio del tribunal médico, dificulte el desempeño del puesto de trabajo.

4.3.3 Aparato cardiovascular: hipertensión arterial de cualquier causa, no debiendo sobrepasar las cifras en reposo los 145 mm/hg en presión sistólica, y los 90 mm/hg, en presión diastólica; varices o insuficiencia venosa periférica, así como cualquier otra patología o lesión cardiovascular que, a juicio del tribunal médico, pueda limitar el desempeño del puesto de trabajo.

4.3.4 Aparato respiratorio: el asma bronquial, la broncopatía crónica obstructiva, el neumotórax espontáneo (en más de una ocasión), la tuberculosis pulmonar activa y otros procesos del aparato respiratorio que dificulten el desarrollo de la función policial.

4.3.5 Sistema nervioso: epilepsia, depresión, jaquecas, temblor de cualquier causa, alcoholismo, toxicomanías y otros procesos patológicos que dificulten el desarrollo de la función policial.

4.3.6 Piel y faneras: psoriasis, eczema, cicatrices que produzcan limitación funcional y otros procesos patológicos que dificulten o limiten el desarrollo de la función policial.

4.3.7 Otros procesos patológicos: diabetes, enfermedades transmisibles en actividad, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades inmunológicas sistémicas, intoxicaciones crónicas, hemopatías graves, malformaciones congénitas, psicosis y cualquier otro proceso patológico que, a juicio del tribunal médico, limite o incapacite para el ejercicio de la función policial.

3. ANEXO III.

Decreto Foral 718/2003, de 29 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de personal de los cuerpos de Policía de Navarra. - Anexo I. - Cuadro de exclusiones médicas para los Cuerpos de Policía de Navarra.

1. Visión. Sistema ocular.

- Agudeza visual sin corrección:

- 4/10 en ambos ojos, ó

- 3/10 en el peor ojo con 5/10 en el mejor, ó

- 2/10 en el peor ojo con 6/10 en el mejor.

- Campo visual monocular: No será inferior a 120.º en el plano horizontal, ni existirán reducciones significativas en ninguno de los meridianos del campo.

- Diplopía.

- Discromatopsias profundas.

- Ausencia de estereopsis.

- Queratotomía radial.

2. Audición. Sistema auditivo.

- Agudeza auditiva que suponga una pérdida monoaural igual o superior a 45 dB en las frecuencias de 500 a 3000 Hz.

- Alteraciones del equilibrio de cualquier etiología.

3. Lenguaje.

- Afasias, disfonías, disfemias (tartamudez), disartrias y disglosias permanentes, que impidan o dificulten el desarrollo de la función policial.

4. Aparato músculo-esquelético.

- Anquilosis o pérdidas anatómicas de cualquier articulación, según su repercusión funcional.

- Procesos articulares, según su repercusión funcional, independientemente de su etiología.

- Escoliosis superiores a 20.º

- Cifosis superiores a 30.º

- Espondilólisis, espondilolistesis, fusiones vertebrales y trastornos del disco intervertebral.

- Espondilitis anquilosante.
- Enfermedad de Paget.
- Osteoporosis y osteomalacia. (Según su repercusión funcional).
- Fibromialgia.
- Deformidades anatómicas, según su repercusión funcional.

5. Aparato digestivo.

- Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa.
- Hepatitis B y C activas o sus estados de portadores.
- Insuficiencia Hepática, se valorará por el Tribunal Evaluador.
- Cirrosis hepática.
- Cirrosis biliar primaria.
- Pancreatitis crónica.
- Fibrosis quística.
- Hernias de pared abdominal, se valorará por el Tribunal Evaluador.
- Incontinencia fecal.

6. Sistema cardiovascular.

- Insuficiencia cardiaca en todos sus grados.

- Arritmias y bloqueos: Síndromes de preexcitación y todos los trastornos de ritmo o de la conducción cardiaca, excepto la Arritmia sinusal, los ESV o EV aislados, el Bloqueo AV de 1.º grado, el B C de RD y los Hemibloqueos de RI.

- Cardiopatía isquémica en cualquier grado.
- Valvulopatías.
- Miocardiopatías.
- Pericardiopatías crónicas.
- Hipertensión pulmonar primaria y secundaria.
- Síndrome de isquemia arterial crónica.
- Hipertensión arterial (TAS “140 y TAD “90).
- Hipotensión (TAS “90 y TAD “45).
- Insuficiencia venosa y linfática.

7. Aparato respiratorio.

- Afecciones crónicas del aparato respiratorio, (Bronquitis crónica, EPOC, Enfisema, Bronquiectasias).

