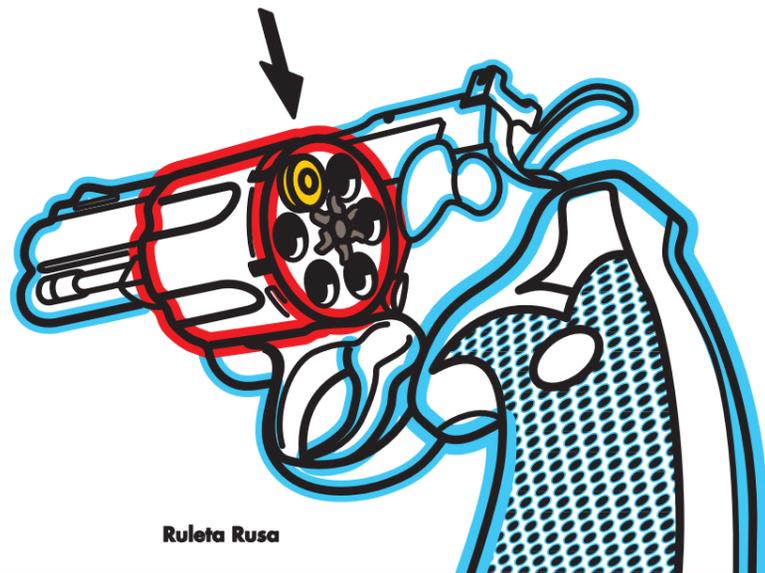


## Límites de los límites

Siempre hubo dudas. A pesar del entusiasmo con que el *establishment* se aferra a la idea de los valores límite frente a todo tipo de riesgos ambientales. Un entusiasmo nada disimulado que probablemente tiene más que ver con las garantías de seguridad para operar en el mercado que con lo que dichos límites suponen de seguridad preventiva. Pero las dudas persisten y cada vez con más base científica.

Especialmente en lo que respecta a los cancerígenos y mutágenos, aumenta la evidencia de que no existe un nivel seguro de exposición, ya que sus mecanismos de actuación suelen seguir la ley del "todo o nada". Una especie de ruleta rusa en la que se juega con la probabilidad de que se produzca el disparo, pero que en el momento en que sale la bala del tambor lo que es seguro es el daño inevitable. Naturalmente cuantas más veces juega uno, la probabilidad de impacto es mayor. Pero la cosa es que el riesgo cero sólo se consigue con exposición cero. Sin jugar.

El pasado mes de noviembre, la revista *Occupational and Environmental Medicine* publicaba un artículo científico con la siguiente pregunta como título: "¿Es mayor de lo esperado el riesgo de cáncer por radiación en los trabajadores?" La conclusión, tras analizar una docena de estudios epidemiológicos de alto nivel, es que no se puede afirmar que los trabajadores expuestos a lo que se consideran bajas dosis de radiación tengan menos riesgo de cáncer que los supervivientes de las bombas de Hiroshima y Nagasaki.



Hace unos años, el diario norteamericano *Washington Post* (19/06/05) recogía los resultados de una investigación sobre los efectos de las radiaciones ionizantes e insistía en la idea de que no hay una exposición "segura", ya que una sola dosis de radiación puede dañar el ADN celular y aumenta la probabilidad de cáncer en la persona que la recibe a lo largo de toda su vida. La investigación había sido encargada por el Gobierno de los EEUU a la *National Academies of Science, Engineering and Medicine* y la conclusión de los investigadores fue contundente: no existe un límite de exposición inocuo.

Cada vez está más claro que los límites tienen límites. Cuidado, pues, con la falsa seguridad cuando de radiaciones ionizantes se trata. Es un aviso para los trabajadores de la industria nuclear o de las unidades de radiodiagnóstico. Pero también para el público en general. Se estima que una de cada 1.000 personas sometidas a un TAC desarrollará un cáncer a lo largo de su vida.



Edición especial

Enfermedades  
originadas  
en el trabajo

2º Encuentro Estatal de  
Delegados y Delegadas  
de Prevención

# Tablón

## VI Foro ISTAS: Retos de la prevención del riesgo químico

La exposición laboral a sustancias tóxicas es responsable de que 74.000 trabajadores enfermen cada año, en Europa. El riesgo químico causa, por tanto, la mitad de las enfermedades laborales. En España, cada año, decenas de miles de trabajadores padecen enfermedades respiratorias (8.550 casos nuevos de EPOC, 5.130 casos de asma laboral), de la piel (6.840 casos de dermatitis), del sistema nervioso o cardiovasculares debido a la exposición laboral a sustancias químicas. Se estima que al menos 100.000 trabajadores contraen cáncer laboral cada año en Europa. Además, la exposición a tóxicos es responsable de la muerte cada año en España de al menos 7.000 trabajadores (4.000 por cáncer laboral).

Estas son razones importantes para dedicar el próximo Foro ISTAS de Salud Laboral a abordar los retos de la prevención del riesgo químico. Entre el 10 y el 12 de marzo, en Sevilla, el VI Foro ISTAS plantea debatir con representantes sindicales, Administraciones, empresas y profesionales la situación de la prevención del riesgo químico en España, los problemas, dificultades y avances en las empresas y las políticas públicas de prevención y control. Expertos de diferentes países plantearán su visión sobre temas de actualidad, como REACH, la utilidad de los valores límite, experiencias en la prevención del cáncer laboral o el enfoque de género en la prevención del riesgo químico. Además, durante las tardes se celebrarán 10 sesiones simultáneas en las que se debatirán temas monográficos relacionados con la prevención del riesgo químico, sobre la base del conocimiento y de la experiencia profesional y sindical.

### Miércoles, 10 de marzo

**Conferencia:** *Políticas públicas integradas frente al riesgo químico.* Joel Tickner.

**Mesa redonda:** *La prevención del riesgo químico: diagnóstico de situación.* Dolores Romano, Pedro Linares, Ildefonso Hernández, Concepción Pascual, Miquel Porta.

### Jueves, 11 de marzo

**Panel:** *Normativa integrada en RQ y REACH: una oportunidad para la prevención del riesgo químico.* Tatiana Santos, Rafael López Parada, Tony Musu.

**Panel:** *¿Sirven los valores límite para proteger la salud de los trabajadores?* Rafael Gadea, Laurent Vogel, M<sup>a</sup> Teresa Morandi, José Joaquín Moreno Hurtado.

**Mesa redonda:** *La prevención en las empresas: problemas, dificultades, avances.* Manuel Garí, Loly Fernández, Miguel Ángel Alba, Víctor de Santos Sánchez, Ana Mezo.

### Viernes, 12 de marzo

**Conferencia:** *Riesgo químico, un enfoque de género.* Carme Valls i Llobet.

**Panel:** *Prevención del cáncer laboral. Experiencias.* Ruth Jiménez, Annie Thébaud-Mony, Larry Stoffman, Marco Botazzi, Andrew Watterson.

**Mesa redonda:** *Políticas públicas de prevención y control. ¿Qué deberían hacer las Administraciones españolas?* Fernando Rodrigo, Llorenç Serrano, José Luis Villar Rodríguez, María Jesús Rodríguez.

El programa completo se puede ver en [www.istas.net](http://www.istas.net).

## Los daños del trabajo sobre la salud en las estadísticas oficiales

### Enero-septiembre 2009

Accidentes de trabajo con baja	Total registrados	Variación año anterior	Enfermedades profesionales (partes comunicados)	Total registrados	Variación año anterior
<b>En jornada de trabajo</b>			<b>Hombres</b>		
Leves	450.029	-29%	Con baja	4.062	-22%
Graves	3.830	-31%	Sin baja	3.178	-1%
Mortales	471	-27%	<b>Total</b>	<b>7.240</b>	<b>-14%</b>
<b>Total</b>	<b>454.330</b>	<b>-29%</b>	<b>Mujeres</b>		
<b>In itinere</b>			<b>Hombres</b>		
Leves	54.974	-20%	Con baja	3.290	-18%
Graves	969	-25%	Sin baja	1.860	-5%
Mortales	152	-21%	<b>Total</b>	<b>5.150</b>	<b>-14%</b>
<b>Total</b>	<b>56.095</b>	<b>-20%</b>	<b>Total</b>	<b>12.390</b>	<b>-14%</b>
<b>Total</b>	<b>510.425</b>	<b>-28%</b>			

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales ([www.mtas.es](http://www.mtas.es)).



**porExperiencia** es una publicación trimestral que se distribuye gratuitamente a todos los delegados y delegadas de prevención de CCOO

El objetivo de **porExperiencia** es difundir informaciones útiles para la prevención. Si deseas reproducir total o parcialmente el contenido de esta revista, por nosotros no te cortes, aunque nos gustaría que citas el origen.

**porExperiencia** Revista de Salud Laboral para delegadas y delegados de prevención de CCOO  
[www.porexperiencia.com](http://www.porexperiencia.com)

**Dirección:** Fernando Rodrigo

**Redacción:** Berta Chulvi, Rafa Gadea, Ana María García, María José López Jacob, Ximo Massot

**Suscripciones:** Lourdes Larripa  
C/ General Cabrera, 21  
28020 Madrid  
[istas@istas.ccoo.es](mailto:istas@istas.ccoo.es)

**Portada y diseño:** Antonio Solaz  
**Maquetación:** Xusa Beltrán  
**Imprime:** Paralelo Edición, S.A.  
**Depósito Legal:** V-1533-1998

**Edita:** ■ ISTAS. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud

**Colaboran:** ■ Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales  
■ SGS Tecnos S.A.  
■ Unión de Mutuas

**Web:** [www.istas.ccoo.es](http://www.istas.ccoo.es)



SGS



## Sumario

nº 47  
enero  
2010

### 2 Tablón

#### Especial II Encuentro Estatal de Delegados y Delegadas de Prevención

**4-5 Un millón de personas padece en España una dolencia relacionada con el trabajo.**

**6-7 “No podemos persistir en un sistema que no reconoce el 80% de las enfermedades relacionadas con el trabajo”.**  
Pedro J. Linares, secretario de Salud Laboral de la Confederación Sindical de CCOO.

**8-9 “No es tolerable que los trabajadores tengan que ir a los tribunales para conseguir el reconocimiento de la enfermedad profesional”.**  
Ignacio Fernández Toxo, secretario general de la Confederación Sindical de CCOO.

**10-13 ¿Cómo hacer visible la relación entre exposición y daño?**  
Los delegados y delegadas relatan dificultades, pero también resultados.

**14-15 “Las empresas no están teniendo la diligencia debida en la reubicación de los trabajadores que empiezan a cursar una enfermedad laboral”.**  
Octavio Granado, secretario de Estado de Seguridad Social.

**16-19 Abrir el melón.**  
La lucha para conseguir que las enfermedades profesionales sean notificadas.

**20-23 La batalla de quien sufre el daño.**  
La constancia de las víctimas y el trabajo sindical sí consiguen cambios.

**24-27 El paso a la acción colectiva.**  
Las experiencias muestran cómo es posible pasar de la percepción individual a la acción preventiva.

**28-29 Viaje al país del absurdo.**  
El reconocimiento de las enfermedades profesionales en Europa: subdeclaración y discriminación sistemáticas.

**30 Recursos**

**31 porEvidencia**

**32 Contraportada**

# Un millón de personas padece en España dolencias relacionadas con el trabajo

pEx

**La cifra la aportó Pere Boix, médico del trabajo e investigador de ISTAS, en la ponencia de presentación del II Encuentro de Delegados y Delegadas de Prevención, citando una encuesta de Eurostat. Y tal y como él afirmó, “se trata de una estimación conservadora”. Sobre la gravedad del problema no hay ninguna duda y tampoco caben ya posturas tibias sobre la necesidad de abordarlo en toda su complejidad.**

Según Boix, se trata de una prevalencia similar a la de la angina de pecho o la diabetes, enfermedades que preocupan y mucho al sistema sanitario, dado el elevado número de personas que se ve afectado. Sin embargo, lo que en cualquier otro terreno de la salud pública se consideraría un grave problema, dispararía las alarmas y pondría en marcha mecanismos de control, en el campo de la salud laboral parece seguir lógicas contrarias. “Cuando surge un problema de salud entre la población –explicó Pere Boix–, el sistema de salud pública reacciona con una lógica aplastante. En primer lugar lo reconoce como problema, en segundo lugar busca los factores que lo condicionan y en tercer lugar diseña políticas de prevención. Además crea registros fiables para saber en todo momento cuál es la situación, cómo evoluciona y si tienen efectos las medidas de prevención. Todo esto funciona en salud pública desde hace siglos. Pero cuando hablamos de problemas de salud en el ambiente de trabajo parece que esta lógica, ‘tan lógica’, deja de funcionar”.

## Falla la lógica

Lo primero que falla es la misma definición del problema. En esto estuvieron de acuerdo la mayoría de los ponentes que intervinieron en la presentación del encuentro. Lo señaló también Pedro J. Linares, secretario de Salud Laboral de la Confederación de CCOO, y Carmelo Plaza, responsable de Salud Laboral de CCOO-Madrid. Cuando hablamos de enfermedades laborales, lo lógico sería pensar que estamos hablando de todas aquellas enfermedades en cuya generación intervienen factores relacionados con el trabajo. Sin embargo no es así, tan sólo se consideran enfermedades de trabajo aquellas que están registradas en el anexo 1 del Real Decreto 1299/2006. Este enfoque conceptual tiene importantes consecuencias: “se sustituye la lógica sanitaria por una lógica indemnizatoria”, en palabras de Pere Boix. Y al final lo que ocurre es que el problema no es cuáles son los factores que generan la enfermedad y cómo controlarlos, sino quién y cuánto hay que pagar.

Y es que, como afirmó el ponente, en salud laboral se hace justo lo contrario de lo que hacemos cuando hablamos de problemas de salud pública: “Es como si cuando un fumador tiene un cáncer de pulmón, antes de atribuirlo al tabaco nos

empeñáramos en descartar de forma exhaustiva cualquier otra posible causa”. Al imperar una lógica indemnizatoria sobre una lógica sanitaria, quienes tendrían que hacer prevención dedican todos sus esfuerzos a rechazar casos, a poner en duda la existencia misma de la enfermedad. Y nos encontramos con un enorme subregistro de enfermedades profesionales y con situaciones paradójicas: “¿Por qué se pagan en España casi 17.000 pensiones de viudedad por enfermedades profesionales al año si las estadísticas oficiales registran no más de un par de muertes anuales por enfermedad profesional?”, se preguntó Pere Boix.

Desde esa lógica indemnizatoria, se empeñan en que hagamos el camino al revés: “La primera pregunta que realiza un juez ante un médico que actúa como perito en un juicio es si la enfermedad que padece el trabajador sólo puede ser causada por la exposición al agente de riesgo. Y la respuesta de cualquier médico, en la mayoría de los casos, ha de ser negativa porque casi nunca una enfermedad tiene una sola causa”, afirmó Boix.

También lo explicó Miquel Porta, catedrático de Salud Pública en la Universitat Autònoma de Barcelona, en el vídeo sobre el caso de Fernando Martínez que se proyectó en el encuentro: “En medicina no es posible afirmar casualidades exclusivas”. Porta participó como perito en un caso de cáncer de páncreas por exposición a organoclorados que el juez consideró que no era una enfermedad profesional porque la manipulación de cloro en condiciones intensivas y sin protección podría no ser la causa del cáncer. Miquel Porta afirmó con claridad que “en el caso de Fernando, hoy ya fallecido, hay más probabilidad de equivocarnos si decimos que la manipulación de organoclorados no es la causa que si aceptamos que sí es la causa más probable, ya que no se daban en el enfermo otros factores de riesgo vinculados al cáncer de páncreas”.

