Actos inseguros

"Todo es cuestión de armonía. Alcanza tus objetivos personales, familiares y de trabajo". Este es el lema con el que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) cierra el calendario que nos "regala" este año. Naturalmente, esta armonía depende de uno mismo, de sus hábitos de vida y de su actitud frente a las personas que le rodean o frente al propio trabajo.

Desde el mes de enero hasta el mes de diciembre, sin ser exhaustivos, el calendario del INSHT para 2014 nos recuerda que la salud laboral es cosa de uno mismo, recuperando la doctrina más rancia de los "actos inseguros" y haciendo caso omiso de una premisa sobradamente demostrada en España, en Europa y en el mundo: el origen de los accidentes y las enfermedades laborales está en la organización del trabajo y no son los trabajadores y trabajadoras quienes deciden en qué condiciones trabajan.

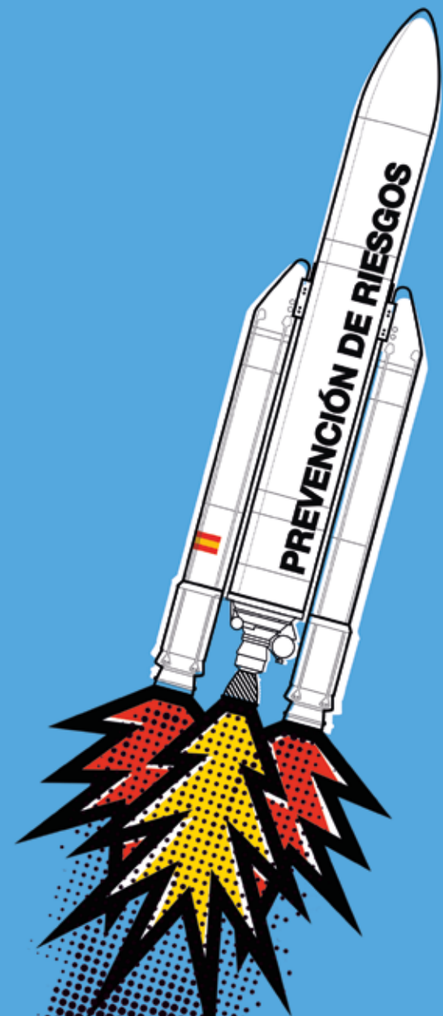
Nos aconseja el INSHT, dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, que llevemos una dieta equilibrada, una buena higiene personal, eliminemos las adicciones al alcohol y a las drogas, tengamos cierta actividad física, una buena gestión del tiempo de descanso y ciertos hábitos posturales. Y si a esto unimos los procesos de vacunación, una buena conducción hasta llegar al trabajo y cierto apoyo de tu entorno para cuestiones como la maternidad o la integración de personas con discapacidad o VIH, el resultado será un trabajo seguro y una salud laboral a prueba de bomba. ¡Parece increíble, pero es cierto! Estos son los mensajes que en su calendario de 2014 nos envía la máxima institución responsable de la salud laboral en España.

Con este enfoque, que supone un giro inesperado e incomprensible en la actuación que el Instituto viene desarrollando en las últimas décadas, una de las organizaciones públicas de referencia en materia de prevención de riesgos laborales, individualiza la responsabilidad de los accidentes y enfermedades laborales, pone el énfasis en la conducta individual de los trabajadores y trabajadoras, exime a las empresas de su responsabilidad y obvia la importancia que tiene para la salud laboral el propio marco normativo e institucional, en el que se dirime la salud en el trabajo. Es evidente que seguir al pie de la letra lo que nos señala el calendario del INSHT, supone desmontar toda la estrategia preventiva que se viene desarrollando en España y en Europa desde los años 70 y que pone el foco en la transformación de las condiciones de trabajo.

Aconsejamos que, por motivos de salud laboral, no utilicen este calendario y lo destruyan lo antes posible o, por cuestiones medioambientales, simplemente lo reciclen en el contenedor más cercano. Esperemos que el INSHT identifique a los responsables de este desacierto y les explique las nociones básicas de aquello que viene siendo la actuación de la institución desde hace décadas. Esperamos que no haya nadie en el INSHT pensando que, a estas alturas, se puede convencer a los trabajadores y trabajadoras de que la responsabilidad de todo lo que nos ocurre, desde estar en el desempleo o con problemas de salud, es consecuencia solo de nuestros actos individuales.

istas Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud

n.64
abril
2014



porExperiencia E

Revista de Salud Laboral para delegadas y delegados de prevención de CCOO

Tablón

La candidatura olímpica sueca para 2022 fija nuevos estándares para la protección de los trabajadores y trabajadoras

La Confederación Sindical Internacional (CSI) ha calificado de hito histórico el acuerdo para la protección de los derechos de los trabajadores contraído en el marco de la candidatura de Estocolmo para organizar los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Invierno en 2022. El acuerdo, firmado entre el Comité Olímpico Sueco y la central sindical nacional LO-Suecia, pretende poner fin a las violaciones de los derechos de los trabajadores y la explotación laboral que siguen plagando las Olimpiadas, las Copas del Mundo de fútbol y otros eventos similares. Sharan Burrow, secretaria general de la CSI, indicó que: "El contraste entre este acuerdo y la explotación cotidiana que sufren los trabajadores migrantes contratados para la Copa del Mundo de Fútbol de Catar en 2022 no podría ser mayor. Hemos escrito hoy al Presidente del Comité Olímpico Internacional, Thomas Bach, para pedir que el COI aplique como mínimo los estándares suecos para todas las Olimpiadas. La FIFA y otros organismos deportivos mundiales deberían hacer otro tanto, al igual que todos aquellos que se presenten como candidatos para acoger los eventos".

Nueva directiva de agentes químicos

En el *Diario Oficial de la Unión Europea* del 26 de febrero de 2014, número L65, se publica la Directiva 2014/27/UE por la que se modifican las Directivas 92/58/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CE y 98/24/CE del Consejo, y la Directiva 2004/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, a fin de alinearlas con el Reglamento (CE) nº 1272/2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas. El plazo de transposición al derecho nacional es el 1 de junio de 2015.

La Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA) efectúa una nueva propuesta de autorización de sustancias altamente preocupantes

Según lo dispuesto en el reglamento REACH, las sustancias altamente preocupantes (incluidas en el Anexo XIV del reglamento) requieren autorización previa para poder ser utilizadas. El procedimiento para elaborar la lista de dichas sustancias pasa por una propuesta previa de la Agencia que, posteriormente, es aprobada por las autoridades competentes, que en este caso son la Comisión, el Parlamento y el Consejo. En febrero de este año la Agencia efectuó su propuesta en relación con cinco sustancias, cuatro de las cuales están clasificadas como cancerígenas, mutágenas o sensibilizantes respiratorios, y la quinta tiene efectos serios sobre el medio ambiente, ya que en su degradación se generan sustancias con propiedades disruptoras endocrinas. Para consultar la lista de dichas sustancias y las bases técnicas de la propuesta efectuada pueden dirigirse a la página web de la Agencia.

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

La evolución de los accidentes de trabajo en el año 2013, respecto 2012, muestra una caída mínima en aquellos que tienen lugar en la jornada de trabajo, eso sí, se nos muestra una reducción del 10% en aquellos que tienen la consideración de graves. Sobre los datos de accidentes de trabajo in itínere aparece un ligero aumento, concentrado en aquellos considerados como leves, mientras caen de forma importante aquellos considerados graves y mortales. Los datos nos mostrarían como nota negativa una situación de estancamiento en los niveles de accidentabilidad (aumentos y disminuciones mínimos) y, como única nota positiva, la reducción en ambos casos de los accidentes considerados graves, y en el caso de los accidentes in itínere también de los mortales.

Respecto a las enfermedades profesionales, se muestra un aumento importante de las mismas, tanto para el colectivo de hombres como, sobre todo, para las mujeres. Aumento que resulta más preocupante si tenemos en cuenta el subregistro existente en esta variable. Aumentan por encima del 20% los partes de baja comunicados por enfermedades profesionales sin baja entre las mujeres y sufren un aumento del 7% los partes con baja.

En resumen, en un nuevo año presidido por la reducción de los niveles de empleo, los datos de accidentes de trabajo y, sobre todo, de enfermedad profesional no muestran mejoría alguna en términos globales, siendo especialmente preocupante los aumentos que tienen lugar en los partes comunicados de enfermedades profesionales, y con mayor contundencia en aquellas que afectan a las mujeres.

Enero-diciembre 2013

Accidentes de trabajo con baja según fecha de recepción	Total registrado	Variación año anterior
En jornada de trabajo		
Leves	401.143	-2%
Graves	3.403	-10%
Mortales	457	-2%
Total	**405.003**	**-2%**
In itínere		
Leves	62.669	1%
Graves	898	-12%
Mortales	106	-11%
Total	**63.673**	**1%**
Total	**468.676**	**-1%**

Enero-diciembre 2013

Enfermedades profesionales	Total registrados	Variación año anterior
Hombres		
Con baja	3.716	-4%
Sin baja	5.300	8%
Total	**9.016**	**3%**
Mujeres		
Con baja	3.917	7%
Sin baja	3.968	21%
Total	**7.885**	**14%**
Total	**16.901**	**8%**

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm).

porExperiencia es una publicación trimestral que se distribuye gratuitamente en formato digital a todos los afiliados y afiliadas de CCOO. Además se realiza una tirada en papel que se distribuye entre los Gabinetes de Salud Laboral, las Secretarías de Salud Laboral y distintas organizaciones e instituciones implicadas en la mejora de las condiciones de trabajo.

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 citaras el origen.

porExperiencia Revista de salud laboral para delegadas y delegados de prevención de CCOO
www.porexperiencia.com

Dirección: Vicente López

Coordinación: Berta Chulvi

Redacción: Oscar Bayona, Jaime González, Montserrat López Bermúdez, María José López Jacob, Clara Llorens, Salvador Moncada, Purificación Morán, Claudia Narocki, María José Sevilla, Fancisco Javier Torres

Suscripciones: Si quieres recibir el **pEx** digital no olvides decírnoslo mandando un correo a esta dirección: **porexperiencia@istas.net**

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

porExperiencia

Sumario

n·64
Abril
2013

2 Tablón

4-7 Condiciones de trabajo

4 **"No nos dejan participar en las decisiones que se toman sobre nuestro trabajo"**
Riesgos psicosociales en el sector de limpieza viaria

6 **Cinco errores comunes en una evaluación de riesgos sin perspectiva de género**
¿Cómo podemos evitarlos?