- Derrames pleurales recidivantes.
- Neumotórax espontáneo recidivante.
- Enfermedades intersticiales y/o fibrosis pulmonar.
- Asma e hiperreactividad bronquial.

8. Sistema nervioso.

- Epilepsia.
- Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes.
- Enfermedades de la neurona motora.
- Ataxias.
- Trastornos de las funciones superiores y de integración (razonamiento abstracto, memoria, juicio y funciones ejecutivas).

- Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales.
- Afecciones vasculares de naturaleza isquémica, hemorrágica y malformativa.
- Miastenia grave y otros trastornos de la unión neuromuscular.
- Vértigos.
- Siringomielia.
- Hidrocefalia.
- Miopatías.
- Parálisis por lesión central.
- Parálisis periféricas, según repercusión funcional.
- Enfermedades de SN periférico, según repercusión funcional.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Anosmia.
- Otros trastornos motores (tics, estereotipias motoras, trastornos del sueño,)

según su repercusión socio-profesional.

9. Trastornos psiquiátricos.

- Trastornos mentales orgánicos, con excepción de aquellos procesos autolimitados y reversibles.

- Trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicótropas, incluido el alcohol.

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- Trastornos del estado de ánimo (trastornos bipolares, trastornos depresivos recurrentes, episodio depresivo mayor, trastornos distímicos).

- Trastornos de ansiedad con repercusión clínica significativa.

- Trastornos de la personalidad y del control de los impulsos con repercusión socio-profesional.

10. Aparato genito-urinario.

- Insuficiencia renal, según evolución y pronóstico.

- Incontinencia urinaria.

- Poliquistosis renal.

11. Sistema endocrinológico.

- Trastornos del eje hipotálamo-hipofisario.

- Hipertiroidismo e Hipotiroidismo, según evolución y pronóstico.

- Addison, Cushing, Feocromocitoma y otras alteraciones de las glándulas suprarrenales.

- Hipoaldosteronismo primarios y secundarios.

- Diabetes Mellitus.

- Adenomatosis endocrina múltiple.

- Hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo, según evolución y pronóstico.

12. Piel, faneras y glándulas exocrinas.

- Cicatrices y procesos crónicos de la piel que, según extensión, repercusión funcional y localización disminuyen la capacidad para desempeño de las funciones de un policia.

13. Sangre y órganos hematopoyéticos.

- Aplasia medular, Hemoglobinuria paroxística nocturna, Síndromes mieloproliferativos, Anemias hemolíticas crónicas, β -talasemias con anemia.

- Linfomas, según evolución y pronóstico.

- Síndromes linfoproliferativos crónicos, según evolución y pronóstico.

- Mieloma múltiple y Enfermedad de Waldenström.

- Hemofilias y otros trastornos de la hemostasia.

- Inmunodeficiencias.

- Esplenectomía.

- Tratamientos crónicos con anticoagulantes (Heparinas, Sintrom), Interferon, Corticoides, o EPO.

14. Otros.

- Portador de anticuerpos VIH.
- Amiloidosis.
- Colagenosis.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Artritis reumatoide.
- Esclerodermia.
- Síndrome de Sjögren.
- Vasculitis, se valorará por el Tribunal Evaluador.
- Obesidad (IMC “25).

15. Generalidades.

- Las patologías excluyente se valorarán por el Tribunal Evaluador según su repercusión funcional y pronóstico orientado al desarrollo de la función policial.

- En procesos neoplásicos y trasplantes de cualquier órgano, se valorará la aptitud por el Tribunal Evaluador, según evolución y pronóstico.

- Cualquier otra afección de cualquier aparato o sistema, con repercusión funcional que, a juicio del Tribunal Evaluador, impida el desarrollo de la función policial.

4. ANEXO IV.

Cuadro de exclusiones médicas Bomberos Fijos - Anexo IV - Resolución 1152/2015, de 18 de mayo, del Director General de Función Pública, para la provisión, mediante oposición, de diez plazas del puesto de trabajo de Bombero al servicio de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos.

1.–Sistema ocular.

–Agudeza visual lejana mínima sin corrección (las lentes intraoculares no se consideran como lentes correctoras a estos efectos): no inferior a 5/10 en el ojo peor con al menos 8/10 en el mejor.

–Se debe poseer un campo visual binocular normal.

–Diplopias.

–Nistagmus, según repercusión funcional.

–Discromatopsias graves.

–Ausencia de estereopsis.