## Un problema con múltiples caras

También hubo coincidencia generalizada en la complejidad de abordar con rigor las enfermedades profesionales. Se trata de combinar distintas perspectivas de análisis. Precisamente por ello, el II Encuentro se estructuró en cuatro ejes de experiencias. El primero abordó el problema desde el eje del re-



**“ Con las enfermedades profesionales se aplica un lógica indemnizatoria en lugar de una lógica sanitaria”**

conocimiento: vincular el daño con sus causas entraña dificultad, pero es posible. El segundo abordó las dificultades del registro y la necesidad de hacer visible lo invisible. El tercer eje reunió experiencias sobre la protección individual del daño, y el último, pero el más importante, se centró en la prevención colectiva.

Lo que mostraron la práctica totalidad de las experiencias, además de la enorme resistencia de las mutuas a reconocer lo evidente, es que lo que falla estrepitosamente en las empresas es la vigilancia de la salud. La otra línea de acción estratégica en la que también coincidieron muchos de los ponentes es la necesidad de que los problemas de salud en el trabajo se consideren problemas de salud pública. “Hemos de sacar los problemas de salud laboral del ámbito exclusivo de la empresa y plantearlos a la sociedad como uno de los problemas más importantes de salud pública”, concluyó Pere Boix. 

## Contra viento y marea

FERNANDO RODRIGO

De forma extraordinaria hemos decidido dedicar este número de **pEx** íntegramente a contar lo sucedido en el II Encuentro Estatal de Delegados y Delegadas de Prevención, que celebramos en Madrid el 15 de octubre de 2009 y que reunió a casi dos mil personas. Allí escuchamos la voz y la experiencia directa de los delegados y delegadas de prevención de CCOO sobre un tema central y estratégico en la lucha por la defensa de la salud laboral: las enfermedades relacionadas con el trabajo.

Muchas veces, sólo atendiendo a las experiencias concretas es posible conocer con exactitud la magnitud de los obstáculos que ponen las empresas y las mutuas al reconocimiento de las enfermedades profesionales y a la protección de la salud. De la misma manera que sólo escuchando la voz de sus propios protagonistas, los trabajadores y trabajadoras, es posible comprender la riqueza y la profundidad de la lucha que desarrollan por la mejora de las condiciones de trabajo y de la salud y seguridad.

Los delegados y delegadas de prevención son el mejor activo que existe en nuestro país para promover la prevención y proteger la salud y la seguridad de los trabajadores y trabajadoras. La actividad que llevan a cabo es indispensable para el éxito de la prevención y por ello es esencial conocer, compartir y socializar sus experiencias. Para mostrar cómo, pese a todo y todos, avanzamos y conseguimos mejoras y no estamos dispuestos a retroceder. Así lo manifestaron también Ignacio Fernández Toxo (secretario general de CCOO) y Pedro J. Linares (secretario de Salud Laboral).

La presencia en el II Encuentro de autoridades e instituciones fue significativa. Estuvieron Idelfonso Hernández, director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, y Octavio Granado, secretario de Estado de Seguridad Social, a quienes entrevistamos en este número. También estuvieron presentes los directivos de las principales mutuas y vinieron aun sabiendo que escucharían cosas que no les iban a gustar.

Espero que el contenido de este especial sea de vuestro interés. Lógicamente le hemos dado un formato periodístico a lo que fue un acto de más de 6 horas de duración y en el que intervinieron más de 30 personas. Ya sabéis que podéis hacer comentarios a los artículos en [www.porexperiencia.com](http://www.porexperiencia.com). Se trata de que entre todos y todas tejamos una tupida red que impida que se siga vulnerando con impunidad el derecho a la salud de los trabajadores y trabajadoras. 

**Pedro J. Linares**

# “No podemos persistir en un enfermedades relacionadas con el trabajo”

pEx

**La denuncia la realizó el secretario de Salud Laboral de CCOO, Pedro J. Linares, en la presentación del II Encuentro. Linares señaló las insuficiencias del actual sistema de reconocimiento y sus consecuencias: “Desgraciadamente no se previene lo que no se conoce y se intenta desconocer lo que no se registra”, afirmó.**

Un sistema de reconocimiento tan deficiente dificulta enormemente la tarea preventiva, que es lo realmente importante. Así lo expresó también el secretario de Salud Laboral de CCOO: “Lo realmente grave es que haya trabajadores y trabajadoras expuestas a una realidad que genera daños a la salud, que el sistema no reconoce adecuadamente y que, en consecuencia, no trata como debiera”, señaló Linares.

## ¿Hasta dónde llega el subregistro?

Según las estimaciones realizadas por el informe ISTAS sobre “El impacto de las enfermedades de origen laboral en España”, cuyo texto íntegro se puede consultar en la web de ISTAS, en el año 2008 habría en España más de dos millones de trabajadores afectados por algún problema de salud relacionado con su trabajo, sin contar las lesiones por accidente de trabajo.

Las alteraciones más frecuentes serían de origen osteomuscular (casi 500.000 casos en hombres y cerca de 525.000 en mujeres), seguidas por las alteraciones mentales: estrés, depresión o ansiedad (casi 150.000 casos estimados en hombres, cerca de 181.000 en mujeres). En términos relativos, estamos hablando de que el 9% de los

trabajadores y el 13% de las trabajadoras sufrirían alguna dolencia como consecuencia de su trabajo.

Si esa es la foto fija, una aproximación dinámica no dibuja un mejor escenario: en la situación actual, el informe ISTAS estima que cada año se producen en España más de 90.000 nuevos casos de enfermedades de origen laboral. Estas enfermedades laborales serían mayoritariamente osteomusculares (cerca de 32.000 casos nuevos al año), enfermedades de la piel (13.000 nuevos casos al año) y pérdidas auditivas (11.600 nuevos casos), enfermedades mentales causadas por exposiciones a riesgos psicosociales (8.500 nuevos casos) y tumores malignos de origen laboral (6.300 nuevos casos).

Las estimaciones sobre la mortalidad debida a enfermedades profesionales, atendiendo a los últimos datos disponibles, calculan que en 2006 fallecieron en España alrededor de 14.000 hombres y más de 2.000 mujeres como consecuencia de enfermedades debidas a exposiciones ocurridas en sus lugares de trabajo. La mayoría de estas muertes (9.550 casos) se debería a tumores malignos, seguidos por enfermedades cardiovasculares (3.350 casos).

El total de años potenciales de vida perdidos a causa de estas muertes prematuras y evitables sería de cerca de 160.000 años, principalmente debidos a la mortalidad por cáncer y por enfermedades cardiovasculares de origen laboral.

Si comparamos estas estimaciones con las enfermedades profesionales efectivamente registradas, apreciamos la existencia de un subregistro total del 79% de los casos (cuadro 1). Por patologías destaca el subregistro de tumores malignos, hipoacusias por ruido y enfermedades respiratorias, con más del 90% de los casos de origen la-

**Cuadro 1**

Subregistro de enfermedades laborales 2008	Enfermedades profesionales registradas	Enfermedades laborales	Infradeclaración %
Enfermedades mentales	0	8.487	100
Tumores malignos	62	6.291	99
Enfermedades cardiovasculares	0	674	100
Hipoacusia o sordera por ruido	790	11.642	93
Enfermedades respiratorias	850	9.467	91
Enfermedades infecciosas	493	2.390	79
Enfermedades de la piel	1.242	12.909	90
Enfermedades osteomusculares	13.966	31.812	56
<b>Total</b>	<b>17.403</b>	<b>83.672</b>	<b>79</b>

# sistema que no reconoce el 80% de las

boral estimados no reconocidos. Adicionalmente, el sistema de registro de enfermedades profesionales no contempla ningún caso de enfermedad mental.

Además, los autores del estudio, Ana María García y Rafa Gadea, apuntan, tras exponer la metodología utilizada para la estimación, que “una valoración cuidadosa de las diferentes fuentes de error que pueden haber afectado los resultados presentados en este informe sugiere que es más probable que todas nuestras estimaciones infravaloren la dimensión real del problema”.

## Un sistema de notificación que no funciona

En la base de este subregistro está un sistema de notificación que no funciona porque ni la definición legal de enfermedad profesional se ajusta a una lógica sanitaria, ni funcionan los sistemas de alerta del sistema sanitario, ni las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales están cumpliendo adecuadamente sus funciones.

Pedro J. Linares cuestionó la eficacia de la última de las reformas legislativas destinadas a mejorar el proceso de notificación. Describió el marco de actuación que dibuja el Real Decreto 1299/2006, por el que se aprobó el nuevo cuadro de enfermedades profesionales y en el que se establecen los criterios para su notificación y registro, y se refirió al anexo 1 donde se recogen los daños a la salud que se consideran enfermedades profesionales y al anexo 2, esa segunda lista de enfermedades que no están reconocidas pero que se sospecha que tienen origen profesional y podrían ser reconocidas en un futuro.

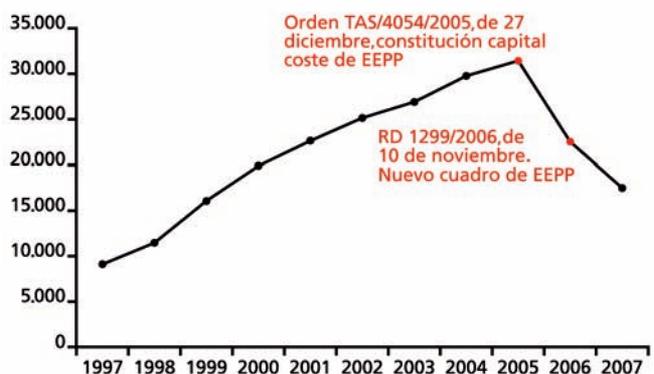
“A pesar de que algunos afirmen que tenemos un sistema mixto y más flexible desde que se produjo esta reforma legislativa –señaló Pedro J. Linares–, esa no es la realidad. La prueba más clara es que durante estos dos años no se ha producido la incorporación de ninguna nueva enfermedad profesional al cuadro del anexo 1. La lista de enfermedades profesionales sigue siendo tan cerrada ahora como lo era antes”. La realidad es que para conseguir el reconocimiento de cualquier enfermedad no recogida en la lista del anexo 1, los trabajadores y trabajadoras han de recurrir a los tribunales y tratar de que el daño se reconozca como accidente de trabajo.

## ¿Qué hacen las mutuas?

Pedro J. Linares señaló la paradoja que supone haber realizado un esfuerzo normativo para modificar el registro de enfermedades con el espíritu de una mayor protección de las mismas en el ámbito laboral, y encontrarnos que el escenario actual es igual o peor que el de partida porque las mutuas no están cumpliendo adecuadamente su función. “Desde que en 2005 –señaló Linares– se obligó a las mutuas a capitalizar la invalidez, muerte y supervivencia por enfermedad profesional hemos registrado, tal y como se aprecia en el gráfico 1, una caída en el reconocimiento de las enfermedades laborales de más de 10.000 casos en sólo un año, y otros 10.000 al año siguiente”.

Según el secretario de Salud Laboral de CCOO, “este descenso sistemático en el reconocimiento sólo se puede explicar por interés puramente economicista de las mutuas. Y eso es inadmisibles”. Linares apuntó la necesaria reforma de la legislación referente a las mutuas y se mostró muy crítico con su gestión: “Yo no creo que las mutuas generen excedentes –afirmó–, tienen excedentes, pero de trabajo por hacer”. Las vías para la solución al problema pasan, según el secretario de Salud Laboral de CCOO, por “platearnos una modificación sustancial de las competencias de las mutuas y determinar cuál es el trabajo que tienen que realizar. Las mutuas son un elemento esencial de gestión de los recursos de Seguridad Social. Ya no son lo que eran hace unos años. No son simplemente organizaciones empresariales. Este cambio de estatus no se ha trasladado, en absoluto, a su modelo de gestión y, lo que es evidente, es que algo estamos haciendo mal si con los cambios legislativos en el sistema de notificación de las enfermedades profesionales conseguimos justo lo contrario de lo que andábamos buscando”, concluyó.

Gráfico 1. Cronología del reconocimiento de enfermedades profesionales



**Ignacio Fernández Toxo**

# “No es tolerable que los trabajadores tengan que ir a los tribunales para conseguir

FERNANDO RODRIGO

**El secretario general de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras, Ignacio Fernández Toxo, participó en el II Encuentro de Delegados y Delegadas de Prevención y manifestó con claridad la centralidad de la salud laboral en la acción del sindicato. Frente a la patronal que exige reformas laborales, Toxo tuvo un mensaje claro: “La única reforma que cabe, es la que mejore las condiciones de trabajo”.**

**Has reconocido los avances en salud laboral en los últimos años, pero has criticado duramente la situación existente en torno a las enfermedades de origen laboral.**

Efectivamente, los delegados y delegadas de prevención y los cuadros sindicales han hecho un trabajo ingente, no siempre bien comprendido por el propio sindicato. Era muy difícil permeabilizar las tablas reivindicativas de aquellos convenios en los años setenta y en los ochenta y convencer a propios y a extraños de que “la salud no se vende, se defiende”, pero hoy podemos decir que lo hemos logrado en buena medida. Hemos conseguido una reducción importante de los accidentes, sobre todo de los mortales, recuerdo en buena medida cómo en mi época como trabajador en Bazán teníamos accidentes gravísimos.

Ahora estamos luchando por “hacer visible lo invisible”, por eso está muy bien elegido el tema central de este encuentro en torno a las enfermedades de origen laboral, que en España están en una situación inaceptable. El Ministerio de Trabajo y el de Sanidad tienen una importante responsabilidad. No puede haber espacios para la impunidad en el tratamiento de la salud y la seguridad. Exigimos, por lo tanto, contundencia y rigor a las Administraciones públicas, en particular a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, también en el ámbito penal, para afrontar y resolver los problemas derivados de las enfermedades profesionales.

**Hablaste de un cambio radical en el enfoque de las enfermedades profesionales, ¿en qué se concreta ese cambio?**

En primer lugar hay que empezar por reconocer la crudeza de una situación que nadie quiere reconocer. En el tema de las enfermedades originadas en el trabajo estamos hablando de una incidencia mucho más elevada que la que refleja cualquier estadística. El informe elaborado

por ISTAS pone de manifiesto la gravedad de la situación, ya que frente a unas estimaciones serias y rigurosas de unas 16.000 muertes anuales por enfermedades de origen laboral, las reconocidas oficialmente son 0. Y frente a unas 100.000 enfermedades estimadas al año, el reconocimiento real es de unas 18.000 en la actualidad, la mayor parte sin baja. Y no es demagogia. No está construido con elementos demagógicos el informe de ISTAS. Está realizado con parámetros bien solventes y creo que poco contestables. Y esa realidad es la que nos lleva a exigir un cambio de posición, un cambio de actitud, un cambio radical en nuestro país en el abordaje de las enfermedades laborales.

No es tolerable lo que sucede a estas alturas del siglo XXI con el amianto. Todos recordamos lo del aceite de colza, que fue un drama y que generó muchos dramas personales, que creó una gran alarma social y tuvo un tratamiento seguramente insuficiente para las personas y las familias que padecieron las consecuencias del mismo, pues no es nada comparable con la incidencia del amianto en los centros de trabajo y sobre la salud de las personas. Y ante esto, lo que hacen las Administraciones es mirar para otro lado y dejar hacer a las mutuas, que continúan ocultando y negando las enfermedades profesionales.

