

Guía de Prevención de Riesgos Laborales para los Delegados de los Sectores de la FeS - UGT

*Las Enfermedades
Profesionales
en los Sectores
de la FeS - UGT*

La base de esta Guía son las IV jornadas de Salud Laboral realizadas los días 14 y 15 de Octubre de 2009 sobre:

“La Situación actual de la enfermedades Profesionales en los Sectores de FeS-UGT”.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los ponentes, moderadores, colaboradores y asistentes su participación en las IV jornadas de Salud Laboral sobre la Situación de las Enfermedades Profesionales en los Sectores de FeS-UGT sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de las mismas ni la edición de esta Guía.

En particular agradecemos la colaboración de la Secretaría de Salud Laboral de UGT-Madrid por su aportación en la elaboración de la misma.

Realiza

Secretaría de Salud Laboral, Formación Sindical y Protección Social de FeS-UGT.

Elabora

Gabinete de Salud Laboral de FeS-UGT.

Edita

Secretaría de Acción Sindical, Comunicación y Relaciones Internacionales de la FeS-UGT.

Imprime

Imprenta Tomás Hermanos
www.tomashermanos.com

Depósito Legal

M-53329-2009

**GUÍA SINDICAL PARA DELEGADOS
DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES
EN LOS SECTORES DE LA FeS-UGT**



*“La Enfermedad Profesional como indicador de las
condiciones y organización del trabajo”*

ÍNDICE

Presentación	6
Introducción	6
LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES vs ENFERMEDADES DEL TRABAJO	9
Las Enfermedades del trabajo en la legislación sanitaria y de Seguridad Social española: conceptos y elementos diferenciadores, evolución histórica	9
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	9
CONCEPTOS:	11
Qué son las contingencias profesionales?	11
SISTEMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD EN EL TRABAJO	15
La actual regulación de las enfermedades profesionales:	
Descripción del sistema vigente en España	17
EL NUEVO CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES	18
EL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO	
ORDEN TAS/1/2007, DE 2 DE ENERO	21
El sistema de prestaciones de la Seguridad Social	22
Los sistemas de gestión de las EE.PP. y de las Enfermedades relacionadas con el trabajo:	28
¿Cómo se lleva a cabo la gestión de los AA.TT. y de las EE. PP?	29
LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA IT POR EL INSS	30
LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA IT POR LAS MUTUAS	31
Indicadores de patologías por ITCC	32
La Vigilancia de la Salud en la empresa según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales:	35
De los reconocimientos a la vigilancia de la salud	35
ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS: Investigación de accidentes de trabajo, enfermedades profesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo ...	41
El sistema de información en riesgos laborales SISAL	42
La memoria y programación anual de los Servicios de Prevención	43
SITUACIÓN ACTUAL DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS	45

Las ERT en la negociación colectiva: Visión actual en los diferentes sectores de la FeS	49
La vigilancia de la salud y los convenios colectivos:	49
LA DEJACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL CONTROL DE LA SALUD LABORAL	51
El sistema de alerta de Enfermedades Profesionales (CEPROSS)	51
EL CONTROL DEL ABSENTISMO	52
La sub-declaración ó infra-declaración de EE.PP.	53
Las Enfermedades Profesionales y del Trabajo desde los sectores de la FeS:	
La visibilidad de las enfermedades del trabajo en cada sector	54
* Por el Sector financiero, de seguros y oficinas y despachos	54
Las enfermedades profesionales en el Sector Financiero	54
* Por el Sector de Comunicación Social, Cultura y Deportes	61
El sector audiovisual	62
LA SALUD LABORAL Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO	64
LA PREVENCIÓN FORMAL Y LA PREVENCIÓN REAL	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
Reporteros Gráficos	73
* Por el Sector de Limpieza y Servicios a la Sociedad	80
Subsector de limpiezas de edificios y locales	80
* Por el Sector de Telemarketing ó CONTACT CENTER	86
* Por el Sector de Artes Graficas	98
Las enfermedades profesionales en el sector de Artes Gráficas	98
Estructura Empresarial en el Sector	99
Principales Riesgos dentro de la Industria de Artes Gráficas	101
Avanzar en la prevención de importantes lesiones ergonómicas en el sector	111
* Por el sector de Seguridad Privada	113
Situación actual de las enfermedades profesionales en los sectores de FeS-UGT Sector Seguridad Privada	113
PROPUESTAS:	119
CRITERIOS Y PROPUESTAS DE POLÍTICA SINDICAL	119
LÍNEAS DE ACTUACIÓN, SERVICIOS DE PREVENCIÓN PROPIOS	119
SERVICIOS DE PREVENCIÓN AJENOS	119
LA VIGILANCIA DE LA SALUD	121

Propuesta sobre un modelo organizativo más eficaz y coherente de la vigilancia de la salud	126
El reconocimiento de las enfermedades específicas en los sectores de la FeS-UGT	128
Anexos	130
Bibliografía	131
PROTOCOLOS MÉDICOS ESPECÍFICOS	131
SÍNTESIS DE LOS PROTOCOLOS MÉDICOS MÁS AFINES CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS SECTORES DE LA FeS	133
RUIDO	133
ASMA LABORAL	134
DERMATOSIS LABORALES	134
NEUROPATÍAS POR PRESIÓN	135
POSTURAS FORZADAS	135
MOVIMIENTOS REPETIDOS DE MIEMBRO SUPERIOR	136
PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS	137
MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS	138
Modelos de Escritos y Solicitudes	130
Direcciones de interés de portales de EE.PP.	175
Direcciones de Internet	175
Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo	176
Ministerio de Trabajo e Inmigración	176
Ministerio de Sanidad y Política Social	176

PRESENTACIÓN

Realizadas las IV Jornadas de Salud Laboral: “Situación Actual de las Enfermedades Profesionales en los Sectores de FeS-UGT” y con el objetivo de proporcionar herramientas eficaces a nuestros Delegados de Prevención tal y como marcamos dentro de los objetivos de esta Secretaría, se ha elaborado esta Guía.

En ella hemos intentado ampliar y esclarecer todas las dudas surgidas en los debates de las Jornadas así como dar respuesta a delegados que perteneciendo a sectores que no estuvieron representados en las mismas, se enfrentan por igual a la difícil gestión que implica la consecución de un tratamiento justo de los trabajadores que pudieran verse afectados por Enfermedades Profesionales.

Esperamos que esta herramienta constituya una ayuda eficaz para la compleja labor que tienen nuestros Delegados dentro de las empresas en materia de Seguridad y Salud, tanto en la Acción Sindical del día a día como en la Negociación Colectiva.

M^a Luisa Torronteras Pérez
Secretaria de Salud Laboral
FeS-UGT

INTRODUCCIÓN

En el Sector Servicios aparecen nuevos Riesgos, como consecuencia de las nuevas condiciones de trabajo, como pueden ser los riesgos ergonómicos y psicosociales, asociados tanto a la carga de trabajo como a la organización del mismo en las empresas.

Desde el punto de vista de la prevención, en los países desarrollados parece estar dándose un relativo estancamiento de la incidencia de los riesgos tradicionales, accidentes de trabajo (AA.TT.) y enfermedades específicas o monocausales, mientras que asciende la prevalencia de enfermedades multicausales relacionadas con el trabajo.

Los profesionales sanitarios de atención primaria no relacionan los síntomas con las ocupaciones laborales de los afectados, los Servicios de Prevención no las identifican y las Mutuas niegan el papel determinante de la actividad productiva como causante de enfermedad lo que genera que pasen inadvertidas en las estadísticas oficiales.

Pese a estar contemplada en la Normativa, la protección de las Enfermedades Profesionales no ha alcanzado la misma importancia que el Accidente de Trabajo y es que la Enfermedad Profesional se va contrayendo de manera lenta, progresiva e imperceptiblemente y de pronóstico grave si no es diagnosticada a tiempo y no se adoptan las medidas preventivas necesarias.

Por otro lado están las **Enfermedades Relacionadas con el Trabajo (ERT)** que se conceptúan en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) como “daños derivados del trabajo” donde se consideran a éstas, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. Estas enfermedades sí nos afectan directamente pero no están reconocidas ni identificadas, siendo la consecuencia de la exposición a riesgos ergonómicos y psicosociales, tales como: el túnel carpiano, patologías dorsolumbares, estrés, etc.

¿Qué está pasando para que sigan sin abordarse ni declararse la mayor parte de las enfermedades relacionadas con el trabajo y



muy especialmente las graves y mortales, pasando como una *sub-declaración permanente de las EE.PP. en España?*

Esta Guía para Delegados Sindicales de Prevención de los Sectores de FeS-UGT pretende acercarse a la problemática, desde una visión sectorial específica de los principales Sectores de nuestra Federación: conocer la legislación y situación jurídica con inclusión del nuevo cuadro de EE.PP., distinguir entre EE.PP. y ERT, vigilar la subdeclaración de las Enfermedades Profesionales, conocer los trámites para calificar una enfermedad como profesional y conocer los distintos planos y enfoques de los agentes intervinientes (Administración Laboral Central, Salud de las CC.AA, Mutuas, Sindicatos, Servicios de Prevención y Empresas).

En conclusión nuestra pretensión es aportar líneas de trabajo y nuevas perspectivas de la situación actual en relación al proceso de visualización y reconocimiento de las enfermedades del trabajo de los sectores de la FeS-UGT.

Esta Guía se une a la realización de las IV Jornadas de Salud Laboral "Situación Actual de las Enfermedades Profesionales en los Sectores de la FeS-UGT" celebradas recientemente y de las cuales se ha elaborado una publicación al respecto.

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES vs ENFERMEDADES DEL TRABAJO.

Las Enfermedades del Trabajo en la legislación sanitaria y de Seguridad Social española: conceptos y elementos diferenciadores, evolución histórica.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La enfermedad profesional, como daño para la salud derivado de las condiciones en que se desarrolla el trabajo, es un problema humano y social que desde hace varias décadas ha intentado solucionarse por los distintos Estados y Organismos Internacionales (OIT, OMS...), si bien el estudio de la relación existente entre algunas enfermedades y diferentes actividades tiene precedentes muy antiguos.

Así pues, existen trabajos de Platón, Lucrecio, Hipócrates, Galeno o Avicena describiendo algunas enfermedades relacionadas con distintas actividades. En este sentido es destacable la aportación del creador de la Medicina del Trabajo Bernardo Ramazzini que en su obra “De morbis artificum diatriba”, publicada en 1690, describe los riesgos derivados de hasta 54 profesiones distintas proponiendo el término “higiene” en este campo.

Aunque es a partir de esta fecha cuando podemos empezar a hablar de los primeros estudios formales sobre la materia, no será hasta el siglo XIX cuando se aprueben las primeras disposiciones sobre higiene en el trabajo en países como Inglaterra (1802), Alemania (1839) y Francia (1841), ante las condiciones infrahumanas en que se desarrollaba el trabajo durante la Revolución Industrial.

En nuestro país la evolución de la regulación de la Enfermedad Profesional se resume de la siguiente manera:

- En 1873 se aprueba la primera norma sobre Seguridad e Higiene que exigía determinadas condiciones higiénicas en el trabajo y prohibía, entre otras medidas, el trabajo de menores de 10 años en fábricas y minas.