–Retinopatías.

–Afaquias y pseudoafaquias.

–Cualquier patología o defecto palpebral que impida la protección del ojo a la intemperie.

–Procesos crónicos del sistema ocular, según su repercusión funcional.

–Cualquier otra afección ocular que dificulte de manera importante la agudeza o capacidad visual o no permita realizar, de forma segura, las tareas esenciales del trabajo de bombero.

2.–Sistema auditivo.

–No se admite audífono.

–Hipoacusia que suponga una pérdida monoaural igual o superior a 35 dB en cualquiera de las frecuencias de 500, 1000, 2000, 3000 y 4000 Hzs.

–Vértigos y alteraciones del equilibrio de cualquier etiología.

–Cualquier otro proceso otorrinolaringológico que dificulte de manera importante la agudeza o capacidad auditiva o no permita realizar, de forma segura, las tareas esenciales del trabajo de bombero.

3.–Lenguaje.

–Afasias, disfemias (tartamudez), y otras patologías que impidan o dificulten significativamente la comunicación oral para las tareas de bombero.

4.–Sistema osteomuscular.

–Procesos articulares y/o secuelas de cirugías articulares, según su repercusión funcional independientemente de su etiología.

–Escoliosis superiores a 20° e intervenidos de cirugía correctora en edad infantil.

–Cifosis superiores a 45°.

–Espondilolisis, espondilolistesis, fusiones vertebrales y trastornos del disco intervertebral.

–Secuelas de acciones invasivas en raquis: bloqueos/cirugía, Síndrome de espalda fracasada, según su repercusión funcional.

–Espondiloartropatías inflamatorias.

–Artritis reumatoide.

–Enfermedad de Paget con repercusión funcional.

–Secuelas de Síndrome Regional Complejo.

–Fibromialgia / síndrome de fatiga crónica.

–Pérdidas y/o deformidades anatómicas o cualquier limitación de extremidades superiores o inferiores, según su repercusión funcional.

–Hernias de músculos de extremidades inferiores o superiores según su repercusión funcional.

–Luxaciones recidivantes de hombro o rodilla que provoquen inestabilidad crónica.

5.–Sistema digestivo.

–Enfermedades inflamatorias crónicas intestinales: Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, etc.

–Hepatitis B y C activas o sus estados de portadores.

–Insuficiencia hepática.

–Cirrosis y estados precirróticos.

–Pancreatitis crónica.

–Fibrosis quística de páncreas.

- Enfermedad de Wilson.
- Hepatopatías alcohólicas en sus diferentes grados.
- Otras hepatopatías con repercusión enzimática importante e hipertransaminasemias idiopáticas con cifras por encima de 3 veces su valor normal.
- Síndromes diarreicos crónicos.
- Obstrucción intestinal.
- Síndrome de Zöllinger Ellison o lesiones neuroendocrinas digestivas.
- Esplenectomía.
- Hernias de pared abdominal, según su repercusión funcional.
- Resecciones y otras intervenciones quirúrgicas del tubo digestivo, según su repercusión funcional.
- Reflujo gastro-esofágico sintomático (asma, recurrencia de infecciones respiratorias, dolor crónico y úlceras crónicas).

6.-Cardiología.

- Insuficiencia cardíaca en cualquier grado.
- Arritmias y bloqueos: situaciones de preexcitación y cualquier trastorno de ritmo o conducción cardíaca, excepto: arritmia sinusal, el bloqueo de aurículoventricular de primer grado, el bloqueo completo de rama derecha y los hemibloqueos de rama izquierda.
- Cardiopatía isquémica de cualquier grado.
- Valvulopatías, incluyendo prótesis valvulares.
- Estenosis subaórtica hipertrófica idiopática.
- Miocardiopatías.
- Síncope recurrente, de cualquier etiología.
- Pericarditis crónicas, endocarditis y miocarditis.
- Hipertensión pulmonar primaria y secundaria.
- Implantación de dispositivos desfibriladores ó marcapasos.
- Cardiopatías congénitas según repercusión funcional.

7.-Sistema vascular.

- Síndrome de isquemia arterial crónica.
- Aneurismas aórticos tóraco-abdominales y/o de otros grandes vasos.
- Estenosis carotídea superior o igual al 50%.

- Fenómeno de Raynaud primario y/o secundario.
- Insuficiencia venosa según repercusión funcional.
- Linfedema primario y/o secundario crónico.
- Hipertensión arterial.
- Hipotensión arterial.
- Patología vascular intervenida según repercusión funcional.
- Lesiones congénitas y/o adquiridas de la aorta y grandes vasos.

