n.61
julio
2013

porExperiencia

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

Tablón

Chile adopta el ISTAS 21 en el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo

El pasado 12 de junio, el Ministerio de Salud chileno aprobó el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo que deberán utilizar los agentes privados, a quienes se les encomienda la vigilancia de la salud, con la obligatoriedad de utilizar determinados protocolos que cuentan con la sanción oficial. Gracias a un trabajo de adaptación del ISTAS 21 realizado por la Superintendencia de la Seguridad Social Chilena (SUSESO), con el apoyo del Centro de Referencia en Organización del Trabajo de ISTAS y la Universidad de Chile, el método de evaluación adoptado en el protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales es el SUSESO/ISTAS 21, que recoge la experiencia de CCOO en España.

La Comisión Europea lanza una consulta sobre cómo debería ser la Estrategia Europea de Salud Laboral

Tras un largo retraso y tratando de evitar en todo momento la palabra estrategia, la Comisión Europea ha lanzado una consulta pública sobre cómo debe ser su política en seguridad y salud. Esta consulta servirá, según ETUI, para justificar sus decisiones sobre si publicar o no una nueva estrategia y con qué objetivos. Estará activa hasta el 26 de agosto y está disponible online. La participación está abierta a "todos los ciudadanos y todas las organizaciones", por lo que es muy importante que los representantes de los trabajadores tengan una importante presencia en la misma y consigan visibilizar los ámbitos de acción prioritarios en la mejora de las condiciones de trabajo.

CCOO considera que el incremento de accidentes mortales en el trabajo muestra los efectos de la reforma laboral y los recortes

Durante los cuatro primeros meses del año han fallecido en su jornada de trabajo 154 personas, 8 más que en 2012, lo que supone un aumento del 5,5%, a pesar del incremento del desempleo en el mismo periodo. La mayor siniestralidad se refleja en el índice de incidencia de accidentes mortales, que tiene en cuenta el número de trabajadores en activo y que aumenta en un 12%, a pesar de la fuerte reducción de accidentes mortales in itínere, que bajan un 27%, fruto de la menor utilización del coche privado en los desplazamientos al trabajo. CCOO ha valorado que estos datos pueden empezar a mostrar los efectos de la reforma laboral y los recortes del gobierno.

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

Los datos nos muestran una reducción del número de accidentes de trabajo en el primer cuatrimestre del año, especialmente los que se producen en la jornada de trabajo y los mortales que se producen in itínere. Durante estos primeros cuatro meses han muerto 193 trabajadores y trabajadoras en accidentes de trabajo. Es necesario analizar estos datos en comparación con la evolución del volumen de empleo. Así, en el primer trimestre de este año se han destruido 798.500 empleos respecto del primer trimestre de 2012, lo que supone una reducción del 4,6%. Por sectores, la caída del empleo se ha centrado en aquellos que muestran mayor incidencia de los accidentes laborales, concretamente en la agricultura (-6,8%), en el sector industrial (-5,8%) y en la construcción (-11,5%). Sin embargo, el número de enfermedades profesionales presenta un aumento del 2%. El aumento se produce concretamente entre las mujeres y, sobre todo, en las enfermedades profesionales sin baja. Este dato empieza a reflejar el deterioro en las condiciones de trabajo.

Enero-abril 2013

Accidentes de trabajo con baja según fecha de recepción	Total registrado	Variación año anterior
En jornada de trabajo		
Leves	133.810	-6%
Graves	1.113	-12%
Mortales	166	-1%
Total	**135.089**	**-6%**
In itínere		
Leves	21.326	-1%
Graves	314	-8%
Mortales	27	-33%
Total	**21.667**	**-1%**
Total	**156.756**	**-6%**

Enero-junio 2013

Enfermedades profesionales	Total registrados	Variación año anterior
Hombres		
Con baja	2.021	-12%
Sin baja	2.974	7%
Total	**4.995**	**-2%**
Mujeres		
Con baja	2.181	2%
Sin baja	2.140	14%
Total	**4.321**	**7%**
Total	**9.316**	**2%**

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (www.mtas.es).

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, Francisco 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

Colabora: Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales

con la financiación de: FUNDACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

porExperiencia

Sumario

n·61
julio
2013

2 Tablón

4-7 Condiciones de trabajo

4 **"En Bangladesh, el problema de fondo son todas las limitaciones a la libertad sindical"** Entrevista a Isidor Boix

6 **En AZSA falló estrepitosamente la prevención** Sobreexposición a mercurio de 50 trabajadores

8 Opinión

8 **Avances en la legislación sobre disruptores endocrinos**

9-16 Dossier: Mutuas, ¿cuál es el debate?

10 **"El trabajador se encontrará con que le han dado el alta".** Entrevista a Aurelio Duque

12 **"Vete a tu médico de cabecera que esto puede ir a más".** Testimonios de trabajadores

14 **La dimensión económica de las mutuas**

16 **Los trabajadores han de participar en la selección de la mutua**

17-19 Acción sindical

17 **Cuando la vigilancia de la salud se convierte en una trampa**

18 **Ergonomía participativa en atención a la discapacidad**

20-21 Debate

20 **¿Por qué una estrategia española en prevención para 2013-2020?**

22 Recursos
23 porEvidencia
24 Contraportada

Isidor Boix: "En Bangladesh, el problema de

BERTA CHULVI

Las cifras del accidente del Rana Plaza en Bangladesh son escalofriantes: 1.129 muertos y más de 2.000 heridos graves. No es un caso aislado: en los últimos cinco años los fallecidos por incendios y derrumbes de fábricas en Bangladesh son casi 2.000. La amplia reacción de la opinión pública mundial ha hecho posible la firma de un acuerdo con el sindicalismo global, IndustriALL Global Union, por parte de 40 multinacionales para la puesta en marcha de un sistema de inspección para controlar los incendios y la seguridad de los edificios. Analiza el fondo del problema Isidor Boix, un histórico dirigente de FITEQA-CCOO, coordinador de IndustriALL Global Union para la aplicación del Acuerdo Marco Internacional con Inditex.

Cuarenta multinacionales firman un acuerdo en respuesta al accidente de Bangladesh, ¿es solo una operación de imagen?

No. Es cierto que la responsabilidad social empresarial empezó como un tema de imagen, pero si se llega a compromisos concretos como el que contempla este acuerdo, estamos hablando de compromisos eficaces que pueden llevar a mejoras reales para los trabajadores. La firma de un acuerdo sobre prevención de incendios y por la seguridad de los edificios, suscrito con IndustriALL por parte de 40 multinacionales de la industria de la moda (entre ellas las españolas Inditex, Mango y El Corte Inglés), constituye un hito en la práctica global de la responsabilidad social de las empresas y la intervención sindical en la misma. Es un acuerdo marco mundial de características novedosas. Con el objetivo de conseguir más adhesiones empresariales (y de manera especial de importantes multinacionales americanas como Wallmart y GAP, que se resisten a firmarlo), así como la implicación del Gobierno y la patronal de Bangladesh, se está ya impulsando la elaboración del Plan de Implementación para lo cual, en una reciente reunión de los firmantes celebrada en la sede de la OIT en Ginebra, se ha formado una comisión paritaria de 12 personas, 6 representando a IndustriALL y 6 a las empresas y marcas, que ha asumido el compromiso de presentar sus conclusiones antes del 8 de julio. Un primer cálculo de las inversiones necesarias en el país para cubrir los objetivos indicados apunta a una cifra en torno a los 3.000 millones de dólares.

Actuar solo en materia de prevención de incendios y seguridad de los edificios parece poco...

Sí, desde nuestra perspectiva se puede tener esa impresión, pero para valorar si es mucho o poco, hay que saber qué condiciones de vida padece el conjunto de la población en Bangladesh y también en otros países como Pakistán, del que se habla menos: las redes eléctricas están en muy mal estado y son muy inseguras, de ahí que haya tantos incendios, la construcción es tremendamente precaria. Es increíble que se instalen fábricas en esas condiciones. Hay mucha corrupción y para tener licencia de actividad prácticamente lo único necesario es tener un contacto y sobornarlo. En ese contexto, el acuerdo está promoviendo que haya una inspección real de las fábricas, y eso es un gran avance, aunque evidentemente no soluciona el problema de fondo en cuanto a las condiciones de trabajo.

¿Cuál es el problema de fondo?

El problema de fondo son las normativas laborales y las prácticas empresariales que limitan la libertad sindical. El paternalismo no funciona. Ni la intervención de los sindicatos internacionales ni de las empresas multinacionales nos lleva demasiado lejos si no se crean estructuras locales de organización sindical, de presión, con las que los trabajadores puedan defender y ejercer eficazmente sus derechos. Poner en marcha un sindicato en Bangladesh es muy difícil, se exigen muchos controles administrativos y porcentajes de afiliación que en este país llegan al 30%, y en otros, como Turquía, al 50% de la plantilla. Solo así se explica que solamente haya presencia sindical organizada en 40 fábricas de las casi 6.000 del sector textil. Y que la afiliación no llegue al 1%. Además, la no existencia en la práctica de contratos fijos hace que el temor de los trabajadores a ser despedidos sea el eje de la acción empresarial destinada a impedir la conquista y el ejercicio de sus derechos. A ello también contribuyen las condiciones materiales de vida y de trabajo. Para hacerse una idea basta un dato: el salario mínimo, que está en 38 dólares mensuales, debería situarse por encima de los 100 dólares para poder empezar a hablar de un salario mínimo "vital", de subsistencia. La lucha sindical es fundamental y en ese terreno la división sindical también es un problema: con un 1% de trabajadores afiliados, hay once sindicatos en nuestra Federación Sindical Internacional IndustriALL. Un primer avance, logrado al calor de las actuales movilizaciones sindicales, ha sido la constitución de un consejo sindical de IndustriALL que los coordina.

El paternalismo no funciona. Si no se crean estructuras locales, no vamos muy lejos

fondo son las limitaciones a la libertad sindical"

¿Qué acción sindical transnacional es efectiva?

Apoyar las estructuras y redes sindicales locales. Un instrumento para ello pueden ser los acuerdos marco del sindicalismo global con las multinacionales que operan en estos países y cuyo eje esencial ha de ser la defensa del pleno ejercicio de la libertad sindical. Algunos ejemplos hay ya, como el de Inditex, que exige el respeto de los derechos humanos y laborales fundamentales en toda la cadena de producción de esta firma, aunque sigue siendo el único de este tipo en el sector textil. Un punto de partida para ello puede ser la intervención sindical en los compromisos, muchos unilaterales, de responsabilidad social de las empresas, que son los más extendidos. Nosotros podemos actuar y actuamos a nivel global para impulsarlo, pero lo importante es fortalecer las organizaciones sindicales locales, consiguiendo que se vinculen a las estructuras sindicales transnacionales en los países donde fabrican sus productos las firmas, en los países a los que han deslocalizado su producción o en los que producen directamente en su proceso de crecimiento, de internacionalización industrial. Por eso en 2012 incorporamos al Acuerdo Marco Internacional de Inditex un protocolo que regula la intervención de los sindicatos locales para contribuir a la correcta aplicación de sus compromisos de RSC y de corrección cuando se detecten incumplimientos de los mismos, es decir para simplificar los convenios de la Organización Internacional del Trabajo. Se trata de que, completando las auditorías empresariales en aspectos que estas no pueden detectar, quienes van a vigilar la cadena de producción sean los sindicatos locales con el apoyo de la Federación Internacional, pues son ellos los que pueden tener un conocimiento sobre el terreno, directo y permanente. El acuerdo contempla que se facilita toda la información sobre la cadena de producción a la Federación Sindical Internacional, y esta trabaja con los sindicatos locales para tal seguimiento. Solo con el avance de la organización y la acción sindical en cada país podemos caminar hacia un cambio duradero de las condiciones laborales. Por eso es vital conseguir que desaparezcan de las legislaciones nacionales de muchos países las trabas a la afiliación sindical, que se pueda ejercer plenamente la libertad sindical y el derecho de negociación colectiva, de huelga, etc. En este sentido estamos continuamente interviniendo para apoyar a los sindicalistas despedidos y perseguidos. En los últimos cinco años se ha conseguido la readmisión de unos 1.000 dirigentes sindicales despedidos en la industria del textil del mundo. En Perú, la readmisión de los 70 despedidos de Topy Top contribuyó a la recuperación del sindicalismo en el sector. Por otra parte es necesario que el sindicalismo del norte, de los países más desarrollados, entendamos que el avance en derechos de los trabajadores de otros países nos interesa a todos, porque las vanguardias, los "privilegiados", solamente podremos defender y desarrollar nuestros derechos, nuestras conquistas, si no quedamos aislados, si se extienden tales derechos en todos los países. Y solo así podremos además reequilibrar el mundo y avanzar hacia un paradigma industrial más justo socialmente y sostenible. Podemos afirmar, para simplificar, que la defensa del "modelo social europeo" no depende solo de la acción sindical y social en Europa, evidentemente necesaria, sino también de la defensa de los derechos del trabajo en todo el mundo.