**En las experiencias presentadas por los delegados y delegadas de prevención pudimos ver cómo la lucha por el reconocimiento es un sufrimiento añadido para las víctimas y sus familiares.**

Sí, así es, y desgraciadamente no es tolerable que a estas alturas cada una de las personas, sus familias, tenga que acudir sistemáticamente a los tribunales para conseguir el reconocimiento. Los sindicatos hemos de adoptar una fuerte iniciativa para que se produzca un reconocimiento social pleno de lo que ha generado el amianto en nuestro país. Considero que la salud en el ámbito laboral y salud pública deben ir de la mano, no pueden moverse en espacios paralelos. La salud laboral es salud pública y el Sistema Nacional de Salud no puede mirar permanentemente hacia otro lado, como si no fuese con ellos. Tenemos que seguir trabajando para que, frente a todas las incomprendiones, esto se incorpore con plenitud a las agendas de todos los departamentos ministeriales que tienen que comprometerse con la vigilancia y el cuidado de la salud de los trabajadores y las trabajadoras. Necesitamos una nueva relación con la enfermedad profesional para poder actuar de forma preventiva.

# el reconocimiento de la enfermedad profesional”



**“ Todos recordamos el aceite de colza. Pues no es nada comparable con la incidencia del amianto en los centros de trabajo”**

**El énfasis en la prevención, ¿es la pieza clave de la estrategia de CCOO?**

En la prevención está gran parte de la solución de los problemas, hay que anticiparse y no limitarse a actuar cuando la enfermedad ya se ha manifestado, habrá que tener actuaciones paliativas, pero lo fundamental es la acción preventiva. Y ahí es donde hemos de seguir avanzando y podemos hacerlo. Tenemos nuevos instrumentos, los hemos creado en cooperación con otras organizaciones. Hemos desarrollado en el último período una negociación que ha derivado en el acuerdo de la Estrategia Española de Salud y Seguridad. Un buen instrumento a condición de que se utilice, se desarrolle y se aplique. Lo hemos hecho después de un largo recorrido y en medio de una fuerte resistencia. Tenemos ISTAS, que elabora las herramientas que necesitamos y proporciona asesoramiento y formación a la gran fuerza del cambio que son los delegados y delegadas de prevención y los gabinetes de salud laboral. Ahora vamos a poder contar con la figura de los delegados y las delegadas sectoriales de prevención y eso es importantísimo por-

que tenemos un gran agujero en la PYME y en la microPYME. Y los delegados y las delegadas sectoriales son una herramienta ideal para cubrir este espacio donde desarrollan su actividad más del setenta por ciento de los trabajadores y trabajadoras en nuestro país. El reto, para los próximos años, es prevenir todos los daños de origen laboral, acometer de manera decidida las enfermedades profesionales y prevenir los riesgos que las generan.

**¿Qué valoración haces del papel que están jugando las mutuas en la prevención?**

No estamos satisfechos, sinceramente, con la función que juegan las mutuas en este momento. No podemos estarlo. Y como no estamos satisfechos, no podemos estar de acuerdo tampoco en que se amplíe el ámbito de intervención de las mutuas a la enfermedad común como demandan, con la excusa del absentismo laboral, las organizaciones empresariales. Una demanda que ha sido uno de los elementos que ha impedido, no el único, que renováramos el Acuerdo Nacional de Convenios para el año 2009. Las mutuas tienen que cambiar su relación con las enfermedades profesionales. Tal vez haya que ir a un cambio en profundidad. Tal vez sea el momento de que nos pongamos a reflexionar en relación con la modificación de la Ley de Mutuas. No es de recibo en una situación y en unas circunstancias como las que concurren en nuestro país, en relación con la salud en los centros de trabajo, que las mutuas generen año tras año excedentes y al mismo tiempo no se reconozcan las enfermedades, y por tanto no se den prestaciones económicas y sanitarias a las personas que las sufren.

**¿Qué cambios serían necesarios?**

Hace falta un cambio de la Ley de Mutuas que modifique su naturaleza y su dependencia. Y exigiremos, en ese cambio, la plena participación sindical en la gestión de las mutuas. Es un espacio que no puede quedar reservado exclusivamente, como sucede hasta ahora, a los empresarios. Tienen que ser de verdad mutuas de trabajo, donde tengan cabida los representantes de los trabajadores, no sólo cuando acuden a pedir sus servicios, sino en su control y en la gestión de las mismas, porque gestionan recursos públicos de la Seguridad Social y porque ofrecen prestaciones públicas. Las mutuas tienen que modernizarse y democratizarse para cumplir profesionalmente con sus competencias. No pueden ser instituciones de parte –empresariales– como lo son ahora, por más que haya cambiado su nombre. O se reforman o habrá que abrir otro tipo de debate.



# ¿Cómo hacer visible la relación entre dificultades, pero también resultados

pEx

**Establecer la relación entre exposición y daño no siempre es fácil y, sin embargo, es clave para demostrar que las condiciones de trabajo son responsables de los problemas de salud que padecen los trabajadores y las trabajadoras.**

En esa situación se vieron los delegados de prevención de Gas Natural que estrenaron el nuevo edificio "inteligente" de la compañía en la capital catalana. En un lugar donde trabajan más de 1.000 personas, alrededor de 260 se vieron afectadas por una enfermedad poco frecuente: una especie de hundimiento en la piel, en forma de semicírculo, en el que parece haber desaparecido la grasa o la masa muscular. Sus respectivos médicos de cabecera remiten al dermatólogo, sin darle más importancia al tema.

Sin embargo, la acumulación de episodios y la existencia de un suceso similar en un banco belga permiten identificar el daño como lipoatrofia semicircular y relacionarlo con unas condiciones de trabajo nada saludables: un edificio sin ventanas, con muy baja humedad y una gran carga de energía estática son los responsables de la dolencia que padecen mayoritariamente las mujeres. Un montón de avances tecnológicos, pero nadie había pensado en la salud laboral: "Mesas eléctricas a las que se enchufan todos los aparatos, un suelo técnico bajo el que discurren todos los cables, cubierto con moquetas con todos los 'anti' que te puedas imaginar", explica Daniel Rodríguez, delegado de prevención en Gas Natural.

La actuación sindical se centra en varios ejes: saber qué les pasa a las trabajadoras y cuál es su gravedad, informar a la plantilla detalladamente de lo que sucede, denunciar la situación a la Inspección de Trabajo y obligar a la empresa a tomar medidas. El número de casos fue la clave para que interviniera la Inspección de Trabajo y paralizara la actividad. Se detectó que algunas de las modernas mesas no tenían conectada la toma de tierra, se instalaron humidificadores y otros mecanismos para evitar la electricidad estática de forma provisional y más tarde la empresa se ha visto obligada a realizar una inversión importante para adecuar el sistema de ventilación.

La dolencia se reconoció como accidente de trabajo sin baja, obligando a la mutua a desarrollar la vigilancia de la salud específica para las personas afectadas. La actuación llegó hasta el Departament de Salut Pública de la



Generalitat, que ha emitido un protocolo en el que se reconoce la lipoatrofia como accidente de trabajo. Sin embargo, "las consecuencias en cuanto a la prevención se desconocen. Se seguirán construyendo edificios de esas características", afirma Daniel.

## Bhopal en las montañas de Palencia

También se enfrentaron a lo desconocido, pero con daños de mucha mayor gravedad, los delegados sindicales de la Unión Provincial de Palencia que atendieron a las trabajadoras de Warhom Servicios S.A., una subcontrata de Gamesa Eólica. "Las trabajadoras acuden al sindicato presentando quemaduras en los brazos y en la cara y fuertes dolores de cabeza. Afirman que están manipulando productos químicos, pero no tienen información sobre ellos", explica Juan Carlos González.

Las trabajadoras estaban reparando, in situ, las aspas de los molinos de un parque eólico instalado en la localidad de Hornillos de Ferrato. El trabajo consiste en descolgar las palas de los molinos y repararlas en una carpa habilitada para ello. Para arreglar los desperfectos inyectan un producto químico que las trabajadoras describen como "bastante irritante" porque, "cuando se quedan con el

## exposición y daño? Los delegados y delegadas relatan

producto en la mano, echa humo y perfora los guantes". Después de inyectar el producto lo lijan, lo pintan y lo limpian con "una acetona pura". "Cuando se lija, hay tanto polvo en el ambiente que no se ve prácticamente al compañero que está a un metro de distancia", afirman.

La Federación de Industria de CCOO de Palencia y los técnicos de ISTAS inician una investigación para saber qué está pasando. Empiezan a sospechar que hay algo grave detrás cuando las trabajadoras relatan que en el proceso de selección "se les ha preguntado si estaban embarazadas o tenían perspectivas de estarlo a corto plazo". La empresa incumple su deber de información a los trabajadores en distintas ocasiones. Cuando las trabajadoras solicitan las fichas de seguridad de los productos, la empresa se las niega. Cuando las trabajadoras arrancan las etiquetas de los envases la sorpresa es tremenda: estos elementos informativos básicos están en alemán.

La mutua Ciclos diagnostica "alergia sin determinar el origen de la misma". Y ahí queda todo. La Unión Provincial de Palencia presenta una denuncia ante la Inspección de Trabajo contra Warhom por desconocimiento de las sustancias químicas que se manipulan y daños a la salud de un grupo de trabajadores. La respuesta de la Inspección fue pedir una evaluación higiénica del lugar de trabajo y poco más: afirman desconocer las causas que han podido provocar los síntomas y dan el asunto por zanjado.

Sólo los delegados sindicales y los técnicos de ISTAS no desisten. "Ya no eran solamente quemaduras y alergias –explica Juan Carlos González–, sino síntomas mucho más severos: cefaleas constantes, trastornos severos del sistema reproductor, amenorrea, aparición de leche materna en el caso de las mujeres, quistes abdominales, mareos y hemorragias nasales persistentes". Ante la gravedad del asunto interviene FREMAP, sociedad de prevención de la empresa Gamesa, y realiza una medición de contaminantes y análisis de laboratorio. Los resultados de la medición ponen de manifiesto la presencia en el ambiente de isocianatos muy por encima de los valores permitidos, casi 600 veces por encima. Para ese momento los delegados sindicales y los técnicos de ISTAS ya saben de qué están compuestos los productos y constatan que la medición obvia otras sustancias como la etriopilina, cuyos efectos son muy peligrosos: disruptores endocrinos, cancerígenos, mutágenos y neurotóxicos.

La Inspección de Trabajo dicta una nueva resolución en



vista de los resultados de la medición de FREMAP, donde se comunica a la empresa la necesidad urgente de corregir las condiciones de exposición de los trabajadores mediante sistemas de aspiración localizada, equipos de protección adecuados, etc. Dada la gravedad de las enfermedades, CCOO presenta una nueva denuncia contra la empresa principal y contra la subcontrata y convoca una rueda de prensa. Sólo la presión mediática da resultado, y se adoptan las primeras medidas preventivas. Pero los efectos se suceden y una trabajadora aborta. Ante la gravedad de los hechos, CCOO ha interpuesto una demanda ante el juzgado de lo penal en Palencia que ha sido admitida a trámite.

**Un montón de avances tecnológicos, pero nadie había pensado en la salud laboral**

Y ahora todo el mundo quiere cubrirse las espaldas: Inspección de Trabajo propone un acta de infracción contra la subcontrata, con responsabilidad solidaria de la empresa principal. La subcontrata desmonta la carpa y desaparece sin finalizar los trabajos. La mutua pasa de no dar bajas a no atreverse a dar el alta médica. El juzgado ha solicitado a ISTAS, mediante auto, información sobre las sustancias que se estaban utilizando en la empresa y so- ●●●

- bre el accidente de Bhopal en la India, ya que éste fue causado por una fuga de isocianatos, el mismo producto que manipularon las trabajadoras palentinas.

### Enfrentarse a la mentira institucional

“La importancia de no tirar ningún papel. Acordaros de esto”. Esta fue la frase con la que Chus Rodríguez, delegado de prevención en ARCELORMITTAL, sintetizó la experiencia de un caso donde la documentación ha sido clave. Los archivos de la sección sindical de CCOO, los archivos de prevención de la propia empresa y otros documentos rescatados de unas naves que ya no se usan, sirvieron para demostrar lo que la empresa trataba de ocultar: que Julio Álvarez, fallecido en 1999, trabajó expuesto al amianto y que primero ENSIDESA y luego ACERALIA mintieron sistemáticamente sobre el uso de amianto en sus instalaciones.

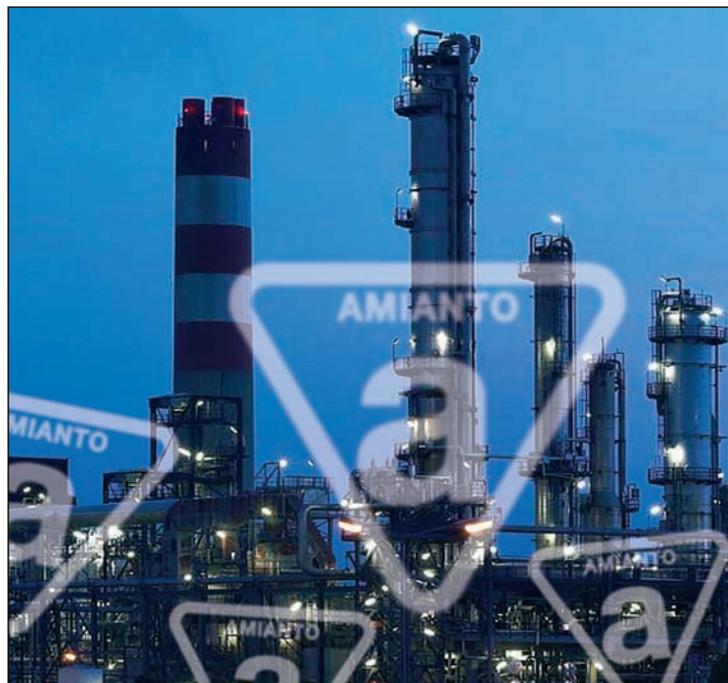
**La empresa persistió en privar a los trabajadores de su derecho a la vigilancia de la salud**

En el caso de Julio Álvarez, el documento clave fue una hoja aparentemente trivial: un cuadrante de turnos de trabajo de 1964. El cuadrante detalla qué tareas realizaba Julio y sirvió para contactar con compañeros del fallecido que describieron ante el juez cuáles eran las condiciones de trabajo y el contacto habitual con el amianto. Pero además, los delegados de prevención encontraron mucha más documentación que demostraba que la empresa ocultó a las Administraciones sanitarias que, hasta hace bien poco, en la fábrica se trabajaba con amianto.

La mentira institucional se inicia en 1986. ENSIDESA es requerida por las autoridades para formar parte del Registro de Empresas con Riesgo de Amianto (RERA). La respuesta de la empresa es taxativa: “Desde 1982 el amianto, en todas sus variedades, ha sido sustituido y en consecuencia la empresa no debe figurar en tal registro”. El Ministerio aceptó tal explicación y ENSIDESA no entró en el RERA.

Sin embargo, los delegados de CCOO han encontrado en los archivos varios documentos que acreditan la presencia de amianto en la fábrica con posterioridad a 1982. Una nota de 1984 donde el jefe de almacén de la factoría de Avilés informa de la existencia de 8.556 kilos de amianto en el almacén. Un documento de la propia ENSIDESA, fechado en 1987, que lleva por título “Especificaciones básicas para los trabajos de demolición en los que existe riesgo por presencia de amianto”.

Como explica Chus Rodríguez, que ENSIDESA no estuviera registrada en el RERA tuvo consecuencias para los trabajadores: no se realizaron mediciones ambientales, no



se realizaron reconocimientos médicos, no se entregaron los equipos de protección individual, se expuso a riesgo a las familias de los trabajadores pues éstos se siguieron llevando la ropa de trabajo a lavar a casa, con el consiguiente traslado de las fibras de amianto.

Pero la gravedad del asunto es mayor, pues la empresa persistió en su actitud de privar a los trabajadores y trabajadoras de su derecho a la vigilancia de la salud. En 1995, ACERALIA (la nueva razón social de ENSIDESA) recibe un comunicado del INSALUD solicitando los nombres de los trabajadores que hayan estado expuestos a amianto a fin de realizar vigilancia de su salud. En el escrito de respuesta, la empresa afirma, otra vez, que todas las clases de amianto fueron sustituidas en 1982 y añade que “debido al tiempo transcurrido” no es capaz de identificar a los trabajadores que estuvieron expuestos a ese riesgo. Algo que los delegados de CCOO, utilizando un cuadrante a turnos, sí han podido hacer más de diez años después.