8.-Sistema respiratorio.

-Afecciones crónicas del aparato respiratorio: - EPOC (Bronquitis crónica obstructiva, Enfisema); Asma y/o hiperreactividad bronquial; Bronquiectasias; o patrón ventilatorio definido por $FEV1/FVC < 0.75$ y/o $FVC < 0.80\%$.

- Hipoxemia - Saturación de O₂ < 90% basal.
- Derrame pleural recidivante.
- Neumotórax espontáneo y/o recidivante.
- Secuelas de cirugía del sistema respiratorio según repercusión funcional.
- Anomalías del diafragma, y/o deformidades de la pared torácica según repercusión funcional.
- Enfermedades intersticiales y/o fibrosis pulmonar.
- Síndrome de Apnea del sueño y/o hipoventilación central.
- Tromboembolismo pulmonar y malformaciones vasculares pulmonares.

9.-Sistema nervioso.

- Epilepsia.
- Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes.
- Enfermedades de la neurona motora.
- Ataxias.
- Trastornos de las funciones superiores y de integración (razonamiento abstracto, memoria, juicio y funciones ejecutivas).
- Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales.
- Afecciones vasculares de naturaleza isquémica, hemorrágica o malformativa.
- Miastenia grave y otros trastornos de la unión neuromuscular.
- Siringomielia si produce sintomatología o repercusión funcional.
- Hidrocefalia.

- Distrofias musculares y otras miopatías.
- Parálisis por lesión central.
- Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico según repercusión funcional.
- Anosmia.
- Trastornos del sueño de origen no respiratorio, según su repercusión funcional.

10.-Psiquiatría.

-Trastornos mentales orgánicos, con excepción de aquellos procesos autolimitados y reversibles o en remisión.

-Trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicotropas, incluido el alcohol. Cualquier resultado positivo en las pruebas de detección de consumo de dichas sustancias psicotropas será considerado excluyente.

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- Trastornos del humor (afectivos), según su repercusión funcional.
- Trastornos de ansiedad, según su repercusión funcional.
- Trastornos neuróticos.
- Trastorno de los hábitos y control de impulsos, según su repercusión funcional.
- Trastorno de la personalidad y del comportamiento según su repercusión funcional.

11.-Sistema génito-urinario.

- Insuficiencia renal.
- Poliquistosis renal.
- Endometriosis según su repercusión funcional.

12.-Sistema endocrinológico.

- Diabetes Mellitus.
- Trastornos del eje hipotálamo-hipofisario, hiper o hipotiroidismo, enfermedades adrenales, adenomatosis endocrina múltiple, hiper e hipoparatiroidismo, todas ellas según su repercusión funcional.
- Alteraciones metabólicas no controladas, según su repercusión funcional.

13.-Dermatología.

–Cicatrices, injertos y otras afecciones dermatológicas que, según extensión, repercusión funcional y/o localización dificulten la capacidad para el desempeño de las tareas y/o la utilización de los EPI's del puesto de bombero.

14.–Hematología.

- Aplasia medular idiopática y hemoglobinuria paroxística nocturna.
- Anemias hemolíticas crónicas.
- Drepanocitosis (anemia de células falciformes).
- Anemias con hemoglobina < 10g/dL.
- Trombopenias, según su repercusión funcional (en ningún caso se admitirán cifras por debajo de 100.000 plaquetas).
- Hemofilias y otros trastornos de la coagulación.
- Inmunodeficiencias.
- Tratamiento anticoagulante.

15.–Neoplasias.

- Tumores y enfermedades malignas de nuevo diagnóstico o siendo tratadas en la actualidad.
- Los antecedentes de enfermedades neoplásicas se evaluarán según la condición física actual, el pronóstico de la patología y su repercusión funcional.

16.–Enfermedades sistémicas y otras.

- Portador de anticuerpos VIH.
- Enfermedades del colágeno: Amiloidosis, Colagenosis, Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren, Esclerodermia, Vasculitis y otras.

17.–Generalidades.

- Tumores benignos de cualquier localización, según repercusión funcional.
- Trasplantes de cualquier órgano.
- Obesidad (IMC > a 30 y perímetro abdominal superior a 102 cm en hombres y superior a 88 cm en mujeres).
- Delgadez extrema con IMC < a 20.
- Cualquier patología y/o deformidad que no permita un uso adecuado de los equipos de protección individual o del equipamiento habitual del puesto de bombero.