¿Qué más se podría hacer y no se hace?

Una de nuestras reivindicaciones sindicales históricas es que la Organización Mundial del Comercio (OMC) intervenga cuando los países no respetan las convenciones internacionales de derechos humanos y derechos laborales. Si los países perdieran sus privilegios de exportación cuando los trabajadores producen en condiciones inhumanas, daríamos grandes pasos adelante. Desde el movimiento sindical internacional hemos propuesto muchas veces que se exija el respeto de los derechos sociales y medioambientales en la fabricación de los productos objeto del comercio mundial. Sabemos que no es fácil, pero es posible tanto su planteamiento como su control, como apunta la experiencia de Better Work en Camboya en su comercio con Estados Unidos.

En AZSA falló estrepitosamente

Sobreexposición a mercurio de 50 trabajadores de una subcontrata

MARÍA JOSÉ LÓPEZ JACOB

La Inspección de Trabajo ha decidido plantear una sanción de medio millón de euros a Asturiana de Zinc (AZSA) por el accidente que provocó la intoxicación por mercurio a 50 trabajadores de la subcontrata Ingeniería y Montajes del Norte (IMSA) mientras hacían trabajos para sustituir los tubos de refrigeración de la planta de Asturiana 4. La propuesta de la Inspección de Trabajo también incluye una sanción a IMSA de 160.000 euros y la obligación de pagar un recargo del 50% a los afectados desde su baja laboral hasta el día en que recibieron el alta.

Sobre este caso de esta masiva exposición a mercurio hay ya informes del Instituto Asturiano de Salud Laboral y de la mutua Fremap, que ponen de manifiesto importantes deficiencias preventivas relativas a la gestión del riesgo por exposición a tóxicos. Básicamente señalan sin equívocos la "subvaloración del riesgo de exposición al mercurio" y la "inadecuación de las medidas de prevención".

La revisión de la documentación y los informes realizados –aún no están todos– corrobora esta conclusión: ni la evaluación de riesgos incluía claramente el riesgo de exposición al mercurio (ni otros tóxicos), ni las acciones preventivas al respecto se plantean o ejecutan adecuadamente. Por ejemplo, la formación preventiva que recibieron los trabajadores de la contrata más afectada fue dada por buena, aunque el propio personal de AZSA comprobó, durante las tareas peligrosas, que ni siquiera conocían que los dos tipos de EPI para la protección respiratoria propuestos servían para dos tipos de contaminantes distintos. Los trabajadores de la subcontrata tampoco sabían que, previamente a las operaciones durante las que ocurrieron las exposiciones, habían existido fugas y problemas con los filtros. A pesar de la gran cantidad de humo visible al abrir el recinto donde ocurrió la mayor exposición, no se midió la presencia de contaminantes sospechosos antes de permitir la entrada en él. Y tampoco se realizó el control biológico necesario (medición de exposición a contaminantes en sangre o/y orina) durante el periodo de exposición, sino solo una vez terminados los trabajos, por lo que no sirvió para lo que tienen que servir, que es prevenir precisamente estas situaciones de riesgo. Hay otros detalles, como el estado de los vestuarios, la deficiente gestión de la ropa de trabajo o la vigilancia de las medidas higiénicas, que denotan falta de cuidado en la gestión de la exposición al riesgo químico.

La ausencia de acciones preventivas no se puede justificar por desconocimiento. Existe información y literatura científica de similares accidentes previos, como el ocurrido en Japón en 1993, que se produjo precisamente realizando las mismas tareas que se realizaban en AZSA y que fue publicado en revistas científicas muy conocidas. Hay también múltiples estudios sobre contaminación del entorno y efectos en la salud de las poblaciones cercanas a la industria de zinc, quizás el más conocido es el desarrollado en Bélgica entre 1985 y 1988, conocido como "Estudio Cadmibel".

En definitiva, es de todos conocido que el mercurio es uno de los elementos químicos más preocupantes tanto desde el punto de vista de la salud laboral como medioambiental; se trata de una sustancia tóxica para la que existe estricta normativa, por sus importantes efectos negativos. Estos efectos en la salud de las personas expuestas pueden ser tanto agudos como a largo plazo y dañan de manera persistente el medio ambiente. Dado que este riesgo es perfectamente conocido, debía haber estado estrictamente controlado. El conocimiento profesional experto acumulado debería haber constituido un punto de partida suficiente para organizar la prevención sin dar lugar a los fallos identificados.

Quedan muchas dudas por resolver

La inadecuada gestión del riesgo por exposición al mercurio abre interrogantes sobre la adecuación de la gestión preventiva respecto al plomo, o al cadmio, un conocido cancerígeno presente en el proceso. Según las memorias de la empresa que hemos podido revisar, se hacen controles biológicos al respecto que indican exposición en los propios empleados. Pero poco se sabe de cómo se están vigilando los efectos en la salud –estas sustancias se acumulan, tienen una larga vida en el interior del cuerpo y pueden producir daño renal y neurológico a largo plazo, además de otras alteraciones– que los trabajadores afectados pueden estar padeciendo o de qué manera los trabajadores de las contratas que han estado expuestos están protegidos al respecto. La información disponible se ciñe al caso de los trabajadores de la contrata IMSA, aunque otras muchas empresas participaron en los trabajos que dieron lugar al problema. Se necesita saber lo que ha pasado con estos trabajadores, muchos de los cuales no continúan con la relación laboral que tenían durante la exposición: ¿cómo les están atendiendo?, ¿quién vigila y cómo su salud?, ¿cómo se ha gestionado esta cues-

la prevención

tión?, ¿están adecuadamente protegidos conforme a la legalidad vigente?

A este respecto, en los informes revisados se observa una continua confusión entre el control biológico de exposición (medir el contaminante en muestras de sangre u orina, generalmente) y la vigilancia de la salud (realizar pruebas para identificar daños en la salud –lo más precozmente posible– relacionados con la exposición). El primero es un complemento de la vigilancia del medio ambiente de trabajo, es decir, de la exposición laboral. La vigilancia de la salud debería incluir pruebas para detectar los posibles daños generados por la exposición (pruebas neurológicas, de función renal) a corto y largo plazo.

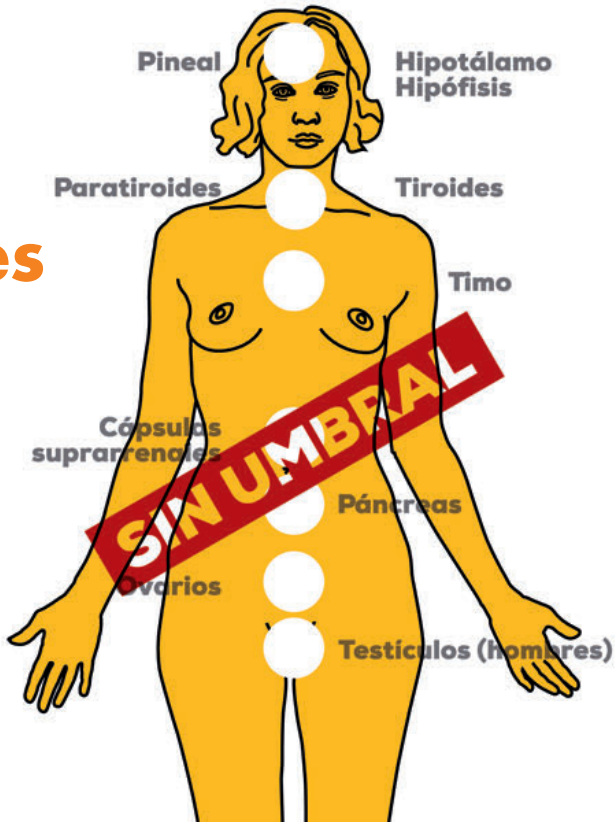
Por fin, un muy reciente escrito de la Consejería de Sanidad de Asturias aporta información sobre la inclusión de un grupo de trabajadores afectados (seleccionados según sus niveles de mercurio total, aunque sin aclarar el momento de la toma de muestra en relación con la exposición, y por qué no se ha medido mercurio inorgánico) en un programa de vigilancia de la salud a largo plazo y aclara las pruebas diagnósticas que se han desarrollado (neurológicas, función renal, etc.), señalando que en los 50 trabajadores de IMSA no se ha encontrado ninguna alteración grave de la salud. Este informe concluye sobre la gravedad del accidente, la necesidad de vigilancia de la salud a largo plazo y también recomienda que AZSA adopte un sistema preventivo adecuado.

La presión sindical

La actuación de CCOO en este accidente ha sido clave para que la empresa principal no eluda sus responsabilidades. Como explica José Antonio Iglesias, responsable de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO de Asturias, "CCOO se ha personado en la causa penal contra la empresa por los graves daños sufridos por los trabajadores. Mucho nos tememos que la exposición a mercurio, que se intensifica en el momento del accidente, no es una situación puntual, sino una constante en el tiempo. Es lamentable el silencio y la falta de colaboración de la empresa que se ha resistido, incluso, a responder a los requerimientos de la Inspección de Trabajo".

José María Antuña, responsable de Salud Laboral y Medio Ambiente de la Federación de Industria de CCOO, exige a la empresa, al servicio de prevención ajeno y al sindicato independiente que es mayoritario en AZSA mucha más responsabilidad: "Están jugando con la salud de las personas y tiene que haber un protocolo de vigilancia de la salud para la empresa principal y para las subcontratas. En CCOO tenemos recursos técnicos para ello, pero de momento estos tres actores solo hacen que tirar balones fuera y tendrán que asumir las consecuencias porque en nuestra organización no vamos a permitir que se ponga en peligro las vidas de los trabajadores".

Avances en la legislación sobre disruptores endocrinos



PURIFICACIÓN MORÁN

El pasado 14 de abril, el pleno del Parlamento Europeo aprobó una resolución para reducir la exposición a algunas sustancias químicas, entre las que están los disruptores endocrinos. Los parlamentarios consideran que deben tomarse medidas urgentes para proteger la salud de los ciudadanos, especialmente de los grupos más vulnerables.

La resolución aprobada por el Parlamento Europeo supone un avance en la legislación internacional, pues va más allá del desarrollo de una estrategia que incluya la minimización de la exposición a disruptores endocrinos antes de 2018. Además centra también la atención en la mejora del conocimiento y evidencias sobre disruptores, así como en la protección de la salud en general, y de la exposición de grupos vulnerables a tóxicos en particular.

¿Qué son los disruptores endocrinos?