8 Manifiesto 28 de abril

8 **La desregulación legislativa condena la seguridad y la salud de los trabajadores**

9-16 Dossier: La reforma de las mutuas

10 **"Solo les preocupa reducir el coste de la incapacidad temporal y lo van a hacer a las bravas"**
Entrevista a Adrián González

12 **"La gestión de la incapacidad temporal por enfermedad común debería volver al INSS"**
Entrevista a Juan Vicente López Gandía

14 **"Es un disparate que el proceso de alta lo lideren los médicos de las mutuas"**
Entrevista a Isidoro Rivera

16 **"Lo que el Gobierno pretende es privatizar la asistencia sanitaria de los trabajadores"**
Entrevista a Manuel Martín García

17-19 Acción sindical

17 **Escoletes en Palma: La salud laboral avanza en el convenio colectivo**

18 **INCAR: La lucha para defender la salud laboral en un centro de investigación**

20-21 Entrevista

20 **"La injusticia social provoca problemas de salud y muerte prematura a gran escala"**
Entrevista a Michael Marmot

22 Recursos
23 porEvidencia
24 Contraportada

“No nos dejan participar en las decisiones

Sindicatos y patronal analizan los riesgos psicosociales en el sector de limpieza viaria y proponen medidas

JOSÉ CABALLERO, CLARA LLORENS Y RAFA LÓPEZ*

Poco margen de decisión, falta de reconocimiento como profesional, bajo apoyo de superiores y la alta inseguridad son los riesgos psicosociales más frecuentes en el sector de limpieza viaria. Implementar métodos de trabajo más participativos, diseñar tareas más complejas y elaborar procedimientos que garanticen el trato justo en el desempeño de las tareas y en la promoción de las personas, son las claves para reducirlos.

Los riesgos psicosociales son aquellos derivados de formas nocivas de organización del trabajo, riesgos que están en la base de importantes enfermedades cardiovasculares, depresiones y trastornos musculoesqueléticos. Una acción desarrollada por la Federación de Servicios Privados de CCOO, la Federación de Servicios Públicos de UGT y la Asociación de Empresas de Limpieza Pública, con el apoyo de ISTAS y la financiación de la Fundación de Prevención de Riesgos Laborales, ha servido para visualizar los riesgos psicosociales en los puestos de conductor y peón de limpieza viaria y hacer propuestas de medidas preventivas.

La identificación y valoración de los riesgos psicosociales se llevó a cabo entre mayo y julio de 2013, utilizando el método COPSOQ-istas21, en base a 427 cuestionarios contestados por trabajadores en empresas de Barcelona, Madrid, Tenerife, Arona, Cádiz, Málaga, Córdoba, Sevilla, Baleares, Valladolid, Cáceres, Badajoz, Guadalajara, Valencia, Zaragoza, Santander, Toledo, Ciudad Real, Talavera de la Reina y Alicante. Posteriormente se realizaron cuatro seminarios de trabajo para interpretar los resultados y proponer medidas preventivas en los que participaron unas cuarenta personas entre delegados y delegadas, personal técnico de prevención, representantes sindicales y patronales.

Los riesgos más frecuentes

En la limpieza viaria y la recogida de residuos urbanos, los riesgos psicosociales más frecuentes para los puestos de peón y conductor son la falta de influencia en el propio trabajo (no se tiene margen de decisión, ni se puede opinar en el día a día sobre cómo hacer el trabajo), la claridad de rol baja (no se sabe el objetivo, ni el margen de autonomía real que se tiene en el trabajo), el conflicto de rol alto (han de hacerse tareas que se cree que deberían realizarse de otra manera), la baja estima (falta reconocimiento del trabajador como profesional) y las bajas posibilidades de desarrollo en el trabajo (se diseñan las tareas de forma que no requieren poner en práctica conocimientos y habilidades ni adquirir nuevos).

Los delegados y delegadas clarifican a qué tipo de situaciones nos estamos refiriendo: “No nos dejan participar en las decisiones que se toman: ni en la cantidad de calles que te asignan, ni en el orden que las haces. Asociaciones, vecinos pueden proponer cambios de rutas, sin embargo el trabajador, nada”. “Empezamos mirando a la calle y terminamos mirando la calle. Mañana sabes que es lo mismo”, denuncia una mujer que trabaja en el puesto de peón. El conflicto que sienten los trabajadores debido a una deficiente organización del trabajo es importante, como muestra esta explicación respecto a la forma en que reciben las instrucciones: “Está todo en el plano. Si no lo sigues, puedes recibir una sanción, pero si hiciéramos lo que dicen los planos, no saldría el trabajo. No lo reconocen, lo haces corriendo el riesgo de que te pillen, y mientras te tratan como el tonto de la clase”.

que se toman sobre nuestro trabajo"

El apoyo de los superiores es muy deficiente. Los trabajadores y trabajadoras no reciben la ayuda necesaria ni cuando la necesitan: "La obligación del capataz no es apoyar y reconocer, sino echarte la bronca. Pasar lista y ya está. Dar explicaciones de lo que te repercute, nada. El estilo de mando es el búscate la vida o el ya te lo miraré", explica otro trabajador. La organización del trabajo supone la aplicación de criterios arbitrarios: "La empresa dice que el encargado hace los cambios por necesidades del servicio y en muchos casos será así, pero a quien cambia es arbitrario. Si nos quitan de una tarea y nos pasan a otra, cambia el dinero y a veces el horario".

Y la inseguridad es alta. Teniendo en cuenta que en el sector hay un gran número de trabajadores y trabajadoras no cualificados y la actual situación de crisis, hay una gran preocupación por la pérdida de derechos y pérdida de empleo: "¿Qué haces si te echan?, ¿dónde vas con más de 45 años y 20 años barriendo? Hay mucha ansiedad y mucho miedo", afirma uno de los delegados.

Las medidas preventivas

La acción preventiva que ha de emprender obligatoriamente la empresa es la misma, con independencia del tipo de riesgo, y pasa por la aplicación de los principios recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: evaluar los riesgos que no puedan ser evitados, combatir los riesgos en su origen y adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como en la elección de los equipos y métodos de trabajo y producción. Y es posible implementar medidas preventivas para eliminar los riesgos psicosociales en los puestos de peón y conductor del sector de la limpieza viaria y recogida de residuos.

Implementar métodos de trabajo más participativos y en equipo. En algunas empresas se dan prácticas que permiten a los trabajadores decidir y aportar sus conocimientos: "Se pregunta a los trabajadores, y se pide al equipo asignado y al correturnos que acuerden la ruta en un plano determinado, estos se lo pasan al encargado y el encargado al que hace el plano, y la empresa al ayuntamiento. Y no estamos hablando de qué recorrido te apetece hacer hoy, sino de proponer ideas de mejora". "Cada seis meses todas las propuestas de mejora que se han ido haciendo son planteadas por el encargado ante el ayuntamiento", explican los delegados y delegadas. La extensión de estas prácticas a la mayoría del sector es fundamental. También se considera importante consultar a los trabajadores y trabajadoras antes de adquirir equipos, como los camiones o los contenedores, las papeleras, las bolsas de basura, etc., de forma que la plantilla pueda influir en las decisiones que se toman en relación a sus herramientas de trabajo.

Fomentar el apoyo de superiores en la realización del trabajo y formar a los mandos. La expresión literal de los representantes es muy gráfica: "Hay que pasar del enchufismo a la profesionalidad". Como medida preventiva se propone que los mandos intermedios sean elegidos por sus conocimientos del oficio, por antigüedad y habiendo superado unos cursos de formación que impliquen la verificación de que se tienen las aptitudes para gestionar personas.

Elaborar procedimientos que garanticen el trato justo y reduzcan la inseguridad. Hay distintas propuestas que facilitan que se instaure un trato equitativo: "Mediante la rotación de planos y funciones, cada dos días te toca plano y tarea distintos, a todos nos toca bueno y malo y lo conocemos todo", explican los representantes de los trabajadores. Otra propuesta es la que se lleva a cabo en una de las empresas del sector: "Para que los cambios no sean arbitrarios y nadie pueda ser castigado y acabar con favoritismos, tenemos una bolsa de solicitantes de cambios (de servicio, promociones, horarios). Los criterios que se utilizan para gestionar los cambios son la fecha de solicitud, antigüedad y aptitud, entendida como haber superado un curso de formación que se ofrece a todo el mundo por igual".

Recomponer tareas. Se trata de aumentar la variedad y complejidad de las tareas. En algunas empresas ya se ha hecho formación de pequeños mantenimientos de los equipos para que los trabajadores se encarguen, plantea una técnica de prevención. Un delegado propuso: "Que nos den más formación sobre temas concretos que nos pasan en la calle: uso de motosierra, quitar nieve, árboles caídos, gestión de conflictos…, en lugar de crear una unidad de servicios complejos que podamos hacerlo todos".

Puedes encontrar los materiales de esta acción en la web del **pEx** y en la de la Federación de Servicios Privados de CCOO.

*José Caballero es responsable de Salud Laboral de la Federación de Servicios Privados de CCOO, y Rafa López es responsable estatal del Sector de Saneamiento Urbano de la Federación de Servicios Privados de CCOO.

5 errores comunes en una evaluación ¿Cómo podemos evitarlos?

MONTSERRAT LÓPEZ BERMÚDEZ

Los daños a la salud que padecen las mujeres trabajadoras son invisibles. Esto es un hecho constatado y reiterado, a pesar de que se están realizando importantes esfuerzos en la visibilización del daño. En este artículo planteamos que desde un punto de vista sindical es más efectivo poner el foco en las condiciones de trabajo, interviniendo en estas con un instrumento potente: la evaluación de riesgos. La tarea no es sencilla, por ello señalamos cinco errores comunes que impiden considerar adecuadamente los riesgos a los que están expuestas las mujeres y planteamos cómo evitarlos.

El pasado mes de enero se celebró en Oporto el seminario "Los hombres y las mujeres en el trabajo: cuestiones de justicia y salud", organizado por el Instituto Sindical Europeo (ETUI) y el Centro de Psicología de la Universidad de Oporto. Este encuentro supuso una gran oportunidad de puesta en común entre el ámbito de la investigación y el sindical, y quedó patente la problemática del reconocimiento y visibilización de los daños con una perspectiva de género. Todas las experiencias manifestaron las limitaciones importantes en los sistemas de recogida y tratamiento de la información y que sus herramientas carecen de una perspectiva que visualice las condiciones de trabajo y de vida de las mujeres.

Ante estas dificultades, la propuesta sindical es cambiar las prioridades y centrar nuestros esfuerzos en visualizar las condiciones de trabajo. En ese caso, ¿qué hacemos? ¿Por dónde empezamos? La respuesta está clara: hemos de empezar por la evaluación de riesgos. Pero no es sencillo, hemos de introducir cambios, pues la experiencia nos dice que, tal y como estas se desarrollan en las empresas, no ayudan a hacer visibles las condiciones de trabajo a las que se enfrentan las mujeres, y tampoco son capaces de actuar sobre los riesgos a los que, de forma mayoritaria, están expuestas las trabajadoras.

PRIMER ERROR: Evaluar solo los puestos de trabajo con mayor riesgo de accidentes

Uno de los errores en los que se cae habitualmente es el de evaluar sólo los puestos con más accidentes de trabajo. Este es el caso de una empresa hortofrutícola donde se decide evaluar los puestos de trabajo relacionados con la recogida del producto en el campo, ya que allí se producen accidentes de trabajo como caídas, golpes, accidentes con los equipos y herramientas. Si el objetivo de la evaluación de riesgos es evitar accidentes de trabajo, estaremos centrándonos en un ámbito de exposiciones que afecta exclusivamente a un colectivo, el de los trabajadores, ya que son los varones los que de forma mayoritaria sufren accidentes trabajo y su presencia es mayor en sectores y puestos de trabajo con mayor incidencia de accidentes. Sin embargo, las trabajadoras, de esta misma empresa, que están en las líneas de limpieza de las piezas de fruta, en la selección y envasado de los productos, también tienen dolores y molestias derivadas de su exposición a movimientos repetitivos y manipulación manual de cargas. Dolores que incluso impiden la realización de su trabajo y que, por supuesto, les incapacitan en su vida cotidiana. Si solo se evalúan los puestos de recogida de producto, la visualización de estos riesgos no es posible.