Pero ahí no acaba la historia: los delegados de prevención han encontrado otro documento, fechado en octubre de 1995, donde el jefe del departamento de Investigación y Control de Calidad de ACERALIA afirma literalmente que “la muestra que le mandaron para analizar es amianto puro y que no se aprecia otro tipo de fibras”. En mayo de 2001, diligencias de la Inspección de Trabajo solicitan justificación documental de la composición de la ropa de trabajo adquirida en el período 1969-87 por ENSIDESA, a raíz de un juicio en ciernes. La contestación de la empresa es que “no tienen soporte documental de esas



fechas y no pueden dar contestación a la diligencia”. Sin embargo, los delegados de CCOO sí encuentran en los archivos el catálogo de prendas donde figura el traje, las botas, el guante y el capuz, todo de amianto, que se utilizaba en ese momento. La descripción del catálogo es muy clara: “Como mínimo, las prendas deben contener el 80% de amianto en su composición”.

En junio de 2001, la Inspección Provincial de Asturias cursa un acta de infracción por el uso de amianto a una empresa auxiliar de ACERALIA por no poseer la inscripción en el RERA, declarando la responsabilidad solidaria también de la empresa principal. Ese mismo mes, aprovechando la visita del inspector provincial de Trabajo, los delegados de prevención de CCOO lo acompañan a efectuar una diligencia a los departamentos de compras y almacenes, a quienes se les pregunta si existía o se usaba amianto en las instalaciones de ACERALIA. Ante la contestación negativa, al día siguiente, el inspector de Trabajo recibe en su despacho un sobre anónimo que contiene un albarán reciente donde constan productos con la referencia de amianto. “El revuelo que se monta es monumental”, relata Chus Rodríguez: “Se hace un plan de actuación que consta, como en 1982, de cuatro apartados: cuantificación, análisis de sustitutos, control de entrada y gestión de existencia”. El resultado es que, en 2001, aparecen más de 250 productos con la palabra amianto o susceptibles de contener amianto. Y a 31 de julio nos encontramos con una circular que dice que a siete productos no les ha encontrado “todavía” sustituto. ■

## Hacer visible lo invisible

Si hay algo a lo que se resiste la cultura empresarial dominante es a admitir que una mala organización del trabajo provoca la enfermedad de los trabajadores y trabajadoras. El caso que expuso María Jove, de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Cataluña, muestra precisamente eso: en el Hospital San Jaume de Calella, los cambios organizativos derivados de una fusión empresarial provocaron un aumento de los riesgos psicosociales. Las delegadas de prevención dedicaron su tiempo a verificar cuáles eran los cambios organizativos que llevaban a las bajas y a la enfermedad y encontraron que el origen estaba en la reagrupación de todos los servicios, la supresión de puestos de organización intermedios y en una importante ampliación de plantilla basada en contrataciones precarias.

La empresa creció en 1.000 trabajadores con contrataciones en precario: “Se contrataba –explica María Jove– a la gente por 10 horas semanales y al día siguiente se les aumentaba su contratación a una jornada completa, pero sólo por una semana”. Las trabajadoras vivían pendientes del teléfono porque se solicitaba su presencia en el centro de trabajo con media hora de tiempo de reacción. El personal sanitario de nueva contratación conocía sus horarios de semana en semana, sin respetar siquiera los turnos, ni tarde ni mañana, ni días ni noches.

Los problemas de salud músculo-esqueléticos, digestivos, las cefaleas y fundamentalmente los problemas psicológicos como la fatiga, la sobrecitación, la ansiedad y las depresiones se multiplicaron. Para probar la relación entre estos riesgos y estas exposiciones fue clave la aplicación del método de evaluación COPSOQ-ISTAS 21. Las delegadas encontraron mucha oposición, pero finalmente, tras varios rechazos, la empresa no superó una auditoría y eso ayudó a que las delegadas de prevención de CCOO, sindicato minoritario en el hospital, lograran convencer al servicio de prevención y al resto de las secciones sindicales para aplicar este método de evaluación y de intervención. La dinámica desbordó a la empresa: lograron mostrar cuáles eran los riesgos psicosociales y cómo se relacionaban con una determinada organización del trabajo. En la actualidad, el personal del Hospital San Jaume de Calella ha logrado firmar los diferentes documentos que se plantean en el COPSOQ-ISTAS 21, todo en el marco del Tribunal Laboral de Cataluña, lo que otorga a esos acuerdos el carácter de convenio colectivo. Además, se han llevado a la práctica un tercio de las medidas preventivas acordadas. ■

## Octavio Granado “Las empresas no están teniendo la diligencia que empiezan a cursar una enfermedad laboral”

BERTA CHULVI

**Octavio Granado, secretario de Estado de Seguridad Social, participó en el II Encuentro Estatal de Delegados y Delegadas de Prevención y manifestó tener muy clara la importancia de la acción sindical en materia de salud laboral: “La prevención de riesgos laborales es la asignatura pendiente del sistema de protección social en España”, afirmó Granado.**

**¿Qué balance hace de la puesta en marcha del nuevo sistema de notificación de enfermedades profesionales CEPROS?**

CEPROS ofrece en estos momentos un bagaje de información estadística muy útil para la detección de la enfermedad profesional en España y ha sido ya acreditado por EUROSTAT como una fuente estadística fiable. Ha sustituido a registros anteriores que no tenían, realmente, la calificación de tales registros. Eran fuentes documentales interesantes, pero que por la falta de controles y de evaluación de la información planteaban muchas dudas sobre sus resultados. Pero el registro en sí mismo no es la solución. CEPROS sólo cumplirá sus últimos objetivos si la información que facilita es una información aplicada. Yo animo a los delegados y delegadas de prevención a que utilicen todo el bagaje de información que CEPROS pone en sus manos para hacer más eficaz la tarea de prevención.

**Se ha hablado mucho en el encuentro de la infranotificación de las enfermedades del trabajo, ¿hay alguna actuación prevista en este ámbito?**

Estamos trabajando para incorporar al CEPROS las enfermedades del trabajo que se cursan como accidentes de trabajo porque no están reconocidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Hemos realizado ya algunos estudios con datos de las principales mutuas de accidentes de trabajo en nuestro país y estimamos que la consideración de estas enfermedades de trabajo enmascaradas bajo la categoría de accidente puede suponer que los casos detectados por el sistema CEPROS se incrementen en un 50%. Hemos visto que enfermedades como las cardiovasculares se notifican más por la vía del accidente de trabajo que por la vía de enfermedad profesional. También vamos a poder empezar a establecer algún tipo de registro de las enfermedades psicosociales que, como bien sabéis, están fuera del listado de enfermedades profesionales de la UE que nosotros estamos aplicando.

**Sin embargo, la infradeclaración va mucho más allá. Justo cuando se les obligó a las mutuas a capitalizar la invalidez, muerte y supervivencia por enfermedad profesional se produjo una caída en el reconocimiento de más de 10.000 casos en sólo un año, ¿cuál es su valoración al respecto?**

Hay que tener en cuenta que la caída de las declaraciones tiene lugar en 2007 con el nuevo sistema de declaración y registro, que produjo una ruptura de la serie y la eliminación de las duplicidades. En cuanto a la ruptura de la serie, el cambio de sistema no sólo supuso una nueva metodología, sino un cambio en el tratamiento de la información. Con el sistema anterior de declaraciones se producía un retraso de varios meses, con lo que las declaraciones pendientes de un año engrosaban el siguiente, al modernizar el sistema se rompe con el acumulado y a cada año se le aplican las declaraciones que se efectúan cada ejercicio. Por otra parte, en el anterior sistema se computaban todas las modificaciones de distintos procesos, con lo que era muy fácil incurrir en duplicidades. El nuevo sistema elimina las duplicaciones.

Además, para evitar que estas modificaciones indujeran un sesgo a la baja de las declaraciones por razones distintas a las señaladas, hicimos una resolución para que el Instituto Nacional de la Seguridad Social revise de oficio todas las altas correspondientes a enfermedades en que hubiera habido cambio de diagnóstico de la contingencia.

**En el encuentro se ha puesto de manifiesto la necesidad de una reforma en profundidad del modelo mutualista vigente, ¿cuál es su opinión?**

Estamos siempre de acuerdo en la necesidad de realizar reformas. De hecho, es lo que hemos estado acometiendo en los últimos seis años y que está dando como resultado el sometimiento a un mayor control de las mutuas y la inversión de sus excedentes en los fondos de reserva y de prevención, por poner algunos ejemplos. No obstante, hay que seguir avanzando en las reformas de los sistemas actuales de acumulación y planificación de reservas, –y en la eliminación de restos de prácticas mercantiles y extorinos (dinero que se les retorna a las empresas de manera no legal). Si hablamos de acometer una reforma más global, se debería acometer en el marco del Pacto de Toledo.

**¿Qué le pediría al movimiento sindical?**

A nosotros nos gustaría que el movimiento sindical asumiera una reivindicación que la administración de Seguridad Social sigue protagonizando, a veces en solitario, con los servicios de salud de las comunidades autónomas,

# debida en la reubicación de los trabajadores



## “ Una reforma más global del funcionamiento de las mutuas se debería acometer en el marco del Pacto de Toledo”

y es la de promover la firma de convenios para hacer seguimientos médicos protocolizados y detectar qué está pasando con esos trabajadores que han cursado una enfermedad profesional sin baja.

¿Alguna responsabilidad tendrán las empresas en que eso suceda así?

Efectivamente. La tienen y mucha. Para incentivarlas hemos puesto en marcha un decreto que supone el desarrollo normativo de una previsión contenida en los Presupuestos Generales del Estado para 2008 y que establece bonificaciones a las empresas que reubiquen a los trabajadores que están en curso de desarrollar una enfermedad profesional. Y esa no es una disposición pensada para aquellos trabajadores que están al borde de alcanzar una prestación económica de la Seguridad Social. Es una bonificación pensada para la reubicación de los trabajadores que empiezan a cursar algún grado de enfermedad profesional y, por tanto, evitarles seguir expuestos a los mismos riesgos. Sin embargo, lo que encontramos es que esa bonificación es muy poco utilizada. Las empresas no están teniendo la diligencia debida en la reubicación de esos trabajadores. A nuestro juicio, los servicios públicos de salud tampoco le dan la prioridad debida. ■

## La crisis afecta a la prevención

Parfraseando a Golpes Bajos, Octavio Granado manifestó su preocupación: “No son buenos tiempos para la prevención de riesgos laborales”, afirmó. “Nos preocupa –explicó el secretario de Estado de Seguridad Social– que en una situación de fortísima crisis económica, se desvanezca la cultura preventiva que con tanto esfuerzo, con la colaboración del movimiento sindical y de todas las Administraciones, y también de muchos empresarios, hemos puesto en marcha desde la Ley de Prevención del año 1995”.

Granado denunció que “se están reduciendo los pagos a los servicios de prevención, se está reduciendo la calidad de los servicios preventivos en las empresas y esto puede acabar dando al traste con esta maquinaria elemental de prevención de riesgos laborales, que nos ha permitido reducir los índices de siniestralidad y dar pasos hacia delante”. “No podemos permitirnos, en este país, el lujo de retroceder en prevención de riesgos laborales”, concluyó.

Granado señaló, además, que “tenemos problemas de calidad en los recursos humanos que trabajan en prevención y tenemos carencia de especialistas en medicina del trabajo”. “No hay suficientes especialistas –afirmó–, los especialistas a veces asumen funciones que no ejecutan directamente, y esto se está traduciendo en una merma en la calidad de los servicios preventivos”.

El secretario de Estado de Seguridad Social identificó distintos frentes de actuación con un objetivo común: “Tenemos que ser capaces de seguir situando a la prevención como una prioridad en el trabajo de las Administraciones públicas”. Y describió la situación actual sin alardes de optimismo: “Somos capaces de pagar prestaciones económicas, somos capaces de tener un sistema consolidado fiscalmente, somos capaces de tener una administración diligente, pero en materia de prevención de riesgos laborales, nuestras carencias siguen siendo absolutamente espectaculares”. ■

# Abrir el melón La lucha para conseguir que

pEx

**Con esa expresión tan gráfica explicó María López Jacob, médica y coordinadora del Servicio de Asesoramiento de ISTAS, lo que ocurre en una empresa cuando se declara una enfermedad profesional: “Se abre un melón porque las distintas Administraciones se empiezan a preguntar qué está pasando y se desencadena una actividad de control y una posibilidad de actuar en el terreno preventivo”.**

Que las enfermedades profesionales (EP) se notifiquen es fundamental para visibilizar el problema. María López Jacob apuntó las principales dificultades haciendo un repaso a los agentes que intervienen en la notificación: “En los servicios de prevención –mayoritariamente– no se vigila adecuadamente la salud de los trabajadores y mucho menos se notifica la sospecha de EP a la mutua. Los empresarios y las mutuas se niegan a declarar las enfermedades profesionales, el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) aplica criterios muy restrictivos para algunas patologías y unos criterios cambiantes para otras. Los médicos de los Servicios Públicos de Salud emiten pocas sospechas y cuando lo hacen se encuentran con la barrera de las mutuas. Y, en general, tenemos a las víctimas –los trabajadores y trabajadoras– mal informados porque aún no hay una conciencia social sólida en relación a las enfermedades que se originan en el trabajo”.

## Epilepsia por exposición a disolventes

El caso que presentaron José M<sup>a</sup> Moreno y José A. Pérez, delegados de prevención en una industria de calzado ubicada en Arnedo (La Rioja), es una buena muestra de cómo muchas mutuas en lugar de proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras se dedican a “proteger” a la empresa frente a las infracciones. Se trata de un caso muy claro de epilepsia por exposición a disolventes. Primero una trabajadora y a la semana siguiente otra, que la sustituye en el mismo puesto, tienen sendos ataques de epilepsia tras manipular disolventes sin ninguna protección. Los delegados explican las condiciones de trabajo: “La ignorancia es muy atrevida. Los encargados ‘inventaban’ las mezclas de disolventes para conseguir el efecto de envejecido en la piel y los disolventes se aplicaban con un trapo y sin ninguna protección”, explica José M<sup>a</sup> Moreno.

Ante el primero de los ataques de epilepsia de una de las trabajadoras acudió a la fábrica la médica de la mutua y acompañó a la trabajadora al hospital de la zona. “Allí le trataron los síntomas, pero nadie le preguntó qué estaba haciendo cuando sufrió el ataque, ni tampoco la médica de la mutua dio los datos”. La mutua no tomó ninguna medida preventiva, ni alertó a la empresa y una semana

más tarde se produjo el nuevo episodio de epilepsia con otra trabajadora.

“En ese momento se encendieron todas las alarmas en el pueblo –explica José María Moreno– y el empresario estaba muy preocupado por la repercusión que esto podía tener. Llamó a la mutua pidiéndole explicaciones, ya que ellos eran profesionales. Con su actuación, el empresario parecía haber identificado el origen laboral de los daños”. Pero esta actitud cambió enseguida: “Asesorado por la mutua, la empresa se niega a reconocer el origen profesional de la enfermedad y a declararla como tal. La mutua alega que la segunda trabajadora tuvo el episodio fuera de las horas de trabajo”.