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas, presentes en numerosos productos de nuestra vida cotidiana y laboral (desde juguetes a aparatos eléctricos), capaces de alterar el equilibrio hormonal y la regulación del desarrollo embrionario y, por tanto, pueden provocar efectos adversos sobre la salud de un organismo o de sus descendientes.

El texto subraya que es prioritario reducir la exposición pública a este tipo de sustancias químicas, propone diferentes mejoras en el sistema regulatorio europeo REACH, e incluye la obligación de realizar las pruebas adecuadas para detectar los niveles de exposición a estas sustancias en la población y así tomar las decisiones de protección más adecuadas. Los diputados subrayan que no existe una base científica suficiente para fijar un valor límite por debajo del cual no se produzcan efectos adversos, por lo que debe considerarse que los alteradores endocrinos son sustancias "sin umbral".

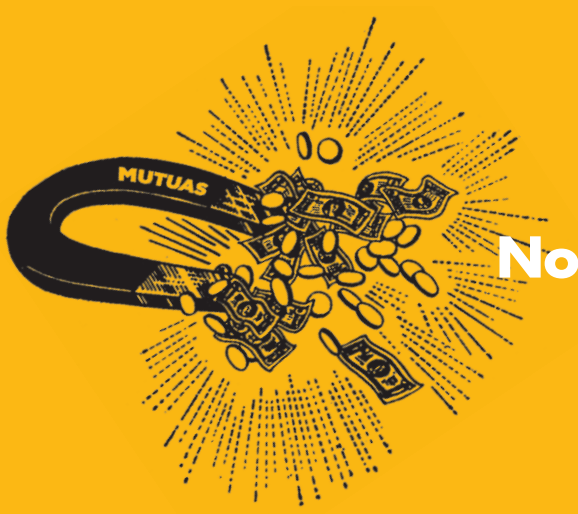
El informe *Disruptores endocrinos. Nuevas respuestas para nuevos retos*, de ISTAS, ha recopilado estudios que indican que en España se supera el nivel mínimo a partir del cual estas sustancias podrían alterar el sistema endocrino. La población presenta niveles muy variables de disruptores endocrinos según el sexo, la edad, el nivel educativo y la clase social. Los efectos de los disruptores se potencian además cuando actúan de forma combinada. Las mujeres embarazadas y los niños se encuentran entre la población más vulnerable. En cuanto al ámbito laboral existe exposición en un gran número de sectores y se estima que centenares de miles de trabajadores, pertenecientes a 102 ocupaciones diferentes, están expuestos a estas sustancias tóxicas.

El medio ambiente no es ajeno a la contaminación por disruptores. La presencia de alquilfenoles y TBT en aguas residuales y zonas costeras se ha relacionado con la feminización de algunas especies. El disruptor endocrino más conocido es el bisfenol A. Desde el año 2011 está prohibida la presencia de esta sustancia en biberones. Francia, Bélgica y Suiza han prohibido además dicha sustancia en los envases de alimentos destinados a niños menores de tres años. La Fundación Vivo Sano ha lanzado la primera iniciativa en nuestro país para prohibir el bisfenol A en los envases de alimentos.

No existe una base científica suficiente para fijar un valor límite por debajo del cual no se produzcan efectos adversos

Con esta resolución, el Parlamento Europeo da respuesta a reiteradas peticiones de organizaciones sociales y medioambientales europeas, entre las que está CCOO, así como al requerimiento realizado por la Organización Mundial de la Salud en el informe *Estado de la ciencia sobre disruptores endocrinos-2012*, en el que demandaba la adopción de medidas para reducir la exposición a estas sustancias.

La evidencia científica y la demanda de la ciudadanía en torno a este tema demuestran que España tiene las condiciones para avanzar en materia de legislación nacional específica: ahora solo resta la decisión política del gobierno de asumir este reto, haciendo propia la legislación europea.



No es un problema de dinero

VICENTE LÓPEZ

El sector mutualista en España tiene una larga trayectoria histórica y ha ido modificando su papel dentro del engranaje del sistema sanitario, la gestión de prestaciones sociales o la prevención de riesgos laborales. Hoy se vuelve a hablar de una nueva reforma del marco normativo de las mutuas. Nosotros, en este dossier, queremos caracterizar la situación y praxis actual de las mutuas.

Cabe recordar que las mutuas se definen por la normativa vigente como asociaciones de empresarios que se constituyen como entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social, formando parte del sector público. Estas asociaciones de empresarios gestionan, bajo la dirección y tutela del propio Ministerio de Empleo y Seguridad Social, un volumen muy importante de recursos públicos. Estos recursos provienen, en su inmensa mayoría, de las cotizaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional o, lo que es lo mismo, de una parte nada despreciable del salario diferido de los trabajadores y trabajadoras.

¿Qué criterios guían la gestión de las mutuas? Sabemos por el marco legal que deben gestionar las contingencias por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal de las empresas asociadas, que pueden asumir la cobertura de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, que gestionan otras prestaciones como el desempleo de autónomos, el riesgo por embarazo y lactancia natural, la reducción de jornada por cuidado de hijos con enfermedad muy grave o cáncer e incluso, aunque cada vez menos, que realizan actividades de prevención de riesgos laborales. Pero esto no contesta la pregunta ¿con qué criterio?

Los datos económicos y financieros del sector no dejan lugar a dudas: no se trata de un sector en crisis o con problemas de financiación. Más bien al contrario, es un sector con fuerte superávit y con una importante capacidad financiera. Desde esta óptica, todo indica que su objetivo es ahorrar prestaciones sociales y gastos de asistencia. Solo así se pueden explicar los beneficios generados y las importantes transferencias a la Seguridad Social.

Este criterio de gestión económica colocaría la minimización de las prestaciones concedidas y la cobertura de asistencia médica como objetivo básico de la gestión de estas entidades. Solo así se puede explicar la ingente cantidad de testimonios de los trabajadores y trabajadoras que denuncian una muy deficiente atención de la mutua, tanto desde el punto de vista sanitario como en el terreno del reconocimiento de las prestaciones. Naturalmente, el daño a la salud que no cubren las mutuas lo cubre el sistema sanitario público, el cual, curiosamente, se financia por nuestros impuestos, básicamente provenientes de las propias rentas del trabajo. ¿Pagamos los trabajadores y trabajadoras dos veces por la misma cobertura? ¿Merecemos los trabajadores y trabajadoras que hemos perdido la salud en nuestro trabajo una atención sanitaria de segunda clase? E

Aurelio Duque, vicepresidente de la Sociedad Valenciana de Medicina

"El trabajador se encontrará con que le han

BERTA CHULVI

En el año 2000, en una entrevista en porExperiencia, Aurelio Duque denunciaba un sigiloso proceso que ponía en manos privadas la salud de los trabajadores aumentando las competencias de las mutuas: "Mucho nos tememos que el siguiente paso sea facultar a las mutuas para dar el alta sanitaria, con lo que se cerrará el círculo y los trabajadores saldrán definitivamente del sistema sanitario público", afirmó hace trece años. Hoy hemos vuelto a hablar con él porque esa es una de las actuales pretensiones del gobierno.

Las peores previsiones parece que amenazan con cumplirse. Si echas la vista atrás, ¿qué puedes decirnos de la situación actual?

El servicio y la atención sanitaria que recibe el trabajador por parte de las mutuas se han deteriorado mucho en este tiempo. Parecía que las mutuas iban a proporcionar una mejor y más rápida atención sanitaria a la población trabajadora y no ha sido así. Las cosas han ido a peor. Antes, por lo menos, conseguíamos que las mutuas adelantaran las pruebas al trabajador, por lo que el diagnóstico se podía hacer con más rapidez y se acortaba el proceso. O, en su defecto, enviaban al enfermo a rehabilitación, por lo que la patología osteomuscular, la más común, era mejor tratada. Ahora no conseguimos ni eso: llamas a un médico de la mutua para que le haga unas pruebas al trabajador y te dice que tiene un cupo máximo de radiografías y resonancias, etc., y no puede hacerse cargo de más pruebas. De la forma más descarada priman los criterios económicos sobre los criterios de salud. Y eso es un fraude a los trabajadores y al Estado, porque las mutuas reciben transferencias directas de la Seguridad Social, precisamente para hacer eso que no hacen.

¿Y qué hacen ahora las mutuas si no agilizan ni pruebas ni tratamientos?

Lo que vemos todos los días es que las mutuas se dedican a pedir un informe al médico de familia sobre el trabajador de baja a través del inspector de zona del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Te he traído ejemplos. En este informe me piden que dé el alta a un trabajor de 40 años que ha sufrido un infarto de miocardio alegando que se le han practicado una serie de pruebas y piensan que no está afectada su capacidad para trabajar. Tengo 10 días para contestar a esa propuesta: generalmente mi respuesta es negativa, porque solo en un 10% de los casos el trabajador está en disposición de reincorporarse y yo le habría dado el alta aunque no lo pidiera la mutua. Muchas veces nos piden que demos el alta a enfermos que todavía están pendientes de pruebas diagnósticas fundamentales y tratamientos rehabilitadores. Por ejemplo, a este trabajador que le dio un infarto y que la mutua considera recuperado, el cardiólogo le hizo una primera prueba –prueba de esfuerzo cardíaco– y vimos que no era capaz de realizar esfuerzos físicos en situaciones similares al estrés que tendría que soportar en el trabajo. Estamos pendientes de una segunda prueba y yo, como médico, no puedo darle el alta hasta disponer de los resultados de esa prueba y comprobar que se encuentra en óptimas condiciones para reincorporarse a su puesto de trabajo.

¿Con qué criterio propone el alta la mutua?

Mejoría. El médico de trabajo emite un informe en el que indica que ha observado en el paciente una mejoría que no le impide volver al trabajo y desempeñar sus tareas.

¿La Inspección Médica tramita "de oficio" todas las peticiones de las mutuas? ¿No se plantea que eso supone un exceso de trabajo burocrático para el médico?

La Inspección nos pasa todas las peticiones de las mutuas. Es más, como los inspectores tienen incentivos salariales si consiguen acortar los periodos de baja de los trabajadores de su zona, desde la Inspección se desarrollan toda una serie de prácticas que ejercen presión sobre los médicos. Por ejemplo, cada dos meses, el inspector nos cita por escrito a una reunión y nos presenta una estadística sobre la duración media de las bajas en la Comunidad Valenciana, en nuestro departamento y en nuestro cupo de pacientes. Allí acudimos con nuestro listado de enfermos con baja y vamos dando explicaciones, uno por uno, de su situación actual y de su evolución.

¿Este tipo de prácticas no son una agresión a vuestra identidad profesional?