SEGUNDO ERROR: Evaluar solo algunos riesgos

Las mismas trabajadoras de esta empresa hortofrutícola desconocían que la cera que utilizan para abrillantar las frutas contenía una sustancia calificada como disruptora endocrina y tóxica para la reproducción. Otro de los errores habituales en las evaluaciones es centrarse en un único ámbito de actuación, que en muchos casos es la identificación de riesgos derivados de una falta o inadecuada seguridad de equipos, herramientas, lugares, etc. Este caso muestra que si no se analizan todos los elementos y condiciones del puesto de trabajo, podremos estar obviando una determinada exposición a un riesgo que al parecer no existía o se desconocía.

La experiencia nos dice que existen riesgos que afectan de forma exclusiva a las mujeres trabajadoras: acoso sexual, doble presencia, situaciones de riesgo derivadas de las condiciones de trabajo discriminatorias como las desigualdades en la contratación, salario, etc. Estos deben incluirse en los ámbitos de actuación de la evaluación de riesgos. Y como premisa básica hay que plantearse evaluar el conjunto de riesgos y no solo aquellos más evidentes a simple vista.

TERCER ERROR: Tener en cuenta solo la información teórica de qué se hace y cómo

Evaluamos para localizar, identificar, valorar y actuar sobre los riesgos, mejorando las condiciones de trabajo. Esta tarea no la podemos abordar si no recogemos la información real de lo que hace el conjunto de personas que integran la plantilla. Por ejemplo, si para la evaluación de riesgos

de riesgos sin perspectiva de género:

del puesto de trabajo de camarero de un restaurante se decide que es suficiente hablar con un único trabajador para recoger la información sobre las tareas que realiza, dando por hecho que es un "trabajador tipo", se está cometiendo un grave error. Está demostrado que en las tareas que realizamos hombres y mujeres, incluso dentro de la misma categoría profesional, hay desigualdades. La información escrita sobre lo que se hace en un puesto de trabajo es una cosa, pero lo que realmente se hace puede variar según el género, siendo este un determinante importante. Por supuesto, también las desigualdades biológicas en el diseño de los puestos de trabajo, de los equipos y herramientas, etc. Muchas veces las tareas que se realizan dentro de la misma categoría profesional son diferentes según las desempeñen hombres o mujeres; por ejemplo, las tareas de limpieza del restaurante, mayormente asignadas a mujeres, y las tareas de aprovisionamiento de las cámaras, mayormente asignadas a hombres. Por tanto es necesario examinar las tareas que se llevan a cabo y el contexto de trabajo real para evitar posibles desviaciones entre las funciones previstas que una persona tiene que realizar y las que efectivamente ejecuta.

CUARTO ERROR: Obviar las discriminaciones que sufren las mujeres en el mercado laboral

Cualquier método de evaluación propuesto por un servicio de prevención debe ser sensible a la desigual posición de las mujeres en el mercado laboral. Por ejemplo, ¿qué consecuencias sobre la salud de una mujer trabajadora pueden tener la elevada tasa de paro de las mujeres, la brecha salarial, la segregación ocupacional, la mayor temporalidad y la mayor contratación a tiempo parcial, etc?. Es necesario utilizar instrumentos sensibles a las desigualdades de género para identificar y evaluar los riesgos, herramientas que tengan en cuenta el mayor espectro posible de diversidad de exposiciones y que permitan utilizar el mismo instrumento para todos los puestos de trabajo. Se tienen que utilizar técnicas de obtención de datos validadas y fiables.

QUINTO ERROR: Considerar la evaluación de riesgos como un proceso técnico

La evaluación de riesgos no es un proceso técnico. Se trata de un proceso social en el que debemos favorecer y garantizar la consulta y la participación directa y delegada de las trabajadoras y asegurarnos de que los comités de seguridad y salud tengan una representación equilibrada entre mujeres y hombres. En muchos casos, la representación sindical ha de argumentar sus propuestas, y siempre esta argumentación debe sustentarse sobre la base legal. La ley nos ampara, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que modificó la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, incorpora en el apartado 4 el artículo 5, que establece: "Las Administraciones públicas promoverán la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres, considerando las variables relacionadas con el sexo tanto en los sistemas de recogida y tratamiento de datos como en el estudio e investigación generales en materia de prevención de riesgos laborales, con el objetivo de detectar y prevenir posibles situaciones en las que los daños derivados del trabajo puedan aparecer vinculados con el sexo de los trabajadores". Siempre podemos pedirle a la empresa que argumente por qué no utiliza estos criterios.

Como señala Rosa Montero, "hay una historia que no está en la historia y que solo se puede rescatar escuchando el susurro de las mujeres". Mostremos las condiciones de trabajo de las mujeres y empecemos a construir un mundo más sano y más igualitario para todos y todas.

La desregulación legislativa condena la seguridad y la salud de los trabajadores

pEx

Cada 28 de abril, CCOO y UGT publican un manifiesto conjunto en el Día Internacional de la Salud y la Seguridad en el Trabajo. Este año el manifiesto denuncia cómo la desregulación legislativa compromete la salud y seguridad de los trabajadores y trabajadoras. Los sindicatos denuncian que lo que en un comienzo se presentó como un momento de excepcionalidad pasajera, se ha terminado por desvelar como la imposición de un nuevo paradigma económico, social y laboral, al que la clase trabajadora y la ciudadanía en general deberían resignarse. Las élites mundiales –denuncian los sindicatos– han aprovechado las condiciones creadas por una crisis para privatizar aquellos servicios públicos básicos que garantizaban la protección social y de los derechos laborales y ciudadanos conquistados a lo largo de décadas.

"Esta ofensiva –denuncian CCOO y UGT– no se limita a deteriorar las condiciones de trabajo y a privatizar aquellos servicios públicos rentables. En este preciso momento, la salud laboral se ha convertido en uno de los objetivos que está en el punto de mira de las élites: el derecho a la seguridad y a la salud en el trabajo, uno de los objetivos centrales de las políticas sociales europeas, hoy es considerado un obstáculo que hay que superar para aumentar la competitividad de la economía europea. Esta argumentación no solo se sustancia en un descenso de las inversiones en políticas preventivas en las empresas, sino que exige reformas legislativas que rebajen la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores".

CCOO y UGT denuncian la publicación en octubre de 2013, por parte de la Comisión Europea, del programa REFIT (Adecuación y eficacia de la normativa: Resultados y próximas etapas): "Un documento que en materia de prevención de riesgos ha conllevado, entre otras consecuencias, la decisión de no impulsar nueva legislación en materia de salud laboral en lo que resta de mandato de la Comisión, lo que supone paralizar las dos principales iniciativas legislativas comprometidas en la vigente Estrategia Europea, como son la revisión de la directiva de cancerígenos y la aprobación de la de trastornos musculoesqueléticos, y no trasladar a texto articulado acuerdos sectoriales firmados en el marco del diálogo social europeo". Además, la Comisión no ha renovado la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, como debiera haber hecho en 2013.

En cuanto a las políticas del Gobierno español, los sindicatos denuncian su último hito desregulador en cuestiones de salud y seguridad en el trabajo: la presentación del anteproyecto de reforma de Ley de Mutuas en diciembre del pasado año. "La gestión de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes, dando capacidad a la mutua para proponer el alta sin existencia de acto médico y concediendo la consideración de silencio administrativo positivo ante la ausencia de resolución expresa del médico del sistema de salud, es el elemento que demuestra de manera más palpable el carácter economicista de unas políticas fundamentadas que eliminan el derecho al restablecimiento de la salud a cambio de los intereses económicos de las empresas y que se basan en presupuestos falsos, en este caso una supuesta pérdida de competitividad debida a unos elevados niveles de absentismo, que la realidad nos indica que son similares a los de los países de nuestro entorno".

CCOO y UGT reclaman al Gobierno de España: la retirada de aquellos elementos lesivos para los trabajadores del texto del proyecto de reforma de la Ley de Mutuas, en la línea del dictamen aprobado por el pleno del Consejo Económico y Social; exigen una mejora en la normativa de enfermedades profesionales con el objetivo de reducir su subregistro; demandan la aprobación de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2020, incluyendo objetivos precisos de reducción de la siniestralidad, afloramiento de enfermedades producidas por el trabajo y de equivalencia de la protección independientemente del tipo de relación laboral, y reclaman el mantenimiento de las inversiones públicas en materia de prevención de riesgos laborales.

¿Qué pretende el Gobierno?

VICENTE LÓPEZ

Tras mucho tiempo anunciando una ley de mutuas, el Gobierno ha presentado un anteproyecto de Ley de Reforma de la Seguridad Social que supone cambios profundos en el papel que han venido desempeñando las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y no precisamente los que veníamos demandando, durante años, CCOO. La reforma que pretende el Gobierno atenta claramente contra el derecho a la salud de los trabajadores y trabajadoras, contra su derecho a la intimidad y asesta un golpe mortal al sector de la prevención en España.

Así lo valora CCOO y así lo considera también el dictamen negativo presentado por el Consejo Económico y Social. Se trata, pues, de un retroceso inadmisible, cuyo elemento más llamativo es que otorga a las mutuas la capacidad de dar el alta a los trabajadores que estén de baja por prescripción médica si el facultativo que ha ordenado esa baja no emite un informe contrario en el escaso plazo de cinco días. Supone también que las mutuas, organizaciones formadas por empresarios, tendrán acceso a las historias clínicas de los trabajadores y trabajadoras. Exige la venta de las sociedades de prevención de las mutuas, en una decisión sin precedentes, antes del 31 de diciembre.

Ante tamaño despropósito, **pEx** ha querido contar con la opinión de expertos en los distintos ámbitos a los que hemos entrevistado para este dossier. Sus valoraciones están bien fundadas y son de peso. Parar la aprobación del actual anteproyecto de Ley de Reforma de la Seguridad Social es una necesidad urgente. Apoyar a los agentes sociales en sus convocatorias, la mejor vía para demostrar el rechazo a estas políticas que pretenden desmontar nuestro Estado de derecho y poner a los trabajadores y trabajadoras a los pies de los caballos. No vamos a aceptar que la clase trabajadora pague con su salud la codicia de unos pocos.

Adrián González, "Solo les preocupa reducir el hacer a las bravas"

BERTA CHULVI

El inspector de Trabajo Adrián González, que entre 2006 y 2012 fue subdirector de Prevención de Riesgos en la Dirección General de la Inspección de Trabajo, analiza en esta entrevista el anteproyecto de Ley de Reforma de la Seguridad Social y apunta que se están dando los últimos pasos hacia la privatización total del apoyo que reciben las empresas en prevención de riesgos laborales.