- La Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 que, por el principio de “unidad conceptual” entre el Accidente de Trabajo y la Enfermedad Profesional, establecía la indemnización por Enfermedad Profesional declarada judicialmente.
- La Ley de Bases de Enfermedades Profesionales de 1936 que no llegó a ver la luz, pero que es importante ya que incluía veintiuna enfermedades y permitía que los tribunales reconocieran otras relacionadas con determinadas actividades industriales.
- Aprobación en 1941 del seguro obligatorio de silicosis.
- Decreto de Enfermedades Profesionales de 10 de enero de 1947 y normativa de desarrollo que aborda por primera vez la regulación material de la Enfermedad Profesional con autonomía frente al Accidente de Trabajo, estableciendo un cuadro de Enfermedades Profesionales susceptible de ser ampliado.
- Decreto de 13 de abril de 1961, que recoge una lista cerrada de Enfermedades Profesionales, incluyendo la asbestosis dentro de las enfermedades sistémicas.
- Ley General de la Seguridad Social de 1966 y Texto Refundido de 1974, que establecen el concepto legal de Enfermedad Profesional actual, manteniendo la vigencia del Decreto del año 1961.
- Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el listado de Enfermedades Profesionales, modificado por el Real Decreto 2821/1981 de 27 de noviembre, y por la Resolución de 30 de diciembre de 1993 de la Secretaria General para la Seguridad Social, por la que se considera provisionalmente como Enfermedad Profesional la detectada en industrias del sector de aerografía textil de la Comunidad Autónoma Valenciana.
- Este último Decreto ha sido recientemente derogado tras un largo periodo de negociaciones dando paso a una nueva regulación de las enfermedades profesionales.

Actualmente esta materia está regulada en:

- **Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social**, que contiene la definición legal de Enfermedad Profesional.
- **Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales** y normas de desarrollo sobre riesgos específicos, que establecen y desarrollan el procedimiento para la comunicación e información a la autoridad competente de estos daños derivados del trabajo.
- **Ley 54/2003, de 12 de diciembre**, reforma del marco normativo de la Prevención de Riesgos Laborales.
- **Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales** en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
- **Orden TAS 1/2007, 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional**, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.
- **Ley 40/2007 de 4 de diciembre**, de medidas en materia de Seguridad Social.

CONCEPTOS:

En el plano de la protección del sistema de Seguridad Social existen dos mecanismos:

- **Las Contingencias Profesionales**, derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- **Las Contingencias Comunes**, derivadas de accidente no laboral o enfermedad común.

En relación a la adecuación de los conceptos ERT y EP a sus objetivos de protección podemos considerar que el concepto de ERT permite ampliar la protección social en los Sistemas de Lista Cerrada, el concepto de ERT expresado en el art.115 tiene limita-

ciones científicas debiéndose tender hacia una formulación como la expresada por OIT; y por ultimo, la eficacia del concepto de EP está en función de la capacidad de adaptación al progreso de la Lista o Cuadro que especifica los procesos que serán objeto de protección.

¿Qué son las contingencias profesionales?

Concepto legal de Enfermedad profesional:

(Ley General de Seguridad Social 1994, art. 116)

“Se entenderá por Enfermedad Profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indique para cada enfermedad profesional”

Para que se considere como tal la Enfermedad Profesional deberán darse dos elementos:

- Relación trabajo - enfermedad.
- Que esa enfermedad esté incluida dentro del cuadro de Enfermedades Profesionales del RD1299/2006, de 10 de noviembre.

Existen una serie de factores que intervienen en la aparición de las enfermedades profesionales:

- Concentración del agente contaminante.
- Tiempo de exposición.
- Factor humano.
- La presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.

Concepto de Daños derivados del trabajo:

(Ley de Prevención de Riesgos Laborales art. 4. 3º)

“Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

Concepto legal de Enfermedad Relacionada con el Trabajo:

El estado de bienestar físico, psíquico y social completo que entendemos por salud, puede verse afectado por la exposición a distintos riesgos en nuestro entorno de trabajo, ocasionándonos enfermedades de origen laboral. Al hablar de las Enfermedades Profesionales hemos tratado una parte de estas dolencias pero, ¿qué hacer con las enfermedades que teniendo una clara relación con el trabajo no son consideradas enfermedades profesionales propiamente dichas al no figurar en la lista y que por el momento se incluyen en el concepto de Accidentes de Trabajo?

Despreciar estas “enfermedades laborales” es un grave error desde el punto de vista humano al menospreciarse un problema que afecta a millones de trabajadores/as, pero también en el ámbito de la Prevención de Riesgos Laborales, ya que éstas nos pueden suministrar una valiosa información sobre las condiciones en que se desarrolla el trabajo, sus deficiencias y posibles soluciones. Su ignorancia implica el rechazo de la realidad del mundo del trabajo hoy en día, en el que cada vez son más frecuentes patologías de origen multifactorial a las que no puede dar respuesta la actual normativa.

Bajo la denominación de enfermedades relacionadas con el trabajo se pretende establecer un sistema que sirva de base para incluir en el cuadro de Enfermedades Profesionales aquellas que, no estando recogidas en el momento actual, puedan llegar a estarlo sin esperar una reforma normativa, dando así cumplimiento a otra de las recomendaciones efectuadas por la OIT, como es el evitar el “números clausus” o lista cerrada.

En el año 1985 la OMS definió la enfermedad relacionada con el trabajo como “aquellos trastornos de salud en los que los riesgos laborales actúan como uno de los factores causales de forma significativa, junto con otros externos al trabajo o bien hereditarios”.

La creación de esta figura viene ampliamente respaldada por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que define con gran flexibilidad los **daños derivados del trabajo** como “las enferme-

dades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo". Comité Mixto OIT/OMS sobre Salud en el Trabajo 1989.

Concepto legal de Accidente de trabajo:

(Ley General de Seguridad Social 1994, Art. 115)

1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.
2. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo: Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.



¿Cómo han evolucionado los dispositivos puestos a disposición de la Sociedad del Trabajo para la atención de la Enfermedad Profesional?

En el esquema siguiente vemos como ha evolucionado el entorno de la enfermedad y el trabajo, con la nueva ley de Prevención de Riesgos Laborales y normativas posteriores, con la no transferencia en materia de Enfermedad Profesional a las Comunidades Autónomas y con el sistema de protección a través de la Ley de Seguridad social y Real Decreto de Ley de Enfermedades Profesionales.



SE AVANZA:

- En el importante fortalecimiento de los recursos destinados a la valoración y seguimiento de la incapacidad.

NO SE AVANZA:

- En la sostenibilidad de operativos de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria de Prevención de Riesgos Laborales.
- En la oferta de mutua cooperación con el Sistema Nacional de Salud.
- En el interés de liderazgo y capacidad de innovación.

SE RETROCEDE:

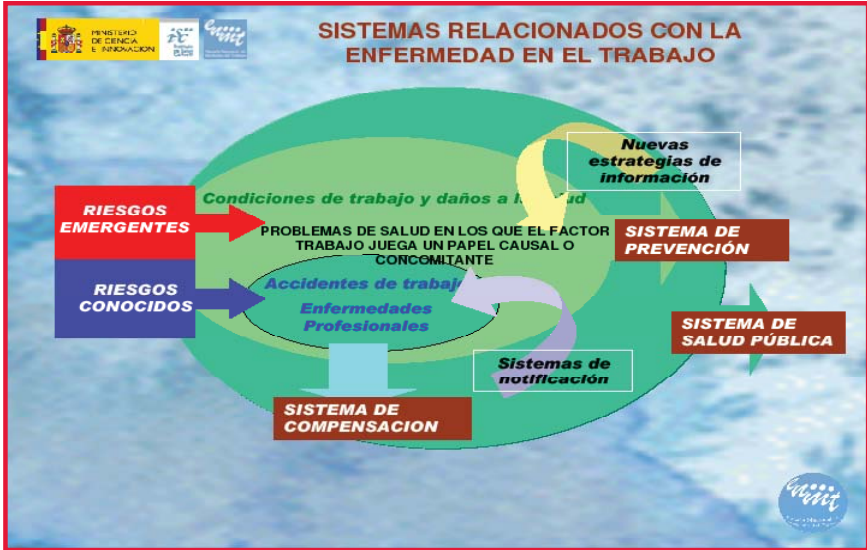
- En la descapitalización de las instituciones de la Administración General del Estado con efectivos en materia de medicina del trabajo externalización de actuaciones que deberían ser propias de la administración.

SISTEMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD EN EL TRABAJO.

En el cuadro siguiente podemos observar el sistema y tipo de relaciones en el que está enmarcada la enfermedad en el trabajo. Partiendo de las condiciones de trabajo y daños que se derivan del tipo y organización del trabajo.

Desde el plano de los sistemas de protección, podemos concluir la existencia de tres sistemas: un Sistema Nacional de Salud (de salud pública), un Sistema de compensaciones y prestaciones de la Seguridad Social y un tercero que es el Sistema de Prevención, cuya interacción veremos como genera ineficiencias en los mecanismos de relación y articulación.

Como ocurre con las enfermedades relacionadas con el trabajo (el concepto de daños derivados del trabajo) que aunque a día de hoy no sea reconocido en el ámbito de la Seguridad Social, ha de ser considerado en el campo de la Prevención de Riesgos Laborales, por su valor indicativo dentro del sistema de notificación.



Por otro lado hay que tener en cuenta la multicausalidad de la enfermedad. En la práctica clínica los factores de riesgo de origen laboral son indisolubles de los factores de riesgos generales.





Otro plano a considerar es que la enfermedad varía con los cambios científico-técnicos y culturales de la sociedad del trabajo: la innovación en los procesos productivos, las nuevas actividades, la evolución de la organización productiva y los cambios en la población trabajadora.

LA ACTUAL REGULACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA VIGENTE EN ESPAÑA.

Tras 28 años de vigencia del RD 1995/1978, estrenamos nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales, lo que supone una nueva clasificación, notificación y registro de las enfermedades profesionales, además, al igual que en el caso de los accidentes de trabajo, se pone en funcionamiento un parte de enfermedades profesionales con su consiguiente registro.

La anterior normativa sobre Enfermedades Profesionales en España supuso en su momento una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de los trabajadores/as.

De las diversas posibilidades existentes en relación a la forma de estructurar el cuadro de Enfermedades Profesionales establecidas en el artículo 8 del Convenio 121 de la OIT, nuestro país optó por el sistema de lista, como la mayoría de los países continentales, excepto el Reino Unido con sistema único de protección. Bastaba con que la enfermedad del trabajador figurara en la lista y que su actividad profesional lo ponga en contacto con el agente nocivo generador de esa enfermedad, tal y como se describía en la lista.

En la actualidad se ha optado por un sistema mixto formado en primer lugar por las enfermedades profesionales actualizadas y en segundo lugar por las enfermedades profesionales en trámite de declaración por parte de la Unión Europea. La gran novedad es que se ha establecido un sistema de actualización en el que participan los dos Ministerios: el de Trabajo y el de Sanidad.

Para clarificar el concepto de lista procedemos a explicar brevemente las tres modalidades de reconocimiento de las Enfermedades Profesionales que se contemplan en el mencionado convenio de la OIT:

- Sistema de Lista: consiste en una lista de enfermedades que serán reconocidas como Enfermedades Profesionales cuando sean contraídas en las condiciones prescritas.

- Régimen de cobertura general o de definición genérica: se basa en una definición general y amplia de las Enfermedades Profesionales.
- Régimen mixto: se trata de partir de una lista de enfermedades en cumplimiento del apartado a), añadiendo una definición general de Enfermedad Profesional o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan bajo condiciones diferentes de las prescritas.

Se recomienda adoptar el régimen mixto, como ocurre en la mayoría de los países, ya que es el más completo; de esta forma a través de la definición genérica se abarcan teóricamente todas las Enfermedades Profesionales y el régimen de lista nos proporciona el origen profesional de la enfermedad y nos indica dónde debe desarrollarse la prevención.

EL NUEVO CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.

El Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social es aprobado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. El cuadro presenta una lista de Enfermedades Profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas.