Sí, sí lo son. Como médicos de familia nos ponen en un rol, el de controlador de un proceso que, en muy buena parte, no depende de nosotros, que no tiene nada que ver con nuestra función, que es que la persona se cure. Mi ética como médico me impide dar un alta cuando no procede. ¿Tú te imaginas que yo le doy el alta al joven que ha tenido un infarto, cuando todavía los informes del cardiólogo no son positivos, y le pasa algo? No solo nos cargan de trabajo burocrático, es que además el sistema público se está encargando de la mucha patología derivada del trabajo, que es, precisamente, lo que deberían hacer las mutuas.

dado el alta y tendrá que acudir a los juzgados"

"Al final, lo grave es que las mutuas solo están atendiendo las patologías simples, todo lo complejo lo derivan al sistema sanitario público"

¿Qué es lo que está ocurriendo?
Cuando las mutuas ven que una enfermedad es grave o se cronifica, es decir, el paciente va a necesitar mucha atención médica, tratan por todos los medios de sacarlo de su sistema y lo envían a la atención primaria. Te pongo un ejemplo: dos varones que trabajan en el puerto en carga y descarga, que llevan muchos años moviendo diariamente 3.000 kilos. Y de repente tienen tendinitis y van a la mutua. La mutua les atiende puntualmente los síntomas, pero el paciente no mejora. Entonces al paciente le dicen que vaya a su médico de cabecera porque lo que tiene es una artrosis del hombro. Viene el enfermo y yo aprecio que puede tener roto un tendón debido a las tareas que ha venido realizando. Le escribo al médico de la mutua pidiéndole un informe sobre su valoración. Si lo único que recibo es un diagnóstico de artrosis de hombro, lo derivo al especialista en traumatología para que vean lo que tiene y cuando finalmente se demuestra que lo que tiene es un tendón roto a consecuencia del sobreesfuerzo pido una determinación de contingencias. Es decir, informo al inspector médico de Sanidad que el paciente sufre una patología derivada del trabajo y que es la mutua quien tiene que hacerse cargo. La realidad es que las mutuas, a los médicos de atención primaria no nos resuelven el problema, al contrario, nos dan más trabajo, y al trabajador lo penalizan, es como si lo castigaran: le dan un tratamiento puntual y lo devuelven al trabajo. Cuando ya le han visto dos o tres veces por el mismo problema nos lo mandan, cuando el trabajador ya ha empeorado. Al final, lo grave es que la mutua no hace ni su propio papel. Reciben importantes transferencias de la Seguridad Social para hacer un trabajo que no hacen. Solo están atendiendo las patologías simples, todo lo complejo lo derivan al sistema sanitario público.

Con la reforma que pretende el gobierno, las mutuas van a tener la potestad de dar el alta sanitaria si el médico no contesta su propuesta, ¿qué supone esto?
En primer lugar, nos dan menos tiempo para responder a los médicos de familia a la propuesta de alta de la mutua. Donde antes teníamos diez días ahora tenemos cuatro. Además, a nuestro silencio le dan la categoría de respuesta, es decir, si el médico no contesta, al trabajador le dan el alta, cosa que antes no podían hacer sin nuestra firma. Con el nivel de saturación que hay en las consultas, el 90% de los médicos no va a poder contestar en cuatro días. Al final, la mutua lo que quiere es la potestad de dar el alta saltándose al médico de cabecera. Y ¿cómo se consigue eso?, poniendo un plazo muy corto de respuesta y dándole al silencio del médico el significado de aceptación del alta. Lo que va a ocurrir es que se van a judicializar los procesos, el trabajador se encontrará con el alta y tendrá que acudir a los juzgados para defender su derecho a la salud y pagar por ello.

Si ahora son las mutuas las que persiguen a los médicos para que emitan el alta, con esta reforma ¿serán los trabajadores los que perseguirán al médico para que informe?
No, no creo. Los trabajadores no se van ni a enterar. Simplemente se encontrarán con que están de alta. Ahora tampoco se enteran de que las mutuas nos han enviado una propuesta de alta. La mayoría de las veces soy yo quien le informo al paciente de que he recibido una propuesta de alta y la he contestado.

"Vete a tu médico de cabecera que

Testimonios sobre cómo las mutuas se quitan de encima los casos difíciles (y también los fáciles)

BERTA CHULVI

Esa fue la frase que escuchó Pepe, de boca del médico de la mutua, frente a una recaída a los tres años de haber sido operado por un accidente laboral de una hernia discal en las cervicales. El suyo es un caso más entre las muchas historias dolorosas: trabajadores y trabajadoras desesperados por que ni reciben la atención médica adecuada por parte de las mutuas ni las prestaciones a las que tienen derecho.

Pepe prefiere mantenerse en el anonimato porque teme las represalias de la empresa. Trabaja de maquinista en una industria de la provincia de Valencia y sufrió un accidente laboral al golpearse con una puerta de la máquina. Acude a la mutua y le opera un neurocirujano de una hernia discal en las cervicales. Como resultado de esta operación pierde movilidad porque le fijan con una placa dos vértebras. Vuelve a su puesto de trabajo y a los tres años acude a la mutua porque siente dolores desde el hombro hasta el codo. El médico de la mutua le pide una resonancia y una electromiografía y cuando recibe las pruebas le dice que "es una cosa crónica y que tiene que ir a su médico de cabecera". Pepe insiste en que quiere que le vea el neurocirujano que le operó en el hospital que tiene convenio con la mutua, pero la mutua se niega.

A partir de ahí Pepe se convierte en una patata caliente que la mutua trata de quitarse de encima. El médico de cabecera tiene clarísimo que se trata de una patología relacionada con su accidente de trabajo, pero ante la negativa de la mutua manda a Pepe al neurólogo. Tras dos meses de espera Pepe es atendido por un traumatólogo de la Seguridad Social que le prescribe unas sesiones de rehabilitación. Durante todo este tiempo el trabajador sigue acudiendo a su puesto de trabajo y su salud empeora, hasta que no puede más del dolor y acude a urgencias. Tras las urgencias, Pepe acude a la mutua que sigue insistiendo en que vaya a su médico de cabecera, pues su patología no es laboral. En cuanto su médico le da la baja, la mutua se pone en contacto con él: "En cuanto te pones de baja te llaman enseguida –explica el trabajador–. Me hacen una nueva electromiografía y me dicen que puede que tenga un nervio atrapado, que vuelva a mi médico de cabecera. ¿Pero cómo a mi médico de cabecera, si todo esto tiene que ver con un accidente laboral y con mis tareas cotidianas?", se pregunta Pepe. Tras más de dos años de batalla, Pepe aún no ha conseguido que le vea el neurocirujano que le operó y que podría establecer las conexiones entre lo que le pasó y lo que le sucede en estos momentos. "Lo que está en juego es mi salud, pero les da lo mismo", afirma el trabajador con impotencia.

De alta con una escayola hasta la ingle

Mariano sufrió un accidente de trabajo en una empresa de helados ubicada en Álava al caerse de una escalera. El desplome le provocó un esguince de rodilla grave del que tuvieron que operarle hasta cuatro veces. En un primer momento la mutua se hizo cargo de las cuatro operaciones por accidente de trabajo, pero para desgracia de Mariano la dolencia no mejoró: "Llegué al examen médico de la mutua con la pierna escayolada del tobillo a la ingle, pero me dieron el alta diciendo que lo que yo tengo se debe a una lesión deportiva anterior al accidente de trabajo", explica Mariano. El trabajador se propuso romper ese círculo fraudulento y no acudió a la Seguridad Social sino a la empresa para poner en evidencia la nefasta gestión de la mutua: "Cuando en la empresa me vieron llegar con muletas se quedaron alucinados y me mandaron a casa", explica Mariano. Desde ese momento el trabajador empieza a ser tratado por la Seguridad Social, pero recurre el alta que le ha proporcionado la mutua. Finalmente sale el juicio y el trabajador lo gana: "Se declara el accidente de trabajo y se obliga a la mutua que ha trabajado con la empresa a pagar los costes a la Seguridad Social", afirma Mariano.

Tras perder el juicio, la mutua le da el alta con informe de apto para trabajar con limitaciones, reconociéndole invalidez parcial y aconsejando un cambio de puesto, pero la empresa hace caso omiso del informe. Nadie interviene en modo preventivo y Mariano sigue veinte años más trabajando en el mismo puesto. Obviamente su salud empeora y, en 2011, los médicos de la Seguridad Social aconsejan realizar una operación para la colocación de una prótesis de rodilla total. Todo ello a cargo de la Seguridad Social, porque la mutua sigue negándose a prestarle la atención médica que necesita: "Me dicen que ellos no intervienen en este tipo de operaciones y que me vaya a la Seguridad Social", explica el trabajador.

La empresa tiene la llave

A la hora de decidir el carácter laboral o no de un accidente, al menos en primera instancia, la empresa es juez y parte. El caso de una trabajadora de un gran hotel de Barcelona es paradigmático: se trata de una auxiliar de cocina que realiza la tarea de friegaplatos y está expuesta al riesgo de sobreesfuerzo. Sufre un accidente en jornada laboral y, como era domingo, el parte para acudir a la mutua se lo da la responsable de recepción del hotel. En la mutua recibe asistencia y le dan la baja por accidente de

esto puede ir a más”

trabajo. El lunes, cuando la responsable de recursos humanos del hotel se incorpora a su puesto, llama a la mutua y le dice que anule esa baja, que ese accidente no ha sido un accidente de trabajo. Fiel a las órdenes de la empresa, la mutua llama a la trabajadora para revocar el parte de baja y le dice que acuda a su médico de cabecera, que es enfermedad común. La trabajadora solicita que esa información se la hagan llegar por escrito para poder documentar el proceso y acude a los tribunales. Finalmente los tribunales le dan la razón a la trabajadora.

Otra de las prácticas empresariales comunes es negarse a dar el parte de asistencia al trabajador accidentado o enfermo: el caso de una camarera en unas instalaciones deportivas es muy esclarecedor. La trabajadora está expuesta a una situación grave de falta de reconocimiento e indefinición de rol por las prácticas de su inmediata superior. Por ejemplo, mientras a ella se le obliga a hacer tareas por debajo de su categoría, otros empleados de inferior categoría realizan sus tareas. En un momento de máxima tensión con la encargada, la trabajadora sufre un ataque de ansiedad y la empresa le niega el parte de asistencia para acudir a la mutua. Ella acude a la mutua con la delegada de prevención y allí la práctica empresarial para eludir su responsabilidad da el resultado esperado: “Me dijeron que sin parte me atendían, pero que el coste de la consulta iría a mi cargo”.

Embarazadas desprotegidas

Un embarazo no es un caso difícil. Desde 1995, distintos textos legales han reconocido expresamente la necesidad de protección de la mujer embarazada frente a los riesgos laborales. Antes de la crisis, cuando la empresa no podía ofrecer a la trabajadora un cambio de puesto, las mutuas concedían sin mayor problema una baja a la trabajadora embarazada en riesgo. En la actual situación, muchos casos demuestran que ya no es así y que las mutuas dilatan todo el proceso. En Galicia, una trabajadora de una empresa auxiliar del automóvil expuesta al riesgo de bipedestación, ruido, manipulación de cargas, etc., se encuentra con que su empresa considera que no hay un puesto compatible con el embarazo y realiza el correspondiente certificado declarando los riesgos y la incompatibilidad del puesto con la gestación. La mutua, en lugar de dar la baja, la va posponiendo para ahorrarse la prestación. La empresa cambia de mutua, entre otras cosas, por esta razón. ¡La sorpresa de la empresa es mayúscula cuando se encuentra con que la nueva mutua no da la baja a la trabajadora hasta la semana 20! En Madrid, otro caso muy similar se produce con una trabajadora de un centro de atención a mujeres víctimas de violencia de género con especial riesgo de agresión: la evaluación de riesgos reconoce, a la trabajadora embarazada, el riesgo de turnicidad y de agresión pero la mutua no reconoce este último e informa a la trabajadora que no le va a dar la baja hasta la semana 27. “La impotencia es total –señala la trabajadora–, es un derecho reconocido y es como si te regalasen algo”.

La dimensión económica de

VICENTE LÓPEZ

¿Qué volumen de recursos públicos mueven las mutuas?, ¿cuál es su situación económica y financiera?, ¿existe alguna relación entre la dinámica económica y financiera de las mutuas y su praxis en materia de salud laboral? Las dos primeras preguntas vamos a contestarlas; respecto a la última de ellas, simplemente intentaremos resaltar algunos parámetros que puedan ofrecernos indicios de esta relación.

Para este análisis hemos acudido al *BOE*, concretamente al número 32, del 6 de febrero de 2013. En este *BOE* aparecen las diferentes resoluciones de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social por las que se publican las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2011 de las distintas mutuas. A efectos de análisis hemos acumulado las partidas que componen el balance de situación y la cuenta de pérdidas y ganancias, y no hemos computado las cuentas anuales del Centro Intermutual de Euskadi, el Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante, Corporación Mutua y Suma Intermutual, por ser entidades mancomunadas.