¿Qué es lo que más le llama la atención del anteproyecto?
Quizás lo más llamativo es que se plantee descaradamente, sin eufemismos, que el objetivo es reducir el coste de la incapacidad temporal (IT) desde una lógica economicista, que no tiene en cuenta el derecho a la salud de los trabajadores. El Gobierno lo dice abiertamente en la página diez de la memoria del análisis del impacto normativo del proyecto de ley: "Dicha modificación y mejora permitirá reducir el gasto de la referida prestación". Ese es su objetivo y punto. Yo creo que se les ha escapado. No han tenido ningún pudor. Piensan que dotando a las mutuas de más competencias a la hora de proponer el alta del trabajador lo van a conseguir. Cuando lees una manifestación de este estilo, lo inmediato es irse a los datos de la Seguridad Social para ver qué está pasando con la IT. A ver si está sucediendo algo escandaloso y el coste se ha disparado, y lo que te encuentras es todo lo contrario.

Desde 2009 hasta 2013, el índice de incidencia media mensual de IT por cada 1.000 trabajadores con prestaciones reconocidas ha descendido, pasando de 27,4 en 2009 a 18,38 en 2013. Se ha reducido en 9 puntos. Y además quien mejor lo ha hecho ha sido el INSS y no las mutuas. El INSS, que en estos momentos gestionará directamente un 31% de los trabajadores, ha pasado en ese periodo de 26,58 incapacidades por cada 1.000 trabajadores a 14,64. Las cifras de las mutuas, con un 69% de los trabajadores aproximadamente, son más altas: 28,07 en 2009 y 20,60 en 2013. Otro tanto cabe decir de la duración media de los procesos, que en el total nacional se ha reducido en ese período de 38,11 a 36,38, siendo la reducción más importante en los procesos gestionados por el INSS, 3,29 días, en tanto que en las mutuas ha aumentado en 0,67 días. Es decir, que ese ahorro en prestaciones de incapacidad temporal no se justifica por razones económicas y, desde luego, no parece que las mutuas gestionen mejor ese aspecto. Entonces, ¿por qué le pasan esa gestión a las mutuas? ¿Lo están haciendo mucho mejor? Los datos dicen que no.

El anteproyecto plantea que las mutuas propongan el alta y si en cinco días el médico no ha contestado, el trabajador será dado de alta, ¿qué opina?
Es un sinsentido. La justificación de la medida, según el propio texto, es que en la actual situación pasan diez días y muchos médicos no contestan. Y en lugar de preguntarse por qué no contestan y en todo caso alargar el plazo de respuesta, lo que hacen es que acortan el plazo y le dan sentido afirmativo al silencio del médico. Es evidente que si no están pudiendo responder en diez no lo van a hacer en cinco. Hay una problemática compleja de por qué están tardando en contestar que ni siquiera se paran a analizar. ¿Qué lógica tiene una medida así? Lo único que se puede pensar es que quieren reducir el coste de la IT y lo van a hacer a las bravas.

¿Qué podrá hacer el trabajador que se encuentra de alta sin estar en condiciones?
Tendrá que acudir a la Inspección Médica del INSS e impugnar el alta. Y esto puede generar un montón de conflictos en las empresas. En las empresas se van a producir problemas porque el trabajador puede recurrir el alta, pero con la regulación que han hecho se supone que la reincorporación a la empresa es automática. ¿Qué va a pasar cuando el trabajador haya impugnado? Falta un desarrollo reglamentario y veremos qué plantean, pero desde luego se incrementa la inseguridad para el trabajador y para la empresa.

¿De quién será la responsabilidad si un trabajador tiene un accidente o fallece tras un alta manifiestamente indebida?
Este es otro ámbito en el que el anteproyecto genera confusión, porque plantea un conflicto entre médicos: el médico de la mutua que propuso el alta y el del servicio público de salud que no contestó en el plazo de cinco días.

Además el anteproyecto obliga a las mutuas a vender las sociedades de prevención antes del 31 de diciembre.
Este es otro de los problemas mayores. Es un disparate que se les obligue a las mutuas a hacer algo que no hacen bien y que no está en su tradición histórica (perseguir a los trabajadores de baja por IT y dar altas) y se les prohíba hacer lo que sí saben hacer y han hecho toda la vida, que es actuar en el campo del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, no solo desde el pago de las prestaciones sino desde el desarrollo de actividades preventivas. Al obligar a las mutuas a vender las sociedades de prevención no solo se va a malvender al sector privado unas sociedades cuyo patrimonio es público –que se ha generado con aportaciones de la Se-

"El índice de incidencia media mensual de IT por cada 1.000 trabajadores ha descendido nueve puntos en los últimos cuatro años"

coste de la incapacidad temporal y lo van a

guridad Social–, sino que se va precarizar muchísimo la calidad del asesoramiento que reciben las empresas en materia de prevención. Desde la Inspección, la experiencia que tenemos es que la calidad del servicio que han dado las sociedades de prevención está a años luz de la que han dado los servicios de prevención ajenos.

Según usted, ¿este es el final de un proceso de privatización de la prevención que se inició hace tiempo?

Sí. Con la implantación de la Ley de Prevención de 1995, ya se les quita a las mutuas bastantes competencias en este sentido, al crear los servicios de prevención ajenos. Este es un primer paso hacia la privatización total de una tarea muy importante que es el apoyo y asesoramiento de las empresas en materia de prevención de riesgos laborales. La directiva europea permitía a la empresa recurrir a apoyo externo, pero no la obligaba. Desde mi punto de vista, sacar la prevención de las mutuas y derivarlo hacia los servicios de prevención ajenos ya fue un error, porque tenía sentido que quien pagaba la prestación se ocupara de la prevención y porque las mutuas, al estar controladas por el Estado, no actúan nunca con una lógica puramente mercantil, o al menos se les puede exigir que no lo hagan. El segundo paso hacia la privatización del apoyo que reciben las empresas en materia preventiva es el de obligar a las mutuas a crear las sociedades de prevención. Si no se hubieran creado los servicios de prevención ajenos, este paso no hubiera sido necesario. Ahora este proceso se completa diciéndole a las mutuas: señores, ustedes ya no se van a dedicar a la prevención de riesgos y han de vender las sociedades de prevención en pocos meses. Hasta se les cambia el nombre y pasan a denominarse "Mutuas de la Seguridad Social".

"Se está aprovechando la crisis para saldar las sociedades de prevención porque la prevención de riesgos no les importa lo más mínimo"

Pero las sociedades de prevención ya eran independientes de las mutuas.

Sí. Es cierto que las sociedades de prevención tenían su propio patrimonio y se habían desligado formalmente de las mutuas, pero la influencia de las mutuas sobre las sociedades de prevención era importantísima: todo el personal de las sociedades de prevención venía de las mutuas y aprovechaba todo un bagaje y toda una experiencia histórica de las mutuas como entidades conocedoras de los problemas relacionados con la prevención de riesgos laborales. Ahora se les dice: os vais a dedicar a otras cosas. Para salvar la situación se menciona en el anteproyecto que va a haber una actividad preventiva de las mutuas, pero no se concreta cuál, y desde luego aparece como una actividad residual. Lo que yo no acabo de entender es que se les despoje a las mutuas de lo que era su función esencial y se les convierta en meros gestores de las prestaciones de la Seguridad Social. En 1995 salíamos de una crisis y se optó por un modelo preventivo barato que externalizaba la prevención y creaba un sector privado en torno a ella que no ofrecía un servicio de calidad porque trabajaba a la baja en materia de costes. Ahora nos encontramos que se está aprovechando la crisis actual para saldar las sociedades de prevención porque la prevención de riesgos no les importa lo más mínimo.

Juan Vicente López Gandía,

"La gestión de la incapacidad común debería volver al INSS"

BERTA CHULVI

Juan Vicente López Gandía es catedrático en la Universidad Politécnica de Valencia. Su especialidad es el derecho laboral y tras la lectura del anteproyecto de reforma de la Ley de la Seguridad Social muestra una clara preocupación: "El anteproyecto articula una serie de mecanismos que ponen en riesgo la salud de los trabajadores". López Gandía afirma que "la gestión de la IT por enfermedad común debería volver al INSS".

¿Qué es lo que más le llama la atención del anteproyecto?
Hay varios aspectos muy preocupantes. La propia desaparición de la denominación de las mutuas como mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que puede parecer irrelevante pero no lo es. Es verdad que las mutuas ya se encargan también de otras prestaciones, pero eso no justifica que un concepto troncal en la finalidad de las mutuas pase a un segundo plano. Si las mutuas no se dedican a agilizar la recuperación de los trabajadores, vía unos servicios de calidad en materia sanitaria, si no van a hacer prevención, si van a ser solo meros gestores de prestaciones, su existencia no tiene sentido y habría que replanteársela. Por otro lado está el tema de la venta acelerada de las sociedades de prevención que yo no acabo de entender por qué se plantea y, desde luego, el legislador no explica. ¿Por qué estas prisas? ¿Qué intereses hay detrás? Además, no queda claro qué papel preventivo van a tener las mutuas.

Hay otro aspecto muy preocupante que es un salto cualitativo en el control de la incapacidad transitoria por causa común por parte de las mutuas. Hay que temer que sea un paso más para acabar de poner en manos privadas la salud de los trabajadores. Y hay una cuarta cuestión que para mí es preocupante: el anteproyecto institucionaliza la obligatoriedad de permanecer tres años con la misma mutua; algo que se estableció como una medida provisional en una ley de presupuestos, ahora se incorpora a la ley. No solo no se ha incrementado la participación de los trabajadores, más allá de los autónomos, en el control de la mutua, sino que se produce una especie de blindaje que creo que no va a redundar en una mayor calidad de los servicios que reciben trabajadores y empresa.

¿Cómo valora que las mutuas aumenten su capacidad para dar de alta a los trabajadores enfermos?
Esta es una reivindicación histórica de las mutuas que pone en riesgo el derecho a la salud de las personas, pues supone una privatización del control sobre ese derecho. Las mutuas plantean que si ellas gestionan el pago de las prestaciones de IT, como hace el INSS, deben también tener la capacidad de dar el alta como tiene el INSS. Pero esa equiparación entre el INSS y las mutuas no tiene el mismo fundamento jurídico, porque el INSS es un organismo público y las mutuas una organización privada, una asociación que está constituida por empresarios y que se guía por criterios de reducción de costes. El INSS es un organismo público, no se debe a razones de mercado ni tiene relaciones clientelares con las empresas. Los tribunales ya están empezando a sentar doctrina. Ya hay una sentencia del Tribunal Constitucional que plantea que dar de alta a un trabajador cuando no está debidamente recuperado pone en peligro su salud y, por tanto, vulnera su derecho a la salud reconocido en la Constitución. Además, una sentencia de la Audiencia Nacional considera ilegal incentivar económicamente a los médicos por dar altas. Es decir, que dar de alta a un trabajador así, sin más ni más, solo para ahorrar gasto en prestaciones, es ilegal y puede traer graves consecuencias a los médicos y crear graves problemas también a las empresas.

