



# Tablón

## El TSJPV obliga a MC Mutual a hacerse cargo del pago de la prestación de un accidente in itinere

El Tribunal Superior de Justicia del País Vasco ha establecido recientemente, mediante la sentencia nº 269/2015, que la mutua MC Mutual es quien tiene que hacerse cargo del tratamiento médico y las prestaciones derivadas del accidente de trabajo in itinere que sufrió el escolta privado J.S.S. cuando se dirigía en coche a su puesto de trabajo.

El trabajador, que pertenece a la empresa Ombuds Compañía de Seguridad, sufrió un accidente de tráfico en estas circunstancias el 19 de julio de 2011, del que se han derivado una cervicalgia postraumática y diversos episodios de cefalea derivados de la misma. Al día siguiente, el 20 de julio de 2011, la mutua en Gasteiz le da la baja por accidente de trabajo, situación que dura hasta que MC Mutual le da el alta el día 12 de abril de 2012 sin estar recuperado del todo. El trabajador accede a un nuevo período de baja médica, pero en esta ocasión por enfermedad común ante el alta médica de la mutua y la imposibilidad de incorporarse a su actividad laboral, el día 3 de mayo de 2012, y permanece en esta situación hasta el 23 de julio de 2012. Posteriormente hay otro período de baja por enfermedad común relacionado también con el accidente de trabajo in itinere. Son estos dos períodos de baja los que son considerados accidente de trabajo por la sen-

tencia, contra el criterio de MC Mutual y del Instituto Nacional de la Seguridad Social, entidades ambas que han intentado en todo momento desviar este accidente de trabajo a enfermedad común.

El Juzgado de lo Social nº 4 de Vitoria dio la razón al trabajador y consideró las dolencias derivadas de accidente de trabajo tras las negativas del INSS, pero fue MC Mutual quien decidió incluso llevar el tema al TSJPV. La mutua alegó que la presunción de laboralidad no es extensible a los accidentes in itinere y que el trabajador "muestra una voluntad absentista exagerada". Estos débiles argumentos son desbaratados en la sentencia, puesto que el trabajador no tiene ningún antecedente de cefaleas previo, a lo que se añade que se considera probado que las cefaleas constituyen un efecto secundario claro de las cervicalgias postraumáticas. Esto último ha sido corroborado por la unidad de neurología de Osakidetza, que establece que la cefalea que padece J.S.S. se deriva del accidente sufrido.

El responsable de Salud Laboral de CCOO de Euskadi, Alfonso Ríos, ha considerado completamente irresponsable por parte de MC Mutual achacar al trabajador una supuesta voluntad absentista, puesto que si se está de baja médica es porque lo considera necesario algún profesional de la salud.

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

El cuadro inferior nos muestra con rotundidad un crecimiento del 5% de los accidentes de trabajo. El dato más grave que debemos resaltar es el crecimiento del 5% en los accidentes mortales in itinere. Hasta noviembre se registraron 518 accidentes mortales, tanto en jornada laboral como in itinere.

Respecto al registro de enfermedades profesionales, también se observa un aumento global del 3%, si bien este crecimiento se concentra únicamente en el colectivo de mujeres, con una tasa de aumento del 7%, tanto en las enfermedades profesionales con baja como sin baja. Es importante resaltar el alto nivel de incidencia de las enfermedades profesionales en las mujeres, que presentan una tasa de empleo 10 puntos porcentuales por debajo de la tasa de empleo de los hombres en el colectivo de 16 a 64 años.

La evolución de los datos, tanto de accidentes de trabajo como de enfermedades profesionales, a lo largo de 2014 es francamente negativa. Las medidas que se han implementado frente a la crisis económica, con recortes en los derechos laborales, individuales y colectivos, o la reducción del gasto en políticas sociales, entre ellas las destinadas a la prevención de riesgos laborales, han provocado un aumento de las desigualdades sociales y un deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, y, concretamente, de la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Enero-noviembre 2014			Enero-diciembre 2014		
Accidentes de trabajo con baja según fecha de recepción	Total registrado	Variación año anterior	Enfermedades profesionales	Total registrados	Variación año anterior
<b>En jornada de trabajo</b>			<b>Hombres</b>		
Leves	390.430	5%	Con baja	4.024	8%
Graves	3.115	0%	Sin baja	4.931	-7%
Mortales	415	-3%	<b>Total</b>	<b>8.955</b>	<b>-1%</b>
<b>Total</b>	<b>393.960</b>	<b>5%</b>	<b>Mujeres</b>		
<b>In itinere</b>			Con baja	4.191	7%
Leves	60.370	5%	Sin baja	4.244	7%
Graves	823	1%	<b>Total</b>	<b>8.435</b>	<b>7%</b>
Mortales	103	5%	<b>Total</b>	<b>17.390</b>	<b>3%</b>
<b>Total</b>	<b>61.296</b>	<b>5%</b>			
<b>Total</b>	<b>455.256</b>	<b>5%</b>			

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



n°68  
marzo  
2015

## Sumario

**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 citarás el origen.

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

**Dirección:** Vicente López

**Coordinación:** Berta Chulvi

**Redacción:** Óscar 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](mailto:porexperiencia@istas.net)

**Ilustración/diseño:** Antonio Solaz  
**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

### 2 Tablón

#### 4-7 Condiciones de trabajo

##### 4 ¿Es el cáncer de mama una enfermedad relacionada con el trabajo?

Evidencias científicas ponen el acento en determinados riesgos laborales.

##### 6 Riesgos psicosociales en los centros de atención a personas con discapacidad

#### 8 Opinión

##### 8 Crónica de una muerte anunciada. La Ley de Mutuas

#### 9-16 Dossier: Vigilancia de la salud

##### 10 Los reconocimientos obligatorios dan miedo

##### 12 Vigilancia de la salud: ¿es útil para la prevención?

##### 13 Despido por ineptitud = Fracaso de la prevención

##### 14 Vigilancia de la salud: calidad y especificidad vs reconocimientos generalistas

##### 16 Vigilancia de la salud de las mujeres: el círculo vicioso

#### 17-19 Acción sindical

##### 17 "Defensium", el remedio para mitigar la presión de las mutuas sobre el trabajador enfermo

##### 18 El control del absentismo por las mutuas: piensa el ladrón que todos son de su condición

#### 20-21 Entrevista

##### 20 "No somos el sexo débil, somos el sexo que se quiere presentar como inferior"

Entrevista a Carme Valls-Llobet, endocrina.

#### 22 Recursos

#### 23 porEvidencia

#### 24 Contraportada

# ¿Es el cáncer de mama una enfermedad

## Evidencias científicas ponen el acento en determinados riesgos laborales

CLAUDIA NAROCKI

**El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España, según la Asociación Española Contra el Cáncer, se diagnostican cada año alrededor de 22.000 nuevos casos de cáncer de mama. La incidencia del cáncer de mama supone más del 20% de los nuevos casos de cáncer que se diagnostican a mujeres. La Sociedad Española de Oncología Médica aporta datos preocupantes: el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente si se considera solo a las mujeres y el cuarto más frecuente si se considera al conjunto de la población.**

Hay que responder a la cuestión de si contraer un cáncer es cuestión de mala suerte (herencia genética) o existen causas ambientales identificables, sobre las que se puede actuar. Responder a esta pregunta resulta muy importante a la hora de decidir en qué sentido se deben concentrar los mayores esfuerzos públicos: en encontrar nuevas terapias o en identificar y controlar las causas. Esta pregunta ha encendido un animado debate entre investigadores, del cual nos hacemos eco por su importancia para nuestra labor como delegados de prevención, como trabajadores y como ciudadanos.

### Los factores ambientales

El papel de los factores ambientales en la causa del cáncer, entre los que tiene un gran peso el medio ambiente laboral, está ampliamente reconocido. Aunque el factor ambiental está modulado por factores genéticos, de estilo de vida y desigualdades sociales, hay que tomar en cuenta que los datos indican que la mayor parte de los casos de cáncer de mama están apareciendo en mujeres sin historia familiar de este tipo de cáncer. Este dato indicaría que actuar sobre los factores ambientales resulta una oportunidad, pues son más fáciles de identificar y modificar que los factores genéticos.

### Cinco localizaciones de cáncer más frecuentes en España en 2012

(Según total de nº de casos, siguiendo orden decreciente).

	Hombre	Mujer	Ambos sexos
1º	Próstata	Mama	Colorrectal
2º	Pulmón	Colorrectal	Próstata
3º	Colorrectal	Cuerpo de útero	Pulmón
4º	Vejiga	Pulmón	Mama
5º	Estómago	Ovario	Vejiga

Fuente: Informe SEOM 2014

Sin embargo, el paradigma epidemiológico que guía las políticas públicas y la investigación sigue enfocado firmemente sobre los estilos de vida de las personas, sobre su genética y sobre las opciones de tratamiento disponibles.

Además, hasta muy recientemente, los riesgos laborales que afectan a las mujeres permanecieron casi invisibles por la escasez de estudios enfocados a las exposiciones de estas y/o porque los estudios no eran adecuados –todo ello a pesar de la importancia numérica de la participación femenina en la fuerza de trabajo–. Esta carencia responde a la ausencia de perspectiva de género en la investigación, hecho que se ha venido denunciando desde hace más de una década por sus efectos sobre la salud de las mujeres.

Recientemente, la Asociación Americana de Salud Pública se pronunció decididamente acerca de la importancia de fortalecer la prevención del cáncer de mama. Llega a esta conclusión por dos vías: por una parte, por la evidencia científica acumulada que vincula el cáncer de mama con las exposiciones ocupacionales y con otros factores ambientales. Por otra, por la evidencia que muestra que eliminar riesgos es una estrategia de salud pública muy fundamentada y efectiva en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, y que además resulta más barata que otros enfoques.

### Exposiciones laborales para el cáncer de mama

Los datos disponibles que subrayan la importancia de la prevención en los lugares de trabajo para reducir la incidencia del cáncer de mama, son suficientemente evidentes para que se adopten medidas preventivas en relación a la exposición a químicos y la organización del trabajo.

**Productos químicos.** Durante los últimos años se han identificado como posibles cancerígenos productos químicos que son utilizados comúnmente en el trabajo, ya que se ha comprobado que inducen tumores de mama en animales de laboratorio. En particular, se ha señalado el papel de las sustancias químicas que imitan a las hormonas reproductivas (disruptores endocrinos) en relación a las elevadas tasas de cáncer de mama. Tanto la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea como la Sociedad de Endocrinología han publicado informes categóricos sobre el papel de este tipo de sustancias.

# relacionada con el trabajo?



Esta última asociación ha expresado su sospecha de que el importante incremento de la incidencia del cáncer de mama en el mundo industrializado durante los últimos 50 años se puede deber a la utilización de químicos “hormonalmente activos”. Por otra parte, señala que no hay que olvidar que, además de las exposiciones directas de los trabajadores, todo lo que se utiliza o se produce en los lugares de trabajo y en las actividades laborales pasa a ser fuente de la contaminación y la exposición ambiental, por lo que dichos contaminantes llegan a los trabajadores otra vez, a través del agua, la comida y el aire. Los trabajadores y sus familias, que muchas veces viven en los entornos industriales que utilizan sustancias peligrosas, se ven especialmente expuestos. La protección de la salud de los trabajadores, por tanto, tiene que enfocarse a todo el ciclo de producción de bienes y servicios.

Por su parte, la Asociación Americana de Salud Pública llama a aplicar en este área el principio de precaución, prin-

cipio adoptado ya por la Unión Europea para sus políticas. Este principio supone que cuando hay indicios que señalan que existe un peligro, hay que proceder a aplicar una política de prevención primaria, sin tener que esperar a acumular previamente una total certidumbre científica. Eliminar lo peligroso es una estrategia de salud pública bien fundamentada. Y hay evidencia de que la prevención primaria de los peligros ocupacionales y ambientales relacionados con el cáncer reduce la incidencia y la mortalidad por cáncer, además de ser una estrategia que compensa mucho económicamente.

**La organización del trabajo.** Hay estudios que señalan que el cáncer de mama puede estar relacionado con el trabajo nocturno. De hecho, en 2007 las evidencias llevaron a la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) a pronunciarse sobre esta asociación como probable. Se fundamenta en la alteración de los ritmos circadianos que se produciría en el trabajo nocturno. Este factor, que cada vez afecta a una mayor proporción de trabajadores en todo el mundo, afecta de manera desigual no solo a distintas ocupaciones, sino también a distintos colectivos sociales.

Además hay investigaciones que señalan el posible papel en el cáncer de mama de exposiciones laborales en la industria eléctrica, textil, papel y fabricación de caucho.

Para concluir, podemos afirmar que la prevención es fundamental para reducir la enorme y creciente prevalencia del cáncer de mama. Una vez que ha quedado establecida su asociación con los factores ambientales, las autoridades han de promover la prevención, en particular en el medio laboral, para reducir las exposiciones a los agentes identificados como relacionados, especialmente los disruptores endocrinos.

Desde la salud pública, las autoridades han de poner en marcha una auténtica vigilancia de las exposiciones en el trabajo. Además deben promover investigaciones innovadoras acerca de los factores laborales que están detrás del cáncer de mama. Para ello es necesario que las agencias que financien investigaciones, que consideran los sesgos de género y de clase social, dejen de ignorar o minimizar el papel de los factores ocupacionales.

# Riesgos psicosociales en los centros de

ROSA ANDRÉS LÓPEZ, CLARA LLORENS SERRANO y PILAR ORTIZ BARRAGÁN\*

**La Federación de Enseñanza de CCOO ha realizado recientemente un estudio sobre “Condiciones de trabajo y exposiciones psicosociales en los centros de atención a personas con discapacidad”, financiado por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. En este artículo se presentan los principales resultados.**

Este estudio se ha centrado en los profesionales que atienden directamente a los usuarios, en los centros o empresas de atención especializada (unidades de estancia diurna, centros ocupacionales, residencias y pisos tutelados) y en los centros específicos de educación especial o centros educativos, quedando excluidos los centros especiales de empleo.

Para la recogida y análisis de la información se ha utilizado la metodología CoPsoQ-istas 21. El cuestionario fue cumplimentado por 963 trabajadoras y trabajadores. Los resultados del estudio muestran que en ocho de las 20 dimensiones que mide la metodología, más del 50% del colectivo se encuentra en la peor situación para su salud. Estas ocho dimensiones son las que se sometieron a discusión para su análisis por parte de un grupo de trabajo formado por personas expertas conocedoras del sector, que han intervenido como “informantes clave” a lo largo de todo el estudio.

## **Doble presencia y bajo control sobre los tiempos**

Se trata de un sector tradicionalmente femenino (tres cuartas partes del total son mujeres), no por “preferencia personal de la mujer a la hora de elegir en qué trabajar”, sino como resultado de la división sexual del trabajo que realiza un reparto desigual de las tareas y las responsabilidades en el mercado de trabajo en función del sexo de la persona. Las actividades que se realizan están dirigidas a cuidar y ayudar a personas que tienen discapacidad, actividades que en nuestra sociedad se asignan fundamentalmente a mujeres.

Pero la prevalencia mayoritaria de mujeres en los centros no se corresponde con su presencia en los puestos directivos. Las mujeres ocupan la mayoría de los puestos con condiciones de trabajo poco compatibles: jornadas alargadas, horarios fijos de entrada y salida, ausencia de días de asuntos propios, ratios usuario-profesional muy ajustadas (que en los últimos años han aumentado), cambios de días de trabajo en función de las necesidades del servicio. Además, estas se ocupan de la mayor parte de las tareas relacionadas con el ámbito doméstico y familiar, lo que hace realmente incompatible compaginar la vida laboral, social y familiar.

En los últimos años este colectivo, debido a los drásticos recortes presupuestarios sufridos, ha vivido un empeoramiento paulatino de las condiciones de trabajo relacionadas con permisos retribuidos y disfrute de las vacaciones, sobre todo en

virtud del aumento de la cantidad de trabajo sufrido en determinados puestos. Por otra parte, son muy pocas las comunidades autónomas que regulan las condiciones del personal en función del tipo de centro y actividad que se realiza para el establecimiento de ratios de personal. Y las comunidades que lo regulan, utilizan criterios muy dispares y variados, desde el establecimiento de una ratio en función del número de plazas simplemente hasta las que tienen en cuenta la categoría y el grado de discapacidad de los usuarios.

## **Altas exigencias emocionales y cognitivas**

Hablamos de un sector en el que la actividad fundamental que se realiza es el cuidado y atención de personas que en mayor o menor grado dependen de otras para realizar sus funciones vitales básicas. No cabe duda que se trata de un conjunto de tareas que por su propia naturaleza pueden producir situaciones desgastadoras desde el punto de vista emocional. Se presta un servicio a las personas y se pretende inducir un cambio en ellas y evidentemente esto produce una alta exigencia para no involucrarse emocionalmente. Se atiende de forma continuada y durante muchas horas a lo largo de las semanas, meses e incluso años, con las mismas o nuevas necesidades y requerimientos a los mismos usuarios y no siempre con los conocimientos, habilidades o competencias específicas necesarias para sobrellevar estas situaciones.

Por las propias características del sector de atención a personas con discapacidad y con ello de los usuarios, el profesional que les atiende tiene que manejar mucha información (sobre el tipo de ayuda o cuidados que requieren, alimentación, etc.), y a la vez adquirir constantemente nuevos conocimientos.

## **Baja estima, baja previsibilidad y calidad de liderazgo**

No existen oportunidades de carrera profesional, debido a la carencia de criterios objetivos, claros y justos consensuados en los que se basen los ascensos o mejoras en la carrera profesional y que premien la experiencia, la formación, la profesionalidad y la antigüedad del personal. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece la necesidad de concretar las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las diversas profesiones que inciden en la atención a la dependencia. Este trabajo está todavía por hacer. Desde el punto de vista del género, se observa que si bien no hay obstáculos evidentes para la promoción profesional de las mujeres, son muy po-

# atención a personas con discapacidad



cas las mujeres que ascienden en su carrera. Finalmente, es un colectivo poco valorado y reconocido, sobre todo económicamente.

El colectivo denuncia la falta de información y la ausencia de acompañamiento y apoyo en situaciones en las que existe un gran volumen de trabajo que requiere cambios y adaptaciones constantes para las que, sin embargo, no hay tiempo suficiente fundamentalmente por la escasez de personal. A esto debemos añadir que las tareas de cada puesto de trabajo no están definidas, ni especificadas. Otra situación común es el cambio de las tareas asignadas o el establecimiento de nuevas responsabilidades sin información a tiempo o con información insuficiente.

## **Inseguridad ante el futuro**

Hay un temor generalizado a la pérdida de empleo y reducción del salario, debido a la reconversión de determinados puestos de trabajo, a los recortes presupuestarios sufridos y a la introducción del complemento profesional de desarrollo y evaluación por competencias cuyo objetivo es medir los conocimientos, habilidades, aptitudes y conductas laborales que posee un profesional para realizar con éxito sus actividades y de cuyos resultados dependerán los incentivos salariales que perciba cada profesional tras la aplicación del XIV convenio colectivo.

Como conclusión del estudio, se pone de manifiesto la necesidad de evaluar los riesgos psicosociales en los centros de trabajo del sector a través de metodologías participativas. Asimismo, se proponen algunas líneas de mejora:

1. Acordar calendarios laborales estables, que tengan en cuenta medidas de conciliación de la vida laboral y doméstico-familiar.
2. Negociación de criterios objetivos y pactados de promoción interna, y decisión negociada y participada de cualquier cambio de turno, o distribución de tareas.
3. Establecer sistemas de soporte profesional, generalizando la elaboración de planes de acogida, protocolos, equipos de colaboración, así como las figuras de coordinadores.
4. Nuevo cómputo de ratios basado en criterios pactados y objetivos y mejora de la planificación. Y, como medida adjunta, identificación de las necesidades formativas del todo el personal y planificación de los distintos cursos de formación.
5. Establecer una política de comunicación que informe sobre lo cotidiano.
6. Establecer unas retribuciones dignas y acordes a las características de los distintos puestos de trabajo y jornadas.

Podrás encontrar toda la información sobre este estudio y sus resultados en la siguiente dirección:

<http://www.saludlaboralfeccoo.es>, también en:

[http://www.fe.ccoo.es/ensenanza/Condiciones\\_de\\_Trabajo:Salud\\_Laboral](http://www.fe.ccoo.es/ensenanza/Condiciones_de_Trabajo:Salud_Laboral)



\*Pilar Ortiz Barragán es secretaria de Acción Sindical, Universidades e Investigación y Salud Laboral de FECCOO.

# Crónica de una muerte anunciada. La Ley de Mutuas

JAIME GONZÁLEZ

**La novela de García Márquez concatena una serie de hechos que desembocan irremediabilmente en una muerte para salvar el honor familiar mancillado. La Ley de Mutuas ha cumplido el dicho de “cambiar todo para conservar la situación prácticamente tal y como estaba”. Una ley que no ha sido consensuada con los agentes sociales, y que no se ha construido en un marco de diálogo estructurado, abierto y transparente.**

Uno de los cambios más llamativos ha sido el de la denominación como “Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social” y no “Entidades colaboradoras de la Seguridad Social”. Se refuerza con este cambio de preposición su carácter autónomo y privativo en la gestión de un derecho colectivo, como es el caso de los derechos a la salud y la protección frente a ciertas contingencias que tienen los trabajadores y las trabajadoras.

Solo en el preámbulo de la ley figura en ocho ocasiones “carácter privado” de las mutuas. No obstante, en el artículo 68.7 queda de manifiesto que las mutuas “forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, de conformidad con la naturaleza pública de sus funciones y de los recursos públicos que gestionan”. Esta redacción no dota de seguridad jurídica y no elimina las incertidumbres que la ley pretendía subsanar. El híbrido público/privado sigue igual de confuso.

Respecto al patrimonio histórico, se ha dado posibilidad, a través de un subterfugio, para que se siga acumulando patrimonio privativo en base a la gestión de recursos públicos. Este mecanismo se activa a través de la gestión de los bonus a las empresas, reintegrando en el patrimonio privativo parte del porcentaje retornado por las beneficiarias del mismo.

En prevención de riesgos laborales, las mutuas pierden pie o, mejor dicho, se les expulsa del ámbito de la prevención. Con esta ley se impide que las mutuas puedan desarrollar cualquier función de los servicios de prevención, ni participar en el capital social de los mismos. Proponiendo la desinversión en las sociedades de prevención hasta el 31 de marzo de 2015 o la propia liquidación si no se puede enajenar. La ley desliga definitivamente el gasto en prevención de riesgos laborales de los fondos que se destinan precisamente a cubrir los daños que los trabajadores y las trabajadoras sufren por la falta de políticas de prevención en sus empresas. Es tal el caso que el Fondo de Prevención y Rehabilitación que tenían las mutuas para hacer frente, entre otros, a gastos de prevención en riesgos laborales, se pasa a llamar Fondo de Contingencias Profesionales, haciendo hincapié principalmente en el proceso de rein-

serción al trabajo de los trabajadores y las trabajadoras, y no en la prevención del riesgo.

Respecto a la gestión de la IT por contingencia común, la Ley 35/2014 fija lo que desarrolla el RD 625/2014. Se permite a las mutuas la actuación en esta materia para aquellas empresas que le han dado competencias, desde el día en el que reciben la notificación de la baja por contingencia común. A partir de ahí pueden citar a reconocimiento médico, juzgar qué causas justifican una inasistencia y la ley les habilita para hacer propuestas de alta motivadas, tanto a la inspección médica de los sistemas públicos de salud como a la del INSS.

Por último, la ley no mejora el proceso de exigencia de responsabilidades, tal y como se demandaba, e introduce un elemento de confusión en los marcos de participación con la introducción en este marco de la representación del colectivo de autónomos, sin determinar ni cómo se legitima esta representatividad en el colectivo ni cómo cambia el marco de participación del resto de colectivos.

Solo, como elemento positivo, cabe resaltar que se mejora la publicidad de las memorias anuales, lo cual permitirá mayor transparencia en su gestión, y la participación en la Comisión de Prestaciones Especiales, que deberá decidir el destino de los fondos generados con la aportación del 10% del resultado económico positivo a programas de acción social (mejoras salariales, adaptación de vivienda...).

¿Hemos perdido otra oportunidad? Sí, una vez más el Gobierno ha sido incapaz de generar el ámbito de participación y consenso que merece uno de los pilares básicos que protegen la salud y el bienestar de los trabajadores y las trabajadoras. Seguimos con unas entidades anacrónicas, nadando entre la fiscalización pública y la autonomía de la gestión privada, cuyo objetivo consiste únicamente en colaborar en la gestión de prestaciones económicas, y que no tienen ninguna responsabilidad en mejorar las condiciones estructurales que eviten estos daños a la salud de la población trabajadora que quieren compensar económicamente.





## ¿Qué está pasando con la vigilancia de la salud?

PEDRO J. LINARES

Hace casi 20 años que la práctica de la vigilancia de la salud se legisló como una herramienta para la prevención de riesgos laborales con la misión de impulsar el cambio desde el reconocimiento médico inespecífico a un nuevo sistema en el que la vigilancia de la salud, además de proteger a los trabajadores de los riesgos del trabajo mediante la identificación precoz de daños y el consejo especializado, provee información adaptada a las necesidades del sistema de gestión preventivo. En este tiempo no se han desarrollado estudios que valoren en qué medida esta actividad es adecuada a los principios preventivos, se realiza con garantías de calidad o respeta los derechos de los trabajadores.

Teniendo en cuenta que los servicios de prevención facturaron por el concepto de vigilancia de la salud como mínimo unos 440 millones de euros en 2014, si atendemos a los cálculos que se derivan de la última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, la actividad, al menos en torno a los reconocimientos médicos, constituye una fuente de financiación interesante para estas entidades. Asistimos, además, en los últimos años a una ofensiva de las mismas para incrementar sus ingresos, forzando el recurso a considerar como obligatorios los reconocimientos médicos para colectivos amplios de trabajadores. Este hecho contrasta llamativamente con la escasa actividad preventiva que promueven y los contados casos de enfermedades profesionales que identifican. Más actividad, más coste, pero menos relevancia para la prevención.

Los trabajadores, en general, no perciben que los reconocimientos médicos estén orientados a los problemas reales de salud que consideran relacionados con el trabajo y no entienden que, sin embargo, se centren en aspectos individuales relacionados con sus hábitos personales. Ligado con las cuestiones de obligatoriedad, pero constituyendo un problema en sí mismo, nos enfrentamos a las cuestiones de "aptitud" con los riesgos que generan para el empleo. La poca promoción de los cambios en las condiciones de trabajo para adaptarlas a las condiciones de salud de los trabajadores, junto con la ausencia de criterios de aptitud claros, homogéneos y coordinados con el Instituto Nacional de la Seguridad Social o los médicos de atención primaria, determinan con demasiada frecuencia que los trabajadores sean considerados no aptos para el médico del trabajo, mientras que no son susceptibles de optar a una incapacidad temporal o permanente con otros criterios médicos.

Estos y otros problemas se describen con más detalle en las páginas de este *Dossier*, con la intención de promover un debate respecto a las necesidades más acuciantes y promover actuaciones que mejoren la situación.

# Los reconocimientos obligatorios

MARÍA J. LÓPEZ JACOB Y JAIME GONZÁLEZ

**Son cada vez más frecuentes los intentos de imponer la obligatoriedad de los reconocimientos médicos (RM). Muchos delegados y delegadas acuden a las Secretarías de Salud Laboral de CCOO por su preocupación de que estas iniciativas puedan conducir a un dictamen de “no apto” y afectar así al empleo. Con frecuencia estas situaciones se presentan en empresas con plantillas de edad madura, en las que las condiciones de trabajo han repercutido negativamente sobre la salud, y el que más y el que menos tiene alguna patología crónica.**

La obligatoriedad de los reconocimientos médicos es una imposición rechazable, ya que pone en cuestión el sentido y filosofía de la vigilancia de la salud, que con la obligatoriedad deja de ser un derecho y una herramienta preventiva. La “obligatoriedad” atenta contra el derecho a la intimidad. La Directiva Marco 89/391/CEE, de donde emana el fondo y la forma de la normativa, en todo momento trata de reconocimientos médicos voluntarios como parte del deber de garantía de la salud del empleador con sus trabajadores y trabajadoras.

La propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales permite hacer consideraciones que apoyan el derecho de los trabajadores a optar voluntariamente al reconocimiento. También el Tribunal Constitucional, en su sentencia 196/2004, da más valor a la voluntad del trabajador, anteponiéndola a otras consideraciones y por encima de la utilización de los reconocimientos como medio para valorar las condiciones de trabajo o “identificar los daños para uno mismo” que plantea la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Entiende la sentencia que solo en casos de riesgo para terceros, y siempre que exista una proporcionalidad al mismo, se podría aplicar la obligatoriedad.

Entre los asesores y asesoras de salud laboral del sindicato se percibe que la creciente presión por la obligatoriedad está fomentada por las sociedades de prevención, que pretenden que haya cada vez más reconocimientos obligatorios. Un interés que no responde realmente a una necesidad o un afán preventivo, sino más bien a un afán lucrativo. Observan, además, que los trabajadores ven con desconfianza estas iniciativas que, además, afectan a la calidad de la relación médico-trabajador. También la CEOE persigue este objetivo, evidenciado en sus propuestas para la Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo y en el Acuerdo Nacional de Convenios (ANC).

Las experiencias de intervención de las que tenemos constancia son muchas y variadas. Según la experiencia recogida en el sindicato, las estrategias que más ayudan a llegar a buen puerto han cuestionado los siguientes aspectos:

- **El porqué** tiene que ser obligatoria: a este respecto, los argumentos de la sentencia citada, así como algunas respuestas de la Inspección de Trabajo o de los institutos regionales de SST, constituyen una buena base.
- **Para qué** riesgos se plantea forzar la obligatoriedad y cómo es que no pueden ser evitados y controlados de otra manera, y qué está haciendo la empresa al respecto. En

estos casos, la prevención de riesgos laborales hace necesario replantearse el plan de prevención y la estrategia de la empresa para reducir los riesgos que se pretenden afrontar con la vigilancia de la salud.

- **Qué pruebas**, en concreto, se proponen como obligatorias: si se aduce riesgo para terceros (por ejemplo, control de la visión para conductores), y cuáles no son necesarias para valorar este riesgo específico.

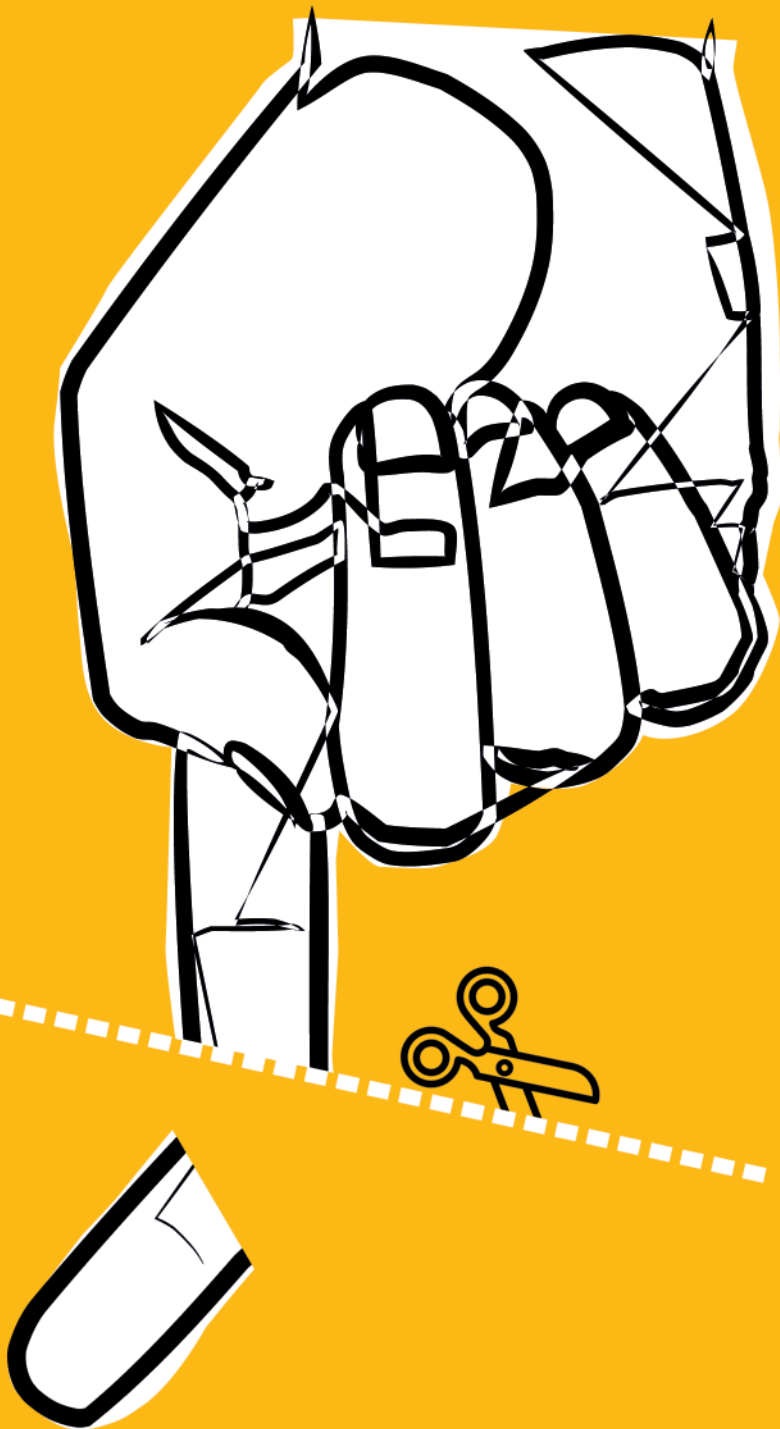
Para hacer efectivo el rechazo a la obligatoriedad, los delegados también han de informar a la plantilla de la postura de CCOO y pedir apoyo en el sindicato, donde los asesores y asesoras de salud laboral tienen información y experiencia en estos casos.


## El caso de Unipapel

Para ilustrar la eficacia de la acción sindical traemos el caso de Unipapel (Madrid). Los delegados de prevención de esta empresa reciben un comunicado de la dirección y del servicio de prevención mancomunado solicitando su informe favorable para que la vigilancia de la salud pase a ser obligatoria para todos los trabajadores y las trabajadoras del centro de Madrid. Los delegados temen que la empresa utilice los resultados de las pruebas médicas para despedir a trabajadores que puedan ser calificados como no aptos. Saben que esta medida es muy impopular entre los trabajadores. También piensan que si se niegan, y algún trabajador o trabajadora de los que renuncian a las pruebas médicas sufre un accidente o enfermedad, la empresa les hará a ellos responsables.

Con el asesoramiento de la Secretaría de Salud Laboral de Madrid, los delegados exigen a la empresa la información que justifique el cambio que propone. Unipapel argumenta la importancia de la vigilancia de la salud, la baja participación de los trabajadores en dicha vigilancia, etc., pero no tiene un argumento de peso para exigir su obligatoriedad, ante lo que los delegados de prevención proponen que se planteen medidas que favorezcan esta participación. La empresa sigue presionando para conseguir el informe favorable de los delegados, ante lo que se decide emitir una consulta al Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que da la razón a los delegados respondiendo que no encuentra justificación para que la vigilancia sea obligatoria. El trabajo conjunto entre delegados y sindicato permitió conseguir que la vigilancia de la salud no pasase a ser obligatoria en ningún centro de la empresa, pues los delegados de Madrid informaron a todos los delegados de CCOO de lo ocurrido para que to-

# dan miedo



men las mismas medidas. Por su parte, la empresa accedió a realizar la campaña que propusieron los delegados para sensibilizar a los trabajadores sobre las ventajas de someterse a la vigilancia de la salud, consiguiendo así romper las reticencias que tenían los trabajadores y las trabajadoras para acudir a la vigilancia de su salud, al incidir sobre la vertiente preventiva y no sobre la discriminatoria o sancionadora. 


## Los controles de alcohol y otras drogas

JOSÉ RODRÍGUEZ VALDÉS\*

Vivimos un tiempo en el que se pretende que la salud deje de ser un derecho de las trabajadoras y los trabajadores y pase a ser una cualidad de los mismos. Venimos observando la pretensión de que la vigilancia de la salud se convierta de forma generalizada en obligatoria. El propósito no puede ser otro que el control, en aras a una selección para una mayor productividad.

En este sentido hay una pretensión que pasa por la obligatoriedad de hacer pruebas de determinación de drogas y alcohol. No podemos por menos que preguntarnos si esto no será un "caballo de Troya". Dada la mala fama de las drogas, abramos la obligatoriedad haciendo estos controles porque serán asumidos para, en una segunda fase, generalizar la obligatoriedad.

Pero, ¿tienen sentido los controles de alcohol y otras drogas? Esta pregunta la responde la legislación vigente, en concreto la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 22. La ley consagra el derecho de las trabajadoras y los trabajadores a la vigilancia de la salud para la protección de la misma y, para que ese derecho sea efectivo, se plantea como voluntaria para el trabajador con las mismas consideraciones que para el resto de contenidos de los reconocimientos. Además de la ley, la Inspección de Trabajo, los tribunales de justicia y particularmente el Tribunal Constitucional en su sentencia 196/2004, ya comentada, dejan claro el mayor valor de la voluntariedad, incluso aunque la obligatoriedad venga marcada por convenio colectivo. En ningún caso la negativa a someterse a la vigilancia de la salud o a detección de drogas o alcohol puede suponer penalización o sanción. Tampoco cabe que los controles de alcohol u otras drogas sean realizados por personal no especializado, sino por personal sanitario.

Por el contrario, siendo el consumo de alcohol y otras drogas una cuestión de salud, lo razonable no es que los problemas de salud se traten de forma disciplinaria, sino de forma preventiva. Para una mayor eficiencia, por derecho, por dignidad. En este sentido, desde CCOO planteamos actuaciones integrales que traten preventivamente este asunto. 

\*José Rodríguez Valdés es miembro de la Secretaría confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO.

# Vigilancia de la salud: ¿es útil para la prevención?

**La exposición al riesgo ergonómico entre el personal sanitario es un problema grave**

LOLY FERNÁNDEZ CAROU\*

**La vigilancia de la salud es la actividad preventiva que más dinero cuesta a las empresas, pero ¿es útil para la prevención? La respuesta es que no siempre, o muchas veces no. Para tratar de abordar este problema, en el Consell de Relacions Laborals de Catalunya llegamos a un acuerdo tripartito sobre vigilancia de la salud, en el que empresarios, sindicatos y administración laboral y sanitaria se comprometían a respetar un marco conceptual que garantizaba que este es un instrumento preventivo eficaz.**

Para dar recorrido al impulso de este acuerdo, desde CCOO decidimos diseñar una encuesta que recogiera la voz de delegados y delegadas respecto al funcionamiento de la vigilancia de la salud: cuatro bloques, con un total de 40 preguntas sencillas que nos han permitido "diagnosticar" cómo está la vigilancia de la salud en una empresa. La encuesta ha permitido que en cada empresa se abran líneas de acción a partir de la evaluación y, además, nos ha permitido diagnosticar la situación de la vigilancia de la salud en las empresas catalanas según los delegados y delegadas de CCOO de Catalunya. En la encuesta han sido contactadas 750 empresas con delegados y delegadas de prevención de CCOO y han participado 526.

## La situación en Catalunya

En el 56% de las empresas la vigilancia de la salud es objeto de diálogo entre dirección y representantes de los trabajadores, en un 37% no se da este diálogo y en un 7% los delegados lo desconocen, por lo que es de suponer que no se da. En cuanto a si se respeta el principio de voluntariedad, en el 76% de las empresas encuestadas sí se respeta, en un 16% no y un 8% no lo sabe. En el caso de que en la empresa haya situaciones en que la vigilancia de la salud sea obligatoria, en un 55% de los casos no se ha realizado el informe preceptivo previo de los delegados de prevención que exige la ley.


En cuanto a si la vigilancia de la salud es específica en función de los riesgos del puesto de trabajo, en el 55% de las empresas encuestadas han contestado que sí lo es, pero llama la atención que en el 13% de los casos no lo sabían. Respecto a si se garantizan los derechos de información, en el 42% de las empresas encuestadas no existe un documento de "consentimiento informado". En el 69% no han consultado a los delegados de prevención sobre procedimientos para elaborar y conservar la documentación utilizada y generada por la vigilancia de la salud.

## Conquistar la participación

Cuando se ha conquistado el espacio de participación en la empresa aumentan las posibilidades de que los reconocimientos médicos contemplen la especificidad de los riesgos del puesto de trabajo, se realicen informes colectivos, se consiga el consentimiento informado y se practiquen los derechos de información y de propuesta de obligatoriedad razonada.

Aun así, hay que aumentar el control sindical en el ejercicio de estos derechos, ya que los resultados reflejan una ausencia de formación sobre los derechos de información, de con-

sulta y de participación de los delegados y delegadas de prevención en esta actividad preventiva.

Por lo tanto, podemos concluir con contundencia que es necesaria la participación y la acción colectiva de los trabajadores y las trabajadoras, es decir, 12 de sus representantes, haciendo propuestas sobre instrumentos y procedimientos que faciliten el cambio de prácticas. Además, es necesario que en el ámbito de la representación unitaria de los trabajadores y trabajadoras se especifiquen los criterios normativos y éticos y los procedimientos para garantizar los derechos, y convertirlos en pacto de empresa y/o cláusulas de negociación colectiva para lograr verdaderamente que esta sea una actividad preventiva y que sea útil para mejorar las condiciones de trabajo en las empresas. 

\*Loly Fernández Carou es responsable sindical de Salud Laboral de CCOO Catalunya y coordinadora del Gabinet de Salut Laboral Higia-Salut i Treball-CONC.



# Despido por ineptitud = Fracaso de la prevención

CLAUDIA NAROCKI

**A las Secretarías de Salud Laboral del sindicato llegan cada vez con más frecuencia consultas de delegados y delegadas de prevención en relación al caso de algún compañero que, tras un reconocimiento médico (realizado por el servicio de prevención (SP) en el marco de la vigilancia de la salud, ha sido declarado "no apto", temiendo la posible aplicación del artículo 52.a del Estatuto de los Trabajadores (ET) que establece que el contrato de trabajo podrá extinguirse por "causas objetivas", y entre estas está "por ineptitud del trabajador conocida o sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa". Aunque desde CCOO se logra frenar algunos de estos despidos, en otros casos hay que llegar a los tribunales.**

## Del reconocimiento médico al despido

La posibilidad de que se produzca un despido como resultado de un reconocimiento médico en el marco de la vigilancia de la salud, surge de la convergencia de varios factores. El concepto de "ineptitud" del trabajador en el marco de la prevención de riesgos laborales (PRL) tiene por objeto proteger la salud de los trabajadores. Cuando se verifique algún grado de "ineptitud" para un puesto, la normativa de PRL exige que el servicio de prevención asesore al empresario sobre las medidas preventivas a adoptar, priorizando la adaptación del puesto o bien el cambio a otro. Sin embargo, los SP se saltan este paso y pasan a calificar: "no apto", "apto con limitaciones" (o "apto condicionado"). Todo ello en ausencia de criterios consistentes; dependiendo del servicio de prevención, ante una misma patología las etiquetas se ponen de forma indistinta. Además, los criterios aplicados por los servicios de prevención pueden no ajustarse a los adoptados por otras instancias especializadas. Ejemplo: un trabajador que conduce una carretilla en un almacén fue considerado

"no apto" por padecer diabetes, mientras que la Dirección General de Tráfico considera que las personas con diabetes pueden ser conductoras profesionales siempre que demuestren, periódicamente, que tienen su diabetes controlada.

Por el contrario, el art. 52.a del ET viene a proteger el derecho del empresario a romper una relación laboral cuando acontece una "ineptitud sobrevenida". Aunque la amplitud de la casuística que justifica estos despidos ha sido acotada por la jurisprudencia, todavía caben demasiados casos. Los resultados de la intervención judicial resultan inciertos. Los jueces pueden entrar o no a valorar la calidad técnica del informe de los servicios de prevención y pueden entrar o no a verificar si se han agotado las posibilidades de adaptación de los puestos de trabajo o se ha ofertado un puesto alternativo.

El problema se agrava porque nuestro sistema de protección social para los trabajadores cuya salud se haya deteriorado hasta el punto que no puedan seguir en su puesto de trabajo, funciona con criterios propios: un despido por ineptitud basado en un informe del servicio de prevención no significa que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) vaya a declarar una "incapacidad" que da derecho a una pensión.

Es necesario abordar con urgencia esta brecha en la lógica preventiva y protectora, que mina la eficacia de la vigilancia de la salud y la cobertura social. En el terreno normativo se debería exigir que las posibilidades de adaptación del puesto de trabajo queden agotadas antes de proceder a la calificación de no aptitud. Además, los trabajadores afectados deberían tener derecho a que se establezca un procedimiento de rechazo en el que intervenga la Inspección de Trabajo para verificar la pertinencia de esos despidos. Y los criterios de aptitud deberían ser homogéneos, para todos los SP, y consonantes con los del INSS.

En la situación actual, resulta fundamental garantizar que los representantes de los trabajadores participen en la planificación de la vigilancia de la salud y los reconocimientos médicos deben poder valorar, con asesoramiento sindical, si han de dar el consentimiento a que, en primer lugar, sean considerados "obligatorios" y/o, en segundo lugar, puedan conducir a una declaración de "aptitud", ya que ambos aspectos deberían reservarse solo para casos excepcionales. Además, los trabajadores que han de pasar una revisión médica deben estar informados de estos aspectos.



# Vigilancia de la salud: calidad y especificidad vs

CARMEN MANCHEÑO\*

**Durante décadas, la vigilancia de la salud de la población trabajadora se ha equiparado a los reconocimientos médicos periódicos y generalistas. Una especie de chequeo de salud general que se realiza anualmente y donde se mira la tensión arterial, el colesterol, etc. El modelo que introdujo la Ley de Prevención de Riesgos Laborales hace casi 20 años es radicalmente distinto, ya que supone realizar exámenes de salud específicos para detectar los posibles daños causados por las condiciones de trabajo.**

Como señala el art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el deber de vigilancia de la salud empresarial no se proyecta en relación a la salud en general, sino que se limita a la prevención de los riesgos inherentes al trabajo concreto que se desempeñe. Así, debe centrarse en conocer las interrelaciones entre el trabajo y la salud, analizando en qué modo influye la tarea concreta que desempeña el trabajador en su salud, con una finalidad preventiva de mejora de las condiciones de trabajo.

Hay que partir de la premisa de que los reconocimientos médicos son el principal, y muchas veces el único, instrumento que se utiliza para hacer la vigilancia de la salud de los trabajadores y, por tanto, que su calidad sea la adecuada cobra especial relevancia.

Además de la detección precoz de las enfermedades, la vigilancia de la salud no puede estar al margen de la actividad preventiva, sino que debe partir de las condiciones de trabajo que pueden provocar daños a la salud y debe generar informaciones sobre las alteraciones de la salud que sean de utilidad para la prevención. Esto solo se consigue si los exámenes médicos son específicos. Lo deseable y útil en términos preventivos es que así fuera, pero la realidad es que los reconocimientos médicos que se realizan siguen siendo generales; en el mejor de los casos se diagnostica algún tipo de patología que nunca se pone en relación con las condiciones de trabajo y que siempre se deriva al sistema público de salud. Así, por ejemplo, podemos ver cómo en trabajadores expuestos a ruido el médico que hace el examen de salud "constata" que los trabajadores y las trabajadoras se van quedando año tras año un poco más sordos, pero ni se proponen las medidas preventivas necesarias para evitar este daño ni se gestionan como enfermedades profesionales.

Los trabajadores cada vez tienen más claro que estos reconocimientos "no sirven para nada", "te hacen lo mismo si estás en la oficina que si conduces un camión". Identifican perfectamente la actitud rutinaria de unos médicos que "ni siquiera conocen el puesto de trabajo". Esta praxis ineficaz actualmente está dando un paso más perverso y especialmente grave: la utilización de la vigilancia de la salud para despedir a trabajadores y trabajadoras.

Coexisten dos problemas: por un lado, muchas veces las evaluaciones de riesgo son insuficientes, no evalúan todos los riesgos o se evalúan mal y, por tanto, no se plantean los factores de riesgo a vigilar; por otro lado, la propia praxis de la vigilancia muchas veces se limita a aspectos

generales, e incluso cuando se avanza en alguna especificidad, no se pone después en relación con las condiciones de exposición y, por tanto, no permite identificar ni problemas de salud ni riesgos no suficientemente controlados. Una praxis con graves consecuencias.

Alfonso Ríos Velada, secretario de Salud Laboral y Medio Ambiente del País Vasco, nos cuenta cómo en la marmolería vizcaína de Novogranit la nula prevención y la incorrecta vigilancia de los trabajadores han generado que de ocho trabajadores que estaban en el taller en la última etapa, siete hayan desarrollado silicosis (uno de ellos de grado 3) y cinco, incapacidades permanentes totales.

Según explica Alfonso, aunque en la evaluación de riesgos sí se contemplaba la exposición a sílice, la vigilancia de la salud no se ha ajustado nunca al protocolo específico que se debe exigir y concretamente las radiografías no se hacían con la periodicidad que está marcada, pero además cuando se hacían nunca se diagnosticaban daños hasta que ya fue demasiado tarde y se diagnosticaron en fases muy avanzadas. El servicio de prevención ajeno (Spril Norte) subcontrató la realización de las radiografías de tórax a una clínica privada, que además no tenía los permisos necesarios. La situación se ha denunciado y seguido desde el sindicato, se han conseguido incapacidades, recargos en las prestaciones, pero para los trabajadores ya es demasiado tarde: su salud ya está dañada.

A veces es difícil establecer cuándo la responsabilidad es única del empresario y cuándo es compartida con los servicios de prevención. En Madrid, el Tribunal Superior de Justicia acaba de condenar a la sociedad de prevención de Fremap a pagar 76.885 euros a un trabajador por considerarle corresponsable del daño que le ha generado una incapacidad permanente total. Se trata de un soldador que, estando diagnosticado de "fiebre por humo de metales", es obligado a volver a su puesto habitual tras varios años de estar alejado como consecuencia directa de un reconocimiento médico que le considera apto sin ningún tipo de restricción. CCOO de Madrid puso en conocimiento de la Inspección de Trabajo esta situación, le facilitó toda la documentación e informes que constataban esta arbitrariedad y la resolución que dicta el inspector actuante es la base que ha servido para que el sindicato judicializara el proceso que ha culminado con la condena a la empresa y a la sociedad de prevención. ■

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

# reconocimientos generalistas



## Malas prácticas

CRISTINA FLÓREZ\*

Los servicios de prevención están incluyendo entre sus servicios la venta de pruebas médicas que nada tienen que ver con las condiciones de trabajo y que son facturadas a los propios trabajadores. En ocasiones es el propio personal sanitario de los servicios de prevención quien tiene la obligación de realizar esta "oferta" al trabajador y conseguir un mínimo de ventas. Así, cuando un trabajador acude a realizarse el control médico en virtud de un derecho laboral (e incluso de una obligación), el personal del servicio le insta a realizar una compra de pruebas médicas, más o menos sofisticadas, irrelevantes para la prevención de riesgos laborales, en un afán comercial que sitúa al bolsillo de los trabajadores como diana de su política comercial. Estas prácticas, además, sitúan a los propios trabajadores de los servicios de prevención bajo una presión que genera diversos riesgos laborales, al imponerles la realización de actividades que no son propias de su profesión, no ajustadas a criterios sanitarios y que pueden constituir "mala práctica". Por ello, CCOO de Asturias ha denunciado estas prácticas a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

La normativa en prevención de riesgos laborales indica con claridad que la vigilancia de la salud debe ser uno de los instrumentos que utiliza la medicina del trabajo para controlar y hacer el seguimiento de la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de la población trabajadora. Y sobre lo que no hay ninguna duda es sobre el cometido de los servicios de prevención: las actividades sanitarias de los servicios de prevención (art. 3 del RD 843 de 2011) deben estar relacionadas con los riesgos a los que están expuestos los trabajadores y las trabajadoras en su puesto de trabajo. Incluso la actividad definida en el punto e) del citado artículo, que supone "impulsar programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud". Las actividades sanitarias de los servicios de prevención deben estar incluidas en el plan de prevención elaborado con la participación de los trabajadores. No cabe por tanto ninguna actuación sanitaria ajena a las pactadas en el concierto con la empresa y que no tenga que ver con la prevención de riesgos laborales.



\*Cristina Flórez es técnica de la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Asturias.

# Vigilancia de la salud de las mujeres: el círculo vicioso

PEX

El bajo índice de reconocimiento de los problemas de salud relacionados con el trabajo de las mujeres, y la intervención sobre ellos, supone una gran injusticia que se observa en todos los países industrializados. Una autora, Karen Messing, ha explicado el fenómeno y lo ha denominado círculo vicioso. El círculo comienza con la extendida suposición de que el trabajo de las mujeres conlleva menos riesgos en virtud de su ocupación en sectores considerados tradicionalmente menos peligrosos; sigue luego con una suposición errónea basada en los datos de accidentes de trabajo: puesto que los hombres tienen más accidentes, también los hombres ocupan los puestos peligrosos para la salud. El bajo reconocimiento de las enfermedades relacionadas con el trabajo de las mujeres tiene que ver no solo con la segmentación del mercado de trabajo, sino también con la capacidad de los sistemas de reconocimiento y compensación para detectar los tipos de daño que sufren las mujeres. Esta autora constata que esta invisibilidad en las estadísticas es causa de la poca importancia que se da a los problemas de salud laboral que sufre este colectivo. Entre las consecuencias de esta ceguera se encuentra la atribución automática de los daños a la salud de las mujeres a cuestiones externas al ambiente laboral, como es el trabajo reproductivo, el estilo de vida o la condición biológica (con lo que no se genera información necesaria sobre la relación de esas dolencias con las condiciones de trabajo, información imprescindible para elaborar indicadores para la vigilancia de la salud). Messing concluye que para acumular conocimiento acerca de los efectos del trabajo en la salud de las mujeres se requiere la adopción de indicadores más centrados en síntomas, en percepciones, que en patologías o lesiones. Y esto tiene claras implicaciones para la vigilancia de la salud (y así sobre las causas laborales de la pérdida de salud): es necesario mejorar el acceso de las mujeres a los reconocimientos médicos, que según muestra la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo es menor que la de los hombres y en estos se debe dar importancia a los síntomas que refieren las

mujeres y no solo verificar la presencia de "patologías".

## La conexión con los programas de promoción de la salud

Otro problema importante es la ausencia de relación entre los reconocimientos médicos en el marco de la vigilancia de la salud y los Programas de Promoción de la Salud en el Trabajo. Los programas preventivos no relacionados con los riesgos laborales deben acordarse en la negociación colectiva, y el tiempo destinado a estas actividades debe contabilizarse de manera diferenciada al del resto de las actividades preventivas. Esto lo dice el Real Decreto 843/2011. Pero la realidad es que hoy en día reina la confusión de actividades y los trabajadores ignoran cuáles son los objetivos de los reconocimientos médicos a los que acuden. Es importante que las delegadas y delegados reclamen a la empresa claridad de objetivos, negocien cómo se van a llevar estos adelante y publiquen toda la información disponible a los trabajadores.

Numerosas iniciativas bajo títulos como "trabajos saludables", "bienestar laboral", etc., se centran únicamente en la promoción de hábitos individuales (comer adecuadamente, hacer ejercicio, etc.), obviando la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo. Hacerlo significa poner en práctica la Ley General de Salud Pública y los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta organización mantiene que la promoción de la salud en el trabajo constituye un proceso participativo que busca la protección de la salud y el bienestar de los trabajadores, así como la sostenibilidad del ambiente de trabajo. La OMS dice claramente que estos programas deben incidir sobre distintos aspectos, pero que se debe abordar en primer lugar "la atención del entorno de trabajo", específicamente los riesgos laborales, entre los que señalan específicamente los psicosociales.



# “Defensium”, el remedio para mitigar la presión de las mutuas sobre el trabajador enfermo

ALFONSO ÁBALOS\*

CCOO de Castilla y León ha lanzado una campaña de comunicación para ayudar a los trabajadores y las trabajadoras a defenderse de los ataques de las mutuas que, en lugar de perseguir la recuperación de la salud de la persona enferma, buscan su incorporación al trabajo a cualquier precio. Para ello ha lanzado el “compuesto” “Defensium multiprotect”, la página web “[todosobrelasbajaslaborales.com](http://todosobrelasbajaslaborales.com)”, ha producido vídeos, editado folletos y realizado vallas publicitarias.

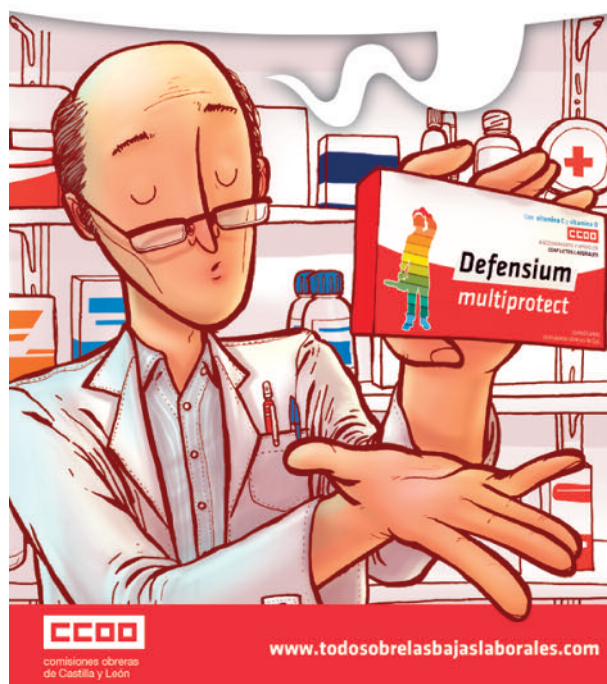
Desde el año 2011, en las asesorías de Salud Laboral de la región se han atendido más de 10.000 consultas, de las cuales el 20% ha sido sobre las mutuas y el 25% sobre cuestiones generales acerca de las incapacidades laborales y su gestión por parte de la Administración, siendo generalizado el desconocimiento sobre esta materia. Entre las cuestiones que suelen plantear los trabajadores y las trabajadoras destacan las siguientes: han sufrido un accidente de trabajo y no se les quiere tramitar el pertinente parte de accidente, con lo que en la mutua no se les atiende; sospechan padecer una enfermedad derivada del trabajo y no saben dónde dirigirse, se les presiona para coger el alta médica, padecen una enfermedad común y las condiciones de trabajo se la empeora, desconocen cómo tramitar una invalidez, o cuáles son las cuantías que se cobran en situación de incapacidad, etc.

Los últimos cambios normativos, entre los que destaca la reforma laboral, hacen que los trabajadores y las trabajadoras puedan perder su puesto de trabajo si por motivos de salud necesitan una baja laboral. En esta situación se encuentran continuamente controlados y tratados como si fuesen defraudadores, sobre todo por las mutuas.

Todos estos cambios y lo complicado de las gestiones y procedimientos administrativos que rodean a los procesos de incapacidad laboral, hacen que la mayoría de los trabajadores y las trabajadoras se encuentre en una situación de total indefensión. Por este motivo, en el año 2011 la Secretaría de Salud Laboral presentó la campaña “Todo sobre las bajas laborales, no estás desprotegido, tienes ayuda”, con la que se pretendía prestar ayuda y asesoramiento a todos aquellos trabajadores y trabajadoras, delegados de prevención y resto de ciudadanos que tuvieran alguna duda sobre sus derechos y obligaciones en relación a las bajas laborales, y cuyo lema era: “La única presión debería ser recuperar tu salud, exige el tiempo de recuperación que te corresponde”.

El elemento fundamental de la campaña es la página web: [www.todosobrelasbajaslaborales.com](http://www.todosobrelasbajaslaborales.com), una herramienta de fácil acceso y actualizada. En una primera fase de la campaña se colocaron 67 vallas publicitarias en toda la comunidad, con especial presencia a las entradas de las ciudades y los polígonos. En una segunda fase, y con el fin de divulgar aún más la sensibilización e información, se puso en marcha un autobús itinerante que ha recorrido las diversas provincias y algunas comarcas de la comunidad. Con este autobús se pretendía

Todo lo que siempre quiso saber sobre  
**LAS BAJAS LABORALES**  
y nunca se atrevió a preguntar



poner a pie de calle, en manos de los trabajadores y las trabajadoras, las herramientas necesarias para que ni empresas ni Administración jueguen con su salud y sus derechos. Además, se impartieron 16 charlas informativas en toda la región y se elaboraron 10.000 folletos divulgativos sobre la campaña.

Este año, de nuevo se están produciendo cambios normativos relacionados con las bajas laborales. Los primeros, a raíz de la entrada en vigor del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, que regula algunos aspectos de la gestión y control de las incapacidades temporales en los primeros 365 días. Por ello, desde la Secretaría de Salud Laboral se ha iniciado una tercera fase de la campaña, con el lema “Activa tu defensa”. En esta nueva etapa se ha actualizado y modernizado la página web y se han elaborado 5.000 ejemplares de un fanzine-cómic relacionado con problemas de salud en el trabajo y 3.000 cajitas de caramelos para su difusión.

\*Alfonso Ábalos es el responsable del Gabinete de Salud Laboral de CCOO de Castilla y León.

# El control del absentismo por las mutuas: piensa

JAIME GONZÁLEZ

**Ciertas actitudes denotan la facilidad con que algunos “sujetos” piensan que otros son o actúan como ellos, en especial cuando se trata de malas acciones. Dicho lo cual, el Gobierno y la patronal han pretendido en los textos que regulan la incapacidad temporal, Ley 35/2014 y Real Decreto 625/2014, que el control de la misma sea un objetivo “prioritario” para acabar con el “fraude” en el acceso a las prestaciones. Por lo que han armado recursos con este fin.**

Desde CCOO nunca hemos negado la opción de mejorar los sistemas de gestión con el fin de agilizar pruebas diagnósticas y acelerar el inicio de tratamientos o cirugías, siempre con el único objetivo de reponer al trabajador o trabajadora en su estado de salud, y sin que ello justifique la persecución ni la estigmatización de los trabajadores en baja por Incapacidad Temporal (IT).

Con la Ley 14/1986, General de Sanidad, se reconoce el derecho a la asistencia y a las prestaciones de todos los españoles y los residentes en España y se establece la organización de los sistemas públicos de salud. En paralelo al modelo anterior está aquel que desde 1900 se articuló e integró en 1966 en el sistema público de la Seguridad Social. En este caso financiado por cuotas obreras y patronales, que bajo el principio de caja única recauda la Tesorería General de la Seguridad Social y transfiere a las entidades colaboradoras o mutuas y a las “empresas autoaseguradoras” para que reparen los daños derivados del trabajo.

Los dos sistemas conviven y desde enero de 1996 tienen “vasos comunicantes”, ya que en accidente no laboral y enfermedad común, la asistencia sanitaria la dispensa el sistema público de salud y la prestación económica compensatoria es provista por las mutuas. De ahí que las mutuas realizan un “control” de la situación de las personas en baja por contingencia común, de tal modo que siguen si el estado de salud “realmente” es incompatible con la actividad laboral desarrollada. A este fin citan a reconocimiento médico, fiscalizan las causas de inasistencia, ofrecen pruebas diagnósticas y tratamientos a las personas en baja y hacen “propuestas de alta” si dudan del criterio por el que el trabajador sigue en baja.

Un trabajador en baja tiene más controles que una persona en régimen penitenciario de tercer grado, ya que:

- El acto administrativo de la baja lo extiende el médico de familia y semanalmente, o según temporalidad del RD 625/2014, se renueva con los partes de confirmación y documenta con los “informes de control”.
- El especialista sigue al paciente y observa su evolución al tratamiento específico.
- Las inspecciones médicas del sistema público de salud y del Instituto Nacional de la Seguridad Social e Instituto Social de

la Marina (INSS/ISM) comprueban los procesos, estudian los que superan los tiempos estándar de duración y citan a los pacientes en caso de dudas.

A los agentes públicos sanitarios anteriores se suman las opciones privadas que tiene la empresa para sumarse al seguimiento de los casos:

- En base a lo regulado en el artículo 20.4 del Estatuto de los Trabajadores, la empresa puede contratar médicos privados para que contacten con los trabajadores en baja y hacerles un seguimiento del proceso.
- La empresa puede optar por adherirse a su mutua para que realicen la gestión económica de la contingencia común. Con ello la mutua podrá citar a reconocimiento a los trabajadores en baja por IT y hacerles un control.
- Por si parece poco, la empresa puede solicitar de los trabajadores que se reincorporan tras una baja prolongada que se sometan a un reconocimiento médico con el fin de comprobar su aptitud para el trabajo.

Ante estas injerencias de las empresas en los procesos de curación de los trabajadores, CCOO manifiesta que:

- ▶ El derecho de la empresa no es absoluto y se debe atener a las limitaciones, como el derecho a la confidencialidad, a la intimidad y a la protección de datos de carácter personal. En la Constitución Española prevalece la intimidad al poder de dirección del empleador (sentencia TC 196/2004).
- ▶ Solo los facultativos e inspectores médicos del sistema público y del INSS/ISM tienen competencias para dar la baja o el alta en enfermedad común y accidente no laboral.
- ▶ El trabajador o trabajadora no está obligado de forma taxativa a someterse al reconocimiento médico propuesto por la empresa. Solo se someterá a aquellas pruebas que, respetando la confidencialidad y con el mínimo menoscabo, pretendan ahondar en el conocimiento del estado de salud respecto al diagnóstico del caso concreto que origina la incapacidad temporal. Los reconocimientos se realizarán en un centro y por personal con las garantías que exija la autoridad sanitaria.
- ▶ El historial clínico completo está protegido y solo es accesible para el médico de atención primaria y las inspecciones médicas. Salvo que el trabajador preste su consentimiento informado por escrito. Antes de firmar nada hay que leer la letra pequeña, porque a veces se incluye un consentimiento solapado entre otra información.

# el ladrón que todos son de su condición



CONOCE  
TUS  
DERECHOS

- ▶ El trabajador o trabajadora está obligado a asistir a las citas oficiales, fehacientes y notificadas en plazo a reconocimiento médico. Salvo justificación documentada de que el desplazamiento supone un perjuicio para el tratamiento recuperador o pone en peligro la salud. En caso de negarse sin justificación existen unas consecuencias negativas, como la pérdida de la prestación y/o de las mejoras que por convenio colectivo paga la empresa en incapacidad temporal. La inasistencia a estos requerimientos a control médico no son causa para un despido disciplinario procedente.
- ▶ Las llamadas por teléfono solo serán atendidas si el trabajador opta por ello y no se debe dar información clínica. La información sanitaria es considerada "especialmente sensible" y confidencial. El teléfono es un dato que se da a la empresa para un fin concreto y no puede ser cedido a terceros sin consentimiento. Por ello, si llama un tercero en nombre de la empresa hay que solicitarle formalmente la cancelación del dato del teléfono que obra en su poder.
- ▶ Si el trabajador ha de realizar desplazamientos más allá de su área de salud, la empresa/mutua ha de proveer el transporte al efecto o correr con los gastos que se generen si anticipa el trabajador o trabajadora ese desplazamiento. Orden TIN/971/2009.
- ▶ El trabajador o trabajadora tiene derecho a conocer qué médico le atiende, su número de colegiación y especialidad clínica. Además de recibir informe de las pruebas que se le realicen. Como así regula la Ley Básica del Paciente, Ley 41/2002, y su adaptación en las distintas comunidades autónomas.
- ▶ El médico tiene deber de sigilo y confidencialidad respecto a los datos obtenidos. Toda filtración constatada a la empresa ha de denunciarse en la Agencia de Protección de Datos.
- ▶ El domicilio del trabajador es inviolable.
- ▶ Como sindicato es importante recopilar las quejas y reclamaciones. Tanto por el trato profesional como por la atención personal.
- ▶ El trabajador tiene derecho a asistir acompañado a las citas médicas. Siempre que el acompañante adopte una postura de respeto al trabajo profesional del sanitario. Hay que evitar situaciones de acoso y que no haya testigos que avalen esta actitud.
- ▶ Todo centro médico tiene obligación de tener hojas de reclamación a disposición de los usuarios. Si se niegan a facilitar la misma, hay que contactar con la policía municipal y que esta sea la que se encargue de que esté disponible el documento de reclamación pertinente. Siempre que se formule una reclamación, hay derecho a llevarse una copia. En determinadas comunidades autónomas es el reclamante quien gestiona que la hoja llegue a la Administración Pública competente de atender la misma.



Carme Valls-Llobet, endocrina

# “No somos el sexo débil, somos el sexo que

BERTA CHULVI

**La endocrina catalana Carme Valls-Llobet es una referencia internacional en la praxis y la investigación médica con enfoque de género. Hablamos con ella de medicina en general porque ese es el marco de invisibilidad de las mujeres en el que se inscriben las desigualdades en salud laboral de las trabajadoras. En marzo participó, junto con varias expertas de ISTAS, en la conferencia “Mujeres y trabajo” organizada por el Instituto Sindical Europeo en Bruselas. Su libro *Mujeres, salud y poder* marca un antes y un después en la lucha feminista en el ámbito de la salud.**

**La filósofa Celia Amorós ha sido paciente suya y afirma que usted esclarece las enfermedades desde una perspectiva feminista, ¿qué quiere decir con eso?**

Me emocionó que Celia dijera eso. Yo lo que hago es escuchar las diferencias que hay en el enfermar de hombres y mujeres. Y lo hago con una mirada científica. Por tanto, defiendo el derecho de las mujeres en el campo de la salud a tener las mismas oportunidades que los hombres, teniendo en cuenta que somos diferentes. Y eso es el feminismo: entender que tenemos igualdad de derechos, pero eso no quiere decir que tengamos el mismo trato, porque tenemos diferencias que han de ser visibilizadas. Por ejemplo, tenemos una vida más larga, pero los años que vamos a vivir de más, de momento, los vivimos con más dolor o con más enfermedades crónicas. Y estas enfermedades crónicas son las que se han estudiado menos por la medicina. Es decir, partimos de una desigualdad. Si tú vas al profesional de la medicina y le planteas un dolor o un cansancio y la atribución que se hace de ese dolor o de ese cansancio siempre es una enfermedad depresiva, nerviosa o un problema psiquiátrico, estamos sesgando el abordaje de los problemas de salud desde la igualdad de oportunidades, porque si fuera un hombre quien hablara, no se realizaría esa atribución causal.

**En el libro *Mujeres, salud y poder* llega a decir que al cuerpo de la mujer no se le ha dado calidad ontológica, es decir, que no existe, ¿se refiere en la investigación médica?**

Sí. Primero por haberla hecho desaparecer inicialmente de los grupos de investigación. No se tenían en cuenta cohortes en las que hubieran hombres y mujeres. Por ejemplo, se estudiaban infartos de miocardio y hasta la década de los 90 no se incluyeron mujeres en los trabajos de investigación, por tanto no había sexo femenino. Y la sintomatología que anuncia un infarto es diferente en hombres y en mujeres. Después hay otro problema en la visibilidad de las mujeres: la perspectiva de género exige tener en cuenta todas las tareas de cuidado que hacen las mujeres y que también condicionan su salud. Si no se tienen en cuenta estas condiciones de vida y trabajo, nos encontramos con investigaciones sesgadas también. Las investigaciones se hacen sobre mujeres abstractas. Se estudia la fibromialgia sobre 280 mujeres sin que sepamos cuántos hijos tienen, cuántas horas tienen que cuidarlos, qué ayudas tienen, etc. Por lo tanto, ya no entendemos que ese dolor pueda venir de situaciones de estrés o de otras cosas. Es decir,

falta la mujer como organismo, con unas diferencias biológicas evidentes y como ser humano completo. Este último enfoque, que pone la mirada sobre las condiciones de vida y trabajo, también falta en los hombres: hay hombres con trabajo y sin trabajo, jóvenes, mayores, etc. Se tienen en cuenta algunos hábitos de vida, si fumas, si bebes, pero hay más cosas en la vida que fumar y beber. Las condiciones de vida y trabajo afectan mucho a la salud, si no las contemplamos es como si analizáramos un ser humano pero amputado.

**Cuando la medicina empieza a elaborar el concepto de historia clínica sí había esa conexión entre síntomas y cronología vital, ¿ahora parece que se establecen relaciones directas entre síntomas y enfermedades?**

Sí, se ha perdido el relato de la experiencia personal. Lo explica Foucault muy bien. Él dice que hay que escuchar los síntomas de los pacientes y ver qué pasaba en ese momento. Se puede recuperar esa escucha, pero en estos momentos la gente está tan llena de inmediatez... Como dice Han, el filósofo coreano, “vivimos entre datos”. Las mujeres se explican a sí mismas a trozos: me duele aquí, me duele aquí..., hasta que consigues que hagan un relato de ese dolor. Para eso se requieren, a veces, tres visitas. Preguntas, “¿pero en qué momento le empezó esto?”, y la respuesta es: “No me acuerdo, me duele todo”. Como están tan llenas de dolor total, no saben separar uno parcial, no saben separar cómo empezó. A veces empezó en un accidente, en una situación de estrés muy grande, en la pérdida de un ser querido. En ese momento empezó una contractura y a partir de aquí hay una cadena de problemas musculares, interferidos porque luego hay carencias biológicas y estructurales que también pueden influir en el dolor. Pero el problema de los protocolos médicos, de lo que está pasando en la asistencia sanitaria, es que no hay tiempo para poder hacer este relato. La sensación que tienen las mujeres es que en diez minutos no van a poder explicar lo que les está pasando en 10 o en 100 días, y se atropellan. Y solo el hecho de hablar atropelladamente genera una actitud de anticuerpo por parte del médico en contra de la paciente, que hace que la rechace implícitamente. A lo mejor no verbalmente, pero sí corporalmente. Esto hace que aún se relate peor. Se ha perdido la calidad de la historia a favor de exploraciones muy agresivas que a veces, si no están bien dirigidas, no conducen a un buen diagnóstico y son carísimas. O sea, que yo creo que a las autoridades sanitarias les interesaría volver al relato de la buena historia clínica.

## se quiere presentar como inferior”



**“Que en las Facultades de Medicina no se prepare para escuchar las diferencias entre hombres y mujeres es violencia. La ignorancia es violencia”**

### **En el libro habla de microviolencias en el acto médico.**


Sí, hay todo un capítulo sobre eso porque yo creo que robar la experiencia, el relato, la sabiduría de las mujeres, ha sido también una estrategia del mundo androcéntrico: “No vale la pena lo que van a decir”, es la teoría implícita en el patriarcado. Lo que Bonino define como micromachismos, yo lo he llamado microviolencias en el acto médico para señalar que también se ejercen, por parte de médicos y médicas, hacia pacientes mujeres. Creo que si los visibilizamos, la sensación de estar anuladas, qué es lo que dicen las mujeres cuando van al acto médico cambia. Recuperaríamos la posibilidad de ser escuchadas.

### **A esto hay que añadir que la sintomatología típica se ha construido sobre los hombres, no sobre las mujeres.**

Exacto. Y eso es violencia. Que en las Facultades de Medicina no se prepare a los y las profesionales para escuchar las diferencias entre hombres y mujeres es violencia. Porque la ignorancia es violencia. La medicina ha establecido que hay algunas diferencias, pero ¿en base a qué ciencia lo ha estableci-

do? Por ejemplo, la hemoglobina. Es un parámetro para mirar cómo se incorpora el hierro en la vida de las personas, cómo respiraremos, qué energía tendremos, cómo subiremos una cuesta. Pues bien, ya a los estudiantes de tercero de medicina les enseñan que hay diferencias en la hemoglobina de hombres y mujeres. Les dicen: “Las mujeres tienen menos hemoglobina que los hombres”, pero la palabra no es “tienen”. La pregunta es “tienen” o “han de tener”. Y entonces, una estudiante de medicina pregunta por qué. Y la respuesta es: “Lo dice la OMS”. Y ahí se ha acabado. La hemoglobina está baja porque la mujer pierde más sangre, tiene la menstruación, pero aquí es cuando se confunde la frecuencia con la normalidad. Es frecuente, pero no es normal. En medicina nos enseñan valores de referencia, como si fueran valores normales. Si una persona pierde mucha sangre se le puede dar hierro y mejorará, tendrá más energía. Esta crítica a los valores de referencia produce mucho pánico. Los profesionales se preguntan: “Y ahora qué, ¿he de reflexionar sobre todos los valores? ¿Puede ser que los valores no reflejen los valores normales?” Pues sí, puede ser si no están hechos en función de la calidad de vida, si no tienen como objetivo proporcionar calidad de vida a las mujeres, es decir, igualdad de oportunidades.

### **Si esto pasa en la medicina en general, ¿qué ocurre en la salud laboral?**

Pues en salud laboral tampoco estábamos las mujeres. En 1990 me parece que encontramos un estudio de salud laboral que incluyera mujeres y hombres en una exposición al amianto. En ese momento denunciábamos que las mujeres no eran visibles para la medicina cardiovascular. Luego hemos visto que hay condiciones laborales de exposición a riesgos químicos, psicosociales y ergonómicos que afectan más a las mujeres y que tenemos muchísimas más dificultades para que se reconozcan. Por ejemplo, fácilmente reconocerán una lesión en cervicales a un hombre que transporta un saco, pero no a una mujer que mueve una tonelada, pero de 300 en 300 gramos, durante todo el día. Al hombre se le indemnizará y a la mujer se le dirá que tiene los huesos débiles porque se maneja toda una serie de teorías implícitas sobre la salud de las mujeres. Y ese “ser mujer”, que no se tiene en cuenta en las investigaciones, porque no importaba, de golpe aparece para no tratar, para no indemnizar. Se nos presenta como víctimas de nuestro cuerpo, cuando somos el sexo que vive más años. No somos el sexo débil, somos el sexo que se quiere presentar como inferior y para eso, la teoría implícita es que todo lo que tenemos dentro es más flojo. Hemos de acabar con eso reivindicando la igualdad de oportunidades en salud desde la visibilización de la diferencia. Ahí los sindicatos están haciendo un gran trabajo. 



## Riesgos psicosociales en el sector de atención a la discapacidad

A lo largo del año 2014, la Federación de Enseñanza de CCOO, con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales y la colaboración de ISTAS, ha realizado un estudio sobre la exposición a los riesgos psicosociales en los centros de atención a personas con discapacidad. De este trabajo surgen dos herramientas que pueden ser de gran utilidad para los delegados y delegadas de prevención del sector, la "Guía sobre condiciones de trabajo y exposiciones psicosociales en los centros de atención a personas con discapacidad" y un vídeo resumen con los contenidos más interesantes de todo el proceso. Se puede acceder al PDF interactivo de la guía y al vídeo resumen en la versión digital de pEx.

## El Método ERGOPAR V2.0: Ergonomía participativa para la prevención del riesgo ergonómico de origen laboral

La ergonomía participativa es una estrategia para la mejora de las condiciones de trabajo a nivel ergonómico y la prevención de los trastornos musculoesqueléticos. Así, el Método ERGOPAR es un instrumento preventivo de ergonomía participativa, validado, público y gratuito, elaborado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (financiado por la FPRL) en colaboración con un equipo de profesionales de la prevención, investigadores, ergónomos, representantes de la dirección de empresas, trabajadores y sus representantes legales. A través de su web (<http://ergopar.istas.net>) podrás acceder al manual del método versión 2.0, consultar literatura empleada en su elaboración, descargar recursos de apoyo en la tutorización del método en la empresa, la aplicación informática del método y su manual de uso, conocer algunas experiencias participativas desarrolladas con el método, acceder a herramientas útiles en su aplicación, así como otra información de interés que te permitirá completar tus conocimientos sobre el método.

## Directrices para la decisión clínica de enfermedades profesionales del aparato respiratorio

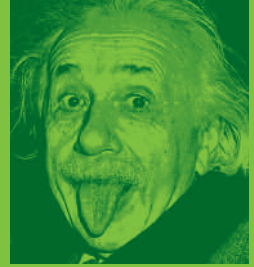
La Escuela Nacional de Medicina del Trabajo con la colaboración de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y el INSHT han elaborado unas directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales del aparato respiratorio. Con anterioridad se habían publicado directrices para las enfermedades profesionales de la piel y trastornos musculoesqueléticos. Se trata de herramientas que ayudan a los profesionales sanitarios a identificar y notificar este tipo de patologías. En esta ocasión son ocho documentos, dos de los cuales están relacionados con el cáncer profesional: cáncer de pulmón y patología por amianto.

## La promoción de la salud y la seguridad en el trabajo: todo un arte

El Instituto Sindical Europeo (ETUI) ha producido una exposición de carteles históricos utilizados para promover la salud y seguridad en el trabajo en más de una veintena de países. La exposición, de la que se ha editado un catálogo, que se puede adquirir en la web de ETUI, muestra cómo han evolucionado los eslogans en salud laboral partiendo de una perspectiva que simplemente culpabilizaba a los trabajadores de los accidentes hasta una aproximación más centrada en la prevención colectiva frente a los riesgos. Desde un punto de vista artístico, la exposición propone un recorrido por las grandes corrientes gráficas del siglo XX.

## NYCOSH relaciona la salud laboral en aeropuertos y la seguridad del pasaje

El Comité para la Salud y Seguridad en el Trabajo de Nueva York (NYCOSH) ha editado un informe que relaciona la seguridad del pasaje de los aviones con la seguridad y salud laboral de los empleados de los aeropuertos. El informe señala cómo la mayoría de trabajadores y trabajadoras de las subcontratas que operan en los aeropuertos están sometidos a unas condiciones de trabajo precarias e insalubres que en muchos casos violan la legislación vigente en materia de salud laboral. El estudio concluye que la seguridad y salud de los pasajeros se puede ver comprometida por fallos en la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras.



# porEvidencia

Actualidad científica

## Insuficiente inclusión de mujeres en los estudios sobre cáncer laboral

Según este artículo, hace tiempo que entre los investigadores existe preocupación por la poca presencia de mujeres que se incluyen en los estudios epidemiológicos sobre cáncer laboral; para valorar en qué medida esta situación avanza (en estudios previos se comprobó que solo un 25% de los estudios incluía mujeres), han realizado una nueva revisión, comprobando que la situación ha mejorado desde el 39% en el periodo 1991-1995 hasta el 62% en el de 2006-2009. También encontraron que los estudios que incluyen metodologías más adecuadas para elevar el nivel de certeza de los resultados (como la relación dosis-respuesta) eran menos frecuentes entre los que incluyen mujeres. A pesar de los avances, los investigadores concluyen que todavía existen desigualdades tanto en la cantidad como en la calidad de los estudios.

*Hohenadel, K., Raj, P., Demers, P. A., Zahm, S. H. and Blair, A. (2015), The Inclusion of Women in Studies of Occupational Cancer: A Review of the Epidemiologic Literature From 1991–2009. Am. J. Ind. Med., 58: 276–281.*

## Largos horarios de trabajo y consumo de alcohol

Los autores han recogido y analizado la evidencia publicada respecto a la influencia de los horarios de trabajo en el consumo de alcohol, a lo que han añadido datos de estudios no publicados. El análisis se basó en más de 60 estudios procedentes de 14 países que acumularon información de más de 300.000 personas.

Se sabe que las largas jornadas de trabajo están asociadas al padecimiento de enfermedades cardiovasculares, accidentes de trabajo y problemas de salud mental; con este trabajo se añade evidencia sobre la influencia que sobre el consumo de alcohol tiene trabajar más de 48 horas/semana, límite establecido por la Unión Europea.

*Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. Virtanen M et al. BMJ 2015; 350: g7772.*

## Exposición de los trabajadores de peluquerías al cancerígeno toluidina

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer ya clasifica la profesión de peluquera/peluquero como cancerígena, debido al incremento del cáncer de vejiga entre estos profesionales derivado de la exposición a aminas aromáticas. Los autores de este trabajo se plantearon como objetivo valorar si en la actualidad, y teniendo en cuenta que se han eliminado muchas aminas gracias a una normativa más restrictiva, sigue existiendo este riesgo. Encontraron que las peluqueras/os que utilizan determinados tintes y sustancias para el rizado que contienen o-toluidina o m-toluidina están expuestas a mayor riesgo de cáncer, riesgo que se incrementa conforme lo hace el número de tratamientos que aplican. Los autores plantean que es necesario controlar de cerca estos productos para identificar el contenido de estas sustancias peligrosas y establecer medidas de prevención.

*Exposure of hairdressers to ortho-and meta-toluidine in hair dyes. Johansson GM, Jönsson BAG, Axmon A et al. Occup Environ Med 2015; 72: 57–63.*

## Varices de origen profesional

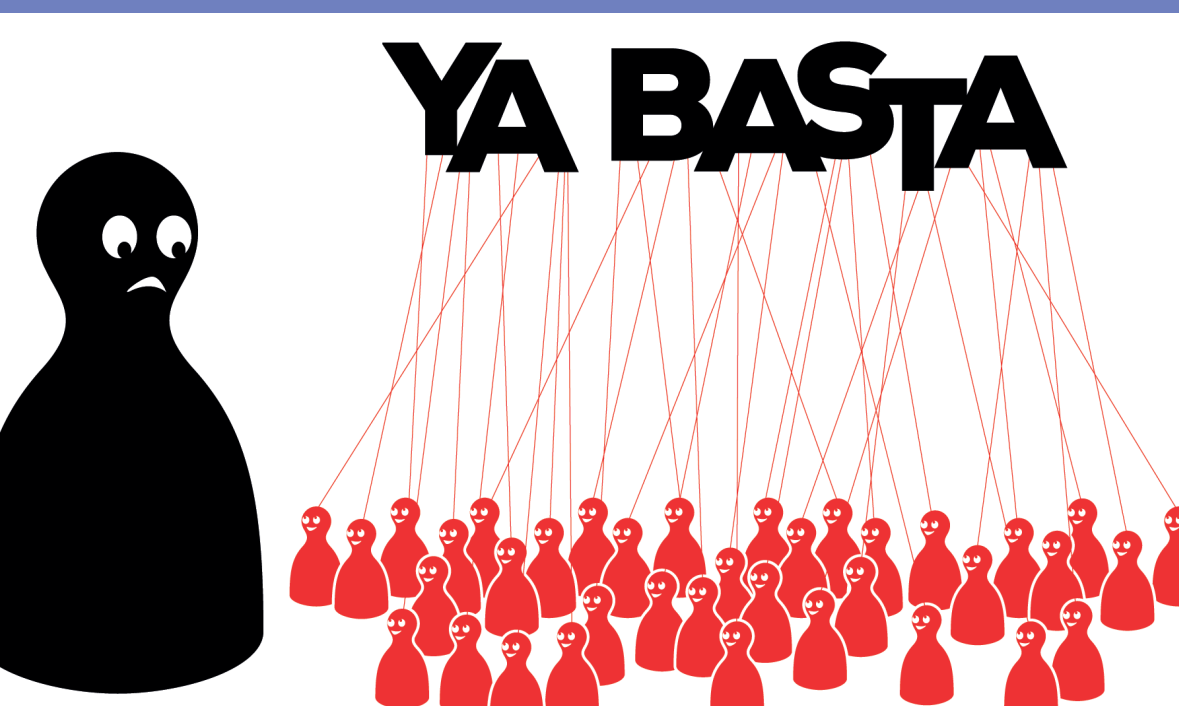
Este estudio, en el que participaron más de 38.000 personas durante doce años, pone en evidencia la relación entre el riesgo de sufrir cirugía de varices en las piernas y la exposición al trabajo de pie y a la manipulación de cargas. El riesgo se incrementa según el número de horas en las que se está de pie. En los hombres que trabajaban de pie (y desplazándose) más de 6 horas al día, el riesgo se multiplica por más de tres, mientras que en las mujeres se multiplica por más de dos. En cuanto a la exposición a manipulación de cargas, levantar 1.000 kg o más al día determina un riesgo de casi cuatro entre hombres y de 2,5 en mujeres, en comparación con las personas no expuestas. Se encontró que la edad incrementa el riesgo entre los hombres y haber parido entre las mujeres; sin embargo, ni el tabaco ni un elevado índice de masa corporal parecen tener efecto en este estudio.

*Tabatabaeifar S. et al. Varicose veins in the lower extremities in relation to occupational mechanical exposures: a longitudinal study. Occup Environ Med, 9, Jan 2015.*

## A más sindicatos, menos desigualdad

Un estudio realizado por el profesor de Historia Colin Gordon (Universidad de Iowa) muestra cómo existe una clara relación entre el declive, deterioro, de las tasas de afiliación a los sindicatos y el aumento de las desigualdades en el reparto de la riqueza y, concretamente, el aumento del porcentaje de renta que absorbe el 10% de la población más rica. La relación inversa entre la menor afiliación y la mayor desigualdad en el reparto de la riqueza es consecuencia de la menor protección de los trabajadores con menores salarios, de los menores gastos en políticas sociales, o de políticas fiscales más regresivas. Curioso, pero cierto, la fortaleza sindical evita este aumento de las desigualdades y la pobreza. Una razón importante para entender la aversión a los sindicatos de las clases altas, del poder económico.

La línea argumental de esta relación entre igualdad y sindicación es sencilla. Los sindicatos mantienen una política de mejora de los salarios frente a los beneficios, sobre todo de los salarios más bajos, lo que en sí mismo supone un reparto más justo de la riqueza en las empresas. Esta mejora de los salarios obliga y dinamiza a que los empresarios mantengan una política agresiva de inversiones y capitalización de los puestos de trabajo, mejorando la productividad del trabajo para mantener el beneficio empresarial. Además, los sindicatos también actúan para mejorar el salario diferido



(prestaciones futuras) y el salario indirecto (gasto social), a la vez que fortalecen la progresividad de las políticas fiscales (que paguen más los que más tienen) para financiar el gasto social. Esta es básicamente la labor sindical que, como muestran los datos, fue especialmente fructífera en el período comprendido entre la Segunda Guerra Mundial y la ruptura conservadora, con la irrupción en los gobiernos occidentales, tanto conservadores como socialdemócratas, de las políticas económicas de corte neoliberal a partir de la década de los setenta.

Uno de esos frentes donde actúan los sindicatos es precisamente la protección de la salud, tanto en el centro de trabajo como fuera de él, mejorando los mecanismos de prevención ante el riesgo y los niveles de protección de las personas trabajadoras. También en este caso se produce una relación inversa entre disminución de las tasas de afiliación y niveles de protección de la salud de los trabajadores y las trabajadoras. Niveles de deterioro que se plasman en el crecimiento de los índices de accidentes de trabajo y la mayor morbilidad por enfermedades laborales. La guerra contra los sindicatos que mantiene la derecha y, por desgracia, una parte de la socialdemocracia –al menos en España– desde los años setenta, tiene una víctima: los trabajadores y las trabajadoras, que se ven abocados a menores salarios y peores condiciones de trabajo (jornada, contrato, ritmo de trabajo, gasto en prevención...). Y también un gran beneficiario del declive sindical: los más ricos, que con ello aumentan más si cabe su riqueza.