El mercado mutual lo componen 20 mutuas, si bien seis de ellas, FREMAP (25,3%), ASEPEYO (16,3%), UNIVERSAL MUGENAT (8,8%), FRATERNIDAD-MUPRESPA (8,8%), MC MUTUAL (7,9%) e IBERMUTUAMUR (7,9%), concentran el 75% de los ingresos por cotizaciones sociales, principal vía de ingresos de las mutuas. En términos de plantillas, estas seis mutuas suponen el 70% del volumen de trabajadores y trabajadoras del sector. Cabe destacar de este análisis que solo dos de ellas, FREMAP y ASEPEYO, concentran un tercio de los trabajadores y trabajadoras del sector y el 42% del ingreso por cotizaciones.

Si en vez de mutuas hablásemos de entidades financieras o de empresas de refrescos, no tendríamos ningún problema en considerar este mercado como oligopolístico. Naturalmente, estas entidades, que se definen como colaboradoras de la Seguridad Social y forman parte del sector público estatal (Ley 47/2003), presentan un marco regulador de su dinámica económica y financiera muy distinto a las empresas privadas. Existe un claro control por parte de la Administración sobre sus ingresos y sus gastos.

El volumen de ingresos de las mutuas por cotizaciones sociales asciende a 10.189 millones de euros, y los resultados positivos acumulados a 356 millones de euros. Solo cuatro mutuas presentan ligeras pérdidas finales. El 64% del ingreso por cotizaciones proviene de las cotizaciones por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (6.480 millones de euros), siendo las cotizaciones del Régimen General la segunda mayor fuente de ingreso. Solo se gastan en prestaciones sociales el 43% del ingreso por cotizaciones, básicamente por incapacidad temporal (supone el 90% del gasto en prestaciones sociales). El resto de prestaciones es residual en términos cuantitativos. Así, las prestaciones sociales respecto de las cotizaciones ingresadas por maternidad y paternidad suponen el 1,4%, otras prestaciones sociales el 0,2% o los gastos en farmacia y efectos y accesorios de dipensación ambulatoria el 0,2%. Por último, en esta rápida caracterización, el sector presenta una plantilla media en 2011 de 20.730 personas.

Tras el gasto de prestaciones sociales, el segundo mayor gasto son las transferencias y subvenciones. El gasto en transferencias a la Seguridad Social supone el 17,4% del total del ingreso por cotizaciones, y viene determinado en su mayor parte por la normativa vigente, que prevé este destino para los excedentes de cotizaciones de las mutuas. Dentro de este apartado cabe resaltar las operaciones de reaseguro, los ingresos a Seguridad Social para la financiación, entre otros, de la Fundación de Prevención de Riesgos Laborales y las aportaciones a la propia sostenibilidad de la Seguridad Social. Si bien también aparecen en estos gastos, con menor cuantía, las transferencias a centros mancomunados y los incentivos (bonus) para las empresas adscritas a la mutua.

El gasto en subvenciones, que supone otro 14% del ingreso por cotizaciones, se concreta básicamente en subvenciones a la Seguridad Social para cubrir gastos por diversos tipos de invalidez.

Descontando los efectos de las provisiones, el siguiente gasto en importancia es el que mantiene la estructura de la propia mutua, es decir, el gasto de personal (9,2% del ingreso por cotizaciones) y los gastos de compras y servicios exteriores (8% del ingreso por cotizaciones). En resumen, las mutuas españolas destinan un 43% de sus ingresos por cotizaciones a las prestaciones sociales, básicamente incapacidad temporal, y un 17% a su estructura fija, a la que debemos añadir las transferencias a los centros mancomunados que, todo sea dicho, no suponen un volumen muy importante de fondos.

Un elemento a tener en cuenta es la rentabilidad que las mutuas españolas obtienen por el manejo del dinero procedente de las cotizaciones sociales y de la generación de liquidez al final de cada ejercicio (el resultado final, más las amortizaciones y las provisiones). En términos globales, el beneficio neto que obtienen las mutuas por inversiones financieras, básicamente en deuda del Estado, es de 131 millones de euros, que supone un 1,3% del ingreso por cotizaciones.

las mutuas

De hecho, el análisis patrimonial y financiero de las mutas nos muestra cómo las inversiones financieras, a largo plazo y a corto plazo, unido a la posición de efectivo, alcanzan los 5.070 millones de euros, dos tercios del total del activo.

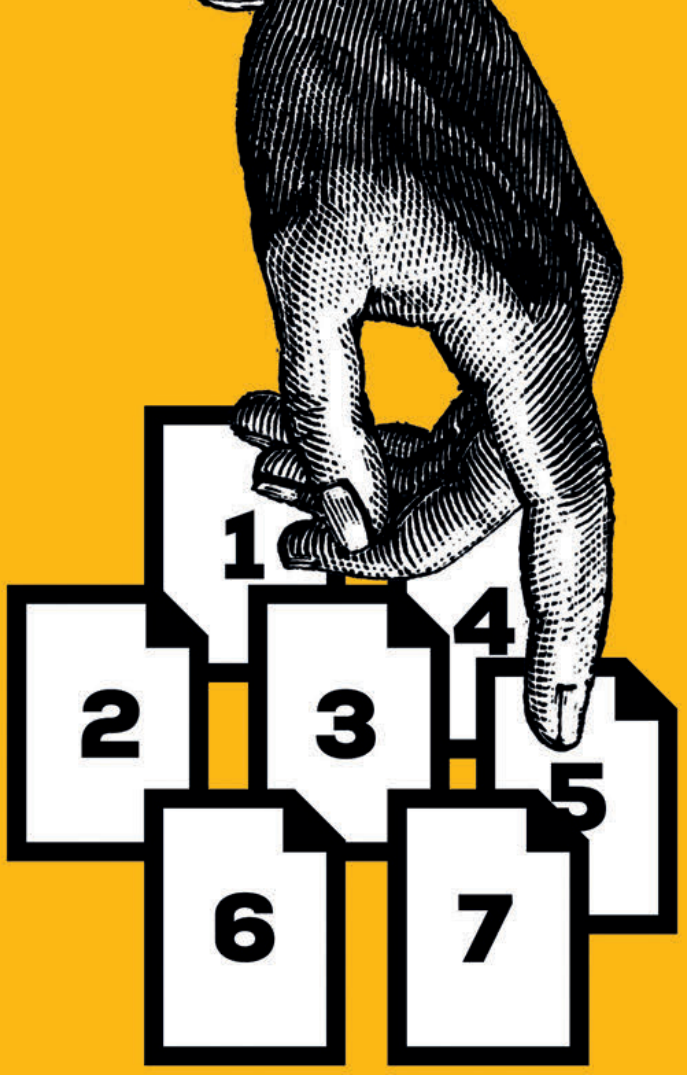
¿Para qué nos sirve conocer todos estos datos? En primer lugar para saber que una reforma de la ley de mutuas no se puede apoyar en argumentos de debilidad económica del sector ni en problemas de financiación. Y en segundo lugar, para recalcar que no se pueden obtener resultados positivos a costa de una baja cobertura en las prestaciones sanitarias y económicas que reciben los trabajadores y trabajadoras. La mejora de estas prestaciones debería ser el camino de esta reforma y no el contrario.

Tabla 1: Las mutuas en cifras

Ejercicio 2011	(1)	(2)	(3)	(R)	Plantilla media
MC Mutual	806.936.380,88 €	62,8%	40,4%	48.564.262,98 €	1.645
Mutualia	266.545.731,64 €	72,6%	42,1%	7.860.523,25 €	582
Activa Mutua	284.455.742,06 €	61,0%	41,9%	6.117.011,96 €	738
Montañesa	124.266.959,03 €	64,6%	44,7%	4.381.670,52 €	354
Universal Mugenat	894.926.356,24 €	62,0%	42,2%	25.545.603,50 €	1.718
MAZ-Mutua Acc Zaragoza	402.538.776,52 €	66,1%	41,9%	874.264,69 €	1.335
Umivale	375.693.712,38 €	59,0%	47,5%	19.717.486,60 €	661
Mutua Navarra	51.873.738,97 €	71,1%	42,3%	5.316.348,82 €	113
Intercomarcal	155.050.207,74 €	62,6%	39,6%	967.402,43 €	291
Fremap	2.578.073.958,80 €	63,2%	45,7%	115.313.181,00 €	4.049
Solimat	48.979.032,89 €	66,1%	39,6%	2.364.626,68 €	137
Cesma	52.640.105,57 €	61,4%	34,3%	665.890,55 €	196
Asepeyo	1.656.338.597,43 €	63,2%	44,7%	35.037.342,72 €	3.219
Mutua Balear	165.152.386,60 €	63,6%	45,3%	7.884.123,02 €	426
Mutua Gallega	166.674.384,88 €	67,3%	42,6%	7.549.744,35 €	322
Unión Mutuas-Unimat	200.296.848,56 €	60,6%	42,6%	5.329.925,31 €	649
Mutua Mac	66.016.180,69 €	79,4%	33,5%	3.906.843,60 €	185
Fraternidad-Muprespa	894.764.143,05 €	63,6%	43,8%	21.309.700,69 €	1.823
Mutua Egarsat	193.246.321,91 €	64,9%	42,8%	3.704.105,65 €	370
Ibermutuamur	804.998.104,42 €	64,8%	37,7%	58.970.810,24 €	1.917
Total	**10.189.467.670,26 €**	**63,6%**	**43,3%**	**355.792.858,08 €**	**20.730**

(1) Ingresos por cotizaciones sociales.
(2) Porcentaje que suponen los ingresos por cotizaciones de AT y TP.
(3) Porcentaje del gasto en prestaciones sociales sobre total de cotizaciones ingresadas.
(R) Resultados.

Los trabajadores han de participar en la selección de la mutua



JAIME GONZÁLEZ*

Desde 2001 se plantea de forma recurrente la necesidad de una reforma del régimen que regula la actuación de las mutuas. Ahora, el Partido Popular anuncia un nuevo marco normativo de mutuas en el tiempo máximo de un año. Los plazos, como es costumbre en el gobierno actual, se han incumplido con creces. Ya estamos en julio de 2013 y aún no se ha convocado a los agentes sociales para dialogar sobre este tema.

Se trata de una reforma que tendrá graves consecuencias para los trabajadores si no es consensuada con los agentes sociales, pero tampoco sería extraño que finalmente el gobierno regulase este aspecto tan controvertido vía "decretazo". Desde CCOO mantenemos nuestras reivindicaciones al respecto:

1. Las mutuas forman parte del Sistema Nacional de Salud y sus recursos provienen de las aportaciones de cuotas de las personas que trabajan, sea por detracción de su salario, sea por aporte del empleador por los trabajadores asalariados que tiene. Por tanto, la actuación de las mutuas no solo debe estar tutelada y controlada por la Administración, sino que además requiere una intervención directa del Cuerpo de Interventores Generales de la Seguridad Social. Las experiencias han demostrado que una actuación a posteriori ha detectado actuaciones "no conformes" que por el paso del tiempo han prescrito, con los consiguientes perjuicios económicos para los ingresos públicos.

2. La parte del presupuesto que las mutuas gestionan correspondiente a lo que la Tesorería General de la Seguridad Social les deriva de las cuotas, requiere el mismo tratamiento contable, administrativo y fiscal que cualquier otro montante de dinero público.

3. Las mutuas han de dotar de transparencia a toda la gestión que realizan del dinero público de las cuotas. No debiendo existir en ningún momento retribuciones a altos cargos o colaboradores por encima de las que correspondería a un funcionario público en análogas responsabilidades en la Seguridad Social.