> **"Si las mutuas no se dedican a agilizar la recuperación de los trabajadores y no van a hacer prevención, su existencia no tiene sentido"**

El dictamen negativo del Consejo Económico y Social respecto al anteproyecto de reforma dice que no resulta admisible legalmente que, como consecuencia de la inactividad de la Administración de la falta de respuesta en cinco días, resulte perjudicado el trabajador con la retirada de la prestación económica. De otra parte no se contempla que la mutua informe al beneficiario del inicio del procedimiento. Esto va a producir un conflicto entre un médico público que atiende a intereses generales y un médico privado que atiende a los intereses de unas organizaciones que, tal y como están configuradas, responden a los intereses privados de unos empresarios. Hay que tener en cuenta además el eventual empeoramiento de la salud del trabajador que podría producirse por una reincorporación laboral. En realidad, el error fue haber atribuido a las mutuas la gestión de la incapacidad temporal por enfermedad común. Las mutuas esa competencia nunca la han querido.

¿Quiere decir que las mutuas no han estado interesadas en esa gestión de la IT?
Nunca les ha interesado. Lo he escuchado muchas veces a lo largo de los últimos veinte años en jornadas y congresos a los que me han invitado las mutuas. Las mutuas no lo van a decir en voz alta porque no quieren enfrentarse al Estado-cliente, pero nunca les interesó esa gestión,

temporal por enfermedad

porque no tiene que ver ni con su tradición ni con su naturaleza. La asumieron a regañadientes y por eso vienen reivindicando históricamente dar las altas. En realidad, haber trasladado a las mutuas el control de la IT es una privatización encubierta de la inspección sanitaria, porque quien debe realizar esta función es la inspección sanitaria. El problema es que tenemos un capitalismo parasitario que solo sabe hacer negocio a partir de la privatización de parcelas de la gestión pública. La derecha es cómplice de esa estrategia y el PSOE cuando gobernó también lo fue. Hoy el problema es que nadie se plantea que la gestión de la IT por enfermedad común debería volver al INSS. Eso es lo que hay que defender. ¿Qué sentido tiene que si la asistencia sanitaria la prestan los servicios de salud y no las mutuas, la gestión la desarrollen las mutuas? La Seguridad Social traslada la presión a las mutuas y así el Estado se lava las manos. Es una lógica política electoralista que perjudica a trabajadores, a médicos y a las propias mutuas. Para evitar estos problemas hay que exigir que la gestión de la IT vuelva al INSS. La única justificación de las mutuas es que proporcionen a los trabajadores una atención sanitaria rápida y de calidad en la atención del accidente y la enfermedad profesional, además del asesoramiento en medidas preventivas a las empresas. Si esa no es su función, la mutuas no tienen razón de ser.

“La Seguridad Social traslada la presión a las mutuas y así el Estado se lava las manos”

¿Y en qué manos va a quedar la prevención?

La apuesta del Gobierno es clara hacia los servicios de prevención ajenos, pero les está creando un mercado muy difícil. ¿No hay negocio para las sociedades de prevención, pero sí lo hay para los servicios de prevención? Pero, además, es que ahora la Ley de Emprendedores ha introducido una modificación que reduce el mercado de la prevención, al permitir en las empresas con menos de 25 trabajadores, con un único centro, que el empresario asuma directa y personalmente la prevención. ¿En qué condiciones va a haber negocio para los servicios de prevención?, ¿precarizando las condiciones de trabajo de los técnicos de prevención?, ¿rebajando la calidad de los servicios que reciben las empresas?, ¿subiendo los costes empresariales en un momento de crisis? Es necesario un replanteamiento total del sistema.

Isidoro Rivera, "Es un disparate que el proceso

BERTA CHULVI

Isidoro Rivera es miembro del Foro de Médicos de Atención Primaria. El doctor Rivera lleva desde 1978 ejerciendo como médico de atención primaria en distintos centros de salud de Galicia, actualmente ejerce en el centro de salud "Virgen Peregrina" de Pontevedra. El Foro de Médicos de Atención Primaria reúne a más de siete organizaciones de ámbito estatal (sociedades científicas, colegios de médicos, etc.) que representan, por distintas vías, a la práctica totalidad de la profesión en España.

¿Qué problemas plantea el anteproyecto de reforma de la Ley de la Seguridad Social desde su punto de vista?

Uno de los problemas es el acceso a la historia clínica por parte del médico de la mutua y el siguiente gran problema es que se invierte el sentido de la prueba cuando se solicita el alta por parte de los médicos de la mutua. Antes, si el médico de atención primaria no contestaba en quince días, el trabajador seguía de baja, y ahora, si el médico de cabecera no contesta en cinco días a la propuesta de alta de la mutua, el trabajador estará de alta. Y claro, con la que está cayendo, con los recortes que está experimentando la sanidad, el plazo de cinco días es totalmente exiguo. Con la reforma que pretende el Gobierno, quienes lideran el proceso de curación son los médicos de las mutuas. Es totalmente inadmisible que te dé de alta alguien que no es responsable de tu salud. El Gobierno parece olvidar o desconocer que la baja no es algo que el trabajador pide y el médico concede. La baja es un instrumento terapéutico que deben manejar, a su mejor saber y entender, los médicos de atención primaria. El paciente no pide la baja, sino que concede al médico la autoridad para decidir si por razones terapéuticas él debe dejar de asistir al trabajo. La baja es una medida terapéutica más, de todas las que el médico tiene a su alcance.

¿A los médicos de atención primaria les llegan muchas propuestas de alta de las mutuas?

No, precisamente, y eso es la prueba de que los médicos utilizamos la incapacidad laboral transitoria con sentido común, para facilitar la recuperación del paciente. No con otros fines ni mucho menos. Además, en estos momentos, y con las últimas reformas laborales, que penalizan al trabajador por ponerse enfermo, lo que nos estamos encontrando es que los trabajadores son reacios a aceptar la baja, aunque sea necesaria. Por estar enfermo, hoy el trabajador ve reducido su sueldo en una cuantía importante que puede ser inasumible en sueldos bajos, lo cual es una indecencia. Lo que nos estamos encontrando es que muchos trabajadores van a trabajar estando enfermos porque no se pueden permitir una baja. Eso me parece una cosa descabellada que pone en riesgo la salud de los trabajadores y de los que están a su alrededor. Imagínese usted un trabajador de la sanidad que acudiese al trabajo con una gripe y tuviera que atender a personas que ya están enfermas con un sistema inmunológico ya deprimido.

¿Qué sentido tiene esta medida que propone el Gobierno?

Pues no lo sabemos. Es una más de las acciones que está adoptando este Gobierno de espaldas a los profesionales de la sanidad. Hemos pedido una reunión con la ministra, pero no nos recibe. La única cosa buena que plantea el decreto es que alarga los plazos de renovación de los partes de confirmación de baja en algunas patologías. Esto sí nos parece bien, porque es una manera de desburocratizar la sanidad en un momento en que las consultas están saturadas por los recortes. Las otras medidas no las entiendo. No tiene ni pies ni cabeza que el proceso de alta lo lideren los médicos de las mutuas y eso es lo que han conseguido dando valor confirmatorio al silencio del médico de atención primaria. En realidad, la medida usurpa las funciones de la Inspección Médica. Nosotros estamos tutelados por los inspectores de Sanidad autonómicos, estamos tutelados por el INSS y también, de alguna manera, por los de las mutuas. Esto es la "supertutelación". Mientras, la atención sanitaria de las mutuas no la controla nadie. A lo mejor es que se quieren cargar los servicios de inspección y reducir el gasto, ¡vaya usted a saber!

"Con los recortes que está experimentando la sanidad, el plazo de cinco días es totalmente exiguo"

Y el acceso a la historia clínica, ¿qué va a suponer?

Se trata de un atentado clarísimo al derecho a la intimidad de las personas. Basándose en que las comunicaciones entre todos los agentes (médicos del SNS, INSS, mutuas) "se realizarán preferentemente por medios electrónicos", se abre la puerta para que las mutuas, con la excusa de controlar la adecuación de una prestación económica, tengan acceso a la totalidad de la historia clínica de todos los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social, hayan estado de baja o no en alguna ocasión. En la historia clínica de un paciente, los médicos de atención primaria incluimos mucha información sensible que no tiene nada que ver con la salud laboral de este trabajador. La mutua, que al fin y al cabo trabaja para la empresa, no tiene ningún derecho a conocer esos detalles de la vida de las personas. Fíjese usted que en estos momentos, para salvaguardar la intimidad de las personas, en el parte de baja el médico no pone ni el diagnóstico. El cam-

de alta lo lideren los médicos de las mutuas"

bio es radical y atenta gravemente contra nuestro derecho a la intimidad. Lo curioso es que, mientras se multiplican los mecanismos para asediar al trabajador enfermo, no se hace nada para evitar que el trabajador enferme en su trabajo o para facilitar que el médico de atención primaria comunique su sospecha del origen laboral de una patología. He tenido que atender algún caso de acoso laboral en mi consulta. ¿Y sobre eso qué? Nunca lo reconocen como patología laboral y son los trabajadores los que tienen que acudir al juez.

¿Qué papel están haciendo las mutuas en estos momentos en cuanto a agilizar la curación del paciente?

"El acceso a la historia clínica por parte de las mutuas es un atentado clarísimo al derecho a la intimidad de las personas"

Mi impresión es que también están recortando en pruebas diagnósticas y están escatimando en métodos diagnósticos de importancia. Vemos que muchos trabajadores están pendientes de una prueba en la sanidad pública, aunque la demora por esta vía sea mayor, y en la mutua no se la hacen. Lo que hace cinco o siete años se hacía de una manera más diligente por parte de las mutuas, ahora no se hace. Y no nos podemos olvidar que las mutuas están administrando dinero que les llega de la Seguridad Social, es decir, que es dinero de todos.

Lo que el Gobierno quiere ignorar

pEx

Isidoro Rivera, desde su consulta de atención primaria, se sorprende de que el único esfuerzo que el Gobierno está haciendo se dirija a ahorrar prestaciones, mientras no se produce ninguna iniciativa para aflorar las enfermedades profesionales que, en su gran mayoría, se tratan en la actualidad como enfermedades comunes. Esta es una realidad que el Gobierno conoce sobradamente. El subregistro de enfermedades profesionales, un indicador válido del camino que le queda a España por recorrer en el ámbito de la prevención, viene siendo conocido y denunciado desde hace más de veinte años. Ya en 1999, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo con el objetivo fundamental de evaluar la incidencia real de la brucelosis como enfermedad de origen laboral, estimaba que la magnitud real de la enfermedad era del orden de 10 veces mayor que la reflejada en las estadísticas oficiales en el año 1987. Otros autores han estimado que más de 3.000 casos de cáncer en España pueden atribuirse a riesgos laborales, y que alrededor de 400.000 trabajadores están empleados en industrias y ocupaciones con riesgo cancerígeno. Más recientemente, un trabajo realizado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud estimaba que el subregistro en el sistema de enfermedades profesionales podría alcanzar el 64%, destacando el subregistro de tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, hipoacusias, enfermedades respiratorias y enfermedades mentales.