En consecuencia, la enfermedad derivada del trabajo será profesional cuando esté comprendida en esta lista, cuya ampliación se contempla en la propia norma que admite la posibilidad de incorporar al cuadro nuevas Enfermedades Profesionales por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, todo ello, auspiciado por informe realizado por una comisión de expertos de ambos ministerios.

La decisión de considerar una enfermedad como profesional incluye siempre elementos de política social basados en los conocimientos médicos y científicos del momento que permiten determinar como ciertas enfermedades especiales son causadas por las condiciones existentes en el lugar de trabajo.

El hecho de limitar la Enfermedad Profesional a un cuadro, tiene la finalidad de facilitar su diagnóstico y presunción como tal, al estar claramente demostrado su origen laboral. Como se explica en el documento elaborado por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de 1999, e igualmente por la OIT, el sistema de lista, crea una presunción profesional si dicha afección figura en la misma y se cumplen los restantes requisitos.

Recuerda:

Se admite la posibilidad de incorporar al cuadro de Enfermedades Profesionales nuevas patologías siempre que así lo aconsejen criterios médico-científicos y de política social (siguiendo los procedimientos establecidos en el RD 1299/2006).

Las novedades más significativas con la entrada en vigor del nuevo Real Decreto fueron:

La actualización del listado de enfermedades profesionales, siguiendo la recomendación Europea sobre enfermedades profesionales de 2003, adecua la lista vigente a la realidad productiva actual, así como a los nuevos procesos productivos y de organización:

- Se incluyen todas las patologías vigentes en el cuadro anterior de 1978 y las nuevas patologías recogidas en la Recomendación Europea de 2003.
- 6 Grupos de enfermedad y 96 patologías.
- Estructura de doble lista, recogiendo un listado de patologías cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente y enfermedades cuyo origen profesional se sospecha que su origen puede ser laboral y podría establecerse en el futuro.
- Automática, si se amplía el anexo 1 de la Recomendación Europea.
- Específica, a propuesta del Ministerio de Trabajo en función de la realidad socio-laboral de nuestro país, previo informe favorable del Ministerio de Sanidad y de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Los grandes epígrafes del REAL DECRETO 1299/2006, del Cuadro de Enfermedades es el siguiente:

Grupo 1: Enfermedades Profesionales causadas por Agentes Químicos.

- 21 agentes.

Grupo 2: Enfermedades Profesionales causadas por Agentes Físicos.

- 7 agentes.
- 5 Grupos de Enfermedades relacionadas con postura y movimientos repetidos.
- 1 Nódulos de cuerdas vocales.

Grupo 3: Enfermedades Profesionales causadas por Agentes Biológicos.

- 3 Grupos de enfermedades: Infecciosas, parasitarias y micosis.
- 1 Actividad en la que ocurre la transmisión.

Grupo 4: Enfermedades Profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

- 9 Agentes.
- 2 Familias de sustancias.

Grupo 5: Enfermedades Profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

- 4 grupos.

Grupo 6: Enfermedades Profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

- 16 Agentes cancerígenos.

Los puntos fuertes del cuadro serían:

- La adaptación al progreso de la lista de 1978.
- La convergencia con la recomendación europea.

- La implicación del Sistema Nacional de Salud.
- La armonización de los criterios de calificación.
- Un sistema de información basado en las tecnologías de la información.
- Una mayor diversidad en el perfil de morbilidad.
- Una mayor visibilidad del cáncer ocupacional.
- Una mayor visibilidad de patologías prevalentes (respiratoria, músculo-esqueléticas).
- La incorporación de patologías por sobrecarga de funciones biológicas.

La valoración de UGT al nuevo cuadro de Enfermedades Profesionales.

Pensamos que pese a las innovaciones positivas de este Real Decreto, la lista se queda corta a la hora de afrontar la adaptación a los cambios tecnológicos, a la forma de trabajar y a las nuevas sustancias utilizadas en los procesos productivos.

Debido a la importancia que desde UGT otorgamos a las EE.PP., se ha venido solicitando incansablemente una solución ante la deficiente protección y regulación de las Enfermedades Profesionales y por fin, se consiguió fruto del dialogo social, el REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

A pesar de todo, lo que no podemos obviar es que el actual sistema acusa, tras la última reforma, una serie de **deficiencias** como demuestran los siguientes hechos:

- El vigente cuadro de Enfermedades Profesionales es restrictivo al no recoger algunas de las nuevas dolencias derivadas de riesgos ergonómicos ni reconocer las nuevas patologías derivadas del ámbito psicosocial.
- Respecto a la novedad que supone el Anexo II, nos encontramos con un arma de doble filo, porque es cierto que hay un abanico más amplio y no se reduce únicamente a aquellos agentes que

se determinen en el Anexo I, pero, por otro lado, no sabemos cual será la dificultad a la hora de demostrar que la patología se ha desarrollado en el ámbito laboral. Aún no se sabe el impacto que tendrá la nueva regulación en este aspecto debido al poco tiempo de implantación de la norma.

EL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO ORDEN TAS/1/2007, DE 2 DE ENERO.

Por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

Los facultativos del Sistema Nacional de Salud podrán diagnosticar la existencia de una enfermedad profesional y serán estos y las entidades colaboradoras quienes tramiten la notificación de una enfermedad profesional: Podrán comunicar a la Entidad Gestora, a través de la Consejería de Salud de su Comunidad Autónoma o Inspección Médica, las enfermedades que consideren de origen laboral.

- Los facultativos de los Servicios de Prevención comunicarán al INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) o MATEPS (Mutuas) correspondiente, la existencia de enfermedades profesionales.
- Hay un nuevo modelo de parte electrónico a través de la aplicación CEPROSS.

La modificación de la notificación y registro de las enfermedades profesionales se realizará a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y no a través del empresario como hasta la fecha, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración: El trámite de declaración parte de la Entidad Gestora, INSS o MATEPS.

Se establece en el ámbito de la Seguridad Social **una unidad específica encargada del registro**, análisis e investigación de las EP. Que será llevada a cabo en colaboración con los órganos técnicos, con el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias de las CC.AA.

Con este R.D. se establece la obligación de elaborar entre el Ministerio de Trabajo y Sanidad **una Guía de criterios técnicos** en la que se tenga en cuenta los síntomas y patologías relacionados con la exposición a un agente para ayudar al diagnóstico de una posible relación con una EE.PP.

EL SISTEMA DE PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

En el Sistema de Seguridad Social existe una problemática que plantea su consideración diferenciada en el orden laboral y de prestaciones de la Seguridad Social, entre ENFERMEDAD PROFESIONAL ó ENFERMEDAD COMÚN:

La acción protectora del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social establece unas **PRESTACIONES ECONÓMICAS DERIVADAS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES** que tienen una mayor protección y requieren de menos requisitos que las derivadas de contingencias comunes:

- No se requiere ningún periodo mínimo de cotización para tener derecho a las prestaciones. El subsidio de IT se abona desde el día siguiente al de la baja y su importe será el 75% de la base reguladora.
- El calculo de la IT y demás prestaciones que suele ser más beneficioso en contingencias profesionales que en comunes.
- Los porcentajes de la base reguladora para el cálculo de las distintas prestaciones son más altos en las contingencias profesionales, pudiendo alcanzar el 100% desde el primer día si así se establece por negociación colectiva. Las pensiones se calculan sobre el salario real del trabajador.
- En los casos de muerte y supervivencia se reconoce una indemnización a tanto alzado además de la prestación correspondiente de viudedad y orfandad.
- Los medicamentos son gratuitos.
- Tratamiento medico-farmacéutico gratuito en la contingencia profesional mientras que en el común el enfermo paga el 40% de los medicamentos.
- Recaídas.
- Datos estadísticos de bajas de Mutuas actualizados.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Mecanismos de protección

Incapacidad Temporal (IT)

Contingencias comunes	Contingencias profesionales
Accidente no laboral Enfermedad común	Accidente de trabajo Enfermedad profesional
Requisitos	Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> - Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta - Tener cubierto un período de cotización de 180 días en los cinco años anteriores al hecho causante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta - Por accidente, sea o no de trabajo, y enfermedad profesional: no se requiere período previo de cotización.
Inicio	Inicio
4º día de la baja	Día siguiente al de la baja
Cuantía del subsidio	Cuantía del subsidio
60 por 100 de la base reguladora entre el cuarto y el vigésimo día, y el 75 por 100 a partir del vigésimo primero.	75 por 100 de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja.
Base reguladora	Base reguladora
El cociente de dividir la base de cotización por contingencias comunes del trabajador del mes anterior a la fecha de baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización.	El cociente de dividir la base de cotización por contingencias profesionales del trabajador del mes anterior a la fecha de la baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización (teniendo en cuenta que en el caso de haberse realizado horas extraordinarias se tomará el promedio de las cotizaciones efectuadas por este concepto en los doce meses precedentes).
Duración del subsidio	
<p>La duración máxima será de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. Para la determinación del periodo máximo se computarán los de recaída, así como los períodos de observación. Se considerará que existe recaída de un proceso anterior cuando se trate de la misma etiología y no se haya producido un período de actividad laboral intermedia superior a seis meses.</p>	
Prestaciones farmacéuticas	
Contingencias	
Enfermedad común Accidente no laboral	Accidente de trabajo Enfermedad profesional
La aportación del beneficiario, con carácter general, de los medicamentos no excluidos es del 40 por 100 del precio de venta al público.	Los medicamentos se dispensan de forma gratuita en los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Mecanismos de protección

Incapacidad Permanente

Grados de incapacidad

- Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.
- Incapacidad permanente total para la profesión habitual.
- Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.
- Gran invalidez.

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.

Contingencias

Enfermedad común

Accidente de trabajo
Accidente no laboral
Enfermedad profesional

Requisitos

Requisitos

- Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta.
- Tener cotizados 1.800 días en los diez años inmediatamente anteriores a la fecha en la que se haya extinguido la incapacidad temporal de la que deriva la incapacidad permanente.

- Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta.
- No se exige período de cotización.

Cuantía del subsidio

La prestación consiste en una indemnización a tanto alzado, cuya cuantía es igual a veinticuatro mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo de la prestación de incapacidad temporal de la que se deriva la incapacidad permanente, que se hace efectiva a partir de la correspondiente resolución.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Incapacidad permanente total para la profesión habitual. (I)

Contingencias

<p>Enfermedad común</p>	<p>Accidente de trabajo Accidente no laboral Enfermedad profesional</p>
<p>Requisitos</p>	<p>Requisitos</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Si el sujeto causante tiene menos de treinta y un año de edad, la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los dieciséis años y la del hecho causante de la pensión. - Si el causante tiene cumplidos treinta y un año de edad, la cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que se haya cumplido los veinte años y el día en que se hubiese producido el hecho causante, con un mínimo, en todo caso, de cinco años. Al menos la quinta parte del período de cotización exigible deberá estar comprendida dentro de los diez años inmediatamente anteriores al hecho causante. Las fracciones de edad del beneficiario en la fecha del hecho causante que sean inferiores a medio año no se tendrán en cuenta, y las que sean superiores a seis meses se considerarán equivalentes a medio año, excepto en el caso de beneficiarios con edades comprendidas entre los 16 y los 16 años y medio. - A efectos de completar el período mínimo de cotización exigido, se computarán, a favor de la trabajadora solicitante de la pensión, un total de 112 días completos de cotización por cada parto de un solo hijo y de 14 días más por cada hijo a partir del segundo, éste incluido, si el parto fuera múltiple, salvo si, por ser trabajadora o funcionaria en el momento del parto, se hubiera cotizado durante la totalidad de las dieciséis semanas o, si el parto fuera múltiple, durante el tiempo que corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta - No se exige período de cotización alguno.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Incapacidad permanente total para la profesión habitual. (II)

Cuantía del subsidio

La prestación consiste en una pensión, cuya cuantía es igual al 55 por 100 de la base reguladora, que se puede incrementar en un 20 por 100 más para los mayores de 55 años, cuando por su falta de preparación y por las circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual, lo cual se denominaría incapacidad permanente total cualificada.

Base reguladora	Base reguladora
<p>Por enfermedad común:</p> <p>Si el período de cotización exigido es igual o superior a ocho años el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores a aquel en que se produzca el hecho causante. Las bases correspondientes a los veinticuatro meses anteriores a aquel en que se produzca el hecho causante se computarán en su valor nominal, las restantes se actualizarán de acuerdo con la evolución que haya experimentado el índice precios al consumo (IPC) desde los meses a que aquéllas correspondan hasta el mes inmediato anterior a aquel en que se inicia el período de bases no actualizables.</p> <p>Por accidente no laboral:</p> <p>La base reguladora será el cociente de dividir por 28 la suma de las bases de cotización del interesado durante un período ininterrumpido de veinticuatro meses elegido por éste dentro de los siete años inmediatamente anteriores a la fecha del hecho causante.</p>	<p>Por accidente de trabajo o enfermedad profesional:</p> <p>El cociente de dividir por 12 los siguientes sumandos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sueldo diario multiplicado por 365 días. <ul style="list-style-type: none"> - Pagas extraordinarias. - Beneficios o participación en los ingresos computables percibidos en los doce meses anteriores. - Pluses y retribuciones complementarias, incluidas horas extraordinarias, percibidos en los doce meses anteriores, dividido por el número de días realmente trabajados y multiplicado por 273, salvo que el número de días laborales efectivos en la actividad de que se trate sea menor, en cuyo caso se aplicará el multiplicador que corresponda.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo

Si el trabajador está en alta o en situación asimilada a la de alta:

Contingencias

Enfermedad común

Accidente de trabajo
Accidente no laboral
Enfermedad profesional

Requisitos

Requisitos

Se exige el mismo período de cotización que para la incapacidad permanente total.

No se exige período de cotización.

Si el trabajador no está en alta ni situación asimilada a la de alta:

Cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad común o accidente no laboral, tener cotizados quince años, de los cuales, al menos, la quinta parte debe estar comprendida dentro de los diez años inmediatamente anteriores al hecho causante.

Cuantía del subsidio

La prestación consiste en una pensión cuya cuantía es igual al 100 por 100 de la base reguladora.

Base reguladora

- Si el beneficiario está en alta o situación asimilada, la base reguladora se calcula aplicando íntegramente las reglas señaladas anteriormente para el caso de la incapacidad permanente total.
- Si el beneficiario no está en alta o situación asimilada, por enfermedad común o accidente no laboral, la base reguladora será el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores a aquel en que se produzca el hecho causante. Las bases correspondientes a los veinticuatro meses anteriores a aquel en que se produzca el hecho causante se computarán en su valor nominal, las restantes se actualizarán de acuerdo con la evolución que haya experimentado el índice de precios al consumo (IPC) desde los meses a que aquellas correspondan hasta el mes inmediato anterior a aquel en que se inicia el período de bases no actualizables. Al resultado obtenido, en el supuesto de enfermedad común, se le aplicará el porcentaje que corresponda en función de los años de cotización de acuerdo con la escala prevista para la jubilación, considerándose a tal efecto como cotizados los años que le resten al interesado, en la fecha del hecho causante, para cumplir la edad de 65 años. En el caso de no alcanzarse los 15 años cotizados, el porcentaje aplicable será el 50 por 100. A esta base reguladora se le aplicará el porcentaje previsto para el grado de incapacidad reconocida y se obtendrá la cuantía de la pensión.

LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LAS EE.PP. Y DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO.



Dentro del sistema de prestaciones de la Seguridad Social, podemos distinguir el tipo de gestión que se lleva a cabo entre las contingencias comunes y profesionales:

¿Cómo se lleva a cabo la gestión de los AA.TT. y de las EE.PP.?

- Las contingencias profesionales pueden gestionarlas el INSS, una MATEEPPSS o la propia empresa autorizada para colaborar en la gestión.
- Si el empresario opta por la Mutua, ésta se encargará de la gestión y protección de las contingencias profesionales asumiendo las prestaciones económicas y sanitarias.

- Corresponde a la empresa emitir el parte de contingencia en caso de AT y a la Mutua en caso de EE.PP. (nuevo parte 2007).

¿Quién determina la contingencia profesional?

En el caso de IT: el INSS, la Mutua o la empresa colaboradora que tenga encomendada la cobertura de las contingencias profesionales.

- En el caso de Incapacidad Permanente: el INSS si tiene atribuida la cobertura, si la tiene una Mutua, ésta hará una propuesta y el INSS decide en última instancia.
- En caso de Muerte y Supervivencia: el INSS o la Mutua que tenga la cobertura de contingencias.

¿Qué hacemos si no estamos de acuerdo con la contingencia declarada?

- En los casos de IT o IP, si el expediente está aún en trámites solicitar por escrito en cualquier momento ante la Dirección Provincial del INSS un proceso de determinación de la contingencia.
- El Equipo de Valoración de Incapacidades emitirá un dictamen propuesta sobre el carácter común o profesional de la contingencia.

Impugnación del alta médica.

- En cumplimiento del Art. 69 de la Ley de Procedimiento Laboral en el momento en que el médico de la Mutua (o el de la Seguridad Social) nos da el alta, y no estamos de acuerdo con la misma, ésta se puede impugnar.
- El alta se impugna ante el Director Provincial mediante reclamación previa en vía administrativa en los 30 días siguientes a la fecha en que se notifica el alta médica.

- Si posteriormente a la reclamación previa en vía administrativa ésta es negativa o inexistente se puede acudir a la vía judicial a través del Juzgado de lo Social, y en el plazo de dos meses, a contar de la notificación o desde el transcurso del plazo en que deba entenderse desestimada.

¿Cómo se protegen especialmente estas contingencias profesionales?

- Se facilita el acceso a la protección:
 - Se presume el alta del trabajador por cuenta ajena.
 - No hay período mínimo de cotización.
- Se otorga una protección reforzada:
 - La Gestora anticipa la protección cuando el trabajador no está de alta.
 - El subsidio de IT se abona desde el día siguiente a la baja: el 75% de la base reguladora.
 - En caso de muerte o supervivencia, además de la prestación, indemnización a tanto alzado (seis meses de la base reguladora para la viuda y un mes para los huérfanos).

LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA IT POR EL INSS.

Respecto al control de la gestión de la IT realizado por el INSS, hasta ahora ha sido igual para todos los territorios y no ha incidido de forma diferente en las CC.AA., provincias o sectores de actividad con un incremento de procesos IT.

También, durante estos años, no se ha realizado un análisis de la situación, identificando la morbilidad de la población trabajadora. La falta de datos esenciales hace que la gestión realizada hasta ahora haya sido ineficaz porque, al ignorar la causa de los incrementos sobre la media, no se puede atender a soluciones ó a que el organismo competente informe sobre la causalidad/morbilidad que la provoca.

Otro aspecto a destacar es la falta de coordinación administrativa entre entidades gestoras y Servicio Público de Salud, hecho que se agrava desde el 2001 con las transferencias definitivas del Ministerio de Sanidad a las CC.AA., así la labor que hasta entonces hacía el Ministerio de Sanidad con respecto a la Inspección Sanitaria se diluye y, en la actualidad, se desconoce el control y la actividad que ejerce sobre la prestación.

LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA IT POR LAS MUTUAS.

LAS MUTUAS son entidades Colaboradoras, no entidades gestoras de la Seguridad Social creadas como asociaciones empresariales sin ánimo de lucro, “con el principal objeto de colaborar en la gestión de lo Social”, como indica el art. 68 de la LGSS, y por tanto, no se las puede considerar como Entidades Gestoras, a pesar de que la Administración ha ido realizando modificaciones, a través de las Leyes de acompañamiento de los Presupuestos Generales, encaminadas a dar mayores competencias a las Mutuas para el control de la gestión de la IT.

Aunque no se dispone del adecuado estudio epidemiológico de las causas por la que enferma la población trabajadora, de los datos de que disponen sobre las Mutuas, la Inspección de determinadas CC.AA. y los estudios de reputados investigadores (véase el Informe de Salud Laboral 2004 elaborado por Federico Durán y Fernando G. Benavides), sí se puede inferir que en torno al 30% de las patologías de IT por contingencias comunes tienen un origen laboral.

Por tanto, incrementan el gasto de la IT común, de tal modo que si las Mutuas hubieran realizado un adecuado Servicio de Prevención podrían haber paliado o prevenido la Incapacidad de los trabajadores afectados.

Esta actividad de la IT tiene que ser propia de la Seguridad Social.

La Oficina de Información y Reclamaciones de las Mutuas.

Es una oficina de quejas virtual, con la participación de los Sindicatos y no actuará como trámite administrativo. Deberían evitar litigar y llegar a acuerdos. Lógicamente la causa no es otra que el funcionamiento como “reinos de Taifas” en su colaboración con la Seguridad Social.

Hay que tener presente que las Mutuas, dentro de la atención sanitaria, dedican aproximadamente un 65% a la gestión y un 12-35% es atención sanitaria.

La Oficina de Atención al Usuario de Mutuas (OAUM) de UGT.

Con el fin de coordinar internamente las consultas e incidencias que se gestionan en nuestra Organización y coordinar con la Secretaría de Estado de Seguridad Social, a través de su propia Oficina de Atención la gestión de todas estas incidencias conseguiríamos que ésta sea eficiente y efectiva.

La idea es que la OAUM se coordinará con las Mutuas y con la Seguridad Social con el fin de examinar el estado de la cuestión siempre que sea conveniente, así como para analizar o cerrar casos pendientes. En estas reuniones se buscarán acuerdos para agilizar las gestiones y dar mejor servicio a los usuarios, a través de un Protocolo de actuación.

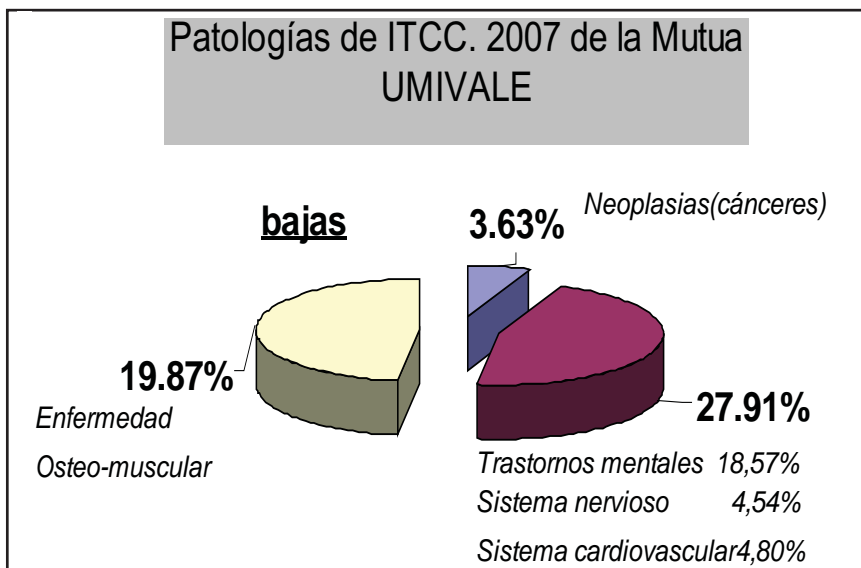
INDICADORES DE PATOLOGÍAS POR ITCC.