Los delegados de prevención, con la colaboración del Gabinete de Salud Laboral del sindicato, hicieron acopio de todos los estudios científicos que relacionan la exposición a disolventes con los ataques epilépticos en personas que nunca habían tenido síntomas de epilepsia. Realizan una denuncia ante la Inspección de Trabajo e inician una demanda de cambio de contingencias que el INSS denegará alegando que no había quedado probado el origen de la crisis. Aún así, el INSS reconoce que “todo apunta a ello”. “¿Qué más necesitan?”, se pregunta José Antonio Pérez. Los delegados y una de las trabajadoras decidieron seguir por la vía judicial en enero de 2009 recibieron una sentencia negativa a pesar del importante volumen de evidencia científica y de los informes periciales que apoyan la demanda. “Por supuesto que la vamos a recurrir—afirma José Antonio—, pero nos ha quedado claro que la justicia en estos casos no funciona y que está resultando más fácil cambiar las condiciones de trabajo que conseguir el reconocimiento como enfermedad profesional”.

## Hipoacusias: la prevención no funciona

El caso de la empresa de Parla dedicada a la fabricación de mobiliario escolar es un ejemplo perfecto de cómo los servicios de prevención no funcionan. Este caso concreto

**“ Nos ha quedado claro que la justicia en estos casos no funciona”**

# las enfermedades profesionales sean notificadas



—porque ha habido otras actuaciones ejemplares en materia de salud laboral— se inicia cuando los delegados de prevención analizan la evaluación de riesgos y descubren que las mediciones de ruido en algunas secciones superan los 90 decibelios de media, con picos de más de 140. Ante esta situación se reúnen con los trabajadores en asamblea y también a nivel particular con quienes piensan que están potencialmente afectados. Sorpresa: descubren que en nueve de las audiometrías entregadas a los trabajadores por el servicio de vigilancia médica la conclusión es la conocida coletilla: “hipoacusia de posible origen laboral, consulte con su médico de cabecera”.

Como señala Alberto Martín, de CCOO de Madrid: “Es inadmisible que ninguna acción preventiva se derivara de la vigilancia médica”. “Hasta que los delegados de prevención no empezaron a actuar —añade Alberto Martín—, el servicio de vigilancia de la salud, que era MEDICSA, no había planteado ninguna actuación en torno a este tema: no había informado a los delegados, no había propuesto ninguna medida preventiva, ni por supuesto había planteado la notificación de enfermedad profesional”.

En ese momento, los tres delegados de la empresa y la Unión Sindical de Madrid Región comienzan a plantear una estrategia de trabajo para sacar a la luz toda esta realidad. Convoan una reunión con la empresa a la que asiste una representante de la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Ma-

drid, miembros del servicio de vigilancia de la salud y de la propia empresa. Allí plantean las deficiencias observadas, la necesidad de hacer una vigilancia de la salud adecuada, establecer medidas preventivas y declarar las hipoacusias como enfermedades profesionales. El sorprendente argumento de la empresa fue “que este problema lo podrían haber cogido los trabajadores en cualquier discoteca”. Sin embargo, la mutua remitió los diagnósticos al médico especialista, que confirmó seis enfermedades profesionales. Pero las dificultades no acaban ahí. “Un imprevisto surgido en todo el proceso —explica Alberto Martín— fue cuando la propia Inspección de Trabajo se puso en contacto con el sindicato para avisarle de que los seis casos declarados podían desembocar en despidos ‘por ineptitud sobrevenida’. Afortunadamente, dimos la batalla y ese proceso no fue adelante”.

Y otra sorpresa: “La empresa ha cambiado de servicio de vigilancia de la salud y de mutua —explica Alberto—, y actualmente es FREMAP. Imaginamos que las anteriores están pagando el haber declarado seis enfermedades profesionales. Ahora, después de más de tres años de pelea, tenemos que volver a leer de nuevo la coletilla: “hipoacusia de posible origen laboral, consulte a su médico de cabecera”. Las condiciones de trabajo sí han cambiado: “Ya se han apantallado máquinas, y se ha reducido la exposición considerablemente en algunos de los puestos de trabajo”, concluye Alberto.

### ... Cuando los médicos de cabecera sospechan

La situación es poco común, pero el resultado es aún más decepcionante: una médica de cabecera sospecha del origen profesional de una enfermedad y actúa en consecuencia. ¿Y qué se encuentra? El caso lo exponen Lucía Trenor y Antonio Díaz, delegados de prevención en una multinacional que se dedica al telemarketing con más de 4.000 trabajadores en España y cerca de 500 en el centro de A Coruña donde trabajan Lucía y Antonio. En este centro, para optimizar resultados y sin tener en cuenta la salud de los trabajadores, la empresa cambió el sistema de marcación estándar e impuso un sistema de marcación automático, que filtraba por sí solo las llamadas saltando en el teléfono de los teleoperadores sólo las llamadas que ya tienen interlocutor. Con ello se evitaban contestadores, fax, llamadas sin descuelgue, pero también se eliminaban los descansos entre llamadas. Lo que los trabajadores se encontraban es que al terminar una llamada se iniciaba inmediatamente la siguiente sin ni siquiera poder tragar saliva o beber un poco de agua.

Con este sistema empezaron los problemas de nódulos en las cuerdas vocales, y fue cuando una de las trabajadoras recibió la indicación de su médico de que se trataba de una enfermedad profesional. Lo curioso del caso es que al entrar los delegados de prevención en contacto con la empresa, ésta no puso ningún problema ante la notificación y fue la mutua FREMAP la que se negó a reconocer la enfermedad profesional a pesar de que se trata de una enfermedad recogida en el cuadro de enfermedades profesionales. Los delegados tuvieron que acudir al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), donde les dieron la razón. Sin embargo, el problema se extendió hasta afectar a 17 trabajadores más. Todos de la misma campaña donde se había implantado el sistema de marcación automático. Los delegados y delegadas denunciaron el caso ante la Inspección de Trabajo: "Lo estudiamos durante lo que para nosotros fueron siglos –explica Antonio–, para al final decir que se escapaba de sus competencias". Entonces los delegados de prevención acudieron a la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, que envió una médica para elaborar un informe. Antes de que la Xunta terminara su trabajo, la empresa retiró el sistema de marcación automática.

"Lo más complicado ha sido el reconocimiento de los nódulos en las cuerdas vocales como enfermedad profesional", señala Antonio, quien describe una situación rocambolesca: "La mutua ha rechazado por sistema casi todos los casos, y hemos tenido que acudir al INSS continuamente. A pesar de que nosotros trabajamos ocho horas al día con la voz, la mutua insistía en que el problema era de la trabajadora en cuestión: que hablaba mucho en sus ratos libres, que fumaba, salía de copas, que bebía coca-cola, etc. La clave ha sido que nunca una trabajadora fue sola a la mutua, siempre le acompañó un delegado o delegada sindical".

## Vencer los miedos

MARÍA JOSÉ LÓPEZ JACOB

Una de las cosas que observamos en la tarea de los delegados y delegadas, y que merece especial mención, es su habilidad para generar confianza en los trabajadores y trabajadoras a quienes representan. Conseguir que venzan los miedos y reclamen sus derechos es fundamental y tiene importantes compensaciones.

José M<sup>a</sup> Moreno y José A. Pérez consiguieron que la primera de las trabajadoras que sufrió el ataque epiléptico llegara hasta el final, la segunda no quiso denunciar pero sí acudió al juicio de su compañera a testificar. Estos dos delegados destacan el apoyo que han recibido del Gabinete de Salud Laboral de CCOO en La Rioja y plantean que ese esfuerzo les ha valido el reconocimiento del resto de la plantilla: "Aunque el empresario intenta desprestigiarnos y reducir nuestra influencia, no lo consigue. Ha promovido elecciones de delegados, pero no ha tenido éxito. Los trabajadores saben que somos nosotros los que defendemos sus derechos y nos votan".

Lo mismo ocurrió en la empresa cuya experiencia nos contaba Alberto Martín, de la Unión Sindical de Madrid Región: "La empresa ha amenazado, insultado, incluso acusado públicamente a los delegados de intentar hundir la fábrica. Han intentado incluso formar una candidatura paralela, pero los trabajadores han votado de nuevo mayoritariamente a estos delegados". En la empresa de telemarketing, Antonio y Lucía también han cosechado resultados: "Hemos conseguido incluso afiliar a los mandos intermedios porque tienen claro que defendemos la salud de todos".

Entre los elementos comunes en las experiencias que hemos presentado, destaca la labor rigurosa de los delegados y delegadas de prevención que consiguen el reconocimiento de su papel por parte de los servicios de prevención, de las empresas, de la Administración y, sobre todo, de los trabajadores a los que representan, que les muestran su apoyo a las iniciativas que emprenden. En las elecciones sindicales se ve el resultado de este trabajo de comunicación constante con los trabajadores a los que representan.

## **Ildefonso Hernández** “La próxima ley de salud pública tendrá un capítulo muy relevante de salud laboral”

BERTA CHULVI

**Ildefonso Hernández es director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Hernández participó en el II Encuentro Estatal de Delegados y Delegadas y anunció un cambio de enfoque importante: el Gobierno parece tener asumido que la salud laboral ha de estar en la agenda de la salud pública.**

A lo largo del encuentro hemos escuchado en distintas ocasiones una reivindicación clara: la salud laboral es un problema de salud pública.

Estoy de acuerdo y el Gobierno está en sintonía con la preocupación que subyace a esa reivindicación. En los orígenes de la salud pública, el conocimiento es un paso necesario para la acción. Por tanto, el lema de “reconocer las enfermedades laborales para prevenirlas” está en el corazón de la salud pública. Es evidente que la salud laboral ha de ser considerada como un aspecto clave de la salud pública. Y precisamente por eso, la futura ley de salud pública tendrá un capítulo muy relevante destinado a la salud laboral. Si hay un determinante importante de la salud, son las condiciones de trabajo o la ausencia de trabajo. Está claro que una adecuada evaluación epidemiológica es clave para afrontar las enfermedades laborales. En ese sentido ya hemos recibido aportaciones de todos los agentes sociales y esperamos que a partir de ahora haya más contribuciones.

**Considerar la salud laboral en el marco de la salud pública va a exigir una acción coordinada de distintas Administraciones.**

Desde luego. Se trata de una acción integrada del Ministerio de Trabajo y del Ministerio de Sanidad y Política Social, sin duda incluyendo a la Secretaría de Estado de Seguridad Social. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo es también una pieza clave. Sin duda, cuando haya disponibilidad presupuestaria y estén puestas las bases se podrá avanzar en este sentido. Una experiencia de colaboración, en la que he de agradecer las aportaciones de CCOO, se ha producido precisamente ahora para hacer frente a la gripe pandémica. La colaboración entre el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Sanidad y Política Social en este punto ha sido un ejemplo de cómo debe funcionar la Administración pública. Yo no he visto una diligencia tal en la experiencia que tengo en la Administración pública. Por eso quería agradecer esa labor de ayuda del secretario de Estado de Seguridad Social, Octavio Granado, por ejemplo en la orden que inmediatamente se hizo para el aislamiento preventivo, por poner un ejemplo. Otra experiencia de colaboración interesante se está produciendo en estos momentos entre las comunidades autónomas y la Administración central en lo que se refiere a



**“Está claro que una adecuada evaluación epidemiológica es clave para afrontar las enfermedades laborales”**

elaborar una estrategia que facilite la notificación de las sospechas de enfermedades profesionales. Ese es el camino que hay que transitar, porque las competencias sanitarias están transferidas a las comunidades autónomas y por tanto desde el Ministerio de Sanidad existen claras limitaciones para actuar y resolver, por sí solo, los problemas.

**¿Qué efectos espera que produzca el hecho de considerar la salud laboral en el ámbito de la salud pública?**

Creo que va a ser un paso importante para hacer visibles las enfermedades relacionadas con el trabajo. Además, el reconocimiento epidemiológico es importante para hacer una vigilancia en salud laboral que sea adecuada. Y en este punto, yo creo que hay que agradecer el esfuerzo y la acción de CCOO para ir modificando una vigilancia de la salud basada en exámenes indiscriminados que no tienen ningún fundamento científico y que lo máximo que pueden hacer es gastar recursos sin ninguna incidencia positiva en la salud de los trabajadores.

**¿Puede avanzar algún calendario respecto a la nueva ley de salud pública y su aplicación?**

Antes de fin de año tendremos un borrador del anteproyecto para revisión en el Ministerio y esperamos que en febrero pueda aprobarse e iniciar su curso.

# La batalla de quien sufre el daño

La constancia de

pEx

**El camino es agotador y el resultado muchas veces incierto. Por ello, la batalla individual de quienes sufren una enfermedad profesional tiene un punto de valentía, de compromiso y de generosidad.**

Gracias a esas luchas individuales es posible el avance colectivo. Por ello, un aspecto fundamental del II Encuentro de Delegados y Delegadas de Prevención fue el eje de experiencias dedicado a la intervención y protección individual del daño. Las experiencias presentadas muestran que el trabajo sindical y la constancia de quienes sufren el daño sí dan frutos.

## Un paso adelante con las sorderas

Jesús Uzquidun, responsable de Salud Laboral de CCOO de Euskadi, lo tiene claro: "Tras treinta años de experiencia he llegado a la conclusión de que para hacer visibles las enfermedades profesionales, hay que empezar por aquello en lo que sea más fácil obtener resultados, porque sólo a partir de los resultados podemos generar confianza en los trabajadores y una cultura preventiva".

Las hipoacusias profesionales se sitúan en ese punto en el que es necesario, pero también posible, actuar en defensa de los trabajadores. En Euskadi se han tramitado más de 6.000 sorderas profesionales y se han encontrado casos de empresas en las que hasta un 75% tenía afectado el sentido del oído. "El principal problema –señala Uzquidun– es que los trabajadores y trabajadoras no se dan cuenta de la sordera hasta que es demasiado tarde: cuando llega la sordera con afectación de las frecuencias conversacionales ya ha habido una sordera anterior, de frecuencias agudas, que no ha sido detectada". "El trabajador no era consciente de la pérdida auditiva y cuando la sordera llega a la frecuencia conversacional, ya empieza a sentir los acúfenos –el perro ladrándole en el oído– y ya necesita el audífono", concluye Uzquidun.

La indemnización por sordera profesional es de 1.500 a 1.990 euros y Uzquidun contabiliza que, a finales de 2008, sólo en Euskadi, las indemnizaciones han alcanzado los nueve millones de euros. Además se ha conseguido que en la totalidad de los casos el audífono lo pague la mutua como prótesis por pérdida auditiva. Este trabajo les valió el reconocimiento de la Agencia Europea de Seguridad y Salud Laboral. Pero aún queda mucho por hacer, se

estima que en Euskadi hay más de 50.000 personas afectadas por hipoacusia de origen profesional.

"La gente comprende que el sindicato es útil cuando le resuelves el problema individual", afirma Uzquidun. "Yo les tramito el reconocimiento de la sordera –explica Uzquidun– y luego ellos se afilian a CCOO y se presentan a las elecciones sindicales. Así hemos conseguido entrar en empresas del metal con graves problemas de salud laboral donde no había representación sindical".

Uzquidun denunció la congelación del baremo de lesiones permanentes no invalidantes: "El Ministerio de Interior actualiza cada año las indemnizaciones por accidentes de tráfico, pero a los 'currelas' se nos tiene congelados cinco años el baremo de lesiones permanentes no invalidantes. Anteriormente nos tuvieron congelados catorce años y vamos por ese camino", concluye Uzquidun.

El paso siguiente es penalizar a aquellas empresas que no hacen prevención: "Hemos puesto una denuncia ante la Inspección de Trabajo de Vizcaya ya que, en los puestos de trabajo de 100 personas a las que se les había reconocido la sordera profesional, se comprobó que las empresas ni habían notificado el parte ni habían adoptado ninguna medida preventiva frente al ruido". La Inspección aplicó un 30% de recargo a pagar por la empresa y obligó a presentar en un mes el plan de prevención del ruido. El efecto dominó es innegable: "En cuanto les tocan la cartera, la reacción de la empresa es inmediata: todo el mundo con protectores auditivos. Pero como los protectores auditivos son molestos, los propios trabajadores empiezan a pelear para que se introduzcan en la empresa otras medidas para reducir el ruido", explica Uzquidun.