Manuel Martín García, "Lo que el Gobierno pretende es privatizar la asistencia sanitaria de los trabajadores"

BERTA CHULVI

Manuel Martín García es presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. En su opinión, la reforma de la Ley de la Seguridad Social que ha planteado el Gobierno forma parte de una estrategia progresiva de privatización de la asistencia sanitaria de los trabajadores.

¿Cuál es su valoración del anteproyecto de reforma de la Ley de la Seguridad Social?

El Gobierno pretende compensar a las mutuas por las pérdidas económicas que sufren por culpa de la crisis ampliando sus competencias en detrimento de los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas. Con este poder las mutuas pasarán de estar sometidas al control de los servicios públicos de la Seguridad Social a ser ellas las controladoras de los servicios públicos. Las mutuas no han demostrado más capacidad que los médicos del sistema sanitario público para mejorar la gestión de la IT, ¿por qué amplía el Gobierno sus competencias ahora? La estrategia es privatizar la asistencia sanitaria de los trabajadores transformando las mutuas (asociaciones empresariales) en concesiones administrativas que gestionarán la incapacidad laboral por enfermedad de acuerdo al modelo de nuevas formas de gestión privada (Ley 15/1997). Con este cambio legislativo es previsible que se produzcan concentraciones de empresas en manos de grandes multinacionales, que así avanzarán un paso más en su estrategia de apoderarse del sistema sanitario público y crear un mercado sanitario. Es un paso más en el plan del Gobierno de Mariano Rajoy que pretende sustituir el Sistema Nacional de Salud, público, universal, accesible, equitativo y redistributivo, en un modelo basado en el aseguramiento (cotizaciones y provisión privada).

La reforma obliga a las mutuas a vender los servicios de prevención, ¿cómo va a afectar este cambio a la prevención?

En mi opinión, la actividad preventiva de las mutuas era ya muy deficiente. Lo vemos en cómo se ha practicado la vigilancia de la salud: un conjunto de pruebas rutinarias, no basadas en la evidencia y sin controles sobre su calidad o su impacto sobre la salud de los trabajadores. Ahora, obligando a vender los servicios de prevención, se incide todavía más en que la prevención se atenga a criterios de rentabilidad económica en el contexto de un modelo de mercado incorporando conceptos como competitividad, innovación tecnológica, valor añadido, calidad del servicio, comercialización de productos, etc. Hasta que la prevención de riesgos no sea asumida por la sanidad pública de forma independiente y rigurosa no estaremos protegiendo a los trabajadores frente a los riesgos de accidente o enfermedad en el ámbito laboral.

¿Qué va a suponer la reforma que propone el anteproyecto en cuanto a la gestión de las altas por incapacidad temporal?

La reforma pone bajo sospecha a los trabajadores, a los que se achaca una conducta fraudulenta y defraudadora de las bajas por enfermedad, y a los médicos de atención primaria. Recorta el derecho a la salud de todos los ciudadanos, ya que las mutuas (al servicio de la patronal) podrán dar altas laborales por motivos administrativos utilizando de manera torticera el silencio administrativo positivo si el médico no responde en cinco días y sin tener en cuenta criterios sanitarios. Los médicos de atención primaria verán mermadas sus competencias en la atención de sus enfermos cuando necesiten una baja laboral y se verán confrontados a un número mayor de tareas burocráticas. Se obliga a los médicos a manejar una documentación administrativa muy compleja y a incrementar el número de informes a cumplimentar. Además se acaba con el derecho de los trabajadores a la confidencialidad de su historial clínico (garantizado por la Constitución y las Leyes Orgánicas 15/1999 y 41/20029, poniendo a disposición del INSS y del ISM (y posteriormente de las mutuas patronales) todos los datos sobre su salud, estén o no relacionados con la baja laboral por enfermedad.

Escoletes en Palma: La salud laboral avanza en el convenio colectivo

ANA ORDÓÑEZ*

El Patronato de Escoletes Municipals se encarga de la gestión de las guarderías municipales pertenecientes al Ayuntamiento de Palma de Mallorca. En total engloba al personal de siete guarderías más el personal administrativo, con una plantilla de unos 110 trabajadores, compuesta básicamente por mujeres. El Gabinete de Salud Laboral de les Illes Balears les asesora desde hace cerca de ocho años y se ha conseguido incorporar al convenio colectivo logros importantes en materia de salud laboral.

El primer elemento a destacar de esta experiencia es que el patronato tiene un comité de seguridad y salud (CSS) muy activo y participativo formado por tres delegadas de prevención (CCOO, UGT y STEi). La presidenta del CSS, Mª José Jiménez que es la delegada de CCOO, es especialmente activa y ella es la que facilita que cada tres meses el Gabinete de Salud Laboral participe en el comité de seguridad y salud. Se ha elaborado un protocolo de acoso laboral y la comunicación con la delegada de prevención es constante, demandando asesoramiento por email o en persona. En la primavera de 2013, el comité de empresa inicia un proceso de negociación del nuevo convenio colectivo de empresa. En el anterior convenio ya habían contado con la ayuda del Gabinete de Salud Laboral de CCOO, pero no habían podido incidir demasiado en la salud laboral, por lo que solicitan de nuevo nuestra ayuda para introducir nuevos puntos que refuercen lo negociado hace unos años.

Se analizaron detenidamente los puntos de salud laboral del convenio y se propuso un conjunto de nuevas iniciativas, entre las que destacan las siguientes:

- Consulta y decisión consensuada con los representantes de los trabajadores del CSS en la elección del servicio de prevención ajeno.
- En caso de insatisfacción por parte de los trabajadores con la mutua, la empresa tendrá que tener en cuenta estas quejas a la hora de renovar el contrato con esta. Antes del cambio o renovación de mutua, el CSS emitirá un informe al respecto que será vinculante en la elección de la nueva mutua.
- Protocolos específicos para las revisiones de vigilancia de la salud que incluyan manipulación manual de cargas y movimientos repetitivos no recogidos hasta el momento.
- La empresa solicitará a la mutua que las siguientes enfermedades sean consideradas como accidentes de trabajo: enfermedades neurológicas crónicas, patologías otorrinolaringológicas, enfermedades infectocontagiosas, alergias crónicas, enfermedades musculoesqueléticas y enfermedades psicosociales.
- Cambios de funciones: en caso de no ser posible la adaptación del puesto de trabajo por motivos de salud, se le asignará otro puesto de trabajo respetando su categoría y sueldo. El cambio de puesto implica, si fuera necesario, un proceso de reciclaje y formación a cargo de la empresa para poder llevar a cabo las nuevas tareas.
- Protocolo de actuación de protección a la maternidad.
- Medidas para prevenir el acoso laboral y por razón de sexo en el trabajo.

Cuando llegó el momento de la negociación de la parte de seguridad y salud del convenio, los técnicos del gabinete acompañamos a las delegadas a la negociación en calidad de asesores técnicos. Con el tema de mayor importancia para nosotros, la aceptación de los contagios como accidentes de trabajo, decidimos no incidir demasiado e insistir en otros de menor importancia como el procedimiento en caso de acoso, sobre todo al tener presente que cuenta con un buen protocolo de actuación en caso de acoso laboral. Finalmente, la empresa aceptó todos los puntos y se están llevando a cabo los acuerdos.

La empresa en el mes de agosto cambió de servicio de prevención ajeno (SPA) y ya hizo la consulta a los representantes, haciéndoles llegar las diversas ofertas de SPA. Finalmente, la empresa contrató el SPA propuesto por el comité de seguridad y salud, que a su vez pasó al Gabinete de Salud Laboral de CCOO la consulta.

*Ana Ordóñez es asesora técnica del Gabinete de Salud Laboral de la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO Illes Balears.

INCAR: La lucha para defender la salud laboral en un centro de investigación

HERMINIO GARCÍA FERNÁNDEZ*

Como en cualquier actividad laboral, la investigación no está exenta de riesgos y cuando se trata de investigación con carbón y productos químicos asociados, la incidencia para la salud resulta evidente. En este marco es donde el comité de empresa y los delegados y delegadas de prevención del INCAR hemos venido realizando una tarea de recogida de datos, propuestas de mejora y denuncia sobre las condiciones laborales en las que desarrollamos nuestro trabajo con el fin de que se arbitren medidas correctoras que evalúen y reconozcan los riesgos a los que hemos estado expuestos durante décadas.

El Instituto Nacional del Carbón (INCAR) es un centro de investigación perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ubicado en Oviedo y que desarrolla su actividad en el ámbito de la ciencia y la tecnología química. Fundado en 1947, tenía como objetivo principal estudiar y desarrollar las técnicas necesarias para el mejor aprovechamiento de los carbones nacionales, en particular los asturianos, para la industria siderúrgica. En la década de los 50 se construye en La Corredoria la actual sede del INCAR, con las instalaciones de la batería experimental de cok. Dicha batería entró en funcionamiento en 1960 y dejó de funcionar en 1999. Las instalaciones de la batería de cok estaban formadas por una estación de mezclas, batería de hornos, estación de subproductos y otros elementos auxiliares.

Desde su fundación, el INCAR ha ido orientando su actividad científica a los retos más vanguardistas en el campo de la ciencia y tecnología del carbón y sus derivados, siendo en la actualidad sus principales líneas de investigación el desarrollo de materiales de carbono e inorgánicos para aplicaciones estructurales, energéticas y medioambientales, y el desarrollo de tecnologías limpias para la conversión y uso del carbón.

Riesgos laborales

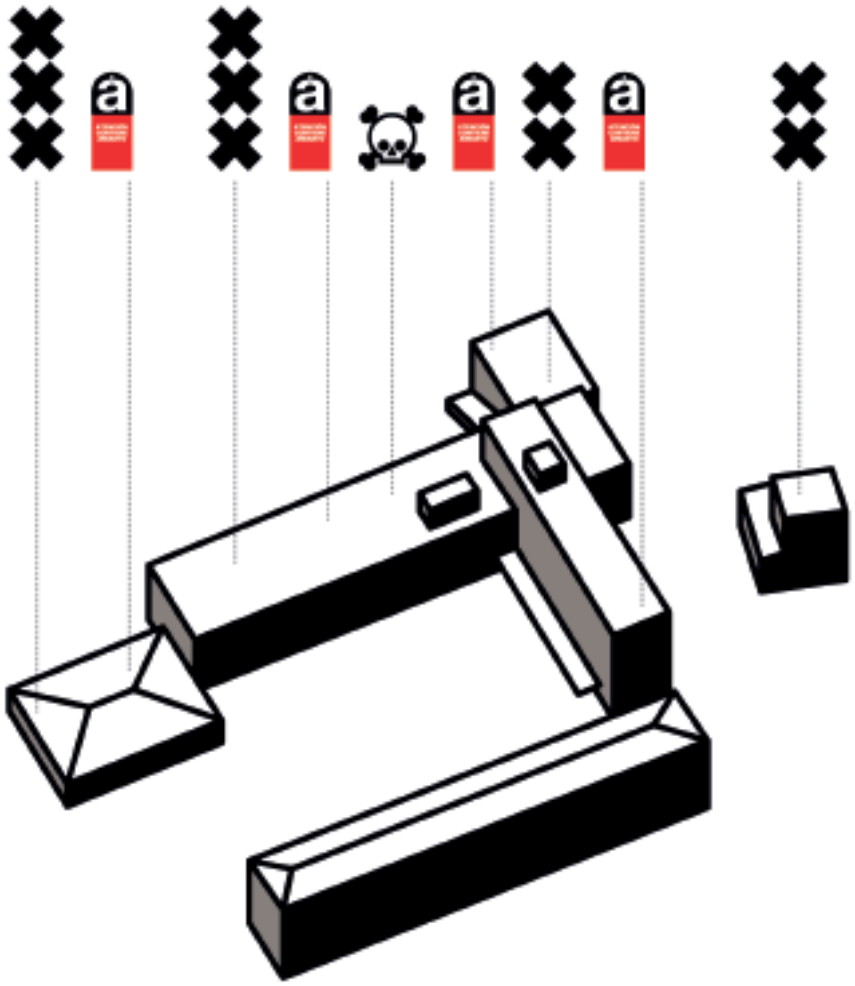
Los factores de riesgo asociados son los propios de cualquier batería de cok, como los derivados de la manipulación y transformación del carbón y otros específicos de la experimentación con productos químicos altamente peligrosos (cancerígenos, mutágenos, etc.). En el caso de la coquería experimental y resto de hornos del departamento de carbonización y carboquímica, así como los ensayos especiales: exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), polvo de carbón, intoxicación por inhalación, absorción o contacto con gases, agentes químicos, caídas a distinto nivel, quemaduras, trabajos en intemperie, deflagraciones de gases, ruido, etc.

Debido al carácter experimental de las instalaciones del INCAR, se producen exposiciones y riesgos nuevos no recogidos en las evaluaciones de riesgos (nanopartículas), por lo que se deben tomar medidas preventivas extraordinarias en muchos casos.

Dada la fecha de inicio de la actividad del INCAR, la construcción del edificio e instalaciones anexas tenían un alto contenido de amianto. La aparición de varios casos de cáncer y uno confirmado de asbestosis, tanto en trabajadores en activo como jubilados, hizo que los delegados de prevención y el comité de empresa iniciasen una larga labor de investigación de las causas, y su más que probable relación con la exposición a factores de riesgo asociados al puesto de trabajo que no se habían tenido en cuenta.

Fruto de ese trabajo de investigación y negociación con la empresa se inició un estudio epidemiológico y de vigilancia específica al personal en activo, y que se mantiene ante la elevada incidencia de casos de cáncer detectados y los riesgos descritos. Se procedió a informar a todos los trabajadores jubilados y se les instó a realizar la vigilancia postocupacional. Esta vigilancia postocupacional se realiza de forma coordinada entre el CSIC, el servicio de vigilancia de la salud contratado y las autoridades sanitarias competentes, bajo la atenta mirada del Departamento de Salud Laboral de CCOO de Asturias.

A pesar de todo esto, y tras los infructuosos intentos de que se reconociera por parte de la empresa la relación causa-efecto entre el trabajo desarrollado y las dolencias padecidas por los trabajadores, se llevó a cabo una exhaustiva recopilación de datos, entrevistas con afectados, trabajadores en activo y jubilados e incluso con familiares de trabajadores fallecidos, que concluyó con una serie de reclamaciones tanto individuales como colectivas que están empezando a dar sus frutos. En el ámbito individual ya se han fallado en los tribunales de justicia dos sentencias que reconocen el derecho a una indemnización y el cambio de contingencia. Dos sentencias cuya argumentación no deja lugar a duda alguna sobre los riesgos a los que estuvieron expuestos los trabajadores que deri-



varon en consecuencias altamente nocivas para su salud. Suponemos que tras estas sentencias vendrán otras si la Administración se empeña en no reconocer lo evidente.

En lo colectivo se demostró la existencia de amianto y la elevada exposición a los HAP tanto en las instalaciones industriales del Instituto como en el edificio donde se ubican laboratorios y zona administrativa. Por ello se tuvieron que tomar medidas especiales en la remodelación del edificio y en los procedimientos de trabajo. En la actualidad estamos trabajando, conjuntamente con la dirección del INCAR, en la elaboración de un "mapa de amianto" que no se hubiese podido retirar de las instalaciones.

Se ha conseguido que se realice una exhaustiva vigilancia de la salud tanto ocupacional como postocupacional, aspecto este último del que comprobamos existe una falta de cultura, tanto social como institucional, evidente. Para finalizar, en los últimos meses se ha solicitado a la Seguridad Social que teniendo en cuenta los trabajos que se realizan en el INCAR se disponga que a determinados puestos de trabajo del mismo, asociados a los riesgos descritos, se les apliquen coeficientes reductores.

*Herminio García Fernández es delegado de prevención del INCAR.

¿Qué es la Red Asesora?

MARÍA JOSÉ LÓPEZ JACOB

Apoyar la actividad de los delegados y delegadas de prevención de CCOO requiere de muchos recursos y herramientas adaptadas y pensadas para sus especiales necesidades. Por ello, en 1999, la Comisión Confederal de Salud Laboral encargó a ISTAS la creación de un servicio de asesoramiento especializado como apoyo a las distintas organizaciones del sindicato. Nació así la Red Asesora, en la que se integraron los gabinetes sindicales de salud laboral que se fueron constituyendo a partir del año 2000 en todas las comunidades autónomas.

El sentido de la red es apoyar la actividad que los delegados de prevención realizan en las empresas, prestándoles el asesoramiento especializado y el apoyo técnico que requieran en cada circunstancia. Como herramienta de coordinación hemos implantado un Sistema de Información Sindical en Salud Laboral que recoge todas las consultas que realizan los delegados de prevención en los diferentes servicios de asesoramiento territoriales. Con esta herramienta podemos organizar la información, analizarla y conocer los detalles de las demandas de apoyo que realizan nuestros delegados para, a partir de ahí, elaborar mejores herramientas de intervención o diseñar nuevos cursos de formación acordes con las necesidades detectadas. En estos años de funcionamiento de la Red Asesora se han registrado 48.351 consultas, que son expresión de la intensa actividad de asesoramiento que se viene desarrollando en CCOO.

Según la información que aporta este sistema, los delegados consultan principalmente sobre problemas relativos a exposiciones laborales (sobre todo problemas de seguridad, de riesgos psicosociales y sustancias químicas) y sobre actividades de prevención (evaluaciones de riesgo y planificación de la prevención). El sistema nos permite conocer y socializar los logros y mejoras conseguidos a partir de la intervención de los delegados de prevención. Actualmente tenemos registradas más de 10.000 mejoras conseguidas.

Michael Marmot, "La injusticia social provoca muerte prematura a gran

BERTA CHULVI

Michael Marmot ha coordinado el informe "Los determinantes sociales y las desigualdades en materia de salud en Europa", publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013. Marmot es una autoridad en este campo y dirige el Instituto de Equidad y Salud del University College de Londres. En la presentación del informe en España, Michael Marmot afirmó que el alto desempleo juvenil en nuestro país es una emergencia sanitaria. Sobre esta y otras cuestiones se pronuncia en esta entrevista.

Tal y como expresó usted al inicio del informe final de la OMS, la injusticia social mata a gran escala. Sin embargo, en Europa no pensamos en esos términos, ¿por qué?

Nos hemos acostumbrado a pensar en las causas inmediatas de los problemas de salud, como el hábito de fumar, el alcoholismo, los hábitos de alimentación, la falta de ejercicio físico, pero es necesario pensar a otro nivel para determinar el origen de las causas de los problemas de salud, es decir, las circunstancias en las que la gente crece, vive, trabaja y envejece y los factores políticos, sociales y económicos que moldean esas condiciones. Analizados en conjunto, estos factores crean desigualdades de salud que son evitables. Nuestra incapacidad de solucionar esta situación no solo es algo socialmente injusto, sino que además conlleva problemas de salud y la muerte prematura en gran escala.

¿Considera que la actual crisis económica y las políticas de austeridad aplicadas por los gobiernos europeos implican un nuevo escenario de desigualdades en materia de salud en Europa?

Hay evidencias de situaciones pasadas que demuestran que muchas de las consecuencias de las crisis económicas y de las medidas tomadas para controlarlas pueden tener efectos a largo plazo en la salud. Las consecuencias más inmediatas son el desempleo de larga duración, mayor precariedad en el empleo, peores condiciones de trabajo (por ejemplo, contratos de cero horas), la reducción de la protección social y la educación, y otras políticas que afectan las condiciones sociales. En la medida que estos cambios tengan un impacto diferencial en distintos países, en las diferentes regiones de esos países y entre diversos grupos sociales, existen más probabilidades de que se perpetúen las desigualdades y la brecha social en el campo de la salud.

El informe señala que en España más del 40% de los jóvenes menores de 25 años está desempleado, ¿cuáles son en su opinión las consecuencias de esa situación para la salud?

El alto desempleo juvenil en España es una emergencia sanitaria que, si no se ataja, tendrá consecuencias para futuras generaciones. El Gobierno español debe introducir medidas de protección social para evitar el deterioro de la generación joven, que afronta el riesgo de problemas mentales y una tasa de mortalidad más alta. Es urgente promulgar políticas económicas y sociales que posibiliten a estas personas un futuro.

Tras analizar los determinantes sociales de las desigualdades en salud, ¿qué papel le atribuye usted a las condiciones de trabajo?

Las condiciones de trabajo pueden afectar a la salud a través de la exposición directa a agentes físicos, químicos y biológicos peligrosos, de un entorno ergonómico desfavorable y de factores psicosociales que generan estrés. Este último factor incluye los desequilibrios entre las exigencias del trabajo y el control que tienen de estas los individuos, así como el desequilibrio entre el esfuerzo requerido para realizar un trabajo y su recompensa psicológica. También depende de aspectos como deficiencias en la gestión y dirección y de la precariedad. En general existe un gradiente social en todos estos factores que conlleva al empeoramiento de la salud en las ocupaciones de la escala socioeconómica más baja.

El informe final mencionado anteriormente propone mantener o desarrollar servicios de salud que se financien con fondos públicos y sean independientes de los empresarios. ¿Hasta qué punto es importante esa independencia? ¿Puede darnos algunos ejemplos que soporten este razonamiento?

Los empresarios son responsables de las condiciones en el lugar de trabajo, tanto de los aspectos relacionados con la organización del trabajo, la estructura de la dirección como de los contratos y las condiciones de trabajo cotidianas de los trabajadores. En la medida en que cualquiera de estos aspectos tenga un impacto negativo en la salud de los trabajadores en un ámbito concreto, una de las obligaciones de la salud laboral es señalar la responsabilidad del empresario. Para que esta dinámica sea eficaz, requiere de independencia y de una legislación laboral adecuada. La principal evidencia de esta afirmación es el gradiente social de las condiciones adversas de salud y trabajo: los empresarios sufren menos adversidades y los trabajadores de las escalas más bajas se enfrentan a las peores. Por ejemplo, desequilibrios en la demanda y el control, en el esfuerzo y recompensa, exposición a cancerígenos.

problemas de salud y escala"

"Nos hemos acostumbrado a pensar en las causas inmediatas de los problemas de salud, pero es necesario determinar el origen de las causas de los problemas de salud"

El informe subraya la necesidad de alcanzar una mayor coherencia en la acción en todos los sectores y todos los agentes implicados en la salud, ¿puede darnos algún ejemplo de falta de coherencia y sus consecuencias?

Los Ministerios de Sanidad se centran fundamentalmente en el tratamiento de problemas de salud. Tienen muy poca influencia en el impacto sobre la salud del empleo, la reducción de las ayudas sociales y otros determinantes sociales de las condiciones de vida cotidianas. Esa es una muestra clarísima de descoordinación: lo que un ministerio procura el otro lo deshace.

Entre las recomendaciones del informe, ¿puede señalar algunas que sean de especial relevancia en el caso de España?

Lo primero es asegurar a todos los niños y niñas un buen comienzo en la vida. Es especialmente importante que se realicen esfuerzos para mitigar el impacto de las actuales condiciones económicas en la futura salud de los niños y niñas españoles. Se trata fundamentalmente de asegurar condiciones adecuadas de alimentación, educación y un nivel de vida digno en los primeros años de vida. En segundo lugar es necesario reducir el período en el que los jóvenes se ven afectados por el desempleo o la falta de formación adecuada para el futuro. El tercer aspecto es la protección de todos los grupos en situación vulnerable frente a los más duros impactos de las adversidades económicas que atraviesan los países.

1,3 billones al año

El informe de la OMS cifra el coste evitable de las desigualdades en salud en la Unión Europea en 1,3 billones de euros al año. Una cifra que supera el producto interior bruto de todos los países europeos, excepto Alemania (2,6 billones), Gran Bretaña (1,9 billones), Francia (2 billones) e Italia (1,5 billones). Esta cifra es el resultado de calcular los costes de las enfermedades y discapacidades laborales a través de su impacto en la producción más los impuestos dejados de pagar y el coste de los tratamientos adicionales sufragados por las Administraciones públicas. El informe de la OMS plantea que la forma más efectiva de reducir las desigualdades en salud es actuar sobre las condiciones sociales en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece. Es decir, los determinantes sociales de la salud.

Según la OMS, una acción eficaz exige políticas públicas que promuevan un adecuado crecimiento en la infancia, mayor calidad de la educación y la formación, un trabajo justo y seguro, calidad del hábitat, adecuada protección social e inclusión social, envejecimiento en condiciones de igualdad, comunidades cohesivas y sistemas universales de salud pública.

Recursos

Un código visual para prevención de riesgos laborales en el sector agrario
La Federación Agroalimentaria de Comisiones Obreras (FEAGRA) ha desarrollado un código visual para prevenir los riesgos laborales en el uso de maquinaria agrícola, junto con otros materiales formativos dirigidos a actividades tanto presenciales como online que se pueden consultar en www.agriculturalcode.com. Se trata de los resultados de un proyecto Leonardo da Vinci desarrollado en el marco del Programa de Aprendizaje Permanente de la Comisión Europea en el que han participado organizaciones de distintos países como Bélgica, Rumanía, Turquía, Italia y Eslovaquia.

Un curso y dos estudios que demostrarán la capacidad de desarrollo de la economía verde
Según los estudios que ISTAS está elaborando sobre reciclaje de residuos orgánicos y generación distribuida de energía, estos sectores podrían dar lugar a un notable desarrollo económico, social y ambiental para España en 2020. Los estudios y el curso estarán editados en junio de 2014 y las preinscripciones para recibirlos se encuentran ya disponibles en la página web del proyecto. Se trata de acciones gratuitas cofinanciadas por el Fondo Social Europeo, en el marco del Programa Empleaverde, gestionado por la Fundación Biodiversidad en calidad de organismo intermedio.
Más información en http://empleoverdeylocal.istas.net

Listas de comprobación ergonómica para el sector de la agricultura. Segunda edición: nuevas ilustraciones
La Organización Internacional del Trabajo ha publicado la segunda edición del manual dedicado a la ergonomía en el sector agrícola. Para esta segunda edición del manual se han mejorado y revisado cerca de 100 ilustraciones que describen los puntos de la lista. La primera edición se publicó en 2012 y fue muy bien recibida por ergónomos y profesionales de la salud laboral en todo el mundo. Algunos usuarios recomendaron que se mejorasen las ilustraciones para reflejar más claramente las mejores técnicas aplicadas a nivel mundial y no solo en proyectos nacionales. Las ilustraciones han sido revisadas y comentadas por especialistas de la OIT y de entidades externas.

Un estudio analiza la siniestralidad laboral en la Comunidad de Madrid
Cada cinco días mueren tres trabajadores en accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid. Así se desprende de un estudio sobre la accidentalidad laboral publicado por CCOO de Madrid que analiza los datos del periodo comprendido entre 2009 y 2012. Durante el periodo de referencia del estudio se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 392.912 accidentes de trabajo con baja, de los cuales 60.433 fueron accidentes in itínere, y 332.479 ocurrieron durante la jornada de trabajo. El estudio realiza un análisis pormenorizado por sectores, ramas de actividad y comarcas. Según sus

datos, el perfil del trabajador más expuesto a sufrir un accidente laboral correspondería al de un hombre de edad comprendida entre los 25 y 44 años, perteneciente al sector servicios y de una empresa de hasta 250 trabajadores.

Crisis y recortes en prevención de riesgos laborales
Ninguno de los principales instrumentos básicos en los que se basa la prevención de riesgos laborales en las empresas se ha visto a salvo del impacto de la crisis, poniendo de manifiesto la extrema debilidad del sistema preventivo español. Esta es una de las conclusiones del estudio realizado por CCOO de Madrid. No solo la crisis, sino también y fundamentalmente la forma de abordarla está teniendo unos efectos devastadores en las condiciones de trabajo y en la salud en el trabajo: paralización de la actividad preventiva, aumento de la carga de trabajo, prolongación de la jornada etc. Si a esta realidad le sumamos la merma en los derechos de representación de los delegados de prevención en la capacidad de ejercer sus funciones dentro de la empresa, se configura un escenario que, de forma muy clara, evidencia un retroceso muy importante en la gestión de la prevención y en las condiciones de trabajo.

Un análisis de las enfermedades laborales por sectores de actividad
CCOO de Madrid ha realizado un análisis de la incidencia de las enfermedades profesionales en distintos sectores de actividad, concretamente en el sector sanitario y sociosanitario, limpieza y construcción. En tres publicaciones distintas analizan los riesgos a los que se enfrentan los trabajadores y trabajadoras de estos sectores y las patologías asociadas a dichos riesgos, mostrando importantes carencias en el listado oficial de enfermedades profesionales. Se ofrecen también orientaciones para el establecimiento de medidas preventivas que permitan eliminar los riesgos.

porEvidencia

Actualidad científica

Estimación de la exposición a cancerígenos laborales en Australia

Los autores plantean que todavía quedan muchos interrogantes sobre la verdadera exposición de los trabajadores a cancerígenos, ya que en la mayoría de los países no se recogen datos de exposición de manera sistemática. Tras valorar otras opciones metodológicas como la aplicación de los modelos CAREX y las matrices riesgo-exposición, se propusieron estudiar la exposición actualizada de los trabajadores australianos a cancerígenos utilizando una entrevista telefónica basada en un método automatizado de evaluación de expertos que exploraba la exposición a 38 carcinógenos priorizados. En términos generales se encontró que el 37,6% de los entrevistados estaba expuesto al menos a un cancerígeno, aunque había importantes diferencias según la ocupación y el sexo. Así, entre hombres, los más expuestos fueron los granjeros, conductores de vehículos pesados y mineros, mientras que entre mujeres fueron las granjeras, conductoras y trabajadoras del transporte las más expuestas. En cuanto a los agentes cancerígenos, los más extendidos fueron la radiación solar, los humos de combustión de diésel y el humo del tabaco. También se encontró que más del 10% de los trabajadores estaba expuesto a benceno, plomo y sílice.

Renee N Carey et al. Estimated Prevalence of exposure to occupational carcinogens in Australia (2011-2012). Occupational Environmental Medicine 2014;71:55-62.

Buenos resultados de un programa de ergonomía participativa en una empresa de confección

E. Tompa, del Instituto de Salud Laboral de Canadá, acaba de ser premiado por el mejor artículo publicado en 2013 en la revista *Applied Ergonomics*. Tompa, economista experto en evaluación de intervenciones preventivas, y sus colegas valoraron la aplicación de un programa de ergonomía participativa en una empresa de confección en Ontario que emplea a casi 300 trabajadores. La intervención basada en la guía "Participatory Ergonomics Blueprint", de la Universidad de Waterloo (Canadá), se inició estableciendo un equipo de trabajo que incluía representantes de los trabajadores y de la empresa (más dos expertos externos) y un programa de formación destinado a que los integrantes del equipo identificaran problemas ergonómicos y plantearan soluciones. El programa terminó con la implementación de cambios en 27 tipos distintos de tareas que afectaban a 97 trabajadores. Estos cambios implicaron tanto modificaciones de proceso como ajustes de equipos y puestos, muchos de ellos de bajo coste, que fueron realizados en su mayor parte por el propio personal del departamento mecánico y de mantenimiento de la empresa. La valoración de la intervención se mostró efectiva desde el punto de vista económico (una ratio beneficio/coste de 5,5), basado fundamentalmente en la reducción de problemas de salud que generan ausencias del trabajo y la reducción de confección de prendas sin errores. Los autores estiman que es importante (aunque muy poco frecuente) que se realice este tipo de valoraciones, en especial en estos tiempos de escasos recursos económicos. Además, los autores también ponen de manifiesto, al margen de la mejora en los indicadores de salud, otros beneficios de estos procesos participativos, entre ellos la implicación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales y la mejora del ambiente laboral.

Tompa E, Dolinschi R, Natale J. Economic evaluation of a participatory ergonomics intervention in a textile plant. Applied Ergonomics 2013;4:480-487.

Infradeclaración de accidentes e inseguridad en el trabajo

En este trabajo se exploran las hipótesis de que la inseguridad está asociada a una mayor ocurrencia de accidentes, pero además también con una mayor infradeclaración de los mismos. Para ello se estudiaron dos conjuntos de datos, el primero de 786 trabajadores de 24 empresas de Estados Unidos y el segundo con 563 trabajadores de 20 empresas italianas. Mediante un cuestionario se recogió información que posteriormente se analizó para testar cada una de las hipótesis. Los resultados mostraron que la percepción de inseguridad se asocia con una mayor prevalencia de accidentes. Además, la diferencia entre la prevalencia de accidentes ocurridos vs accidentes notificados fue pequeña entre los trabajadores que percibían su trabajo como seguro, mientras que, por el contrario, entre los trabajadores que percibían su trabajo como inseguro, además de experimentar más accidentes, la diferencia entre los experimentados y los notificados fue mayor. Algunas de las implicaciones para la gestión preventiva que los autores describen se enfocan en las políticas que premian la reducción de accidentes notificados cuando se implantan en entornos de inseguridad laboral.

Probst TM, Barbaranelli C, Petitta L. The relationship between job insecurity and accident underreporting: A test in two countries .Work & Stress 2013;27(4):383-402.