

Observatorio documental e informativo de “La Mutua”

Documentación



Noticias



Miscelánea



Encuesta de Condiciones de Trabajo 2005

Tres cuartas partes de los trabajadores manifiestan sentir algún tipo de molestia músculo-esquelética derivada de su trabajo

Los trabajadores con contrato temporal se sienten más expuestos a accidentes, un 73% frente a un 66%. Los hombres consideran que pueden sufrir más accidentes que las mujeres. Más del 30% de los trabajadores industriales están expuestos a un nivel de ruido elevado. Más del 30% de los trabajadores afirma manipular o respirar contaminantes en el puesto de trabajo. El acoso psicológico lo padecen en mayor medida las mujeres, los trabajadores menores de 45 años y los que desempeñan sus funciones en grandes empresas.

12 dic 2006. Las molestias músculoesqueléticas derivadas de las posturas y esfuerzos realizados en su trabajo afectan a las tres cuartas partes de los trabajadores, según los datos de la Encuesta de Condiciones de Trabajo 2005, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que refleja que las mayores dolencias corresponden al bajo de la espalda, el 34,2%, salvo en el sector de la construcción, donde llega a alcanzar casi el 50%.

La mayoría de los trabajadores –el 68,3%– ha manifestado estar expuesto a algún riesgo de accidente en su puesto de trabajo. De ellos, prácticamente la totalidad de los trabajadores de la construcción –el 95%–, opina que pueden correr algún tipo de riesgo, sector al que sigue industria con un 79,5% y servicios con un 60,4%. Los riesgos más frecuentes son los cortes y pinchazos, los golpes, caídas. En la construcción las caídas desde altura es la causa más frecuente, afectando a más del 70% de los trabajadores.

La causa de los riesgos de accidente más frecuentemente aducida por los propios trabajadores en todos los sectores de actividad sigue siendo el exceso de confianza o costumbre. Otras causas son el cansancio, la realización de operaciones peligrosas, los esfuerzos y posturas forzadas y el ritmo de trabajo elevado.

El 61% de los encuestados cuyo centro de trabajo cuenta con seis o más trabajadores afirma que en su empresa hay un delegado de prevención. La figura del delegado es

más frecuente cuanto mayor es el tamaño del centro, y por actividad económica la mayor es industria 63,7%, seguida de servicios 61,6% y construcción 50,2%.

CONTRATO TEMPORAL: MÁS EXPOSICIÓN A ACCIDENTES

Los trabajadores con contrato temporal se sienten más expuestos a accidentes, un 73%, frente a un 66% de los que tienen contrato indefinido.

Por sexo los hombres piensan que están más expuestos a sufrir un accidente, el 80%, mientras que entre las mujeres supera algo más de la mitad, el 55%.

Respecto a las condiciones ambientales la Encuesta refleja que el ruido afecta a un elevado porcentaje de trabajadores. Concretamente el 42% de ellos señala que en su puesto de trabajo existen problemas con el ruido porque es molesto, elevado o muy elevado. En cuanto a las vibraciones, afectan al 13,8%.

La exposición a contaminantes químicos, bien por manipulación o inhalación es muy alta, dado que 3 de cada 10 trabajadores así lo manifiestan. Por sector de actividad la mayor exposición se da en construcción, 56,4%, seguida de industria 46,6%.

QUEJAS SOBRE EL PUESTO DE TRABAJO

Casi un tercio de los trabajadores refleja alguna queja sobre el diseño de su puesto de trabajo. Entre las más mencionadas figuran: disponer de poco espacio (11,2%); mala situación de las herramientas al estar altas o bajas que obligan a estirar mucho el brazo (9,5%) y trabajar sobre superficies inestables (8,7%). En la Construcción estas dos últimas alcanzan el 25,7% y el 38%.

Entre los factores que provocan una excesiva carga mental en el trabajo predominan con casi un 55% los que afirman mantener un nivel de atención alto o muy alto durante más de la mitad de la jornada laboral.

Los hombres aseguran mantener mayores exigencias de atención, (57,5% frente al 51% de mujeres), mientras que la realización de tareas repetitivas y de corta duración es mayor entre las mujeres, (42% frente al 37,4% de hombres).

EN CONSTRUCCIÓN SE TRABAJA MÁS HORAS

La media de horas trabajadas por semana es de 39,6. Esta media es superior entre los empleados del sector de la construcción, casi 43

horas, seguido de industria con cerca de 41 horas. La media de horas trabajadas por los hombres es superior a la de mujeres, 41,6 y 36,9 horas, respectivamente. Superior es también el número de horas trabajadas cuando el contrato es indefinido frente a otro tipo de contratos (40,3 y 37,6 horas).

El horario más frecuente es la jornada partida, sobre todo en la construcción, más del 70%. El 22% realiza un horario a turnos rotativos y el 12% lo hace de noche. El porcentaje de empleados que ha sufrido un accidente en los dos últimos años es el doble entre los que trabajan en algún tipo de horario nocturno que entre el resto de trabajadores.

Cabe destacar que la mitad de los trabajadores suele prolongar su jornada laboral, de los cuales casi un 31% recibe una compensación o económica, o en tiempo libre, y un 19% lo hace sin compensación. Los hombres acostumbra a prolongar más su jornada laboral que las mujeres (53% frente a 46,5%), sin embargo es más frecuente que las mujeres, cuando lo hacen, no reciban ningún tipo de compensación.

MUJERES Y JÓVENES LOS MÁS ACOSADOS

Ante la pregunta de si en los doce meses anteriores a la entrevista habían sido objeto de conductas de violencia física, acoso sexual o discriminación por edad, nacionalidad, sexo, raza o etnia, minusvalía u otra orientación sexual, las conductas más destacadas fueron: violencia física cometida por personas no pertenecientes al lugar de traba-

jo 3,2%, discriminación por sexo 1,3%, y por nacionalidad 1%.

Los trabajadores que con más frecuencia señalan estar expuestos a conductas de acoso psicológico diario, semanal o mensual son: mujeres (4,2%), trabajadores menores de 45 años (4,2%), y empleados de centros de trabajo con plantillas grandes (5,2% en los centros con más de 250 Trabajadores).

Un análisis ha permitido formar cinco grupos de trabajadores homogéneos en relación con las molestias manifestadas sobre sus condiciones de trabajo. Según dicho análisis un 44,3% manifiesta pocas molestias, un 24% se queja de factores organizativos y psicosociales, un 9,9% une a los factores anteriores la postura y la inestabilidad en el empleo, un 11,5% destaca factores ambientales y de seguridad, y un 6,2% se queja prácticamente de todos los factores.

ENTREVISTAS REALIZADAS EN EL DOMICILIO DEL TRABAJADOR

En la Encuesta de Condiciones de Trabajo 2005 se ha aplicado básicamente el mismo cuestionario que en la quinta y última edición de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (V ENCT), realizada en 2003, aunque introduce una novedad: la entrevista al trabajador se lleva a cabo en su domicilio, en lugar de en su centro de trabajo. Este nuevo planteamiento metodológico permite acceder a colectivos a los que es difícil o imposible encontrar en sus centros (trabajadores con baja, de ETT, sin contrato, etc).

Además, aumenta la probabilidad de captar empleados que soportan peores condiciones (trabajadores temporales, mujeres, jóvenes, extranjeros, etc).

En la actual Encuesta se ha constatado que las opiniones manifestadas por los trabajadores entrevistados son más críticas al haberse llevado a cabo en los domicilios. El entrevistado en el centro

de trabajo tiende a juzgar de manera más benevolente sus condiciones de trabajo.

La Encuesta se realizó entre el 15 de diciembre de 2004 y el 10 de febrero de 2005, mediante entrevistas a 2.115 trabajadores ocupados de todas las actividades económicas, excepto la agraria y la minera, empleados en centros de dos o más trabajadores, de todo el

territorio nacional, menos Ceuta y Melilla.

En el momento de la entrevista se encontraban ocupados el 94,5% de los trabajadores y el resto de baja o permiso. El 95,2% del total tenía contrato de trabajo, el 4,1% no lo tenía y el 0,7% restante eran autónomos. En cuanto a la contratación el 74,1% tenía contrato indefinido y el resto temporal.



"Las cribadoras de trigo". 1854.
G. Coubert.
Musée des Beaux Arts. Nantes.

Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial Informe de la Secretaría

Organización Mundial de la Salud

1. En virtud de la resolución WHA49.12, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud hizo suya la estrategia mundial de la OMS de salud ocupacional para todos e instó a los Estados Miembros a que elaboraran programas nacionales de salud ocupacional para todos los trabajadores y, en particular, para los de los sectores de alto riesgo, los grupos vulnerables y las poblaciones subatendidas. Posteriormente, en diversas reuniones de alto nivel, como la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), y conferencias ministeriales regionales sobre la salud, el trabajo y el medio ambiente, se ha instado a la OMS a reforzar aun más su labor en el ámbito de la salud ocupacional y a vincular ésta con la promoción de la salud¹.

2. Así pues, la Secretaría ha preparado un proyecto de plan de acción

mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 (véase el anexo) para establecer un marco normativo que permita la adopción de medidas concertadas para proteger, promover y mejorar la salud de todos los trabajadores. El plan se ha elaborado sobre la base de las propuestas relativas a la adopción de medidas nacionales e internacionales presentadas por 104 países en una encuesta llevada a cabo en 2005 y teniendo en cuenta las orientaciones consignadas en el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Para ultimar el documento, se consultó a los Estados Miembros, a organizaciones internacionales de empleadores y sindicatos y a los centros colaboradores de la OMS para la salud de los trabajadores. Se prevé que el plan estimulará el desarrollo de políticas, infraestructura, tecnologías y alianzas, lo cual contribuirá a alcanzar el

nivel básico de protección sanitaria en todos los lugares de trabajo.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

3. Se invita al Consejo Ejecutivo a examinar el proyecto de resolución siguiente:

El Consejo Ejecutivo,
Habiendo examinado el proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores²,
RECOMIENDA a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución³:

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores;

Recordando la resolución WHA 49.12, en que hizo suya la estrategia mundial de salud ocupacional para todos;

1 Véase, por ejemplo, el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (documento A/CONF.199/20, anexo).

2 Contenido en el documento EB120/28 Rev.1, anexo.

3 En el documento EB120/28 Add.1 se indican las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

Recordando y reconociendo las recomendaciones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002) sobre el refuerzo de la labor de la OMS en el ámbito de la salud ocupacional y su vinculación con la salud pública⁴;

Recordando el Convenio sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2006), y otros instrumentos internacionales relativos a la seguridad y salud ocupacionales adoptados por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo⁵;

Teniendo en cuenta que la salud de los trabajadores está condicionada no sólo por los riesgos ocupacionales, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud; Consciente de que hay intervenciones destinadas a la atención primaria de los riesgos ocupacionales y a crear lugares de trabajo saludables;

