



**Ébola**

**Falla la  
previsión**

**Falla la  
información**

**Falla la  
prevención**

**porExperiencia**



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

# Tablón

## La ISO 45001 sustituye una gestión responsable de la salud en el trabajo por un sistema consistente en culpar al trabajador

Una de las preocupaciones principales compartidas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Confederación Internacional de Sindicatos (CSI) es la promoción por parte de la ISO de un "enfoque basado en el comportamiento", que sustituye una gestión responsable de la salud en el trabajo por un sistema consistente en culpar al trabajador. La seguridad basada en el comportamiento no resuelve problemas de salud y seguridad en el trabajo, los entierra. Encuentra chivos expiatorios en lugar de soluciones para la gestión. La ISO no solo quiere culpar a los trabajadores, casi quiere eliminar cualquier referencia a los mismos. La OIT denuncia que los trabajadores, la "parte interesada principal" cuando redacta normas sobre la salud y la seguridad en el trabajo, "son casi invisibles en el proyecto actual". La "protección de los trabajadores" es otra víctima, ya que se ha minimizado "su protección y participación". La "participación de los trabajadores", advierte la OIT, ha sido relegada a "un papel secundario e incluso opcional a discreción de la dirección", lo que contraviene un acuerdo explícito precedente del comité plenario de redacción. El requisito de participación de los trabajadores desapareció por completo de un anexo sobre los compromisos esenciales que deberían incluirse en una política sobre salud y seguridad en el trabajo.

## La indignación recorre Italia por la prescripción del delito en el caso Eternit

El 13 de febrero de 2012, un tribunal de Turín condenó a los propietarios de Eternit, el suizo Stephan Schmidheiny y el belga Louis de Cartier de Marchienne, a 18 años de prisión por cometer un delito de desastre doloso ambiental permanente. Ambos fueron declarados responsables de la muerte de unas 3.000 personas, trabajadores o vecinos de las fábricas que Eternit tenía en varias localidades italianas, al haber provocado una catástrofe sanitaria y ambiental permanente y haber violado la normativa de seguridad laboral. Sin embargo, el pasado 19 de noviembre, la Corte de Casación, equivalente al Tribunal Supremo en Italia, ha dictado una sentencia que, aunque no absuelve a Schmidheiny, considera que su delito ha prescrito. La sentencia ha desatado una ola de indignación en Italia (hasta el punto que el propio presidente del Gobierno italiano se ha manifestado dispuesto a modificar la figura legal de la prescripción) que se ha extendido entre las organizaciones de víctimas de todo el mundo, el movimiento sindical internacional y las organizaciones y activistas que luchan por la prohibición del amianto en cada rincón del planeta. CCOO ha compartido la indignación de los sindicatos italianos y de las asociaciones de víctimas del amianto de aquel país y ha mostrado su solidaridad porque, a juicio del sindicato, "la muerte no prescribe".

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

Analizamos en este cuadro la evolución de los accidentes de trabajo con baja en el período enero-septiembre de 2014, así como las enfermedades profesionales (partes comunicados) en el período enero-noviembre 2014, ambos en comparación con el mismo período del año anterior.

Como se muestra en el cuadro, aparece un aumento de los accidentes de trabajo, tanto en jornada como in itinere, así como de las enfermedades profesionales. Esta evolución no hace más que corroborar el deterioro que están sufriendo las condiciones de trabajo en nuestro mercado laboral.

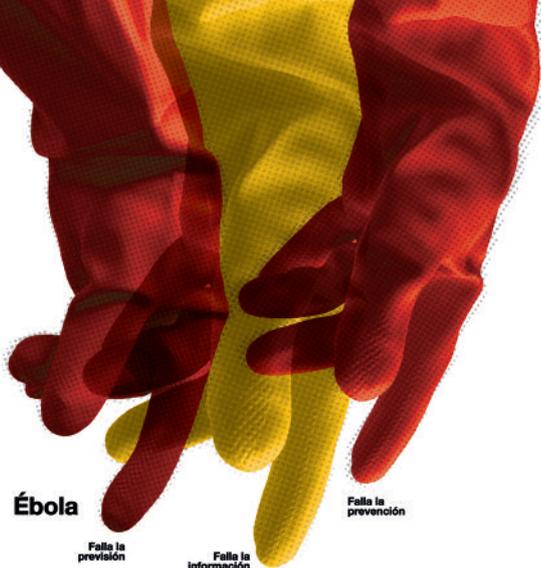
Los accidentes de trabajo aumentan a una tasa del 5%, y del 4% en aquellos que se producen in itinere. El dato más dramático de estas cifras viene representado en los 422 trabajadores y trabajadoras muertos por accidente laboral en los primeros nueve meses del año.

Respecto a las enfermedades profesionales, los datos siguen mostrando un crecimiento del 1%, concentrado en el colectivo de mujeres, que presenta un aumento en el volumen de los partes comunicados por enfermedades profesionales del 4%, tanto aquellos que suponen baja como los que no suponen baja laboral.

Todo ello, y no podemos olvidarlo, en un escenario en el cual el volumen de empleo permanece estancado, dentro de un proceso claro de precarización de las condiciones de trabajo. Por otro lado, debemos remarcar que estamos ante aumentos estadísticos de accidentalidad y enfermedades profesionales dentro de un sistema de información estadística que claramente minusvalora ambas variables.

Enero-septiembre 2014			Enero-noviembre 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	311.491	5%	Con baja	3.729	7%
Graves	2.498	1%	Sin baja	4.525	-8%
Mortales	341	-2%	<b>Total</b>	<b>8.254</b>	<b>-2%</b>
<b>Total</b>	<b>314.303</b>	<b>5%</b>	<b>Mujeres</b>		
<b>In itinere</b>			Con baja	3.856	4%
Leves	47.517	5%	Sin baja	3.810	4%
Graves	661	0%	<b>Total</b>	<b>7.666</b>	<b>4%</b>
Mortales	81	4%	<b>Total</b>	<b>15.920</b>	<b>1%</b>
<b>Total</b>	<b>48.259</b>	<b>4%</b>			
<b>Total</b>	<b>362.589</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>).



**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

**Maquetación:** Xusa Beltrán

**Imprime:** Paralelo Edición, S.A.

**Depósito Legal:** V-1533-1998

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

**Colabora:** Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales

**porExperiencia**

con la financiación de:



## 2 Tablón

### 4-7 Condiciones de trabajo

**4 La crisis del ébola muestra que para garantizar la salud pública, la salud laboral es un pilar fundamental**

**6 Bajo presión: condiciones de trabajo en el buceo profesional**

### 8 Opinión

**8 La Confederación Europea de Sindicatos demanda una actuación urgente a la UE**

### 9-16 Dossier: Cuando la carga son personas

**10 Las técnicas corporales para la movilización de pacientes no evitan el riesgo de lesión musculoesquelética**

Entrevista a Begoña Baiget Orts

**12 La mitad de mi jornada laboral la paso encorvada**

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

**14 Movilizar personas mayores y con discapacidad: la ausencia de recursos es enorme**

**16 ¡Aúpa! Una y mil veces**

### 17-19 Acción sindical

**17 Almaraz: cero accidentes laborales durante la última recarga**

**18 Procesos participativos de prevención de riesgos psicosociales: facilitadores y obstáculos**

### 20-21 Entrevista

**20 El 95% de la mortalidad por exposición a amianto no se registra como patología de origen laboral**

Entrevista a Alfredo Menéndez-Navarro

**22 Recursos**

**23 porEvidencia**

**24 Contraportada**

# La crisis del ébola muestra que para garantizar la salud

BERTA CHULVI

**La crisis del ébola ha demostrado lo que en muchas ocasiones se ha repetido desde la Secretaría de Salud Laboral de CCOO: “La salud laboral es un pilar fundamental de la salud pública”. La nefasta gestión del traslado a España de dos enfermos terminales de ébola no solo puso en peligro la vida de trabajadores y trabajadoras que se enfrentaron sin información y sin protección a ese hecho, sino que puso en peligro a la población que entró en contacto con ellos. El cúmulo de despropósitos, que se inicia con la decisión de trasladar a dos enfermos terminales y estalla con el contagio de una auxiliar de enfermería que los atendió, ha mostrado que no existe una política preventiva real frente al riesgo laboral que suponen las enfermedades infectocontagiosas.**

Rosa Muelas, responsable de salud laboral de la Federación de Sanidad de Madrid, se enfrentó a la prepotencia y el desinterés de las autoridades sanitarias mucho antes del contagio de la auxiliar de enfermería Teresa Romero, con el que saltaron todas las alarmas. “Cuando en agosto exigíamos a las autoridades sanitarias que transpusieran las orientaciones que estaba dando la Organización Mundial de la Salud y elaboraran un protocolo de actuación, atendían al problema como si se tratara de una cuestión burocrática. ¿Qué nos piden, un papel? Pues les damos un papel”, explica Rosa. El traslado de los enfermos pilló a los médicos totalmente desprevenidos. A la Federación de Sanidad de CCOO llegaron noticias de que en el Hospital La Paz han reunido a los médicos para avisarles de que en 24 horas van a llegar los enfermos terminales de ébola y hay que decidir dónde los colocan. Finalmente, los enfermos son trasladados al Hospital Carlos III, a una unidad de atención de enfermedades tropicales, que justamente habían empezado a dismantelar.

Teresa Romero es una de las trabajadoras del Hospital La Paz que trasladan a la unidad del Carlos III para atender a uno de los misioneros. Cuando se quita el traje de protección que se le ha facilitado para entrar en la habitación de este enfermo está sola, a pesar de que lo que plantea el protocolo es estar con una persona más: “Para quitarse el traje de buzo que te pones, necesitas asistencia porque es una sensación muy estresante, a los 10 o 15 minutos estás muriéndote de calor y con una sensación de agobio importante. La mayoría de gente se rompe. Alguien tenía que haber estado allí y no estuvo”, explica Rosa.

Cuando se plantea el contagio de la auxiliar de enfermería, la Confederación de CCOO, CCOO de Madrid, la Federación de Sanidad e ISTAS ponen en marcha un grupo de trabajo para dar orientaciones claras a los delegados y delegadas de prevención y exigir actuaciones a la Administración: “De lo primero que nos damos cuenta –señala Pedro J. Linares, secretario de Salud Laboral de CCOO– es que hay muchos más trabajadores en peligro además de los sanitarios. Está la gente de limpieza, los empleados de las empresas de ambulancias, los que se dedican a la recogida de residuos, etc.; y nos ponemos a coordinar a todas esas federaciones para que contacten con sus trabajadores y les den criterios sindicales de

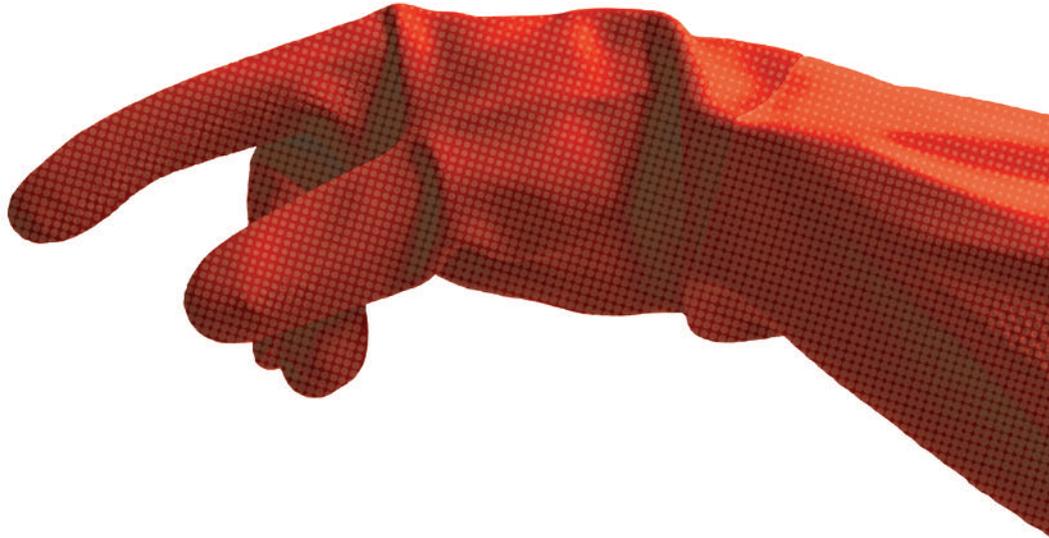
actuación. Inmediatamente empiezan a surgir casos de trabajadores que están siendo presionados para exponerse a un riesgo sin medidas preventivas suficientes”.

“Cuando empezamos a visibilizar a todos los colectivos que están en peligro, nos damos cuenta de la gravedad del problema y de la falta de información de muchos trabajadores que se están viendo presionados para poner en riesgo su salud”, añade Carmen Mancheño, de la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid.

Ese es el caso de un trabajador de la empresa de retirada de residuos Consenur que se encarga de la recogida de residuos biosanitarios en el Hospital Carlos III. Lo explica José Luis López, delegado sindical en esa empresa: “Nos dieron unos *epis* que para nada se ajustaban a los recomendados (unos trajes blancos de tela de usar y tirar) y ni siquiera nos dijeron cómo utilizarlos. Ni había un protocolo a seguir, ni nos habían proporcionado formación. Así que un compañero se negó a retirar los residuos y la empresa lo sancionó a 15 días sin empleo y sin sueldo. CCOO denunció la sanción ante la Inspección de Trabajo y cuando un diputado de IU lo denunció ante la Asamblea de Madrid, la empresa retiró la sanción. Ahora han cambiado los trajes y nos han dado formación teórica, pero no práctica, sobre cómo quitarnos el traje”.

En la misma situación de desprotección se encontró el camillero que trasladó a Teresa Romero al Hospital de Alcorcón. Lo explica Alejandra Sobrino, delegada sindical en Safe, la empresa de ambulancias que trasladó a la auxiliar de enfermería infectada con el virus: “Nuestra empresa nos reunió para decirnos que había firmado un convenio con la Administración para que el SUMA, propiedad de la Comunidad de Madrid, trasladara los casos diagnosticados de ébola y nosotros los posibles ébolas. Se nos dijo que ante un caso de posible ébola nos pusieramos en contacto con el centro coordinador y que se nos proporcionaría una ambulancia especial y unos equipamientos especiales, y eso es lo que hizo el camillero cuando se presentó en el domicilio de Teresa Romero, y ella les advirtió que era trabajadora del Carlos III y había estado en contacto con el misionero enfermo. Pero la respuesta que recibió el camillero es que se trataba de un estado febril y que ya había sido descartado el ébola por un médico”.

# pública, la salud laboral es un pilar fundamental



El camillero, que por casualidad era una de las 12 personas (de 400 que trabajan en la empresa) que había recibido formación específica sobre cómo actuar ante un caso de ébola, aplicó por su cuenta todas las precauciones que pudo. Como la enferma podía caminar no la tocó en ningún momento y se protegió con los *epis* básicos que llevan en la ambulancia: unas brazas, una mascarilla, una bata de celulosa y unos guantes de uso sanitario. Es decir, el equipamiento para enfermedades infecciosas de nivel 1, siendo considerado el ébola de nivel 5. Cuando la ambulancia llega al hospital, a las 7 de la mañana, la enferma ya llega grave porque acude con hemorragias y es aislada de forma inmediata. El camillero y el conductor solicitan bajar con la ambulancia a desinfección, pero desde la empresa se les niega esa posibilidad hasta que esté confirmado el caso de ébola. Así que la ambulancia es recogida por el siguiente relevo y hace un turno más sin desinfectar, entrando en contacto con tres trabajadores más y distintos pacientes. Hasta las 12 de la noche de ese día, cuando se ha confirmado el caso de ébola, esa ambulancia no baja a desinfección. Con esa confirmación se manda a casa a los cinco trabajadores que han estado en esa ambulancia con un permiso retribuido.

Alejandra Sobrino sufre en sus propias carnes un episodio parecido cuando se le manda a recoger a un paciente a Orcasitas. La médico que ha acudido con una ambulancia UVI y ha reconocido al paciente pasa dos horas al habla con el Centro de Coordinación intentando que le manden una ambulancia especial, pues los síntomas del paciente, recién llegado de África, son similares a los del ébola, pero no lo consigue y Alejandra recibe enormes presiones desde el centro de coordinación para hacerse cargo de ese traslado. La trabajadora se niega y finalmente lo tiene que transportar una ambulancia del SUMA. Este enfermo, que resultó que padecía mala-

ria, estaba encamado y no podía moverse. “Estamos en contacto con enfermedades infecciosas sin ningún tipo de medidas preventivas y sin protocolos de actuación”, concluye Alejandra.

La experiencia de Tomasa Céspedes, delegada sindical en la empresa de limpieza que presta sus servicios en el Hospital de Alcorcón, donde inicialmente fue trasladada Teresa Romero, apunta la misma desprotección: “Nos querían obligar a entrar a limpiar en la habitación de Teresa Romero con una simple bata de papel, mascarillas y guantes. Nos negamos y pusimos una denuncia a la Inspección de Trabajo, que nos dio la razón. Y ¿cuál ha sido la respuesta de la dirección del hospital? Ha amenazado a nuestra empresa con que en enero no van a renovar la contrata con ellos”.

“En la actualidad, desde CCOO de Madrid se está supervisando que esos permisos retribuidos que las empresas otorgaron a los trabajadores con peligro de contagio sean considerados enfermedades profesionales o accidentes de trabajo y no computen como absentismo laboral en el conjunto de la empresa”, explica Carmen Mancheño. Rosa Muelas, de la Federación de Sanidad de Madrid, recoge el sentir de los sanitarios al afirmar: “La suerte que hemos tenido es que el ébola tiene una mortalidad muy alta, pero una infecciosidad baja, es decir, que solo se contagia por sangre. Si no fuera así, la improvisación de nuestras autoridades sanitarias la habríamos pagado muy cara”. Aunque la Administración se ha puesto las pilas por la presión social, su actuación sigue siendo muy deficiente: “Hasta esta semana –explica Pedro J. Linares, refiriéndose ya al mes de diciembre–, el Ministerio no nos ha facilitado el listado de los centros de referencia en el resto de comunidades autónomas. Y esto ha pasado en Madrid, pero puede pasar en cualquier lugar de España”.

# Bajo presión: condiciones de trabajo

ÓSCAR BAYONA PLAZA\*

**En lo que llevamos de 2014 cuatro buceadores profesionales han fallecido en España mientras trabajaban. Dos lo hicieron simultáneamente mientras revisaban las instalaciones de una piscifactoría en Gran Canaria, un tercero durante unas obras en el puerto de Motril (Granada) y el último succionado por una turbina cuando supervisaba el estado de una tubería de la central térmica de Los Barrios (Cádiz). Una cifra que no difiere mucho de los años anteriores, en 2011 se produjeron seis fallecimientos, y que adquiere su verdadera dimensión cuando se conoce la pequeña población a la que nos estamos refiriendo.**

El buceo profesional, dejando al margen los instructores que trabajan en el buceo recreativo, agrupa a los buzos que trabajan en el sector de la acuicultura marina, en empresas de buceo profesional que desarrollan su labor en diferentes sectores (mantenimiento de instalaciones hidráulicas y energéticas, construcción y mantenimiento de infraestructuras marinas, construcción naval, etc.) y en menor número en el buceo científico (arqueólogos, biólogos...) y en el oficial (cuerpos de seguridad, emergencias). No hay datos precisos del volumen de trabajadores al que nos referimos, aunque algunas fuentes lo estiman en alrededor de 500 trabajadores y la Asociación Nacional de Empresas de Buceo Profesional, una de las patronales del sector, calcula unos 200 contratados a tiempo completo y un millar en momentos de pico de actividad. Al tratarse de una población tan pequeña, seguro que no nos equivocamos al afirmar que se trata de uno de los colectivos laborales con mayor índice de incidencia de siniestralidad laboral mortal.

El buceo profesional es una actividad laboral peligrosa, no solo por lo que indica el sentido común, sino porque así está recogido en la legislación laboral española: se trata de uno de los trabajos incluidos en el Anexo I del Reglamento de Servicios de Prevención, en el cual se recogen aquellas actividades especialmente peligrosas; está incluido dentro del listado del RD de Enfermedades Profesionales y aparece en el Anexo II (Relación no exhaustiva de los trabajos que implican riesgos especiales para la seguridad y la salud de los trabajadores) del RD 1627/1997.

Además hay que indicar que existe una norma de seguridad específica, la Orden de 14 de octubre de 1997 por la que se aprueban las normas de seguridad en el ejercicio de actividades subacuáticas (modificada con fecha 20 de julio de 2000). Se trata de una norma antigua que convendría revisar para adaptarla a la realidad actual del sector y acercarla al estándar de seguridad de los países de nuestro entorno. Aun así, esta norma se incumple en numerosas ocasiones y es bastante desconocida incluso por técnicos de las autoridades laborales e inspectores de Trabajo. En CCOO hemos atendido sindicalmente y hemos prestado apoyo jurídico a algún caso de accidente mortal en el que, a pesar de notorios incumplimientos de la norma, ni el informe del técnico del Instituto Regional que investigó el caso, ni el informe del inspector hacen referencia a los contenidos de la orden, lo cual llevó a la absolu-

ción del empresario en primera instancia, lo que nos obligó a presentar recurso judicial.

Los buzos profesionales se enfrentan a múltiples riesgos mientras desempeñan su labor, algunos de ellos comunes al resto de trabajadores de la industria, de la construcción o de la mar (golpes, cortes, quemaduras, atrapamientos, manejo de cargas, los derivados del uso de aparatos a presión o de trabajar en una embarcación, etc.) y otros que tienen su origen en el medio subacuático e hiperbárico en el que se desarrolla este tipo de trabajos, con el consiguiente aumento de la densidad, exposición a condiciones termohigrométricas desfavorables (frío y humedad) y, sobre todo, exposición a cambios de presión.

Este agente físico, la presión, es el responsable de los riesgos de barotrauma (de oído, de senos paranasales, pulmonar...), de hipoacusia, de enfermedad descompresiva (que en sus formas agudas causa los accidentes de descompresión, en algunos casos mortales, y en sus formas crónicas es responsable de lesiones pulmonares, osteonecrosis disbárica, alteraciones neurológicas...), de intoxicaciones por gases presentes en el aire al ser respirados a presiones parciales superiores a la atmosférica (hipercapnia, narcosis nitrogenada, hiperoxia, intoxicación por monóxido de carbono...). Todo un catálogo de riesgos y patologías específicas, graves o mortales y muy desconocidas incluso entre los profesionales de la Medicina del Trabajo y de los servicios de prevención.

Resulta también imposible determinar el número de accidentes exacto en el colectivo utilizando las estadísticas de accidentes de trabajo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, debido a que las empresas de buceo están adscritas a diferentes CNAE, y no se puede establecer una relación directa a través de la forma en la que se ha producido el accidente. Por este motivo no nos queda más remedio que acudir a estimaciones y registros realizados por los agentes sociales del sector. En el estudio "Análisis de las demandas físicas y psíquicas en el puesto de trabajo de buceador acuicultor de 1ª y 2ª y su repercusión en la salud y capacidades de dichos trabajadores del sector de la acuicultura", financiado por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales y elaborado por la Asociación Empresarial de Cultivos Marinos (APROMAR), CCOO y UGT, se estimaba que "en el periodo 1989-2012 han fallecido en nuestro país 32 buceadores pro-

# en el buceo profesional

fesionales, y en la última década se ha triplicado la cifra de fallecimientos con respecto a la anterior. El 76% de los accidentes mortales se ha producido entre los buceadores profesionales industriales y un 24% entre los buzos del sector de la acuicultura”.

Pero si los datos de siniestralidad en un colectivo tan pequeño son alarmantes, los de enfermedades ocasionadas por el buceo no lo son menos. En el estudio citado se calcula que la tasa media de incidencia anual alcanza las 1.287,1 EEPP por cada 100.000 buzos que estu-

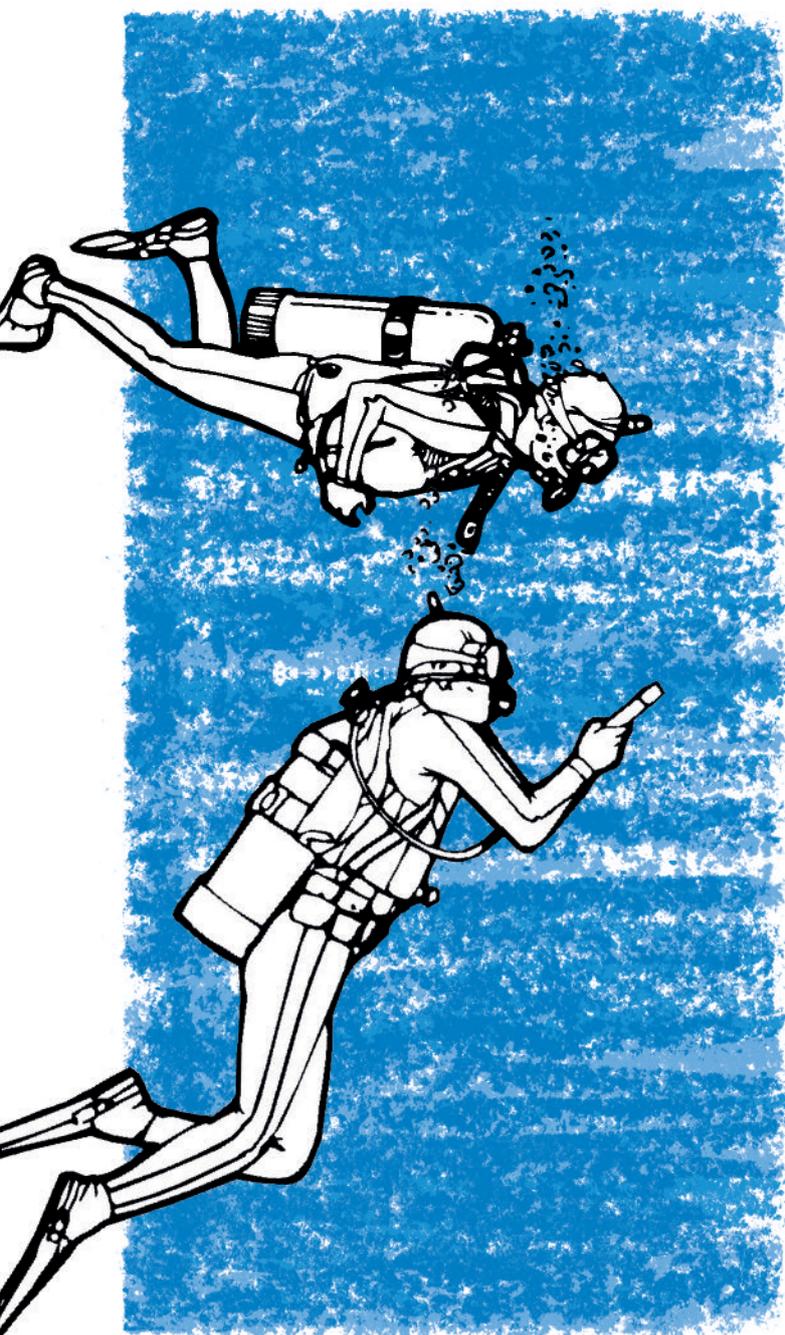
vieran ocupados en el sector de la acuicultura, mientras que para el resto de la población activa, la tasa media de EEPP/año se sitúa en torno a 98,48 EEPP por cada 100.000 trabajadores ocupados. Esto supone que un buceador profesional que trabaje en una piscifactoría se enfrenta a un riesgo relativo de padecer una enfermedad profesional causada por la presión 13,07 veces superior que cualquier otra enfermedad profesional para cualquier otro puesto de trabajo y sector. Un dato de estas dimensiones debería ser suficiente para que las autoridades laborales reconocieran el grado de penosidad y peligrosidad de las actividades laborales subacuáticas y la necesidad de adoptar medidas para evitar el deterioro de la salud de estos trabajadores.

Otro dato revelador del impacto negativo de las enfermedades profesionales causadas por la presión es la duración media de las bajas. En los últimos años, la duración media ha excedido de largo el centenar de días al año (182 en 2011, 174,75 en 2012 y 239,22 en 2013). Esta duración tan prolongada de las bajas indica que cuando se produce el reconocimiento de la enfermedad profesional, la salud del buzo está tan deteriorada que necesita un periodo muy largo para recuperar la salud o se resuelve en una declaración de incapacidad. Esta es la prueba del fracaso de la prevención en el sector del buceo profesional.

Los facultativos especializados en medicina hiperbárica y subacuática que atienden a los buceadores profesionales en nuestro país y les realizan los obligatorios reconocimientos médicos anuales, mayoritariamente adscritos a los servicios del Instituto Social de la Marina, alertan de altísimos porcentajes de buzos profesionales, relativamente jóvenes, con patologías crónicas (osteonecrosis disbáricas, alteraciones del oído, edemas crónicos de senos...) que dificultan su actividad laboral y que terminan en declaraciones de incapacidad. Existen más factores que influyen en este deterioro de las condiciones de trabajo: los derivados de la propia crisis económica y la precarización, o la falta de coordinación de actividades preventivas en un sector en el que las empresas actúan como subcontratas.

En CCOO creemos que la situación laboral que están viviendo los buceadores profesionales en España solo puede adjetivarse como dramática. Y que exige la toma de toda una batería de medidas: encuadrar a todos los buzos en el sector del mar, establecer coeficientes reductores de la Seguridad Social que permitan adelantar la edad de jubilación, adecuar la legislación preventiva a la realidad, aprobar un protocolo para la vigilancia de la salud riguroso, etc. Pero lo que a nuestro juicio es más urgente es que las autoridades responsables del cumplimiento de la ley se pongan manos a la obra para acabar con una situación intolerable y poner freno a esta sangría. 

\*Óscar Bayona Plaza es técnico de la Secretaría de Salud Laboral de la Confederación Sindical de CCOO.



# La Confederación Europea de Sindicatos demanda una actuación urgente a la UE

PEDRO J. LINARES\*

**No es la primera vez que en estas páginas se recoge la preocupación del movimiento sindical europeo ante la deriva de las políticas comunitarias en materia de salud y seguridad en el trabajo. En el número de julio de este mismo año, Aida Ponce, directora de la unidad de salud, seguridad y condiciones de trabajo del Instituto Sindical Europeo, ya nos advertía del retroceso que suponía la publicación, por parte de la Comisión Europea, del Marco Estratégico de la Unión Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo 2014-2020, respecto a las anteriores estrategias. Este nuevo marco asumía la senda marcada por el Programa REFIT, y su objetivo de desregular las relaciones laborales, con la excusa de simplificar la gestión de la salud laboral, haciendo oídos sordos a las recomendaciones del Parlamento Europeo y del Comité Consultivo de Salud y Seguridad.**

En esta ocasión lo que queremos resaltar es la postura oficial de la Confederación Europea de Sindicatos, expresada en la resolución "La UE tiene que actuar ahora para mejorar la salud y seguridad en el trabajo" y aprobada en el Comité Ejecutivo reunido los pasados 2 y 3 de diciembre en Bruselas. La CES ha dado un paso adelante y no se ha limitado a recordar el impacto en términos de salud y seguridad laboral que están teniendo el Programa REFIT o el Marco Estratégico 2014-2016 de la Comisión Europea. El movimiento sindical europeo exige a la nueva Comisión Europea que cumpla con su responsabilidad de poner en marcha acciones que protejan la vida y la salud de los trabajadores, proporcionando directrices claras a los Estados miembros para que desarrollen sus estrategias nacionales de salud y seguridad en el trabajo, pero sin renunciar a la capacidad legislativa de la UE. Una capacidad a la que, de facto, había renunciado la anterior Comisión.

La CES hace hincapié en una serie de cuestiones prioritarias: los trastornos musculoesqueléticos, el cáncer ocupacional, la salud reproductiva (exposiciones a sustancias químicas, nuevos materiales y disruptores endocrinos) y el aumento de los trastornos psicosociales producto de la precariedad. La CES exige a la Comisión la elaboración de una nueva estrategia que, abandonando la línea marcada por el REFIT, se centre en las acciones que se consideran prioritarias.

En esta línea, la CES considera prioritario establecer 50 valores límites vinculantes para sustancias cancerígenas (actualmente solo hay tres), en línea con la propuesta realizada por varios Estados miembros. Exige, además, la inclusión de las sustancias tóxicas para la reproducción en el ámbito de la Directiva de Carcinógenos y Mutágenos. Propone que se aborde la reformulación de la Directiva de Trastornos Musculoesqueléticos, actualizando las tres directivas existentes en la materia. Y, por último, que se adopten medidas legislativas de ámbito europeo para prevenir los riesgos psicosociales.

La Unión Europea se encuentra en una encrucijada: retomar su liderazgo en materia de derechos de las personas o continuar su deriva neoliberal. No olvidemos que la salud laboral es uno de estos derechos básicos. Si la Unión Europea no acepta el reto que supone generar un marco de derechos y solidaridad, caminará

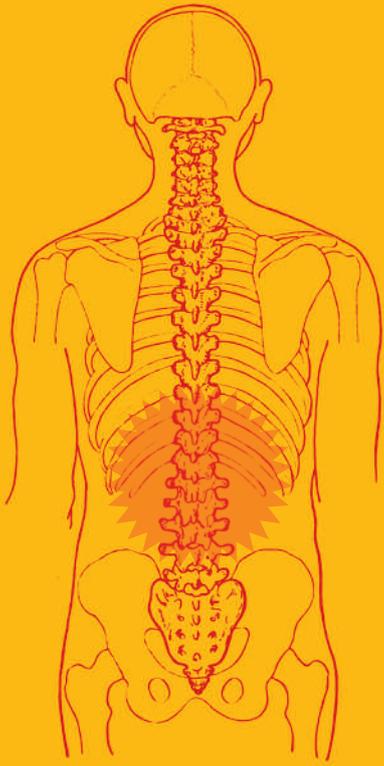


hacia ese lugar tan temido por las autoridades europeas que es un mayor desapego de la ciudadanía por no dar respuesta a sus necesidades. Los sindicatos tratamos de explicar este aspecto tan fundamental a las autoridades europeas, ahora falta que ellas tengan disposición para escuchar y entender que se encuentran en una encrucijada de la que no van a salir indemnes. **E**

\*Pedro J. Linares es secretario confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO.

# Dossier:

Quando la carga son personas



## Movilizar a otros perdiendo la propia salud

VICENTE LÓPEZ

Normalmente, cuando hablamos de levantamiento de cargas en el terreno de los riesgos ergonómicos, solemos pensar en trabajos en el ámbito de la construcción o de la industria y, además, realizado por hombres. Una imagen que podría resumirse en un hombre con casco manipulando un bulto. Pocas veces pensamos al hablar de cargas en trabajos que realizan principalmente mujeres y que, además, tienen otro elemento distintivo, que la carga es la propia manipulación de personas.

Se trata de actividades en el ámbito de la sanidad, de los servicios sociales, principalmente de atención de personas mayores y personas con discapacidad, o de la educación, desarrolladas principalmente por mujeres, y donde la manipulación de cargas se circunscribe a la movilización y manipulación de personas. Son, además, sectores que han sido objeto, con excusa de la crisis económica, de importantes recortes en los últimos años, que han afectado al volumen de inversiones, en nuestro caso en equipos, en formación y mejoras generales del puesto de trabajo y, obviamente, al volumen de plantillas. Todo ello ha redundado en menos personal, con menos medios, para atender a personas cuyas necesidades no se puede dilatar en el tiempo.

Al final, como veremos en este dossier, la escasez de medios y la falta de personal, junto con una organización del trabajo claramente mejorable, tienen como resultado concreto una pérdida de salud por parte de las trabajadoras expuestas, muy expuestas, a estos riesgos ergonómicos. Podemos decir, después de leer las experiencias que expondremos a continuación, que la falta de medios se suple con el esfuerzo y la pérdida de salud de trabajadoras vocacionales, volcadas en sus trabajos. **E**

## Begoña Baiget Orts, técnico superior de prevención de riesgos laborales

# “Las técnicas corporales para la movilización de pacientes”

BERTA CHULVI

**Begoña Baiget Orts es licenciada en Ciencias del Trabajo y lleva más de una década trabajando como técnico superior de prevención de riesgos laborales en el Hospital General de Valencia. En este hospital, con más de 2.400 trabajadores y trabajadoras a su cargo, es la responsable de las áreas de ergonomía y riesgos psicosociales. Además es coautora del manual “La gestión del riesgo por movilización de pacientes”, editado en España por el Centro de Ergonomía Aplicada.**

### ¿Disponemos de datos sobre cuántos trabajadores y trabajadoras en España están expuestos al riesgo de movilización de personas?

Tenemos aproximaciones procedentes de fuentes internacionales y algunas estimaciones para España y para la Comunidad Valenciana. Por ejemplo, Eurostat estima que en el sector salud y sociosanitario por cada 100.000 personas empleadas 4.300 padecen algún trastorno musculoesquelético que afecta principalmente a lo que se conoce como espalda baja –la lumbalgia en sus diferentes manifestaciones–, como a la parte media y alta de la espalda. Además, los estudios epidemiológicos internacionales apuntan también el origen laboral de las molestias de hombros y cuello. Recientemente, el Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT) realizó una encuesta a una muestra de 445 trabajadores de la sanidad (médicos, duers, auxiliares de enfermería, celadores y técnicos de radiodiagnóstico) y los resultados apuntan que el 36% sufría molestias en la región lumbar y el 33% en el cuello, como datos más significativos. Si nos fijamos en las categorías profesionales y los puestos, las personas más afectadas son las enfermeras y las auxiliares de enfermería, y hablamos en femenino porque se trata de un sector altamente feminizado. Según el trabajo del INVASSAT, un 71,5% de las enfermeras refiere algún trastorno musculoesquelético y el porcentaje se eleva hasta el 91% entre las auxiliares de enfermería y hasta el 94% en el puesto de celador. Estamos hablando de sanidad, pero la problemática es muy similar en el sector de atención a la discapacidad y en todas aquellas actividades en las que trabajadores y trabajadoras han de movilizar a personas que obligan a levantamiento de cargas y adopción de posturas forzadas. Por ejemplo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social calculó recientemente que la siniestralidad laboral por problemas musculoesqueléticos en el sector de la discapacidad suponía el 2,4% de todos los accidentes notificados en España. Es mucho, si pensamos que se trata de un sector concreto y de una problemática específica.

### Y ante esta situación, ¿de qué recursos dispone un servicio de prevención para la evaluación de riesgos?

Hasta hace muy poco no disponíamos de metodología específica para evaluar el riesgo de movilización de pacientes. Aplicábamos métodos de evaluación ergonómicos que se habían diseñado para evaluar el riesgo de movilización de cargas. En junio de 2012 se publica la norma

ISO/TR 12296 que aporta una guía de diferentes estrategias adoptadas en diferentes países del mundo para disminuir la carga biomecánica del personal que realiza las tareas de movilización de pacientes, disminuyendo la incidencia de accidentes y enfermedades profesionales y permitiendo, a su vez, aumentar la calidad asistencial del paciente, proporcionándole mayor seguridad, privacidad y dignidad.

La ISO recomienda considerar la interrelación de varios factores como son la organización del trabajo, el tipo y el número de pacientes a movilizar, las ayudas para la movilización, los espacios donde se realizan las movilizaciones y la formación (teórica y práctica) del personal que realiza estas tareas, ya que por separado o en su conjunto pueden aumentar la carga biomecánica. Para que sea realmente efectiva, la estrategia para la evaluación y gestión del riesgo debe evaluar de forma analítica el riesgo y los factores determinantes.

### Y atendiendo a la prevención de esos riesgos, ¿cuál es la situación actual?

Lo que están mostrando los estudios biomecánicos es que lo que habitualmente se ha usado como medida preventiva con los trabajadores que han de movilizar pacientes, es decir, las técnicas corporales de movilización de pacientes, no evitan el riesgo de lesión musculoesquelética. La única forma real de evitar el riesgo de lesión musculoesquelética es asistir la manipulación de pacientes siempre que sea posible con ayudas técnicas. Hay que utilizar equipos de ayuda y ayudas auxiliares. Por muy bien que el trabajador o trabajadora haya aprendido las técnicas de movilización, por muy óptimas que sean las condiciones de movilización en las que tengas que actuar, el riesgo de lesión musculoesquelética es muy alto: tú puedes hacerlo muy bien, pero la presión a la que son sometidos tus discos intervertebrales es superior a la que esos discos pueden aguantar sin perder sus características de resistencia y elasticidad, si tú estás trabajando durante largos periodos de tiempo en posturas forzadas o levantando cargas que superan con creces tu capacidad. En otras palabras, sin mecanización de los procesos, sin ayudas técnicas, sin formación suficiente y adecuada para saber elegir las, usarlas y sin un diseño de espacios de trabajo adecuados a la tarea, los trabajadores y las trabajadoras acababan desarrollando lesiones musculoesqueléticas.

# no evitan el riesgo de lesión musculoesquelética”



**En el Hospital General habéis evaluado con el método MAPO al Servicio de Urgencias al completo, más de 170 trabajadores, ¿se han implementado las medidas preventivas necesarias tras la evaluación?**

Partimos de la base de que las características asistenciales de un Servicio de Urgencias dificulta en muchas ocasiones la planificación y la ejecución de las maniobras de movilización, por lo que la actuación no es para nada sencilla. Hemos avanzado en algunos aspectos, sobre todo en la sensibilización de los trabajadores y las trabajadoras, pero no podemos decir que hayamos conseguido un cambio en las condiciones de trabajo de forma sistemática y colectiva: en primer lugar el hospital no tiene recursos económicos para adquirir las ayudas técnicas que serían las adecuadas para eliminar o reducir el riesgo, pero es que además trabajamos en un edificio de los años 40, donde los problemas estructurales son considerables, las dimensiones de las salas, pasillos, habitaciones, etc; limitan mucho las posibilidades de adaptación. Vamos avanzando poco a poco, pero es un momento complicadísimo por la falta de recursos destinados a la prevención y a la sanidad en general. 

## ¿Qué patología provoca la sobrecarga biomecánica?

PEX

La literatura científica ha demostrado que la sobrecarga biomecánica, es decir, el repetido requerimiento mecánico de las estructuras tisulares superiores a niveles críticos y relacionados con la manipulación manual de cargas, puede causar alteraciones degenerativas del aparato osteo-muscular, no solo a nivel dorso-lumbar, sino también de la extremidad superior y en particular del hombro. Aunque todas las patologías que se manifiestan inicialmente en forma de dolor lumbar, tienen una etiología multifactorial, el 98% tiene en la sobrecarga biomecánica su causa primaria o causa más relevante.

Según un estudio internacional de Colombini y su equipo de investigadores realizado en 2005, las patologías más relevantes son las siguientes:

- Patología degenerativa del raquis.
- Discopatía lumbar, reducción a la altura del disco con alteración de la limitante somática.
- Discopatía múltiple lumbar.
- Protusión discal.
- Hernia discal lumbar.

Clínicamente, todas estas patologías se manifiestan en forma de dolor a nivel lumbar, cuya clasificación se realiza en base a la duración de los síntomas, desde el dolor de espalda agudo, cuya duración es inferior a 4 semanas, hasta el dolor de espalda crónico que supera los tres meses, pasando por el dolor de espalda recurrente en el que se producen continuas recaídas en crisis de dolor agudo. Los estudios epidemiológicos con referencia a los factores de riesgo laborales muestran que la edad de inicio de los primeros episodios va normalmente desde los 25 a los 55 años, aunque las primeras crisis agudas se pueden dar en edades más tempranas. 

# “La mitad de mi jornada laboral la paso

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

BERTA CHULVI

**El personal sanitario responsable de la asistencia a pacientes sin autonomía motriz se encuentra, según la literatura científica internacional, entre las categorías de trabajadores más afectados por patologías y lesiones agudas del sistema musculoesquelético. Los testimonios de los trabajadores, mayormente mujeres, no solo corrobora esos datos, sino que dan una idea del sufrimiento de las personas más allá de las cifras.**

Rosa trabaja como auxiliar de enfermería en un centro de la provincia de Barcelona, y lo primero que aclara es que ella adora su trabajo. Son personas vocacionales las que se enfrentan cada día al cuidado de los otros. Rodeadas de enfermedad y sufrimiento, suelen olvidarse de ellas mismas hasta que su cuerpo comienza a enviarles señales inequívocas de que algo no está funcionando bien. Rosa lleva 34 años movilizándolo pacientes que llegan al centro de especialidades a hacerse un electrocardiograma o a la consulta de oftalmología. Ahora tiene 57 años y su primera crisis aguda de lumbalgia la tuvo cuando tenía 22, estando embarazada de su primera hija: “Me quedé clavada –explica–, no podía moverme y tuvieron que darme una baja por accidente laboral”. Desde entonces ha tenido varios episodios agudos y para describir su situación afirma: “Tengo la columna totalmente rectificadada”. Es decir, su columna cervical es cóncava hacia adelante en vez de hacia atrás.

Si nos detenemos a analizar los movimientos y posturas que Rosa realiza en su trabajo encontramos las razones de esa patología: “Yo no trabajo derecha, trabajo encorvada. Cuando los pacientes acuden a la consulta lo hacen normalmente en silla de ruedas. Si no es posible trasladarlos a la camilla del electro, lo que hago es agacharme y me pongo de cuclillas para colocarles todos los electrodos necesarios en los pies. Luego me levanto y me encorvo ligeramente para desvestirlos de la parte superior y colocarles también los electrodos de la parte superior. Realizado el electro, vuelvo a hacer la misma operación”, explica Rosa. Ante nuestras preguntas, estima que de las cinco horas que trabaja al día, cuando le toca estar en la sección de electrocardiogramas, pasa un cuarto del tiempo encorvada y la mitad en una postura forzada. Ella está sola en el recinto con el paciente, no cuenta con ayuda de ninguna otra compañera ni tampoco de los familiares: “Estamos en un cubículo de entre dos y tres metros cuadrados y si entran los familiares ya no nos podemos mover”, añade la trabajadora.

En la sección de electrocardiograma está un día a la semana, los otros cuatro días trabaja en oftalmología y la situación no mejora: “Si el paciente es capaz de ponerse de pie, lo hemos de sentar en un taburete de tres patas para poder evaluarle la vista. Su silla de ruedas no encaja en la mesa de oftalmología, o sea que necesariamente le hemos de pasar a ese taburete. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no se sostienen en el taburete, por lo que hemos de arrastrar el taburete hasta la mesa para que se puedan apoyar y acercar la barbilla y la frente al aparato de medida. En caso contrario,

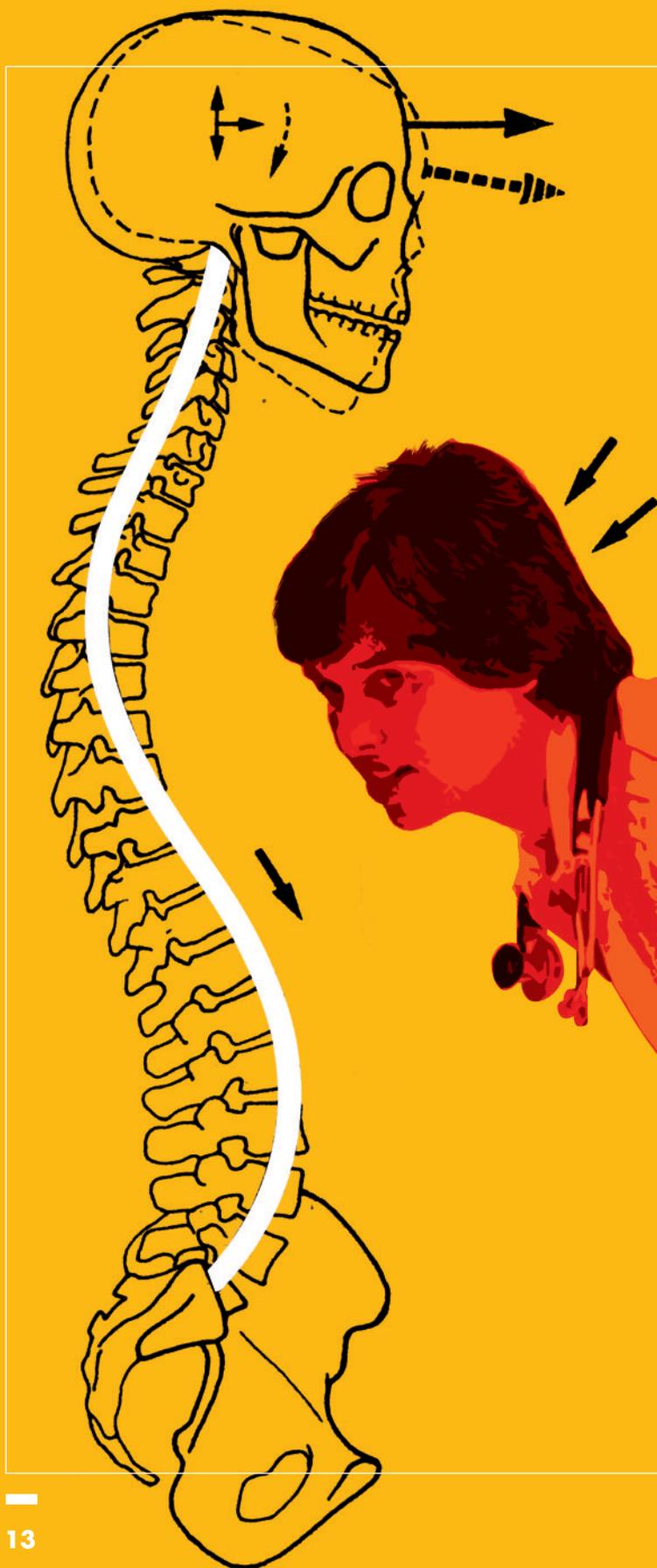
no se logra el enfoque y el médico no les puede examinar. La gente nos dice que no hagamos barbaridades –explica Rosa, refiriéndose a la forma que tienen de arrastrar los pesos–, pero es que si no lo hacemos así al enfermo no lo pueden examinar”.

Y una vez sentado el paciente, las torsiones continúan: “Una vez está sentado el paciente empezamos a hacer posturas raras para poder taparle el ojo. Ningún paciente se pone bien el aparato, así que hay que encorvarse de nuevo porque la silla en la que están es baja para ponerles en la posición adecuada. No son grandes esfuerzos, pero no estoy recta en cinco horas”, concluye Rosa.

La mejora viene de la mano de las ayudas técnicas: “Hace unos días han introducido en la consulta de electros unas camillas eléctricas que las podemos bajar para que se siente el paciente y luego volverlas a subir y el cambio es muy importante. Una vez tumbado, lo que hago es que pongo la camilla a la altura máxima para poder poner los electrodos doblando la espalda lo menos posible”, explica Rosa. Ella ha aprendido a convivir con sus lesiones: “Cuando puedo, entre paciente y paciente, me siento y hago unos ejercicios de cervicales de treinta segundos que me enseñaron en la mutua”.

Begoña es enfermera en el servicio de prevención propio de un hospital de la ciudad de Valencia. Describe la problemática de los celadores en la movilización de pacientes como un problema de falta de formación, de ausencia de protocolos de seguridad, falta de recursos y de mala organización del trabajo: “Los celadores no tienen ninguna formación en cuanto a la movilización de personas y no disponen de ayudas suficientes. Imagínate sacar a alguien que llega en coma del coche de un familiar. No es nada fácil. El peso es mucho y la postura muy forzada. Los que están en la puerta de urgencias lo hacen una y otra vez. En la mayoría de los centros no existe protocolo de seguridad ni una adecuada organización del trabajo. La rotación de puestos es fundamental, pero el que está en la puerta de urgencias está siempre ahí. O el que está levantando a los pacientes de un pabellón está siempre en ese pabellón. Y eso es una barbaridad”, explica Begoña. “Hay muchas bajas por lesiones musculoesqueléticas que, además, no se cubren con nuevo personal, con lo que se machacan los que no están de baja. Además, como los salarios son bajos, la gente necesita no solo hacer noches, sino reincorporarse al trabajo sin haber curado realmente la lesión, con lo que las recaídas son continuas”, añade esta enfermera que además es delegada de prevención de CCOO.

# encorvada''



## La dimensión del problema

### PEX

En la UE-27, el 46% de los trabajadores y las trabajadoras desempeña su actividad laboral en posturas dolorosas o fatigantes. El 35% transporta o manipula cargas pesadas. El 11% de las mujeres se encuentran expuestas al riesgo que supone la movilización de personas, mientras que este es el caso en el 6% de los hombres. Se estima que las enfermedades relacionadas con el trabajo suponen un gasto económico variable entre el 2,6% y el 3,8% del PIB y la mitad de ese gasto es atribuible a trastornos musculoesqueléticos. Las patologías musculoesqueléticas en EEUU son responsables de una media de 28,6 días de baja por cada 100.000 trabajadores; en los países escandinavos la media es de 36 días por cada 100.000 trabajadores y de 32,6 días en el Reino Unido.

En España, la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2011, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, estima que ha aumentado 3,8 puntos porcentuales (77,5%), respecto a 2007 (73,7%), el porcentaje de trabajadores que sienten alguna molestia que achacan a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realizan. Entre las molestias más frecuentes figuran las localizadas en la zona baja de la espalda, la nuca/cuello y la zona alta de la espalda.

La misma encuesta señala que un 26% de los accidentes laborales en el sector servicios se debe a las posturas forzadas (13%) y al levantamiento de cargas (13%). La misma encuesta refiere que un 48% de los trabajadores y las trabajadoras que se dedican a actividades sanitarias y sociales manifiestan ejercer su trabajo en posturas forzadas y un 37% tiene que levantar o mover personas. Además, un 22% manifiesta tener que levantar o mover cargas pesadas que no son personas. Un 24,3% señala que tiene que aplicar fuerzas importantes para hacer su trabajo y un 56,6% tiene que repetir los movimientos de brazos o pies. Un 30,8% manifiesta estar de pie sin andar y un 22,6% estar sentado sin levantarse.

Según la encuesta del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el personal sanitario (50%) es, tras los trabajadores de la construcción (52%), el colectivo laboral sometido a una mayor demanda física en lo que se refiere a adoptar posturas dolorosas y fatigantes. Atendiendo a las zonas del cuerpo más señaladas, la parte baja de la espalda destaca especialmente en la rama de transporte y almacenamiento (53,7%), actividades sanitarias y sociales (52,2%) y construcción (52,5%).

# Movilizar personas mayores y con discapacidad:

MONTSERRAT LÓPEZ Y BERTA CHULVI

**Si en el sector sanitario la movilización de personas se realiza muchas veces en condiciones inadecuadas, la situación en el sector de la discapacidad, más desregulado y con menos recursos, es flagrante. CCOO de Extremadura, en colaboración con la Federación de Servicios a la Ciudadanía y la Federación de Sanidad de esos territorios, ha lanzado una campaña en residencias de mayores y hospitales para visibilizar las condiciones de trabajo en este sector.**

“La falta de medios que han originado los recortes económicos en servicios sociales ha provocado que las plantillas se encuentren bajo mínimos. Los habituales problemas de salud derivados de los esfuerzos físicos y posturales se han multiplicado en las personas afectadas. No se cubren bajas, ni jubilaciones, ni permisos, etc. La plantilla es insuficiente para cubrir las necesidades y realizar las tareas más pesadas entre dos personas, como la movilización de personas con sobrepeso, los cambios posturales y atenciones personales a los usuarios más dependientes, etc.” Quien así explica la situación es Concha Gómez, secretaria de Salud Laboral de CCOO de Extremadura, que además nos ha puesto en contacto con trabajadoras del sector.

Mercedes es delegada sindical y ha estado más de 10 años en el puesto de auxiliar de enfermería de una residencia de ancianos de la Junta de Extremadura en Cáceres. Conoce bien la situación en este sector: “Atendemos a ancianos y ancianas con un grave deterioro funcional, que están la mayoría en sillas de ruedas. Son personas que en general padecen de sobrepeso y que no tienen casi ninguna movilidad: hay que bañarles, cambiarles de postura, etc. Y además hay que hacerlo rápido, porque somos pocas auxiliares para atender a muchos residentes”, explica Mercedes.

En su centro de trabajo para atender a 40 residentes en el turno de mañana, que es el que más esfuerzo físico requiere, hay cuatro auxiliares de enfermería, a veces cinco. Muchas veces para que los ancianos puedan llegar a tiempo al desayuno, las parejas teóricas se deshacen para atender una auxiliar a un residente. Las ayudas técnicas son insuficientes. Para 40 pacientes hay dos grúas, que antes eran hidráulicas (con el esfuerzo que eso requiere) y ahora hay una eléctrica. La trabajadora estima que debería haber, como mínimo, dos grúas para cada 20 residentes, justo el doble de las que existen. “Muchas veces, por no esperar a la grúa, acabas levantando a pulso a la persona y, claro, las lumbalgias y las hernias discales están a la orden del día”, explica Mercedes. En el turno de tarde las cosas no mejoran, al contrario, se pasa a dos auxiliares para 40 residentes, y es un turno en el que hay que acostar a los ancianos que tienen movilidad y cambiarles los pañales. En el de noche las cosas aún van a peor: una auxiliar de enfermería para 40 residentes, que se tiene que hacer cargo de los cambios posturales de la noche que evitan que los residentes padezcan problemas dermatológicos por estar en la misma posición toda la noche.

Se trata de un colectivo de trabajadoras, sobre todo mujeres, que entraron en estos puestos de trabajo hace una

media de 15 o 20 años y que ahora están literalmente “machacadas”. Consciente de esa situación hace unos años la Junta de Extremadura, con la presión sindical, atendiendo a lo que regula la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, cambió a algunas trabajadoras de puesto, pero esto “ha colapsado” en palabras de la propia Mercedes. Ya no hay puestos disponibles y, sin embargo, hay muchas trabajadoras lesionadas. Para dar cuenta de la situación, Mercedes pone un ejemplo: “De 129 trabajadoras, un mes de marzo que me dediqué a analizar las bajas laborales, había 72 mujeres de baja”. “En esta época de recortes –explica Mercedes– hemos pedido más ayudas técnicas, pero no nos hacen ni caso. El colectivo está muy tocado, cansado y desmoralizado”.

Mercedes da cuenta del plante de una trabajadora a la dirección de la residencia: “En Extremadura tienes un decreto que establece la ratio 7 residentes por auxiliar de enfermería, así que un día, una compañera se encaró con la dirección y le preguntó: Dime qué 7 de los 40 residentes que tengo a mi cargo he de atender”. Obviamente las trabajadoras no son insensibles a las demandas de los usuarios, y antes pierden la salud que los dejan a su suerte, pero el sacrificio y el desgaste son enormes.

Filo es otra delegada de Extremadura, tiene a su cargo los centros de mayores de Badajoz. Refiere una situación muy similar a la que narra Mercedes, añadiendo las dificultades estructurales que supone trabajar en centros muy antiguos: “Las residencias pequeñas son muy antiguas y casi no hay espacio para trabajar. Las trabajadoras sufren constantemente golpes en las piernas por falta de espacio. En las habitaciones casi no caben las sillas de ruedas. Con las grúas y las sillas, casi no hay espacio para trabajar. Además, las sillas de ruedas de los ancianos, que deben arrastrar las auxiliares, son muy viejas y las trabajadoras han de hacer un gran esfuerzo para arrastrarlas”.

La acción sindical en este sector es fundamental. Así lo manifiesta Concha Gómez, que refiere la campaña realizada en Extremadura: “La acción sindical de salud laboral ha sido muy bien recibida en todos los centros. El personal ha mostrado interés en la campaña porque hasta ahora los problemas de salud siempre se lo habían planteado como una cuestión personal y con la campaña se han sentido identificados como parte de un colectivo que comparte, además de otros, problemas de salud con origen laboral. En todos los centros el personal ha aplaudido la iniciativa de CCOO de reivindicar algo más que salarios y otros derechos laborales”, explica Concha Gómez. 

# la ausencia de recursos es enorme

## Las condiciones de trabajo

### PEX

Tanto los diferentes estudios realizados sobre los factores de riesgo ergonómicos que se pueden encontrar en las tareas de movilización de personas con discapacidad como la propia percepción de los trabajadores y las trabajadoras que las desempeñan, coinciden en determinar que las molestias y dolor por trastornos musculoesqueléticos afectan a la espalda lumbar, cuello, muñecas y manos y rodillas, por este orden.

Estos trastornos, y el dolor que ocasionan, pueden ir evolucionando hacia lesiones más concretas y graves, que pueden perdurar durante más tiempo, como contracturas musculares, síndrome del túnel carpiano, tendinitis, lumbalgia, hernia discal, etc., e incluso incapacitar para el desarrollo de estas tareas.

El origen de esta exposición se identifica en diferentes aspectos de las condiciones de trabajo:

- Las características de las personas a movilizar, su mayor o menor grado de discapacidad y por tanto el nivel de colaboración en la movilización.
- El entorno de trabajo. La falta de espacio para poder manejar los equipos de ayuda en las diferentes instalaciones, tanto habitaciones, baños, pasillos, etc., son elementos que pueden incidir de forma negativa en la adopción de posturas, por ejemplo.
- Los equipos de ayuda y mobiliario. El escaso número de estos equipos es un hecho patente, así como las características inadecuadas y el mantenimiento inexistente de los que se tienen; por ejemplo, camas y camillas no regulables, sin ruedas, una grúa para varios servicios, etc.
- La organización del trabajo. El número de personas que se tienen que movilizar, el tipo de movilizaciones, la frecuencia en la que se debe realizar estas tareas, así como el número de trabajadores y trabajadoras disponibles para realizarlas.
- Ausencia de planes de formación. Cuando las trabajadoras y los trabajadores tienen formación en adopción de posturas correctas o en el manejo de los equipos de ayuda, ha sido fruto de una iniciativa porque de forma generalizada no existe un plan de formación en la empresa sobre los riesgos que implican estas tareas ni sobre cómo deben y cuándo utilizar los escasos equipos de ayuda de que disponen.



# ¡Aúpa! Una y mil veces

MONTSERRAT LÓPEZ

**Coger a una niña en brazos es una sensación gratificante, y forma parte del día a día de colectivos feminizados como maestras de preescolar, educadoras infantiles en guarderías, monitoras de comedores escolares, etc. La ternura esconde, muchas veces, los riesgos ergonómicos a que se exponen estos colectivos laborales.**



Preocupada por la presencia de trastornos musculoesqueléticos y la falta de implementación de medidas preventivas eficaces frente al riesgo ergonómico en el sector de ocio educativo y animación sociocultural, la Federación de Enseñanza de CCOO decide realizar un estudio diagnóstico sobre los riesgos ergonómicos y trastornos asociados en este sector, bajo el amparo de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Sus resultados bien pueden extrapolarse a otros sectores relacionados con la educación y cuidado infantil.

Para el desarrollo de este estudio se utilizaron herramientas que forman parte del Método Ergopar, procedimiento de ergonomía participativa para la prevención de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. El alcance del estudio tuvo en cuenta todos los puestos de trabajo, siendo representativos y por tanto objeto del estudio los puestos de trabajo de: coordinador/a de actividades y proyectos de centro y monitor/a de ocio educativo.

La movilización de personas en las tareas de estos colectivos se refleja de forma más importante en los puestos de trabajo de monitor/a de ocio educativo y, de forma más concreta, la encontramos en determinadas tareas que se realizan en comedores escolares, aulas matinales, relacionadas con la atención y cuidado del alumnado de preescolar.

Las personas encuestadas pertenecientes a este colectivo, en su gran mayoría mujeres, manifiestan con mayor frecuencia padecer molestias y dolor en el cuello, hombros y/o espalda dorsal y espalda lumbar, habiéndoles impedido incluso alguna vez realizar su trabajo. Cuando explican las exigencias físicas de su puesto de trabajo las valoran como moderadas, pero siempre hay que tener en cuenta el fuerte componente emotivo del mismo. Así, una trabajadora explicaba en este estudio: "Sé que coger a los niños en brazos daña mi espalda. Y ya sé que no es necesario cogerlos, pero trabajo con los de preescolar y a veces es imposible no hacerlo".

Las posturas forzadas son una de las cuestiones que más efectos tiene: "El hecho de tener que estar con la espalda inclinada hacia delante es lo peor. Estoy con niños de 3 y 4 años y las mesas son muy bajas, esto acaba produciendo dolor en las lumbares", explica una trabajadora.

Aunque el levantar, trasladar, manipular, dejar a niños y niñas se realizan en tareas esporádicas, como por ejemplo: cogerles para curar posibles heridas, cambiar de ropa si se manchan de comida o se mojan, cogerles para consolarlos cuando lloran o llaman la atención, incluso para levantarlos cuando se han dormido en la siesta, es necesario prestar atención a las condiciones en las que estas se realizan incluso junto con otras tareas que también implican manipulación manual de cargas o la adopción de posturas inadecuadas.

Por ejemplo, preparar y recoger el aula para la siesta significa colocar los colchones y recogerlos, colchones que pesan 3 kg, así como empujar y arrastrar el carro donde se transportan, previamente levantado y habiendo movido sillas y mesas para dejar sitio, que posteriormente tendrán que volver a colocar donde estaban, pues es un aula donde luego habrá clase. Las monitoras se agachan para despertar a los niños y niñas, incluso los cogen en brazos para sacarlos del aula y llevarlos al aseo.

En la atención y cuidado de los niños y las niñas mientras comen, induciendo e incluso dando de comer directamente, como no hay sillas para sentarse ni espacio suficiente, las monitoras deben inclinarse y girar el tronco/espalda, cuello, también agacharse y mantenerse en cuclillas.

Aspectos que no podemos olvidar y que alimentan de forma negativa estas condiciones de trabajo son: la falta de pausas para el descanso, la ausencia de mobiliario de dimensiones adaptadas a las trabajadoras, la altura de planos inadecuada, la ratio de usuarios y usuarias elevada por cada monitor/a y por tanto el ritmo elevado.

# Almaraz: cero accidentes laborales durante la última recarga

LUIS JODRA BARAHONA\*

**Entre julio y agosto pasados se llevó a cabo un proceso de recarga de combustible en el grupo 1 de la central nuclear de Almaraz que puso de manifiesto que el trabajo coordinado entre la empresa principal y las contratistas arroja un resultado excelente: por primera vez en la historia de la central nuclear no se produjo ningún accidente laboral en el proceso de recarga de las instalaciones.**

Corría el año 2006 cuando la Federación Minerometalúrgica de CCOO estampó su firma en el acuerdo laboral regulador de los trabajadores y las trabajadoras de empresas contratistas en las centrales nucleares de Almaraz y Trillo, un documento que, desde que se publicó, no ha dado más que buenas noticias a este sindicato. La última que entre el 23 de junio y el 18 de agosto, momento en el que se produjo la recarga número 23 del grupo 1, no hubo que lamentar ningún tipo de accidente laboral (con o sin baja). Un hecho que no tiene precedentes en la historia de la central nuclear y que confirma que se vienen haciendo bien las cosas en materia de prevención y de salud laboral.

La recarga es un proceso planificado y complejo que concentra en la central una importante cantidad de trabajadores y trabajadoras subcontratados. Durante la recarga del pasado verano, en la central nuclear de Almaraz prestaron sus servicios en las instalaciones 2.350 trabajadores y trabajadoras de 143 subcontratas, una cifra considerable a la que se unió la plantilla de la empresa principal. La existencia, desde hace más de ocho años, de un comité de salud laboral de las contratistas, que trabaja estrechamente con los servicios de prevención de la central y con el comité de salud laboral de la empresa principal, hizo posible que no se produjera accidente laboral alguno en un entorno laboral complicado de casi dos meses trabajando 24 horas al día.

Los sindicatos que en 2006 pactaron con la empresa principal un trabajo coordinado en materia de seguridad y salud con las empresas contratistas, en la misma línea firmamos, en abril de este año, un nuevo acuerdo con la empresa principal para que esta exigiera a las nuevas subcontratas la subrogación de la plantilla: la estabilidad de las plantillas ha redundado en una mayor formación y motivación de los trabajadores que sin duda evita accidentes.

La clave de esta importante mejora en materia de siniestralidad es la coordinación de todas las subcontratas con la empresa principal, la equiparación de los equipos de protección individual y la estabilización de las plantillas. Cada día, a primera hora, los responsables de las empresas subcontratadas mantienen una reunión con la empresa principal para planificar el trabajo de la jornada y, a su vez, cada responsable de subcontrata mantiene una reunión con sus trabajadores y trabajadoras para explicar el trabajo.

Toda esta planificación se realiza a instancias del comité de



seguridad y salud de las subcontratas donde están los representantes sindicales de las federaciones de CCOO y UGT, que tienen la consideración de coordinadores sindicales de prevención de riesgos laborales, y los representantes de la empresa principal. Las subcontratas están obligadas a facilitar a estos coordinadores sindicales toda la información que les requieran en materia de seguridad y salud. Este comité se reúne cada tres meses y ha demostrado ser una herramienta muy eficaz que tiene un funcionamiento específico, complementario pero con problemática propia, respecto al comité de seguridad y salud de la empresa principal. Por ejemplo, en este comité se pactó la calidad de los equipamientos de protección individual (*epis*), para que no se diera la típica asimetría entre empresa principal y subcontratas, o una medida como parar el trabajo el tiempo necesario en los momentos de mayor calor que se potenció con la presencia de monitores de prevención in situ, en las zonas de mayor riesgo, siendo ellos los que supervisaban todas las medidas de seguridad, incluyendo el cumplimiento de los tiempos de descanso, dado que la recarga se efectuó en los meses de julio y agosto.

Consideramos que se trata de una experiencia que puede ser trasladada a otras empresas, en las que también se dé una importante presencia de subcontratas, y supone un importante avance en la participación de las organizaciones sindicales en el desarrollo de la estrategia preventiva de estas grandes empresas. Una experiencia que, como se ha visto este verano, da excelentes resultados. 

\*Luis Jodra Barahona es responsable del sector nuclear de la Federación de Industria de CCOO.

# Procesos participativos de prevención de riesgos

CLARA LLORENS Y SALVADOR MONCADA

**Este año, ISTAS-CCOO hemos liderado un proyecto financiado por la Comisión Europea, el E-IMPRO, con el objetivo de identificar, analizar y difundir conocimientos y experiencias relativos a los procesos participativos de prevención de riesgos psicosociales en empresas del sur de Europa. Nos hemos centrado en Francia, Italia, Turquía y España, dado que la mayoría de experiencias conocidas y difundidas hasta hoy en este campo se localizan en países del norte y del centro de la UE, en un contexto económico y social bastante distinto al nuestro.**

En base al trabajo de una red cooperativa formada por miembros de la Asociación Bruno Trentin ISF IRES CGIL, Émergences, GREDS-UPF, INAIL, Universidad Dokuz Eylül, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo y ETUI, además de nosotros, hemos realizado y analizado 62 entrevistas correspondientes a 12 experiencias en los cuatro países y cuatro seminarios con los agentes sociales que actúan en el nivel de empresa.

## ¿Qué facilita la participación de los agentes sociales y el cambio de condiciones de trabajo?

Es fundamental la existencia de una legislación que incluya disposiciones obligatorias por un lado, sobregestionar los riesgos psicosociales en base a la evaluación de riesgos y la mejora de condiciones de trabajo, y por otro, sobre la participación de los representantes de los trabajadores (con derechos de información, consulta, negativa motivada, codecisión y negociación). Es importante la vigilancia y refuerzo del cumplimiento de dicha legislación por parte de las autoridades (por ejemplo, con programas específicos de la Inspección de Trabajo) y que las actividades de las instituciones públicas pongan el foco en la prevención de riesgos psicosociales (sensibilización, herramientas, etc.).

Otro elemento decisivo es abordar la prevención de riesgos psicosociales en base a métodos que incluyan instrumentos de medición estandarizados (válidos y fiables) y procesos de intervención participativos, que pongan en el centro de la participación a la dirección y a los representantes de los trabajadores. Si el proceso participativo está procedimentado paso a paso en el método, es un espacio de cooperación y no una fuente de conflicto. Los procesos preventivos no tienen que reinventarse en cada empresa, aunque sí pueden adaptarse. La prevención en el ámbito de la empresa no puede ser una investigación, de ahí la necesidad de instrumentos estandarizados y procesos pautados. El cumplimiento de cada fase del proceso preventivo ha de tener unos plazos acordados y un calendario comprometido.

La participación de los representantes de los trabajadores y de la dirección de la empresa en todas las fases del proceso es un aspecto clave para superar la resistencia al cambio de condiciones de trabajo, incorporando su experiencia y conocimiento. Si los actores clave en el cambio participan en la toma de decisiones, su implantación resulta más fácil. Para ello puede

ser útil la creación de un grupo de trabajo bipartito. En todo caso, los agentes sociales participantes han de tener poder de decisión y ejecución, ya que ello facilita llegar a acuerdos, tomando las decisiones de forma ágil y eficaz. El papel de los agentes sociales ha de ser propositivo, frente al simple seguimiento y control de las actividades de los profesionales de prevención. La participación implica preparar rigurosamente todas las fases del proceso. Es necesario el respeto y el entendimiento mutuo, ver qué razones tiene el otro. El conflicto es inevitable, pero puede gestionarse si hay respeto.

Es un facilitador que el papel principal de los profesionales de la prevención sea el de apoyar el proceso participativo y generar espacios de cooperación y diálogo entre los agentes sociales. Según la legislación vigente, deben actuar como asesores de ambas partes, excepto en Francia.

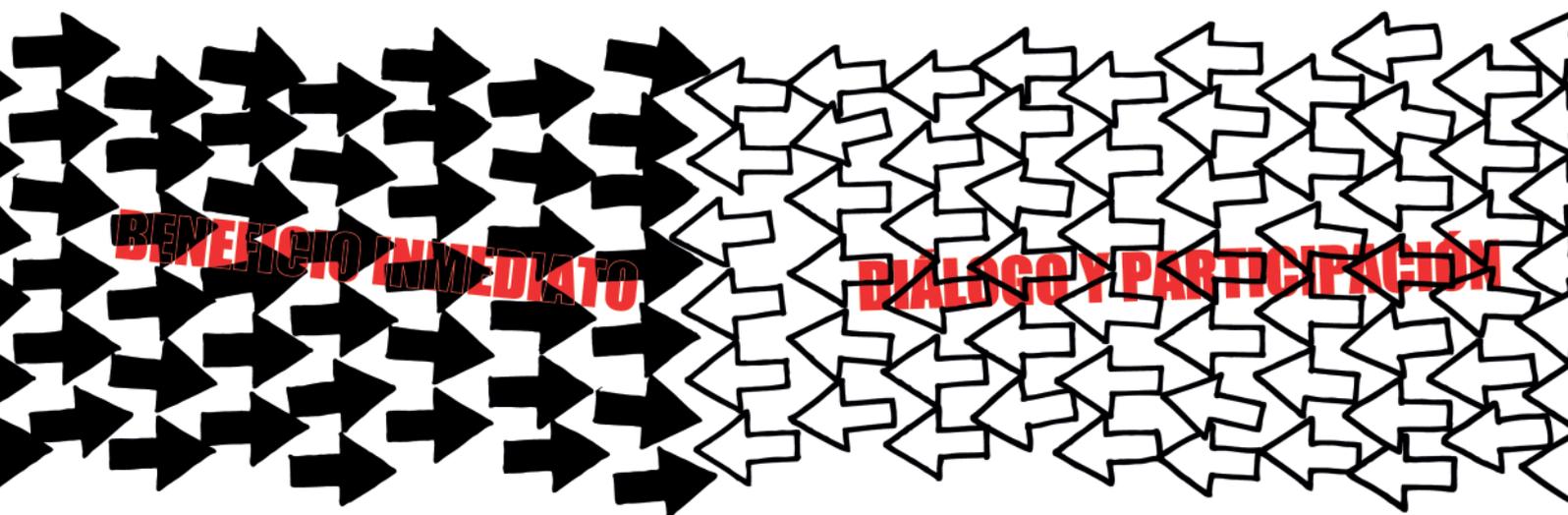
Los resultados de la evaluación de riesgos deben ser fácilmente comprensibles para los agentes sociales. Estos resultados tienen que presentar las exposiciones de forma concreta (¿qué aspecto específico de las condiciones de trabajo representa un riesgo?) y localizada (¿en qué puesto de trabajo/departamento se encuentra ese puesto?). La concreción y la localización facilitan la propuesta de medidas preventivas adecuadas y los acuerdos sobre cambios en las condiciones de trabajo.

Formular las medidas preventivas, es decir, los cambios de las condiciones de trabajo, en los términos más concretos posibles e incluir medidas de seguimiento de la implementación son también elementos facilitadores, como lo es informar continuamente a los trabajadores de la empresa sobre cada decisión tomada en todas las fases del proceso de prevención.

La participación activa de trabajadores y mandos intermedios en el proceso de prevención de riesgos psicosociales debe ser obligatoria en la fase de evaluación y desarrollarse a través de cuestionarios individuales estandarizados. Y ha de someterse al acuerdo de los agentes sociales en la fase de diseño e implementación de las medidas preventivas, utilizando dinámicas grupales (por ejemplo, círculos de prevención).

La implementación de cambios en las condiciones de trabajo facilita más cambios, ya que fortalece la confianza y la credibilidad del proceso.

# psicosociales: **facilitadores y obstáculos**



## ¿Cuáles son los principales obstáculos?

Una barrera importante son las prácticas empresariales de gestión laboral que conducen a unas condiciones de trabajo precarias (rotación de personal, bajos niveles salariales, exigencias de disponibilidad horaria, geográfica, flexibilidad funcional sin aumento de la complejidad de la tarea, sin recursos para afrontar los cambios, sin reconocimiento, etc.), la individualización de las relaciones laborales, el aumento de las desigualdades, las altas tasas de desempleo o los altos índices de empleo irregular (economía sumergida). En resumen, la competitividad empresarial o el beneficio inmediato basado en la reducción de costes laborales a través del deterioro de las condiciones de trabajo y/o la individualización y la competencia entre trabajadores. Hay otros obstáculos que se derivan de una mala situación financiera de la empresa o una competitividad excesiva (nacional e internacional) entre empresas proveedoras y en concreto las presiones de las corporaciones multinacionales para reducir los costes laborales.

El desequilibrio de poder entre representantes de los trabajadores y empresarios es también una dificultad decisiva para la mejora participada de las condiciones de trabajo: si no existen derechos o es imposible ejercerlos, si el nivel de afiliación o cobertura sindical es bajo, si el autoritarismo rige las relaciones laborales, las dificultades son muy importantes. La ausencia de regulación, como es el caso de Turquía, supone un obstáculo a veces insalvable. Las reticencias de la dirección de la empresa a ceder poder en materia de organización del trabajo dificultan enormemente la implantación de métodos de evaluación participativos.

Otro obstáculo importante es la implantación de un enfoque de los riesgos psicosociales centrado en el daño (medicalización de los riesgos psicosociales) o en las características individuales de los trabajadores (aspectos de personalidad) en lugar de una aproximación a los mismos que priorice la prevención primaria, los cambios en las condiciones de trabajo. Un enfoque tecnocrático de los servicios de prevención (prevención sin participación

de los agentes sociales) y/o un estilo burocrático (basado en documentación y formalismos sin promover cambios efectivos de las condiciones de trabajo) o la explotación comercial de la prevención de riesgos psicosociales dificulta enormemente los procesos participativos dirigidos a cambiar condiciones de trabajo. La posibilidad de utilizar herramientas de evaluación de riesgos que no cumplen con los requisitos científicos o las exigencias legales es una vía para escapar a las evaluaciones rigurosas y participativas que permiten el inicio de procesos de cambio reales de las condiciones de trabajo.

El posicionamiento impredecible por parte de la Inspección de Trabajo (por distinta ideología, por la falta de formación sobre riesgos psicosociales o debido a diferencias de aproximación en diferentes territorios de un mismo país); la ausencia de delegados de prevención sindicalizados independientes / sindicalismo "amarillo" o la falta de unidad de acción de los diferentes sindicatos a nivel de empresa, así como la falta de cooperación entre delegados de prevención y profesionales de la prevención, son también algunos de los obstáculos que operan con claridad a la contra de la participación y el cambio de las condiciones de trabajo.

La resistencia por parte de los mandos intermedios es un factor importante a la hora de analizar las dificultades: los cambios de condiciones de trabajo basados en la participación les hacen sentir cuestionados o temerosos de perder poder, o porque están poco preparados para un estilo de dirección participativo (necesitan nuevas habilidades y conocimientos, formación y tiempo que no les suministran). El temor a represalias de los trabajadores también es una dificultad, como lo es la incredulidad de los trabajadores respecto a los cambios en las condiciones de trabajo que suponen las medidas preventivas. La prolongación en el tiempo del proceso participativo sin la implementación de cambios en las condiciones de trabajo por obstrucción de una parte de los agentes sociales puede explicar algunos fracasos.

Alfredo Menéndez-Navarro, catedrático de Historia de la Ciencia

## “El 95% de la mortalidad por exposición a amianto

BERTA CHULVI

**Alfredo Menéndez-Navarro es médico y catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada. Dedicó su tesis doctoral a estudiar los problemas de salud de los trabajadores de las minas de Almadén y a partir de ahí ha realizado numerosas investigaciones sobre la producción y utilización del amianto en España. Junto con dos investigadoras más, acaba de publicar un artículo en el *International Journal of Occupational and Environmental Health*, donde estiman la magnitud de la mortalidad en España por exposición a amianto y su enorme subregistro.**

### **¿Qué tiene de original el trabajo que acaba de publicar con Montserrat García-Gómez y Rosario Castañeda?**

El artículo presenta uno de los resultados del proyecto “Los riesgos del amianto en España (1960-2002)”. Se trata de algo relativamente sencillo que no se había hecho hasta ahora y que consiste en contar el número de casos de enfermedad profesional causada por la exposición a amianto reconocidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y compararlo con la mortalidad registrada por patologías que sabemos que están causadas por el amianto, por ejemplo, el mesotelioma pleural. Esta comparación, relativamente simple desde el punto de vista del análisis, ha permitido documentar el tremendo infrarregistro que padecen este tipo de cánceres en nuestro país.

### **¿De qué cifras estamos hablando?**

En el caso del mesotelioma pleural estamos hablando de un 95% de infrarregistro si tenemos en cuenta hombres y mujeres. Es decir que solo 1 de cada 20 casos se está registrando como patología profesional. En el caso del carcinoma de bronquios y pulmón, como puede atribuirse a otras causas como el tabaquismo, la tasa de infrarregistro es aún superior y llega al 98,8%.

### **¿Qué metodología habéis seguido para calcular ese porcentaje de infrarregistro?**

Hemos acudido a las estadísticas oficiales de mortalidad y de reconocimiento de patologías profesionales en España. Hemos tomado los datos para el quinquenio 2007-2011, en el que el mesotelioma pleural dispone de un código de identificación preciso, y hemos comprobado que en ese periodo hubo 1.297 fallecidos por mesotelioma pleural en España. Según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), entre el 80 y 85% de los casos de mesotelioma pleural son debidos a exposiciones laborales. El resto son causados por exposiciones ambientales al amianto, por ejemplo, las que padecieron los vecinos de las fábricas donde se manipulaba amianto, o las familias de los trabajadores de esas

fábricas. Siguiendo a la IARC, pues, entre 1.038 y 1.002 muertes de las que se produjeron en ese periodo por mesotelioma se debieron a exposición laboral al amianto, es decir, serían casos de enfermedad profesional. En ese periodo solo se han reconocido 50 casos, 49 en hombres y uno en mujeres.

### **¿Y en el caso del carcinoma de bronquio y pulmón?**

En ese caso hemos partido del número de fallecidos por esa patología en España en el mismo periodo y hemos utilizado las estimaciones que publicaron la doctora Badorrey y colaboradores, que indican que un 4% de los fallecimientos por cáncer broncopulmonar serían atribuibles a una exposición laboral al amianto. Así, 4.076 de los fallecimientos registrados por esta causa serían atribuibles al amianto mientras solo se han reconocido 47 casos como enfermedad profesional en el mismo periodo. Es cierto que se trata de una aproximación menos contundente que la que hacemos con el mesotelioma pleural, ya que este no tiene otra causa que la exposición a amianto.

### **¿Y ese subregistro en el reconocimiento se debe al rechazo de demandas ante la Seguridad Social o a personas que no han reclamado el reconocimiento?**

No lo podemos saber, porque la Seguridad Social no publica el número de trabajadores que solicitan el reconocimiento de enfermedad profesional. Es un problema serio de falta de transparencia de un organismo de la Administración del Estado. Sabemos que hay rechazos, pero también casos de trabajadores que no solicitan la contingencia. Los cánceres del amianto, como otros cánceres profesionales, tienen un largo periodo de latencia: la enfermedad aparece décadas después de que se haya producido la exposición, hasta 50 años después. Muchos trabajadores desconocen que ese cáncer –que se manifiesta cuando ya están jubilados– tiene origen profesional. Si los médicos que los atienden no indagan en su historia laboral, el origen profesional de la dolencia puede pasar inadvertido.

# no se registra como patología de origen laboral”



**“Deberíamos aprender del caso del amianto para actuar frente a riesgos emergentes, como las exposiciones a disruptores endocrinos como el bisfenol A”**

**¿Cuando presentáis la distribución geográfica de los casos reconocidos se observan grandes asimetrías que atribuíis a la formación de los equipos médicos?**

Sí. Este es un fenómeno que se ve muy bien en la serie histórica. En el año 1962, la asbestosis (una forma de fibrosis pulmonar causada por la inhalación de fibras de amianto) se contempló como enfermedad profesional en nuestro país. Entre 1962 y 1976 se reconocieron 40 casos de asbestosis, 37 de ellos en Vizcaya. ¿Por qué? Porque allí había un grupo de profesionales liderados por Luis López Areal del Amo, el pionero del estudio del amianto en nuestro país, que posibilitó dicho reconocimiento. De igual forma, la actividad de grupos de sanitarios y abogados, de asociaciones de víctimas y de sindicatos favorece que en algunas zonas se reconozcan más casos. Al margen de ello, la distribución geográfica de los casos reconocidos reproduce la ubicación de los principales centros productivos donde se manejó amianto.

**Que eso pasara entre 1962 y 1976 podría ser comprensible, pero que siga pasando ahora en el 2014 es inadmisibile, ¿no?**

Efectivamente. En la formación médica los antecedentes laborales o el tema de la patología laboral tiene un peso muy pequeño, y no hay un entrenamiento en este campo para los médicos de familia, que es el primer escalón al que acuden los afectados, especialmente los que han abandonado el mercado laboral. De manera que ante un mesotelioma pleural no necesariamente se les encienden las alarmas, y desde luego menos ante otro tipo de cánceres. Y claro, eso es importante, porque si nuestras estadísticas oficiales registrasen los 700

fallecimientos anuales, que son los que estimamos que se producen y que se van seguir produciendo año a año a lo largo de esta década, sería difícil para la Administración presentar el problema como irrelevante. Se trataría de un problema de dimensiones similares al de fallecidos en accidente de tráfico y, por tanto, habría más concienciación. Si el amianto, que causa uno de cada dos cánceres profesionales, pasa inadvertido, qué decir de otros agentes cancerígenos laborales. Deberíamos aprender del caso del amianto para actuar frente a riesgos emergentes, como las exposiciones a disruptores endocrinos como el bisfenol A. Lo que ocurre hoy con esos tóxicos me recuerda mucho a la situación de hace 40 o 50 años con el amianto. Ahora estos productos son omnipresentes en nuestras vidas, como antes lo fue el amianto.

**¿Qué impide que este conocimiento sobre el origen laboral o ambiental del cáncer penetre, definitivamente, en las facultades de Medicina?**

Digamos que a lo largo de la historia de la medicina han prevalecido las explicaciones pluricausales, que sí consideraban los factores ambientales de la enfermedad, ya fueran exposiciones laborales o no. Desde finales del siglo XIX, la formulación de la teoría microbiológica en medicina favoreció el auge de las explicaciones unicasales que, de una forma u otra, se han mantenido hasta la actualidad. En nuestros días, la investigación médica privilegia el peso de los factores genéticos en el origen del cáncer, en detrimento del papel de los factores ambientales. Un paradigma para la explicación de las causas de la enfermedad que le viene como anillo al dedo a los valores de una sociedad neoliberal.



# Recursos

## **Realizan una APP para prevenir riesgos ergonómicos en el sector de vidrio**

Comisiones Obreras de Industria, la Confederación Empresarial Española del Vidrio y la Cerámica y la Federación de Industria y Trabajadores Agrarios de la Unión General de Trabajadores han desarrollado conjuntamente un juego APP (móvil) para la prevención de riesgos ergonómicos en el sector del vidrio, con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (FPRL, Acciones IS 0317/2013, IS0266/2013, IS0320/2013). El juego desarrollado permite a los trabajadores identificarse con los riesgos ergonómicos presentes en sus puestos de trabajo, seleccionando la respuesta correcta en cada cuestión planteada. De este modo, los trabajadores participan en la identificación de las medidas preventivas más adecuadas, se promueve la cultura de la prevención en las empresas del sector, y sirve como recurso técnico para los profesionales de la prevención, los trabajadores y sus representantes legales.

## **Prevención de riesgos ergonómicos en el sector agrario**

A lo largo de 2014, la Federación Agroalimentaria de Comisiones Obreras (FEAGRA), la Asociación Agraria de Jóvenes Agricultores (ASAJA), la Unión de Pequeños Agricultores y Ganaderos (UPA), la Coordinadora de Organizaciones de Agricultores y Ganaderos (COAG) y la Federación de Industria y Trabajadores Agrarios de la Unión General de Trabajadores (FITAG) han desarrollado conjuntamente un portal multimedia para la promoción de la ergonomía en el sector agrario, con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (FPRL, Acciones IS 0304/2013, IS0305/2013, IS0303/2013, IS0302/2013, IS0134/2013).

## **Prevención de riesgos laborales en el sector sociosanitario: una buena revisión bibliográfica**

El boletín monográfico editado en diciembre de 2014 por el Centro de Documentación del Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT) ofrece una selección de recursos informativos accesibles libremente en la red en relación con la salud y la seguridad de los trabajadores y las trabajadoras vinculados a los sectores sanitario y sociosanitario. Un total de 38 páginas que dan cuenta de los últimos artículos publicados en revistas científicas de ámbito internacional sobre los distintos riesgos laborales a los que están sometidos los profesionales del sector sociosanitario.

## **Editado un CD sobre la relación entre cansancio o fatiga y baja concentración en el trabajo**

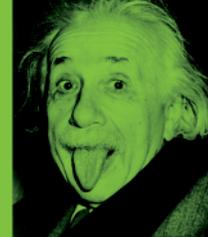
Con el objetivo de visibilizar la relación entre cansancio o fatiga y la baja concentración en las tareas que se realizan, la Federación de Servicios a la Ciudadanía de CCOO, junto a la Federación de Servicios de UGT y la Asociación de Fabricantes de Cartón Ondulado han elaborado un CD con información fundamental para trabajadores y trabajadoras, servicios de prevención, empresarios o cualquier persona interesada en medir el consumo energético en el trabajo y su relación con la fatiga. Está científicamente demostrada la relación entre cansancio o fatiga y la baja concentración en las tareas que se realizan, sin embargo, la relación entre fatiga y accidente laboral se diluye. Este CD se ha elaborado gracias a la participación de los trabajadores y las trabajadoras del sector a través de grupos de discusión. La FSC-CCOO considera que son los trabajadores y trabajadoras quienes mejor conocen las exigencias del puesto de trabajo. Fruto de sus imprescindibles aportaciones, se determinaron cuáles serían los puestos de trabajo a investigar en el ámbito del cartón ondulado.

## **Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario: buenas prácticas**

Son numerosos los estudios realizados que muestran la elevada incidencia de trastornos musculoesqueléticos que se da en la población cuyas tareas se centran en el cuidado de pacientes o entre aquellas personas que desarrollan su trabajo en centros hospitalarios, geriátricos o sociosanitarios. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) publicó en 2013 una guía que recoge algunas buenas prácticas de diseño y organización dirigidas a reducir los trastornos musculoesqueléticos en este sector de actividad. Los casos que se presentan son fruto de la labor realizada por un grupo de trabajo, coordinado por el INSHT, cuyo objetivo es el intercambio de información sobre temas relacionados con la ergonomía y la recopilación de ejemplos de buenas prácticas ergonómicas en el sector sanitario.

## **Nuevo reglamento sobre biocidas**

El pasado día 10 de octubre, el *Diario Oficial* de la Unión Europea publicó el Reglamento Delegado (UE) n° 1062/2014 de la Comisión, de 4 de agosto de 2014, relativo al programa de trabajo para el examen sistemático de todas las sustancias activas existentes contenidas en los biocidas que se mencionan en el Reglamento (UE) n° 528/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo. El nuevo reglamento establece normas detalladas sobre la ejecución del programa de trabajo para el examen sistemático de todas las sustancias activas existentes que se mencionan en el artículo 89 del Reglamento (UE) n° 528/2012.



# porEvidencia

Actualidad científica

**Basada en la evidencia: una guía práctica para prevenir el dolor de espalda relacionado con el levantamiento de cargas en el trabajo.** Por encargo del Gobierno de los Países Bajos, el Centro de Enfermedades Profesionales de la Universidad de Ámsterdam ha desarrollado una guía práctica orientada a apoyar a los profesionales de la prevención en los procesos de evaluar el riesgo por levantamiento de cargas y seleccionar medidas preventivas eficaces. En este artículo, los autores de la guía explican el proceso de recolección de la evidencia científica y los criterios de calidad de la misma en torno a la elección de los instrumentos de evaluación (organizados en función de las circunstancias de las tareas) y las medidas preventivas. Respecto a este último punto, las medidas preventivas que identifican como eficaces en la guía son fundamentalmente las asociadas a cambios en las condiciones de trabajo, como el uso de equipos para la movilización de pacientes u objetos, ayudas para reducir la distancia o la altura de transporte. Por el contrario, entre las medidas con la menor eficacia preventiva destacan las prohibiciones de manipulación de cargas cuando no están disponibles los equipos necesarios, la formación, los reconocimientos médicos preempleo y el uso de cinturones lumbares.

*Kuijer PP et al. An Evidence-Based Multidisciplinary Practice Guideline to Reduce the Workload due to Lifting for Preventing Work-Related Low Back Pain. Ann Occup Environ Med. 2014 Jun 24;26:16.*

**Desigualdades en el riesgo de diabetes asociado a las largas jornadas de trabajo.** Un grupo de investigadores de diferentes países, mediante un diseño de estudio que incluye revisión de literatura científica y datos de más de 200.000 personas procedentes de 19 estudios diferentes, se planteó estudiar el riesgo de padecer diabetes tipo 2 (diabetes del adulto) asociado con las largas jornadas de trabajo. Los resultados mostraron un riesgo general mayor de un 7% entre las personas que trabajan más de 55 horas comparadas con las que lo hacen entre 35-40. Al calcular los resultados teniendo en cuenta el perfil socioeconómico, el riesgo de diabetes asociado a largas jornadas de trabajo resultó nulo para el estatus más alto, mientras que para el más bajo fue del 29%, incluso controlando el efecto de la edad, el sexo, la obesidad y la actividad física.

HYPERLINK

*"http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kivim%C3%A4ki%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\_uid=25262544" Kivimäki M et al. Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222,120 individuals. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014 Sep 24. [Epub ahead of print]*

**Calidad de los informes de investigación de accidentes.** Recientemente, unos investigadores españoles evaluaron los informes de investigación de accidentes de trabajo en 13 empresas (de las 50 que fueron invitadas) que accedieron a participar en el estudio. Son informes

realizados por los técnicos de los servicios de prevención propios (8) y ajenos (5). En total recogieron y analizaron 567 informes e identificaron las principales carencias de estos. En términos generales encontraron que los informes eran bastante deficientes; por ejemplo, no toman en consideración las variables del parte oficial, por lo que estiman que la calidad de la información de las estadísticas provenientes de los partes es deficiente. Además, encontraron que no profundizan adecuadamente en las causas últimas de los accidentes ni incluyen recomendaciones prácticas que ayuden a la prevención de eventos similares. Tampoco describen la metodología seguida en la investigación ni incluyen mención de las fuentes de información utilizadas, ni fotos ni otro material que les haya permitido ahondar en la comprensión del suceso analizado. Por último, apuntan que el tiempo que transcurre entre la ocurrencia del accidente y la redacción de los informes es demasiado largo. Según los autores, este conjunto de deficiencias influye en la calidad de la notificación, aunque al margen de estas cuestiones que limitan la calidad de los registros, lo más relevante es el escaso impacto preventivo que puede tener la actividad de investigación de accidentes cuando no se hace de forma competente.

*Salguero-Caparrós F, Suárez-Cebador M, Rubio-Romero JC. Analysis of investigation reports on occupational accidents. Safety Sci. 2015, 72: 329-336.*

**La deficiente calidad de las fichas de seguridad de los productos empleados en la limpieza contribuye al riesgo de exposición de los trabajadores.** Teniendo en cuenta que los productos de limpieza se consideran en general como menos peligrosos que los que se usan en otros sectores, los autores se propusieron evaluar la utilidad y claridad de la información de las fichas de seguridad (FDS) de los productos de limpieza. Recogieron en el sector un total de 320 fichas y analizaron los componentes de las sustancias en relación con la información que se incluía en las fichas. Describen la información de las FDS como genérica y con frecuencia incompleta. En concreto, las medidas de seguridad y los datos de salud eran poco específicos, teniendo en cuenta la diversidad de las composiciones y concentraciones de los mismos. También se observó que para determinadas sustancias, las compañías responsables del etiquetado clasificaban de forma diferente y que la información sobre las medidas preventivas y equipos de protección personal se ofrecen sin un orden apropiado. Según los autores, todos estos problemas determinan una infraestimación de la contribución de estos productos al riesgo que sufren los trabajadores, que puede conducir a que estén expuestos a sustancias peligrosas.

*Abdulqadir MS, KVH Svendsen. Are safety data sheets for cleaning products used in Norway a factor contributing to the risk of workers exposure to chemicals? HYPERLINK "http://link.springer.com/journal/113382" International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health October 2014,2: 840-853*

## ¿Dónde está la justicia?

En octubre de 2010, porExperiencia publicaba una entrevista a Giampiero Rossi, periodista italiano y autor del libro *La lana de la salamandra*, sobre el proceso judicial abierto en aquel momento contra los propietarios de la multinacional Eternit, Stephan Schmidheiny y Louis de Marchienne. Una empresa instalada en una ciudad italiana, Casale Monferrato, y dedicada a la fabricación de amianto, que –hasta ese momento– había ocasionado la muerte de alrededor de 3.000 personas entre trabajadores y vecinos de la localidad. Un par de años más tarde, un tribunal de Turín reforzaba esta lucha con una condena a los propietarios a 18 años de prisión por ser los responsables de esta masacre humana y ambiental. Se hacía justicia y se iba a encarcelar a aquellos que, sabiendo los efectos catastróficos del amianto, mantenían su producción. No todo vale para alcanzar el éxito económico.

Hoy, dos años después de aquella sentencia, nos encontramos con otra nueva, esta de un tribunal superior, la Corte de Casación (Tribunal Supremo), que exime a Schmidheiny (el barón Louis de Cartier murió en 2013 por causas naturales) de cumplir la pena, no porque se le absuelva del delito, que se reconoce por la fiscalía y el propio abogado defensor, sino porque este –según el tribunal– ha prescrito.



La prescripción, en términos jurídicos, es una figura que intenta salvaguardar el principio de seguridad jurídica, algo así como que el Estado, como garante del derecho, no puede indefinidamente perseguir un delito. Sin embargo, esta figura viene a servir, con un buen equipo de abogados, para la impunidad de ciertos delitos cuyos primeros indicios aparecen mucho después del propio acto delictivo. El teórico marco para la seguridad jurídica se convierte, en estos casos, en un mecanismo de evasión de responsabilidades y, por lo tanto, de limitación de la justicia. Curiosamente, muchos de los delitos económicos, de corrupción..., suelen declararse como prescritos.

Por ello, para hacer justicia, ciertos crímenes como el de genocidio, de lesa humanidad, los crímenes de guerra o los crímenes de agresión no prescriben. Son la excepción que confirma la regla. Crímenes que, precisamente, forman parte del ámbito de competencia de la Corte Penal Internacional.

La actuación de estos señores que, por una cuestión puramente lucrativa, mantuvieron una actividad productiva aun sabiendo que producía daños humanos y medioambientales irreparables, que ha provocado y sigue provocando la muerte de personas, no debería quedar sin consecuencias jurídicas y bien podría incluirse entre los crímenes de lesa humanidad, ¿o no se trata acaso, como señala el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, de “un ataque sistemático y con conocimiento hacia una población civil”?

Los juicios de Nuremberg contra los crímenes nazis no tenían marco jurídico que los regulara, pero eran necesarios precisamente para que la justicia prevaleciera. Hágase también justicia para los millones de personas víctimas como los compañeros y compañeras muertos o enfermos en Casale Monferrato de los comportamientos empresariales que, de forma sistemática y consciente, atentan contra la integridad física y psicológica de las personas y contra nuestro medio ambiente.