Lo inadmisibles es que los servicios de prevención no actúen y en Comisiones Obreras de Euskadi han tomado una determinación: "A partir de ahora, enfermedad profesional diagnosticada, en la que el servicio médico no haya comunicado la sospecha, haremos una denuncia no sólo de ese servicio de prevención, sino incluso al médico responsable. Lo siento por ellos, pero los gerentes de los servicios de prevención se escudan en los médicos, que son los que tienen que le-

**"Es inadmisibles que no actúe el servicio de prevención"**

# las víctimas y el trabajo sindical sí consiguen resultados



vantar la sospecha y aquí vamos a ponernos todos en nuestro sitio”, señala Uzkudun.

## Amenaza de despido

Como ocurre siempre que se avanza en derechos para los trabajadores y las trabajadoras, los pioneros de esas luchas se convierten en víctimas de las amenazas empresariales. Así sucedió en ISTOBAL S.A., una empresa de L’Alcudia (Valencia) que se dedica a la fabricación de puentes y trenes de lavado para automoción y cuenta con una plantilla de 485 personas.

“Durante años, en la sección de fabricación se generó mucho ruido y, como en muchas otras empresas, no se tomaron medidas preventivas”. Quien así habla es Juan Carlos Soriano, delegado de prevención en ISTOBAL: “A finales de los 90 se empieza a plantear alguna medida preventiva sobre el ruido, porque el servicio de prevención ajeno detecta que en muchos puestos de trabajo se soporta un ruido por encima de los 90 decibelios”, explica.

“El problema lo saca a la luz un delegado de prevención que es el primero que consigue un reconoci-

miento de enfermedad profesional y la indemnización correspondiente”, afirma Juan Carlos. La empresa empieza a verlo como un problema cuando, gracias al trabajo de sensibilización de ese delegado, prácticamente la totalidad de compañeros pide una revisión al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y a la mayoría se les detecta una hipoacusia de origen laboral que les permite cobrar una indemnización no invalidante. Ante esta situación, el INSS envía una carta a la empresa solicitando al servicio de prevención el historial de todos los afectados, y decide que los afectados deben ser cambiados de la sección donde existe un peligro de agravar la lesión.

La sorprendente reacción de la empresa fue despedir al delegado de prevención que había movido el caso y a dos compañeros más, alegando “despido objetivo por inaptitud sobrevenida”. Ante la injusticia, los trabajadores de ISTOBAL y la máquina de CCOO del País Valencià se ponen en marcha. Se organiza una huelga y una concentración delante de la fábrica a la que acuden sindicalistas de todo el País Valencià.

La protesta capta la atención de los medios y, con la mediación del alcalde de la población, la empresa se



••• sienta a negociar con el sindicato. “Finalmente –explica Juan Carlos– se llega a un acuerdo. A los dos compañeros que son la tapadera para despedir al delegado se les prejubiliza. El delegado trabajará durante dos años para el sindicato, pagándole la empresa el sueldo, y a los dos años tendrá la opción de volver a trabajar en la empresa. Y, lo más importante, se firma un acuerdo único en el que la empresa se compromete a no aplicar más la medida del despido por inaptitud sobrevenida con aquellos trabajadores que han desarrollado una sordera profesional. Además, ISTOBAL se compromete al estudio y desarrollo de pactos específicos de polivalencia, reciclaje y movilidad funcional para los trabajadores afectados.

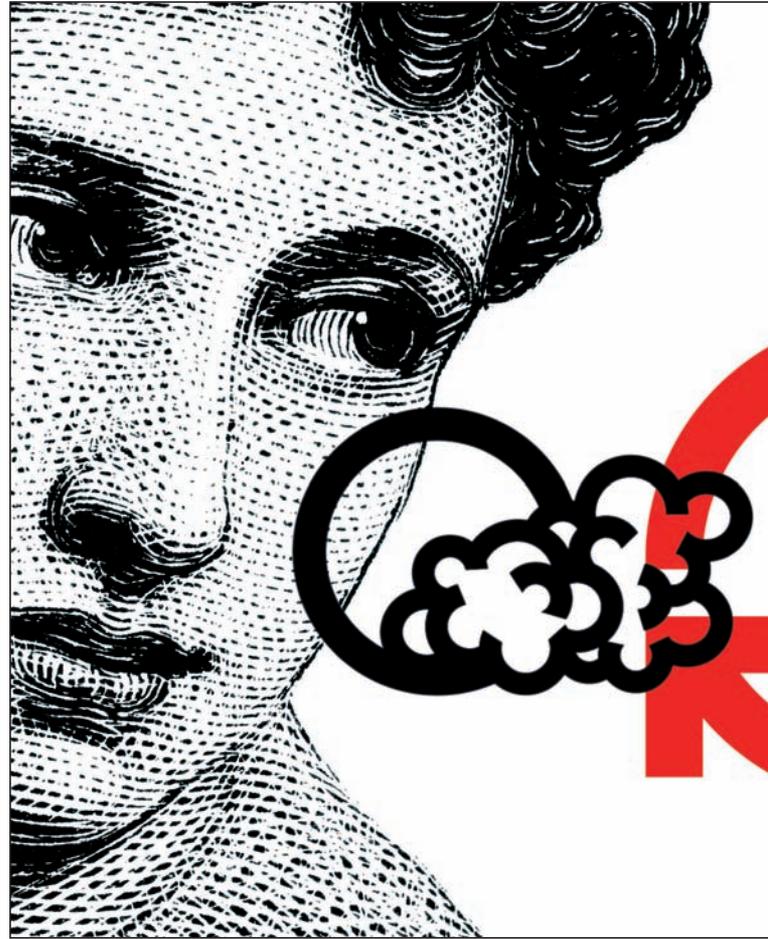
### Mercurio en sangre

El reconocimiento médico anual detecta mercurio en sangre en dos trabajadoras de la empresa Ecoactiva de Medio Ambiente, un vertedero de residuos tóxicos y peligrosos ubicado en las inmediaciones de Zaragoza.

Aunque el servicio de prevención ni hace ni dice nada, las trabajadoras se alarman ante la información cuya gravedad conocen: son la química y la auxiliar de laboratorio del vertedero. La empresa, que pertenece al grupo Fomento de Construcciones y Contratas (FCC), no tiene representación sindical, pero a través de un familiar que es delegado de CCOO en FCC, las trabajadoras se ponen en contacto con el Gabinete de Salud Laboral de Aragón. Desde ese momento, el gabinete se hace cargo del caso con la colaboración de una delegada de prevención de FCC, Mercedes Mariblanca.

Como explica Miguel Ángel Biel, asesor en el Gabinete de Salud Laboral de Aragón: “El resultado de las analíticas es que las dos trabajadoras superaban cerca de cinco veces el valor límite de mercurio permitido en sangre”. Tras estos resultados, el gabinete aconseja a las trabajadoras que soliciten una baja por contingencias comunes para alejarse del foco de infección. Por su parte, el servicio de prevención de FREMAP realiza un estudio higiénico de las instalaciones buscando mercurio y realmente lo encuentra: la campana de extracción del laboratorio está muy cerca de la toma del aire acondicionado. Una vez detectado el foco se procede a separar el sistema de aire acondicionado de la salida de la campana y se modifica el sistema de extracción localizado de la campana del laboratorio.

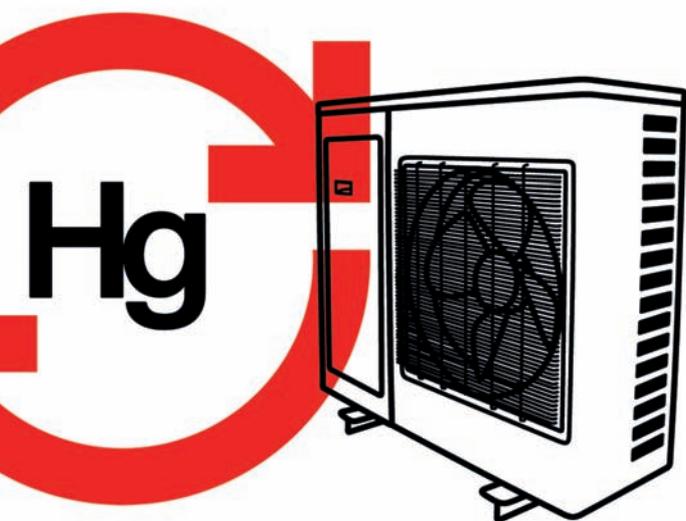
“Parece que hay más trabajadores con analíticas en las que se superan los valores límite de mercurio en sangre –según Miguel Ángel Biel–, pero nadie más



que la auxiliar de laboratorio quiere seguir adelante”. A pesar de que se ha encontrado el foco de intoxicación por mercurio, la dirección de FREMAP en Zaragoza se niega a reconocer la patología como profesional. La mutua alega que no tiene constancia del caso por que todas las actuaciones médicas las ha realizado el servicio médico de FCC.

Distintos informes de los servicios médicos confirman que la trabajadora registra “la presencia de niveles persistentemente elevados de mercurio en sangre”. Ante lo cual la empresa reubica a la trabajadora como telefonista. La necesidad de repetir periódicamente las pruebas y el cambio de puesto de trabajo provocan que la trabajadora entre en un estado de ansiedad y su médico de cabecera le dé la baja por contingencias comunes. Tras varios exámenes, el médico de cabecera cambia el diagnóstico de confirmación de la baja por ansiedad por otro: se confirma que la trabajadora padece una polineuropatía sensitiva.

**“ Detectan el foco de contaminación, pero la mutua no reconoce la enfermedad profesional”**



El sindicato presenta una demanda de cambio de contingencias que es aprobada en agosto de 2007. Pero la mutua no se conforma y cuatro meses más tarde el neurólogo de la mutua plantea a la trabajadora la posibilidad de practicar una prueba de la hidrargiria provocada, informándole de sus posibles efectos secundarios. "Asesorada por ISTAS –explica Miguel Ángel Biel–, la trabajadora rechaza la prueba porque tiene efectos secundarios potencialmente graves, no tiene ningún afán terapéutico y el único objetivo que parece perseguir la mutua es rechazar una vez más un caso de contingencia profesional". Y efectivamente así es: tras el rechazo de la prueba, la mutua da el alta por "curación" a la trabajadora.

Desde entonces, la trabajadora vuelve a coger la baja por contingencias comunes, siendo el diagnóstico de su médico de polineuropatía sensitiva. Dos meses más tarde, la trabajadora vuelve a ganar la aclaración de contingencias y la mutua se ve obligada a volver a reconocer el origen profesional de la dolencia. Finalmente, la trabajadora se queda embarazada y decide terminar su relación laboral con la empresa, llegando a un acuerdo económico con el asesoramiento del servicio jurídico del sindicato.

## Crupier con derecho a lactancia

El caso que relata Mónica Fernández, delegada de prevención en el Gran Casino del Sardinero (Santander), no es una enfermedad laboral pero sí tiene que ver con el derecho a la salud de una mujer y su hijo. Y es también una historia en la que los delegados de prevención pelean para que una mutua reconozca el ejercicio real de un derecho, en esta ocasión, la suspensión de un contrato; cuando existe riesgo para el embarazo o para la lactancia.

"En nuestro trabajo es muy difícil aguantar el octavo y el noveno mes trabajando en una mesa de juego, ni de pie ni sentada, si a eso le sumamos la nocturnidad", explica Mónica Fernández. Gracias a la modificación, en 2007, del Estatuto de los Trabajadores, la situación cambió y una trabajadora del Casino del Sardinero pudo solicitar una suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo. La mutua de la empresa tardó 20 días en reconocer el derecho en el caso de riesgo por embarazo y sólo tres en denegarlo cuando la misma trabajadora solicitó de nuevo una suspensión del contrato por riesgo para la lactancia.

Hoy, en todos los centros de salud del INSS apoyan y avalan con datos científicos la lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebe: "Si la baja por maternidad dura 16 semanas y tienes que reincorporarte a la vida laboral, ¿quién puede continuar con la lactancia y seguir siendo normal? Si ya de por sí es difícil mantener la lactancia con un trabajo diurno, con un trabajo nocturno es misión imposible", explica Mónica.

La crupier del Gran Casino del Sardinero decidió seguir adelante, a pesar de que sabía que cuando saliera el juicio ya no podría disfrutar de su permiso. Siguió adelante con la demanda y ganó. La mutua recurrió, pero la trabajadora volvió a ganar. No pudo recuperar el tiempo perdido, pero consiguió que le reintegraran el cien por cien de su salario y le queda la satisfacción de haber abierto el camino a otras trabajadoras. "En estos momentos tenemos a otra trabajadora disfrutando de la baja por riesgo durante la lactancia. La misma mutua ha concedido la suspensión del contrato rápidamente porque la sentencia es firme", explica Mónica Fernández.

# El paso a la acción colectiva

Las experiencias muestran cómo es posible pasar de la percepción

pEx

**Todas las experiencias presentadas en el II Encuentro tienen una clara orientación hacia la acción preventiva para todo un colectivo. Sin embargo, que prevenir es posible lo dejaron especialmente claro las cinco experiencias del eje sobre intervención colectiva que coordinó Neus Moreno, médica y técnica de ISTAS.**

El caso de las camareras de piso del Hotel Palace de Madrid es un buen ejemplo de cómo la participación de las trabajadoras permite desarrollar auténticas políticas preventivas. Como explica Victoria Cortés, delegada de prevención en dicho hotel, las camareras se enfrentan a un continuo ejercicio de movimientos repetitivos, manipulación de cargas y posturas forzadas que provocan lesiones músculo-esqueléticas. “Hacemos 24 habitaciones al día, con muchas exigencias. Las camas, por poner un ejemplo, miden dos metros por dos metros y los colchones pesan más de 70 kilos”, explica Victoria.

Ante esta situación, los delegados y delegadas de prevención de CCOO recogieron la información disponible y detectaron que el número de bajas por lesiones músculo-esqueléticas entre el colectivo de camareras de piso era muy alto y además casi siempre cursaban como enfermedades comunes. Exigieron a la empresa una evaluación de los riesgos ergonómicos y psicosociales y cuál fue su sorpresa: la empresa había realizado una evaluación de riesgos a instancias del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de Madrid sin ni siquiera informar a los representantes de los trabajadores.

Los delegados de prevención examinaron dicho informe y se dirigieron a los técnicos del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de Madrid para hacer constar su desacuerdo con los procedimientos y con el resultado de una evaluación “que contemplaba los riesgos de los trabajadores y trabajadoras de forma muy somera y sin proponer medidas preventivas y/o correctoras”, explica Victoria Cortés. Una valoración que compartían los técnicos del Instituto y que hizo que el tema se volviera a plantear de nuevo en el comité de seguridad y salud de la empresa.

“A las reuniones del comité de seguridad y salud –explica Victoria– siempre asiste el director del hotel desde que un día paralizamos la actividad por unas obras que no

cumplían la normativa”. A partir de ese momento se ha conseguido que muchas de las propuestas que se discuten en el comité de seguridad y salud se aprueben y tengan una aplicación inmediata.

## Rediseñar los carros

Con la nueva evaluación de riesgos, se acordó acortar las sábanas de las camas en 30 cm, ya que eran excesivamente grandes y ello obligaba a las trabajadoras a meter bajo el colchón casi un metro de tela con el esfuerzo consiguiente. Se consiguió también hacer las camas con menos ropa en verano y se acordó que las camas se harían entre dos personas, con lo que se reducía la carga de trabajo, las posturas forzadas y los movimientos repetitivos, además de disminuir el aislamiento.