Preocupada por la existencia de grandes diferencias entre los países y dentro de ellos en cuanto a la exposición de los trabajadores a riesgos ocupacionales y a su acceso a los servicios de salud ocupacional;

Destacando que la salud de los trabajadores es un requisito fundamental de la productividad y el desarrollo económico,

1. HACE SUYO el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017;

2. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que establezcan políticas y planes nacionales para la aplicación del plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores y establezcan los mecanismos adecuados para su ejecución, seguimiento y evaluación;

2) a que hagan lo posible por garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores, incluidos los del sector no estructurado y las empresas pequeñas y medianas y los que se dedican a la agricultura, con intervenciones esenciales y servicios básicos de salud ocupacional destinados a la prevención primaria de las enfermedades y traumatismos laborales y relacionados con el trabajo;

3) a que tomen medidas para establecer y robustecer las capacidades institucionales fundamentales y la capacidad en materia de recursos humanos para atender las necesidades sanitarias especiales de las poblaciones trabajadoras;

4) a que aseguren la colaboración y la acción concertada entre todos los programas nacionales sobre salud de los trabajadores, por ejemplo, los relativos a la prevención de enfermedades y traumatismos ocupacionales, enfermedades transmisibles y crónicas, promoción sanitaria, salud mental y salud ambiental;

5) a que alienten la incorporación de la salud de los trabajadores en las políticas nacionales y sectoriales de desarrollo sostenible, reducción de la pobreza,

empleo, comercio, protección ambiental y educación;

3. PIDE a la Directora General:

1) que promueva la aplicación del plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 a nivel nacional e internacional;

2) que intensifique la colaboración con la OIT y promueva la realización de actividades conjuntas sobre salud de los trabajadores a nivel regional;

3) que mantenga y refuerce la red de centros colaboradores de la OMS para la salud ocupacional, por ser éste un mecanismo importante para la aplicación del plan de acción mundial;

4) que informe al Consejo Ejecutivo, en 2013 y 2018, sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción mundial.

ANEXO

PROYECTO DE PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES 2008-2017

INTRODUCCIÓN

1. Los trabajadores representan la mitad de la población del mundo y son quienes mayor contribución hacen al desarrollo económico y social. Su salud no está sólo condicionada por los riesgos en el lugar

4 Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (documento A/CONF.199/20, anexo).

5 Conferencia Internacional del Trabajo, nonagésimoquinta reunión, Ginebra, 2006. Acta provisional 20A.

de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud.

2. A pesar de que hay intervenciones eficaces para evitar los riesgos profesionales y proteger y promover la salud en el lugar de trabajo, existen grandes diferencias dentro de los países y entre éstos por lo que se refiere al estado de salud de los trabajadores y a su exposición a riesgos ocupacionales. Sólo una pequeña minoría de la fuerza de trabajo mundial tiene actualmente acceso a servicios de salud ocupacional.

3. La movilidad cada vez mayor del empleo, los productos y las tecnologías a nivel internacional puede contribuir a difundir soluciones innovadoras para prevenir los riesgos ocupacionales, pero también puede hacer que esos riesgos pesen más en los grupos menos favorecidos. El creciente sector no estructurado, se asocia a menudo con condiciones de trabajo peligrosas, y en él trabajan grupos vulnerables, por ejemplo, niños, mujeres embarazadas, personas mayores y migrantes.

4. El plan de acción propuesto trata todos los aspectos relacionados con la salud de los trabajadores, incluidas la prevención primaria de los riesgos ocupacionales, la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo, las condiciones de empleo y la mejora de la respuesta de los sistemas de salud a la salud de los trabajadores. Está basado en algunos principios comunes. Todos los trabajadores deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud

física y mental y de condiciones de trabajo favorables. La prevención primaria de los riesgos para la salud ocupacional exige una atención prioritaria. Todos los componentes de los sistemas de salud deben tenerse en cuenta a la hora de aportar una respuesta integrada a las necesidades sanitarias concretas de las poblaciones trabajadoras. El lugar de trabajo también puede servir de marco para llevar a cabo otras intervenciones esenciales de salud pública y para promover la salud. Las actividades relacionadas con la salud de los trabajadores se deben planificar, poner en práctica y evaluar, con miras a reducir las desigualdades dentro de los países y entre ellos en lo que respecta a la salud de los trabajadores. Además, en esas actividades deben participar trabajadores y empleadores y sus representantes.

ACCIONES

5. El plan tiene por objeto alcanzar los objetivos que se describen a continuación:

OBJETIVO 1: ELABORAR Y APLICAR INSTRUMENTOS NORMATIVOS SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

6. Hay que formular marcos normativos nacionales para proteger la salud de los trabajadores, en los que se prevea: la promulgación de leyes marco y leyes específicas; el establecimiento de mecanismos para la coordinación intersectorial de las actividades; la financiación

y movilización de recursos para la protección y promoción de la salud de los trabajadores; el fortalecimiento de la función y la capacidad de los ministerios de salud, y la integración de los objetivos y medidas relacionados con la salud de los trabajadores en las estrategias sanitarias nacionales.

7. Los planes de acción nacionales sobre la salud de los trabajadores deben ser elaborados conjuntamente por los ministerios de salud, los ministerios de trabajo y otras partes interesadas importantes de los países y abordar las siguientes cuestiones: perfiles nacionales; prioridades de acción; objetivos y metas; intervenciones; mecanismos de aplicación; recursos humanos y financieros, actividades de supervisión, evaluación y actualización y presentación de informes y rendición de cuentas.

8. Es necesario formular enfoques nacionales para eliminar las enfermedades relacionadas con el amianto e inmunizar a todos los agentes de salud contra la hepatitis B, en coordinación con las campañas mundiales de la OMS.

9. Es preciso adoptar medidas especiales para reducir las diferencias que existen entre los diversos grupos de trabajadores en cuanto a los niveles de riesgo y el estado de salud, y tener en cuenta a los sectores de actividades económicas de alto riesgo y las poblaciones trabajadoras subatendidas. Asimismo, hay que establecer programas concretos en materia de salud ocupacional y seguridad del personal sanitario.

10. La OMS trabajará con los Estados Miembros, a fin de reforzar la capacidad de los ministerios de salud para liderar las actividades relacionadas con la salud de los trabajadores, formular y aplicar políticas y planes de acción y estimular la colaboración intersectorial. Entre otras cosas, llevarán a cabo campañas mundiales para eliminar las enfermedades relacionadas con el amianto e inmunizar a los trabajadores de salud contra la hepatitis B.

OBJETIVO 2: PROTEGER Y PROMOVER LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO

11. Es preciso mejorar la evaluación y gestión de los riesgos sanitarios en el lugar de trabajo mediante: la adopción de reglamentos específicos destinados a garantizar que todos los lugares de trabajo se ajusten a unos requisitos sanitarios mínimos; el establecimiento de un conjunto básico de normas de salud ocupacional; el refuerzo de los sistemas de aplicación de las normas, y la definición de intervenciones esenciales para prevenir y controlar los riesgos mecánicos, físicos, químicos, biológicos y psicosociales en el entorno laboral. Esa mejora requiere también la gestión integrada de los productos químicos en el lugar de trabajo, la eliminación del humo ambiental de tabaco en todos los lugares de trabajo cerrados, la mejora de la seguridad ocupacional y la introducción de la evaluación del impacto sanitario cuando se diseñan nuevas tecnologías y procesos de trabajo.

12. Hay que crear capacidad en materia de prevención primaria de los riesgos ocupacionales y, para ello, fortalecer los recursos humanos, metodológicos y tecnológicos, capacitar a trabajadores y empleadores e introducir prácticas laborales y medidas de organización del trabajo sanas y una cultura de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Asimismo, es necesario establecer mecanismos que promuevan la salubridad del lugar de trabajo y en los que se consulte con los trabajadores y cuente con su participación.

13. También hay que continuar fomentando la promoción sanitaria y la prevención integrada de las enfermedades crónicas en el lugar de trabajo, sobre todo propugnando los beneficios de una dieta sana y del ejercicio físico, entre los trabajadores, poniendo a disposición de los empleados sistemas de ayuda contra el abuso de sustancias y promoviendo la salud mental en el trabajo. También es preciso prevenir y controlar las amenazas para la salud mundial, como la tuberculosis, el VIH/SIDA y la malaria, en el medio laboral.

14. La OMS se esforzará en crear instrumentos sencillos para evaluar y gestionar los riesgos ocupacionales, definir los requisitos sanitarios mínimos que se han de reunir en los lugares de trabajo, ofrecer orientación sobre la creación de lugares de trabajo saludables y promover la salud en el medio laboral. También integrará las medidas que se deben aplicar en ese medio en los programas internacionales relacionados con las amenazas para la salud mundial.

OBJETIVO 3: MEJORAR EL FUNCIONA- MIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

15. Hay que mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud ocupacional de la siguiente manera: integrando el desarrollo de esos servicios en las estrategias sanitarias nacionales, las reformas del sector sanitario y los planes para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud; definiendo normas en materia de organización y cobertura de los servicios de salud ocupacional; fijando objetivos para aumentar la cobertura de la población trabajadora con servicios de salud ocupacional; creando mecanismos para mancomunar recursos y financiar la prestación de servicios de salud ocupacional; garantizando la disponibilidad de recursos humanos suficientes y debidamente calificados, y estableciendo sistemas de garantía de la calidad. Es necesario que se presten servicios básicos de salud ocupacional a todos los trabajadores, incluidos los del sector no estructurado y las empresas pequeñas y los que se dedican a la agricultura.

16. Hay que crear capacidades institucionales fundamentales a nivel nacional y local para prestar apoyo técnico a los servicios básicos de salud ocupacional en lo que respecta a la planificación, supervisión y garantía de calidad de esos servicios; el diseño de nuevas intervenciones; la difusión de información y la prestación de asesoramiento especializado.

17. El desarrollo de los recursos humanos en pro de la salud de los

trabajadores ha de continuar reforzándose mediante: la promoción de la formación de posgrado en las disciplinas pertinentes; la creación de capacidad para prestar servicios básicos de salud ocupacional; la incorporación de la salud de los trabajadores en la formación del personal de atención primaria de salud y otros profesionales necesarios para los servicios de salud ocupacional; el establecimiento de incentivos para atraer y retener recursos humanos que se ocupen de la salud de los trabajadores, y el fomento de la creación de redes de servicios y asociaciones profesionales.

18. La OMS proporcionará paquetes básicos, productos de información, instrumentos y métodos de trabajo y modelos de buenas prácticas para su uso en los servicios de salud ocupacional. Asimismo, promoverá las actividades internacionales destinadas a crear las capacidades humanas e institucionales necesarias.

OBJETIVO 4: PROPORCIONAR DATOS PROBATORIOS PARA FUN- DAMENTAR LAS ACTIVIDADES Y LAS PRÁCTICAS

19. Hay que diseñar sistemas de vigilancia de la salud de los trabajadores, en los que se prevea el establecimiento de sistemas nacionales de información, el desarrollo de capacidad para evaluar la carga de las enfermedades ocupacionales y la creación de registros de exposición a los principales riesgos.

20. Asimismo, hay que reforzar la investigación sobre las necesida-

des de salud de los trabajadores, en particular definiendo calendarios especiales de investigación, concediéndoles prioridad en los programas nacionales de investigación y los planes de subvenciones y promoviendo las investigaciones prácticas y participativas.

21. Es necesario elaborar estrategias e instrumentos para mejorar la comunicación y promover la toma de conciencia acerca de la salud de los trabajadores. Esas estrategias e instrumentos deben estar orientados a los trabajadores, los empleadores y sus organizaciones; los formuladores de políticas; el público en general, y los medios de comunicación. Además, es necesario que mejoren los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la relación entre la salud y el trabajo y las oportunidades para resolver los problemas sanitarios mediante intervenciones en el lugar de trabajo.

22. La OMS establecerá indicadores y plataformas de información para la vigilancia de la salud de los trabajadores y tendrá en cuenta el vínculo entre las enfermedades y el trabajo en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

OBJETIVO 5: INTEGRAR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN OTRAS POLÍTICAS

23. Hay que robustecer la capacidad del sector de la salud para promover la inclusión de la salud de los trabajadores en las políticas de otros sectores. Es preciso integrar las medidas de protección de la

salud de los trabajadores en las políticas de desarrollo económico y las estrategias de reducción de la pobreza. El sector de la salud debe colaborar con el sector privado y fomentar la responsabilidad social de las empresas, a fin de proteger la salud en el lugar de trabajo. Hay que incorporar medidas similares en los planes y programas nacionales de desarrollo sostenible.

24. Asimismo, es necesario tener en cuenta la salud de los trabajadores en el marco de la promoción del comercio, y promover el diálogo entre los ministerios de salud, trabajo y comercio, a fin de determinar las oportunidades y las dificultades potenciales del comercio y de los acuerdos comerciales con respecto a la salud de los trabajadores, en particular en las zonas de libre comercio.

25. Las políticas de empleo también influyen en la salud, por ejemplo, en la medida en que pueden evitar la discriminación en el lugar de trabajo; de ahí la necesidad de promover la evaluación del impacto sanitario de las estrategias de empleo. Asimismo, hay que fortalecer la protección ambiental en relación con la salud de los trabajadores, entre otras cosas, aplicando las medidas de reducción de riesgos previstas en el Plan de Acción Mundial del Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional y estudiando la manera en que se tratan aspectos relacionados con la salud de los trabajadores en los acuerdos ambientales multilaterales, las estrategias de mitigación, los sistemas de gestión ambiental y los

planes de preparación y respuesta ante emergencias.

26. En general, la salud de los trabajadores debe promoverse mediante políticas sectoriales para las distintas ramas de actividad económica, sobre todo las que entrañan mayor riesgo para la salud, y tenerse en cuenta en la enseñanza primaria, secundaria y superior y la formación profesional.

APLICACIÓN

27. La salud de los trabajadores se puede mejorar si la sociedad en su conjunto lleva a cabo actividades bien coordinadas bajo la dirección de los gobiernos y con la participación amplia de trabajadores y empleadores. Para alcanzar los objetivos mencionados anteriormente hace falta una combinación de medidas, adaptadas a las carac-

terísticas y las prioridades de cada país. Esas medidas deben diseñarse para su aplicación a nivel nacional y mediante la cooperación entre los países y las regiones.

28. La OMS, a través de su labor en la red de centros colaboradores para la salud de los trabajadores y en colaboración con otras organizaciones gubernamentales e internacionales, respaldará la aplicación de este plan de acción de la siguiente manera:

- liderando las actividades internacionales relacionadas con la salud de los trabajadores, colaborando y adoptando medidas conjuntas, cuando sea necesario, con la OIT y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones de empleadores, sindicatos y otros interesados de la sociedad civil y el sector privado;
- estableciendo normas para la protección de la salud de los tra-

bajadores y facilitando directrices, y promoviendo y supervisando su aplicación;

- formulando opciones de política para definir los programas nacionales en pro de la salud de los trabajadores sobre la base de las prácticas más idóneas y de datos probatorios;
- proporcionando apoyo técnico para atender a las necesidades concretas de salud de las poblaciones trabajadoras y crear capacidades institucionales fundamentales para llevar a cabo intervenciones relacionadas con la salud de los trabajadores;
- supervisando y abordando las tendencias en el ámbito de la salud de los trabajadores.

29. Los progresos en la aplicación del plan de acción se seguirán de cerca y examinarán con ayuda de un conjunto de indicadores de resultados nacionales e internacionales.



"El sembrador". 1850.
J. F. Millet.
Museum of Fine Arts. Boston.

La extinción del subsidio de incapacidad temporal y las facultades de las mutuas

Comentario a la STS de 5 octubre 2006

Jaime Cabeza Pereiro*

I. PLANTEAMIENTO

Las competencias de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en la gestión de la incapacidad temporal están sujetas a un entramado legal bastante confuso, compuesto por normas de distinto rango jerárquico que se aprueban sucesivamente, sin la necesaria dosis de coordinación entre las mismas como para que puedan interpretarse con facilidad. Esta circunstancia puebla de dudas los justos límites de su actuación como entidades colaboradoras, básicamente en sus relaciones conflictivas con el INSS. Ello es particularmente así en el ámbito de las contingencias comunes, en el que las mutuas han asumido progresivamente competencias a partir de la Ley 22/1993, de 29 diciembre. Y muy en concreto en el Régimen Especial de Trabaja-

dores Autónomos, en el que prácticamente puede afirmarse que las mutuas han desplazado al INSS, salvo los supuestos transitorios de personas de alta antes de 1 enero 1998, que hubieran optado inicialmente por la entidad gestora y que desde entonces no hubiesen variado su opción a favor de una mutua. Pero dicha progresiva asunción de la gestión de la prestación no se traduce en una colaboración integral con la Seguridad Social, sino incompleta, pues la propia situación incapacitante para el trabajo derivada del estado de salud de la persona beneficiaria escapa de su poder decisorio en unos términos sobre los que, por bien conocidos, se omite aquí mayor comentario¹. La insatisfacción que las mutuas sienten hacia la situación normativa tal y como en la actualidad se plantea resulta bien conocida. Y también lo es el rosario de conflic-

tos que se han producido entre la entidad gestora y la colaboradora por temas diversos. Muy en particular, los relativos a quién debe decidir el origen de la contingencia —común o profesional— en el caso de que se discuta la responsabilidad de una u otra porque la mutua sólo ha concertado la cobertura de las profesionales. O los referidos a cuál es la entidad aseguradora responsable en caso sucesión de varias en la misma entidad empleadora, o la hipotética —ya denegada por el TS— responsabilidad subsidiaria del INSS en caso de insolvencia del empresario cuando la incapacidad temporal derivada de contingencia común se gestiona por la mutua. Ello, sin tratar ahora todos los avatares normativos sucedidos últimamente, y de forma muy destacada con ocasión de la Ley 30/2005, de 29 diciembre, que

* Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Vigo.

1 Al respecto, vg., TORTUERO PLAZA, J.L., “Actuación en el ámbito de la incapacidad temporal por contingencias comunes”, en VV.AA., *Perfiles de las mutuas de accidentes de trabajo*, Aranzadi (Pamplona, 2005) pp. 77 ss.

desapodera totalmente a las entidades colaboradoras en la decisión de la prórroga de la incapacidad más allá de los doce meses.

Siendo todo ello suficientemente conocido, el tema que ahora se aborda, con ocasión de la STS de 5 octubre 2006², se refiere a las competencias del INSS y de las mutuas en materia de extinción, pérdida y suspensión del derecho al subsidio, en los casos en los que la incapacidad temporal derivada de contingencia común se protege a través de una entidad colaboradora. Se trata de un pronunciamiento del que debe predicarse, cuando menos, la virtud de dar una respuesta a un tema bastante complejo, huérfano de pronunciamientos unificadores y que proyecta todos los vicios de una normativa oscura.

II. LOS HECHOS, LOS TÉRMINOS DEL CONTENCIOSO Y LA NORMATIVA APLICABLE

El relato fáctico subyacente es totalmente tópico: se trataba de una trabajadora autónoma –a la sazón, una vendedora ambulante–, afiliada al RETA y, desde el año 1999, adherida a una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales para la cobertura de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes³.

Habiendo iniciado un proceso de incapacidad temporal a causa de

una cervicalgia, y habiendo sido reconocido el correspondiente subsidio por parte de la mutua, ésta se lo anula y extingue porque la interesada, entretanto, “permanecía, dirigía y estaba al frente de su negocio de venta de calzado”. Para la adopción de esta medida, la entidad colaboradora no había tramitado previamente ningún expediente sancionador.

No tiene importancia ahora describir las incidencias procesales hasta que el tema llega a conocimiento del TS. Pero sí, poner de relieve que el núcleo de la controversia consistía en decidir si la mutua es competente para proceder a la decisión extintiva en los términos en que actuó, o bien si sólo el director provincial del INSS podía adoptar semejante decisión, previa incoación del oportuno expediente disciplinario.

La normativa de aplicación, puede sintetizarse como sigue:

- Como normas de rango legal, hay que citar fundamentalmente el art. 132.1 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (LGSS), de acuerdo con el cual, y bajo la rúbrica “pérdida o suspensión del subsidio” se establece que “el derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido...b) cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena”. También, el art. 25.1 del texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social –LISOS–, que tipifica como infracción grave “efec-

tuar trabajos por cuenta propia o por cuenta ajena durante la percepción de las prestaciones, cuando exista incompatibilidad legal o reglamentariamente establecida...” Y, finalmente, el art. 47.1 LISOS sanciona la infracción del art. 25.1 con la pérdida de la prestación durante un período de tres meses.

- Como normas de rango reglamentario, las de más relieve son las dos que siguen: 1) el art. 4.1 del RD 575/1997, de 18 abril, de regulación de determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, que de forma muy concluyente parece otorgarles competencias suspensivas y extintivas del derecho a las mutuas: “las Entidades Gestoras o las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, según corresponda, ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de incapacidad temporal objeto de cobertura, pudiendo realizar a tal efecto aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, a partir del momento en que corresponda a aquéllas asumir la gestión del gasto de la prestación económica por incapacidad temporal, sin perjuicio de sus facultades en materia de declaración, suspensión, anulación o extinción del derecho...” 2) El art. 80.1,

2 RCUUD n° 2966/05, ponente: Excmo. Sr. De Castro Fernández.

3 Al papel de las mutuas en el ámbito del trabajo autónomo me he dedicado en el estudio “La actuación de las mutuas en el ámbito del trabajo por cuenta propia”, en VV.AA., *Perfiles de las mutuas de accidentes de trabajo*, cit., pp. 159 ss.

párrafo segundo del Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aprobado por RD 1993/1995, de 7 diciembre, conforme al cual “corresponde a las mutuas la función de declaración del derecho al subsidio, así como las de su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción en los procesos de incapacidad temporal correspondientes a trabajadores de empresas asociadas y de los trabajadores por cuenta propia adheridos”⁴.

Desde luego, una aproximación a primera vista, cuando menos al eslabón de las normas reglamentarias, conduce a una interpretación del conjunto normativo favorable a la competencia de la entidad colaboradora. Pero no ha sido este el parecer del TS, con base en los fundamentos jurídicos que seguidamente pasan a describirse.

III. LA DOCTRINA DE LA STS DE 5 OCTUBRE 2006

Antes de entrar propiamente en la argumentación que va a conducir al fallo, la sentencia realiza un recorrido por la legislación aplicable y sus antecedentes. En particular, reproduce el contenido de los arts. 131 bis y 132 de la LGSS, para enunciar las similitudes y las diferencias entre ellos, así como la naturaleza jurídica de las situaciones que contienen. En apariencia,

el art. 131 bis se refiere en exclusiva a supuestos de “extinción” del derecho, en tanto que el art. 132 alude a casos de “pérdida o suspensión” del mismo. Ahora bien, el art. 131 bis incluye entre otros supuestos, la incomparecencia injustificada a reconocimientos médicos, cuya naturaleza, si no sancionadora, se aproxima mucho a ella. En realidad, su ubicación en este precepto se debe más a la interpolación efectuada por la Ley 24/2001, de 27 diciembre, puesto que, de hecho, la incomparecencia no necesariamente implica, en términos clínicos, que haya desaparecido la situación característica de la contingencia. Desde otra perspectiva, la actuación de la entidad gestora —o, en hipótesis, de la colaboradora— en la mayoría de los supuestos contemplados en el art. 132 tiene más bien naturaleza de gestión que de sanción. Así sucede en el fraude en la obtención o en la conservación del subsidio, toda vez que se trata, en el fondo, de una denegación o revocación del subsidio porque no se reúnen los requisitos legales o porque se han dejado de reunir. Por su parte, la desatención al tratamiento médico, puesto que no implica de modo inexorable la curación de la persona interesada, ostenta clara naturaleza sancionadora, pero no se tipifica expresamente en la LISOS, para más confusión normativa.

A partir de estas consideraciones, el Tribunal encuadra todos los supuestos del art. 131 bis como de dinámica ordinaria de la prestación,

por lo tanto de competencia de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en los supuestos en los que la cobertura de la contingencia le ha sido encomendada. Pero la labor de gestión que compete a la entidad colaboradora también alcanza los supuestos de fraude en la obtención del subsidio, puesto que éste se deniega por la simple razón de no reunirse todos los requisitos, de modo que tal denegación no parece tener carácter sancionador. Y lo mismo sucede con el fraude en el mantenimiento de la cobertura, porque tal actividad de suspensión o anulación del derecho se deriva de una función de control inescindible de la labor de verificar el mantenimiento de los requisitos exigibles. En este sentido, resulta obvio que la entidad colaboradora debe revocar el derecho cuando dejan de concurrir todas las exigencias normativamente establecidas. En cuanto a la desatención del tratamiento, necesariamente la suspensión del derecho debe ser declarada por la entidad que gestione la prestación, por el simple hecho de que no se ha incluido como una infracción en materia de Seguridad Social sancionable al amparo de la LISOS. De modo que la única cobertura posible es el art. 80 del Reglamento de las mutuas, con la consiguiente habilitación a estas entidades.

Con estas premisas, que no constituyen sino *obiter dicta* de la sentencia, la Sala alcanza ya los fundamentos jurídicos decisivos, al enfrentarse con la realización del

⁴ El precepto reproducido corresponde a la versión introducida por RD 428/2004, de 12 marzo (BOE de 30 marzo). Por lo tanto, es posterior en el tiempo a la resolución de la mutua en el caso que se comenta. No obstante, el hecho de que las diferencias con la versión anterior no son significativas a los efectos que aquí interesan aconseja plasmarlo en su términos vigentes en la actualidad.

trabajo por cuenta propia o ajena durante el período de disfrute de la prestación, sobre cuyos supuestos establece una diferencia importante a los efectos de las facultades que puede esgrimir legítimamente una mutua: de un lado deben considerarse las decisiones de suspender la cobertura en fechas coincidentes con las que ha quedado acreditado el trabajo por cuenta propia o ajena de la persona beneficiaria, y de otro las decisiones que trasciendan esos días. Sobre las primeras, el órgano actuante considera que deben calificarse como actos de gestión al alcance de las mutuas. Ello es así porque, aunque no se haya producido necesariamente la oportuna curación, la realización de trabajo efectivo implica que las rentas sustitutivas del subsidio por incapacidad temporal dejan de obedecer a la causa que las genera. Pero cuando los días de pérdida del subsidio exceden de aquellos en que se ha desarrollado una actividad incompatible, en tal caso la resolución sí que tiene cariz sancionador y sólo puede ser emitida por la entidad gestora con competencias sancionadoras, en este caso el INSS.

En resumen, a la mutua sólo le está vedado, al margen de la posibilidad de declarar el alta por curación cuando se trata de una contingencia común, la capacidad de extinguir el subsidio o suspender su percepción por un tiempo superior al del trabajo acreditado. Como colofón de su argumentación, la Sala declara que sería un contrasentido denegarle la capacidad para declarar el alta por curación y reconocérsela para suspender o extinguir la prestación por la realización de un trabajo intercurrente.

Casi a modo de disculpa, la sentencia expresa su reconocimiento de que la doctrina descrita redundante en la disfunción de reconocerse a las mutuas una limitada capacidad de actuación en la contingencia de la que son responsables, pero que sólo gestiona parcialmente. Y de que, a fin de cuentas, la ampliación de las competencias de estas entidades colaboradoras tiene mucho que ver con la preocupación del legislador en la lucha contra el fraude.

IV. ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE LOS OBITER DICTA

Como primera toma de postura, me sorprende el método de la sentencia, pues se enfrenta a muchas más cuestiones de las que serían estrictamente necesarias para dar respuesta y estimar el recurso. Afronta un análisis sobre las competencias de la entidad gestora y de la colaboradora en los supuestos extintivos del art. 131 bis y de los de pérdida y suspensión del subsidio del 132 de la LGSS que trasciende con mucho de la cuestión conflictiva. Digo esto porque, aunque todas las reflexiones sobre dichos supuestos, al margen del relativo al trabajo por cuenta propia o ajena, tenga un evidente carácter de *obiter dicta*, es claro que el Tribunal ha pretendido establecer una doctrina general al respecto.

Desde luego, en este tema de las competencias extintivas y suspensivas, el desorden legislativo resulta notable. El Tribunal es consciente de ello y trata de dar una respuesta coherente desde el punto de vista del ordenamiento

jurídico. Pero la lectura de la sentencia suscita algunas dudas. Antes de entrar en una mayor reflexión sobre la pérdida o suspensión por desarrollo de un trabajo por cuenta propia o ajena, puede hacerse referencia a los supuestos de la letra a) del art. 132.1 –actuación fraudulenta para obtener o conservar el subsidio–. El argumento que ofrece la sentencia para defender la competencia de las mutuas resulta elemental desde una perspectiva de sentido común, pero se encuentra con el obstáculo de que, salvo supuestos muy excepcionales, las situaciones fácticas concurren con las tipificadas como infracción muy grave en el art. 26.1 de la LISOS, de modo que la competencia sancionadora le corresponde –art. 48.4 “a la autoridad competente a propuesta de la Inspección del Trabajo y Seguridad Social”. En consecuencia, la extinción del subsidio a que se refiere el art. 47.1 c) de la propia LISOS no podría corresponderle a la mutua. Es más, por si alguna duda hubiera, la letra d) del art. 47.1 expresa que “no obstante las sanciones anteriores, en el supuesto de que la transgresión de las obligaciones afecte al cumplimiento y conservación de los requisitos que dan derecho a la prestación, podrá la entidad gestora suspender cautelarmente la misma hasta que la resolución administrativa sea definitiva”. Es decir: la mutua colaboradora podrá adoptar esta medida cautelar, pero nunca adoptar una decisión definitiva que en absoluto le compete. Llegados a este punto, la doctrina del TS parece al respecto poco convincente. Pero, visto desde otra perspectiva, el

fraude en la obtención del subsidio debe dar lugar necesariamente a una resolución denegatoria por parte de la mutua, que en sí misma es autosuficiente, sin perjuicio de que, adicionalmente, pueda imponérsele la exclusión del derecho a percibir prestaciones económicas al amparo del art. 47 c), a cuyo efecto no cabe duda de la ausencia de competencia de la entidad colaboradora. Y, en el fondo, lo mismo debe predicarse del fraude en el mantenimiento: en cuanto que la conservación de todos los requisitos solamente constituye una apariencia fraudulentamente generada, la extinción de la prestación no es sólo, y tampoco es principalmente, un asunto sancionador. Al final de este argumento circular, no cabe sino reconocer que la alternativa de sentido común no es la más ajustada a la letra de la ley ni la menos ajustada. Es sólo eso: la de sentido común y, por lo tanto, la que merece defenderse.

Algo parcialmente distinto cabe decir del tema de la incomparecencia injustificada a las convocatorias para exámenes o reconocimientos médicos. El TS apela a la expresa prescripción legal de la Ley 24/2001, de 27 diciembre, que ha insertado —mejor se diría, ha injer-

tado— esta circunstancia como causa extintiva en el art. 131 bis LGSS, aunque reconoce que “aproxima su naturaleza a la sancionadora”. En realidad, es una toma de postura que ya, con bastante más torpeza, había propuesto alguna Sala de suplicación, que sin ambages negó carácter sancionador a semejante causa extintiva⁵. Pero de nuevo la facultad de la mutua que la sentencia declara se encuentra con el óbice de que la LISOS recoge como infracción grave —art. 25.2— “no comparecer, salvo causa justificada, a los reconocimientos médicos ordenados por las entidades gestoras o colaboradoras, en los supuestos así establecidos...”, cuando a ello sean requeridos y afecten al derecho a la continuidad en la percepción de la prestación”. Por ello, la extinción constituye una sanción expresamente prevista en el art. 47 b) LISOS, que debe decidir la Entidad Gestora, esto es, la Dirección Provincial del INSS, ex art. 48.4 del código sancionador.

En realidad, se trata de un problema de mala técnica legislativa, consistente en que la LGSS y la LISOS están mal avenidas. Pero para que las afirmaciones del TS resultaran correctas en este último extremo, probablemente habría que considerar que los preceptos

de la LISOS están derogados o no pueden aplicarse. Y esta conclusión me parece poco factible.

V. EL TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AJENA, LA EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO Y LA ENTIDAD COMPETENTE

A este respecto, la *ratio decidendi* del TS me parece, en principio, acertada, sin perjuicio de algún matiz que habré de introducir. Digo desde este momento que no me resulta ahora una oportunidad adecuada para argumentar sobre la extensión de la causa extintiva en sí misma considerada, asunto sobre el que ha reflexionado con intensidad y solvencia la doctrina⁶. Que tenga o no carácter sancionador dicha causa listada en el art. 132 conecta de forma estrecha con las competencias de las mutuas. Y, más allá de reflexiones teóricas, otra vez la tipificación del art. 25.1 de la LISOS resulta un argumento incontestable. Bien es cierto que muchas opiniones partían de la presuposición de que las mutuas podían suspender o extinguir el subsidio por esta causa, en unos términos ahora claramente desmentidos por el TS⁷,

5 En concreto, STSJ de La Rioja de 7 octubre 2004 (rec. suplic. 255/2004). Expresa cuanto sigue: “...sin que, a diferencia de lo que opina el recurrente, esta facultad de las Mutuas tenga un carácter punitivo o sancionador sino que persigue que tales Mutuas, en cuanto entidades obligadas al pago de la prestación económica derivada de la situación de incapacidad temporal, puedan comprobar si el trabajador reúne los requisitos de salud previstos legalmente para el devengo de la prestación...” De lo cual colige la Sala la facultad de las mutuas para acordar la extinción por esta causa.

6 Por su modernidad y buena síntesis, puede citarse JOVER RAMÍREZ, C., *La incapacidad temporal para el trabajo. Aspectos laborales y de Seguridad Social*, Tirant lo Blanch (Valencia, 2006) pp. 378 ss., con referencia expresa a la actual doctrina referida a los supuestos de pluriactividad. También el anterior en el tiempo comentario al art. 132 de GARCÍA NINET, I., en el *Comentario a la Ley General de la Seguridad Social, tomo II* (coord. MONEREO PÉREZ, J.L.), Comares (Granada, 1999) pp. 1256 ss.

7 Vg., TAMBO BUENO, C., “Las mutuas y el control de la IT”, en VV.AA., *Perfiles de las mutuas de accidentados de trabajo*, cit., p. 196.

pero las mismas parecen claramente incompatibles con la legalidad vigente. Desde otra perspectiva más mesurada, se ha propuesto que “probablemente haya que mantener... la viabilidad de una actuación gestora, desprovista de carácter sancionador en sentido estricto. Ello es algo inevitable en actitudes descritas solamente en la LGSS...y aconsejable en las demás...”⁸ Esta reflexión, que de *lege ferenda* puede o no compartirse, parece, como su propio autor reconoce, de difícil admisibilidad a la vista de la normativa vigente. Pero, *de lege data* resulta más realista y coherente con las normas de aplicación afirmar que sólo las entidades gestoras –no las colaboradoras– pueden adoptar las decisiones de pérdida o suspensión del derecho al subsidio⁹.

En realidad, los esfuerzos por compatibilizar la lógica del art. 132 con la de los correspondientes preceptos de la LISOS ha centrado la atención de la doctrina en uno u otro sentido. Alguna toma de postura, en una línea de opinión muy próxima a la que ahora defiende el TS en esta sentencia, postula un espacio muy restringido a la actividad sancionadora en torno al referido precepto de la LGSS. De acuerdo con este punto de vista, se requiere que “la sanción correspondiente encuentre espacio material en el que actuar, lo que no ocurre en los casos de denega-

ción o anulación total del derecho, sino sólo en los de suspensión o anulación parcial, respecto de la parte de la prestación no afectada por éstas, de la que puede ser privado el beneficiario por un período máximo de tres meses”¹⁰.

El matiz al que antes aludí se refiere a la única reserva que puede merecer la doctrina del TS en torno al supuesto de la letra a) del art. 132.1 LGSS: cómo justificar la medida “suspensiva” o de “pérdida” del subsidio para la cual la mutua sí tiene facultades, por los días en que coinciden subsidio y trabajo por cuenta propia o ajena. No cabe duda de que el estrato reglamentario ofrece respuestas más que sobradas, pero no así el nivel legal. De ahí que parezca lo más acertado apelar de nuevo a la adopción de medidas cautelares que establece la letra d) del art. 47. Lo cual tiene su interés, porque, en consecuencia, dichas pérdida o suspensión decididas por la entidad colaboradora sólo surten efectos cautelares, en tanto que la cuestión de fondo no sea resuelta por la entidad gestora, que tiene al respecto la última palabra, incluso en cuanto a los días en los que coinciden trabajo y subsidio. Lo cual puede justificarse además en la en muchas ocasiones tenue línea divisora entre las actividades que pueden desempeñarse durante el disfrute del subsidio y las que no pueden llevarse

a cabo. Es decir, el tema más general de las compatibilidades e incompatibilidades, cuyo enjuiciamiento de fondo, de acuerdo con la tesis que aquí sostengo, corresponde en última instancia a la entidad gestora, y ulteriormente a la jurisdicción social.

VI. CONCLUSIÓN PROVISIONAL

Digo “provisional” porque no me es dado, a la vista de los términos legales de este peculiar combinado normativo, expresar nada definitivo. El TS ha dictado doctrina y hay que reconocer que ha pretendido insuflar cierta racionalidad. Más allá de las pequeñas adhesiones o críticas que pueda merecer su pronunciamiento, el problema de fondo consiste en que resolver jurídicamente el tema competencial en torno a los arts. 131 bis y 132 LGSS, en relación con los subsidios de incapacidad temporal gestionados por las mutuas, y conectando dichos preceptos con la LISOS, con el Reglamento de las mutuas y con el RD 575/1997 es una tarea imposible. Bien es cierto que el origen del art. 132 se remonta a la Ley de Seguridad Social de 1966 y que la aprobación posterior de las dos versiones de la LISOS ha planteado el problema conflictivo, pero también lo es que, después, dicho problema ha

8 RÍOS SALMERÓN, B., en el capítulo XVIII, “Incapacidad temporal, maternidad y riesgo durante el embarazo”, del *Curso de Seguridad Social* (dir. MONTROYA MELGAR, A.), 3ª ed., Civitas (Navarra, 2005) p. 592.

9 En esta línea, VIDA SORIA, J. y otros, *Manual de Seguridad Social*, 2ª ed., Tecnos (Madrid 2006) p. 243. En realidad, mantienen que también está vedada a las mutuas la adopción de la medida de pérdida o suspensión en el supuesto del art. 132.2, afirmación, desde mi punto de vista, mucho más discutible.

10 HURTADO GONZÁLEZ, L., en VV.AA., *Comentarios a la Ley General de Seguridad Social* (dir. ALARCÓN CARACUEL, M.R.), Aranzadi (Navarra, 2003) pp. 897-8.

reverdido con la aprobación del estrato reglamentario de 1997, nuevamente proclive a una mayor capacidad de actuación de las mutuas. En realidad, la afirmación más plausible es, desde luego, que en esta materia sobra derecho administrativo sancionador.

Y, desde una perspectiva más pragmática, el problema más incómodo se centra en que dista mucho de estar claro el margen de actuación de las mutuas en la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común. No se trata ya de reivindicar un mayor o menor protagonismo en relación con el INSS o con el correspondiente servicio de

salud, ni de tomar postura por una mayor o menor preponderancia de la gestora sobre la colaboradora o viceversa. Antes bien, la prioridad consiste en que las líneas divisorias se tracen con seguridad y de forma poco discutible. Mientras tanto, la situación es insatisfactoria para todas las partes intervinientes, y, en primer lugar, para las personas beneficiarias, cuya seguridad jurídica sale perjudicada. Claro es que la seguridad en términos de derecho sólo se va a alcanzar con la derogación de ciertos preceptos o su sustitución por otros.

Los comentarios se han centrado, en honor al supuesto enjuiciado

por el TS, en la incapacidad temporal derivada de contingencia común gestionada por la mutua. Pero cabría invitar a quienes lean estas letras a que se planteen, como ejercicio teórico, qué sucedería si la contingencia fuera profesional y la gestión la desarrollara igualmente la mutua. Podría plantearse cuál sería la doctrina del TS –¿probablemente la misma?– y cuál la argumentación que habría de desarrollar –¿probablemente diferente?– Aunque bien es cierto que este ejercicio resultaría tan sólo teórico, puesto que el litigio, en la práctica, sería difícil que ocurriera.



“Los Picapedreros”. 1845.

G.Courbet.

Destruído, antiguo Museo de Desdre.

Noticias propias y de prensa

XIV SIMPOSIUM INTERNACIONAL FRATERNIDAD

“ACTUALIZACIONES EN CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL”

Tradicionalmente, desde el año 1978, Fraternidad primero y, más tarde, Fraternidad-Muprespa, organizan bienalmente una reunión científica de alto nivel, no solamente por los temas que se abordan, pues procuramos que sean muy puntuales y de gran actualidad, sino también porque intentamos contar siempre con las personalidades más destacadas en la

materia que se va a tratar tanto de España como del extranjero.

En este sentido, nuestros Simposios son considerados un encuentro clásico dentro de la Traumatología y Cirugía Ortopédica y despiertan un gran interés entre los especialistas que habitualmente nos honran con su asistencia.

Así, el pasado mes de octubre, durante los días 20 y 21, tuvo lugar la celebración del XIV Simposium Internacional Fraternidad-Muprespa y el tema seleccionado para esta ocasión fue “Actualizaciones en Cirugía de la Columna Vertebral”. Los traumatismos de la columna vertebral, constituyen

un verdadero talón de Aquiles para todos los cirujanos que dedicamos una buena parte de nuestra vida profesional, al estudio, prevención y tratamiento de las lesiones que recaen en cualquiera de los segmentos de la columna vertebral: cervical, dorsal o lumbar.

A este respecto, son importantes los datos estadísticos facilitados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales correspondientes a 2005, según los cuales por cada millón de accidentes de trabajo con baja laboral que se producen en nuestro país, un 25% corresponde a traumatismos de la columna vertebral, de los que el 6,8% está en relación con la zona cervical, mientras que el 18,2%, lo está con la lumbar.

Por otra parte, los accidentes laborales que recaen en la columna vertebral, tienen en su conjunto (incapacidad temporal, indemnizaciones por secuelas, y pensiones de viudedad y orfandad) una repercusión económica muy importante que, incluyendo su asistencia sanitaria, supera los 1.000 millones de euros.

En el año 1994 la Mutua celebró el VIII Simposium Internacional sobre Columna Traumática, pero los grandes adelantos en el conoci-



miento de la cirugía de la columna por un lado y, por otro, los avances experimentados por la tecnología en los últimos años, nos han animado a la realización del XIV Simposium Internacional, tomando como tema monográfico “Actualización en Cirugía de la Columna Vertebral”.

La Primera Parte de esta última reunión se dedicó al estudio de las Generalidades y Aspectos Laborales (1ª Mesa): Dolor lumbar, problemas y soluciones; posibilidades terapéuticas de las lumbalgias; tratamiento rehabilitador de las enfermedades del raquis; aspectos psicopatológicos, que incluye el Absentismo y Rentismo, problemas tan frecuentes en el tratamiento de los pacientes afectados de un traumatismo laboral de la columna. Finalmente, el capítulo de las secuelas e incapacidades.

En la Segunda Parte del Simposium se expusieron las Mesas Redondas dedicadas a la problemática traumatológica, degenerativa y tumoral de la columna, que recae en los tres segmentos de la misma (cervical, torácica y lumbar), en todos sus aspectos: los medios diagnósticos, haciendo especial hincapié en el diagnóstico por imagen: RMN (Resonancia Magnética Nuclear) y TAC (Tomografía Axial Computarizada) y los tratamientos: conservador y quirúrgico, todo lo cual resumimos a continuación.

COLUMNA CERVICAL (2ª Mesa): Se expusieron las fracturas y fracturas-luxaciones de la columna cervical superior y de la columna cervical inferior de forma detallada: clasificaciones, diagnóstico y tratamiento, con especial énfasis en la cirugía con las actuales técnicas, vías de abordaje anterior y



posterior que constituyen la llamada cirugía mínimamente invasiva, reducción de las fracturas con descompresión neurológica, el llamado “síndrome medular” de gran eficacia para el porvenir del paciente y, finalmente, conseguir una fijación de las mismas con un material de osteosíntesis adecuado para cada caso con placas autoestables fundamentalmente.

La hernia discal a nivel de la columna cervical cobra especial interés sobre todo por la sintomatología neurológica que presenta (radiculopatía, mielopatía). Se trató ampliamente exponiéndose las vías de abordaje, según el caso, anterior o posterior, así como la necesidad de utilizar una prótesis una vez extraída la hernia para conservar el espacio intervertebral, exponiendo varios modelos que se están utilizando en la actualidad, entre las que destaca la prótesis de Bryant, que es el modelo que la Unidad de Columna la están utilizando en algunos casos, con buenos resultados, puesto de manifiesto en el Simposium por su expositor.

Ante situaciones de secuelas de fracturas o por patología degenerativa a nivel de la columna cervical, una solución puede ser la Artrodesis por vía anterior, que también se expuso.

COLUMNA TORACO-LUMBAR (3ª Mesa): Fueron expuestas las distintas lesiones traumáticas que se producen en la columna tóraco-lumbar, haciendo una valoración inicial y manejo de estos pacientes con las distintas técnicas diagnósticas. También fueron expuestas las distintas clasificaciones de las fracturas y las indicaciones del tratamiento ortopédico.

En cuanto a las fracturas que requirían tratamiento quirúrgico, se expusieron las vías de abordaje según fueran las exigencias de la fractura: anterior o posterior e, incluso, la combinación de ambas vías y su fijación con material de osteosíntesis muy sofisticado y efectivo con muy buenos resultados.

Capítulo aparte merece la exposición del tratamiento de las fracturas osteoporóticas, mediante la técnica de Vertebroplastia y Cifoplastia que consiste en la inyección de una pequeña cantidad de cemento de polimetilmetacrilato (PMMA) en el interior del cuerpo vertebral fracturado para restaurar la vértebra colapsada y mejorar el dolor. Los resultados, según lo expuesto, son buenos.

HERNIA DISCAL (4ª Mesa): Expuestas las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la hernia discal torácica, se centró el mismo en la posibilidad de dos técnicas quirúrgicas: la costotransversectomía y la discectomía asistida por toracoscopia, tratamiento bastante complejo dada la gravedad de este tipo de hernias, sobre todo

por su situación y que no admiten otro tipo de tratamiento.

Respecto a la hernia lumbar existen, asimismo, dos posibilidades quirúrgicas: la cirugía mediante técnicas semi-invasivas y la microdiscectomía. Las dos fueron ampliamente debatidas, haciendo énfasis en la técnica de la microdiscectomía que se realiza en nuestro Hospital Central. Justo es decir que precisamente el principal impulsor de esta técnica ha sido el Dr. Antonio Coello Nogues, iniciador de la Unidad de Columna de nuestro Hospital que comenzó la práctica de la misma en la década de los ochenta, con brillantes resultados que han dado lugar a la divulgación y popularización de la microdiscectomía.

Pero como también hay casos que no evolucionan bien, se expuso el tratamiento de algunas secuelas que constituyen el síndrome postdiscectomía. Así como el tratamiento de las infecciones piógenas de la columna vertebral.

PATOLOGÍA DEGENERATIVA Y TUMORAL (5ª Mesa): Se analizó el tratamiento actual de la escoliosis, importante alteración de la biomecánica de la columna y que, en función de su gravedad, puede tener una repercusión general.

Se enfocó su diagnóstico y su tratamiento que, dependiendo de las circunstancias y de la edad del paciente, puede ser conservador o quirúrgico. Especial énfasis se hizo con la cirugía de la escoliosis, que ha evolucionado de manera importante, sobre todo por la moderna tecnología puesta de manifiesto en el material de corrección y contención de las curvas, lo que permite al paciente una rápida movilización, obteniéndose unas correcciones muy im-



portantes de las curvas escolióticas. Ante los fracasos o mala evolución en el tratamiento de las fracturas tóraco-lumbares, está indicada la artrodesis o fusión de los espacios vertebrales afectados. A este respecto fueron expuestas dos técnicas quirúrgicas: la artrodesis posterolateral y la artrodesis circunferencial, ¡grandes cirugías para graves problemas! Es la única solución que puede resolver estas importantes secuelas invalidantes para el paciente.

El tratamiento quirúrgico de tumores primarios de la columna constituyó la conferencia magistral del Symposium, dictada por el ponente estrella del mismo, el profesor Francis Hornicek, del Hospital General de Boston (Massachusetts). La patología tumoral primaria de la columna es poco frecuente, ya que la mayor parte de los tumores que asientan en ella, son secundarios o metastásicos. Expuso el tratamiento quirúrgico radical, con resección del tumor que puede abarcar a varias vértebras, utilizando para rellenar el espacio expuesto con aloinjertos (hueso de banco) en forma de injertos intercalares y, en algunos casos, con prótesis metáli-

cas adaptadas al caso. El material de osteosíntesis presentado es importante para su fijación con una cierta seguridad de prevenir un desplazamiento del injerto.

Como complemento, y para concluir el Symposium, dedicó unos minutos al tratamiento actual de estos tumores con radioterapia de protones, que tiene la enorme ventaja sobre el tratamiento convencional de destruir solamente las células cancerosas, respetando el tejido sano. Es un tratamiento muy moderno y que está empezando a extenderse en Estados Unidos y en Europa.

Este Symposium ha sido muy importante no solamente por haberlo dedicado a una zona anatómica compleja cual es la columna vertebral, sino también porque se ha logrado reunir como conferenciantes a los especialistas nacionales y extranjeros que más se dedican y, por tanto, más sobresalen en este campo. Además, ha contado con una nutrida asistencia de médicos y especialistas, que al finalizar el mismo ha puesto de manifiesto su satisfacción.

Dr. Juan Ayala Andrade. P residente del Comité Organizador

NUEVA LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

FRATERNIDAD-MUPRESPA ha celebrado el 16 de enero en el Palacio de Congresos de Madrid una Jornada sobre el nuevo Catálogo de Enfermedades Profesionales y los criterios para su notificación y registro, aprobado por el Real Decreto 1299/2006 (BOE, de 16 dic. 06) y en vigor desde el 1º de enero. En la reunión se presentó el libro “Nueva Regulación de las Enfermedades Profesionales”, editado por la Mutua y Bomarzo, de Juan López Gandía, catedrático de Derecho del Trabajo, y Javier Agudo Díaz, doctor especialista en Medicina del Trabajo.

Estos autores fueron los ponentes de la primera parte de la sesión que había abierto José M^a. de Ancos, subdirector general de Gestión de la Mutua. López Gandía analizó los cambios jurídicos, distinguiendo dentro de riesgos profesionales el accidente de trabajo de la enfermedad profesional, los diversos sistemas de notificación, superados por la Recomendación de la Unión Europea de 2003, pero cree que la nueva lista española no reconoce

como enfermedades profesionales causadas por el trabajo las que no estén en la misma. Tampoco se reconocen las enfermedades psicosociales, si bien el Anexo II habla de las enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que podrían incorporarse en el futuro al Anexo I.

Para el doctor Agudo Díaz, jefe de Salud Laboral de Telefónica de España SAU, el nuevo cuadro era una deuda histórica, porque el de 1978 se había quedado obsoleto al haber cambiado la actividad productiva, los procedimientos y las herramientas. Entre los cambios destacó que ahora se prevé el sistema de actualización de las listas; una guía con criterios técnicos que sirva de orientación a los profesionales; el papel explícito que otorga a los médicos del Sistema Nacional de Salud, que tendrán la obligación de comunicar si sospechan que la enfermedad tiene un carácter profesional, lo que les confiere mayor responsabilidad; no se marca una intención preventiva y continúa abierta la responsabilidad temporal de las Mutuas. A continuación María Teresa Quílez, vocal asesora de la D. G. de Ordenación de la Seguridad Social, elogió el nuevo sistema de

notificación en el cual la cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad profesional se realizará únicamente por vía electrónica, por medio de la aplicación informática CEPROSS, según la Orden TAS, de 2 de enero (BOE 4 enero 07), que establece el modelo de parte de enfermedad, dicta

normas para su elaboración y transmisión y crea el correspondiente fichero de datos personales. Esto permitirá constituir un Observatorio de la Enfermedad Profesional para estudios de siniestralidad, sectoriales y territoriales.

En la segunda parte fue ponente Adrián González Martín, subdirector general de Prevención de Riesgos Laborales de la D. G. de la Inspección de Trabajo, quien analizó la nueva lista de E.P. desde el punto de vista de la Inspección y, luego, los representantes sindicales lo hicieron desde su perspectiva.

Después de unas palabras de agradecimiento del director general de FRATERNIDAD, Fernando Eguidazu, clausuró la Jornada el director general de Ordenación Económica de la Seguridad Social, Miguel Ángel Díaz Peña, que felicitó a la Mutua por haber organizado tan tempranamente esta Jornada sobre el Real Decreto que aporta: un nuevo listado acomodándose a la Recomendación europea y un sistema actualizado de notificación y registro de las E.P. en el que se encomienda a la mutua que proteja las contingencias profesionales, la elaboración y tramitación del parte de enfermedad profesional, con el propósito de combatir la infradeclaración existente, para lo que se habilita el sistema informático de la Seguridad Social.

INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

FRATERNIDAD-MUPRESPA ha celebrado el 19 de febrero una Jornada sobre “Incapacidad Tem-



poral por contingencias comunes: panorama actual y perspectivas”, dirigida a empresas y profesionales, e inaugurada por Fernando Eguidazu, director general de la Mutua.

El primer ponente fue José María Marco García, Subdirector General de Seguimiento Presupuestario de la Seguridad Social, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, quien analizó la evolución del gasto en incapacidad temporal por contingencias comunes, que crece más deprisa que los ingresos por cotización, y destacó la circunstancia de que la duración media de esta IT es más alta en las Comunidades Autónomas con mayores tasas de desempleo.

Dolores Santamaría Ruiz, Subdirectora General de Gestión, Incapacidad Temporal y otras Prestaciones a Corto Plazo, explicó el origen reciente de su Subdirección, en 2004, por la necesidad de control y racionalización del gasto en IT. Después de analizar el fenómeno se tomaron medidas procedimentales y normativas, por ejemplo controlar la baja directamente a partir del mes 12, porque la IT de CC se había convertido en “una prestación refugio”. Y explicó los positivos resultados conseguidos gracias a los operativos en las distintas

direcciones provinciales del INSS cuyos médicos se han dedicado a controlarla, porque “se paga con fondos públicos (los presupuestos de la SS) y hay que racionalizarla”.

A continuación intervino Luis Fernández Hermida, responsable de la Inspección Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Dijo que los Servicios Públicos de Salud no tienen en cuenta los costes porque para los profesionales médicos se inicia con un certificado similar a cualquier otro, ya que lo único que debe preocuparle es el paciente y la calidad del servicio. Estudió los indicadores de gestión (incidencia, prevalencia, duración media y días medios de ausencia) y reconoció que, aunque en esta Comunidad la IT dura menos que la media nacional, hay más cantidad de procesos.

La última ponencia correspondió a Concepción Martín de Bustamante, gerente del Servicio Mancomunado de Prevención de Riesgos Laborales del Grupo Telefónica, que se centró en el absentismo laboral por contingencias comunes, que tiene una gran repercusión en los costes –directos e indirectos–, ya que, como se sabe, durante los 15 primeros días el pago recae sobre el empresario y

que, en ningún caso, debiera ser mayor del 5%.

Después del coloquio cerró la jornada el director general, Fernando Eguidazu, quien recalcó que la problemática de la IT no es sólo un tema de control y reducción del gasto dinerario, sino también de gestión y de concienciación social del absentismo laboral.

INAUGURACIONES

En las últimas semanas FRATERNIDAD MUPRESPA ha procedido a la inauguración de varias instalaciones en diversas poblaciones españolas, con servicios de gestión y administración y también con servicios asistenciales de urgencias por accidentes de trabajo.

El 1 de marzo fue en Puente Genil (Córdoba) que, con presencia de su alcalde, se inauguraban esas instalaciones que totalizaban 600 m² y habían supuesto una inversión cercana al medio millón de euros. Con ésta son cuatro las instalaciones en la provincia cordobesa.

El día 21 la Mutua inauguraba una nueva sede en Huelva que ocupa una superficie de más de 1.000 m² y ha requerido una muy importante inversión de más de tres millones de euros. Y es que Andalucía representa el 20 por ciento de la facturación total de FRATERNIDAD.

Por otro lado, el 15 de marzo, la alcaldesa de Pamplona, Yolanda Barcina, acompañada del director gerente adjunto, Francisco Francés, inauguraban una nueva sede en Pamplona, de más de 900 m², que hace que en Navarra, entre la capital y Tudela, la Mutua tenga cinco oficinas y centros asistenciales, con 45 empleados en plantilla.



LA EXPOSICIÓN DE CARTELES EN CANARIAS

FRATERNIDAD MUPRESPA patrocina la exposición “Accidentes y Prevención. Carteles españoles del Siglo XX”, que recoge un centenar de ilustraciones de 1870 a 1970 sobre esta temática, diseñadas por artistas anónimos y de prestigio, pero siempre dotadas de una creatividad y una pedagogía expresiva.

En el mes de marzo esta muestra itinerante se exhibió en el Congreso de Prevecan 07 en Arona (Tenerife), habiendo sido visitada por el presidente del Gobierno de Canarias, Adán Martín, a quien acompañaba la consejera de Empleo y Asuntos Sociales, Marisa Zamora, y otras personalidades, como los directores provinciales de Tenerife (Álvaro Morales) y de Gran Canaria (Carlos Macho), así como el comisario de la exposición Carlos Velasco.

A continuación se presentó en la isla de La Palma y, luego, en la capital de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife), estando previsto exponerse en Las Palmas de Gran Canaria en la primera quincena de abril.

Este periplo por las Islas Canarias se realiza en colaboración con la dirección general de Trabajo de la Comunidad Canaria y las direcciones territoriales citadas.

EXPOSICIÓN DE EQUIPOS DE MEDICIÓN PARA LA PRL

A partir del próximo tres de mayo, estará expuesta en el centro de la Mutua de la calle San Agustín, nº10, una exposición de aparatos de prevención y medicina del trabajo.



Si como decía Protágoras “El Hombre es la medida de todas las cosas”, la conservación, ordenación y estudio de los medios de producción de los que se ha servido la humanidad y su relación con el contexto social, económico, científico, técnico, de pensamiento, etc. en el que se vivía, nos ha permitido conocer mejor las sociedades, su evolución histórica y nuestro tiempo.

La función que tienen los equipos de medición en la Prevención de Riesgos Laborales es ayudar al técnico en la detección de los riesgos, medirlos y ponerlos en relación con la medida de los efectos en las personas expuestas, que deben de analizar los médicos del trabajo.

Pero, todo ello, con el objetivo, no lo olvidemos, de implantar todas las precauciones necesarias para eliminar el riesgo para los seres humanos. La citada exposición muestra algunos de esos instrumentos, sustituidos hace poco tiempo, que han acompañado la actividad de los Médicos y los Técnicos de Prevención de Fraternidad Muprespa.

Con la tecnificación actual se ha perdido la belleza de los antiguos

equipos. Algunos de éstos han pasado a ocupar las estanterías de tiendas de antigüedades y almonedas. La mayoría están arrumbados o perdidos.

Medir, contar, pesar van a seguir siendo actividades profundamente sociales y humanas. Los equipos de medición nos van a seguir acompañando aunque su presencia no sea demasiado visible y conocida.

MUERE EL CONCEJAL DE SALUD PÚBLICA DE BARCELONA, IGNASI FINA

El dirigente de Esquerra Unida i Alternativa (EUiA) y concejal de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, Ignasi Fina, falleció el pasado 30 de marzo.

Nacido en Barcelona y de profesión médico, Fina era especialista en Medicina del Trabajo y Salud Pública. En 1980 creó el primer centro municipal de Salud Laboral en la ciudad.

Fuente: Europa Press. La Vanguardia 02/03



Ángel Cárcoba: “El sufrimiento ajeno, la muerte y la enfermedad de tantos trabajadores es lo que me ha llevado a la lucha”

Premio Nacional de Prevención de Riesgos Laborales 28 de abril

Javier Morales Ortiz

El primer contacto que tuvo con una enfermedad profesional fue en la niñez. “En casa, la señal para poner la mesa la daba la tos de mi padre, una tos que le inflamaba la cara”, rememora Ángel Cárcoba, santanderino de 59 años que el pasado mes de octubre recibió el Premio Nacional de Prevención de Riesgos Laborales 28 de abril, un galardón que concede el Ministerio de Trabajo.

La tos, muy habitual entre los canteros de Mirones (Cantabria), el pueblo en el que nació Ángel Cárcoba, era producida por el polvo de sílice. De su padre, represaliado del franquismo y condenado a restaurar la catedral de Santander, recuerda también sus “ausencias”, su paso por la cárcel, un dato que no ha sabido sino mucho tiempo después, como el apoyo que su madre, “la verdadera heroína de la familia”, prestaba a los maquis, quienes tenían en el

norte uno de sus principales focos de resistencia.

El entorno familiar, sin duda, ha influido en la trayectoria de este militante de Comisiones Obreras, pionero de la salud laboral en España y fundador del Gabinete de Salud Laboral de este sindicato en Madrid, el primero que se creó en España. Ángel Cárcoba ha sido uno de los responsables de que se prohibiese el amianto, una sustancia que aún hoy sigue produciendo la muerte de muchos trabajadores. El premio que ha recibido es un reconocimiento a todos estos méritos, aunque se trate más de “un premio colectivo que individual”.

El premio que has recibido es el reconocimiento a una vida dedicada a la salud laboral. ¿Cuándo y por qué decidiste orientar tu actividad político sindical a este terreno?

Después de la muerte de Franco y gracias a la Ley de Amnistía pude volver a España. Me instalé en

Madrid y trabé relación con varios médicos que en aquel entonces estaban intentando introducir la antisiquiatría en España. Creamos una cooperativa y yo me hice cargo de la gerencia. Sucedió entonces que un encuentro en la Casa de Campo, un médico de Comisiones Obreras me propuso colaborar con él en temas de seguridad e higiene en el trabajo, como entonces se llamaba a la salud laboral, y crear un gabinete técnico en la Unión de Madrid.

Y tú aceptaste, claro.

Le dije que si no había otro, que aceptaba, pero que no tenía ni idea de seguridad e higiene en el trabajo. Entonces esta persona me dijo algo que siempre ha sido una especie de guía en mi trabajo, que el sindicalismo no es tanto saber como querer.

Al principio tendrías muchas dificultades.

El gabinete técnico de seguridad e higiene en el trabajo de

CC.OO. en Madrid fue el primero de sus características que se creó en toda España. En un primer momento teníamos que hacer una labor asistencialista, no había otro remedio. Como anécdota contaré que mi primer contacto con José María Hidalgo fue en esa época, en la que él era traumatólogo en el Hospital de La Paz. Le enviábamos afectados para que nos hiciese un informe médico. Fue una labor muy interesante, por otro lado, ya que nos permitió, entre otras cosas, superar las carencias que teníamos en estos temas.

En 1984 el gabinete técnico pasa de la Unión de Madrid a la Confederación Sindical.

La dirección del sindicato considera a la salud laboral como una parte fundamental de la acción sindical, y se adscribe a esa secretaría. Luego, cobró tanta importancia que decidieron crear una secretaría propia, hasta hoy.

¿En qué momento se empieza a hablar de salud laboral?

El punto de inflexión, el gran salto cualitativo, llegó a raíz del contacto con los sindicatos italianos, que en este terreno estaban años luz. A partir de ese momento dejamos de considerar la seguridad e higiene como un concepto técnico, superando los márgenes que le atribuía la ley. Aprendimos rápidamente que la salud de los trabajadores era un precio que éstos pagaban a cambio de un salario. Era el modelo obrero de salud, que se sustentaba en tres principios: la salud no se delega ni se vende, no al monetarismo de la salud y el control de los tiempos de trabajo y de ocio.

¿Y cómo se tradujeron estos principios en la práctica?

Conseguimos elaborar un mapa de riesgos profesionales en más de doscientas empresas basado en percepciones que tenían los trabajadores. Eran ellos quienes mejor sabían el riesgo que había en cada puesto. Supuso también una confrontación entre el saber obrero y el técnico, quien, por otra parte, solía ser de la empresa y sólo aparecía de vez en cuando. Por sistema, había que buscar el consenso y esto determinaba la participación de los trabajadores en su propia salud. Cuando colgábamos del tablón de anuncios el mapa de riesgos, era la primera llamada a la acción porque la salud laboral no es un problema de estadísticas, de números, sino un problema de poder, de correlación de fuerzas y desgaste. Hay quienes obtienen plusvalía y quienes sólo sacan enfermedad y muerte.

Según lo cuentas, parece que había mucho romanticismo en lo que hacíais. Durante esos años, el sindicato contó un grupo de personas que realmente se enamoró de lo que hacía, que dedicaba su tiempo libre a defender la salud de los trabajadores, sin ninguna contraprestación a cambio. Y toda esta energía tuvo unos resultados palpables. En 1973 y 1977, cuando se legaliza CC.OO. morían 2.300 trabajadores al año. Desde 1977 a 1980 conseguimos que esa cifra bajase a 972.

¿Hasta cuándo dura este impulso?

Creo que es demostrable que los ochenta fueron más ricos en activismo y militancia que los años noventa y que lo que llevamos de siglo. Somos muchos quienes pen-

samos que estuvimos en un tris de conseguir la hegemonía teórica y práctica del control de la salud laboral. Habíamos conseguido atraer hacia este terreno al mundo universitario, se teorizó y se llevó a la práctica el mapa de riesgos. Y llevamos nuestro planteamiento a las mesas negociadoras de la huelga del 14 de diciembre de 1988. ¿Cuándo se perdió todo esto? Creo que por una aplicación errónea de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que es un buen texto legal, pero que en la práctica ha supuesto que el protagonismo de la salud laboral pase de los trabajadores a los técnicos de las empresas.

Una de las conquistas por las que más orgullo has debido sentir como sindicalista debe haber sido la prohibición del amianto en 2001.

La primera vez que oí esa palabra fue en el año 1978, después de la visita de un trabajador de la urallita. Llegó con un montón de información sobre las consecuencias del amianto. En su empresa, que contaba con 7.000 trabajadores, había más de 1.000 afectados por el amianto. Sentí cierto sonrojo y le pedí quince días para ponerme al día. A partir de ese momento, junto a otros compañeros, empezamos a luchar para que se prohibiera el amianto en la Unión Europea. Debido a mi trabajo he conocido historias terribles sobre las enfermedades profesionales. Durante toda mi vida, el sufrimiento ajeno, la muerte y la enfermedad de tantos trabajadores, me han llevado a esta lucha.

Publicado en la Revista "porExperiencia" nº 35 de enero de 2007.

La prevención llega al convento

DOCUMENTO DIVULGATIVO

LA PREVENCIÓN LLEGA AL CONVENTO



APRENDE ERGONOMÍA CON SOR ALEGRÍA

Con motivo del curso “Las buenas prácticas ergonómicas en la Empresa” perteneciente a los XV Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria del año 1999, los autores del libro entran en contacto con el convento de las religiosas Trinitarias de Laredo y elaboran este documento para que les sirva de ayuda en sus quehaceres diarios.

De esta manera se introducen conceptos básicos de ergonomía con el fin de evitar y prevenir las patologías musculoesqueléticas derivadas de los trabajos propios de las religiosas. Así los autores analizan las tareas y sus riesgos, proponen medidas preventivas y lo complementan con dibujos didácticos.

La prevención llega al convento. Aprende ergonomía con Sor Alegría. Bartol Velasco, Elena. [et al.]: JJEAA 2000.

Prevención de riesgos laborales y comunicación de masas

A propósito de la publicidad y el cartelismo en salud laboral

Gregorio Benito

Es evidente que uno de los retos actuales que tenemos las entidades comprometidas con la prevención de riesgos laborales es la información y la divulgación sobre dichos riesgos para evitarlos. Esa actuación necesita cumplir, imprescindiblemente, con varios requisitos para conseguir la exigible eficacia.

Todos recordamos antiguos carteles que consiguieron su propósito en la época en la que se crearon. En la medida en la que sus creadores entendían los objetivos concretos que se pretendían, las características de sus receptores y conocían las técnicas y recursos a su disposición. Ojalá hoy fuéramos capaces de acertar en la misma medida.

Es verdad que nuestra época es mucho más compleja pero también nuestros recursos y conocimientos son menos precarios. Contamos con receptores muy diversos pero también con un mayor nivel cultural; un universo mucho más amplio pero también con medios más potentes capaces de llegar a la intimidad de cada

hogar. Sin embargo acertamos menos de lo que sería posible y, sobre todo, de lo que es necesario. Uno de los avances negativos de la publicidad actual es su tendencia a engañar y las sofisticadas técnicas que para ello utiliza. Se propagan ilusiones que no se corresponden con la realidad de lo ofrecido; se ocultan sutilmente verdades que dañarían al emisor y se exageran verdades que lo benefician. Para el receptor hoy es más difícil descubrir el engaño. Sólo es posible en la medida en que cuente con un conocimiento muy amplio y profundo del tema. Por ello la Administración ha considerado sancionable la publicidad engañosa para proteger a la mayoría de los ciudadanos que no cuentan, ni pueden contar dada la complejidad de los temas, con esos conocimientos y recursos en información.

Ello es importante porque una publicidad que engañe, y según el tema, puede generar grandes perjuicios, además de forma masiva, con consecuencias que pueden ser irreparables.

La publicidad ocupa hoy un espacio y un tiempo cotidianos y amplios de nuestras percepciones y ello consecuentemente tiene una gran relevancia en la conformación de nuestros comportamientos y conductas. La densidad actual de los mensajes publicitarios que recibimos diariamente, sus incoherencias y contraposiciones generan, eso que llaman los expertos, ruido, no solo material sino también cognitivo. A través de la publicidad se nos trasladan no sólo ofertas materiales sino valores. En un soporte que no es el tradicional en la transmisión de los valores y que no incluye los requisitos del marco de ese soporte tradicional: posibilidad de crítica y debate colectivo, razonable rigor científico, ámbitos académico, político o social, etc.

En definitiva se producen valores dirigidos a toda la sociedad desde el ámbito privado y con el único objetivo de lucro privado.

Desde luego no es esta nuestra misión, ya que las Mutuas, junto con otras instituciones sociales,

tenemos como primer objetivo eliminar, o reducir significativamente, las lesiones y enfermedades que tienen su origen en el trabajo. Por ello debemos usar, con la máxima eficacia, los recursos que nos ofrecen hoy las técnicas publicitarias y de comunicación de masas, dada la actual extensión y complejidad del universo al que nos dirigimos. Y asumiendo que, querámoslo o no, vamos a transmitir comportamientos, conductas y valores, hagámoslo conscientemente y rigurosamente, explicitándolo y abiertos al debate de fondo. De otra forma no vamos a hacer visibles las verdaderas causas de la accidentalidad y por tanto no vamos a ofrecer los instrumentos adecuados para reducirla; vamos a equivocarnos a los receptores, que no van a tomar las medidas acertadas; o vamos a conseguir el rechazo activo o pasivo de los pretendidos beneficiarios.

Hoy existe metodología contrastada que permite conocer la eficacia de la inversión publicitaria y medir sus resultados en relación con los objetivos perseguidos. Los cada vez más cuantiosos recursos dedicados a la publicidad en materia de prevención de riesgos laborales, especialmente recursos públicos que perciben diversas instituciones para su gestión, conlleva una responsabilidad ante los ciudadanos que la financian y ante los trabajadores que sufren o se benefician de sus resultados.

Es evidente que la publicidad no es ni el único instrumento ni el más importante para hacer frente a los

daños laborales. Por tanto, no se le pueden achacar las consecuencias actuales, al menos exclusivamente. Hay que eliminar las causas reales. Pero para ello la publicidad y la comunicación son instrumentos pedagógicos imprescindibles y extraordinarios. Han de utilizarse ética y eficazmente. Junto con el aspecto ético hay que conseguir que el mensaje llegue y sea capaz, por su fuerza, de cambiar hábitos, conductas, comportamientos. Mejor convenciendo. Se trata de que el receptor haga suyo el mensaje persuadiéndose.

El cartel tuvo su desarrollo desde el último cuarto del siglo XIX hasta nuestros días pero siempre ha tenido como objetivo diana una gran cantidad de receptores. Es decir ha sido siempre el medio más característico de la comunicación de masas, el más popular, al menos hasta la llegada de la televisión. Para ello tenía que tener gran fuerza expresiva, no exigir un nivel cultural elevado del receptor y una sintetización del mensaje. Todo ello a través de un mensaje escrito corto y de una imagen impactante. El cartel, cuando necesita llamar la atención sobre temas graves, debe de ser un grito, como bien nos dice nuestro compañero Rafa de Francisco, director de esta Revista. De esas características derivan sus ventajas e inconvenientes y su dificultad para acertar. Y desde el punto de vista artístico el cartelista Cassandre nos advertía, “la pintura es un fin en sí misma. El cartel es sólo un medio para un fin, un medio

de comunicación entre el emisor y el público”.

El cartel se ha ido nutriendo de los medios artísticos y técnicos más novedosos y se ha sabido aprovechar de ellos. Ha devuelto el mundo del arte al juicio crítico del peatón. Pero a su vez también ha aportado al arte cuando ha ido alcanzando su madurez. El Pop-art es un ejemplo de arte-cartel.

El cartel ocupa hoy exposiciones, análisis eruditos, el interés, el tiempo y el dinero de coleccionistas y a la vez, sintomáticamente, las blancas paredes de nuestros hogares.

La publicidad, sea ésta con fines de beneficio privado o con fines públicos, ha utilizado, y sigue utilizando, el cartel de forma significativa e incluso prevalente. Las campañas políticas; las públicas, de concienciación ciudadana sobre muy diversas cuestiones: sanitarias, educativas, medioambientales, etc. utilizan profusa e insistentemente el cartel.

El cartel sobre la pared, el graffiti, la pintada, son el hermano marginal en la actualidad del cartel, que sin embargo hoy empieza a ser admitido en el mundo académico, después de su utilización, exclusivamente política, durante muchos años.

Este artículo me sirve para agradecer a Rafael de Francisco lo mucho que me ha enseñado en estos pocos años para analizar los problemas de salud laboral desde un enfoque social mucho más enriquecedor que el establecido.

Madrid, abril 2007