4. Las mutuas han de respetar la labor profesional de los sistemas públicos de salud y no realizar injerencias en cuanto a sus decisiones de baja y tratamientos. Articulándose los correspondientes procedimientos de coordinación para la mejora de pruebas diagnósticas y tratamientos, para un uso eficaz de los recursos públicos.

5. La financiación por cuotas depende de las aportaciones del empleador y del empleado, es indudable por tanto que la parte empleadora como los trabajadores y trabajadoras han de codecidir qué mutua presta el servicio para la empresa y qué tipo de adhesiones es necesario. De este modo existirá un mayor celo en la calidad del servicio prestado por la mutua.

6. Los usuarios de las mutuas deben conocer explícitamente los derechos que les asisten y las obligaciones que les corresponden. De tal modo que en cada mutua exista un órgano participado por la representación de la dirección y los trabajadores y trabajadoras usuarios para dirimir en las reclamaciones y conflictos.

7. Los empleados en las mutuas tienen que tener seguridad jurídica en el ámbito de aplicación de su relación contractual, conociendo de antemano si a su situación se le aplican los criterios de lo público o de lo privado. Todo ello completado con un código deontológico que garantice su independencia en la aplicación de los criterios profesionales y la seguridad de no ser penalizados por el justo ejercicio de su actividad.

Para cerrar el círculo de la reparación (asistencia sanitaria y prestaciones) es imprescindible que las mutuas no pierdan la actividad preventiva que evita la aparición de los daños; esta ha de estar centrada en los sectores con más dificultad en medios para garantizar la seguridad y salud en el trabajo, es decir, en PYME, microempresas y trabajadores autónomos. ■

* Jaime González es responsable de mutuas de la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO.

Cuando la vigilancia de la salud se convierte en una trampa

CARMEN MANCHEÑO*

En los últimos años cualquier instrumento es válido para subyugar y arrebatar los derechos más elementales a los trabajadores y trabajadoras, y así, una herramienta para cuidar y proteger la salud, como es la vigilancia de la salud, puede llegar a ser pervertida y utilizada como mecanismo para el despido.

Sandra es una trabajadora de 45 años, auxiliar de colectividades, que accede al examen de salud periódico de forma voluntaria y que es calificada por el servicio de prevención ajeno como "no apta". Ante esa circunstancia, la empresa decide aplicar el artículo 52.a del Estatuto de los Trabajadores y plantea un despido objetivo por ineptitud sobrevenida.

Cuando la trabajadora se pone en contacto con la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid, solo le han comunicado verbalmente las intenciones de la empresa pero no tiene ningún tipo de documento, ni siquiera tiene los resultados de su examen de salud para valorar en base a qué criterios y hallazgos clínicos se ha calificado esta situación. Hay que tener en cuenta que la trabajadora presenta un estado de salud aceptable y que no tiene ninguna patología que pudiera hacer sospechar una pérdida de las capacidades para la realización de su trabajo.

De forma inmediata abrimos dos líneas de trabajo: una con la empresa a través de las delegadas de prevención y otra con el servicio de prevención ajeno que ha hecho la vigilancia de la salud. En un informe escrito ponemos en conocimiento de la empresa su obligación de considerar a la trabajadora como especialmente sensible y de estudiar en detalle todas las tareas que su categoría profesional permite, solicitando que se analice de forma pormenorizada cuál es el riesgo de cada una de ellas para su salud. Pedimos que acrediten qué tareas son las que no puede realizar y que en base a esta información se adapte su puesto. Además les comunicamos que para proceder a un despido objetivo se debe demostrar la incompatibilidad con el puesto de trabajo y la imposibilidad de su adaptación, y se exige la realización de una reunión urgente del comité de seguridad y salud. Ante nuestro escrito, la empresa decide dar a la trabajadora unos días de vacaciones pagadas hasta ver cómo se resuelve.

Por otro lado se le exige a la sociedad de prevención, a través de la trabajadora, la copia del examen de salud. Tras estudiarlo nos ponemos en contacto con ellos y cuestionamos la calificación de no apto porque consideramos que no existe justificación clínica que apoye esta calificación. La sociedad de prevención decide realizar un nuevo examen de salud a la trabajadora y los resultados, en esta ocasión, han sido de "apto con restricción", la trabajadora no debe manipular cargas de más de 10 kg y nos comunican que la situación clínica de la trabajadora había cambiado de forma ostensible o, lo que es lo mismo, había sufrido una "curación milagrosa".

Las delegadas de prevención informan que la trabajadora en cuestión es una persona "no deseada" por la empresa y probablemente esta, en complicidad con el servicio de prevención, pensó que la mejor opción para plantear un despido sin problemas era utilizar la vigilancia de la salud. No contaban con que detrás de esta trabajadora estuviese un sindicato que estaba dispuesto a pelear por la defensa de sus derechos. Más tarde conocimos que esta misma situación se había reproducido el año anterior con tres trabajadoras más, pero para ellas ya hemos llegado tarde.

Siempre hemos sido conscientes que los servicios de prevención ajeno se ponen, en demasiadas ocasiones, a disposición de los intereses de las empresas, pero los trabajadores y trabajadoras deben saber que CCOO no va a permanecer impasible ante las malas prácticas y que va a defender sus derechos y exigir la responsabilidad a quien en cada caso le corresponda. Es necesario dar un salto cualitativo en nuestro trabajo cotidiano denunciando no solo las prácticas irregulares en las empresas, sino también las de los servicios de prevención en todos sus ámbitos de actuación: en las evaluaciones de riesgos, en los planes de prevención y también en la vigilancia de la salud.

* Carmen Mancheño es médico del trabajo y técnica de la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid.

Ergonomía participativa en atención

MARÍA JOSÉ SEVILLA ZAPATER

A lo largo de 2012, la Federación de Enseñanza de CCOO ha desarrollado distintas experiencias de ergonomía participativa en centros de atención a personas con discapacidad con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. En este artículo presentamos la experiencia en dos de ellos.

El sector de atención a la discapacidad tiene como principal riesgo laboral la exposición a factores ergonómicos directamente relacionados con la atención al colectivo con el que trabaja: personas dependientes tanto física como psicológicamente. La ineficacia de la prevención de los riesgos ergonómicos en este sector hizo que la Federación de Enseñanza buscara para el análisis otras alternativas metodológicas, otro modo de hacer prevención, incorporando en el desarrollo del proyecto el Método ERGOPAR. El objetivo de ERGOPAR es prevenir los daños musculoesqueléticos de origen laboral mediante la implementación de medidas preventivas en los puestos de trabajo, creando un grupo de trabajo (Grupo Ergo) en el que participarán la dirección de la empresa, técnicos en prevención, trabajadores y trabajadoras y sus representantes legales.

Las diferencias del Método ERGOPAR con el modo de hacer tradicional son importantes. En primer lugar, los ocupantes del puesto analizado participan en cada fase del proceso (identificando los daños y factores de riesgo ergonómicos, sus causas y elaborando la propuesta de medidas preventivas), ya sea directamente o a través de sus representantes legales. Además permite analizar los riesgos ergonómicos de los puestos en una jornada completa, teniendo en cuenta la exposición a factores de riesgo del conjunto de tareas. Se obtiene un informe de resultados sobre daños y factores de riesgo del colectivo de trabajadores/as que desempeña el mismo trabajo.

Las dos experiencias que se muestran a continuación eligieron para el análisis el puesto de cuidador o cuidadora, un personal especialmente expuesto a elevadas exigencias físicas, que realiza tareas como traslados de personas fuera y dentro del centro, duchas y aseo, vestido y desvestido, alimentación, transferencias, movilizaciones, etc.

Las dolencias por trastornos musculoesqueléticos en estas dos empresas, según la percepción de los cuidadores y cuidadoras, se localizan principalmente en la espalda lumbar, cuello, muñecas y manos y rodillas. Los factores de riesgo comunes son las acciones de caminar, inclinar espalda hacia delante, coger y dejar manualmente usuarios y empujar y/o arrastrar a usuarios que caminan o el equipo que utilizan en sus desplazamientos.

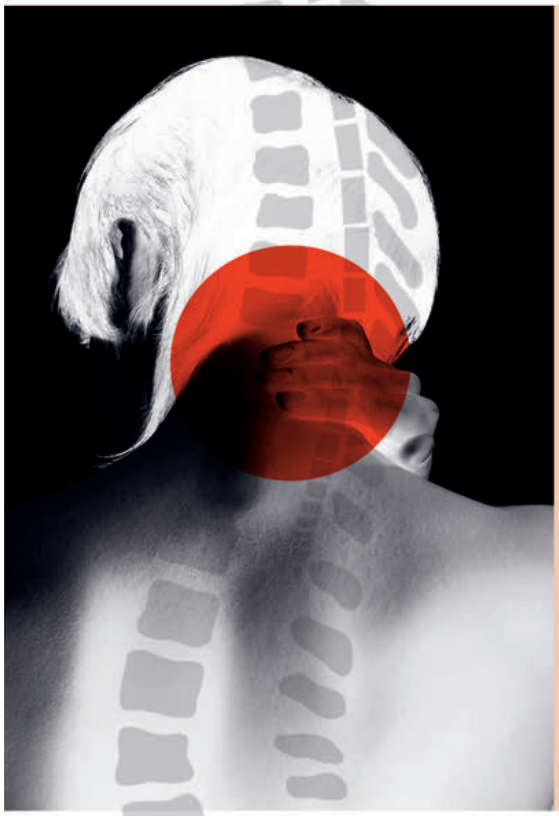
Centro de parálisis cerebral infantil de Cruz Roja

Una de las experiencias se ha desarrollado en un colegio específico concertado que atiende a cincuenta alumnos y alumnas, de edades comprendidas entre 3 y 21 años, afectados de parálisis cerebral y patologías afines. Como explica Begoña Bataller Pla, delegada de prevención en el centro, "las características más comunes del alumnado son las alteraciones del movimiento y la postura, trastornos musculoesqueléticos y déficits sensoriales, haciéndoles completamente dependientes del adulto para cualquiera de las actividades diarias. Un alto porcentaje de ellos no tiene adquirida la marcha y se desplazan en silla de ruedas".

La plantilla de trabajadores de atención directa al alumnado en este centro está formada por 10 maestros, 9 educadores, 3 fisioterapeutas, 2 logopedas y una enfermera. La media de antigüedad del personal del centro ronda los 20 años. El Grupo Ergo se constituyó con la tutora del método (ISTAS), las dos delegadas de prevención y la directora del centro, y se planificaron ocho meses de trabajo. La implicación de las cuidadoras fue fundamental en opinión de la delegada de prevención: "Las nueve educadoras y educadores se involucraron al cien por cien en todo el procedimiento y gracias a esta implicación se detectaron los principales riesgos: posturas del cuerpo entero (de pie, en cuclillas, de rodillas, etc.), posturas de cuello/cabeza y espalda/ tronco (inclinaciones, giros, etc.), manipulaciones de personas y de materiales (coger, dejar, mantener, empujar, arrastrar, etc.).