Otra medida significativa era la de cambiar los carros de las camareras por otros que pudieran deslizarse fácilmente por la moqueta, evitando sobreesfuerzos para arrastrarlos y empujarlos. “Lo más importante es que conseguimos que la empresa aceptara que todas y cada una de las trabajadoras probaran el prototipo y pudieran sugerir mejoras”, explica Victoria. La conclusión ha sido clara y evidente para todo el mundo: la opinión de las trabajadoras ha mejorado ostensiblemente el diseño y la efectividad del nuevo carro. En la disminución de los riesgos psicosociales han empezado también a trabajar y están estudiando las medidas a implantar.

## Cambios en el proceso productivo

En INPRE-MOLDUCAR, Mario López, delegado de prevención, y sus compañeros, la mayoría varones, se dedican a la fabricación de piezas de poliéster reforzado con fibra de vidrio (PRFV). La desinformación de los trabajadores frente a los riesgos era palpable. La frase habitual entre los trabajadores era, según explica Mario, “cómo coloca esto”.

Y empezaron a pensar “que si coloca, algo malo debía tener”. Y el caso es que algo malo tenía. El proceso de fabricación de las carcasas poliéster era muy manual. La resina de poliéster se proyectaba en los moldes con unas máquinas a presión. La exposición a gases era muy elevada y la adopción de posturas forzadas dada la envergadura de los moldes y su complejidad era permanente. Los trabajadores no usaban las mascarillas, entre otras cosas,

# individual a una acción preventiva para todo el colectivo



porque la empresa no había informado de los riesgos ni de las medidas preventivas en relación a los mismos.

“Los delegados de prevención de CCOO nos planteamos como primer objetivo intervenir en el riesgo químico –explica Mario– y asesorados por FITEQA exigimos las fichas de seguridad de los productos y comprobamos que la exposición a estireno era uno de los riesgos más graves a los que estábamos expuestos, pues se trata de una sustancia clasificada como cancerígena, disruptora endocrina y neurotóxica”.

A continuación exigieron al servicio de prevención ajeno (SPA) las mediciones ambientales y las mediciones en sangre de la presencia de estireno: los resultados de las mediciones ambientales estaban un 800% por encima de los valores límite ambientales y en las mediciones de sangre los resultados fueron del doble de los valores límite biológicos.

“Con estos resultados, que daban miedo –señala Mario–, se inicia la movilización de los trabajadores. La empresa se

dedica a quitarle hierro al asunto y organiza una reunión con el médico del SPA para tranquilizar a los trabajadores e incidir en la escasa peligrosidad del producto”. Pero los trabajadores se movilizaron antes y organizaron una asamblea en la que ofrecieron información rigurosa sobre los riesgos de los productos y las obligaciones de la empresa. “A pesar de la movilización de los trabajadores, la empresa convocó a una segunda reunión para leerles un ‘informe americano’ en el que se afirmaba que el estireno no era cancerígeno y trató de solucionar el problema con un nuevo modelo de mascarillas”, explica Mario.

La estrategia de los trabajadores fue inteligente: se pusieron las mascarillas y exigieron nuevas mediciones. Ante la estudiada lectura del informe americano, demostraron a la empresa que sería difícil tirar balones fuera: “Les preguntamos –explica Mario– cómo actuarían frente a los otros riesgos del estireno en caso de que éste no fuera cancerígeno”. “Con las mascarillas puestas todo el tiempo de trabajo efectivo –explica Mario– solicitamos nuevas mediciones que permitieron comprobar que, a pesar del

- uso de los EPI, los niveles de estireno en ambiente y sangre eran inaceptables”.

Finalmente, la empresa tuvo que ceder y cambiar el sistema de producción modificando la manera de aplicar el estireno: se pasó a realizar en molde cerrado, de forma que los vapores que se desprenden durante la proyección y la curación del poliéster no llegan al ambiente de trabajo. Las mediciones posteriores mostraron que esta protección sí era efectiva y los trabajadores se empezaron a encontrar mejor: “Notamos que dormíamos y comíamos mejor y que la sensación de fatiga después de la jornada había desaparecido”, explica Mario.

### Transformar el almacén

Remedios García es delegada de prevención en una empresa almeriense que se dedica al manipulado de frutas y hortalizas. En ella trabajan un número aproximado de 500 personas. Por tratarse de una empresa grande es difícil reunir a todas las trabajadoras, así que las delegadas han innovado en la forma de recoger la información: “Todos los delegados y delegadas nos pasamos por las distintas líneas para consultar y recoger los problemas que tienen los trabajadores y las trabajadoras antes de comenzar las reuniones del comité de seguridad y salud”.

La intervención arrancó porque muchas trabajadoras se quejaban de dolor en los hombros, ya que debían coger cajas demasiado elevadas. Otro problema era la falta de iluminación en el almacén y el hecho de que los “torillos” fueran por donde quisieran, por lo que los sustos por pitidos y los riesgos por atropello estaban asegurados. “También debían subirse a unas banquetas –explica Remedios– para arreglar y coger las cajas de los palés, unas banquetas que eran inestables y demasiado estrechas, por lo que tenían que hacer sobreesfuerzos y estirarse de puntillas para alcanzar a las cajas. Los corredores aéreos también producían problemas. Cada dos por tres se volcaban cajas en la curvas y más de una vez nos habían golpeado en la cabeza”.

Con el apoyo del sindicato, las delegadas identificaron las posibles medidas correctoras y realizaron una visita a la empresa con el encargado de personal y la técnica de calidad. Cuando la empresa se mostró reticente volvieron sobre los puestos de trabajo: “A veces las discusiones se complican y una práctica que funciona es proponer que todo el comité de seguridad y salud se desplace a observar el puesto de trabajo y escuchar en directo a la trabajadora”, explica Remedios.

Con esta táctica han conseguido introducir cambios importantes: “Lo primero que se modificó, fueron las banquetas a las que nos subíamos para acceder a los palés. Se compraron unas banquetas con cierre de seguridad y con una plataforma más ancha, donde podemos movernos con comodidad”, explica Remedios. La segunda modificación importante fue la iluminación: “Se reforzó en todo el almacén, por lo que la visibilidad ha mejorado bastante. También se mejoró la señalización de las vías de circulación de vehículos. Ahora los ‘torillos’ circulan por estas vías y no debemos preocuparnos de que nos atropellen”, señala Remedios.

**“ Cambiando las condiciones de trabajo, las bajas se disminuyeron en un 71%”**

Respecto a los corredores aéreos, el problema de vuelco se encontraba en las curvas, así que se propuso que se reforzaran y protegieran con resguardos de acero para evitar la caída de cajas. “También conseguimos que la empresa comprara una nueva máquina para el tomate de rama, ya que la anterior era muy incómoda y cuando terminábamos la jornada, nos dolía todo el cuerpo”.

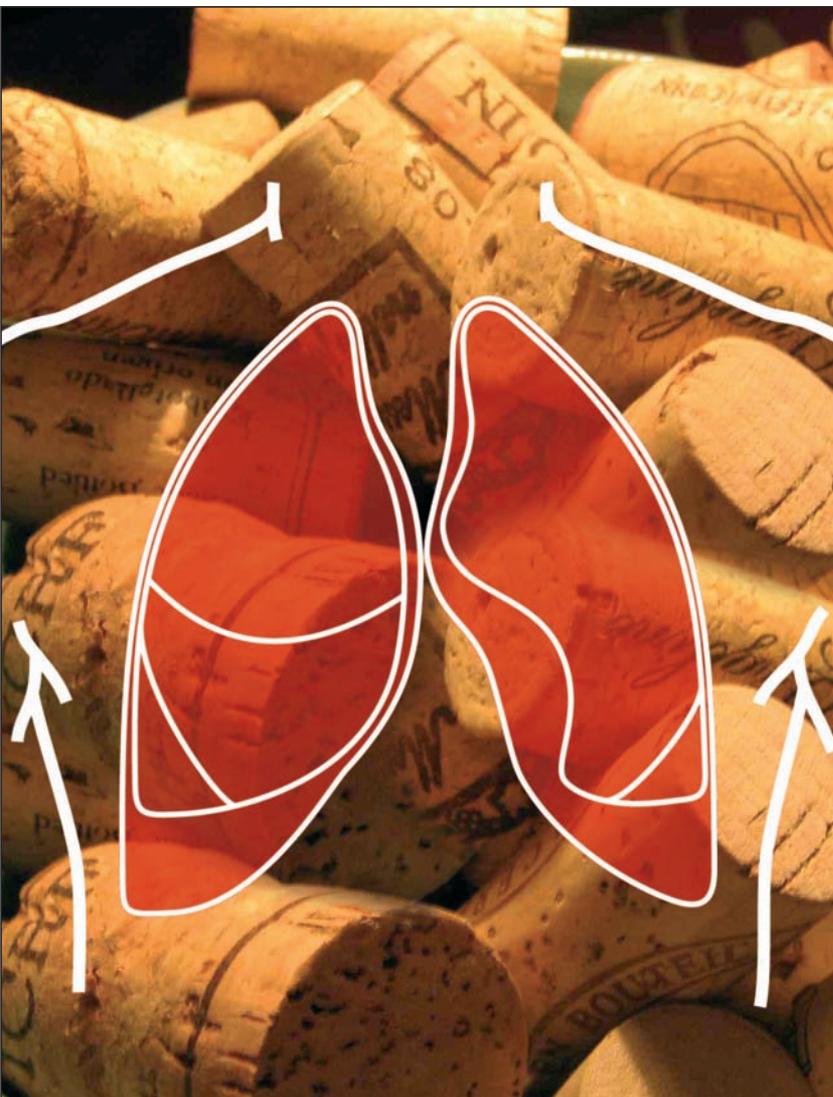
### Atajar la suberosis

Cuando la empresa no ofrece respuestas claras, lo mejor es hacer uso de la autonomía sindical, investigar y hacer propuestas preventivas. Así lo hicieron los delegados de prevención de una empresa que fabrica tapones de corcho en la provincia de Girona, cuando detectaron –a través de una trabajadora– la existencia de dos casos de suberosis en la empresa.

Como explicó Imma González, asesora técnico-sindical de Higia, el Gabinete de Salud Laboral de la CONC, “la suberosis es una enfermedad reconocida en el cuadro de enfermedades profesionales, y que se produce por la exposición a polvo de corcho. Es una enfermedad que afecta al aparato respiratorio y se manifiesta con una clínica muy similar al asma o en ocasiones a la bronquitis crónica, provocando en las personas que la padecen crisis de ahogo muy importantes”.

En ninguno de los dos casos de suberosis existieron grandes dificultades para que la mutua reconociera que se trataba de una enfermedad profesional, pero lo que sí parecía difícil era introducir medidas preventivas porque “se trataba de una exposición generalizada en el conjunto de la empresa y que exigía cambios importantes en el proceso productivo”, explica Imma González.

Ante esta situación, los delegados sindicales solicitaron a la autoridad laboral de Cataluña que incluyese esta empresa en el programa de enfermedades profesionales.



Además, el sindicato realizó una investigación del porqué de las enfermedades profesionales y una revisión de la evaluación higiénica, que sirvió para proponer y acordar medidas preventivas adecuadas.

En concreto, se instaló extracción localizada en aquellos puntos en los que existía una mayor exposición a polvo y se incorporó la humidificación del corcho en algunas fases del proceso productivo. En las exposiciones puntuales donde no se encontró la manera de disminuir la exposición, se acordó, con la participación de los trabajadores, una serie de medidas para un uso preventivo y racional de los equipos de protección individual. También se acordó una mejora en la vigilancia de salud periódica, incorporando pruebas respiratorias para detectar lo antes posible problemas respiratorios en el caso de que apareciesen. “De momento no hemos tenido ningún otro caso de suberosis, y ese es uno de los indicadores concretos del impacto positivo de la intervención”, afirma Imma González.



## Actuar en la negociación colectiva

También las camareras de piso del Hotel Isla Bonita en Canarias han protagonizado una interesante experiencia en la que las mejoras en la salud laboral se incorporan al convenio colectivo. La actuación en materia de salud laboral –tal y como la expuso Salvador Viñas, delegado de prevención en el Hotel Isla Bonita– se inició al sacar a la luz una estrategia empresarial de reducción de costes: “Desde el momento en que CCOO consigue que en el Convenio de Hostelería de Tenerife –explica Salvador Viñas– las camareras de piso pasen de la categoría 5 a la categoría 4, con el incremento salarial que eso supone, lo que nos encontramos es que los empresarios reducen la contratación: donde tenían 20 camareras ahora tienen 18”.

Con una evaluación de riesgos ergonómicos y psicosociales, los delegados detectan que el origen de los problemas está en una mala organización del trabajo que sobrecarga a las trabajadoras y confeccionan una propuesta de reorganización del departamento de camareras de piso. “Solicitamos, en primer lugar, que se implantaran todas las medidas de carácter técnico que recogía la evaluación –explica Salvador Viñas–, pero además elaboramos una propuesta de reducción y de reparto más equitativo de habitaciones. La reducción de tareas conllevó inexcusablemente la contratación de 5 camareras más”.

El acuerdo sindical, que se incorpora al convenio, establece además muchas otras medidas: una reducción de la limpieza de las zonas comunes de una hora y treinta minutos a una hora; equilibrar la cantidad de trabajo de cada camarera a través de un reparto por puntos y no por habitaciones. Se establece que la carga máxima de trabajo son 22 puntos. También se acordó compensar con descanso las situaciones excepcionales de aumento de carga de trabajo. Por cada 22 puntos, la trabajadora disfrutará de un día de descanso en el mes siguiente al sobreesfuerzo. Otro acuerdo consistió en favorecer que, en la medida de lo posible, cada camarera trabaje dentro de la misma planta para reducir desplazamientos. Las mejoras se han reflejado en las cifras: en los meses de enero y febrero de 2009, las bajas se redujeron en un 71,4% en comparación con el mismo periodo del año anterior. El departamento de recursos humanos afirma que la duración de las bajas también ha descendido. Además, las entrevistas a las camareras han puesto de manifiesto los efectos positivos de la implantación de estas medidas.



# Viaje al país del absurdo

## El reconocimiento de las enfermedades profesionales en

LAURENT VOGEL\*

**Si utilizamos las estadísticas de enfermedades profesionales para describir las condiciones de trabajo, podríamos creer que vivimos en un cuento de hadas. Las condiciones de trabajo en Grecia serían 40 veces mejores que en Francia, las mujeres trabajarían en unas condiciones que casi no afectarían su salud, los trabajadores emigrantes tendrían mejores condiciones de trabajo que los nacionales y no existirían prácticamente problemas de salud mental derivados del trabajo. Este es el cuadro que nos ofrecen las estadísticas nacionales sobre enfermedades profesionales en Europa.**

Desde 1962, la Unión Europea se ha marcado como objetivo la armonización de los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales. En aquella época, la Unión Europea estaba compuesta por seis Estados miembros. En Bélgica, la silicosis no estaba reconocida como enfermedad profesional. Para mantener los beneficios de la industria del carbón, el Estado no imponía normas estrictas en materia de salud laboral. La mayoría de los mineros eran emigrantes. De hecho, después de la Segunda Guerra Mundial, Bélgica compraba literalmente mineros a Italia. Por cada minero enviado a Bélgica se exportaba cierta cantidad de carbón a Italia. Una buena parte de esos mineros murió de silicosis. Italia aprobó una ley totalmente anómala: indemnizaba a los mineros italianos por una silicosis que habían contraído trabajando en minas belgas. En ese contexto, la Comunidad Europea adoptó la primera recomendación relativa a la armonización de los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales. A la recomendación de 1962, le siguieron otras en 1966, 1990 y 2003.

Desafortunadamente, las recomendaciones no son normas vinculantes. Los Estados son libres de aplicarlas o no. De hecho, en lugar de lograr una armonización, estos textos han propiciado sistemas muy divergentes. La principal característica de los sistemas actuales en Europa es la disparidad. Sin embargo, incluso en los países donde las tasas de reconocimiento son más altas, observamos que la gran mayoría de las enfermedades de origen laboral no están reconocidas como enfermedades profesionales.