–Cualquier otra patología, secuela o característica somática, de cualquier aparato o sistema, que presente repercusión funcional que impida o limite significativamente el desarrollo de las tareas del puesto de bombero o que pueda agravarse con su desempeño.

–En todo caso, en el momento del reconocimiento médico, no deben presentar enfermedades o deficiencias que pudieran ser causa de denegación del permiso de conducción (Grupo 2), de acuerdo con las previsiones contenidas en la redacción vigente del Anexo IV (Aptitudes psicofísicas requeridas para obtener y prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción) del Reglamento General de Conductores.

–Consumo de medicamentos u otras sustancias que desaconsejen la conducción de vehículos o el uso de maquinaria o herramientas peligrosas o que puedan afectar significativamente la capacidad del desarrollo de las tareas del puesto de bombero.

–En el caso de las trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente o lactancia materna que opten o desempeñen el puesto de trabajo de bombera, serán consideradas No Aptas de forma temporal mientras dure la citada situación.

5. ANEXO V.

Cuadro de exclusiones médicas Bomberos Temporales 2009 - Anexo II - Resolución 3375/2009, de 7 de diciembre, del Director General de Función Pública, por la que se aprueban las convocatorias para la constitución, a través de pruebas selectivas, de tres relaciones de aspirantes a la contratación temporal en los puestos de trabajo de Conductor Auxiliar de Bombero, Peón Vigilante de Observatorio y Peón Auxiliar de Bombero.

A) Conductor auxiliar de bombero y peón auxiliar de bombero.

1.-Visión. Sistema ocular.

-Agudeza visual mínima sin corrección: -5/10 en el ojo peor con 7/10 en el mejor.

-Campo visual monocular: No será inferior a 120°. en el plano horizontal, ni existirán reducciones significativas en ninguno de los meridianos del campo.

-Diplopia.

-Discromatopsias profundas.

-Ausencia de estereopsis.

-Queratotomía radial.

2.-Audición. Sistema auditivo.

-Agudeza auditiva que suponga una pérdida monoaural igual o superior a 35 dB en las frecuencias de 500 a 3000 Hz.

-Alteraciones del equilibrio de cualquier etiología.

3.-Lenguaje.

-Afasias, disfonías, disfemias (tartamudez), disartrias y disglosias permanentes, que impidan o dificulten el desarrollo de las tareas del puesto de Conductor y Peón Auxiliar de Bombero.

4.-Aparato músculo-esquelético.

-Anquilosis o pérdidas anatómicas de cualquier articulación, según su repercusión funcional.

-Procesos articulares, según su repercusión funcional, independientemente de su etiología.

-Escoliosis superiores a 20°.

-Cifosis superiores a 30°.

-Espondilolisis, espondilolistesis, fusiones vertebrales y trastornos del disco intervertebral.

-Espondilitis anquilosante.

-Enfermedad de Paget.

-Osteoporosis y osteomalacia.

-Fibromialgia.

-Deformidades anatómicas, según su repercusión funcional.

5.-Sistema cardiovascular.

-Insuficiencia cardiaca en todos sus grados.

-Arritmias y bloqueos: Síndromes de preexcitación y todos los trastornos de ritmo o de la conducción cardiaca, excepto la Arritmia sinusal, los ESV o EV aislados, el Bloqueo AV de 1.er grado, el B C de RD y los Hemibloqueos de RI.

-Cardiopatía isquémica en cualquier grado.

-Valvulopatías.

-Miocardiopatías.

-Alteraciones de la tensión arterial no controladas y/o acompañadas de otros factores de riesgo cardiovascular, según valoración del Tribunal Médico.

-Insuficiencia venosa y linfática.

6.-Aparato respiratorio.

-Insuficiencias ventilatorias superiores al 15 por ciento en capacidad vital forzada (CVF) y/o volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1).

-Asma e hiperreactividad bronquial, según evolución.

-Neumotórax espontáneo recidivante.

7.-Sistema nervioso.

-Epilepsia.

-Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes.

-Enfermedades de la neurona motora.

-Ataxias.

-Trastornos de las funciones superiores y de integración (razonamiento abstracto, memoria, juicio y funciones ejecutivas).

-Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales.

-Afecciones vasculares de naturaleza isquémica, hemorrágica y malformativa.

-Miastenia grave y otros trastornos de la unión neuromuscular.

-Siringomielia.

-Hidrocefalia.

-Distrofias musculares y otras miopatías.

-Parálisis por lesión central.

-Parálisis periféricas, según repercusión funcional.