Begoña Bataller explica las lesiones más frecuentes: "De la exposición a estos factores de riesgo se derivan: contracturas musculares en zona cervical y lumbar, epicondilitis, dolores articulares, afecciones neurológicas por compresión de nervios, etc.". En opinión de la delegada, para la búsqueda de medidas preventivas una de las dificultades mayores era "expresar por qué realizamos las tareas de una manera y por qué en muchas ocasiones desconfiamos del uso de ayudas técnicas". También se detectó un desconocimiento de materiales y accesorios que facilitan el trabajo y que algunas de las medidas o soluciones que se podrían plantear no eran compatibles con la visión educativa-pedagógica del centro. Un ejemplo sería trabajar en suelo: "La mayoría de nuestro alumnado está en colchonetas y esa es una de las principales causas del aumento de riesgo ergonómico porque permanecemos mucho tiempo de rodillas y con la espalda inclinada.

a la discapacidad



"El objetivo de ERGOPAR es prevenir los daños musculoesqueléticos de origen laboral mediante la implementación de medidas preventivas en los puestos de trabajo, creando un grupo de trabajo (Grupo Ergo) en el que participarán la dirección de la empresa, técnicos en prevención, trabajadores y trabajadoras y sus representantes legales"

Aún así decidimos no eliminar las tareas que se realizan en el suelo y buscamos soluciones con materiales y posturales correctos para que trabajar en el suelo no aumente el riesgo de sufrir lesiones. Esta fue una de las medidas que adoptamos, pero hubo otras como la adquisición y adaptación de materiales: taburetes adecuados, agarres ergonómicos, materiales más ligeros, etc.", explica Begoña Bataller. La delegada resalta la importancia de la formación específica, tanto en ergonomía como en la búsqueda de soluciones, así como la correcta definición de los procedimientos de trabajo. "Esa es la principal medida preventiva", afirma Bataller.

AVAPACE: una asociación sin ánimo de lucro

AVAPACE es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a la atención integral de personas con parálisis cerebral de cualquier edad. "El trabajo que realiza el personal laboral de atención directa a los usuarios de los servicios de la entidad, supone un esfuerzo físico y psicológico que da lugar, entre otros, a trastornos musculoesqueléticos. El puesto de trabajo elegido para el análisis fue el de cuidador o cuidadora de residencia. Con la aplicación del Método ERGOPAR fueron los propios trabajadores y trabajadoras afectados, participantes en el círculo de prevención, los que buscaron las soluciones a los riesgos destacados y sus causas, realizando una propuesta consensuada y priorizada de las medidas preventivas", explican Conrado Daza y Jorge Moliner, delegados de prevención del comité de seguridad y salud de AVAPACE.

Un importante problema detectado fueron los desplazamientos innecesarios que a lo largo de la jornada se realizan dentro del centro. Para solucionarlo se propuso reorganizar los espacios, los materiales a emplear en las salas, trasladar a los usuarios autónomos al comedor más alejado y habilitar el más cercano para los que no pueden ir a pie, recolocar las mesas del comedor en forma de U para que el cuidador pueda sentarse mientras supervisa la comida... Estas, entre otras, fueron propuestas bien aceptadas por la dirección de la empresa.

En resumen, las soluciones implementadas en ambas empresas han sido muy diversas, desde el rediseño de los espacios de trabajo para facilitar el uso de medios mecánicos a la adopción de medidas técnicas, por ejemplo para elevar los planos de trabajo, organizativas mediante la definición de procedimientos concretos, hasta la creación de planes de formación continuos para la plantilla.

El número total de cuidadores y cuidadoras que han visto mejoradas sus condiciones de trabajo con este proyecto es de 85, viendo además con el Método ERGOPAR cómo en la empresa se inicia una dinámica participativa, que comienza a contar con él y con ella, dándoles voz, considerándoles fuente de información fundamental para lograr una prevención de los riesgos laborales eficiente y eficaz.

¿Por qué una estrategia española

PEDRO J. LINARES*

Para CCOO, la mejora de las condiciones de trabajo sigue siendo un objetivo prioritario, por ello, y frente al riesgo de que la crisis acabe con la prevención en nuestro país, es absolutamente imprescindible conseguir un marco de actuación exigente en cuanto a la protección de las personas trabajadoras. Es necesario consolidar los avances, que han sido muchos, en prevención de riesgos laborales impulsando políticas que permitan seguir defendiendo el derecho a la salud de los trabajadores y trabajadoras.

La política comunitaria en salud laboral ha tenido gran influencia en los Estados miembros y también en España. El escenario creado a partir de la directiva marco de 1989 contribuyó, aunque fuera con retraso, a la transformación de nuestro sistema preventivo. Por ello es preciso reivindicar los positivos efectos que el desarrollo de marcos normativos, como el que dio lugar a nuestra actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales, tienen sobre los cambios producidos en nuestra realidad productiva.

En la misma línea ha operado la consolidación de modelos consensuados de análisis e implantación de políticas de prevención, cuyo mayor exponente podremos encontrarlo en la aprobación y desarrollo de las Estrategias de Seguridad y Salud en el Trabajo europea y española, ambas para el periodo 2007-2012.

Los cambios han sido muchos, pero me atrevería a destacar que el principal valor de estas estrategias ha residido en la aproximación conjunta y consensuada de los distintos agentes sociales y políticos. Establecer diagnósticos y objetivos comunes contribuye a la implantación efectiva de las políticas y a consolidar la salud laboral como un factor importante en las empresas. Sin embargo, también hay que ser conscientes que las carencias siguen siendo muchas, por lo que los retos para una nueva estrategia no son menores.

Los retos para una nueva estrategia

En la actual coyuntura de crisis se corre el riesgo de dar por buenos los discursos liberales que señalan que la existencia de marcos normativos como el de la prevención lastran la competitividad de las empresas. Hay que denunciar que el mayor exponente de esta lógica desregulatoria es la propia Comisión Europea, que en el último año está dilatando de manera arbitraria los trabajos para una nueva estrategia europea, mientras intenta dirigir las miradas hacia la necesidad de una modificación sustancial del marco normativo en prevención con los argumentos de una "simplificación legislativa" o una "legislación inteligente". Con la excusa de una mayor competitividad se pretende debilitar el marco normativo, lo que sin duda afectaría en el medio-largo plazo a la salud de las personas trabajadoras.

En España, los riesgos no son muy distintos. Aunque formalmente se han iniciado trabajos desde la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo para desarrollar una estrategia española para el periodo 2013-2020, se repiten algunas de las dudas. Por una parte se reproducen las tácticas dilatorias, la primera de ellas es vincular la estrategia española a la aprobación de la europea. Esta vinculación nos podría llevar a retrasar los trabajos prácticamente un año, toda vez que, a la vista de la posición de la actual Comisión Europea, parece desprenderse que será la nueva Comisión y el nuevo Parlamento quienes piloten la estrategia europea, es decir, el equipo surgido tras las elecciones europeas del año 2014. Pero, sobre todo, preocupa que puedan ganar presencia las políticas de desregulación que están desarrollándose en materia laboral en el campo de la salud laboral.

Desde las organizaciones empresariales se está apostando por una transformación fundamental del marco obligacional para el empresario, pretendiendo libertad de decisión sobre la organización de la prevención en la empresa y los medios destinados a ello, estableciendo las responsabilidades exclusivamente a través de los resultados.

Sería claramente un retroceso inaceptable que nos devolvería a políticas reactivas frente a los daños ocurridos en la mayoría de las empresas. Es importante recordar que la mayoría de las empresas españolas recurre a servicios de prevención ajenos para dotarse de la organización preventiva. Concretamente un 73%, según la Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. En este escenario las políticas reactivas en poco contribuirían a incorporar la prevención en los procesos de gestión interna. Si en la actual situación de crisis estamos asistiendo al repliegue de la prevención en la empresa por la priorización de otras materias, la modificación señalada se llevaría por delante lo conseguido en cuanto al cambio en la cultura preventiva tantas veces reclamado.

En conclusión, es absolutamente imprescindible contar con un marco de políticas en salud laboral que permita avanzar en la protección de las personas. Todos estamos obligados a buscar los consensos necesarios para su implementación, pero el gobierno, sin duda, tiene la mayor responsabilidad.

en prevención para 2013-2020?

Por lo demás, la nueva estrategia española debe consolidar la salud laboral como un marco de actuación tanto desde las instituciones implicadas –ITSS, INSHT, Salud Pública, Seguridad Social, etc.– como en las empresas, con la participación de los trabajadores y trabajadoras y sus representantes. Las próximas actuaciones deben impedir que se produzca un repunte en la siniestralidad en el futuro, ya que, como hemos señalado, la crisis está contribuyendo a un deterioro de las condiciones de trabajo, a la vez que se disminuyen los recursos movilizados para la prevención: renovación de equipos de trabajo, de maquinaria, mantenimientos preventivos, formación e información, deterioro de la calidad de los servicios de prevención ajenos, etc. Un cóctel de difícil digestión.

Los datos son tozudos y desgraciadamente la evolución en los últimos meses de la siniestralidad laboral mortal ya apunta al cambio en la tendencia decreciente que venía experimentando desde hace más de una década. El número de muertes en jornada de trabajo se ha incrementado en un 5,5% en los cuatro primeros meses de 2013 y, lo que es más preocupante, el índice de incidencia de accidentes mortales ha experimentado una variación del 12% respecto al mismo periodo del año pasado. Estos datos exigen una reflexión y la próxima estrategia deberá tenerlos en cuenta al establecer sus objetivos, así como la necesidad de modernizar nuestros sistemas de registro y notificación de las enfermedades relacionadas con el trabajo para minimizar el subregistro existente y movilizar los recursos necesarios para su prevención desde el conocimiento.

El gran reto de la próxima estrategia es lograr la mejora continua de las condiciones de trabajo, y por tanto de vida, al tiempo que los niveles de protección tienen que homogeneizarse en todos los tipos de actividad, independientemente de los vínculos contractuales. Es evidente que el paradigma del empleo está sufriendo enormes cambios en estos tiempos, aparecen nuevas realidades productivas –otras se consolidan, aunque ya eran viejas conocidas– que comparten la flexibilidad y desregulación como líneas fundamentales y que exigen una nueva aproximación desde la prevención: autoempleo, economía informal, etc. En este marco tampoco podemos olvidar que el desempleo forma parte sustancial de la realidad vivida por los trabajadores y las trabajadoras, ya que en muchos casos solo se aspira a contrataciones irregulares y/o alternas. Todas estas realidades requieren de un enfoque global desde la salud laboral y la salud pública.

La reducción de los daños derivados del trabajo tiene un gran potencial de mejora para la competitividad de nuestra economía, pero para ello es necesario un enfoque que integre todas las realidades productivas. Las inversiones en salud laboral deben por ello ser consideradas estratégicas en términos de país.

La mejora de las instituciones implicadas, de los sistemas de calidad en prevención, el tratamiento y prevención de los riesgos emergentes, los trastornos musculoesqueléticos, los cánceres de origen laboral, los nanomateriales, etc., son algunos de los temas que exigen su desarrollo en la nueva estrategia.

Por nuestra parte, como representantes de los trabajadores, debemos compaginar la necesidad de una mayor presencia reivindicativa en las empresas y fuera de ellas, para conseguir los mejores resultados, con los marcos de negociación y concertación. El reto merece todo nuestro esfuerzo.

* Pedro J. Linares es secretario de Salud Laboral y Medio Ambiente de la Confederación Sindical de CCOO.

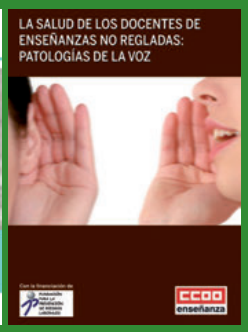
Recursos

"Lecciones tardías de alertas tempranas", publicado el segundo informe. En 2002 se publicó el primer informe con este título. Era un informe basado en estudios de casos prácticos. En pocas ocasiones se habían tenido en cuenta las enseñanzas de la historia al intentar reducir los riesgos actuales y futuros. En la elaboración del primer informe "Lecciones tardías", se seleccionaron catorce estudios de casos prácticos (ordenados cronológicamente de acuerdo con la primera fecha de una alerta temprana) entre una serie de riesgos ya conocidos para los trabajadores, la población y el medio ambiente, acerca de los cuales se dispone hoy de suficientes conocimientos sobre sus impactos como para formular conclusiones respecto a si los gobiernos y la sociedad civil supieron gestionarlos de manera eficaz. Tales conclusiones se basan en "el espíritu de la época", y no en el privilegio que otorgan los juicios a posteriori.