Según una reciente encuesta europea, el 8,6% del conjunto de los trabajadores declararon haber sido afectados por una enfermedad causada o agravada por el trabajo. Incluso en Francia, donde las enfermedades profesionales tienen mayor reconocimiento que en otros países, sólo tres personas de cada mil obtienen el reconocimiento de su enfermedad cada año. Si examinamos las enfermedades reconocidas también observamos cuestiones importantes. De un país a otro, las principales enfermedades reconocidas no son las mismas y ese fenómeno no se explica por diferencias objetivas en las condiciones de trabajo.

La principal causa de mortalidad vinculada al trabajo es sin duda el cáncer. Datos franceses indican que un 13,5% de los trabajadores están expuestos a agentes cancerígenos en el trabajo, con picos que alcanzan un 35% en el sector de la construcción. Incluso si nos ajustamos a una estimación media de un 8% de casos de cáncer atribuibles a exposiciones laborales, estaríamos hablando de 160.000 enfermedades profesionales que deberían ser reconocidas en la UE. Frente a esto, los casos reconocidos se limitan a varios millares al año.

Si analizamos qué tipos de cánceres son reconocidos, veremos que en la mayoría de los países los mesoteliomas ocupan el primer lugar. Este hecho es significativo. El mesotelioma es un cáncer relativamente raro en la población y la relación entre la exposición al amianto y el mesotelioma es determinante. Otros tipos de cáncer sólo son reconocidos de forma muy limitada.

### ¿Todos diferentes, pero todos machistas?

Si los sistemas nacionales de reconocimiento de enfermedades profesionales son muy diferentes de un país a otro, todos tienen prácticamente un punto en común: son muy discriminatorios con las mujeres.

El porcentaje de mujeres a las que se les reconoce una enfermedad profesional en el Reino Unido es un 10% inferior al de los hombres. En la mayoría de los países europeos esa diferencia se sitúa en un 20-30%.

Sólo los países nórdicos presentan porcentajes más equilibrados. Se trata de una discriminación sistemática resultante de una serie de factores. Los criterios de reconocimiento de enfermedades profesionales desfavorecen a las personas con una trayectoria profesional irregular o inestable. Los trabajos "periféricos", como la limpieza, el embalaje y acondicionamiento y las labores de mantenimiento, resultan poco valorados y tenidos en cuenta. Los problemas de salud relaciona-

**El 8,6% de los trabajadores europeos declara padecer una enfermedad causada o agravada por el trabajo**

# Europa: subdeclaración y discriminación sistemáticas

**Tabla 1. Enfermedades profesionales reconocidas por cada 100.000 trabajadores (2006)**

	1990	2000	2006
Luxemburgo	8	14	25
Italia	93	33	38
Alemania	35	49	40
Austria	78	42	42
Bélgica	186	112	54
Portugal	-	27	70
Dinamarca	90	124	98*
España	-	-	103
Suecia	1.242	138	267
Francia	44	177	282

Fuente: Eurogip. \* Datos de 2005.

dos con riesgos psicosociales son ignorados generalmente y el reconocimiento de las lesiones músculo-esqueléticas continúa siendo una cuestión problemática. En lo que respecta al cáncer, los estudios epidemiológicos ignoran ampliamente a las mujeres. Sólo Dinamarca reconoce que el cáncer de mama puede ser de origen laboral en el caso del trabajo nocturno.

## ¿Qué acción sindical emprender para acabar con la invisibilidad?

Las enfermedades profesionales contribuyen en gran medida a aumentar las desigualdades sociales en materia de salud. La acción sindical es indispensable para la mejora de esta situación. Un elemento esencial es la revisión periódica de las listas de enfermedades con presunción de causalidad. Entre las prioridades está mejorar el reconocimiento del cáncer, las lesiones músculo-esqueléticas y los problemas de salud vinculados a factores psicosociales. También sería necesario reconocer la importancia de los problemas de salud reproductiva derivados del trabajo.

Por otro lado, es de gran importancia simplificar los procedimientos para reconocer las enfermedades profesionales existentes. En la actualidad, la mayor parte de los sistemas nacionales hace muy difícil ese reconocimiento. Dado que una profesión o actividad se caracteriza por una mayor prevalencia de ciertas enfermedades, la presunción de causalidad debería favorecer a las víctimas expuestas a dichos riesgos. Se debería aplicar un control social eficaz de los procedimientos para reconocer las enfermedades profesionales.

También hay que mejorar la vigilancia de la salud. Dicha vigilancia debe vincular las exposiciones laborales con el estado de

salud de las personas. Las organizaciones sindicales deberían llevar a cabo acciones más sistemáticas para lograr una vigilancia de la salud específica y de calidad que incluya la eliminación de las exposiciones susceptibles de tener consecuencias a largo plazo. Con bastante frecuencia, la medicina del trabajo intenta evitar conflictos con la patronal iniciando campañas de "promoción de la salud" que se apartan de su principal objetivo: la mejora de las condiciones colectivas de trabajo a través de la eliminación de los riesgos. Habría que conferir a los trabajadores y sus representantes el derecho de controlar los servicios preventivos de manera que puedan ser excluidos aquellos que no cumplan con las actividades preventivas de manera rigurosa y profesional.

También es prioritario sensibilizar a los profesionales de la salud pública. Es importante crear redes de notificación de las enfermedades que se sospechen de origen laboral. Esto afecta tanto a los profesionales de atención primaria como a los especialistas. Las campañas de investigación activa del origen laboral de ciertas enfermedades pueden jugar un importante papel para visibilizar las enfermedades profesionales.

Podemos citar el ejemplo de la experiencia francesa GISCOP93. En ese proyecto, las personas afectadas por cáncer en tres hospitales de una región industrial participaron en la reconstrucción completa de su vida laboral. Más del 80% de ellas había estado expuesto a agentes cancerígenos. En el 55% de los casos se trataba de exposiciones múltiples al menos a tres agentes diferentes. Esta iniciativa permitió también lanzar campañas preventivas en las empresas de la región y aumentar considerablemente el número de casos de cáncer reconocidos como enfermedad profesional.

\* Laurent Vogel es director del Departamento de Salud y Seguridad del European Trade Union Institute (ETUI).

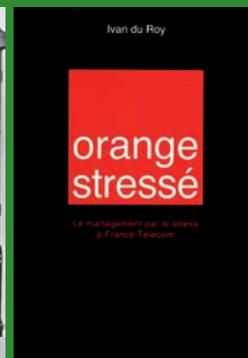
# Recursos

**Guía sindical sobre criterios de calidad en los servicios de prevención.** ¿Qué es y para qué sirve un servicio de prevención? ¿Por qué interesa a los trabajadores un servicio de prevención de calidad? ¿Cómo se puede valorar la calidad de un servicio de prevención y cómo exigirla? Son algunas de las preguntas que, en un lenguaje claro y directo, responde la *Guía sindical sobre criterios de calidad en los servicios de prevención* editada por ISTAS. Se trata de un instrumento eficaz para reorientar, en la buena dirección preventiva, lo que hasta ahora ha sido una práctica burocrática y de baja calidad en la mayor parte de los servicios de prevención hacia otro modelo que realmente cumpla con el rol tan importante que la normativa asigna a los profesionales de la prevención.

**Experiencias sindicales de intervención en riesgo químico y en sustitución.** ISTAS acaba de editar dos recopilaciones de experiencias sindicales de intervención en riesgo químico que han protagonizado delegados y delegadas de prevención de CCOO en diferentes territorios. Una de ellas, el *Catálogo de experiencias sindicales de sustitución*, se centra exclusivamente en intervenciones que han tenido por objetivo la sustitución de sustancias peligrosas. La otra, el *Catálogo de experiencias sindicales de intervención en el riesgo químico*, tiene un carácter más general y en él se muestran actuaciones sindicales dirigidas a obtener información sobre las sustancias, a promover la evaluación de riesgos o su revisión, a obtener una adecuada vigilancia de la salud o a conseguir la aplicación de medidas preventivas.

**Trabajo y violencia.** Christophe Dejours y la editorial Modus Laborandi acaban de editar en castellano la obra *Trabajo y violencia* que recoge, bajo el prisma del autor, las principales aportaciones realizadas por un equipo interdisciplinar de expertos franceses que intervinieron, en 2005, en los trabajos preparatorios del Plan sobre Violencia y Salud aprobado en Francia. Dejours, que presidió esa comisión, reflexiona en este libro con la claridad y agudeza que le caracterizan sobre qué podemos considerar violencia en el mundo laboral, cómo la violencia se utiliza como instrumento de poder en el entorno del trabajo, cómo incide en la actividad del servicio o en los resultados de la empresa, qué condiciones contribuyen a evitarla y cómo actuar frente a ella.

**La gestión del riesgo químico en las empresas bajo el Reglamento REACH. Intervención sindical.** El Reglamento REACH debería tener un importante impacto potencial en la gestión del riesgo químico en las empresas. Por ello, ISTAS ha elaborado una guía que pone al alcance de los delega-



dos y delegadas de prevención los aspectos clave del reglamento. En ella se detallan cuáles son las nuevas obligaciones para los empresarios en relación con la gestión del riesgo químico que incorpora el REACH y se explican las mejoras de la información sobre los riesgos que van a estar disponibles en las empresas, así como las oportunidades que de ello se derivan para la acción sindical.

**Guías sindicales sobre clasificación, etiquetado y envasado de productos químicos.** Estas dos guías editadas por ISTAS pretenden poner al día a los delegados y delegadas de prevención y a los asesores y asesoras sindicales, respectivamente, en la nueva reglamentación sobre clasificación de sustancias y productos químicos (CLP), que adapta al contexto europeo el Sistema Global Armonizado (SGA) de Naciones Unidas. Un nuevo sistema de clasificación que supone importantes cambios en los pictogramas y frases de riesgo que estamos acostumbrados a ver en las etiquetas de los productos químicos que utilizamos o consumimos.

**¿Por qué se suicidan los trabajadores de France Telecom?** El incremento de los suicidios en France Telecom (24 hasta el 27 de septiembre de 2009) alertó a la opinión pública y ha puesto en marcha a los investigadores. Ivan du Roy publicó en octubre pasado la obra *Orange stressé, le management per le stress à France Télécom*, donde plantea una explicación concreta: la privatización de la empresa ha provocado un modelo de gestión basado en la presión a los trabajadores: dos de cada tres trabajadores señalan que sufren estrés. Este sufrimiento ha generalizado el recurso a los ansiolíticos, el incremento de las bajas de larga duración, el aumento de las dimisiones y el incremento de los suicidios. Según el autor, "la gestión basada en el estrés es el sistema que los dirigentes empresariales han puesto en marcha para conseguir el abandono voluntario de miles de trabajadores".

**Reprimir un enfado en el trabajo es un riesgo para el corazón.** Según indica un estudio sueco realizado sobre 2.800 trabajadores hombres, aguantar el enfado ante un trato injusto en el trabajo aumenta en más de dos veces la probabilidad de sufrir un ataque al corazón. Ignorar de manera continuada los conflictos relacionados con el trabajo triplica el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca. El estudio se ha publicado en la edición online de la revista *Journal of Epidemiology and Community Health* del mes de noviembre.

**Jubilarse mejora la salud.** Un estudio sobre 15.000 trabajadores franceses, aparecido en la edición online del 9 de noviembre de la revista *The Lancet*, ha concluido que siete años después de la jubilación el nivel de salud percibido se corresponde con el de siete años antes de la jubilación. Desde el punto de vista de la salud, la mayoría de jubilados se sienten ocho años más jóvenes, aunque de esta percepción se excluye una pequeña minoría, de apenas el 2%, que coincide con quienes refieren haber experimentado unas condiciones de trabajo "ideales" en su vida laboral. Otros datos de esta misma investigación, publicados en la revista *Sleep*, muestran que las probabilidades de tener problemas de sueño en los siete años siguientes a la jubilación son casi un 26% menores que en los siete años antes de dejar de trabajar.

**Nuevas evidencias sobre cáncer y trabajo.** El uso de formaldehído para embalsamar cadáveres aumenta el riesgo de leucemia, según un estudio basado en más de 400 trabajadores funerarios y publicado el pasado mes de noviembre en la revista norteamericana *Journal of the National Cancer Institute*. Por su parte, las personas que trabajan en la producción avícola presentan una incidencia superior a la esperada en cáncer de senos paranasales, boca y sangre, tal como revela un estudio publicado en la revista *Cancer Causes & Control*, que apunta como posibles causas: los virus que transmiten las aves además de a los humos generados en el embalaje, cocción y ahumado. Un tercer estudio, esta vez en la revista *Occupational and Environmental Medicine*, señala un exceso de cáncer de vejiga dos veces superior a lo esperado en trabajadores de líneas de montaje de automóviles con más de 20 años de antigüedad.

**Riesgos psicosociales favorecen las lesiones osteomusculares.** Tras un seguimiento de tres años a casi 4.000 trabajadores, investigadores franceses han llegado a la conclusión de que, además de la carga física, las altas demandas psicológicas en el trabajo y los bajos niveles de autonomía de decisión representan situaciones que aumentan del riesgo de sufrir lesiones osteomusculares en miembros superiores. El estudio ha sido publicado el pasado mes de septiembre en la revista *Arthritis Care & Research*.

**Enfermedades respiratorias en factorías de detergentes.** La exposición a enzimas utilizadas en la producción de detergentes es probablemente la causa de un aumento del riesgo de enfermedades respiratorias, como el asma o la rinitis alérgica, en los trabajadores, según un estudio realizado por investigadores holandeses en una factoría europea y publicado en la revista *Occupational and Environmental Medicine*.

**Una encuesta de cinco minutos puede ayudar a predecir el cáncer de pulmón.** Un simple cuestionario ayuda a la identificación de pacientes con alto riesgo de sufrir un cáncer de pulmón, según publican investigadores norteamericanos en la revista *Journal of Thoracic Oncology*. El estudio comenzó en 2001 con 1.000 pacientes de atención primaria que completaron un cuestionario de cinco minutos sobre factores de riesgo como tabaquismo, historia familiar, exposición a compuestos químicos y ambiente de trabajo. En función de las respuestas se consideró que 430 estaban en alto riesgo de cáncer de pulmón, a 126 de éstos se les realizó una espirometría para valorar la existencia de obstrucción respiratoria y a 88 de los que dieron positivo se les practicó una exploración completa. Cinco años más tarde se confirmó el cáncer de pulmón en ocho pacientes que tenían obstrucción de la vía aérea y en diez pacientes sin obstrucción de la vía aérea.

**El tabaquismo pasivo se asocia a hipertensión arterial.** La medición ambulatoria de la tensión arterial sugiere que las personas que son fumadoras pasivas, tanto en sus casas como en sus lugares de trabajo, tienen mayor riesgo de sufrir hipertensión oculta no diagnosticada, según un artículo publicado en la revista *American Journal of Hypertension*.

**Dudas sobre la relación entre teléfonos móviles y tumores cerebrales.** Aunque una revisión publicada en octubre en la revista *Journal of Clinical Oncology* no encontró una relación general entre el uso del móvil y el cáncer cerebral, uno de los estudios más rigurosos analizados señalaba una relación potencialmente perjudicial por el uso prolongado de estos dispositivos. Joel Moskowitz, autor principal del estudio y director del Centro de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley, señaló que "claramente hay un riesgo". Por su parte, la doctora Subramaniam, directora del Centro de Tumores Cerebrales del Centro Oncológico Integral Lombardi de la Universidad de Georgetown, señala: "No podemos sacar conclusiones definitivas al respecto, pero este estudio continúa dejando dudas sobre el potencial aumento en el riesgo".