

n.70
octubre
2015

20 años

LPRL
20 años

porExperiencia



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

Tablón

El cáncer de laringe por inhalación de amianto, declarado enfermedad profesional

El grupo de trabajo creado por el INSS, a petición de las organizaciones sindicales, para actualizar el RD de Enfermedades Profesionales sigue dando frutos. Tras el reconocimiento de la condición incapacitante de la silicosis de primer grado, ahora le ha llegado el turno al cáncer de laringe producido por exposición al amianto, que por fin formará parte del listado de enfermedades profesionales. En breve, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social plasmará este acuerdo con los agentes sociales mediante la publicación de un real decreto.

El grupo de trabajo, en el que también participan técnicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, continúa sus labores ahora centradas en torno a las evidencias científicas que relacionan las exposiciones a sílice cristalina con el cáncer de pulmón.

El fiscal pide cuatro años de cárcel para cada uno de los tres acusados por un accidente laboral

El Ministerio Fiscal pide cuatro años de cárcel y la inhabilitación especial en sus respectivas profesiones para un arquitecto técnico, el jefe de obra y la administradora de la empresa contratista por la muerte de un trabajador y las heridas producidas a otros dos en el accidente ocurrido durante las obras de adecuación del entorno de la Fuente de los Trece Caños y antiguo lavadero en Calahorra, un municipio de La Rioja (España).

El fiscal, que añade una elevada indemnización que supera los 300.000 euros, concluye que no se cumplió el plan de seguridad y salud ni se adoptaron medidas preventivas ni los obreros tenían la formación precisa.

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

En el primer semestre de este año 2015, los accidentes de trabajo con baja han crecido un 7%, con un aumento de los accidentes mortales en jornada de trabajo del 7%, y un crecimiento de los accidentes in itinere del 8%. En este medio año han muerto 285 trabajadores y trabajadoras, en su mayoría por accidentes dentro de la jornada de trabajo, 9 personas trabajadoras más que en el mismo período del año anterior. Este dato en sí mismo debería ser motivo de alarma social.

Los datos sobre enfermedades profesionales son, en términos cuantitativos, peores. En los ocho primeros meses del año, el número de partes por enfermedad

laboral se ha incrementado en un 15%. Este fuerte aumento se produce tanto en los partes comunicados que causan baja como aquellos que no la causan, y tanto en el colectivo de hombres como, especialmente, en el de mujeres.

El deterioro que muestra la evolución de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales está siendo constante desde hace dos años aproximadamente. Estos últimos datos recalcan que es necesario un mayor esfuerzo por parte de todos los agentes implicados en la prevención para romper esta tendencia tan negativa.

Enero-junio 2015

Accidentes de trabajo con baja según fecha de recepción	Total registrado	Variación año anterior
En jornada de trabajo		
Leves	218.019	7%
Graves	1.593	0%
Mortales	239	7%
Total	219.851	7%
In itinere		
Leves	33.887	8%
Graves	413	0%
Mortales	46	-13%
Total	34.346	8%
Total	254.197	7%

Enero-agosto 2015

Enfermedades profesionales	Total registrado	Variación año anterior
Hombres		
Con baja	2.887	11%
Sin baja	3.743	14%
Total	6.630	13%
Mujeres		
Con baja	3.157	16%
Sin baja	3.305	19%
Total	6.462	17%
Total	13.092	15%

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



Sumario

n.º 70
octubre
2015

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

Dirección: Vicente López

Coordinación: Berta Chulvi

Redacción: Óscar Bayona,
Jaime González,
Montserrat López Bermúdez,
María José López Jacob,
Clara Llorens, Begoña María-Tomé, Salvador Moncada,
Purificación Morán,
Claudia Narocki,
María José Sevilla,
Francisco Javier Torres

Traducción: del portugués:
Isamar Escalona

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

Ilustración/diseño: Antonio Solaz
Imprime: Paralelo Edición, S.A.
Depósito Legal: V-1533-1998

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

Colabora: Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales



2 Tablón

4-6 Condiciones de trabajo

4 Más del 60% de las enfermedades declaradas en 2014 en la Comunidad Valenciana corresponde a mujeres

6 Brasil: trabajo precario y abuso de agrotóxicos

7-19 Dossier

20 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

8 “Esta es la historia de una ley que no llegó a ser de salud laboral”

Entrevista a Ángel Cárcoba, representante de CCOO en las negociaciones de la ley.

10 ¿Estamos protegiendo la salud de los trabajadores y las trabajadoras?

12 “Hay que recuperar el espíritu de lucha de los primeros años porque la salud es la vida”

Los delegados y las delegadas de prevención opinan sobre los 20 años de aplicación de la ley.

14 “La ley fue un giro copernicano: se introdujo la gestión de la prevención en la empresa”

Entrevista a Manuel Velázquez, jefe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Vizcaya.

15 “La prevención en las empresas muchas veces se convierte en un montón de papeles”

Entrevista a Rafael López Parada, magistrado del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

16 “Quisimos situar la salud laboral en el marco de la salud pública, pero nos quedamos a medias”

Entrevista a Montse García, médica del trabajo y especialista en salud pública.

17 De la medicina del trabajo a las especialidades preventivas. Luces y sombras

18 La ley dio carta de legitimidad a la participación de los trabajadores en la prevención

20-21 Debate

20 El cambio climático y la salud humana

22 Recursos

23 porEvidencia

24 Contraportada

Más del 60% de las enfermedades declaradas en 2014 en la Comunidad Valenciana

CONSUELO JARABO*

Los últimos datos publicados por el Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT) ponen de relieve un cambio importante en la visibilización de las enfermedades profesionales de las mujeres trabajadoras en la Comunidad Valenciana. El 61,5% de las enfermedades declaradas en el año 2014 corresponde a mujeres trabajadoras, frente al 38,5% de sus compañeros varones. Ahora que las estadísticas empiezan a describir adecuadamente la realidad, la inclusión de una perspectiva de género en las políticas de salud laboral de las empresas y de las Administraciones es inexcusable.

Como todo el mundo sabe, la infradeclaración de las enfermedades profesionales es una práctica generalizada de las mutuas. El fenómeno empieza a producirse con claridad desde que en 2005 una orden del Ministerio de Trabajo establece que fueran estas entidades las que sostuvieran económicamente las prestaciones de incapacidad por enfermedad profesional. A partir de ese momento se trunca en toda España el proceso de aumento progresivo de declaración de enfermedades profesionales y el bajón fue escandaloso. Se pasó de 28.728 enfermedades profesionales declaradas en 2004 a 17.010 en 2007 y 15.711 en 2012. La práctica fue tan nefasta que en 2008, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales se vio obligado a publicar una circular advirtiendo a las mutuas de que se investigarían las denegaciones de enfermedad profesional. Desde entonces los reconocimientos se han mantenido en torno a los 17.000 anuales, es decir, se ha mantenido el subregistro de enfermedades profesionales en España, que algunos estudios han estimado en torno al 79%. Además, los incrementos en los reconocimientos de las enfermedades profesionales se han producido, sobre todo, a costa de las enfermedades sin baja: mientras en 2007, las enfermedades sin baja suponían un 32% de todos los reconocimientos realizados, en 2014 ese porcentaje ascendía al 52%.

El actual Gobierno no ha hecho nada para atajar esta situación, es más, las últimas modificaciones legales introducidas en la organización han aumentado la capacidad de intervención de las mutuas justo en la dirección opuesta a lo deseable. Sin embargo, la realidad es tozuda y aflora con contundencia cuando la atención primaria se pone a trabajar de forma adecuada, derivando a las mutuas las patologías que están claramente relacionadas con el trabajo.

Bastan programas como el SISVEL (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral) puesto en marcha por la Generalitat valenciana, que recoge las sospechas de enfermedad profesional detectadas por los médicos de familia y especialistas de la sanidad pública, para que aflore la gravedad de la situación de las mujeres: la precarización del trabajo en el sector servicios provoca que las mujeres enfermen a causa del trabajo. Para cualquiera es fácil imaginar de qué

forma están trabajando hoy las mujeres del sector de limpieza y hostelería en la costa mediterránea o las mujeres que trabajan en los almacenes agroalimentarios: a destajo, con salarios precarios, con altos ritmos de exigencia y con miedo a pedirse una baja por si son despedidas. Como las mujeres que trabajan en residencias de mayores o de personas con discapacidad, sometidas además a sobreesfuerzos. Eso es lo que está detrás de las estadísticas que reflejan un importante incremento de las enfermedades profesionales en mujeres en la Comunidad Valenciana. Eso y unos profesionales de la atención sanitaria pública que están haciendo bien su trabajo en la utilización del SISVEL.

En cuanto el foco se pone en las consultas de atención primaria, donde se visualizan los efectos del trabajo precario, salen a la luz las enfermedades de las mujeres. El SISVEL ha permitido detectar esta situación y se ha producido un incremento de 10 puntos en el reconocimiento de las enfermedades profesionales padecidas por mujeres respecto a 2013, a pesar de que el número de trabajadoras es inferior al de los trabajadores.

Las enfermedades profesionales más declaradas en mujeres son las enfermedades osteomusculares (75-80%). La principal es el síndrome del túnel carpiano. Se trata de la compresión del nervio mediano en la muñeca que produce hormigueo, dolor nocturno en manos y pérdida de fuerza. La siguiente enfermedad más frecuente es la epicondilitis, dolor en el codo, conocida popularmente como codo de tenista, aunque la padecen con mayor frecuencia las charcuteras o limpiadoras: aparece cuando se intenta levantar un peso con la palma de la mano mirando hacia abajo y no ocurre si se levanta el peso con la palma hacia arriba. Las malas condiciones ergonómicas y la intensificación del trabajo son los principales responsables de estas lesiones: trabajos que exigen posturas forzadas, tareas monótonas y repetitivas, métodos de trabajo inadecuados y, más a menudo de lo que se piensa, levantamiento de cargas. Existen suficientes conocimientos sobre medidas preventivas, pero se necesita voluntad empresarial y política para ponerlos en práctica.



corresponde a mujeres

Aunque el mayor número de enfermedades corresponde a trastornos musculoesqueléticos, también hay otros grupos en los que las mujeres se ven más afectadas que los hombres y, sin embargo, no se les reconocen apenas incapacidades permanentes. Nos estamos refiriendo a enfermedades de la piel no causadas por agentes químicos, físicos o biológicos.

CCOO ha abanderado la exigencia de que todas las enfermedades que tengan su origen en el trabajo sean declaradas como tales. En los últimos años, con la puesta en marcha del SISVEL, se ha conseguido incrementar la declaración de enfermedades profesionales y eso es un dato positivo. Sin embargo, a las estadísticas no le siguen las políticas activas de promoción de la salud laboral. En 2013, CCOO ya denunció que más del 50% de las enfermedades profesionales las estaban padeciendo las mujeres; exigió que se analizaran las causas y se planteara un plan de trabajo para mejorar las condiciones de trabajo y, por tanto, reducir la exposición y la enfermedad. Desde entonces nos hemos encontrado con una negativa de la patronal y un "dejar pasar" de la Administración. Los datos publicados por el INVASSAT sobre 2014 nos llevan a seguir exigiendo la introducción urgente de un enfoque de género en las políticas preventivas que ponga a las mujeres como objetivo prioritario.

CCOO seguirá reivindicando en los centros de trabajo, en la calle y en todos los ámbitos de representación que la prevención de los riesgos laborales debe estar entre las prioridades de las empresas y que esta no es posible olvidando a las mujeres. El sexo y los roles de género tienen

su impacto en la vulnerabilidad biológica, en la exposición a riesgos, en la prevención de los mismos, en el acceso a recursos de promoción y prevención, en la incidencia de las enfermedades, en la clínica y en la evolución de las mismas, en las repercusiones sociales y culturales de la salud y la enfermedad, y en la propia respuesta de los servicios y sistemas de salud, y, en general, en todos los aspectos de la vida y de la salud de hombres y mujeres.

Quienes han utilizado la crisis como coartada para reducir la inversión, para prevenir la siniestralidad y las enfermedades profesionales, la han utilizado también para rebajar las exigencias de condiciones de trabajo, creyendo que la inercia de muchos años mejorando resultados se iba a mantener de manera indefinida, pero eso no ha sido así y las mujeres están siendo un grupo especialmente afectado.

Hacen falta políticas decididas que exijan a las mutuas y a los servicios de prevención que cumplan la función que tienen asignada, pues solo así se conseguirá que las mejoras que introducen programas como el SISVEL lleguen a todos los trabajadores y trabajadoras. Los datos que acabamos de exponer han demostrado que este sistema es una buena herramienta para hacer aflorar posibles enfermedades profesionales, sin embargo son los médicos de familia los que más la utilizan, junto con los de medicina especializada (74%) frente a un ridículo 2% de las unidades de vigilancia de la salud de los servicios de prevención y un 24% de las mutuas. Hay muchísimo trabajo por hacer y es inaplazable. 

*Consuelo Jarabo es secretaria de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO del País Valencià.

Brasil: trabajo precario y abuso de agrotóxicos

CARLOS EDUARDO CHAVES SILVA Y JÚNIOR CÉSAR DIAS*

En Brasil, la actividad agrícola tiene un papel estratégico en el desarrollo económico y representa una buena parte de su mano de obra. En este sector coexisten formas modernas de trabajo asalariado que utilizan tecnologías avanzadas de producción con técnicas primitivas y relaciones tradicionales de trabajo. Es característico el trabajo degradante, próximo a la esclavitud, las altas tasas de informalidad, las elevadas sobrecargas de trabajo, la remuneración variable según producción y los graves daños a la salud debidos a la exposición a agrotóxicos.

En 2013, de los 4,1 millones de trabajadores y trabajadoras asalariados rurales de Brasil, 2,4 millones (60%) se encontraban en algún tipo de situación de trabajo informal, sin derechos laborales y de seguridad social y sin protección del Estado. Vinculado al alto índice de informalidad, que en algunas de las unidades llega a representar el 90% de los trabajadores, se encuentran las subnotificaciones de accidentes y muertes en el trabajo. Entre 2006 y 2012 se produjeron 174.000 accidentes según las cifras oficiales.

El uso indiscriminado de agrotóxicos, que en Brasil tiene una alta tasa media de consumo de 7,2 litros/habitante/año –llegando a 40 litros/habitante/año en los estados

medio rural. El uso de máquinas climatizadas y operadas por *joysticks* (a veces financiadas con recursos de los trabajadores por medio del FAT/BNDES y fondos de pensión) no eliminó los riesgos a la salud y seguridad de los trabajadores, por el contrario, el supuesto lujo ha sido usado como justificación para la ampliación de la jornada y para fijar metas elevadas de producción. En actividades plenamente mecanizadas, como la extracción de madera para fabricación de celulosa, existen registros de diversos empleados que trabajan bajo el efecto de analgésico debido a graves accidentes, como el ocurrido con un trabajador de 44 años que, después de haber trabajado durante años en una multinacional del sector, vive al día de hoy con una



de mayor consumo, como Mato Grosso–, es otro problema grave de salud de los trabajadores asalariados rurales, pues son ellos los responsables de la aplicación directa de venenos en las siembras brasileñas. Como pilar del modo de producción agrícola brasileña, el uso de agrotóxicos registró un crecimiento del 288% entre 2000 y 2012. Casi 850 toneladas se comercializaron solo en el año 2011, lo que convirtió a Brasil en el mayor consumidor del mundo de estos productos. El crecimiento del consumo de agrotóxicos está acompañado por el crecimiento de registros de casos de intoxicación y muerte por contaminación –entre 2006 y 2014 fueron más de 60.000 accidentes–, el incremento en el número de casos de cáncer de piel de los trabajadores del arroz irrigado, en Rio Grande do Sul, quienes trabajan inmersos hasta la cintura en agua repleta de agrotóxicos.

A pesar de ser presentada como instrumento de mejora de las condiciones de trabajo, la mecanización/automatización de los procesos agrícolas no ha logrado alterar de forma sustancial el cuadro de trabajo degradante en el

bolsa localizada en el abdomen cuya función es inyectar medicamentos en su cuerpo, además de utilizar 18 medicamentos diariamente para aminorar los dolores.

Es innegable que el cambio de este escenario depende de la voluntad política para encontrar alternativas al modelo de producción existente, principalmente para asegurar que la riqueza proveniente del campo no tenga como precio los derechos, la salud y la vida de los trabajadores. Es necesario que haya una acción del Estado que asegure una fiscalización efectiva y eficaz de las relaciones de trabajo, así como también la resolución de un problema histórico, que es la mejora del nivel socioeconómico de los asalariados y asalariadas rurales, principalmente a partir de combatir el analfabetismo, aumentar el nivel de escolaridad, la cualificación y capacitación profesional, entre otros.

*Carlos Eduardo Chaves es asesor de la Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) y Júnior César Dias es técnico del Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Dossier:

20 años de la Ley de
Prevención de Riesgos Laborales

Luces y sombras de una ley

VICENTE LÓPEZ

Este año se cumplen 20 años de la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Veremos en este *dossier* cómo se fraguó esta ley y, sobre todo, recalcaremos los límites que muestra desde diversas perspectivas. No fue la ley soñada por las Comisiones Obreras, pero creó un marco regulador que ha sido esencial para, sobre todo, el impulso de las acciones preventivas en las empresas. Si bien, desde una perspectiva de salud pública, la norma, dado el proceso de precarización del mercado de trabajo (desempleo, falsos autónomos, rotaciones de plantilla, subcontratación, facilidades para el despido, temporalidad, tiempo parcial...) y el marco productivo en el que se ha especializado la economía española (micro-empresa, sectores de bajo valor añadido...), ha tenido efectos mucho más limitados para la mejora global de la salud de los trabajadores y las trabajadoras. La ley nos abrió la posibilidad de actuar, pero solo en el seno de las empresas, especialmente en aquellas de mayor tamaño. Mejoró, desde luego, las posibilidades de acción, aunque, como veremos en estas páginas, dejó abiertas demasiadas puertas para que, incluso en el seno de las empresas, se pudieran escatimar esfuerzos en la prevención de los riesgos que sufren los trabajadores y las trabajadoras.

Es evidente, que el impulso para una mejora de la salud de los trabajadores se ha ido desvaneciendo. El marco laboral, productivo e institucional existente cercena el alcance de una normativa, que, a pesar de sus limitaciones, supuso en aquellos años un impulso para prevenir los riesgos que conlleva el puesto de trabajo. **E**

“Esta es la historia de una ley que no llegó

Ángel Cárcoba, representante de CCOO en las negociaciones de la ley

BERTA CHULVI

Ángel Cárcoba, junto a Agustín Moreno, con la colaboración de abogados y médicos expertos en el tema y de los responsables de salud laboral de cada organización territorial y sectorial, fueron los representantes de CCOO en todo el proceso de negociación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que ahora cumple 20 años. Su visión del proceso y la situación actual nos la cuenta en esta entrevista.

¿Cómo recuerda el proceso de gestación de la ley?

Al llegar la democracia nos encontramos con la pervivencia de un sistema normativo sobre seguridad e higiene paternalista, propio de la dictadura. Intentamos ir hacia la salud laboral, hacia la salud de los trabajadores, porque esto era lo que estaba y está en juego. Y cuando creíamos haber llegado, nos dimos cuenta que nos habíamos quedado de nuevo en la seguridad y salud en el trabajo. Los expertos de la CEOE lo tenían muy claro. En las negociaciones de la ley no hubo consenso sobre el título mismo de la ley porque ellos se negaban a aceptar conceptos como “salud laboral”, “salud de los trabajadores” o “condiciones de trabajo”. El parto fue lento y lleno de incumplimientos. Hubo que esperar casi 20 años, desde 1977 a 1996, para dotarnos del actual marco normativo.

¿20 años de negociaciones?

Sí. El 1 de diciembre de 1982, en el acto de investidura como presidente del Gobierno, Felipe González prometió para 1983 una nueva Ley de Higiene y Seguridad Laboral. En noviembre de 1984, el entonces ministro de Trabajo, Joaquín Almunia, anunciaba la “inminente presentación al Parlamento de un Proyecto de Ley sobre Seguridad Laboral”. En diciembre de 1987 todos los medios de comunicación recogían en grandes titulares: “El Gobierno aprobará en 1988 una ley que mejore la seguridad en el trabajo” (*Cinco Días*). En junio de 1988, en la asamblea general de la OIT, Felipe González vuelve a prometer “la inmediata aprobación de una nueva ley que sustituya a la obsoleta Ordenanza General de Seguridad e Higiene”. Pero no llegó.

¿Y cómo se consiguió poner en marcha la negociación?

Dos hechos fundamentales obligaron al Gobierno a abrir un proceso de negociación sobre un nuevo marco normativo. La huelga general del 14 de diciembre de 1988 y la aprobación de la Directiva Marco por parte de las Comunidades Europeas, que establecía procedimientos de infracción contra aquellos Estados miembros que no hubieran realizado la transposición en plazo (diciembre de 1992) tanto respecto a la Directiva Marco como a aquellas normativas derivadas de la misma. La huelga del 14-D dio lugar a un gran acuerdo entre CCOO y UGT denominado “Propuesta Sindical Prioritaria” (PSP), que incluía los “comités de salud en las empresas, maternidad y protección del medio ambiente”. La PSP puso en marcha diversas mesas de negociación acordadas entre los secretarios generales de UGT y CCOO con el presidente del Gobierno. Una de esas mesas fue la de salud laboral. El 27 de julio de 1990 se celebra la primera reunión del Gobierno y agentes sociales para la elaboración de una nueva ley. El 20 de enero de 1992, tras año y medio de negociaciones, se lle-

ga a un acuerdo entre Gobierno, patronal y sindicatos sobre una nueva ley de salud laboral. Pero la patronal se vuelve atrás de este acuerdo días más tarde y el ministro de Economía, Carlos Solchaga, bloquea el proyecto de ley.

¿Cedió el Gobierno ante las presiones de la CEOE?

Sí. Bajo el argumento de que “el proyecto de ley acordado incrementaría los costes empresariales, justo en la coyuntura económica menos propicia”. Tres días después de que la patronal respaldara públicamente el proyecto de ley, la CEOE elabora un documento sobre los costes empresariales de la LPRL. En realidad, la CEOE da marcha atrás porque la ley supone un mayor control de los trabajadores sobre las condiciones de trabajo.

¿Cómo se desbloquea esta situación?

A partir de aquí, el Parlamento se disuelve, se convocan elecciones generales y a empezar de nuevo. Los sindicatos desarrollan diversas iniciativas ante la Comisión Europea, Parlamento Europeo, Tribunales de Justicia, etc. En marzo de 1993 se consigue que la Comisión de las Comunidades Europeas abra un procedimiento de infracción contra el Estado español por la no transposición de la directiva en materia de salud y seguridad. Lanzamos una campaña bajo el eslogan “LEY DE SALUD LABORAL ¡YA!, no podemos esperar”. Nos entrevistamos con todos los grupos parlamentarios. Situamos la muerte y la enfermedad en el trabajo en el campo mediático, social y político: “¿Cuántos muertos son necesarios para una nueva ley?” En aquellos años había una media de 1.100 muertos por accidentes de trabajo cada año. Así, el 21 de junio de 1994, el pleno del Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que inicie de nuevo las negociaciones con los agentes sociales. Comienza una nueva ronda de negociaciones que culmina en diciembre de 1994, cuando el Consejo de Ministros envía al Parlamento el proyecto de ley. Hay un plazo de enmiendas en el que nos volvemos a reunir con todos los grupos parlamentarios en un último intento de mejorar el texto. En junio de 1995 se aprueba por unanimidad en el pleno del Parlamento, en octubre se aprueba en el Senado y en noviembre se publica en el *BOE* para su entrada en vigor el 10 de febrero de 1996.

¿Cómo valora los efectos de la ley después de 20 años?

Está claro que los empresarios nunca quisieron norma alguna sobre salud laboral y en coherencia con esto se han negado a cumplirla sistemáticamente. Este es su papel histórico. Pero lo más lamentable fue la postura de ministros como Solchaga que, bajo el paraguas ideológico de izquierdas, truncó toda posibilidad de aprobar una ley de salud de los trabajadores, plégándose totalmente a las exigencias de la patronal.

a ser de salud laboral”

“Dos hechos fundamentales obligaron al Gobierno a abrir un proceso de negociación. La huelga general del 14 de diciembre de 1988 y la aprobación de la Directiva Marco por parte de las Comunidades Europeas”

“Lo más lamentable fue la postura de ministros como Solchaga que, bajo el paraguas ideológico de izquierdas, truncó toda posibilidad de aprobar una ley de salud de los trabajadores, plegándose totalmente a las exigencias de la patronal”

Sin ser la ley que los sindicatos hubieran deseado, estos desarrollaron una intensa campaña de información, formación y sensibilización del nuevo marco normativo. Miles de reuniones, asambleas, guías, trípticos, carteles, y multitud de iniciativas fueron desarrolladas por los sindicatos a todos los niveles: institucional, mediático y sobre todo en las empresas. Las tasas de siniestralidad, de enfermedades profesionales invisibilizadas, las condiciones de trabajo en general obligaban a utilizar las herramientas que la nueva ley ponía en manos de los trabajadores, pero el porcentaje de incumplimiento de la nueva ley supera el 80% según algunos estudios. Lo que en otros países es considerado “asesinatos de corporación” u “homicidios blancos”, en España se tiende a culpabilizar a la víctima. Es evidente que la prevención es esencial y prioritaria, pero si no va acompañada de medidas de protección social a las víctimas cuando el daño se ha producido y de una sanción proporcional al derecho fundamental conculcado, poco se avanzará. Mantengo una frase que expresé ante los medios a consecuencia de un accidente múltiple que costó la vida a diez trabajadores por “incumplimiento flagrante de normas de seguridad”, según dictaminó la Inspección de Trabajo: “Hasta que el empresario no vea la senda que conduce a prisión por la muerte de seres humanos en el trabajo, las condiciones de salud y seguridad no van a mejorar”.

¿Según usted, la ley ha tenido también efectos perversos?

Sí. El desarrollo de la ley posibilitó la llegada al “mercado de la salud laboral” de recursos públicos y privados. Pensábamos que a mayores recursos, mejores indicadores de salud laboral. Sin embargo no fue así. Se produjo una disminución de los recursos públicos, una externalización de los recursos propios en las empresas y la entrada en el mercado de empresas, consulting, institutos, fundaciones, observatorios, muy poco interesados en la salud y sí en el negocio. Al mismo tiempo, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y restos de organismos públicos de la Administración central en materia de salud laboral asisten a una muerte lenta. Es decir, la salud de los trabajadores no forma parte de las políticas públicas de salud. El Ministerio de Sanidad tiene totalmente ignorada la salud de los ciudadanos en su condición de trabajadores. Y ahora, con la crisis, miles de técnicos de prevención corren el riesgo de ir al paro. Este es el panorama que nos han dejado quienes convirtieron la enfermedad y la muerte en el trabajo en un gran



negocio. Este es el final: ni lo público, ni lo privado. La carencia de políticas públicas en materia de salud laboral se pretende sustituir con fondos públicos que aumentan la burocracia y el mercado-negocio.

Y ¿cuál es el futuro?

Una vez que lo público languidece y lo privado fracasa, habría que plantear nuevas estrategias basadas en políticas públicas de salud laboral, en una coordinación efectiva entre la Administración sanitaria y la laboral capaz de dar un salto que nos traslade de la seguridad en el trabajo a la salud de los trabajadores, allí donde estos se encuentren: en paro, economía sumergida, trabajadores a domicilio, inmigrantes, desde jóvenes a jubilados. Es necesario crear un modelo capaz de convertir a los trabajadores en los verdaderos protagonistas de la salud. Es su salud la que está en juego.

¿Estamos protegiendo la salud de los

PEDRO J. LINARES*

Los aniversarios, como este vigésimo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se prestan a conmemoraciones, pero también es un buen momento para hacer balance del estado de la salud laboral en España. Superada la fase de impulso normativo y, sobre todo, tras casi una década de crisis, la transformación de nuestro sistema de relaciones laborales es de tal calado que se hace imprescindible revisar todo el edificio legislativo, administrativo y económico construido en torno a la prevención y comprobar si se corresponde con las necesidades de la salud de los trabajadores y trabajadoras en las empresas.

Como se recuerda en este *dossier*, la LPRL no fue la ley de salud laboral que los sindicatos defendíamos. Las circunstancias políticas, económicas y sociales y la correlación de fuerzas de aquel momento determinaron su configuración, pero a pesar de ello los sindicatos realizamos una firme apuesta por su implantación. Nadie puede negar que la superación del viejo esquema franquista de la "seguridad e higiene" trajo importantes logros, el principal de ellos el descenso generalizado y constante de la siniestralidad, que se prolongó durante más de una década y que duró hasta 2012.

Sin embargo, la estructura preventiva que se configuró a partir de la LPRL contaba con lastres que terminaron por crear carencias que venimos arrastrando desde entonces. La pieza clave de la prevención en la empresa es el servicio de prevención, pero la obligatoriedad de contar con uno propio se limitó a las empresas de más de 500 trabajadores o a las de más de 250 con actividades especialmente peligrosas, lo que contribuyó a que los servicios de prevención ajenos se convirtieran en norma en las empresas. Además, se articuló el mecanismo para que las mutuas, que tradicionalmente prestaban este servicio, lo pudiesen mantener para sus empresas adheridas, adaptado a las nuevas exigencias legales. Las mutuas alcanzaron una posición hegemónica en la estructura preventiva española controlando la implantación de la prevención en la mayoría de las empresas, la gestión de las contingencias profesionales, la reparación de los daños a la salud y la notificación de las enfermedades de origen laboral. Las consecuencias de este modelo las conocemos: monetarización de los riesgos laborales, escasa integración de la cultura preventiva en la estructura de las empresas, extensión de una prevención de "papel" más preocupada por tener en orden los trámites que por la eficacia, subregistro de las enfermedades profesionales.

A todo ello hay que unir la progresiva eliminación del papel de los sistemas públicos en la estructura de la prevención. La Seguridad Social, que debería ejercer la dirección y tutela pública de la actividad de las mutuas, ha ido evolucionando en el criterio de centrar su atención en la reparación y compensación de los daños, es decir, en la gestión de prestaciones, reduciendo su interés por la prevención de riesgos laborales. Progresivamente se ha ido ampliando el campo de actuación de las mutuas abriéndolo a la gestión de las prestaciones por contingencias comunes y otras prestaciones sociales del sistema. Todas estas competencias se han privatizado, transfiriéndolas a las mutuas y justificando la decisión con el falso argumento de una mayor eficacia de la gestión privada frente

a la pública, algo que no resiste un análisis riguroso y que solo responde a una determinada opción ideológica. Y desde el ámbito sanitario no ha existido en ningún momento voluntad por parte del Ministerio de Sanidad por integrar de manera rigurosa la salud laboral dentro de las políticas de salud pública.

Posteriores medidas orientadas a limitar el oligopolio de las mutuas, como la segregación de sus sociedades de prevención, probablemente hayan llegado tarde y han demostrado que dejar al mercado como principal herramienta para regular la prevención es una mala solución para la salud de los trabajadores. La crisis económica que arrancó en 2007, y que todavía no logramos dejar atrás, impactó en el sector de la prevención, generando una guerra comercial con rebajas de precios por debajo del coste de unos servicios de calidad, que tuvo como consecuencias la reducción de las plantillas, el deterioro de las condiciones laborales de los técnicos de prevención o el aumento de las ratios de trabajadores adscritos a cada técnico y Unidad Básica de Salud.

Además, tanto la LPRL como la Directiva Marco sobre seguridad y salud en el trabajo respondían a un modelo de relaciones laborales clásico: centralidad de la negociación colectiva, preponderancia del contrato colectivo frente a las relaciones individuales, predominio de la contratación indefinida y estabilidad en la empresa o el sector productivo. Un marco de relaciones sobre el que se sustentaban el ejercicio efectivo de los derechos de los trabajadores y la integración de la acción preventiva en la organización de la empresa.

Sin embargo, tras dos décadas de políticas neoliberales en Europa, el sistema de relaciones laborales se ha transformado de manera radical. La negociación colectiva ha perdido el papel central y asistimos a una creciente individualización de las relaciones laborales. La contratación temporal ha pasado a constituirse en norma y ni siquiera un contrato indefinido supone una garantía de continuidad. Las nuevas generaciones que se incorporan al mercado de trabajo lo hacen en un contexto donde la rotación entre diferentes empresas y sectores de la actividad productiva es la norma. La precariedad, el deterioro en las relaciones laborales en las empresas y el miedo a perder el empleo, que han ido extendiendo las sucesivas reformas laborales aprobadas por los diferentes gobiernos, están llevando a muchos trabajadores a renunciar a sus derechos. El contexto social ya no responde a la estructura legislativa de la prevención de riesgos y su eficacia inevitablemente se resiente.

trabajadores y trabajadoras?

20

En este mismo sentido, la mejora de algunos indicadores de salud laboral respondió a la adopción de políticas activas por parte de las Administraciones públicas y al impulso legislativo proveniente en buena medida de la Unión Europea. Sin embargo, desde el inicio de la crisis la inversión en prevención ha sido una de las primeras víctimas en los presupuestos de las Administraciones públicas, y de las empresas, y la actividad legislativa comunitaria se ha frenado en seco: la Comisión Europea retrasó la renovación de la Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo para finalmente aprobar un Marco Estratégico, instrumento con menor capacidad vinculante para los Estados, y en octubre de 2013 publicó el programa REFIT que, con la excusa de la simplificación normativa, ha supuesto la paralización de la actividad legislativa en materia de salud laboral en Europa.

La prevención de riesgos laborales en España se enfrenta durante los próximos años a una disyuntiva crucial que no es ajena a la del resto de procesos socioeconómicos. Continuar por el camino iniciado por los últimos gobiernos, adaptando la legislación preventiva al nuevo marco de relaciones laborales, supone profundizar en la debilidad del sistema preventivo español y asumir de manera ineludible un deterioro en la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores y las trabajadoras, con los consiguientes daños personales y trasladando sus costes económicos al conjunto de la sociedad.

El pasado 28 de abril, los sindicatos redactamos un decálogo de medidas prioritarias y urgentes para revertir esta deriva y asegurar la protección de la salud de cada trabajador o trabajadora. Transformar el modelo de mutuas,

potenciar los organismos de las Administraciones, garantizar la independencia de los profesionales de los servicios de prevención respecto de las empresas, cambiar radicalmente los sistemas de notificación de daños o salvaguardar el derecho a una vigilancia de la salud son algunas de ellas. Pero no será posible llevarlas a buen puerto sin una progresiva transformación del modelo productivo de nuestro país que permita un cambio de rumbo en las relaciones laborales, democratizándolas, que impulse la interiorización de la cultura preventiva en las empresas y que genere un sistema preventivo dinámico que anticipe los nuevos riesgos laborales emergentes.

Y no quiero acabar sin mirar hacia el interior de nuestra propia organización. Está demostrado que en aquellas empresas con presencia sindical la salud de los trabajadores es significativamente mejor. Pero nuestra presencia cada vez es menor en los sectores más precarizados, que día a día ganan terreno en el conjunto de nuestra economía y que sirven como modo de acceso al empleo para los colectivos más afectados por la desigualdad: mujeres, jóvenes, migrantes. La igualdad siempre ha sido uno de los principios básicos de la acción sindical de las Comisiones Obreras, nuestro objetivo es conseguir los mismos niveles de protección de las trabajadoras y los trabajadores, sea cual sea la fórmula de acceso al trabajo. Es un problema de equidad, es un problema de salud pública que exige realizar una profunda reflexión y articular los cambios organizativos necesarios que garanticen la presencia del sindicato en todos y cada uno de los sectores productivos de nuestro país para con ello contribuir a la protección de la salud de trabajadores y trabajadoras.

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

“Hay que recuperar el espíritu de lucha de los delegados y las delegadas de prevención opinan sobre los 20 años de aplicación de la ley

pEx

Los delegados y las delegadas de prevención de CCOO que han trabajado estos últimos 20 años a pie de obra cuentan lo que supuso la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y valoran lo que ha ocurrido en estos 20 años. Nos encontramos con un panorama de luces y sombras que reconoce los logros obtenidos, pero apunta también las debilidades del sistema. La sensación general es que la ley supuso un gran cambio, pero ahora estamos atascados e incluso vamos hacia atrás.

Francisco Villegas tiene 55 años y lleva más de 30 como representante de CCOO en el comité de empresa del Hotel Majestic de Barcelona. Recuerda perfectamente el cambio que supuso la ley como marco para la acción sindical en la empresa: “La ley fue fundamental para cambiar la mentalidad de la empresa, porque puso sobre la mesa la existencia de unos riesgos laborales. Antes de la publicación de la ley cualquier accidente se achacaba a la torpeza del trabajador. Yo, por ejemplo, trabajo en cocina y recuerdo perfectamente los accidentes con la máquina cortadora de fiambres. Algo tan simple como que la empresa nos facilitara guantes de protección para no perder un dedo solo fue posible a partir de la publicación de la ley. Yo iba con la ley en la mano como si fuera una biblia. Y es cierto que el empresariado cambió el chip. Nos costó una lucha diaria y muchos accidentes, pero la ley nos daba cobertura, por ejemplo, para que la empresa cambiara el uniforme de cocina que entonces era de nailon y se prendía con facilidad”.

Cuando mira hacia atrás, Francisco Villegas echa de menos la Inspección de Trabajo de aquellos primeros años: “En estos 20 años la Inspección se ha ido relajando mucho y ya no cumple la función que cumplía al principio, no sé si porque les falta personal o porque las sucesivas reformas laborales los han dejado sin herramientas, pero ya no es nuestro escudo como lo era en los primeros tiempos de la ley. En ese momento los empresarios le tenían miedo a la Inspección, ahora les da igual; en primer lugar porque saben que va a pasar mucho tiempo desde que denunciamos hasta que llega la Inspección, y en segundo lugar porque las sanciones, si existen, son pecata minuta. Te pongo un ejemplo reciente en mi empresa: viene la Inspección y le pone un requerimiento con unas tareas a la empresa. Viene una segunda vez y no las ha cumplido y le da una tercera oportunidad. A la tercera visita, la empresa tampoco las ha cumplido y lo máximo que recibe es un tirón de orejas”.

José Mari García acaba de jubilarse en Cementos Rezola de Vizcaya, que ahora lleva el nombre de un grupo italiano. Está desde 1975 en CCOO con responsabilidades sindicales y vivió en primera línea la aprobación de la ley y su aplicación en la empresa. “La ley

nos ayudó mucho –explica José Mari– porque supuso reconocer la visión del trabajador. A la empresa le quedó claro que tenía que contar con nosotros. Al principio había resistencias a la aplicación de la ley porque les costaba dinero, pero poco a poco se fueron dando cuenta de que les beneficiaba, porque si se prevenían los riesgos había menos bajas y menos accidentes”. En su opinión, en estos 20 años en su empresa ha habido un cambio “como de la noche al día” sobre todo en materia de equipamientos de protección individual y en vigilancia de la salud. “En la organización del trabajo y el riesgo químico quedan más cosas por hacer, pero se está trabajando ya de otra manera, teniendo en cuenta la opinión de los trabajadores”, añade José Mari.

Lucía Alonso fue delegada sindical entre 1998 y 1995, y trabaja como técnico especialista de laboratorio en el Centro Superior de Investigación en Salud Pública de la Generalitat valenciana. Lucía formó parte del equipo que en el País Valencià estuvo presentando enmiendas al texto de la ley y recuerda un trabajo muy intenso y exhaustivo por parte del sindicato: “El personal de la Administración pública estaba sin nada, no teníamos casi derechos y menos en salud laboral. No tenías ni los EPI adecuados para trabajar en sectores tan sensibles como sanidad”, explica Lucía. A esa situación de precariedad le puso fin la aprobación de la ley, pero Lucía tiene una visión muy crítica con el proceso de aplicación de la norma en las Administraciones públicas: “Tras la aprobación de la ley, los avances han sido muy tímidos y se producen sobre todo a nivel formal. La Administración hace como que cumple, pero no desciende a la acción preventiva. La sensación que tengo es que no terminan de entrar en los problemas reales de la gente. Por ejemplo, en el reconocimiento de las enfermedades profesionales se creó un sistema que tiene muchas carencias y hace muy complejo acceder a un reconocimiento”.

Celedonia Martínez lleva desde los años 80 como delegada sindical en el Hospital Vall d’Hebron (Barcelona) y ha vivido la implantación de la ley y su posterior desarrollo. Ella recuerda que en el momento de aprobación de la ley se produce un avance importante: “Se empieza a hablar de prevención en el puesto de trabajo y se desarrolla una tarea muy intensa para poner en marcha una maquinaria”, que ahora ella ve como estancada: “Te das cuenta que para la empresa el cumplimiento de la ley es un me-

los primeros años porque la salud es la vida”

SALUD LABORAL

COMO DERECHO



ro trámite. Hacen formación a los trabajadores y las trabajadoras porque lo obliga la ley, no porque se crean que esa formación es útil”, explica Celedonia.

Joaquín Sánchez es delegado en una empresa de transformación metalúrgica de Madrid. También tiene más de 15 años de experiencia y hace una valoración positiva de la ley y sus efectos en los primeros años: “Hubo un gran trabajo de información y sensibilización sobre la obligatoriedad de prevenir los riesgos laborales y eso nos facilitó mucho las cosas. La ley nos dio herramientas para poder actuar”, explica Sánchez. Su valoración de la situación actual es distinta y es muy crítico con la Inspección de Trabajo: “La misma infracción, con la misma ley, antes era un requerimiento y una sanción casi automática, y ahora te ponen mil trabas y te dan mil excusas para no sancionar a la empresa”.

La visión de Pilar Barabino, delegada sindical en una empresa de teleasistencia en Madrid, es también muy crítica: “Hemos tenido muchas ocasiones para exigir que la empresa cumpla la ley, y hemos puesto denuncias ante la Inspección de Trabajo, pero los efectos son nulos. Desde 2010 hemos tenido 20 casos con trabajadoras afectadas de hipoatrofia semicircular, una enfermedad que se sabe que tiene que ver con la acumulación de energía estática en los espacios de trabajo y que se solucionaría cambiando las condiciones de ventilación y materiales existentes en el edificio donde trabajan las teleoperadoras. Cinco años y 20 casos y la empresa ni ha quitado la moqueta. Antes se despiden voluntariamente las trabajadoras que la empresa introduce cambios. El nivel de incumplimiento de la ley es altísimo”.

Ramón Rodríguez es sindicalista veterano y uno de los afectados por la exposición a amianto, desde 1977 hasta 1998 fue delegado de prevención en una empresa de uralita en Valencia y aún hoy sigue luchando vinculado a CCOO. En su opinión, desde la aprobación de la ley hasta ahora se distinguen claramente dos fases: desde 1996 hasta 2008, una fase positiva en la que se iba avanzando a fuerza de la presión de los trabajadores, y una segunda fase, desde 2008 hasta la actualidad, en la que la enorme crisis de empleo se ha llevado por delante la salud laboral. “Los mismos trabajadores, preocupados sobre todo por el empleo, han rebajado sus exigencias en materia de salud y condiciones de trabajo. Y si las bases se relajan, lo hacen las estructuras sindicales y no te digo nada las empresas”. En su opinión hay que recuperar el espíritu de lucha de los primeros años porque la salud es la vida y la vida lo único que tenemos.



“La ley fue un giro copernicano: se introdujo la gestión de la prevención en la empresa”

Manuel Velázquez, jefe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Vizcaya

BERTA CHULVI

Manuel Velázquez entró en la Inspección de Trabajo en el año 88 y en seguida entró a formar parte de la Unión Progresista de Inspectores de Trabajo (UPIT), una organización que ha sido muy crítica con la ley y con sus desarrollos posteriores, porque considera que han producido una excesiva externalización de la gestión preventiva.

¿Qué supuso la aprobación en 1995?

La ley fue un giro copernicano porque se introdujo la gestión de la prevención en la empresa. Antes de la aprobación de la ley, las empresas no hacían prevención sino que simplemente tenían que cumplir con un catálogo de normas objetivas que no tenían en cuenta ni el contexto ni las características personales de los trabajadores. La acción preventiva supone que los riesgos hay que preverlos, que se debe hacer una actividad previa de análisis de los riesgos y tratar de evitarlos. Todo esto supuso un cambio radical en la forma de aplicar las normas de seguridad y salud en el trabajo.

Desde la UPIT han denunciado ante la Unión Europea la normativa que regula los servicios de prevención en España.

Sí, porque provoca una masiva externalización de la prevención. Seguramente los legisladores no previeron este efecto, pero lo cierto es que la ley favorece la opción de la gestión exclusiva de los riesgos laborales por servicios de prevención ajenos (SPA) sin que existan personas que realicen gestión preventiva dentro de la empresa. Como muestra de ello, en la reciente encuesta ESENER2 de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, España solo destaca por ser uno de los países de Europa en los que más se externaliza la gestión preventiva. Eso en la práctica significa que no hay un seguimiento constante de las actividades preventivas dentro de la empresa y que el técnico de prevención es un señor o una señora que viene muy de vez en cuando, que muchas veces no tiene familiaridad alguna con la empresa y que elabora unos papeles que la empresa no sabe bien cómo aplicar o interpretar. Aunque esta descripción pueda parecer una caricatura se aproxima muchas veces a la realidad. Este sistema es disfuncional porque no favorece que la prevención se integre de forma real en la organización del trabajo. La externalización es positiva cuando opera como un complemento de los recursos internos de la empresa, pero es negativa cuando es el único recurso.

¿Y cuál es el mecanismo por el que se ha potenciado dicha externalización?

Si una empresa no externaliza la gestión preventiva en un SPA está obligada a realizar auditorías periódicas y eso puede llegar a ser más costoso y más comprometido. España es el único país de Europa que tiene auditorías obligatorias, en todos los demás solo son voluntarias. En realidad, esas auditorías obligatorias suponen una penalización para aquellas empresas que se deciden por la internalización de los servicios o recursos preventivos. Además hay otro factor clave. Mientras el trabajador designado o los técnicos de servicios internos gozan de una protección frente a los despidos improcedentes, los servicios de prevención ajenos mantienen una relación mercantil con sus clientes que les sitúa en una situación de mayor precariedad y dependencia. En muchas ocasiones desde un servicio de prevención externo es difícil decirle a la empresa lo que no quiere oír, porque te arriesgas a perder un cliente. Desde un servicio

de prevención interno, con una relación laboral, el técnico de prevención está más protegido frente a estas situaciones.

Algunos delegados y delegadas de prevención manifiestan que la Inspección de Trabajo se ha relajado en cuanto a hacer cumplir la norma.

En mi entorno próximo esto personalmente no lo veo, pero sí es verdad que me han llegado quejas en la línea que indicas. No entiendo muy bien que me digan que la Inspección repite de forma sistemática los requerimientos ante los mismos incumplimientos y circunstancias sin iniciar el procedimiento



sancionador frente a la empresa que incumple, ya que el artículo 43 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales dice claramente que si se incumpliera el requerimiento formulado, persistiendo los hechos infractores, el inspector de Trabajo y Seguridad Social debe levantar la correspondiente acta de infracción por tales hechos. Por lo tanto, si el requerimiento se incumple sin que hayan cambiado las circunstancias se ha de iniciar el procedimiento sancionador. Lo dice expresamente la ley, así que si eso realmente está sucediendo, sería una práctica que no es conforme a la misma.

Según su experiencia, ¿qué cosas habría que modificar de la actual ley?

Estaría bien que la ley se actualizase, como han hecho otras leyes en Europa, incluyendo menciones expresas a los riesgos ergonómicos y psicosociales. Esto no significa que no se pueda aplicar ahora mismo la ley a estos riesgos, pero sí sería conveniente, por seguridad jurídica para todos, que hubiera una regulación más clara y expresa mediante una reforma de la ley. Además habría que cambiar el sistema de control de la prevención respecto a las Administraciones públicas porque el mecanismo que hay ahora mismo no es eficaz. Desde la Inspección podemos requerir a las Administraciones públicas, pero no se las puede sancionar por sus incumplimientos, una situación que no se da en ninguna otra materia del orden social.

“La prevención en las empresas muchas veces se convierte en un montón de papeles”

Rafael López Parada, magistrado del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León

BERTA CHULVI

López Parada lleva casi 30 años vinculado a la salud laboral, primero desde la Inspección y después desde la magistratura, y es una referencia cuando se trata de analizar cómo funciona el sistema de garantías de derechos para los trabajadores y las trabajadoras. En esta entrevista plantea la necesidad de repensar el sistema de representación de los trabajadores si queremos que la salud laboral llegue realmente a las pymes.

¿Qué supuso la aprobación de la Ley de Prevención?

En primer lugar, disponer de una ley ya fue un avance. Lo que no era admisible era estar en los años noventa funcionando con una orden del Ministerio de Trabajo del año 71. Esa era una situación que había que solventar, había que regular la salud de los trabajadores con una norma de rango superior. Y en segundo lugar había que incorporar los elementos clave de la normativa comunitaria. Esos serían los elementos positivos de la aprobación de la ley.



Y ¿cuáles fueron los efectos perversos de esa normativa?

Desde mi punto de vista, el sistema de gestión de la prevención que se desarrolló a partir de la ley es excesivamente burocrático y lleva a una gestión preventiva más formal que real. Se sustituye la auténtica prevención de los riesgos laborales por la generación de documentos y el contrato con un servicio de prevención ajeno, apareciendo una serie de costes para la empresa que no están muy justificados desde el punto de vista de su eficacia preventiva. Son los efectos perversos del sistema de gestión de la prevención que se eligió con esta ley y que no venía estrictamente impuesto por la normativa comunitaria. La normativa europea permite diversos desarrollos y aquí se optó por un sistema basado en la externalización de los servicios de prevención con empresas especializadas para que generen los documentos exigidos legalmente. Al final la prevención en las empresas muchas veces se convierte en un montón de papeles pero no en una actividad real, que es de lo que se trata.

¿Esto pasa especialmente en las pymes?

Efectivamente. Está claro que la pyme necesita apoyo externo para desarrollar adecuadamente la prevención, de ahí que sea imprescindible acudir a expertos externos. Sin embargo, también sabemos que para que la prevención pase

del papel a la acción real es crucial la participación de los trabajadores y esta en la práctica no se da sin representantes de los trabajadores con las debidas garantías y formación. En las pymes esa representación no existe o es muy deficiente y hay que pensar que la mayor parte de la economía española se basa en empresas de tamaño pequeño. Es decir, estamos hablando de un problema muy serio desde el punto de vista de la salud laboral. Lo grave es que los pasos que se han dado en la última década caminan justo en la dirección contraria de lo que sería deseable a la hora de plantearse la prevención en las pymes: la separación entre las mutuas y los servicios de prevención y, todavía más, obligar a las mutuas a vender los servicios de prevención ha sido un error. Las mutuas estaban bien posicionadas para hacer prevención con las pymes. Se debería haber avanzado en el modelo de unas mutuas que cobran cuotas de la Seguridad Social y con ellas financian el que se haga prevención en las empresas, además de reparar el daño. Ese podría haber sido un buen sistema si se hubiese transformado el modelo de gestión de las mutuas para que estas no fueran solo organizaciones patronales, sino cogestionadas por trabajadores y empresas. Pero en la última década los cambios legislativos han llevado a un modelo que está en el polo opuesto: empresas privadas especializadas en prevención con las que las empresas contratan para cumplir la ley al mínimo coste posible, haciendo que ese gasto empresarial sea ineficaz para la prevención real de los daños a la salud de los trabajadores.

¿Una solución para las pymes sería los delegados territoriales de prevención que reclaman los sindicatos?

Quizás sí, pero ese es un problema más complejo de lo que parece, pues esa figura implica cambiar el sistema de representación de los trabajadores en España, de manera que se supere como referencia el centro de trabajo o incluso la empresa. Para avanzar en materia de salud laboral en las pymes, y en la garantía de los derechos de los trabajadores de las pymes en general, hay que repensar el sistema de participación que regula el Estatuto de los Trabajadores (más aún como lo ha interpretado el Tribunal Supremo, contabilizando los trabajadores por centros). La falta de representación eficaz impide que los trabajadores puedan actuar colectivamente. Por ejemplo, en la reforma laboral de 2010 y las posteriores se han dado cuenta de que los representantes de los trabajadores eran necesarios para negociar despidos colectivos y reestructuraciones de empresas y, como en muchos centros no existen, se han regulado unas comisiones ad hoc, que son elegidas sin garantías y no cumplen su función representativa.



“Quisimos situar la salud laboral en el marco de la salud pública, pero nos quedamos a medias”

Montse García es médica del trabajo y especialista en salud pública

BERTA CHULVI

En la actualidad, Montse García es jefa del Área de Salud Laboral en la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pero este es solo su último destino: lleva más de 30 años trabajando desde la Administración para promover la salud laboral desde una perspectiva de la salud pública, y participó en el largo proceso de negociaciones de la ley de 1995. Muchas de las tareas que entonces se quedaron por hacer siguen siendo importantes, y la Administración pública juega un papel fundamental.

¿Cómo fue aquella negociación de la ley de 1995?

A mí los previos a la negociación me pillan trabajando en el INSHT, y desde ahí asisto a los debates entre los agentes sociales y la Administración, con la idea clara de que el Ministerio de Sanidad tenía que estar en esas negociaciones porque era necesario situar la salud laboral en el marco de la salud pública y llevar el enfoque de la salud pública a la prevención de riesgos laborales. En esa misma posición estaban los sindicatos. De hecho, algunos borradores de la ley llegaron a llamarse “ley de salud laboral” y “ley de la salud de los trabajadores”, para contemplar un abordaje más integral de la salud de los trabajadores, centrado en los lugares de trabajo, pero no solo. No se consiguió impregnar de esta filosofía toda la ley, pero sí introducir el artículo 10, en el que se detallan las actuaciones de las Administraciones sanitarias para sumar a la prevención de riesgos laborales. Su primer párrafo recupera y ratifica el contenido de salud laboral de la Ley General de Sanidad de 1986. La Ley General de Salud Pública de 2011 refresca aquellos contenidos y los completa.

¿Consiguieron lo que querían?

No del todo. Nos quedamos a medias de lo que pretendíamos: un objetivo compartido por muchos, pero a la vista está que no suficientes, era que la Administración sanitaria entrara de lleno en el problema de la salud laboral. Iniciamos un camino, pero el desarrollo de políticas de salud laboral desde las Administraciones sanitarias ha sido escaso, a pesar de su evidente necesidad. Ha habido logros notables, claro está, todas las comunidades autónomas se han dotado de estructura, recursos y desarrollan actividades desde las Consejerías de Salud, pero queda camino para desarrollar el marco establecido en la Ley General de Sanidad de 1986. Se consiguió una mínima parte de lo que sectores de la salud reivindicaban, porque la ley quedó focalizada en la empresa como marco de acción, mientras que el enfoque desde la salud pública es pensar en la colectividad, con una visión más holística de los problemas de salud. Por supuesto defendíamos que la empresa fuera la responsable de garantizar unas condiciones de trabajo saludables, pero queríamos que se entendiera que garantizar la salud de los trabajadores y las trabajadoras era un problema de salud más amplio: las condiciones de empleo, la presencia de trabajadores autónomos, de trabajadores en paro, el cambio frecuente de puesto de trabajo, las pymes..., hacen que tengan menos sentido las políticas centradas en los lugares de trabajo (políticas laborales) y más las que tutelan la salud de los trabajadores fuera de él (políticas de salud).

¿Cuáles son desde su punto de vista los principales logros de la ley?

Son muchos. En primer lugar armonizar todas las normas que teníamos dispersas y converger con Europa. Aunque aprobada con notable retraso y sin el deseado consenso de los agen-

tes sociales, eso se logró. Por otro lado, en la aplicación de la ley se eligieron en las empresas a decenas de miles de delegadas y delegados de prevención. Todas las empresas se vieron obligadas a realizar una evaluación de riesgos de los puestos de trabajo y ponerla a disposición de los delegados de prevención, y todos los trabajadores adquirieron el derecho a la vigilancia de su salud. Se generaron, y eso no se puede negar, un montón de actividades por parte de todos los agentes sociales, económicos y Administraciones, sin las cuales la situación de la salud laboral sería netamente peor. Es verdad que se ha retrocedido en esta época de crisis y la salud laboral ha quedado postergada, pero, como ejemplo, uno de los impactos más notables de la ley, que a mí me gusta mucho resaltar, se produjo con las enfermedades profesionales.

¿A qué se refiere?

Nada más aprobarse la ley se produjo una mejora notable en el reconocimiento de la enfermedad profesional. Antes de su aprobación se estaban reconociendo unas 4.000 enfermedades profesionales al año. En los debates previos a la ley se insistió mucho en la visibilización de la enfermedad profesional, por eso, nada más aprobarse, se duplicó, triplicó, cuatriplicó..., su número en los años siguientes hasta llegar al techo de 30.000 en 2005, para descender de manera espectacular en 2006 y 2007, casi a la mitad (17.000 en 2007), tras dos cambios legislativos, y ahí nos hemos quedado. Es decir que, sin entrar a fondo en esos cambios legislativos, lo que se muestra claramente es que las políticas públicas son muy importantes, juegan un gran papel y tienen efectos sobre la salud de los trabajadores y las trabajadoras.



De la medicina del trabajo a las especialidades preventivas. Luces y sombras

MARÍA J. LÓPEZ JACOB

El mero anuncio de la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales supuso, hace 20 años, que se abrieran enormes expectativas en torno a los cambios que se veían necesarios en la práctica profesional, tanto de la medicina del trabajo –entonces medicina de empresa– como del resto de las especialidades preventivas que vieron la luz con la ley.



Bajo la premisa de un nuevo enfoque centrado en la prevención de los daños a la salud, en contraposición a la estrategia reactiva previamente reinante, el conjunto de las profesiones preventivas (medicina del trabajo, ergonomía, psicología, higiene y seguridad), los nuevos especialistas estaban llamados a aportar, en un marco de entendimiento mutuo y trabajo cooperativo –la llamada multidisciplinariedad–, la información y el consejo necesario a los empresarios y trabajadores para mejorar las condiciones de trabajo, de forma que no dañaran la salud de los trabajadores y trabajadoras. Esta forma de actuar debía integrarse en la cotidianeidad de la empresa, en sus estructuras y prácticas de gestión y de trabajo.

Las diversas modificaciones que se han producido en el plan formativo de la medicina del trabajo –en 1996 se publicó un nuevo programa de la especialidad, y esta pasó en 2006 a formar parte del sistema MIR– incluyeron unas fórmulas de rotación de los médicos en formación por los servicios sanitarios de las mutuas fundamentalmente –importantes financiadoras de esta especialidad–, aunque también por los servicios de prevención de hospitales y algunas grandes empresas. Poco trasciende al público interesado sobre las prácticas profesionales y los modelos de trabajo que se promueven en estas instituciones y que conforman el entrenamiento de estos sanitarios. No se ha realizado ningún estudio en profundidad que valore de manera crítica la calidad de estas enseñanzas, y en qué medida se promueve el cumplimiento de los estándares éticos y científicos exigibles a la profesión.

En todo caso, la práctica de la medicina del trabajo adolece de importantes problemas, visto no solo desde el punto de vista de los trabajadores, como planteamos en el *dossier* de pEx del número 68, sino también de los propios profesionales, en especial de los que trabajan en los servicios de pre-

vencción ajenos. En un reciente artículo se publican los preocupantes resultados de una encuesta realizada a médicos del trabajo: una mayoría opina que el sistema de vigilancia de la salud no sirve para los fines que se prevén en la norma; siguen siendo demasiado rutinarios, no mejoran el sistema de prevención y no detectan precozmente daños relacionados con el trabajo. Un porcentaje muy elevado, que llega al 88% entre los médicos de los servicios de prevención ajenos, opina que se encuentran sobrecualificados para las tareas que finalmente desarrollan.

La falta de calidad de las actuaciones preventivas, que algunos tachan de mediocre, es dependiente también de la situación y antecedentes del resto de las especialidades preventivas. La oferta formativa para estas explotó tras la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los diferentes y desiguales procesos de acreditación de las entidades formativas dibujaron una oferta que, con honrosas excepciones, se puede calificar como de escasa calidad. Sin embargo, este es solo un componente más entre los condicionantes de los problemas de calidad que basculan sobre todo del modelo asumido mayoritariamente, y persistentemente, en las empresas, que hace descansar la actividad preventiva en las entidades que contratan para ello al menor precio posible. Es el fracaso de la integración de la prevención, la persistencia del llamado “efecto sidecar”. Las actividades preventivas (formación, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, etc.) permanecen en compartimentos estancos, lejos de colaborar en un objetivo común; así el trabajo de los profesionales de la prevención, orientado sobre todo a documentar el cumplimiento formal de la norma, pierde su sentido.



La ley dio carta de legitimidad a la participación

CLAUDIA NAROCKI

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) atendió a muchas de las demandas expresadas por el movimiento obrero de los años 60 y 70 del siglo XX respecto a la salud y la humanización de las condiciones de trabajo. En particular, la demanda para que se reconozca el necesario protagonismo de los propios trabajadores en la toma de decisiones que condicionan su salud.

Como mecanismo para ejercer los derechos de participación en la prevención, la LPRL potenció especialmente la participación indirecta, representativa, mediante delegados y delegadas de prevención (DP). A estos representantes del personal se les asignaron derechos, funciones y recursos, incluida la indispensable formación para ejercer sus funciones. Además, se dispuso que en las empresas con 50 o más trabajadores, la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos se hiciera a través de comités de seguridad y salud (CSS). Adicionalmente, la LPRL reconoció derechos de participación en prevención de riesgos laborales también a los delegados sindicales en general, derechos que se suman a los derechos de participación en asuntos relacionados con las condiciones de trabajo en sentido amplio reconocidos en el Estatuto de los Trabajadores.

Por otra parte, la LPRL minimizó el número de exigencias concretas que afectan a la totalidad de las empresas, y en su lugar estableció que en cada empresa se debe desarrollar un proceso de gestión preventiva, transparente y documentado, mediante el cual cada empresa determina sus propias necesidades preventivas y sus prioridades de actuación. Para que esta gestión se haga de manera competente, se estableció: a) la necesidad, en determinadas circunstancias, de contar con el respaldo de personal técnicamente cualificado; y b) la participación de los trabajadores, como modo de controlar no solo la validez del proceso, sino también su eficacia respecto a sus resultados, en cuanto a la salud y seguridad de los trabajadores. Para ello, la norma vino a establecer que los trabajadores han de participar en todos los focos nucleares de la actividad preventiva en la empresa: la identificación y evaluación de riesgos, la planificación de la actividad preventiva, la selección de las medidas más apropiadas para la eliminación o control de los mismos, el control de resultados de esta actividad, etc. Además, la normativa estableció, como modo de empoderamiento para otorgarles influencia, los derechos de información y formación, consulta y participación, el derecho de paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y en el seguimiento de los resultados (art. 14.1).

Retos para la implantación y para la efectividad

Aun con la normativa en la mano, implantar la participación en las empresas suponía enormes retos. Desde CCOO se entendió que era fundamental promover la designación de DP, y establecer medios para brindarles información, formación para ejercer las funciones reconocidas en la normativa y asesoramiento técnico-sindical. En la ma-

yor parte de las empresas donde fueron designados, los DP tuvieron que hacer frente a fuertes resistencias empresariales. Con todo, se puede decir que los DP han logrado un impacto importante en gran parte de sus actuaciones.

Sin embargo, en muchas empresas no se llegó a designar DP o bien estos, y los CSS en los que participan, solo han llegado a existir nominalmente, sin impacto real. Aquí hay que tener en cuenta que la realidad del tejido productivo español lo alejaba del modelo fordista que inspiró la LPRL. En este modelo, las empresas son grandes, los trabajadores desarrollan una misma ocupación a lo largo de su vida laboral, que suele transcurrir en una única o en unas pocas empresas en las que los trabajadores están afiliados a sindicatos y cuentan con representantes en los centros de trabajo, con convenios colectivos, etc. En realidad, buena parte de los trabajadores, ya en 1995, trabajaban en microempresas y pymes y/o tenían relaciones de trabajo precarias, y el fenómeno de los falsos autónomos se extendía a ocupaciones cada vez más diversas. También se observaba cómo se extendía la subcontratación desde las grandes empresas (de todos los sectores y también de la Administración pública) como vía para externalizar los procesos productivos más sucios, duros y peligrosos (y así, los riesgos) a otras más débiles, con contratación aún más precarias y salarios más bajos.

¿Dónde estamos?

A día de hoy, los delegados de prevención son una realidad en muchas grandes empresas y en el sector público, pero están poco presentes en el restante 95% de las empresas. La cuantificación del número y distribución de DP por tipos de empresas no es fácil, porque no se puede suponer que todos los que formalmente son considerados DP ejercen efectivamente esta función. Lamentablemente, a pesar de ser parte esencial de la normativa, las Administraciones no promueven la participación: ni cuantifican la presencia real en los distintos segmentos del tejido productivo, ni identifican necesidades para promoverlo; todo lo cual resulta fundamental para promover su presencia.

Tampoco se evalúan los factores que condicionan su eficacia e impacto, lo que resulta fundamental dada la importancia de su labor. La literatura de investigación señala que la participación significativa en salud y seguridad en los lugares de trabajo se vuelve difícil en las empresas donde reina el empleo precario (inseguridad contractual, amenazas de recortes de empleo y/o reducción salarial y/o traslados, intensificación del trabajo, alargamiento de jornada, presiones para el "presentismo"), pues se reduce la capacidad de influencia y la autonomía de los representantes de los trabajadores, su formación, la comunicación con compañeros, etc. Además, esto es

de los trabajadores en la prevención

fundamental, pues en estas empresas suelen haber mayores riesgos. Por una parte, en muchas microempresas y pymes se multiplican las condiciones materiales peligrosas: mayor presencia de equipos de trabajo obsoletos, poca o nula prioridad de la prevención para la dirección, escasa capacidad para optimizar procesos y/o aplicar la I+D, etc. Por otra, la precariedad en el empleo afecta al funcionamiento de los centros de trabajo produciendo desorganización en la gestión: peor supervisión, reducción de la formación, comunicación inadecuada, fraccionamiento de los sistemas de gestión, etc.

Además, en estas empresas falta el "efecto sindicato". Numerosos estudios indican que la presencia sindical resulta esencial para que los DP tengan capacidad de influencia, frente al inmovilismo empresarial. El sindicato ayuda a los DP a poner en práctica los mecanismos que la LPRL ha definido para dotarles de capacidad de influencia, como informar (en su caso, negativamente) sobre las materias sobre las que son consultados, e interrumpir el trabajo por "riesgo grave o in-

minente". Los sindicatos, además, de acuerdo a la normativa, aportan a los DP argumentos y criterios en apoyo a sus demandas y acuden a reuniones del CSS. Asimismo, facilitan la intervención de la autoridad laboral: se ha demostrado que la Inspección de Trabajo ejerce más y mejor sus funciones donde hay presencia sindical.

Por el contrario, para muchos trabajadores, la prevención de riesgos sigue dependiendo de la buena voluntad del empresario. Desde CCOO se viene planteando desde hace ya mucho tiempo la necesidad de asegurar que el derecho a defender su salud es una realidad para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores de pymes y microempresas. Para ello se necesitan nuevos mecanismos. Por una parte, delegados territoriales y sectoriales, y por otra, mayor intervención pública. El objetivo es doble: controlar mejor la actividad empresarial en prevención y promover la participación efectiva de los trabajadores en la mejora y dignificación de sus condiciones de trabajo. 



El cambio climático y la salud humana

BEGOÑA MARÍA-TOMÉ GIL

El calentamiento global tiene una importante incidencia en la salud humana y seguirá teniéndola en el futuro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 150.000 muertes fueron causadas por el cambio climático en el año 2000 y prevé un aumento de 250.000 muertes anuales para 2040. También influirá negativamente en la salud y seguridad de los trabajadores y las trabajadoras, agravando riesgos laborales ya existentes y haciendo emerger otros nuevos.

El cambio climático afecta a la salud humana de manera directa e indirecta. Los impactos directos son aquellos derivados de los efectos fisiológicos de la elevación de las temperaturas o del aumento de eventos climáticos extremos, mientras que los indirectos son, por ejemplo, los que se deben al incremento de enfermedades de transmisión por patógenos o producidas por la escasez de alimentos o de agua.

Calor extremo

El calor extremo se asocia con el aumento de la mortalidad y la morbilidad. Las causas principales son las alteraciones cardiovasculares y respiratorias. Trabajos realizados en diversas ciudades españolas muestran que por cada grado en que la temperatura máxima diaria supera una temperatura umbral, se produce un incremento en la mortalidad diaria de entre el 12-21% para el conjunto de la población (y tasas del 30% para los mayores de 65 años). Se prevé que las olas de calor causen 120.000 muertes adicionales al año en la Unión Europea en 2050, con un coste económico de 150.000 millones de euros si no se toman medidas.

Eventos meteorológicos extremos

Uno de los efectos más importantes en la salud por acción del cambio climático será las lesiones y enfermedades consecuencia de eventos climáticos extremos, como lluvias torrenciales, temporales de viento, inundaciones fluviales y costeras, etc. Las estimaciones para la Región Europea de la OMS indican que las inundaciones costeras e interiores causaron más de 1.600 muertes y 4,4 millones de afectados entre el 2000 y 2011.

Enfermedades transmisibles por vectores, agua y alimentos

El cambio climático también tiene una importante incidencia en la distribución espacial y extensión de las enfermedades infecciosas, en particular las de transmisión hídrica, alimentaria y vectorial. Los ciclos de transmisión de estas enfermedades se verán también afectados por otros cambios globales, como son los flujos de inmigración o el turismo, los usos de la tierra o la capacidad de la sanidad pública, entre otros. Un ejemplo del binomio "cambios globales-enfermedades vectoriales" lo tenemos en la extraordinaria expansión experimentada por el mosquito tigre en la costa mediterránea, causante de dengue, la fiebre amarilla o el chikungunya.

Contaminación atmosférica y aeroalérgenos

El calentamiento global también agravará otros problemas ambientales como el de la contaminación atmosférica, que mata a 7 millones de personas al año según la OMS. Los principales efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud van desde un aumento en el número de defunciones, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, especialmente por causas respiratorias y cardiovasculares, hasta el desarrollo de enfermedades pulmonares, problemas cardíacos, etc.

Los estudios disponibles indican que el cambio climático aumentará las concentraciones medias de ozono de verano en el sur de Europa y las disminuirá en el norte de Europa y los Alpes. Por otra parte, se prevé un incremento en la emisión de mercurio y material particulado por el aumento de incendios forestales (actualmente tienen lugar unos 70.000 cada año en Europa). La emisión de metales pesados podría incrementarse si avanza la desertización por acción del cambio climático.

Un riesgo para la salud y seguridad laboral

El cambio climático también afecta a la salud y seguridad de las trabajadoras y los trabajadores, agravando riesgos laborales ya existentes y haciendo emerger otros nuevos. Así, los trabajadores que realizan su trabajo al aire libre –de los sectores forestal, agrícola, construcción, servicios de limpieza y jardinería, guías y agentes turísticos, policías de tráfico, agentes de movilidad, etc.– serán mucho más vulnerables a los períodos de calor extremo, padeciendo un mayor estrés o carga térmica que conducirán a la aparición de golpes de calor, extenuación, fatiga y riesgo químico. También los trabajadores en el exterior estarán más expuestos a la contaminación del aire que está íntimamente ligada con la aparición de efectos crónicos en la salud, como enfermedades respiratorias y desórdenes alérgicos.

Otro grupo de riesgo afectado por el cambio climático es el personal implicado en las tareas de rescate, limpieza y servicios para la asistencia en una catástrofe climática. Además, los desastres naturales causan daños importantes en edificios e infraestructuras, y crean unas circunstancias nuevas y desconocidas que hacen más vulnerables a los trabajadores encargados de las tareas de desescombro y reconstrucción, expuestos a riesgos importantes como lesiones traumáticas. Las interrupciones en el suministro de energía y de las tecnologías de



la información, que suelen producirse en estas situaciones, podrían dar lugar a la inaplicación de determinados protocolos de actuación de seguridad y salud, y a una mala identificación y comunicación de los riesgos laborales asociados.

El incremento de enfermedades de transmisión por agua, alimentos o vectores por acción del cambio climático también aumentará los riesgos para los profesionales del sector sanitario. Por otro lado, los trabajadores que realizan su trabajo al aire libre son más vulnerables a la infección por vectores como los mosquitos o garrapatas. El incremento del uso de pesticidas para combatir las plagas de patógenos incrementará potencialmente el riesgo de exposición de la gente trabajadora en esas áreas de distribución.

Por último, la transformación ecológica del modelo de producción actual, que requiere la lucha contra el cambio climático, puede conducir a nuevos riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores por la aparición de sectores económicos emergentes (como las energías renovables), el desarrollo de nuevos procesos (como la recuperación de materiales) y el uso de nuevas tecnologías (como las nanotecnologías o biotecnologías) y materiales. No obstante, la transición verde basada en la producción limpia y el consumo responsable supondrá un impacto positivo global tanto en los lugares de trabajo como en la sociedad en su conjunto.

Políticas de mitigación de cambio climático

Para combatir las consecuencias del cambio climático, el Panel Intergubernamental de Expertos de Cambio Climático (IPCC) propone dos tipos de acciones: la mitigación o reducción de las emisiones que originan en mayor medida el problema y la adaptación o protección frente a los efectos que puedan originarse.

Desde el punto de vista de la protección de la salud no cabe duda que las medidas más importantes a adoptar son las de adaptación. Aunque el cambio climático es un problema global, no todas las poblaciones ni países sufrirán por igual sus efectos: los países más pobres, y por ello con mayor debilidad en sus sistemas sociales y sanitarios, padecerán las peores consecuencias. Entre las zonas geográficas más vulnerables, el quinto informe de evaluación del IPCC señala el sur de Europa como una zona donde puede reducirse la disponibilidad de agua, incrementarse las olas de calor, los incendios forestales y la frecuencia de lluvias torrenciales. Del mismo modo, los grupos más vulnerables dentro de cada comunidad (ancianos, niños, determinados enfermos y grupos de trabajadores, etc.) deben ser considerados de forma especial en las acciones de adaptación, tales como la vigilancia, información, alerta e intervención.

En relación a las políticas de mitigación, un aspecto favorable de las medidas y acciones para la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero es que tienen importantes cobeneficios para la salud y bienestar de las poblaciones que lleven a cabo tales esfuerzos.

Las políticas de transporte sostenible, la generación de energía a partir de fuentes renovables, la promoción de la agricultura ecológica o de dietas poco carnívoras tendrán una incidencia positiva en la salud, reduciendo la contaminación del agua, aire y suelo, disminuyendo la vida sedentaria, los excesos dietéticos y las enfermedades derivadas. También las nuevas normas de diseño de viviendas y ciudades serán un factor de influencia en las relaciones sociales y en la cohesión de la comunidad.

ISTAS-CCOO edita una nueva *Guía de intervención sindical en organización del trabajo y riesgos psicosociales*

Conseguir una organización del trabajo más saludable, es decir, más justa y democrática, es el principal objetivo sindical que nos marcamos en la acción ante los riesgos psicosociales. La nueva guía editada por ISTAS recoge la experiencia de CCOO en los últimos años en este ámbito y pretende ser un elemento de apoyo para el trabajo de delegados y delegadas de prevención en la empresa. Exigir que se realice la evaluación de estos riesgos, visualizar las desigualdades de exposición y sustituir las prácticas de gestión laboral precarizadoras por otras saludables a través de una participación sindical propositiva son nuestros retos.

¿Qué hacer con la salud laboral de los trabajadores?

La editorial Akal, en su serie breve *¿Qué hacer con...?*, acaba de editar el título *¿Qué hacer con la salud de los trabajadores?*, un trabajo que firman Montserrat García Gómez, Ángel Cárcoba Alonso, Ricardo Morón Prieto, Laurent Vogel y Alfredo Menéndez Navarro. El texto aborda la situación actual, el impacto de las reformas laborales de signo neoliberal en la tutela de la salud de los trabajadores y los retos a los que nos enfrentamos de cara al futuro.

Un nuevo informe revela el elevado riesgo de cáncer de mama en mujeres trabajadoras

Según el estudio publicado por el Breast Cancer Fund, el riesgo de contraer cáncer de mama se llega a multiplicar por cinco en determinadas ocupaciones respecto a la población general. El estudio "Working Women and Breast Cancer: State of the Evidence", publicado el pasado mes de agosto por la ONG estadounidense, consiste en una exhaustiva revisión de la literatura científica existente acerca de la relación entre el cáncer de mama y las exposiciones en el lugar de trabajo. El estudio, además

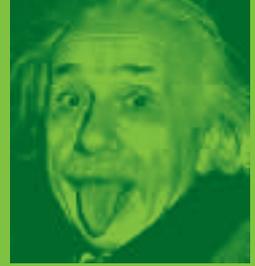
de recordar las ocupaciones sobre las que existe consenso científico de asociación con un mayor riesgo de cáncer de mama (enfermeras, profesoras, bibliotecarias, abogadas, periodistas, técnicas radiológicas y de laboratorio, trabajadoras de la industria y expuestas a disolventes químicos), revela un amplio catálogo de profesiones y sectores que merecen investigación y protección adicional.

Intensificación del trabajo y utilización de las tecnologías de la información

La sexta edición de la encuesta de condiciones de trabajo realizada por el equivalente francés de nuestro INSHT, con una muestra de 34.000 personas, analiza cómo la utilización de las nuevas tecnologías contribuye a la intensificación del trabajo. En 2005, un 32% de los trabajadores de todas las categorías profesionales utilizaba el teléfono móvil por motivos profesionales, en 2013 ese porcentaje asciende al 45% y llega al 60% entre los cuadros superiores de determinadas profesiones.

Formas atípicas de empleo

El Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) acaba de publicar un informe sobre las condiciones atípicas de trabajo que recoge las discusiones de una reunión de expertos que se mantuvo sobre este tema en Ginebra en febrero de 2015. Se consideran formas atípicas de empleo los contratos de duración determinada o basados en proyectos o en tareas, así como el trabajo ocasional o estacional. El informe apunta qué consecuencias está teniendo para los trabajadores y las trabajadoras y para el mercado de trabajo la desaparición del empleo clásico: "Un empleo permanente a tiempo completo, con horarios de trabajo fijos y un plan de jubilación basado en prestaciones definidas al que se tiene derecho al completar una carrera profesional segura y en gran medida predecible con un mismo empleador".



porEvidencia

Actualidad científica

Escasa utilidad preventiva de los "reconocimientos médicos"

A pesar de la escasa evidencia sobre la utilidad de los exámenes de salud (reconocimientos médicos), esta práctica está muy extendida y consume una gran cantidad de recursos. Los autores realizaron una encuesta online a personal sanitario especialista, miembros de la Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo en 2011. Los resultados arrojaron los siguientes datos: más del 70% de los participantes opinó que el sistema de vigilancia de la salud no es costo-efectivo, no cumple el objetivo de detección precoz de daños a la salud relacionados con el trabajo y no contribuye a mejorar el sistema de prevención de riesgos laborales. Además, opinaron negativamente sobre la especificidad de los contenidos y calidad de la vigilancia colectiva, así como otros aspectos. Los informantes que trabajaban en un servicio de prevención ajeno reportaron peores opiniones que los de los servicios de prevención propios ante determinadas preguntas.

Rodríguez-Jareño MC, Molinero E, de Montserrat J, Vallès A, Aymerich M. How much do workers' health examinations add to health and safety at the workplace? *Occupational preventive usefulness of routine health examinations. Gac Sanit.* 2015; 29(4): 266-273.

El papel de los turnos en el desarrollo de cáncer y obesidad. Primer estudio experimental

La relación entre el incremento del riesgo de cáncer de mama entre trabajadoras a turnos y azafatas se ha establecido hace un tiempo, aunque por el momento se desconoce la relación causal y quedan interrogantes sobre los mecanismos por los que ocurren. Los autores de este estudio han desarrollado por primera vez un estudio experimental con ratones a los que se expuso a determinadas condiciones crónicas de cambios de ritmo circadiano. Encontraron que las alteraciones del sueño están claramente implicadas en la relación entre la exposición crónica a los cambios del ritmo circadiano y el cáncer de mama, así como al incremento de peso corporal. Los investigadores sugieren que en la base de estas relaciones se encuentran la desincronización interna y las alteraciones del sueño.

Kirsten C.G. Van Dycke et al. Chronically Alternating Light Cycles Increase Breast Cancer Risk in Mice. *Current Biology*, 2015, 25(14): 1932-1937.

Asma y exposición a isocianatos en reparación de vehículos. Resultados de un trabajo de intervención preventiva

Entre los años 2004 y 2008, la autoridad británica de salud laboral, en colaboración con la industria y otros agentes, desarrolló un proyecto dirigido a reducir la exposición a isocianatos en el sector que incluyó sesiones de información, inspecciones y la disposición gratuita de guías preventivas para la aplicación de pinturas en spray. Después de finalizar esta fase comenzó otra durante la que se realizaron más de 15.000 analíticas de control biológico de exposición a isocianatos en orina (hexametildiamina) y se recopilaban datos del sistema de alertas SWORD de enfermedades respiratorias de origen laboral. Los resultados mostraron una reducción significativa en las muestras de orina con niveles detectables de hexametildiamina, así como de los casos de asma por isocianatos en el sector.

Stocks SJ, Jones K, Piney M, Agius RM. Isocyanate exposure and asthma in the UK vehicle repair industry. *Occupational Medicine.* Julio 2015.

La exposición a trabajo pesado en la construcción genera pensiones de incapacidad entre los trabajadores

En este trabajo se estudiaron durante los años 1980-2008 las pensiones de incapacidad concedidas a los más de 300.000 trabajadores del sector de la construcción en Suecia, clasificados en 22 grupos ocupacionales. Tuvieron en cuenta en las comparaciones entre estos grupos determinados factores que pueden influir en la incapacidad, como la edad, el índice de masa corporal, la altura y el hábito de fumar. Se comprobó que el riesgo de tener problemas de salud que generen una pensión de incapacidad varía considerablemente entre los trabajadores manuales, siendo mayor, por ejemplo, entre los trabajadores de la piedra, que resultó el doble que entre los electricistas. Los trabajadores de más de 50 años fueron los que presentaron mayor número de años de trabajo perdidos, sobre todo debido a problemas musculoesqueléticos y cardiovasculares. Los autores concluyen que el entorno de trabajo es un factor muy importante en el origen de las pensiones de incapacidad y plantean la necesidad de establecer estrategias para reducir la carga de trabajo en este tipo de ocupaciones con altas demandas físicas.

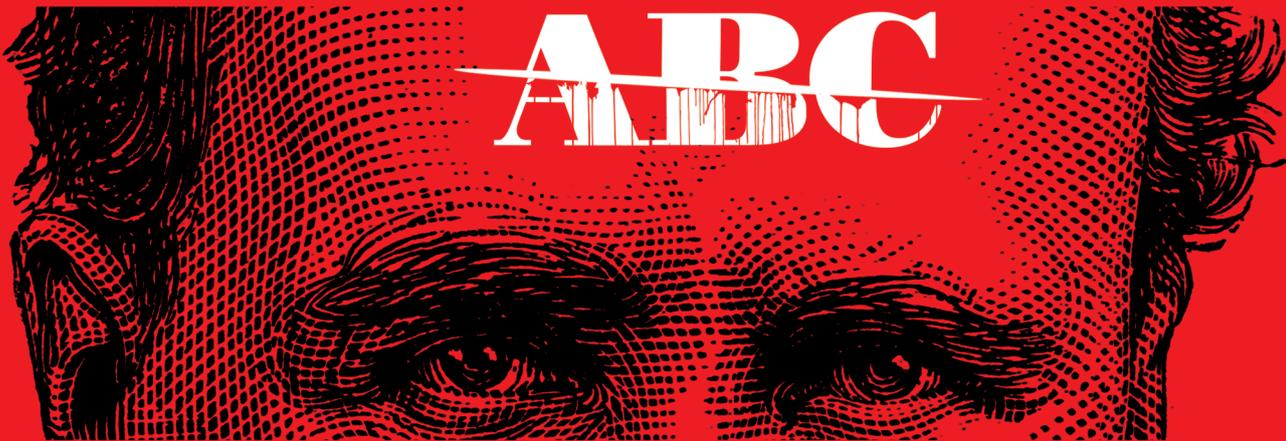
Järholm B et al. Heavy work and disability pension - a long term follow-up of Swedish construction workers. *Scand J Work Environ Health.* 2014 Jul; 40(4): 335-42.

El A, B, C

El último informe realizado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social con los datos estadísticos sobre accidentes de trabajo del primer semestre de este año muestra un aumento de los índices de siniestralidad laboral, incluyendo un aumento importante del número de fallecidos. Esta evolución corrobora un cambio de tendencia en la evolución de los índices de incidencia de accidentes de trabajo, con aumentos continuados desde 2013. Hasta el mes de junio de este año habían fallecido 239 trabajadores y trabajadoras en accidente de trabajo. El pasado 31 de agosto, un accidente laboral, en una empresa pirotécnica de Zaragoza, truncaba la vida de seis familias y dejaba otros seis heridos, dos de ellos de gravedad.

¿Estas tragedias humanas podrían haberse evitado?, ¿qué razones explican este aumento de la siniestralidad?, ¿qué se está haciendo para invertir o frenar esta tendencia?, serían las preguntas más inmediatas que nos deberíamos hacer. Su contestación necesita recordar algunos principios básicos.

Lo primero que debemos remarcar es una obviedad que, curiosamente, suele difuminarse en la información publicada. La prevención de los riesgos en el lugar de trabajo es responsabilidad exclusiva, según marca la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, del empresario. Evitemos, por lo tanto, los razonamientos que intentan “echar balones fuera” del tipo: ha sido un error de..., o las Administraciones públicas deberían..., y volvamos a los principios: el accidente de trabajo es ciertamente multicausal, pero se produce dentro de una organización diseñada y dirigida por la figura del empresario. La persona trabajadora no diseña el proceso productivo, ni define el producto o servicio a producir, la maquinaria que interviene, o las materias primas adquiridas, sino que se inserta en él bajo la dirección exclusiva de la empresa. Al igual que la dirección empresarial hace todo lo indecible porque el proceso productivo funcione a la perfección y su beneficio sea el mayor posible, también debería hacerlo con la prevención porque su objetivo, obligado por la normativa, es que ningún trabajador o trabajadora se lesione, se accidente o enferme por trabajar dentro de su organización. Esta obligación por lo tanto no es solo formal, sino sustancial y debe ser efectiva. El deber del empresario no es tener los “papeles” en regla, sino realmente prevenir el riesgo laboral.



Para que esto sea así, los poderes públicos, que velan en última instancia por la salud de la población, un derecho constitucional y, en concreto, de las personas trabajadoras, diseñan un marco institucional que facilite, dinamice y, sobre todo, vigile que este cumplimiento del deber sea efectivo. Dentro de este marco institucional encontramos no solo políticas que ayuden a detectar y prevenir los riesgos laborales, con investigación, formación o difusión, sino también organismos cuyo objetivo es velar por el cumplimiento de la ley, como la Inspección de Trabajo o los tribunales de justicia.

Los trabajadores y las trabajadoras y los sindicatos que los representan también tienen un papel importante en este marco regulador a través de los delegados y las delegadas de prevención, los asesores técnico-sindicales que los apoyan o de la propia negociación colectiva. Son, en último extremo, los que pueden ejercer su derecho a la salud, los que convierten en derecho efectivo la norma escrita, los que ponen límites, en última instancia, a la acción del empresario. Naturalmente, para que este ejercicio de derechos sea real, la persona trabajadora no solo debe estar informada y formada, sino que debe tener la capacidad de actuar libremente; sin coacciones ni amenazas.

Si queremos despejar estos interrogantes, preguntémosnos por este orden: si las empresas ejercen con diligencia su obligación de prevenir los riesgos en el lugar de trabajo, si está habiendo un esfuerzo por parte de los poderes públicos para enriquecer y dinamizar la acción preventiva en el seno de la empresa y vigilar y castigar los comportamientos negligentes y si los trabajadores y las trabajadoras, y los sindicatos que los representan, tienen, en un marco laboral tremendamente precarizado y con una clara disminución de derechos individuales y colectivos, posibilidades de ejercer sus derechos de forma libre y ser realmente un contrapoder a la actuación empresarial. Si falla el A, B, C de la salud laboral, no podemos esperar buenos resultados.