-Enfermedades del Sistema Nervioso periférico, según repercusión funcional.

-Síndrome de fatiga crónica.

-Anosmia.

-Otros trastornos motores (tics, estereotipias motoras, trastornos del sueño) según su repercusión socio-profesional.

8.-Trastornos psiquiátricos.

-Cualquier trastorno mental y/o de la conducta según su repercusión socio-profesional.

-Cualquier resultado positivo en las pruebas de detección de consumo de sustancias psicótropas, incluido el alcohol.

9.-Sistema endocrinológico.

-Cualquier alteración del sistema endocrinológico no controlada, según repercusión y valoración del Tribunal Médico.

-Diabetes Melitus.

10.-Sangre y órganos hematopoyéticos.

-Aplasia medular, Hemoglobinuria paroxística nocturna, Síndromes mieloproliferativos, Anemias hemolíticas crónicas, &ss-talasemias con anemia.

-Linfomas, según evolución y pronóstico.

-Síndromes linfoproliferativos crónicos, según evolución y pronóstico.

-Mieloma múltiple y Enfermedad de Waldeström.

-Hemofilias y otros trastornos de la hemostasia.

- Inmunodeficiencias.
- Esplenectomía.
- Tratamientos crónicos con anticoagulantes (Heparinas, Sintrom), Interferon, Corticoides, o EPO.

11.-Otros.

- Obesidad (IMC > a 30).
- Debido a las condiciones de trabajo y temporalidad del contrato, las embarazadas se considerarán No Aptas para este puesto de trabajo.

12.-Generalidades.

- En procesos neoplásicos y trasplantes de cualquier órgano, se valorará la aptitud por el Tribunal Evaluador, según evolución y pronóstico.
- Cualquier otra afección de cualquier aparato o sistema, con repercusión funcional que, a juicio del Tribunal Evaluador, impida el desarrollo del puesto de Conductor y Peón Auxiliar de Bombero.

B) Peón vigilante de observatorio.

1.-Visión. Sistema ocular.

- Agudeza visual sin corrección:
 - 4/10 en ambos ojos, o,
 - 3/10 en el peor ojo con 5/10 en el mejor, o,
 - 2/10 en el peor ojo con 6/10 en el mejor.
- Campo visual monocular: No será inferior a 120° en el plano horizontal, ni existirán reducciones significativas en ninguno de los meridianos del campo.
- Diplopia.
- Discromatopsias profundas.
- Ausencia de estereopsis.
- Queratotomía radial.

2.-Audición. Sistema auditivo.

- Agudeza auditiva que suponga una pérdida monoaural igual o superior a 45 dB en las frecuencias de 500 a 3000 Hz.

-Alteraciones del equilibrio de cualquier etiología.

3.-Lenguaje.

-Afasias, disfonías, disfemias (tartamudez), disartrias y disglosias permanentes, que impidan o dificulten el desarrollo de las tareas del puesto de vigilante de observatorio.

4.-Aparato músculo-esquelético.

-Anquilosis o pérdidas anatómicas de cualquier articulación, según su repercusión funcional.

-Procesos articulares, según su repercusión funcional, independientemente de su etiología.

-Deformidades anatómicas, según su repercusión funcional.

5.-Sistema cardiovascular.

-Insuficiencia cardíaca en todos sus grados.

-Arritmias y bloqueos: Síndromes de preexcitación y todos los trastornos de ritmo o de la conducción cardíaca, excepto la Arritmia sinusal, los ESV o EV aislados, el Bloqueo AV de 1.er grado, el B C de RD y los Hemibloqueos de RI.

-Cardiopatía isquémica en cualquier grado.

-Valvulopatías.

-Miocardiopatías.

-Alteraciones de la tensión arterial no controladas y/o acompañadas de otros factores de riesgo cardiovascular, según valoración del Tribunal Médico.

6.-Aparato respiratorio.

-Insuficiencias ventilatorias superiores al 25% en capacidad vital forzada (CVF) y/o volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1).

-Asma e hiperreactividad bronquial, según evolución.

7.-Sistema nervioso.

-Epilepsia.

-Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes.

-Enfermedades de la neurona motora.

-Ataxias.

-Trastornos de las funciones superiores y de integración (razonamiento abstracto, memoria, juicio y funciones ejecutivas).

-Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales.

-Afecciones vasculares de naturaleza isquémica, hemorrágica y malformativa.

-Miastenia grave y otros trastornos de la unión neuromuscular.

-Siringomielia.

-Hidrocefalia.

-Distrofias musculares y otras miopatías.

-Parálisis por lesión central.

-Parálisis periféricas, según repercusión funcional.

-Enfermedades del Sistema Nervioso periférico, según repercusión funcional.

-Síndrome de fatiga crónica.

-Anosmia.

-Otros trastornos motores (tics, estereotipias motoras, trastornos del sueño) según su repercusión socio-profesional.

8.-Trastornos psiquiátricos.

-Cualquier trastorno mental y/o de la conducta según su repercusión socio-profesional.

-Cualquier resultado positivo en las pruebas de detección de consumo de sustancias psicótropas, incluido el alcohol.

9.-Sistema endocrinológico.

-Cualquier alteración del sistema endocrinológico no controlada, según repercusión y valoración del Tribunal Médico.

10.-Sangre y órganos hematopoyéticos.

-Aplasia medular, Hemoglobinuria paroxística nocturna, Síndromes mieloproliferativos, Anemias hemolíticas crónicas, β -talasemias con anemia.

-Linfomas, según evolución y pronóstico.

-Síndromes linfoproliferativos crónicos, según evolución y pronóstico.

-Mieloma múltiple y Enfermedad de Waldeström.

-Hemofilias y otros trastornos de la hemostasia.

-Inmunodeficiencias.

-Esplenectomía.

-Tratamientos crónicos con anticoagulantes (Heparinas, Sintrom), Interferon, Corticoides, o EPO.

11.-Otros.

-Obesidad (IMC > a 30).

-Debido a las condiciones de trabajo y temporalidad del contrato, las embarazadas se considerarán No Aptas para este puesto de trabajo.

12.-Generalidades.

-En procesos neoplásicos y trasplantes de cualquier órgano, se valorará la aptitud por el Tribunal Evaluador, según evolución y pronóstico.

-Cualquier otra afección de cualquier aparato o sistema, con repercusión funcional que, a juicio del Tribunal Evaluador, impida el desarrollo del puesto de Vigilante de Observatorio.

6. ANEXO VI.

Cuadro de exclusiones médicas Bomberos Temporales 2015 - Anexo II – Resolución 2761/2014, de 15 de diciembre, del Director General de Función Pública, por la que se aprueban las convocatorias para la constitución, a través de pruebas selectivas, de dos relaciones de aspirantes a la contratación temporal en los puestos de trabajo de Conductor Auxiliar de Bombero y Peón Auxiliar de Bombero.

1.–Visión. Sistema ocular.

–Agudeza visual mínima sin corrección de 5/10 en el ojo peor con 7/10 en el mejor.

–Campo visual monocular: No será inferior a 120° en el plano horizontal, ni existirán reducciones significativas en ninguno de los meridianos del campo.

–Diplopia.

–Discromatopsias profundas.

–Ausencia de estereopsis.

–Queratotomía radial.

–Procesos crónicos que afecten a conjuntiva y/o anexos, según su repercusión.

2.–Audición. Sistema auditivo.

–Agudeza auditiva que suponga una pérdida monoaural a 35 dB en las frecuencias de 500 a 3000 Hz.

–Alteraciones del equilibrio de cualquier etiología.

3.–Lenguaje.

–Afasia, disfonías, disfemias (tartamudez), disartrias y disglosias permanentes, que impidan o dificulten la comunicación oral.

4.–Aparato músculo-esquelético.

–Anquilosis o pérdidas anatómicas de cualquier articulación, según su repercusión funcional.

–Procesos articulares, según su repercusión funcional, independientemente de su etiología.

- Escoliosis superiores a 20°.
- Cifosis superiores a 30°.
- Espondilolisis, espondilolistesis, fusiones vertebrales y trastornos del disco intervertebral.

- Espondilitis anquilosante.
- Enfermedad de Paget.
- Osteoporosis y osteomalacia.
- Fibromialgia.
- Deformidades anatómicas, según su repercusión funcional.

5.-Aparato digestivo.

- Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa.
- Hepatitis B y C activas o sus estados de portadores.
- Insuficiencia Hepática.
- Cirrosis hepática.
- Cirrosis biliar primaria.
- Pancreatitis crónica.
- Fibrosis quística.
- Hernias de pared abdominal, se valorará por el Tribunal Evaluador.
- Incontinencia fecal.

6.-Sistema cardiovascular.

- Insuficiencia cardiaca en todos sus grados.
- Arritmias y bloqueos: Situaciones de preexcitación y todos los trastornos de ritmo o de la conducción cardiaca, excepto la Arritmia sinusal, los ESV o EV aislados, el Bloqueo AV de 1.º grado, el B C de RD y los Hemibloqueos de RI.
- Cardiopatía isquémica en cualquier grado.
- Valvulopatías.
- Miocardiopatías.
- Pericardiopatías crónicas.
- Hipertensión pulmonar primaria y secundaria.
- Síndrome de isquemia arterial crónica.
- Hipertensión arterial (TAS > a 140 y TAD > a 90).
- Hipotensión (TAS < a 90 y TAD < a 45).

–Insuficiencia venosa y linfática.

7.–Aparato respiratorio.

–Afecciones crónicas del aparato respiratorio (EPOC: Bronquitis crónica, Enfisema, Bronquiectasias, etc.) o insuficiencias ventilatorias superiores al 15% en CVF y/o FEV1.

–Derrames pleurales recidivantes.

–Neumotórax espontáneo recidivante.

–Enfermedades intersticiales y/o fibrosis pulmonar.

–Asma e hiperreactividad bronquial, según evolución.

8.–Sistema nervioso:

–Epilepsia.

–Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes.

–Enfermedades de la neurona motora.

–Ataxias.

–Trastornos de las funciones superiores y de integración (razonamiento abstracto, memoria, juicio y funciones ejecutivas).

–Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales.

–Afecciones vasculares de naturaleza isquémica, hemorrágica y malformativa.

–Miastenia grave y otros trastornos de la unión neuromuscular.

–Siringomielia.

–Hidrocefalia.

–Distrofias musculares y otras miopatías.

–Parálisis por lesión central.

–Parálisis periféricas, según repercusión funcional.

–Enfermedades del Sistema Nervioso periférico, según repercusión funcional.

–Síndrome de fatiga crónica.

–Anosmia.

–Otros trastornos motores (tics, estereotipias motoras, trastornos del sueño), según su repercusión socio-profesional.

9.–Trastornos psiquiátricos.

–Trastornos mentales orgánicos, con excepción de aquellos procesos autolimitados y reversibles.

–Trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicótropas, incluido el alcohol.

–Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

–Trastornos del estado de ánimo (trastornos bipolares, trastornos depresivos recurrentes, episodio depresivo mayor, trastornos distímicos).

–Trastornos de ansiedad con repercusión clínica significativa.

–Trastornos de la personalidad y del control de los impulsos con repercusión socio-profesional.

10.–Aparato génito-urinario.

–Insuficiencia renal, según evolución y pronóstico.

–Incontinencia urinaria.

–Poliquistosis renal.

11.–Sistema endocrinológico.

–Trastornos del eje hipotálamo-hipofisario.

–Hipertiroidismo e Hipotiroidismo, según evolución y pronóstico.

–Addison, Cushing, Feocromocitoma y otras alteraciones de las glándulas suprarrenales.

–Hipoaldosteronismo primario y secundario.

–Diabetes Mellitus.

–Adenomatosis endocrina múltiple.

–Hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo, según evolución y pronóstico.

12.–Piel, faneras y glándulas exocrinas.

–Cicatrices y procesos crónicos de la piel que, según extensión, repercusión funcional y localización, dificulten la capacidad para el desempeño de las tareas propias de un bombero.

13.–Sangre y órganos hematopoyéticos.

–Aplasia medular, Hemoglobinuria paroxística nocturna, Síndromes mieloproliferativos, Anemias hemolíticas crónicas, β -talasemias con anemia.

- Linfomas, según evolución y pronóstico.
- Síndromes linfoproliferativos crónicos, según evolución y pronóstico.
- Mieloma múltiple y Enfermedad de Waldeström.
- Hemofilias y otros trastornos de la hemostasia.
- Inmunodeficiencias.
- Esplenectomía.
- Tratamientos crónicos con anticoagulantes (Heparinas, Sintrom), Interferon, Corticoides, o EPO.

14.-Otros.

- Portador de anticuerpos VIH.
- Amiloidosis.
- Colagenosis.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Artritis reumatoide.
- Esclerodermia.
- Síndrome de Sjögren.
- Vasculitis, se valorará por el Tribunal Evaluador.
- Obesidad (IMC > a 30).

15.-Generalidades.

-En procesos neoplásicos y trasplantes de cualquier órgano, se valorará la aptitud por el Tribunal Evaluador, según evolución y pronóstico.

-Cualquier otra afección de cualquier aparato o sistema, con repercusión funcional que, a juicio del Tribunal Evaluador, impida el desarrollo de las tareas propias del puesto de Conductor y Peón Auxiliar de Bombero.