Los autores, todos ellos expertos en un campo concreto de los riesgos ambientales, laborales y del consumo, aceptaron el encargo de localizar las fechas en que se produjeron las primeras alertas, analizar cómo se utilizó, o no se utilizó, esta información para reducir los riesgos, y describir los costes y beneficios resultantes, así como las lecciones de cara al futuro. Trataba de cómo recabar información sobre las amenazas que entrañan las actividades económicas humanas, para utilizarla en las acciones encaminadas a proteger tanto el medio ambiente como la salud de las especies y los ecosistemas que de él dependen, y vivir después con las consecuencias. Que se ha actuado demasiado tarde en muchas áreas es algo que hoy nadie niega. En 2013, la Agencia Europea de Medio Ambiente (EEA) ha publicado la segunda parte de "Lecciones tardías" con la colaboración de un amplio equipo de expertos en distintas materias. Los casos de estudio de este segundo informe cubren diversos tipos de riesgos procedentes tanto de actividades tradicionales como de nuevas utilizaciones de la tecnología y las sustancias químicas.

La salud de los docentes en las enseñanzas no regladas: patologías de la voz. Este libro es el resultado del "Estudio sobre factores de riesgos predictivos de patologías relacionadas con la seguridad y la salud de los trabajadores docentes de enseñanzas no regladas: las enfermedades de la voz", realizado por la Federación de Enseñanza de CCOO y financiado por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Se trata de un sector que incluye enseñanzas de muy diversos tipos, desde las de idiomas hasta la formación para el empleo y se estima que en él trabajan unas ciento cuarenta mil personas. El estudio analiza el sector y propone diversas medidas preventivas y cambios en las condiciones de trabajo de los docentes, entre ellas la modificación del cuadro de enfermedades profesionales.

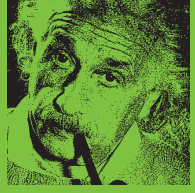
Buenas prácticas en el sector cementero. El Instituto de Biomecánica y la Fundación Laboral del Cemento y el



Medio Ambiente (CEMA), de la que forman parte la Agrupación de Fabricantes de Cemento de España (Ofi cemen) y los dos sindicatos mayoritarios del sector, FECOMA-CCOO y MCA-UGT, han editado un manual destinado al sector cementero. Este manual de buenas prácticas pretende facilitar la realización de las acciones preventivas en el sector cementero español mediante la identificación de los factores de riesgo que pueden ser causa del desarrollo de lesiones musculoesqueléticas y las principales recomendaciones para reducir su incidencia. La publicación ha sido financiada por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales y está disponible en la web.

Condiciones ergonómicas en puestos de trabajo del sector de la madera y el mueble. La Comisión de Seguridad Laboral del Convenio Estatal de la Madera, integrada por Confemadera, FECOMA-CCOO y MCA-UGT, ha llevado a cabo la edición de la "Guía Wood ERGO Good. Para la mejora de las condiciones ergonómicas en puestos de trabajo del sector de la madera y el mueble". La presente guía pretende concienciar a empresarios y trabajadores de los riesgos ergonómicos derivados del puesto de trabajo que ocupan, además de la identificación de los factores de riesgo que pueden ser causa del desarrollo de lesiones musculoesqueléticas. Todo ello con la finalidad de disminuir los accidentes y mejorar las condiciones en el puesto de trabajo. El documento está disponible en la web.

Jardinería: guía de buenas prácticas ergonómicas. El personal que desarrolla las tareas de jardinería está expuesto principalmente a factores de riesgo relacionados con la seguridad (caídas, golpes, cortes, atrapamientos, atropellos, accidentes de tráfico, etc.), la higiene industrial (ruido, vibraciones, exposición a agentes físicos, exposición a agentes biológicos, condiciones climatológicas adversas, etc.) y la ergonomía (movimientos repetitivos, posturas forzadas y mantenidas, manipulación de cargas, etc.). La Federación de Actividades Diversas de CCOO ha publicado, en colaboración con dos asociaciones empresariales, una guía técnica de buenas prácticas ergonómicas para el sector de jardinería y paisajismo, de muy sencillo uso, con orientaciones muy prácticas.



porEvidencia Actualidad científica

Un estudio evalúa la eficacia de la relación entre los delegados de prevención y los trabajadores

Un equipo del Grupo de Investigación de las Desigualdades en Salud de la Universidad Pompeu-Fabra de Barcelona acaba de publicar en el *American Journal of Industrial Medicine* (julio, 2013) una investigación cualitativa sobre la relación entre los delegados de prevención y trabajadores y el impacto en la salud laboral. Los autores señalan que cuando prevalece una visión técnico-legal del rol de los delegados de prevención, la participación de los trabajadores es menor, limitándose al nivel de información y consulta. En consecuencia, también se reduce la eficacia de la acción de los delegados. Otro de los factores que condiciona la eficacia de la acción de los delegados de prevención tiene que ver con el incremento de las desigualdades en la empresa: a mayor desigualdad entre los trabajadores y la estructura de gestión, más dificultades tienen los delegados de prevención para relacionarse con los trabajadores y promover una mejora de la salud laboral en la empresa.

Preservar la dignidad de los trabajadores en los sistemas de compensación: una perspectiva internacional

En el año 2010, una coalición de ONG de EEUU, la NESRI (*National Economic and Social Rights Initiative*), convocó una conferencia titulada "Repensar la compensación los trabajadores: Desarrollar estrategias para proteger a los derechos humanos básicos de los trabajadores lesionados/enfermos", donde se presentó una primera versión del artículo de Katherine Lippel que aquí comentamos. La primera parte del artículo identifica y examina los aspectos clave que determinan la equidad de los sistemas de compensación, centrándose en la capacidad de estos sistemas para cubrir las necesidades y asegurar la dignidad de los trabajadores que sufren daños en su trabajo. Esta parte comienza con una revisión de la literatura, para luego aplicar la metodología de los estudios legales comparativos, y completando la visión con datos de entrevistas. Así discute las tres premisas de la compensación de los trabajadores: la relación entre un sistema "sin culpa" y los procesos que implican disputas en juzgados; el uso apropiado de la evidencia científica en la determinación de lo que se debe compensar, y la aplicación de medidas apropiadas para promover el retorno al trabajo. El artículo describe los sistemas de compensación por accidente en Nueva Zelanda, donde se accede a la compensación por accidente sin tomar en cuenta la causa de este; el sistema de aseguramiento de la incapacidad en los Países Bajos, donde se accede a la compensación por incapacidad sin tomar en cuenta la causa de esta, y de los trece sistemas para la compensación de los trabajadores en Canadá, describiendo aquellas características que resultan favorables a la equidad. La autora concluye que los sistemas que logran reducir las oportunidades de confrontación legal y a la vez dan protección sustantiva son los que mejor promueven la dignidad de los solicitantes de compensaciones.

Inhalación de polvo en el exterior

La polución ambiental exterior es una exposición habitual, en particular para trabajadores cuyo lugar de trabajo es la calle (limpieza viaria, vigilantes, policía, etc.). Estas exposiciones son corregibles, y la urgencia de actuar está relacionada con la evidencia de su relación con diversas enfermedades. Diversos estudios se han centrado en la mortalidad por enfermedad cardiovascular. El equipo de Takshi Yorifuji, del Departamento de Human Ecology de Okayama University (Japón), ha publicado en el *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, de julio 2013 (vol. 55, 7, 768–771), una investigación sobre la inhalación de polvo en el exterior en la que han encontrado que el incremento de la polución puede incrementar el riesgo tanto de infarto hemorrágico como isquémico.

Reducir el tiempo que permanecemos sentados en la oficina

Cada vez hay más evidencias de que permanecer sentado durante periodos prolongados en el lugar de trabajo tiene impactos negativos importantes en la salud. El tiempo que se pasa sentado ha sido relacionado de manera consistente con un riesgo elevado de diabetes, con factores de riesgo cardiovasculares y con mortalidad prematura. Además, el riesgo para la salud de permanecer mucho tiempo sentado no se reduce con la actividad física extralaboral. Además, esta exposición es cada vez más común, y afecta no solo a los trabajadores de oficina sino también a los trabajos de conducción y al manejo de máquinas complejas. En este contexto, en la literatura científica se vienen publicando resultados de intervenciones destinadas a reducir el tiempo en que se permanece sentado. Un equipo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Queensland (Australia) ha publicado un estudio (*Prev Med.* 2013 Jul; 57(1): 43-8) que presenta una intervención con resultados positivos basada en elementos organizativos, ambientales e individuales, utilizando el lema: "Ponte de pie, siéntate menos y muévete más".

Esperanza de vida y trabajo

Vuelve a aparecer en la agenda política la (re) reforma del sistema de pensiones y, de nuevo, nos intoxican con las consecuencias que para el sistema provoca la evolución demográfica y la esperanza de vida. De poco sirve recordar que el indicador de la esperanza de vida tiene una lectura más compleja de la que realizan los tertulianos. Al final queda grabado en el imaginario colectivo que vivimos más, que nuestros trabajos tienen mejores condiciones, y que por ello tenemos que trabajar más. Esa línea de razonamiento lógico, sin embargo, tiene muchos eslabones sueltos.

La primera pregunta que deberíamos plantearnos es si la "esperanza de vida" es sinónimo de la "esperanza de vida laboral activa". Es cierto que, por suerte, ha bajado la tasa de mortalidad entre la población de menor edad (principal factor de aumento de la esperanza de vida); sin embargo, la esperanza de vida saludable (libre de discapacidad), que es la que realmente está ligada a la vida laboral activa, presenta otra dinámica bien distinta.

En los últimos datos de Eurostat, el HLY (Healthy Life Years), uno de los indicadores que nos muestra la esperanza de vida saludable, y que calcula cuántos años vivimos sin discapacidad después de los 65, ha descendido en España tanto para los hombres como para las mujeres: si en 2007, el HLY para una mujer española era de 10,1 años, en 2010 era de 8,9. Con los hombres el descenso es menor, pero sigue la misma tendencia: en 2007 el HLY era de 10,4 años y en 2010 era de 9,6.

La segunda pregunta sería si es cierto que existen mejores condiciones laborales y, sobre todo, si pueden ser generalizadas para toda la población. Los datos al respecto no parecen ratificar este hecho. La esperanza de vida (aún menos la esperanza de vida saludable) no es homogénea por clase social. Más bien al contrario, la clase trabajadora que tiene ocupaciones manuales menos cualificadas, presenta una esperanza de vida menor que las clases sociales con ocupaciones no manuales más cualificadas. Por eso, por desgracia, se muere antes, como media, en un barrio obrero que en un barrio de alta burguesía. Algunos estudios señalan hasta diez años de diferencia en cuanto a la esperanza de vida entre clases sociales.

La precarización del empleo que ha sufrido nuestro mercado de trabajo, con menores salarios, mayor jornada, mayor carga de trabajo, más riesgo de accidentes de trabajo, etc., apunta a una agudización de estas diferencias. La mayor parte de los trabajadores y trabajadoras sigue soportando riesgos para su salud en sus puestos de trabajo. Riesgos que provocan un aumento de las enfermedades cardiovasculares, de cáncer de origen laboral, de lesiones musculoesqueléticas,etc. Estas condiciones laborales no solo sitúan su esperanza de vida por debajo de la esperanza de vida de otras clases sociales, sino que también limitan de forma importante la esperanza de vida libre de discapacidad.

Sin reflexionar sobre estos conceptos podemos cometer graves errores de política social y económica. En términos demográficos, cuando se habla de salud y de esperanza de vida, es esencial analizar las entrañas que componen el dato estadístico general, para evitar la desigualdad y la injusticia social.

istas Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud