

n.72
abril
2016

LA
PRE
CA
RIE
DAD
LA
BO
RAL
TE
MA
TA



porExperiencia



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

Tablón

28 de abril 2016, Día Internacional de la Salud y la Seguridad en el Trabajo

CCOO y UGT han hecho público un manifiesto conjunto para conmemorar el Día Internacional de la Salud y Seguridad en el Trabajo bajo el lema: "La salud en el trabajo depende de leyes firmes, controles rigurosos y sindicatos fuertes". Cuando se cumple el vigésimo aniversario de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que supuso un gran avance, las dos centrales sindicales constatan que "la apuesta por políticas de ajuste de marcado acento neoliberal como alternativa de salida a la crisis, especialmente representadas por las reformas laborales, deterioraron de forma grave la negociación colectiva y el ejercicio efectivo de derechos, elementos imprescindibles para la salud y la seguridad en el trabajo". CCOO y UGT afir-

man que "estas dinámicas han determinado una regresión de la prevención en las empresas durante esta última legislatura y, no por casualidad, la aprobación de la reforma laboral del Partido Popular en 2012 coincidió con el cambio de tendencia de la siniestralidad. En estos cuatro años de legislatura han fallecido 2.310 trabajadoras y trabajadores, y desde 2012 hasta 2015 se han acumulado incrementos del 8% en el índice de incidencia para el conjunto de sectores y del 9% para la siniestralidad mortal. Es inadmisibles que en pleno siglo XXI fallezcan más de 600 personas en un año por el hecho de ejercer su labor profesional". El texto íntegro del manifiesto se puede consultar en www.porexperiencia.com

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

El año 2015 se saldó con un aumento del 6% en el volumen de accidentes de trabajo, tanto en jornada de trabajo (6%) como in itinere (5%). El número de accidentes de trabajo mortales en jornada de trabajo fue de 500, un 7% más que el año anterior. Si sumamos los accidentes mortales in itinere, la cifra de fallecidos alcanza los 608 trabajadores y trabajadoras, 28 personas fallecidas más que en 2014. Hemos denunciado a lo largo de los últimos dos años, sin una respuesta contundente, el crecimiento continuado en los indicadores de siniestralidad consecuencia, sin duda, del aumento de la precariedad y del mayor grado de vulnerabilidad que presenta la clase trabajadora tras las reformas laborales llevadas a cabo en los últimos años.

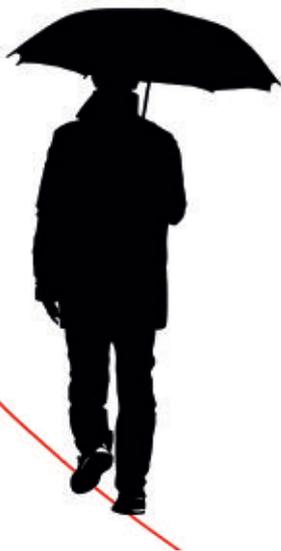
El volumen de partes comunicados por enfermedades profesionales también aumentó a una tasa aún mayor, del 11%, un valor que corrobora la tendencia que ya hemos señalado en anteriores números de la revista. El crecimiento se da en todas las categorías y tanto en hombres como sobre todo en mujeres, que marcan un crecimiento del 12%. Es decir, empieza a aflorar el subregistro de enfermedades profesionales. No cabe duda que este cambio tendencial debe ser analizado pero, sobre todo, requiere de una respuesta política inmediata. No se trata de un tema menor. Hablamos de muertes y enfermedad y, por lo tanto, de peores condiciones de vida de la población. Estos datos contrastan con la propaganda gubernamental que se ha estado realizando respecto al crecimiento del nivel de empleo y del "éxito" de la política económica llevada a cabo. Los datos no dejan mucho lugar a la duda: las políticas desarrolladas en los últimos años están deteriorando la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

Enero-diciembre 2015

Accidentes de trabajo con baja (según fecha de recepción)	Total registrado	Variación año anterior
En jornada de trabajo		
Leves	445.365	6%
Graves	3.358	1%
Mortales	500	7%
Total	449.223	6%
In itinere		
Leves	68.752	5%
Graves	905	2%
Mortales	108	-4%
Total	60.765	5%
Total	518.988	6%

Enero-diciembre 2015

Enfermedades profesionales	Total registrados	Variación año anterior
Hombres		
Sin baja	5.445	10%
Con baja	4.364	8%
Total	9.809	10%
Mujeres		
Sin baja	4.772	12%
Con baja	4.685	12%
Total	9.457	12%
Total	19.266	11%



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, Salvador Moncada, Purificación Morán, Claudia Narocki, María José Sevilla, Francisco Javier Torres

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

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

4-7 Condiciones de trabajo

4 Precariedad y accidentes laborales: un análisis de los datos de 2015

6 "Cuando el trabajo forzoso se produce en casa, no levanta ampollas"

Entrevista a Isidor Boix, coordinador de Industrial Global Union para la aplicación del acuerdo marco con Inditex.

8 Opinión

8 Prevención de riesgos psicosociales laborales en Chile: un camino en construcción

9-16 Dossier: Trabajar con mayores y personas dependientes

10 "La precariedad y el estigma marcan el trabajo de las cuidadoras"

Entrevista a Sara Moreno, socióloga y profesora en la Universitat Autònoma de Barcelona.

12 Trabajar en el domicilio: la invisibilidad de los riesgos

14 Trabajadoras en residencias: un colectivo expuesto a riesgos importantes

16 La acción sindical da resultados

17-19 Acción sindical

17 Zara readmite a una trabajadora que había sido despedida por incapacidad sobrevenida

18 "El Tribunal Supremo ha dejado claro que con la participación de las personas trabajadoras no valen simulacros"

Entrevista a José Manuel Murcia, asesor voluntario de Salud Laboral de la Federación de Servicios de CCOO y doctor en Derecho.

20 Los nuevos partes de baja por incapacidad temporal: una reflexión sobre los cambios

22 Recursos

23 porEvidencia

24 Contraportada

Precariedad y accidentes laborales: un

ÓSCAR BAYONA

2015 se convierte en el tercer año consecutivo de incremento de la siniestralidad laboral en España desde que en 2012 se alcanzaran los niveles mínimos históricos. ¿Este fenómeno está relacionado con la aprobación de la reforma laboral aprobada ese mismo año por el Gobierno del Partido Popular? Vamos a intentar ver algunas claves.

Las estadísticas provisionales de siniestralidad laboral del ejercicio 2015 se han cerrado con incrementos del 5,8% del número total de accidentes en jornada de trabajo y del 7,1% en el caso de los mortales, y del 2,5% del índice de incidencia (que expresa la siniestralidad de forma relativa con independencia del volumen de población empleada) para el conjunto de los accidentes y del 3,7% para el de mortales. Se acumula de esta manera el tercer año de aumentos desde que en 2012 se alcanzaran los niveles mínimos de siniestralidad, tras más de una década de descensos constantes y generalizados.

Sin ningún lugar a dudas estamos ante una legislatura regresiva en términos de prevención. Pero, ¿qué fenómenos podrían estar detrás de este cambio de tendencia? El primero que se nos viene a la cabeza es la aprobación de la reforma laboral por parte del Partido Popular en febrero de 2012, una legislación que ha contribuido de manera inequívoca a extender el modelo de empleo precario y sin derechos a muchas capas de la población trabajadora y que ha tenido como consecuencia un deterioro en las condiciones de trabajo en la mayoría de los sectores. Pero también hay que tener en cuenta los efectos de la crisis desde 2007 y los cambios que se han producido en nuestro modelo productivo.

Hasta el cambio de siglo la siniestralidad evolucionaba acoplada al ciclo económico: cuando la economía crecía, los índices de incidencia aumentaban y viceversa. A partir de ese momento se produce un cambio radical y hasta 2008 se consigue reducir la siniestralidad de manera generalizada en una fase de crecimiento económico. La tendencia se mantiene incluso durante la crisis económica, fundamentalmente por la reducción de accidentes en la construcción, el sector más impactado por la caída de la actividad económica. Pero a partir de 2012 se rompe la tendencia y los índices de incidencia repuntan, pero a ritmo significativamente mayor que la economía.

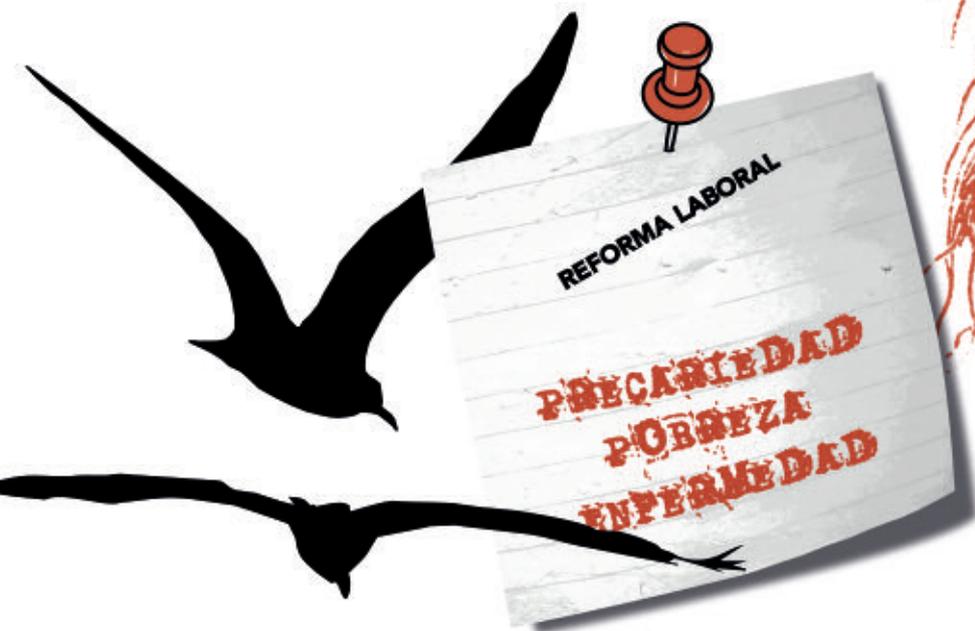
Varios fenómenos se aprecian en esta etapa centrada en la última legislatura. El primero es que no todos los sectores evolucionan de la misma manera. Si atendemos a la evolución de la siniestralidad por sectores apreciamos diferencias notables. Desde 2012 hasta 2015, el índice de incidencia del conjunto de sectores aumentó en un 8%, estando por encima los sectores agrario (17%) y de servicios

(10%), y por debajo o igual la industria (8%) y, sobre todo, la construcción (4%). Pero si atendemos a la siniestralidad mortal, la evolución es muy diferente, ya que para el conjunto de los sectores aumenta en un 9%, pero llega a producirse un descenso en el agrario (-9%) y aumentos en servicios (8%), construcción (12%) e industria (28%). El caso de la industria es especialmente preocupante, ya que acumula el 45,5% de los accidentes mortales.

¿Qué puede estar sucediendo en la industria que explique estos incrementos de siniestralidad? La respuesta parece clara: la precariedad, entendida en un sentido amplio. La industria constituía el paradigma de la estabilidad en el empleo, con un marcado perfil de contratos indefinidos a tiempo completo, pero ese panorama está cambiando desde la entrada en vigor de la reforma laboral. A diferencia de otros sectores, la precariedad no aterriza en la industria por la vía de la contratación a tiempo parcial, que se mantiene estable en un escaso 5% desde 2011. Tampoco parece que se pueda atribuir al incremento de la temporalidad, que ha pasado en el mismo periodo del 17% al 20%, tan solo 3 puntos de aumento. Sin embargo, hay una variable de precariedad vinculada muy directamente a la dificultad de articular el sistema preventivo en una plantilla: la duración de los contratos.

Los casos más extremos de temporalidad son aquellos contratos con una duración inferior a una semana. Se trata de un periodo de tiempo en el que es materialmente imposible informar a un trabajador de los riesgos a los que se enfrenta y formarle de manera eficaz para que conozca las correspondientes medidas preventivas. En 2007, al inicio de la crisis, los contratos de menos de 7 días suponían un 15% de los nuevos contratos firmados, aumentando a un 20% en 2011, al inicio de la legislatura, y a un 25% en 2015. Pero si en alguna rama de la actividad económica la evolución es especialmente grave es en la de la industria: en 2007, los nuevos contratos de menos de una semana en la industria eran el 4% del total, alcanzando el 10% en 2013. A partir de ese momento su número aumenta de forma exponencial, alcanzando un 28% en 2015, 18 puntos de aumento en tan solo dos años y 3 puntos por encima del conjunto de todos los sectores. Sin duda este fenómeno está directamente relacionado con el aumento de siniestralidad en la industria que vivimos: un 9% del índice de incidencia en 2015 respecto a 2013 y un escandaloso

análisis de los datos de 2015



45,5% en el caso del índice de incidencia de mortales en el último año.

Otra variable que deberíamos tener en cuenta al analizar la evolución de la siniestralidad en esta última legislatura es el género, ya que los incrementos no han sido homogéneos entre hombres y mujeres. Desde 2012 y hasta 2014, último año del que contamos con índices de incidencia desglosados por sexo, en los varones la siniestralidad había crecido un 2,8% y en las mujeres un 12,3, casi 10 puntos más. Sin embargo, resulta más difícil establecer una relación directa entre estos incrementos de siniestralidad y los indicadores de precariedad vinculados a la contratación. Las tasas de temporalidad de hombres y mujeres son similares, y, aunque las mujeres sufren una mayor proporción de empleos a tiempo parcial y de contratos de menor duración, las diferencias no son tan significativas como en el caso de la siniestralidad. Dos fenómenos pueden estar relacionados con este hecho: por un lado, que se haya producido un especial deterioro de las condiciones de trabajo en sectores altamente feminizados y, por otro, que haya mejorado la notificación de la contingencia profesional de aquellas patologías más vinculadas a la mujer como las alteraciones musculoesqueléticas. Es necesario profundizar en el análisis de las estadísticas de siniestralidad por sectores desde una perspectiva de género, pero ya hay algunos datos que apuntan en este sentido: el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo viene situando desde hace varios años entre las actividades prioritarias, es decir, aquellas que aúnan altos índices de siniestralidad y ele-

vada población con la contingencia por accidentes de trabajo cubierta, a dos sectores con alta presencia femenina como son la industria de la alimentación y la asistencia en establecimientos residenciales. Y ambos fenómenos, deterioro de los sectores feminizados y mejora en los procedimientos de notificación, también pueden estar detrás del incremento de la comunicación de partes de enfermedad profesional con baja en mujeres, que desde 2013 supera a la de los hombres en valores absolutos.

Y, finalmente, otra variable en la que se están produciendo cambios en la evolución de la siniestralidad es la edad, aunque parece un fenómeno asociado a la crisis económica y también a las reformas laborales. El patrón de distribución de la siniestralidad entre los diferentes grupos de edad permanece estable en rasgos generales: índices de incidencia más altos en los grupos más jóvenes, pero índices de gravedad mayores en los grupos de edad más avanzada. Estos últimos parecen mantenerse estables, pero en el caso de los índices de incidencia vemos cómo desde el debut de la crisis están aumentando significativamente en los grupos de edad más veteranos manteniéndose estables entre los jóvenes, reduciendo el diferencial entre los diferentes grupos. Algunas hipótesis indican que los trabajadores de más edad que perdieron sus empleos con la crisis, al reincorporarse al trabajo lo están haciendo a través del modelo precario de empleo que sufrían los jóvenes desde mucho antes del inicio de la crisis. Los retrasos en la edad real de jubilación experimentados en los últimos años también pueden estar influyendo en este fenómeno. ■

Isidor Boix, coordinador de Industrial Global Union para la aplicación del acuerdo marco con Inditex

“Cuando el trabajo forzoso se produce en

BERTA CHULVI

Nos echamos las manos a la cabeza cuando la tele nos enseña cómo se trabaja en China o en Bangladesh, pero poco parece afectarnos cuando es en casa propia. En junio de 2009, unos 700 mozos de escuadra irrumpieron en 72 talleres de confección clandestinos en Mataró, casi todos ilegales, en los que trabajaban 450 personas de origen chino en condiciones inhumanas de salud, horario y ambiente de trabajo, por 25 euros diarios. Se encontró ropa de 363 marcas, casi todas marcas principales en el mercado, y se detuvo a 77 personas con la acusación de tráfico ilegal de personas, asociación ilícita y falsedad documental. Se imputó a 100 personas supuestamente integrantes de una mafia china, pero finalmente se ha juzgado solo a seis. En noviembre de 2015, la Audiencia de Barcelona ha condenado solo a tres personas a penas de tres años y medio. Isidor Boix, de la Secretaría Internacional de CCOO-Industria, denuncia en esta entrevista la incomprensible actuación de la justicia en este caso y el escaso impacto mediático que ha tenido una sentencia que casi otorga impunidad al trabajo forzoso.

¿Cómo puede ser que en Mataró existieran 72 talleres clandestinos en los que trabajaban casi 500 personas y la Inspección de Trabajo no se diera cuenta?

Es evidente que la existencia de una población así se tenía que notar. Los lugares de trabajo eran garajes con talleres ocultos, pero hay, sin duda, una negligencia tanto por parte de la Administración como por parte de los sindicatos. Por parte de la Administración es más grave, ya que tiene la Inspección de Trabajo expresamente destinada a este cometido. Además, la Inspección tiene acceso a datos, como la evolución del consumo eléctrico, que los sindicatos no tenemos. Es evidente que en un garaje, cuando se trabaja día y noche, el consumo de energía eléctrica es anormal y debería haber sido detectado.

¿Cómo se descubre esta red?

La trama se descubre por una denuncia de uno de los trabajadores chinos, que acude a la policía porque ha sido agredido por su jefe. Entonces la policía empieza a investigar. La investigación es larga y está bien hecha. El sumario incluye fotografías, seguimientos y escuchas telefónicas, y se destapa toda una trama ilegal de trabajo forzoso y traslado hasta Mataró de ciudadanos chinos. Y lo curioso es que tras esa investigación apenas se han derivado responsabilidades penales y la sentencia casi otorga impunidad a los acusados con penas irrisorias, por delitos contra los derechos del trabajo, y solo en los talleres clandestinos de los tres condenados, sin apreciar responsabilidad alguna en el entramado mafioso.

¿Cuál es el entramado que se descubre?

Es un entramado típico. Tenemos noticias de otro muy similar en Prato (Italia), otra población que como Mataró es cuna de la industria textil. Es un entramado de unos 72 talleres, donde dos o tres son legales y los demás emergen su producción a través de estos. El entramado va ligado a una o dos gestorías que son las que facilitan la documentación, a veces falsa, y que son las que organizan la llegada de trabajadores, muchas veces de la misma región en China.

¿En qué condiciones trabajaban?

Se detectan jornadas de hasta 15 horas, aunque no siempre se trabajaba tantas horas porque el taller se activaba en función de los pedidos. Esto significa que muchas veces los trabajadores se que-

daban en colchones a dormir al lado de las máquinas o comían allí en condiciones higiénicas muy malas. Seguramente eran restaurantes chinos los que les servían la comida, porque allí apenas hay un fogón para calentar algo. En fin, yo no llegaría a hablar de esclavitud, pero sí de trabajo forzoso, con todos los ingredientes que supone, por ejemplo la retención de los pasaportes por parte del empresario, etc.

Lo llamativo es que se detenga a 77 personas y solo se juzgue a seis de ellas.

Esto es escandaloso, porque además se les juzga y se les condena no por el entramado ilegal, mafioso, sino porque en su taller no han cumplido los requisitos de una instalación industrial. Por eso la condena es irrisoria. La sentencia no hace referencia a ninguno de los delitos graves, como es el tráfico de personas, la documentación falsa o la asociación criminal para delinquir. Tampoco hace referencia al entramado industrial ilegal que se ha destapado vulnerando normas de salud pública, la legislación laboral, etc. El entramado mafioso aparece en la información policial pero no en la sentencia, y esto, sin duda, es grave.

CCOO se persona como acusación popular, ¿algún sindicato más se ha personado?

Solo se ha personado CCOO. Nosotros nos personamos un poco tarde, cuando ya había empezado la actuación policial, lo adecuado habría sido que lo hubiéramos detectado antes, pero es muy difícil actuar sindicalmente con estos colectivos porque es casi imposible contactarlos y menos aún organizarlos sindicalmente. Además, el proceso se ha prolongado muchísimo. Esto también complica la gestión sindical.

¿Cómo valora CCOO la sentencia?

La sentencia obvia totalmente que se trata de una mafia organizada, como si fueran tres talleres aislados que da la casualidad de que son propiedad de ciudadanos chinos. Es sorprendente que se hayan obviado todos estos temas. No se comprende una sentencia de estas características y cuesta pensar que sea solo fruto de la desidia de unos funcionarios o de un juzgado. Es imposible que un resultado de estas caracterís-

casa, no levanta ampollas”

ticas sea casualidad o negligencia profesional. Yo sospecho que hay negocios turbios, lo que pasa es que no tengo ninguna prueba.

¿Qué ha hecho CCOO además de personarse en el caso?

Al conocer la sentencia y ver la impunidad con la que se ha tratado un delito como este, CCOO, además de denunciarlo públicamente y de llamar a nuestra organización en Mataró a estar alerta al tema, ha instado al Gobierno español a ratificar el Protocolo contra Trabajos Forzados aprobado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2014, con el objetivo de reforzar los mecanismos de inspección y control. Cuando se aprobó en septiembre de 2014 este protocolo, la ministra intervino diciendo que España iba a asumirlo, pero desde entonces no se ha hecho nada. Desde luego, lo que hemos comprobado con esta sentencia es que los instrumentos jurídicos están, pero los administrativos, de inspección, de seguimiento y sanción son insuficientes. El hecho de firmar un protocolo no resuelve los problemas, pero supone una asunción más clara de los compromisos.

presas como Inditex han establecido un procedimiento informatizado por el cual desde la central en Galicia se puede consultar dónde se está produciendo en cada momento un pedido determinado. Lo que ocurre es que la vulneración de este procedimiento no depende directamente de la empresa contratante. Lo cierto es que las empresas de confección más concienciadas han ido avanzando en esto, porque a ellos también les interesa, ya que ellos, además de jugarse la reputación, pagan como si se estuviera produciendo en la primera línea de contratación. Eliminar esta cadena de subcontrataciones es un problema no fácil, pero que sin duda algunas empresas sí lo están intentando con seriedad. Por ejemplo, el acuerdo marco con Inditex establece el derecho sindical a visitar todas las fábricas que producen para ellos y nos facilita la lista de sus lugares de producción (5.000 en este momento en todo el mundo), Mango también nos la entrega, el Corte Inglés ha empezado a facilitarnos alguna lista, y de esas tres hemos podido visitar fábricas de sus cadenas de producción en el mundo, pero de



¿Si comparamos el impacto mediático de esta sentencia con el impacto que tienen estas cosas cuando ocurren fuera de nuestras fronteras, qué podemos concluir?

Lo que hemos visto en este caso es que cuando el trabajo forzoso se produce en casa, no levanta ampollas. Los medios de comunicación no han considerado importante esta sentencia. Cuando el escándalo afecta a otros y no directamente a las redes mafiosas en España, el tratamiento es distinto, parece que se presta más atención.

En los talleres de Mataró se encontraron prendas de grandes firmas, ¿estas empresas tienen mecanismos para conocer estas cosas?

Estas empresas deben tener mecanismos para conocer que esto está sucediendo. Las fábricas a las que estas grandes empresas contratan la producción cumplen con los estándares de calidad del producto y en lo que se refiere a condiciones de trabajo, pero el problema es que pueden subcontratar la producción y lo hacen en general sin conocimiento de la marca contratante. El problema es tan grande que em-

las demás (Cortefiel, Mayoral, Desigual, Adolfo Domínguez, etc.) aún no tenemos ninguna información al respecto. Y un acuerdo marco para formalizar los derechos de los sindicatos locales, que finalmente es lo más importante, solo lo tenemos con Inditex. ¿Esto quiere decir que con Inditex todo es maravilloso?, pues no, pero hay diferencias con otras empresas.

¿Piensas que esta situación se puede estar dando, en otros momentos, en otros lugares en España?

Yo creo que sí. Nosotros como sindicato, por lo que antes comenté, tenemos muchas dificultades para intervenir. La Inspección de Trabajo sí puede y debe detectar estas situaciones. Pero todos hemos de plantearnos la defensa de la dignidad del trabajo en España y en el mundo como una cuestión central, por solidaridad, también como un interés propio, conscientes de que la violación de los derechos básicos del trabajo de cualquier trabajador en cualquier lugar del mundo es ya una agresión a los derechos de los que aún tenemos algunos.



Prevención de riesgos psicosociales laborales en Chile: un camino en construcción

PAMELA A. GANA*

El fenómeno mundial de la emergencia de los riesgos psicosociales no es algo de lo cual esté exento Chile, donde actualmente las enfermedades psiquiátricas corresponden al 20% de los reposos médicos en el sistema de salud general y al 32% en el caso de salud laboral, ambas cifras de 2014. Para estas últimas, los trabajadores son protegidos por el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley n° 16.744), el cual ha estado entregando prestaciones curativas en este aspecto, en la medida que dicha patología es reconocida como laboral.

El camino para incorporar este tipo de patologías como de origen laboral por parte de los organismos administradores (mutuas) que participan de este seguro ha sido paulatino, e impulsado fuertemente por la jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), institución encargada de fiscalizar y regular el sistema. Pero no todo corresponde solamente a la entrega de prestaciones médicas. Actualmente, Chile se encuentra en un momento clave, esperando expectantes la pronta publicación de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, a consecuencia de la ratificación del Convenio 187 de la OIT, donde se otorga un rol central a la prevención, consolidando una serie de esfuerzos realizados en materias tan críticas como los riesgos psicosociales en el trabajo.

En este contexto, en 2008 la SUSESO lideró un trabajo conjunto con expertos en materia de salud mental en el ámbito laboral (universidades, centros de estudios, otras instancias del Gobierno, etc.), culminando dicho trabajo en la validación del cuestionario ISTAS21, generando un cuestionario adaptado al contexto nacional (SUSESO/ISTAS21). De 2009 a 2013, de forma paulatina, algunas empresas y servicios públicos aplicaron voluntariamente el cuestionario SUSESO/ISTAS21. Lo anterior especialmente incentivado por la SUSESO, entidad que ha sido responsable de entregar la capacitación, seguimiento del proceso de aplicación y asistencia en la interpretación de los resultados.

Posteriormente, el Ministerio de Salud de Chile inició un trabajo conjunto con expertos en salud mental, del cual SUSESO fue parte, terminando con la publicación, en 2013, del Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST). Este protocolo estableció como obligatorio, a todas las entidades empleadoras (públicas o privadas), la aplicación del cuestionario, la periodicidad de dichas evaluaciones y la obligación de los organismos administradores de asesorar a la empresa en la gestión del riesgo psicosocial laboral.

Las acciones establecidas en el Protocolo de Vigilancia de RPST tienen como referencia la metodología establecida por SUSESO en su manual de uso del cuestionario, dando especial énfasis en la participación bipartita (paritaria de

empleadores y trabajadores), al interior de la empresa durante todo el proceso que involucra la aplicación del cuestionario. Es decir, a través de este manual y de la difusión que realizamos del instrumento, promovimos el espíritu democrático y participativo que debiera darse en la empresa para poder lograr mejoras en los distintos ámbitos de las relaciones laborales, lo cual incluye los aspectos de seguridad y salud en el trabajo.

Nos quedan muchos desafíos por delante en materia de salud mental en el ámbito laboral, que esperamos ir avanzando, entre otros: 1) ampliar la cobertura de medición del cuestionario, 2) recopilar la información obtenida por el cuestionario en bases de datos que permitan la interconexión con otros sistemas de información, 3) incorporar esa información a un sistema que permita el seguimiento de la exposición a riesgos de los trabajadores a través de su vida laboral, 4) implementación de nuevo protocolo de calificación de enfermedades profesionales, 5) actualización de los puntos de corte para la interpretación de resultados del cuestionario, 6) incorporar temas emergentes, tales como acoso laboral o sexual, y 7) fomentar el desarrollo de competencias técnicas en las organizaciones de trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo. Como se observa, mucho camino queda por delante, pero estamos convencidos como institución que estamos en la senda correcta. 

*Pamela A. Gana es intendenta de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Gobierno de Chile.





Los cuidados: un reto doble

VICENTE LÓPEZ

Un nuevo estudio publicado por la Confederación Sindical Internacional (CSI) muestra que invirtiendo en la economía de cuidados apenas el 2% del PIB en tan solo siete países se podrían crear más de 21 millones de puestos de trabajo, y ayudar a los países a superar el doble desafío que plantean el envejecimiento de la población y el estancamiento económico. Esto es así porque en la actualidad organizar socialmente los cuidados es, no ya una necesidad social, sino una emergencia social.

Pero, ¿cómo están las personas que proporcionan cuidados formales en forma de trabajo asalariado? Como señala Sharan Burrow, secretaria general de la CSI, "el sector de cuidados tiene ya una alta incidencia de trabajo precario y bajos salarios, por lo que resulta esencial que los trabajadores y las trabajadoras de este sector disfruten de la plena protección acordada por la legislación laboral, en línea con las normas internacionales".

La precariedad laboral se traduce siempre, de manera inmediata, en una pérdida de salud, por eso también han saltado las alarmas en cuanto a la accidentalidad en los sectores en los que se proporciona cuidados a las personas mayores y dependientes. En España, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo acaba de señalar que la asistencia en establecimientos residenciales es una de las cinco actividades productivas más vulnerables y que precisarían de una actividad preventiva prioritaria, atendiendo al índice de incidencia de accidentes de trabajo que sufren y al número de trabajadores que emplean. Lo que ocurre con las trabajadoras que asisten a las personas mayores y dependientes a domicilio es mucho más grave en términos de salud laboral, pero todavía no ha salido a la luz en cifras por la invisibilidad y aislamiento que rodea a este trabajo.

Todas estas cuestiones las abordamos en este *dossier*, así como algunas experiencias positivas de acción sindical que muestran que somos los sindicatos los que con nuestra presión conseguimos cambiar las condiciones de trabajo. Esa es nuestra gran responsabilidad. 

Sara Moreno, socióloga

“La precariedad y el estigma marcan el

BERTA CHULVI

Sara Moreno es socióloga y profesora en la Universitat Autònoma de Barcelona. Además es investigadora del Centro de Estudios Sociológicos sobre la Vida Cotidiana y el Trabajo de dicha universidad. En esta entrevista reflexionamos con ella sobre las condiciones de trabajo de las personas que proporcionan cuidados formales y de los retos que afrontamos como sociedad en este terreno.

El cuidado de los mayores y las personas dependientes está poniendo en jaque nuestro modelo de sociedad, ¿qué análisis se puede hacer?

Cuando se construyó el Estado del bienestar no se pensó que existiría tal necesidad de cuidados como existe en la actualidad, por distintas razones, una de ellas la esperanza de vida, otra la mayor presencia de mujeres en el mercado de trabajo, pero también la transformación de la familia nuclear extensa, que antes tenía un protagonismo mucho mayor. Es decir, en ese momento se pensó en garantizar pensiones, salud y educación, sobre todo para proporcionar mano de obra preparada al mercado de trabajo, y nadie pensó que los cuidados serían una necesidad que se podría convertir en un riesgo social en el futuro. Actualmente nos encontramos con que el problema de los cuidados ha aumentado en volumen e intensidad y lo único que hacemos es poner parches. No nos damos cuenta de que pensar socialmente los cuidados se está convirtiendo en una urgencia social.

¿Qué parches se han puesto?

Se tira de la estructura familiar (cuidados informales) y se impone la desvalorización de los cuidados formales cuando estos se convierten en un sector profesional. Como a los cuidados nunca se les ha dado valor, ni económico ni social, nos encontramos que los trabajadores, básicamente mujeres, que entran a formar parte de esos sectores profesionales, lo hacen desde la lógica de la precariedad, el estigma y la invisibilidad. Para mí, uno de los principales problemas es que se naturalizan las capacidades para el cuidado y se supone que si eres mujer, ya lo sabes hacer. Estamos ante un sector profesional muy precario, muy subestimado y con grandes dificultades de organización por el tipo y la naturaleza del trabajo que están realizando, tanto sea en residencias como en domicilios privados.

¿Qué particularidades tiene este sector en cuanto a la exposición a riesgos psicosociales?

Hay que diferenciar distintos perfiles profesionales, una cosa son las personas que trabajan en residencias, centros de día, etc., y otra las trabajadoras familiares que hacen los servicios de atención domiciliaria. Desde un punto de vista de los riesgos psicosociales, ambas situaciones tienen exposiciones importantes a riesgos psicosociales, pero se acentúan en el caso del domicilio. En el caso del domicilio, a la tensión que supone atender a personas dependientes, se suma el hecho de entrar en un espacio privado que es vivido por la persona usuaria y sus acompañantes como un espacio propio, donde son ellos quienes dicen cómo se han de hacer las cosas, por tanto, cuestionan aún más la profesionalidad de la persona que llega a hacer su trabajo. Esto puede generar sufrimiento en la trabajadora que ve cómo no puede aplicar sus conocimientos profesionales, porque le dicen cómo ha de hacer las cosas. Además, desde el punto de vista de la gestión de los tiempos,

los servicios de atención domiciliaria están muy pautados temporalmente –pueden ir desde 20 minutos a dos horas aproximadamente– y cada trabajadora puede tener hasta siete servicios. Esto genera una tensión adicional, porque la trabajadora que llega a un domicilio e intenta conciliar las normas de ese domicilio con sus criterios profesionales lo va a tener que hacer siete veces. Hay una acumulación de exposiciones a riesgos psicosociales: al estigma que soporta el trabajo de cuidado se le suma el hecho de hacerlo en un espacio privado, con unos tiempos de trabajo muy intensos que ellas tienen que gestionar. A esto hay que añadir que trabajan, generalmente, de forma aislada, con lo cual tienen la sensación de estar solas. Es una situación que yo definiría como una olla a presión, que a veces estalla con manifestaciones claras de problemas de salud en las trabajadoras.

Además, hablamos de un colectivo que por su condición de mujer ya parte de una situación de desigualdad, ¿podrías caracterizar a estas trabajadoras?

Son mujeres, muchas de ellas mayores. Mujeres que han estado ausentes del mercado de trabajo, seguramente porque han estado criando a sus hijos, y se han reincorporado al mercado de trabajo con edades comprendidas entre los 45 y los 50 años. Personas que tienen experiencia informal en los cuidados, con sus familiares, y eso les da cierta seguridad. Junto a este perfil está el de las mujeres jóvenes inmigrantes. Es muy importante analizar las consecuencias que ha tenido la Ley de la Dependencia, uno de cuyos objetivos era profesionalizar este sector, precisamente para poder descargar a las familias y fortalecer la profesionalización del mismo. Sin embargo, la misma ley es una contradicción, porque la prestación por cuidado familiar sabemos que lo que ha hecho es reforzar las responsabilidades de la familia o en algunos casos ha servido para contratar mano de obra informal, muchas veces inmigrante. Es un perfil de mujer que quizás se ha pasado diez años fuera del mercado de trabajo y que ahora se incorpora a un sector que tiene unas condiciones muy específicas de precariedad e invisibilidad.

Y en las residencias, ¿qué problemáticas habéis observado en vuestras investigaciones?

Hemos observado que se da una lucha de poder entre las enfermeras y las auxiliares de geriatría. Las mismas enfermeras son las que no reconocen el trabajo de las auxiliares de geriatría, que son las que están asumiendo el 90% del cuidado. Las auxiliares de geriatría que nosotros entrevistamos nos contaron que ellas son vistas como las “lavaculos” de la residencia; el estigma es muy fuerte e influye de muchísimas maneras. Las personas sienten que están en el escalón más bajo de la cadena; de una cadena en las que ellas tienen un papel fundamental, pero que no se les reconoce. Sin ellas, el internaje de la residencia no funciona, pero nadie les reconoce. No se considera

trabajo de las cuidadoras”



nunca su opinión, su experiencia, sus conocimientos, a pesar de que ellas acumulan mucha más información del usuario que los otros perfiles profesionales. Esto tiene claras consecuencias en su salud.

¿Cómo empezar a hacerle frente a esta situación?

Desde el punto de vista de la ciudadanía es imprescindible reconocer la necesidad urgente e imperiosa de organizar socialmente los cuidados. El sistema que ha funcionado hasta ahora para hacernos cargo de las personas dependientes no va a funcionar en el futuro, la población va a envejecer y está claro que estamos en un contexto de crisis que apunta que no todo puede recaer en el Estado, pero tampoco todo puede recaer en la familia y tampoco puede recaer en los individuos y en el hecho de si tienen o no recursos para poder comprar esos servicios de cuidado. Si no hacemos un parón, y nos dedicamos a pensar cómo vamos a organizar esto, está claro que van a aumentar las desigualdades sociales. Sin embargo, si nos paramos a pensar y asumimos que esto es una urgencia prioritaria en nuestro contexto, podemos diseñar medidas de equidad democrática.

Desde tu perspectiva, ¿qué se puede hacer?

Pues, en primer lugar hemos de reconocer el valor económico y social de los cuidados y hemos de darle protagonismo a la comunidad. Estamos teniendo en cuenta el mercado, la familia y el Estado, pero hace falta una cuarta pata, que es la comunidad. Lo que conocíamos como el triángulo del Estado del bienestar se ha de convertir en un cuadrado. La comunidad es algo que va más allá de una asociación en concreto o que va más allá del voluntariado. Hay experiencias interesantes; por ejemplo, en Barcelona hay un proyecto que se llama "Radares", que se ha ido implementando en distintos barrios y que trata de activar una alerta cuando alguna de las personas mayores no acude a alguno de sus puntos cotidianos como el horno, la carnicería, el quiosco, etc. Se trabaja de manera voluntaria en estos puntos, alertando a servicios sociales si se detecta algo extraño. Este proyecto es un buen ejemplo del papel protagonista que tiene que ir adquiriendo la comunidad en el futuro para pensar en soluciones imaginativas. Hemos de romper el círculo vicioso que estigmatiza e invisibiliza los cuidados, y que afecta tanto a quienes los realizan como a quienes los reciben. Yo siempre digo que hay que conseguir que ese círculo vicioso se convierta en un círculo virtuoso, reconociendo la importancia de los cuidados, de las personas que los realizan de manera informal y formal.

¿Y en los lugares de trabajo?

Ahí hay muchísimas cosas que se pueden hacer. En primer lugar revisar las competencias y habilidades que necesitan estos perfiles profesionales, ya que en la actualidad están pensadas desde una lógica productiva y masculina. Estas mujeres tienen una cantidad de competencias, aptitudes y actitudes que no son reconocidas, que no se les paga por ellas, que simplemente la empresa las aprovecha. Es decir, yo creo que es necesaria una revisión que dignifique y cualifique estos trabajos. También revisar la formación y las relaciones laborales. Por ejemplo, una cosa tan sencilla como que en una residencia, cuando semanalmente se reúne todo el equipo con la presencia de todos los perfiles profesionales, es necesario que también haya una representante de las auxiliares de gerontología. Una cosa tan sencilla supone ya de entrada un efecto positivo en cadena.



Trabajar en el domicilio: la invisibilidad

BERTA CHULVI Y MONTSE LÓPEZ

La atención a las personas dependientes en sus domicilios se ha convertido en un sector que da empleo a un buen número de personas, en un 90% mujeres, que trabajan en auténticas condiciones de invisibilidad y vulnerabilidad respecto a lo que a exposición a riesgos laborales se refiere. Cuando Felipa y Paqui nos cuentan sus historias parece que ellas, por el mero hecho de trabajar en la casa de las personas dependientes, estén fuera del marco legal de protección de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que ahora cumple veinte años.

Es verdad que es difícil considerar el domicilio un lugar de trabajo, pero las constantes lumbalgias que padecen las mujeres que trabajan en el sector de la atención a la dependencia en los domicilios son igual de graves que las que padecen las gerontólogas o el personal auxiliar en las residencias, solo que se ven menos y por tanto se tratan peor, o ni siquiera se tratan. Las situaciones que se dan en los domicilios escapan al control de las empresas y las trabajadoras las asumen como gajes del oficio.

Una de las situaciones más increíbles nos la cuenta Felipa, una trabajadora de 45 años con voluntad y dedicación que atiende en un pueblo de Jaén a cuatro personas de 8 a 14:30 horas todos los días. Felipa no puede usar la cocina de dentro de la casa para preparar la comida a la pareja de ancianos que cuida, "porque está nueva y nos costó mucho dinero", son las razones que da la pareja, que se reformó la cocina, con mucho esfuerzo, hace veinte años. Tanto en invierno como en verano, Felipa tiene que cocinar en un cuartito que hay en el patio de la casa, con techo de chapa, donde hay una cocina portátil de dos fuegos sobre una mesa de madera: "Cuando hace mucho frío me dejan cocer el puchero dentro, pero cosas a la plancha que puedan ensuciar, nada de nada". La trabajadora defiende a la pareja de usuarios: "Si la mujer ha estado cocinando ahí hasta hace dos años, cómo va a entender que yo no lo haga igual que ella", explica Felipa. La empresa no ha intervenido en la situación, tampoco ha realizado ninguna evaluación de riesgos a pesar de ser una empresa de 500 empleadas. Tampoco la trabajadora social que asigna las ayudas se ha pasado para ver cómo se realiza el servicio que ha contratado. Felipa es delegada de prevención, pero admite que tampoco ha planteado el caso: "¡Es que es su casa!", exclama la trabajadora con sensación de impotencia. "Yo les puedo decir –continúa Felipa– que todos los días tropiezo en la misma baldosa que está levantada, pero ¿quién les obliga a hacer obra si es su casa?"

Otro de los problemas que plantea Felipa, y que es común a muchos servicios, es que las casas están llenas de muebles: "Las casas de la gente mayor están llenas de muebles y ellos no quieren que les toques nada, aunque vayan incómodos con el andador o aunque las sillas de ruedas pasen justitas, eso nos ocurre a muchas trabajadoras. No podemos adaptar el espacio a nuestras necesidades, ni siquiera un poco".

Respecto a la organización del trabajo, las empresas no contabilizan el tiempo de desplazamiento. Cuando se le pregunta a Felipa si va muy agobiada, ella dice que no, aunque ella

siempre va corriendo: "Lo que pasa es que corres más porque si acabo aquí a las once, a las once y cinco empiezo en la otra casa, no me da tiempo a llegar. Yo llego porque voy en coche, aunque nadie me paga la gasolina, pero andando en cinco minutos no llego". A Felipa le gusta mucho su trabajo, le gusta el trato con las personas mayores y la conversación con ellas: "Ya he aprendido a no llevarme los problemas a casa –explica Felipa–. Al principio me preocupaba tanto que mi marido me llegó a decir: tú, como sigas así, te mueres". Felipa está a gusto: "La gente mayor es muy agradecida, valora mucho el cariño que le das porque está sola y la gran mayoría no puede valerse por sí misma".

Felipa lleva trabajando desde 2003 y ha tenido usuarios encamados: "Yo estuve con una mujer cinco años encamada que además estaba gruesa y mientras hacía el trabajo no me da cuenta, pero cuando se me murió yo no podía levantar los brazos, tenía un dolor insostenible. El médico me dijo que me estaban saliendo los esfuerzos que había hecho levantando a pulso a esa persona". La mutua se quita el muerto de encima casi siempre: "Cuando vas a la mutua, te dicen: tú sabrás el colchón que tienes en tu casa", relata Felipa. Mientras apostilla: "Es para decirles, sí claro, el colchón... y que yo esté levantando a una persona que pesa casi 100 kilos todos los días no tiene nada que ver". Felipa está dispuesta a seguir luchando, pero lo ve difícil: "Hemos planteado a la empresa de todo para tratar a los encamados (fajas lumbares, que obliguen a que pongan una grúa, camas articuladas), pero nos dicen que no pueden obligar a una casa a poner nada de eso. Lo único que hemos conseguido es que cambien a la mutua, porque era evidente que no defendía los derechos de las trabajadoras".

La principal dificultad que ve Felipa es que las trabajadoras no quieren quejarse por miedo a perder el trabajo. Ella se ofrece a acompañarlas, pero no hay manera: "No vaya a ser que se crean que me he quejado", le dicen. Un segundo aspecto es que cuando lo conveniente es que vayan dos personas a un servicio para movilizar a un usuario que está encamado, los usuarios se niegan, porque si vienen dos personas las horas del servicio se reducen a la mitad.

Cuando hablamos con Paqui, que trabaja en otra empresa del mismo sector, nos encontramos con que tiene una contractura muscular en la parte derecha del hombro y cuello y ha tenido que ir a urgencias: "Se ve que me ha pillado un nervio facial y por eso tengo tanto dolor de cabeza y de garganta, como si tuviera anginas". Como es habitual, no se ha pedido la baja. Es un viernes por la tarde y la trabajadora está espe-

de los riesgos

rando a ver si se pone buena el fin de semana. Tiene 51 años y empezó hace seis años en este trabajo a raíz del ERE que realizó la empresa en la que trabajaba. Lleva cinco años levantando a pulso a una de sus usuarias y ya no la levanta porque no puede con ella: "Como la han sondado, ya no la tengo que levantar, pero es que además no puedo con ella". Además ha padecido una lumbalgia bilateral, que también está derivada del levantamiento de pacientes. "Casi todas las compañeras padecen de lo mismo, hay gente que se da de baja porque no puede resistirlo. Cuando pides ayuda, es la trabajadora social la que ha de valorar. A mí, por ejemplo, no me han dado respuesta y, además, lo que ocurre es que en el momento en el que vayamos dos trabajadoras, los usuarios pierden horas. Es decir, si yo estoy cuatro horas, si voy con alguien estamos dos horas, y los usuarios no quieren".



Una acción sindical que comienza

LOLY FERNÁNDEZ CAROU*

En CCOO somos conscientes desde hace tiempo que una gran parte de las trabajadoras que atienden a personas dependientes en su domicilio están expuestas a riesgos ergonómicos, biológicos y psicosociales que dañan gravemente su salud. Se trata de un colectivo invisibilizado, que recibe poca formación en prevención de riesgos y escasa sindicalización, a pesar de que son grandes empresas las que optan a los concursos que las Administraciones públicas, generalmente ayuntamientos, convocan para proporcionar de manera indirecta este servicio a la población.

De ahí que CCOO de Catalunya, en el Consejo de Relaciones Laborales, órgano tripartito en nuestra comunidad autónoma, propusiera a la Generalitat catalana que en las líneas de acción que marca para que las mutuas gasten sus excedentes destinados a la prevención se prestara especial atención a este colectivo. De hecho, la Generalitat catalana ha publicado en su resolución anual los criterios para la actividad preventiva de las mutuas con cargo a cuotas, y concretamente que las mutuas presenten planes de acción con las trabajadoras del sector de cuidados y atención a la dependencia que trabajan en domicilios. Esto ha provocado que incluso la propia Administración se plantee hacer alguna acción específica ante tal desconocimiento, y el equipo de profesionales del Institut de Salut Laboral de Catalunya ha preparado un pequeño manual sobre buenas prácticas en este sector. Este año, además, frente a la campaña de que la Generalitat catalana no era competente para marcar esas directrices, finalmente el tema se ha despejado. El Tribunal Constitucional ha dado la razón a la Generalitat de Catalunya y aquí tenemos un nuevo espacio de intervención, ya que nuestra acción colectiva debe servir para exigir a las mutuas que gasten sus excedentes en políticas preventivas en los sectores más vulnerables con cargo a cuota, y no se inviertan en las grandes empresas o en acciones que no van orientadas a mejorar condiciones de trabajo.

Es nuestra responsabilidad encontrar la forma de llegar hasta esos domicilios donde hay una trabajadora expuesta a todo tipo de riesgos y que no puede estar desprotegida.



*Loly Fernández Carou es responsable de Salud Laboral de CCOO de Catalunya.



Trabajadoras en residencias: un colectivo

BERTA CHULVI

El colectivo de mujeres que trabajan en residencias de personas dependientes presenta un índice muy elevado de accidentes musculoesqueléticos. En este reportaje analizamos algunos datos e incluimos testimonios que apuntan las causas de una situación que actualmente preocupa, y mucho, tanto a los sindicatos como a las Administraciones públicas con competencias en salud laboral.

Irene Álvarez Bonilla, secretaria de Salud Laboral de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO, es perfectamente consciente de los importantes riesgos ergonómicos a los que está expuesto el colectivo de personas que trabajan en residencias: "Los sindicatos hace mucho tiempo que estamos hablando de la necesidad de intensificar la acción preventiva en este sector. Ya en el año 2006 –explica Irene Álvarez–, los firmantes del IV Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal encargamos al Instituto Valenciano de Biomecánica la redacción de un *Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia*, donde se ponía en evidencia la exposición a riesgos ergonómicos que las trabajadoras en residencias de la tercera edad y personas dependientes sufrían como consecuencia de la movilización de personas. Ahora los datos que manejan las Administraciones públicas vienen a justificar nuestra preocupación. Concretamente, el documento *Actividades prioritarias en función de la siniestralidad. Año 2014*, elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, señala la asistencia en establecimientos residenciales como una de las cinco actividades productivas más vulnerables y que precisarían de una actividad preventiva prioritaria atendiendo al índice de incidencia de accidentes de trabajo que sufren y al número de trabajadores que emplean".

Este sector profesional es también merecedor de una especial atención, pues sus integrantes parten ya, en muchas ocasiones, de una situación de desigualdad. Como señala Irene Álvarez, "se trata de un sector donde el 90% son mujeres, más del 30% son mayores de 54 años y los contratos temporales rondan el 20% del total de trabajadoras, según datos de la Encuesta de Población Activa". Una mirada desde la salud laboral apunta que la mayor parte de las IT que sufren las trabajadoras tiene que ver con las lesiones generadas por los sobreesfuerzos y movimientos repetitivos derivados de la exposición a riesgos ergonómicos relacionados, fundamentalmente, con la movilización manual de personas, el manejo manual de cargas, la adopción de posturas forzadas, etc.

Los orígenes de este riesgo suelen darse por la falta de ayudas técnicas o su escaso uso, la falta de adaptación de mobiliario e instrumentos a las necesidades de las trabajadoras, la repetición de muchas de las tareas y el estrés producido por la acumulación de las mismas. Son las cifras de accidentes laborales por lesiones musculoesqueléticas las que han hecho saltar la alarma. Mención aparte, y no menos importante, todo lo relacionado con los

riesgos psicosociales, aunque el reconocimiento de estas patologías es prácticamente inexistente.

El testimonio de Toñi, gerocultora y delegada de prevención en una residencia de tercera edad de Marbella, es muy clarificador: "El problema es que no nos dejan participar en la organización del trabajo y el diseño del mismo no tiene para nada en cuenta la salud de las trabajadoras". "Por poner un ejemplo –explica Toñi–, en mi residencia, el turno de mañana está organizado en 12 tutorías, es decir, hay 12 gerontólogas que han de levantar y asear a unas 17 personas usuarias. Si en esas 17 personas, 15 son personas con exceso de peso y con escasa movilidad, es evidente que las trabajadoras van a tener lesiones".

"¿Qué proponemos nosotras desde el comité de seguridad y salud? Reorganizar las tutorías para hacer grupos más equilibrados desde el punto de vista de la carga física. Frente a esta propuesta, la empresa todavía no nos ha contestado. También hemos pedido una evaluación de riesgos ergonómicos y la información sobre accidentalidad e IT que tiene el servicio de prevención y aún no nos la han proporcionado. Sabemos que en los últimos dos años se han registrado tres veces más incapacidades temporales que en los anteriores y pensamos que es debido al aumento de la carga física del trabajo. Ha cambiado la tipología de personas usuarias de la residencia, ahora la gran mayoría son plazas concertadas, no plazas privadas, por lo que son personas que llegan con un nivel de dependencia mucho mayor que justifica la concesión de una ayuda pública", argumenta Toñi.

Un factor clave que agudiza la exposición a estos riesgos es la infradotación de las plantillas. Las trabajadoras del sector de la atención a la dependencia, residencias de mayores, centros de día y centros de noche y ayuda a domicilio tienen una presión asistencial muy alta debido a las ratios de personal mínimas que se exigen en los pliegos de condiciones que publica la Administración.

Alguien que conoce bien la problemática es Juan Carlos Navas, responsable de residencias privadas de la Federación de Sanidad de CCOO de Málaga: "Las ratios tienen un problema grave, pues no distinguen entre turnos y horarios. Solo exigen a la empresa una relación determinada entre número de personas usuarias y altas en la Seguridad Social, ni siquiera tienen en cuenta incapacidades temporales y vacaciones. Por ejemplo, en Andalucía, la ratio general es 50 personas contratadas por cada 100 usuarios, y luego tienes ratios específicas para cada perfil profesional, por ejemplo, el de gerocultoras es de 20 por cada 100 usuarios, pero te puedes encontrar un turno de noche en el que hay solo dos trabajadoras para una residencia con 150 personas usuarias".

expuesto a riesgos importantes

En los últimos años de la crisis, la dependencia, cuarto pilar del Estado de bienestar, ha sido uno de los sectores que más impagos por parte de la Administración ha sufrido y esto ha recaído fundamentalmente en las trabajadoras del sector. Las inaplicaciones de convenio, tanto salariales como de condiciones de trabajo en residencias para personas mayores, han sido continuas con la entrada en vigor de la reforma laboral. Esto conlleva un aumento de estrés laboral asociado a la pérdida de poder adquisitivo y del empleo, en un contexto donde muchas familias dependían de un único salario.

Reducir la carga de trabajo

Irene Álvarez Bonilla explica que "el objetivo sindical en la negociación pasa por un elemento clave para la reducción de la carga de trabajo en el colectivo de gerocultoras: eliminar las tareas de limpieza en esta categoría". "Las gerocultoras –afirma Irene Álvarez– son personal que, bajo la dependencia de la dirección del centro o persona que se determine, tiene como función principal la de asistir y cuidar a las personas usuarias en las actividades de la vida diaria. Entre las funciones de la gerocultora no estaba la limpieza más que de las personas usuarias y sus utensilios, pero con la eliminación, por parte de la reforma laboral, de las categorías profesionales, la movilidad funcional en el grupo profesional conllevó que las tareas de limpieza pudieran ser asignadas también a las gerocultoras, lo que ha supuesto una importante carga de trabajo para este colectivo, uno de los que más accidentalidad laboral sufre". En opinión de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO, la eliminación de las tareas de limpieza supone una disminución de la presión asistencial, un aumento de las plantillas que ayuda a mejorar la salud de las trabajadoras del sector y un aumento en la calidad del servicio prestado. Como señala Irene Álvarez: "Mejorar las condiciones de trabajo en estos establecimientos es un reto ineludible, tanto desde un punto de vista de la salud laboral como desde un punto de vista humano".



La acción sindical da resultados

VIRGINIA SORIANO Y CONSUELO JARABO*

Sin duda, la vía más eficaz para transformar las condiciones de trabajo en los establecimientos residenciales es la acción sindical. En CCOO-PV podemos referenciar el caso de un establecimiento ubicado en la localidad de Bétera que ha sufrido una gran transformación gracias a la acción de las delegadas de prevención.



Hasta el 2008-2009, la residencia a la que nos referimos no tenía un modelo integrado de prevención. Como tantas otras, la escasa actuación era burocrática. La participación de los trabajadores era inexistente. Gracias a la intervención sindical de CCOO comienza a trabajarse la salud laboral, así como la participación legítima de las delegadas de prevención.

Desde ese momento hasta 2013 se abre una primera etapa de trabajo sindical muy duro que se inicia con una denuncia a la Inspección de Trabajo por negarse la empresa a que las delegadas de prevención acudieran al comité de seguridad y salud (CSS) acompañadas de la técnica del sindicato. Con esta denuncia la empresa cambia de actitud y se consigue la aprobación del reglamento del CSS y se consolida su funcionamiento. En líneas generales, durante esta primera etapa se intentó consolidar un método de trabajo con la empresa.

Teniendo en cuenta la naturaleza y riesgos del sector se solicitó evaluación ergonómica y los resultados mostraron exposiciones muy nocivas. Se propusieron mejoras importantes que provocaron un gran cambio en las condiciones de trabajo: se estableció el levantamiento de enfermos de manera obligatoria en pareja, en volteos y cambios de pañal, así como la dotación de una grúa, la adecuación de baños, etc. Junto con los riesgos ergonómicos, desde la representación sindical, se tenía claro que había que intervenir con los riesgos psicosociales. Ante la falta de voluntad inicial de evaluar los riesgos psicosociales por parte de la empresa, se llevo a cabo la primera campaña sindical, aplicando el CopSoq-istas21 corto. Posteriormente se remitió informe de resultados en el que quedaba claro que existían factores de riesgos en situación desfavorable. Gracias a ello se consiguieron mejoras importantes: se estableció el primer calendario anual, se logró una rueda rotativa en la elección de vacaciones, además de una rueda rotativa en cuadrante de horarios que facilita la conciliación familiar con el disfrute de casi ocho días de libranza continuada, concretamente siete días y medio, a lo que se le denomina popularmente "semana fantástica". Se consiguió, también, dos fines de semana continuados de libranza y una

mejor distribución de las nocturnidades, ya que se hacían hasta seis noches seguidas. Se logró que se suplieran las vacaciones y la concesión de asuntos propios y permisos que hasta entonces no se disfrutaban. Se alcanzó una mejora importante relativa a las condiciones de trabajo con los usuarios que favoreciera ergonómicamente y psicosocialmente, estableciéndose un turno que permitiera rotación de tareas cada día para poder alternar usuarios más livianos con más pesados, con mayor demencia, o con alteraciones conductuales. Se realiza, además, una evaluación y un seguimiento a las trabajadoras embarazadas.

Desde 2013 hasta la actualidad se ha iniciado una segunda etapa en la que se empieza a visualizar la respuesta de la plantilla: las trabajadoras han dejado de tener miedo a defender sus derechos, se ha consolidado el derecho de consulta previa a cualquier actuación por parte de la empresa. Los canales de participación han ido creciendo y, aunque se siguen utilizando los métodos tradicionales, en este periodo se han incorporado las redes sociales de manera que todo el trabajo de información al personal se realiza a través de tres grupos cerrados en Facebook, uno dirigido a todo el personal indefinido, otro a gerocultores eventuales y otro al sector de enfermería, desde donde pasamos escritos, trabajos, contestaciones de la empresa, cuadrantes, etc. Todos los archivos importantes son escaneados y archivados en la página para difusión del personal, por correo electrónico para el personal que no tiene Facebook. También a través de grupos en Whatsapp y listas de difusión para que la información llegue a todo el personal que no quiere estar incluido en grupos. La prioridad es que la información de nuestro trabajo llegue a la vez y permita que el personal manifieste sus dudas, sugerencias y problemas. En diciembre pasado se celebraron elecciones sindicales y CCOO ha pasado de tener dos representantes en un comité de cinco a ser la única candidatura, obteniendo las cinco plazas del comité de empresa. ■

*Virginia Soriano es técnica de prevención en el Gabinete de Salud Laboral de CCOO-PV y Consuelo Jarabo es secretaria de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO-PV.

ZARA readmite a una trabajadora que había sido despedida por incapacidad sobrevenida

ZARA
COMING SOON



¡READMISIÓN!

MONTSE HARO ABRIL*

Gracias a la acción sindical de CCOO, el pasado 20 de octubre, en acto de conciliación, delante de la Administración de Justicia, Zara España, S.A. aceptó la readmisión de una trabajadora que estaba despedida de la empresa desde el 2 de noviembre de 2014, considerándose nulo su despido.

El despido se originó al considerar la empresa que era imposible adaptar el puesto de la trabajadora, a partir de que el servicio médico de vigilancia de la salud, que forma parte del servicio de prevención ajeno que tiene contratado la empresa, la considerara no apta para poder desarrollar sus tareas asignadas como dependienta.

La acción sindical realizada por las delegadas de CCOO y la perseverancia de la trabajadora y su abogado en demostrar que era capaz de continuar desarrollando su tarea de dependienta, al margen de su estado de salud, hicieron que la empresa Zara España, S.A. acabara admitiendo a la trabajadora después de casi un año desde que fue despedida.

En este caso, la acción sindical de la delegada de prevención de CCOO fue determinante al demostrar que el sindicato había remitido un escrito dirigido a la empresa donde se afirmaba que las tareas de recepción de clientes, asesoramiento y atención al cliente eran compatibles con las dolencias de tipo musculoesquelético que padece la trabajadora. Este escrito fue aportado por el abogado de la trabajadora en el acto de conciliación ante la Administración de Justicia. Con ello se demostraba que, en contra del dictamen médico del servicio de vigilancia de la salud, la trabajadora podía seguir siendo apta para desarrollar las actividades principales para las que fue contratada como dependienta. Y en todo caso, solo era necesaria una adaptación previa y controlada por los servicios médicos de la empresa, con el único objetivo de vigilar la salud de la trabajadora.

Ante la Administración de Justicia, CCOO ha obligado a que la empresa Zara rectifique, admita la improcedencia del despido y, por tanto, readmita a la trabajadora. Asimismo la empresa asume el compromiso de adaptar su puesto de trabajo, tal y como se solicitó en su momento por parte de la trabajadora, con el apoyo y asesoramiento de la delegada de prevención de CCOO.

Esperemos que este hecho, que ha padecido la compañera RMC, no se vuelva a repetir ni para ella ni para nadie de la plantilla trabajadora de Zara España. Asimismo, esperamos también que la empresa tome nota para el futuro de no vulnerar su código ético y que tenga en consideración la intervención sindical de las delegadas de CCOO a la hora de buscar aquellas respuestas más adecuadas, posibles y respetuosas con las personas, su salud y el puesto de trabajo que ocupan en la plantilla.

Al conjunto de compañeros y compañeras os queremos recordar la importancia que tiene nuestra salud y nuestras condiciones de trabajo, la necesidad de no callarse ante una situación anómala y la importancia de contar con el apoyo de la estructura del sindicato CCOO en salud laboral, quienes nos proporcionarán apoyo y ayuda para defender vuestro derecho a un trabajo digno y saludable.

Esta experiencia evidencia que la acción sindical en salud laboral y una buena estrategia dan sus frutos: hemos conseguido que la empresa adapte el puesto en lugar de despedir, excluir y discriminar. El "efecto sindicato" existe. ¡No te desanimes y sigamos luchando! 

*Montse Haro Abril es asesora de Salud Laboral del Gabinet Higia de la Federació de Serveis de Catalunya.

José Manuel Murcia, doctor en Derecho

“El Tribunal Supremo ha dejado claro que **con no valen simulacros**”

BERTA CHULVI

José Manuel Murcia es asesor voluntario de Salud Laboral de la Federación de Servicios de CCOO y doctor en Derecho. Desde esta Federación se interpuso una denuncia contra Caixabank S.A., ya que la financiera se había negado a evaluar los riesgos psicosociales de sus trabajadores y trabajadoras, obviando su obligación legal de utilizar un método validado y de contar con la participación de la representación legal de los trabajadores en la elección del mismo. El pasado mes de febrero, el Tribunal Supremo le ha dado definitivamente la razón a CCOO en una sentencia que tiene gran trascendencia para la acción sindical. En esta entrevista reflexionamos con él sobre lo que supone esta sentencia y la problemática de fondo que permite explicar episodios como el sucedido en Caixabank.

Todo este conflicto empieza en 2010, en plena crisis económica y de reestructuración de las entidades financieras, ¿qué situación estaba viviendo la plantilla de Caixabank en ese momento?

La situación general en ese momento en el sector financiero era de una gran presión sobre la plantilla. En plena crisis y tras la explosión de la burbuja inmobiliaria, el personal de las entidades financieras se enfrenta a una gran problemática social, con la gente que había comprado productos financieros de dudosa rentabilidad y transparencia o viviendas que no podían pagar. La gente veía a la plantilla de su oficina como la cara del banco, como si ellos fueran los ejecutivos que habían tomado las decisiones. Además, en ese momento los trabajadores y las trabajadoras del sector empiezan a ver que están abocados a un proceso de precarización de sus condiciones laborales, que luego ha culminado en los ERE de todos conocidos y en una reducción de personal importantísima. En definitiva, se está en una situación muy delicada y las exposiciones a riesgos psicosociales de la plantilla se han multiplicado exponencialmente. Precisamente por eso, la representación legal de los trabajadores exige en el comité único de seguridad y salud laboral de la empresa que se realice una evaluación de riesgos psicosociales con un método fiable.

¿Qué es lo que hace la empresa para evaluar los riesgos psicosociales?

La empresa en realidad lo que hace es marear la perdiz para no evaluar. Hace una identificación inicial y dice que no se observa ningún problema. En realidad no es una evaluación, es un muestreo en 336 centros de trabajo a 1.115 empleados a los que se les ha aplicado una parte del cuestionario FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Caixabank suprime 34 preguntas de las 75 que contiene ese método de evaluación. En ese momento la empresa tiene más de 31.000 empleados en toda España y 5.700 oficinas, luego a nadie se le escapa que eso no es una evaluación de riesgos. Evidentemente, ante tamaño despropósito, la representación legal de los trabajadores en el comité único de seguridad y salud laboral de la empresa argumenta una y otra vez que eso no es una evaluación de riesgos, que una

evaluación de riesgos se ha de realizar a toda la plantilla y que, además, la ley obliga a la empresa en primer lugar a aplicar un método validado y solo hay dos, el CopSoq-istas21 y el FPSICO, y a contar con la participación de los trabajadores en la elección del mismo. La empresa ignora una y otra vez estas demandas y crea una comisión de seguimiento de esa supuesta evaluación, pero en ningún momento da una participación real a los trabajadores, de tal manera que los sindicatos abandonan en bloque esa comisión.

Pero Caixabank insiste en que sí ha dado participación a los trabajadores porque les ha informado...

Exacto, esa es la concepción errónea de la participación que tienen la mayoría de las empresas y que esta sentencia del Supremo viene a condenar. De hecho, la sentencia dice expresamente: “Aunque el comité único de seguridad y salud laboral haya sido informado, no participó de forma efectiva en el proceso de identificación de los riesgos, y no participó en la elección de la metodología a aplicar ni en el calendario de actuación para la evaluación de los riesgos psicosociales en los centros de trabajo. Los cuestionarios de evaluación elaborados unilateralmente por la empresa, obviando a la representación legal de los trabajadores, se realizan a los trabajadores en sus centros de trabajo y en presencia de técnicos del servicio mancomunado de prevención del Grupo La Caixa, lo que vulnera la confidencialidad”. En definitiva, lo que la sentencia del Supremo viene a decir, ratificando lo que ya había dicho la Audiencia Nacional, es que en la participación de los trabajadores no valen simulacros. Es un golpe fuerte a esa idea, por cierto mayoritaria entre las empresas españolas, según la cual los trabajadores están ahí para ver, oír y callar. El Supremo, aplicando criterios europeístas, define cómo debe de ser la participación de los representantes de los trabajadores en salud laboral en las empresas, recogiendo los criterios de “participación equilibrada” del artículo 11 de la Directiva 89/391/CEE, que fue transpuesta a derecho interno con la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales, pero que sigue siendo de invocación directa ante los tribunales españoles según reiterada jurisprudencia europea. El desarrollo de la protección de la salud laboral mediante la negociación colectiva y sus limitaciones y condiciones han

la participación de las personas trabajadoras



sido debidamente reflejados en el artículo 2.2 de la ley española. Como señala el artículo 2.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por negociación colectiva se podrá mejorar la ley. Y al mismo tiempo define que el derecho a estar protegido en el trabajo es un derecho mínimo e irrenunciable. Es decir, lo que no se puede hacer, y eso es lo que hizo Caixabank, es inventarse un método para evaluar los riesgos psicosociales que beneficie a la empresa, ahorrándole dinero, y que perjudique la salud de los trabajadores.

Lo que es muy llamativo es que antes de llegar a los tribunales, CCOO denuncia el caso ante las Inspecciones de Trabajo de diferentes comunidades autónomas, y las distintas Inspecciones dan la razón al sindicato, ¿cómo puede ser que Caixabank se empeñe en su postura?

Efectivamente, esto llega hasta la Inspección de Trabajo y Seguridad Social del Ministerio de Empleo y les dicen: "lo estáis haciendo mal", pero Caixabank sigue. También el INSHT dice que están aplicando mal su método y, sin embargo, Caixabank sigue. ¿Por qué? Pues muy sencillo, porque no evaluando los riesgos psicosociales, Caixabank gana dinero. Pleitear les cuesta menos, aunque pierdan, que prevenir de verdad los riesgos psicosociales a los que estaba expuesta la plantilla, que eran muchos. Te diré más, y esto no lo menciona la sentencia del Supremo, pero sí lo recogió la de la Audiencia Nacional. Cuando empieza todo este proceso, el laboratorio COMFIA, dirigido por una psi-

cóloga, aplicó el método del Ministerio, el FPSICO, a una parte de la plantilla a modo indiciario y salieron unos valores tan elevados de exposición a riesgos psicosociales que ya no tuvimos que seguir. Nuestro trabajo sindical es poner en evidencia que hay riesgos, porque ni una sola de las personas tiene por qué estar expuesta a riesgos psicosociales en niveles nocivos para la salud. Al no evaluar los riesgos psicosociales, las empresas se ahorran poner en marcha medidas preventivas y las mutuas salen beneficiadas, pues todas las patologías psicosociales se derivan al sistema público de salud. Por eso, las grandes empresas no hacen caso ni a la Inspección, ni al INSHT, ni a nadie; porque no actuando correctamente ganan más dinero que cumpliendo la ley, aunque finalmente se les declare culpables. Nuestra preocupación en CCOO es que con esa dinámica no se protege la salud de los trabajadores y las trabajadoras, ni aún en los casos de personas especialmente sensibles como es el caso de las mujeres embarazadas.

¿Y qué se podría hacer para evitar este tipo de situaciones?

Hay que hacer muchas cosas, entre otras, dotar de mejores medios a la justicia social, a la Inspección de Trabajo y al INSHT. Para empezar, por ejemplo, la Inspección de Trabajo debería de ser capaz de, además de sancionar a las empresas, fijar indemnizaciones a los trabajadores y las trabajadoras por daños y perjuicios para que a las empresas no les salga a cuenta incumplir la ley. Una cosa está clara: mientras en España salga más barato incumplir que cumplir, las empresas no van a cambiar su actitud. 

Los nuevos partes de baja por incapacidad

VALERIA UBERTI-BONA Y JAIME GONZÁLEZ

Cada vez que se aborda un cambio en la gestión de las bajas por incapacidad temporal, se desarrolla una lucha entre intenciones divergentes, representativas, grosso modo, de los intereses propios de los diferentes colectivos implicados. Los discursos explícitos no presentan grandes diferencias: las personas que trabajan tienen derecho a asistencia sanitaria de calidad e ingresos sustitutorios del salario cuando no pueden trabajar por enfermedad o accidente común. Sin embargo, hay un discurso subyacente que ha calado profundamente en el empresariado y en parte de la Administración pública que, simplificando y quitando todo vestigio de “políticamente correcto”, se puede resumir así: los trabajadores y las trabajadoras, con más frecuencia de la aceptable y con la connivencia de los médicos del sistema público de salud, simulan una enfermedad que no tienen, o una mayor gravedad de la que tienen, con la finalidad de cobrar estando en casa, cuando su estado de salud realmente no justifica que no vayan a trabajar.

El discurso de la gente que se aprovecha de las prestaciones sociales ni es nuevo, ni se limita a la incapacidad temporal, por supuesto. La factura anual del subsidio de IT por enfermedad común es demasiado elevada como para que los adalides de los recortes no se fijan en ella y busquen pretextos para reducir un gasto tan directamente vinculado a la sostenibilidad de las economías de la gente trabajadora.

La verdad es que la última reforma de su regulación data del verano de 2014 y no hay novedades de ultimísima hora. Pero también es verdad que solo desde diciembre de 2015 los cambios introducidos por esa reforma en los partes de baja han llegado a la consultas de atención primaria y a afectar la vida de quienes están de IT, por eso es una buena oportunidad para repasar la filosofía de la reforma de 2014, el estado actual de la cuestión y fijar posiciones.

Para empezar con una buena noticia, los nuevos partes reducen el número de veces que hay que acudir a los centros de salud para recoger los partes de confirmación. También parece una mejora la cobertura que se da para ausencias inferiores a cuatro días, que antes se sorteaban con prescripciones facultativas de “reposo en domicilio” extendidas pero un poco “alegales” (ver cuadro 1).

En el plano negativo, lo que llama la atención del Real Decreto 625/2014, y de la normativa anterior que lo justifica, es la profunda y ofensiva desconfianza que exuda hacia los médicos del sistema público de salud, que ven puesto en tela de juicio su criterio médico sobre la enfermedad de la persona que atienden una y mil veces.

Desde hace años, el personal médico de las entidades que se tienen que ocupar del pago de la prestación económica tiene permiso de husmear en las historias clínicas de los y las beneficiarias, pero la costumbre no puede adormecer la indignación ¿Por qué? ¿Qué sentido tiene? ¿Por qué tenemos a profesionales sanitarios que dedican tiempo no a curar, no a sanar, sino a revisar, a fiscalizar, a investigar

el trabajo de otros profesionales que además son empleados y empleadas públicas? ¿No es un derroche de su saber y su competencia? Y eso que lo estamos mirando solo desde el punto de vista del uso adecuado de los recursos de un país, sin ocuparnos de la vertiente, nada baladí, del derecho a la privacidad y a la dignidad de los pacientes.

Parece como si, agotada la imaginación sobre cómo desanimar a las personas enfermas con la generalización de la obligación de acudir a todas las revisiones médicas a las que les convoquen las entidades que gestionan la IT (eso significa entidades responsables del pago, o sea entidades cuyos desvelos deberían ir dirigidos a gestionar correctamente el pago, no a evitarlo), se ha decidido concentrar la atención sobre los “cómplices necesarios”, sobre el personal médico del servicio público de salud. Y en este sentido, el castigo para este colectivo viene por la vía de requerirles informes y papeleo, cuando es sobradamente conocido que están ya desbordados por su labor asistencial: en una baja larga, con una duración cercana al tope de los 365 días, pasan de una situación en la que tenían que elaborar dos informes al año a otra en la que se les requieren entre ocho y nueve informes:

- En los procesos que duren más de 30 días, deben cumplimentar un extenso informe sobre “las dolencias padecidas, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas. La evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional...”, que deberán actualizar cada dos partes de baja (o sea, cada 56 días o menos).
- Además, trimestralmente, deberán expedir (se intenta involucrar la inspección médica probablemente para obtener un efecto intimidatorio complementario) otro “informe de control de la incapacidad, en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad...”
- En general, cuando las mutuas hacen propuesta de alta, para mantener la situación de baja deben realizar un informe motivado y remitirlo a la inspección médica y a la mutua.

También puede ser polémico el uso de “unas tablas de duración óptima de los distintos procesos patológicos susceptibles

temporal: una reflexión sobre los cambios

de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de los mismos en las distintas actividades laborales” elaboradas por el INSS y puestas a disposición como referencia para el personal médico que tiene que fijar la “duración estimada” de un proceso de baja. Hay que asegurarse que el criterio médico prima siempre sobre el de las “tablas”, evitar automatismos que sustituyan las tablas al conocimiento clínico y no olvidar que la estandarización elimina e invisibiliza la desigualdad. El malestar y la indignación de la profesión médica frente a estas prácticas también se han recogido en repetidas ocasiones en **porExperiencia**, y de forma más exhaustiva en el número de marzo de 2014, precisamente a propósito de la reforma anunciada de la IT.

No estamos de acuerdo con las ideas implícitas que están inspirando las reformas de la IT en los últimos veinte años. A la vista de la evolución del gasto por IT, parece que ni implicar a las mutuas en la gestión, ni obligar a la gente a

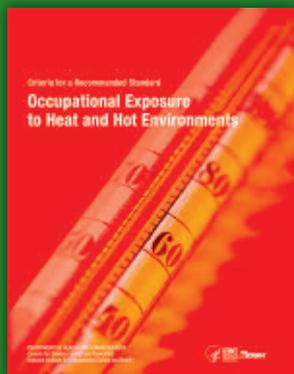
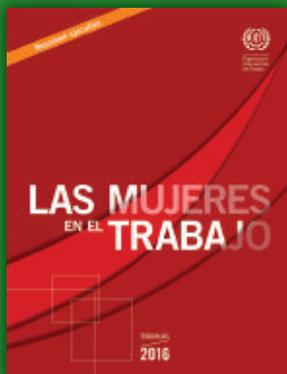
someterse a reconocimientos médicos “fiscalizadores” , ni agobiar al personal médico con trabajo administrativo hayan servido para reducir costes. Se está humillando, sí, pero no se está ahorrando. El presumible fraude que sirve de excusa para estos cambios sencillamente no existe. Los datos parecen indicar que no hay nada que ahorrar, que todas las prestaciones que se otorgan sirven para proteger estados de necesidad realmente existentes (que es para lo que se creó la Seguridad Social, no olvidemos). Nosotros confiamos en el personal facultativo de nuestro sistema público de salud, entendemos que antes de intervenir hay que escuchar lo que tienen que decir sobre el sistema y sus propuestas para mejorarlo. Preferimos que se utilicen los recursos para dar formación y apoyo al colectivo, con el objetivo de que puedan desempeñar mejor su función, y nos parece aberrante el amplio, extendido y costoso sistema de controles, revisiones y fiscalizaciones puesto en pie desde una visión que criminaliza al personal sanitario y a las personas enfermas que atienden. 

Cuadro 1. Cambios en la gestión de la IT

Antes			Ahora		
Duración de la baja	Partes de confirmación		Duración de la baja	Partes de confirmación	
	Primero	Segundo y sucesivos		Primero	Segundo y sucesivos
0-3 días	Sin parte de baja		Muy corta (menos de 5 días naturales)	No hay, se da el alta junto con la baja	
Desde 4 días en adelante	El 4º día desde la baja	Cada semana	Corta (entre 5 y 30 días naturales)	Antes de 7 días naturales	Máximo cada 14 días
			Largas (entre 31 y 60 días naturales)	Antes de 7 días naturales	Máximo cada 28 días
			Muy largas (más de 60 días naturales)	Antes de 14 días naturales	Máximo cada 35 días

Se mantiene la obligación preexistente de entregar el parte de baja a la empresa en un plazo máximo de 3 días

Recursos



Cinco experiencias que mejoran las condiciones de trabajo: video resumen

En la página web de ISTAS puedes encontrar el video resumen de las jornadas de presentación de la *Guía de intervención sindical en organización del trabajo y prevención de riesgos psicosociales* elaborada por ISTAS-CCOO en 2015. En este audiovisual se recogen las experiencias de cinco empresas y las cuestiones fundamentales que se plantearon en las mesas redondas de las jornadas celebradas en Logroño en septiembre pasado.

Global Union Europa lanza una campaña para que se reconozcan los riesgos de las personas que trabajan en peluquerías

Las peluqueras presentan un riesgo diez veces superior a la media de trabajadoras de desarrollar una enfermedad de la piel, cinco veces más riesgo de padecer una enfermedad musculoesquelética como artritis o tendinitis. Un 20% acaba desarrollando un tipo de asma relacionado con el trabajo. Además se trata de un colectivo expuesto regularmente a productos químicos probablemente cancerígenos. A pesar de ello, la Comisión se ha negado a considerar a este colectivo como un objetivo prioritario en su estrategia de salud laboral: "La UE se ha de encargar de los grandes problemas y no de las pequeñas cosas", fue la respuesta de la Comisión ante las peticiones sindicales. Indignados ante tal reacción, Global Union Europa ha decidido poner en marcha una campaña específica para este colectivo, cuyos materiales se recogen en la web www.notbetter.eu.

Informe de la OIT sobre la situación de las mujeres en el mundo del trabajo

A lo largo de su vida laboral, las mujeres siguen experimentando grandes dificultades para acceder a empleos decentes. Solo se han

logrado mejoras mínimas desde la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, por lo que existen grandes brechas que deben colmarse en la puesta en práctica de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por Naciones Unidas en 2015. La desigualdad entre mujeres y hombres persiste en los mercados laborales mundiales, en lo que respecta a las oportunidades, al trato y a los resultados. La OIT recoge en un informe reciente distintos indicadores que describen esta situación en el mundo.

El INSHT publica nuevos calculadores para la prevención de riesgos

Estos calculadores están desarrollados para servir de ayuda en algunos cálculos habituales en las distintas disciplinas que conforman la prevención de riesgos laborales. Los nuevos calculadores que están disponibles en la web del INSHT son los siguientes: Evaluación del bienestar térmico global y local (método basado en la UNE-EN ISO 7730 para la predicción de la sensación térmica general y del grado de incomodidad de las personas expuestas a ambientes térmicos moderados en interiores mediante el cálculo de los índices PMV y PPD y de los criterios de bienestar térmico local). Evaluación simplificada de la prevención y la responsabilidad social empresarial. Análisis de las actuaciones y resultados en los campos de la prevención de riesgos laborales y la responsabilidad social empresarial mediante cuestionarios (análisis cualitativo) e indicadores numéricos (análisis cuantitativo). Exposición a radiaciones ópticas. Determinación de la exposición a radiaciones ópticas artificiales de tipo incoherente en base a los valores límite establecidos en el Real Decreto 486/2010.

Nuevas recomendaciones para evitar los riesgos de exposición a altas temperaturas

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de los EEUU, más conocido como NIOSH, acaba de hacer público un completo informe con nuevas pautas e indicadores para prevenir los riesgos por exposición al calor, analizando los efectos y la forma de orientar una adecuada vigilancia de la salud con estos trabajadores y trabajadoras, así como las medidas preventivas a implantar en las distintas situaciones.



porEvidencia

Actualidad científica

El 17,5% de los trastornos mentales diagnosticados en el sistema público de Navarra tiene un origen laboral

Los médicos de atención primaria de Navarra cuentan con un programa de patologías relacionadas con el trabajo que les permite notificar aquellas que consideran como de origen laboral, entre las que se encuentran los trastornos mentales. Desde 2009 se estableció un registro diferenciado para los casos de salud mental que ha generado, junto con otros datos procedentes de la investigación causal, la información necesaria para este estudio. Los trastornos más frecuentes notificados fueron los ansiosos con el 42,6% de los casos, los adaptativos (27,3%) y los mixtos (20,5%). El acoso moral, el maltrato y otros procesos de conflicto crónico o de organización del trabajo se han identificado en el estudio como factores de interés. Se destaca en el estudio que un 20% de estos procesos acaba con el despido, en especial cuando hay un antecedente de acoso moral. Los autores terminan considerando que estos problemas de salud deberían estar incluidos en el cuadro oficial de enfermedades profesionales.

Moreno Sueskun I, García López V. Trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra (2009-2012). *Arch Prev Riesgos Labor* 2015; 18 (4): 192-199.

Evidencia sobre los efectos cardiovasculares del ruido

Mediante un proceso de revisión bibliográfica de los estudios sobre el tema publicados después de 1999, los autores se plantean valorar la evidencia alcanzada sobre la relación entre la exposición laboral al ruido y el riesgo de determinadas alteraciones cardiovasculares. Encuentran que existe una fuerte asociación con la hipertensión arterial (un 68% más de riesgo entre expuestos) y una asociación más débil con enfermedad cardiovascular (34%), y mucho menor con mortalidad de origen cardiovascular. Teniendo en cuenta que la evidencia aún es limitada, los autores sostienen que se requieren más estudios de calidad para fortalecer la evidencia de estos últimos efectos.

Skogstad M et al. Systematic review of the cardiovascular effects of occupational noise. *Occup Med (Lond)*. 2016; 66 (1): 10-6.

Las condiciones de trabajo penosas predicen una jubilación con limitaciones

En un contexto en el que se plantea con insistencia el retraso en la edad de jubilación, los autores se plantean valorar la relación entre el trabajo físicamente intenso y los problemas de salud durante la jubilación mediante un estudio de seguimiento a más de 9.000 trabajadores durante más de treinta años. Al inicio del estudio todos los trabajadores tenían un trabajo físico intenso y estaban libres de dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana. Se encontró una asociación positiva entre condiciones de trabajo con altas demandas físicas y jubilaciones antes de la edad habitual por problemas de salud, así como limitaciones físicas para la vida cotidiana durante la edad de jubilación.

Descatha A. Is physically arduous work associated with limitations after retirement? Findings from the GAZEL cohort. *Occup Environ Med*. 2015 Dec 7. [Epub ahead of print].

La salud de los trabajadores de cuidados a domicilio. Resultados de una encuesta

Identificado por los autores como un colectivo esencial, pero sobre el que existe una gran invisibilidad, los resultados de una amplia encuesta a 1.249 trabajadores muestran la gran variedad de riesgos a los que están expuestos, en especial problemas musculoesqueléticos, lesiones, violencia, riesgos biológicos y químicos derivados de las actividades de limpieza y desinfección. Los cuidados en el domicilio de las personas mayores aportan nuevos riesgos derivados del trabajo en solitario y las condiciones, menos modificables, por parte de las autoridades del entorno, aspecto que los investigadores instan a solucionar. Por otra parte, también plantean la necesidad de que se establezca una política de mejora de las condiciones de trabajo que reduzca los riesgos (que beneficiaría por su parte a las personas atendidas) en la que se implique a las empresas, los sindicatos, las familias y las instituciones públicas.

Quinn MM et al. Occupational health of home care aides: results of the home care survey. *Occ Environ Med* 2015; 0: 1-9.

Democracia, investigación y salud

Han pasado ya veinte años desde que se publicó la Ley de Prevención de Riesgos Labores y el subregistro de enfermedades profesionales sigue siendo inmenso, y escasas las políticas preventivas que realmente llegan a los trabajadores y las trabajadoras. Su existencia y eficacia son consecuencia de la férrea voluntad de algunos agentes sociales implicados como los sindicatos y el trabajo personal, vocacional, que se produce en algunos centros médicos y de investigación.

Cuando nos ponemos a reflexionar mínimamente sobre nuestro sistema de salud laboral queda en evidencia su gran debilidad: parece diseñado –entre otras– para dificultar y minimizar el reconocimiento del daño que provoca la actividad laboral en nuestra salud. Aunque esto sea una contradicción mayúscula, estos veinte años de aplicación de la LPRL muestran que es uno de sus resultados más evidentes. Un elemento clave, estragético, para dinamizar este proceso de visibilización es –precisamente– el papel que juega la investigación social que establece y corrobora, con la metodología científica pertinente, consensuada, esas relaciones causales entre el cómo trabajamos y de qué enfermamos.

Sin un ámbito para la investigación en temas relacionados con la salud pública, bien estructurado, con financiación suficiente, transparente y abierto a la participación colectiva, parece difícil –cuando no imposible– avanzar en la prevención del deterioro en la salud que sufren muchos trabajadores y trabajadoras. ¿Qué vamos a investigar?, ¿para qué?, ¿quién lo paga?, ¿qué intereses se defienden?, ¿quién participa?, son algunas preguntas interesantes que deberían contestar aquellos que diseñan las raquílicas políticas públicas de investigación que tenemos en este país.



¿Por qué no democratizamos este ámbito?, ¿por qué no damos participación a la sociedad para definir sobre qué quiere que se investigue con su dinero? Tal vez, si lo hiciéramos así se pondría en duda (o no) la distribución actual de fondos para la investigación, y así evitar (o no) que los fondos para la salud laboral se decanten a investigar –por ejemplo– programas de retorno al trabajo tras las bajas laborales, el problema generado por las propias políticas económicas y de empleo sobre envejecimiento “activo”, o absurdas disquisiciones sobre la cultura preventiva, en vez de analizar las relaciones entre precariedad y salud, la visibilización del cáncer laboral en ciertos ámbitos laborales, o la relación entre clase social y esperanza de vida saludable.

Pero no solo se trata de investigación, porque tras la evidencia está la acción. Una vez conocemos el modelo que explica las relaciones entre –por ejemplo– ciertas sustancias o ciertas prácticas laborales y la enfermedad, ¿qué ocurre?, pues que se inicia otro camino tortuoso, agotador, para que este reconocimiento científico sea tenido en cuenta a la hora de desarrollar ciertas políticas que –por otro lado– trascienden, maldita complejidad, los ámbitos ministeriales establecidos.

Se necesita que el conocimiento se transforme en norma, en ley. Y ese proceso, dados los efectos económicos que tiene y las variaciones en el statu quo que conlleva, se eterniza, se dificulta, se flexibiliza, se relativiza, para que –al final– la regulación sea lo menos exigente y explícita posible. Es decir, lo menos eficaz posible. Todo por el bien de los malditos resultados empresariales.

Y aún queda un nuevo eslabón; solo lo apuntaremos. No solo es suficiente conocer y regular, hace falta desarrollar y ejecutar la ley. No todos los trabajadores y las trabajadoras tienen la posibilidad de conocer, ni tampoco las garantías para ejercer sus derechos. Esto explica –entre otras cosas– que las políticas para la mejora de la salud no sean eficaces. Esto tiene que ver con la distancia entre el marketing regulador y el sufrimiento real.