Desde la visión de prestación económica de la gestión de las contingencias comunes por baja de Incapacidad Temporal, hemos recogido indicadores de patologías causantes de éstos que pueden ser ilustrativos de las disfunciones y falta de integración en el sistema preventivo.

Datos comparativos de patologías Mutua UMI.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Trastornos Mentales	8,45	9,45	12,36	14,22	14,31	11,19	11,52
Trastornos mentales -Sistema nervioso -Sistema Cardiovas.	19,08	20,41	22,60	23,04	22,57	19,31	19,63
Osteomuscular	18,78	19,80	23,31	22,36	22,57	22,97	23,15
Neoplasias	3,25	3,13	3,25	3,22	3,58	2,87	2,77
Procesos	14.143	18.870	19.571	23.679	27.987	29.996	35.680
Sin diagnóstico	0	0	50,59	64,23	68,50	56,22	61,09

Patologías de ITCC. 2007 de la Mutua UMIVALE



Fuente: Mutua UMIVALE (enero a septiembre 2007 sobre 1.775.926 sucesos).

Este tipo de enfermedades no se encuentran recogidas en las habituales estadísticas de siniestralidad de accidentes de trabajo en los sectores de la FeS. Aun así podemos dar cuenta de su importancia a través de la información que aportan los indicadores de

daños de la Mutua UMIVALE, sobre bajas de incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) durante el año 2007 y respecto a 1.775.926 sucesos diagnosticados en empresas de servicios representativas del ámbito de la FeS. Se destaca en el cuadro adjunto, que el 27,91% de las bajas corresponden a trastornos mentales, sistema nervioso y sistema cardiovascular y un 19,87% a enfermedades osteo-musculares.

Datos comparativos de patologías ITCC-Mutua UMIVALE:

	2005	2º trimestre 2009
Trastornos Mentales / Psiquiatría	11,52 %	15,9 %
Trastornos mentales -Sistema nervioso -Sistema cardiovasc.	19,63 %	22,2 %
Osteomuscular /trauma y reumatología	23,15 %	33 %
Neoplasias	2,77 %	4,6 %
Sin diagnóstico	61,09 %	22 %

Datos de patologías ITCC- Mutua Intercomarcal 2001:

Por trastornos mentales	Mujeres	14,42 %
	Hombres	8,29 %
Por Sistema nervioso	Mujeres	4,30 %
	Hombres	5,13 %
Aparato circulatorio	Mujeres	2,24 %
	Hombres	4,81 %



De los datos de bajas por IT realizados por la Mutua Universal en 2003, sobre 3.125 bajas, destacan los aspectos siguientes:

- La DEPRESIÓN es la segunda causa de baja por IT en España.
- El 54 % eran mujeres y el 46 % hombres.

LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA EMPRESA SEGÚN LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES:

De los reconocimientos a la Vigilancia de la Salud.

Con la aprobación de la LPRL (Ley de Prevención de Riesgos Laborales), se establece un cambio radical: se sustituyen los reconocimientos médicos periódicos por un concepto nuevo, la Vigilancia de la Salud.

Esta, se puede definir como: “la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud” .

1. Entendemos por **vigilancia de la salud de los trabajadores** un conjunto de actuaciones sanitarias, referidas tanto a individuos como a colectividades, con el fin de conocer su estado de salud para aplicar dicho conocimiento a la prevención de riesgos en el trabajo.
2. A los efectos de vigilancia de la salud por prevención de riesgos en el trabajo, entendemos todas aquellas acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo con el fin de evitar que éstas repercutan negativamente en la salud de los trabajadores.

La Vigilancia de la Salud Laboral se tiene que realizar a dos niveles: individual (reconocimientos médicos, historial médico-clínico, detección de trabajadores/as sensibles a determinados riesgos, etc.) y colectivo (estudios epidemiológicos, investigación de daños, detención de nuevos riesgos, etc.).



De esta forma la Vigilancia de la Salud nos debe permitir conocer, simultáneamente, el estado de salud de los trabajadores/as (nivel individual) y de la empresa (nivel colectivo), lo que nos facilita la planificación de la actividad preventiva, estableciendo prioridades y pudiendo comprobar la eficacia de las medidas preventivas adoptadas, evidentemente, con la coordinación y colaboración del resto de especialidades preventivas.

Así en el art. 14 de la LPRL se establece que:

“Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”, siendo por tanto, una obligación recíproca para el empresario:

“En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales, mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa, la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la

seguridad y la salud de los trabajadores, con las especialidades que se recogen en los artículos siguientes en materia de plan de prevención de riesgos laborales; evaluación de riesgos; información; consulta y participación y formación de los trabajadores; actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente; vigilancia de la salud y mediante la constitución de una organización y de los medios necesarios en los términos establecidos en el capítulo IV de esta Ley.”

Pese a que muchos aspectos de la Vigilancia de la Salud están regulados, hay dos aspectos fundamentales que no lo están de una forma clara y concreta, como son el Contenido y la Periodicidad de los reconocimientos y pruebas sanitarias que hay que realizar para que dicha Vigilancia esté garantizada.

Siguiendo con el art. 37 del RSP encontramos una posible respuesta sobre el contenido de los reconocimientos médicos:

“...La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, establecerán la periodicidad y contenidos específicos de cada caso.”

En el Acuerdo de negociación colectiva ANC - 2003 ya se recogía que los Reconocimientos médicos generales, no sustituyen, ni deben confundirse con los exámenes de salud y que se debe “Avanzar en la paulatina sustitución de los mismos por exámenes de salud específicos dirigidos a un cumplimiento adecuado de la normativa vigente”, así como que el “el ámbito idóneo es el sectorial más amplio posible, sin perjuicio de la conveniencia de la revisión sobre reconocimientos médicos inespecíficos que pudieran existir en ámbitos inferiores”.

Actividades de Vigilancia de la Salud de los trabajadores en función de los riesgos laborales en el marco de las actividades de prevención (art. 22 y 31 de la LPRL, y art. 4, 5, 6, 9, 37, 38 y 39 del RSP).

ACTUACIÓN
COORDINADA DE LAS
DISCIPLINAS

Diseño preventivo de puestos de trabajo
Identificación y evaluación de riesgos
Plan de prevención
Formación de trabajadores

VIGILANCIA DE LA
SALUD

INDIVIDUAL	Médico clínica	Exámenes de salud	Diagnóstico sanitario preventivo
		Indicadores biológicos	Cribaje
	Anamnesia	Encuestas de salud	
COLECTIVA	Epidemiológica	Indicadores de salud	
		Investigación de daños	
PRIMEROS AUXILIOS			

ATENCIÓN
DE
URGENCIA
(caso de que
haya presencia
física)

INDIVIDUAL	Consejo sanitario
	Inmunizaciones
COLECTIVA	Programas sanitarios
	Asesoramiento sanitario

Ámbito de las actividades de Vigilancia Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Actuación coordinada de las disciplinas	<ul style="list-style-type: none"> *Diseño preventivo de puesto de trabajo *Identificación y evaluación de riesgos *Plan de prevención *Formación de trabajadores 		
Vigilancia de la salud	Individual	Médico Clínica	<ul style="list-style-type: none"> *Examen salud *Indicadores biológicos
		*Anamnesia	Encuestas de salud
	Colectiva	Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> *Indicadores de salud *Investigación de daños
Atención de Urgencia	Primeros auxilios		
Promoción de la salud laboral	Individual		
	Colectiva		

Identificación de colectivos en la Vigilancia de la Salud: En los protocolos ya vienen fijados algunos sectores y profesionales afectados, por ejemplo las neuropatías por presión en el Sector de Limpieza; sin embargo se está produciendo un reduccionismo metodológico por parte de las empresas en la identificación de puestos de trabajo y colectivos de riesgo por motivos de coste. Así se han identificado protocolos básicos periódicos **no oficiales**, como forma de evitar la lista de colectivos de riesgo específico.

La vigilancia colectiva como nueva dimensión.

- Toda Vigilancia de la Salud debe tener **una proyección colectiva** por lo que la información producida debe incorporarse a bases de datos generales que permitan su agregación para proveer indicadores para los profesionales sanitarios del SS.PP., y debatir el tratamiento epidemiológico de los datos sanitarios individuales:
 - Indicadores autorizados.
 - Criterios de recogida.

- Análisis.
- Interpretación.
- En suma es un método epidemiológico para la relación patología y trabajo para “mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo”.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS: Investigación de Accidentes de Trabajo, Enfermedades Profesionales y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo.

Otro aspecto novedoso será exigir la realización de estudios epidemiológicos y de investigación como nueva dimensión de la Vigilancia de la Salud al objeto de **elaborar indicadores de salud** de los trabajadores que ayuden a relacionar la causa y el efecto y por lo tanto la gravedad de los riesgos.

- Este aspecto es nuevo en cuanto a las funciones a desarrollar por el área de Vigilancia de la Salud de acuerdo a la LPRL, y tampoco viene aplicándose en términos generales: estadísticas de la Vigilancia de la Salud al objeto de relacionar las causas con los efectos, tanto de los reconocimientos como de los estudios de investigación epidemiológicos de los daños.

La Ley General de Sanidad de 1986 en su art. 8 considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria. La LPRL ratifica estos principios en el ámbito concreto de la salud laboral en su art. 10. Asimismo el Real Decreto 1993/1995 que regula la colaboración de las Mutuas de AA.TT., establece que “los registros de reconocimientos médicos y de contingencias que se especifican en el presente reglamento, deberán estar en todo caso a disposición de las autoridades sanitarias”.

Y, finalmente, el Reglamento de los Servicios de Prevención en su art. 39 de Información Sanitaria, dispone que los servicios de prevención colaborarán con las autoridades sanitarias para prever el sistema de información sanitaria en salud laboral; así como las CC.AA. en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán desarrollar el citado sistema de información sanitaria.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el 17 de diciembre de 1998 el Sistema Informático de Información Sanitaria en Salud Laboral (SISAL) por el cual se define la información mínima que los Servicios de Prevención deberán remitir a las autoridades sanitarias, con periodicidad anual, con la finalidad de determinar por consenso dicho conjunto mínimo de datos procedentes de los centros de trabajo, la exposición y daños de las plantillas respecto a los agentes físicos, biológicos, factores ergonómicos, factores psicosociales y riesgos de AA.TT, así como del tipo de contrato y enfermedad.

Con relación al nuevo sistema de recogida y registro de accidentes de trabajo, el parte de accidentes (Plan Delta de tratamiento informático) amplia y recoge, entre otras mejoras, las nuevas variaciones y actualizaciones del mercado de trabajo: pertenencia a otras empresas (contrata o subcontrata, usuaria de ETT), accidente en desplazamiento en jornada laboral aparte de los de in-itinere y desglose a tres dígitos de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE, 93), al objeto de recoger con mayor desagregación los datos de siniestralidad por sectores y el tipo de contrato del accidentado, etc.

El sistema de información en riesgos laborales SISAL.

- Como resultado de la mesa de dialogo social, del Grupo de trabajo de la Vigilancia de la Salud.
- La Ley 14/1986 Ley General de sanidad en su art. 8 considera como actividad fundamental del sistema sanitario “la realización de estudios epidemiológicos”.
- La LPRL ratifica estos principios en sus artículos 10,11 y 13.

- El Reglamento de los SS.PP. en su art. 39 sobre **información sanitaria** para la colaboración entre el SS.PP. y las autoridades sanitarias: “un conjunto mínimo de datos se establecerá por el Monasterio de Sanidad previo acuerdo con las CC.AA. e interlocutores sociales”.
- Según la Orden del 8-5-2003.
- Ante la necesidad de establecer un modelo unificado y homogéneo de **memoria de actividades** respecto de la prevención de riesgos laborales.
- Cuestionario código A.16- Actividad: Investigación de los daños para la salud de los trabajadores AA.TT. y EE.PP. y seguimiento estadístico de la siniestralidad registrada.
- Indicadores:
 - Número de AA.TT. ocurridos.
 - Número de AA.TT. investigados.
 - Número de EE.PP. declaradas.
 - Número de EE.PP. investigadas.
 - Investigación de otros daños para la salud: especificar daño y numero de investigaciones.

La memoria y programación anual de los Servicios de Prevención.

El RSP en su art. 15.5 se refiere a la exigencia de que *“la empresa deberá elaborar anualmente y mantener a disposición de las autoridades laborales y sanitarias competentes la memoria y programación anual del Servicio de Prevención a que se refiere el párrafo d) del apartado 2 del art., 39,2-d de la Ley de Prevención”*, que dice: en el ejercicio de sus competencias el Comité de Seguridad y Salud estará facultado para *“conocer e informar la memoria y programación anual de los Servicios de Prevención”*.

Como articulación de los estudios epidemiológicos necesarios, y según el desarrollo del SISAL, los Servicios de Prevención deberán remitir a las autoridades sanitarias, con una periodicidad anual y en base a determinar por consenso el conjunto mínimo de datos procedentes de los centros de trabajo: la exposición y daños de

las plantillas respecto a los agentes físicos, biológicos, factores ergonómicos, factores psicosociales y riesgos de AA.TT., así como del tipo de contrato y enfermedad.

Ya alguna Comunidad Autónoma, como la de Canarias (Orden de 8-5-2003), ha legislado los contenidos y datos mínimos a consignar en las memorias anuales de los Servicios de Prevención (ver contenido en la Revista Prevención y Salud Laboral de la FeS núm.. 59).

Cabe resaltar el hecho de que la memoria debe ser informada por el Comité de Seguridad y Salud, es decir, debe discutirse su contenido, los datos e indicadores de la gestión de la vigilancia de la salud realizada, a la vez que la programación anual del plan de prevención integral a desarrollar.

En el ámbito de cada Mutua cabe exigir en las Comisiones de Control, la desagregación estadística referida por sectores de actividad.

Por tanto, debemos exigir que en la memoria anual que debe presentar el Servicio de Prevención al Comité de Seguridad y Salud y a la Autoridad laboral sanitaria, se detallen las conclusiones estadísticas de la Vigilancia de la Salud desarrollada, tanto de los reconocimientos como de los estudios de investigación y epidemiológicos de las bajas por IT, AA.TT y EE.PP. . El objeto de esta nueva dimensión de la Vigilancia de la Salud es el de elaborar indicadores de salud de los trabajadores que ayuden a relacionar la causa y el efecto y por lo tanto la gravedad de los riesgos, especialmente para aquellos riesgos ergonómicos y psicosociales.

En concreto debe solicitarse indicadores estadísticos de las bajas comunes (IT) y su desglose por tipo de enfermedades incluyendo las de factores psicosociales, y tipo de colectivos afectados, como ya vienen realizando algunos Servicios de Prevención.

En la Ley de Igualdad ya se recogen las exigencias de indicadores estadísticos por género, que hasta ahora las Mutuas no venían recogiendo en las estadísticas de salud y bajas.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS.

La realidad existente, sin embargo, en la mayoría de las empresas, nos indica que la Vigilancia de la Salud apenas se ha desarrollado hasta ahora más allá de los reconocimientos médicos generales o inespecíficos.

En primer lugar por la falta de voluntad política de las Administraciones Públicas para hacer cumplir la LPRL y, en concreto, el contenido del art. 37 del RSP que establece unos contenidos mínimos:

“Los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral, en la que además de los datos de anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas. Deberá constar igualmente, en caso de disponerse de ello, una descripción de los anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes en los mismos, y tiempo de permanencia para cada uno de ellos”.

- A partir de 2003, los reconocimientos médicos tendrán que ser específicos, es decir, en función de los riesgos a los que esté expuesto el trabajador/a y según los protocolos médicos aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con las excepciones establecidas en el párrafo anterior.

Responsabilidades y sanciones: no hay que olvidar que el art. 12 del Real Decreto Legislativo 5/2000, texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS), establece como infracción grave: “No realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan conforme a la normativa sobre prevención

de riesgos laborales, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados”.

La VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2007, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), dentro de las conclusiones generales y sobre la **Vigilancia de Salud** dice: “Por otra parte, más de la mitad de los trabajadores pasaron un reconocimiento médico el pasado año; otro 8% tuvo la opción de pasarlo pero no la ejerció. Y casi cuatro de cada diez trabajadores no se les ofreció esta posibilidad por parte de su empresa. Entre este colectivo se encuentran empresas de menos de 10 trabajadores (39´8%), trabajadores con contrato temporal (48´8%), colectivo de mujeres (54%) y de otra nacionalidad (45´3%)”.

Dentro de la valoración de los trabajadores sobre la utilidad del reconocimiento médico casi una cuarta parte de los entrevistados considera que los reconocimientos médicos que se les han realizado no están relacionados con los riesgos de su puesto de trabajo.

En otro orden de cosas, tenemos que valorar la iniciativa de la Mesa de Diálogo Social en materia de Prevención de Riesgos Laborales con la aprobación de la **Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2007/2012 (EESST)**, donde dentro del Objetivo 2: Mejorar la eficacia y la calidad del sistema de prevención y en el punto 2.6 sobre la Vigilancia de la Salud, acuerdan:

Medidas para reforzar la Vigilancia de la Salud y la especialidad de Medicina del Trabajo:

- Se promoverá la actualización de los criterios básicos sobre los recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención, tomando en consideración los problemas detectados en el periodo transcurrido desde la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Se elaborará una guía básica y general de orientación de las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores.

- Se establecerá una guía que permita facilitar la valoración de las actuaciones sanitarias de los servicios de prevención y el impulso de su mayor presencia e incardinación en los propios Servicios de Prevención.
- Se promoverá e impulsará la formación de la especialidad de Medicina del Trabajo, dentro del sistema de formación de residencia, de manera que pueda incrementarse el número de especialistas conforme a las necesidades de la prevención de riesgos laborales.
- Se promoverá que la especialidad de Medicina del Trabajo sea asumida por la empresa con recursos propios, especialmente en las empresas de más de 500 trabajadores, de acuerdo con las medidas establecidas en el apartado 2.1.

A estos efectos se revisarán las exigencias de los artículos 15 y 19 del Reglamento de los Servicios de Prevención, de manera que puedan autorizarse fórmulas mixtas de organización de los recursos sanitarios, todo ello de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo y dentro de una reflexión profunda sobre la problemática de la subcontratación de actividades y su limitación.

En la EESST en su capítulo II. Diagnóstico de la situación de la Prevención de Riesgos Laborales en España, y dentro de los **aspectos negativos** hace mención: “Se ha prestado más atención a la seguridad que a la salud de los trabajadores, de forma que la **vigilancia de la salud de los trabajadores no ha dado plena satisfacción a las previsiones contenidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales**”.

También fija como aspectos negativos que deben mejorarse: la **calidad de las actividades preventivas** y en esta línea el Objetivo 2, según la normativa vigente, dice que el empresario podrá recurrir al apoyo o refuerzo de especialistas ajenos a la empresa (servicios de prevención ajenos) cuando sus propios medios, su competencia, resulten insuficientes para ello. En la práctica, casi **3 de cada 4 empresas españolas han optado por un Servicio de Prevención Ajeno**.

A este respecto y desde la óptica Sindical, la actuación de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA), en las PYMES y microempresas, ha dejado mucho que desear, limitándose en la mayoría de los casos a la elaboración de documentos justificativos de acciones que no se han realizado, tales como la evaluación de riesgos o planes de prevención.

Asimismo, la EESST contempla que “Deben ponerse en marcha igualmente acciones que favorezcan la eficacia y calidad de los Servicios de Prevención Mancomunados (SPM)”, tales como las siguientes:

- La constitución de un SPM no decidida en el marco de la negociación colectiva deberá ser comunicada con carácter previo a la autoridad laboral, quien podrá formular requerimientos sobre la adecuada dotación de medios humanos y materiales.
- Las empresas que tengan obligación legal de disponer de servicio de prevención propio no podrán formar parte de servicios de SPM constituidos para las empresas de un determinado sector, aunque sí de los constituidos para empresas del mismo grupo.

A continuación dice que la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas establecerán unos criterios de calidad y eficacia exigibles a los SPA y SPM.

Estos criterios, estarán basados en “ratios” de medios humanos y materiales e instalaciones de los que deben disponer en función del número de trabajadores, el tiempo de respuesta para los servicios requeridos, los criterios de calidad del servicio y la peligrosidad de las actividades de las empresas con las que tuvieran suscritos conciertos.

Los criterios serán negociados con los interlocutores sociales y con las entidades representativas de los SPA y refrendados por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



En el marco de la Estrategia Española de Seguridad y Salud, el Objetivo 2 y sus líneas de actuación, podemos resumir campos y perspectivas de la Vigilancia de la Salud con escasos avances:

- Los servicios de prevención ajenos y la privatización de la salud.
- La coordinación interdisciplinar y el Servicio de Prevención Integral.
- La integración de la vigilancia en los Planes de Prevención.
- Vigilancia de la Salud en casos de subrogación.
- La Vigilancia de la Salud y protección de trabajadores con contratos temporales: la cartilla sanitaria.
- La vigilancia de la salud y el nuevo Real Decreto 171/2004 sobre subcontratación de actividades económicas.

LAS ERT EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA: VISIÓN ACTUAL EN LOS DIFERENTES SECTORES DE LA FeS.

La Vigilancia de la Salud y los Convenios Colectivos:

Hay que resaltar que están muy extendidas las cláusulas de los convenios de ámbito nacional de la FeS-UGT, cuya existencia viene de muy atrás, recogiendo la obligatoriedad de reconocimientos anuales y que están en proceso de adecuación a la normativa de la Ley de Prevención.

Convenios Colectivos de ámbito nacional de la FeS-UGT:

<p>EXIGENCIA DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS</p>	<p>PERIODICIDAD ANUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAJAS DE AHORRO • ARTES GRÁFICAS • PRENSA NO DIARIA • AUDIOVISUAL (TÉCNICOS) • INST. ACUÁTICAS • E. FINANCIEROS DE CRÉDITO • FOTOGRAFÍA • TELEMARKETING • SEGURIDAD • MEDICACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS
---	---------------------------	---

Está muy extendida la inclusión de cláusulas sobre la exigencia de reconocimientos médicos periódicos en convenios de Sectores de FeS-UGT de ámbito nacional:

Convenios Nacionales de sectores de FeS-UGT con cláusulas de reconocimientos médicos:

SECTOR	NÚMERO DE TRABAJADORES AFECTADOS	SECTOR	CONVENIOS	CON CLÁUSULA R.M.	%
Ahorro	107.000 + 16400 Cooperativas	Ahorro	5	1	20
Artes Gráficas	164.500 (Incluido Prensa y Revistas 63.500)	Artes Gráficas	42	3	7
Banca	114.000	Banca	2		
Comunicación	63.500	Comunicación	283	38	13
Limpieza y Servicios	300.000	Limpieza y Servicios	293	58	20
Seguros Oficinas y Despachos	1.100.000-50.000 Mediac. Inmb, 50.000 Telemarketing, 140.000 Informática y Consul 25.000 Ingenierías, 7000 Gestorías	S.O.D.	204	14	7
Seguridad	107.000	Seguridad	20	1	5
TOTAL		TOTAL	849	115	13,5

Frente a la extensión anterior, son muy minoritarias otras cláusulas sobre la Vigilancia de la Salud en los convenios de Sectores de FeS-UGT, que las recogen:

TIPO DE CLÁUSULA	CONVENIO	COMENTARIO
Definición de Enfermedad de Trabajo	Ayuda a Domicilio	(Existe la intención de investigar las EE.PP.)
Confidencialidad de Datos Médicos	*Ayuda a Domicilio *Desinfectación	
Revisión Médica Anual	BBK	Para trabajadores de Informática y operadores de teclado

En relación a la distribución de convenios de ámbito territorial con cláusulas relativas a exigencia de prestación del 100% en caso

de baja por Incapacidad Temporal por contingencias comunes, esta bastante extendida en todos los tipos de convenios:

ÁMBITO	TOTAL CONVENIOS	CONVENIOS CON 100% IT	%
Estatal	46	23	50,00%
Comunidad Autónoma	81	40	49,38%
Pluriprovincial	6	1	16,67%
Provincial	145	81	55,86%
Empresa	1132	738	65,19%
TOTAL	1410	883	62,62%

LA DEJACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL CONTROL DE LA SALUD LABORAL.

El sistema de alerta de Enfermedades Profesionales (CEPROSS).

Dentro del Sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social) existe un sistema de alerta, que ofrece la posibilidad de detectar en tiempo real focos de riesgos de enfermedades profesionales en centro de trabajo que superan los límites de siniestralidad establecidos para cada grupo de enfermedad profesional, con el objetivo de poder localizar posibles “focos de riesgo” de Enfermedades Profesionales y facilitar una mayor eficacia en las acciones de prevención.

Hay que mencionar las limitaciones de este sistema de alerta únicamente a aquellas enfermedades profesionales incluidas en el anexo 1 del cuadro, de modo que queda fuera, desde una visión preventiva, el resto de enfermedades del trabajo y que son precisamente éstas las que mas afectan a los Sectores de la Federación de Servicios de UGT.

Por otro lado, hay que poner de relieve que históricamente el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Sanidad no se han coordinado, han ido cada uno por su lado, como ejemplo de ello fue el caso de la OSME (la Organización de los Servicios Médicos de Empresa) bajo el ámbito competencial del Ministerio de Sanidad. Posteriormente se estableció el SISAL (Sistema de Información en Salud Laboral) bajo el ámbito competencial y regulatorio de las CC.AA. de los datos mínimos a presentar de las memorias de actividades de los SS.PP.

Hoy se están dando adaptaciones de protocolos de salud, al margen de los oficiales, para cumplir con las exigencias sin control sobre los mismos.

También existe una falta de coordinación y regulación para integrar los datos epidemiológicos del Sistema Nacional de Salud y los de Salud Laboral, como parte de la SALUD PÚBLICA, desde una visión de riesgos y enfermedades laborales, de manera armonizada y periódica.

EL CONTROL DEL ABSENTISMO.

En los últimos Gobiernos del Partido Popular en colaboración con las Mutuas, se han desarrollado normativas sobre el control del absentismo, bien a través de programas internos en las empresas “llamados de discapacitados”, ó bien directamente por parte de las Mutuas que tiene subcontratada el control económico de la prestación; que de manera sistemática fiscalizan mediante llamadas y reconocimientos médicos a trabajadores en baja por Incapacidad Temporal por contingencias comunes. Ante la presión sindical el Ministerio de Trabajo recientemente ha publicado una Orden Ministerial IN/41-2009 fijando la compensación por transporte en situación de baja.

Los trabajadores que reciban asistencia sanitaria derivada de un Accidente Laboral o de una Enfermedad Profesional tendrán derecho a ser resarcidos por las entidades gestoras de la Seguridad Social, o en su caso las mutuas, de lo que les cueste el transporte,

incluido el taxi, cuando se estén desplazando para recibir dicha asistencia.

La Orden en cuestión acaba con esta falta de previsión normativa y establece que el coste del desplazamiento de los trabajadores que reciban asistencia sanitaria como consecuencia de un accidente o una enfermedad profesional será compensado por la entidad gestora a o la mutua “como parte integrante de la prestación de asistencia sanitaria”.

La norma precisa que, para su compensación, la utilización de dichos medios de transporte debe ser prescrita por el correspondiente facultativo por razón médica o autorizada por la entidad gestora o la Mutua cuando venga motivada por la inexistencia de otro medio de transporte. Además, la Orden contempla un segundo artículo por el que las entidades gestoras o las mutuas tendrán también que hacerse cargo de los gastos de transporte que puedan originarse cuando se cite a los trabajadores afectados por accidentes laborales, enfermedades profesionales o contingencias comunes, para realizarles un examen o una valoración médica.

La sub-declaración ó infra-declaración de EE.PP.

Podemos sintetizar ó enumerar las causas de la no declaración permanente de la EE.PP. en España:

- Negación de la empresa por la exigencia legal de investigación por la Inspección de Trabajo.
- Por la sistemática derivación de casi toda la patología relacionada con el trabajo por las Mutuas a Enfermedad Común, esté o no incluida en el cuadro oficial de EE.PP.
- La propia dificultad científica de demostrar la relación causa-efecto de patología y trabajo.
- La falta de formación de las profesiones sanitarias (médicos, enfermería) en factores de riesgo laboral.

- El conflicto de intereses entre empresarios y trabajadores para evaluar la relación con el trabajo de la patología.
- La falta de normativa con una visión preventiva, delimitada únicamente para atender un sistema de protección de prestaciones económicas.

La errónea calificación de las Enfermedades Profesionales como enfermedades comunes también tiene consecuencias sobre el gasto sanitario que pasa a ser soportado por el Sistema de Salud Pública, cuando en realidad correspondería a las entidades con quien se haya concertado cubrir la protección de las contingencias profesionales.

1. En segundo lugar, ya desde la perspectiva preventiva, la declaración de una Enfermedad Profesional va a obligar a la investigación de sus causas y a la revisión de las condiciones de trabajo por parte de la empresa. Se trata de una obligación legal del empresario ante la producción de daños a la salud de los trabajadores/as, lo que indica la insuficiencia de las medidas preventivas adoptadas hasta el momento.

Una errónea concepción de la prevención puede llevar a “camuflar” estos supuestos, que al tratarse como enfermedad común pierden su capacidad de mejora de la acción preventiva no solo en la empresa, sino también a la hora de diseñar políticas de salud laboral a gran escala.

2. Se explica de este modo el fenómeno de la subdeclaración de las Enfermedades Profesionales que producía el anterior sistema y que pone de manifiesto la poca fiabilidad de los datos sobre incidencia de Enfermedades Profesionales que actualmente manejamos.

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y DEL TRABAJO DESDE LOS SECTORES DE LA FeS: LA VISIBILIDAD DE LAS ENFERMEDADES DEL TRABAJO EN CADA SECTOR.

* Por el Sector Financiero, de Seguros y Oficinas y Despachos.

Las enfermedades profesionales en el Sector Financiero.

Si nos basamos en los datos oficiales, tanto de Enfermedades Profesionales como de Accidentes de Trabajo, podríamos llegar a la falsa conclusión que estamos en un sector eminentemente sano y sin accidentes. Nada más lejos de la realidad.

Si bien es cierto, que nuestro sector tiene un bajo índice de siniestralidad comparado con otros sectores y habitualmente los accidentes que se producen suelen ser leves, no debemos olvidar que entre los riesgos propios del sector hay algunos con consecuencias muy graves, incluso mortales, como puede ser el atraco. Igualmente los datos están confirmando un aumento de los accidentes de tráfico, la mayoría de ellos “in itinere” pero también en misión, debido fundamentalmente a la dispersión de los centros de trabajo o a su ubicación en zonas de extrarradio, mal comunicadas, que obligan a utilizar el transporte particular, pues las empresas pocas veces colaboran en buscar soluciones de carácter colectivo.

Lo que si podemos constatar es que el nuevo listado de Enfermedades Profesionales no recoge prácticamente ninguna de las enfermedades reales que sufrimos los trabajadores del sector, de ahí las raquíticas cifras que arrojan las estadísticas oficiales. Aquí si nos gustaría realizar una pequeña acotación pues es muy posible que incluso patologías que sí están recogidas en el listado de EE.PP. se estén tramitando como enfermedad común, pues realmente donde se puede hacer un cribado de estas situaciones sería desde las especialidad de Vigilancia de la Salud de los Servicios de Prevención, pero la mayoría de ellos están, en la práctica, en

manos de las MATEPSS, cerrándose un círculo perverso de difícil solución.

Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

La imagen habitual de nuestro trabajo es el de una actividad limpia, cómoda y segura, pero este, como muchos otros estereotipos, es engañoso. La implantación masiva, en las tres últimas décadas, de nuevas tecnologías ha provocado profundos cambios en el sector; hemos pasado de la máquina de escribir y la sumadora al ordenador y el correo electrónico, de trabajos eminentemente administrativos a trabajos puramente comerciales. Paralelamente a estos cambios en el modelo productivo se han modificado los riesgos laborales del sector, los comúnmente llamados riesgos emergentes y por ende, las enfermedades asociadas a los mismos.

La utilización generalizada de ordenadores ha generado un aumento de las tareas repetitivas, con altas exigencias físicas y psíquicas, modificando las partes del cuerpo que se ven afectadas con mayor frecuencia por alteraciones traumáticas, como son el cuello y los miembros superiores, pero no exclusivamente; las muñecas sufren las consecuencias directas de la utilización prolongada de teclados y ratones, como son la tendinitis, la tenosinovitis y el síndrome del túnel carpiano. Pero el uso generalizado de Pantallas de Visualización de Datos (PVD) también está generando fatiga visual, cansancio ocular, dolores de cabeza y al final, pérdida de visión.

Lo que podría tenerse como una ventaja, el trabajar toda la jornada sentado, se convierte en otra fuente de problemas. Las fuerzas de compresión que actúan sobre la columna vertebral en esta posición, pueden provocar la inflamación de músculos, tendones y articulaciones. Algo similar sucede con la parte posterior de los muslos, su continua compresión por el borde de la silla reduce la circulación sanguínea y aumenta los trastornos circulares en pies y piernas.

Riesgos ambientales.

Generalmente el diseño de oficinas e incluso en los grandes centros, siguen criterios meramente estéticos o de definición de marca corporativa: posteriormente se adaptan los diferentes puestos de trabajo, si se puede. Esta preponderancia del diseño sobre la ergonomía genera numerosos problemas: Temperatura inadecuada, escasa o nula renovación del aire, iluminación deficiente, ruido ambiental elevado, etc.

Aunque algunos de estos riesgos puedan ser solo motivo de disconfort, su interacción entre sí o con otro tipo de riesgos, si pueden ser el desencadenante o el motivo del agravamiento de una dolencia previa. Habitualmente las oficinas de cajas de ahorro y bancos están cerrados herméticamente por razones de seguridad, lo que frecuentemente es sinónimo de problemas de renovación de aire; esto sumado a mantenimientos inadecuados de los sistemas de ventilación, utilización de productos de limpieza, etc., nos da como resultado un campo de cultivo abonado para que, trabajadores con problemas alérgicos padezcan cuadros de hipersensibilidad.

Lo mismo sucede con la iluminación deficiente: su interacción con el trabajo con PVD agravará los problemas de visión o la combinación de los ruidos generados por teléfonos, impresoras o fotocopadoras impedirán una correcta concentración en el trabajo o elevarán los niveles de estrés de aquellos que los padezcan.

Organización del trabajo y riesgos psicosociales.

Los factores de riesgos psicosociales son los derivados de la organización del trabajo, siendo una de las principales causas del estrés, desencadenante principal de la primera causa por muerte en los países industrializados: las enfermedades cardiovasculares.



Siempre se nos ha argumentado por parte de los responsables médicos de las empresas que las enfermedades cardiovasculares y el infarto de miocardio en particular, responden a causas multifactoriales como dieta, ejercicio físico, antecedentes familiares, etc., que no podemos vincular estas patologías a una sola causa como el estrés.

Lo primero que queremos aclarar una vez más, es que el estrés en sí mismo no se debe considerar como algo perjudicial para nuestro organismo: al contrario un nivel moderado y esporádico puede ser positivo. Hay que recordar que el estrés es simplemente una respuesta adaptativa de nuestro organismo frente a un reto o situación de riesgo, la clave está en poder mantener el control.

¿Cuándo se convierte el estrés en enfermedad? Los expertos distinguen tres fases consecutivas:

Fase de alarma. El organismo responde a los estímulos externos alterando nuestro metabolismo, libera una serie de hormonas como son la adrenalina y la noradrenalina, glucocorticoides y mineralocorticoides como “mensajeros” del cerebro al resto de zonas de nuestro cuerpo para hacer frente a esa situación de riesgo.

Fase de resistencia. Esta es la fase clave: nuestro organismo se adapta a las nuevas demandas y de forma progresiva vuelve a su estado normal. Pero si las demandas externas se mantienen de forma prolongada, nuestro organismo es incapaz de resistir por mucho tiempo y se produce la fase siguiente.

Fase de extenuación. El estrés persiste o es severo. Se produce un gran deterioro en nuestras defensas por lo que somos más vulnerables a las enfermedades.

Con relación a las enfermedades cardiovasculares hay dos puntos clave:

- En primer lugar hay estudios experimentales que demuestran que el estrés aumenta los niveles de colesterol en sangre, de ácidos grasos libres y de triglicéridos.

- En segundo lugar, el estrés aumenta la coagulabilidad sanguínea lo que claramente puede contribuir a la enfermedad coronaria.

Como afirma con rotundidad la Fundación Española del Corazón: *“La relación entre el estrés, (o para ser más precisos, el sobre-estrés) y las enfermedades de corazón está más allá de toda duda. Pero es algo remediable. Hay que asumir la existencia del estrés y hay que poner toda la voluntad en controlarlo y en responder de una manera constructiva que evite la ansiedad”.*

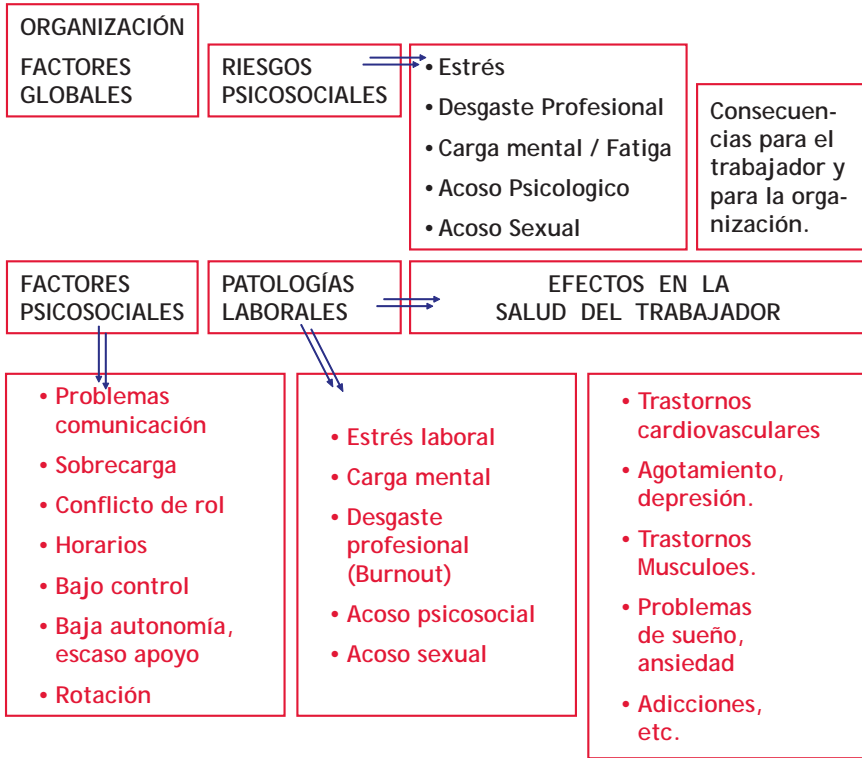
Para poder evitar el riesgo cardiovascular debemos aprender a interpretar las señales de alarma que nuestro organismo nos envía como pueden ser: tensión muscular, ansiedad, alimentación excesiva, depresión, dificultad para concentrarse, insomnio, irritabilidad, dolores de cabeza, etc.

Actualmente el estrés es uno de los factores de más alto riesgo en las enfermedades cardiovasculares, por tanto debemos tratar no solo de controlarlo sino de prevenirlo.

Ciñéndonos al estrés laboral, la primera pregunta que nos deberíamos de hacer es: ¿Merece la pena el esfuerzo que estamos realizando?. El primer paso para controlar y manejar la situación de estrés que nos está minando la salud es localizar el origen. En segundo lugar, aprender a decir no. Es importante saber establecer los límites y no asumir más responsabilidades que las que realmente podemos afrontar.

Cuidar nuestra alimentación y realizar algún tipo de ejercicio físico ayuda también a combatir el estrés pero, sobre todo, ser conscientes que necesitamos tiempo para nuestra vida personal y familiar, y recordar que el trabajo solo es un medio de vida no el sitio donde nos vamos a dejar la vida.

ESQUEMA DE RIESGOS PSICOSOCIALES



Violencia en el lugar de trabajo.

Como recuerda la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo en sus publicaciones, se está produciendo un incremento generalizado de la violencia en el lugar de trabajo, sobre todo en el Sector Servicios.

En primer lugar, debemos aclarar que cuando nos referimos a violencia en el lugar de trabajo nos estamos refiriendo a todos los actos de violencia " exterior" como pueden ser insultos, amenazas o todo tipo de agresiones, físicas o psicológicas, practicadas por *personas ajenas a la organización en la que se trabaja, para distinguirla del hostigamiento entre compañeros (Mobbing).*

Dentro de los sectores productivos más afectados por este tipo de violencia está el Sector Financiero por razones evidentes. En primer lugar, el hecho de manejar y distribuir dinero en efectivo siempre ha situado a las oficinas bancarias como objetivo preferente de los delincuentes; a esta circunstancia hay que añadir un segundo elemento, el contacto directo con clientes, que multiplica el riesgo de sufrir este tipo de violencia.

De los cinco factores de riesgo más frecuentes que enumera la Agencia Europea, cuatro encajan perfectamente en la realidad de nuestro Sector:

- Manipular dinero en efectivo.
- Trabajo en solitario. Las plantillas de las oficinas bancarias tienden cada vez a ser más reducidas.
- Contacto con clientes. Desde situaciones potencialmente conflictivas, como la concesión o denegación de créditos, hasta el contacto con personas bajo los efectos del alcohol o las drogas.
- Organizaciones con mala gestión. Las oficinas bancarias tienen que hacer frente, cada vez con mayor frecuencia, a resolver reclamaciones que ellos no han generado o sobre las que apenas tienen poder de gestión o resolución.

Las posibles consecuencias de estas situaciones son muy diversas, desde la desmotivación y la insatisfacción, a situaciones de estrés agudo o en última instancia, la muerte como -por desgracia a veces ha sucedido- consecuencia de un atraco.

Para hacer frente a esta situación la Agencia propone una serie de medidas prácticas encaminadas a combatir la violencia en el lugar de trabajo.

La prevención del daño tiene lugar a dos niveles. En el primer nivel, el objetivo consiste básicamente en evitar que se produzcan actos de violencia, o al menos reducirlos. En el segundo nivel, si ya se ha producido un acto de violencia, hay que prestar apoyo a la persona que lo ha sufrido. Con este apoyo se intentará reducir al máximo los efectos perjudiciales del incidente y prevenir los

sentimientos de culpa que pueden aparecer en la víctima después de un acto de agresión, los cuales pueden impedir que lo denuncie.

Antes del acto violento.

El objetivo es prevenir la violencia detectando los peligros, evaluando los riesgos y adoptando medidas preventivas cuando sea necesario. Habrá que tener en cuenta cómo está organizado el trabajo y el entorno en el que se desarrolla. Otro aspecto de la prevención es la formación e información de los trabajadores.

Minimización del daño tras los incidentes violentos.

Es importante contar con procedimientos bien conocidos que se puedan seguir en caso de que se produzca algún incidente violento (Protocolos de Actuación).

El objetivo básico es evitar nuevos daños y limitar los perjuicios sufridos.

En este marco, es importante:

- No dejar solo al trabajador que haya sido víctima de la violencia, o que haya presenciado algún acto de violencia, en las horas posteriores a los acontecimientos.
- Que los jefes se involucren, se muestren comprensivos y apoyen a la víctima.
- Prestar a la víctima apoyo psicológico inmediatamente después de los hechos y más adelante en caso de estrés postraumático: sesiones informativas, asesoramiento, etc.
- Prestar ayuda a la víctima para gestiones administrativas y judiciales (denuncias, acciones judiciales, etc.).
- Informar a los demás trabajadores para evitar que se propaguen rumores.



- Revisar las evaluaciones de riesgos para averiguar qué medidas suplementarias se requieren.

El incidente se deberá investigar a fondo, dentro de un ambiente de “no culpabilización” para la víctima. Se deberán registrar los hechos, incluidos los incidentes de orden psicológico y hacer una evaluación de cómo sucedió a fin de poder mejorar las medidas de prevención.

El riesgo de atraco en el Sector Financiero.

Tras más de una década en la que el número de atracos en el Sector Financiero disminuía de forma constante, en el año 2002 se produjo un nuevo repunte que se está repitiendo en los últimos años.

Se pueden apuntar varias causas para explicar este incremento. En primer lugar, el aumento del número de oficinas de bancos y cajas de ahorro. Pero en este proceso de apertura hay un cambio cualitativo: las nuevas oficinas se abren con un gran déficit de plantilla, son habituales las oficinas con dos trabajadores; esta situación aumenta la vulnerabilidad de las sucursales, convirtiéndolas en objetivos prioritarios para los delincuentes. Otra de las posibles causas de este aumento es la presencia, cada vez mayor, de bandas organizadas de atracadores con experiencia en conflictos bélicos y sumamente violentos.

Por tanto, y desde un punto de vista preventivo, aunque la probabilidad pueda haber disminuido, la gravedad de las consecuencias ha crecido de forma exponencial, lo que hace más urgente la toma de medidas que prevengan este riesgo laboral. Las secuelas producidas por un acto de extrema violencia como lo es el atraco, generan situaciones de estrés postraumático en las personas que lo han sufrido y que pueden llegar a situaciones invalidantes para el trabajo habitual.

Hace años, desde UGT, venimos exigiendo que se considere el atraco como un riesgo laboral y por tanto se debe incorporar a la

Evaluación de Riesgos Laborales y al Plan de Prevención de cada Empresa.

La sentencia del Tribunal Supremo que, aunque en principio solo afecta al Sector de Ahorro, se debe convertir en el punto inflexión para conseguir una de nuestras principales reivindicaciones.

* **Por el Sector de Comunicación Social, Cultura y Deporte.**

Riesgos de Salud Laboral específicos del Sector:

En el Deporte, destacan las lesiones músculo-esqueléticas por repetición de movimientos físicos, así como la manipulación de productos químicos para el mantenimiento de las instalaciones.

En el ámbito del cine, televisión y espectáculo en general, citaremos:

- Manipulación de animales.
- Manipulación de fuego real.
- Equipos de seguridad antiincendios.
- Armas blancas y de fuego.
- Iluminación y equipos eléctricos en general.
- Pirotecnia.
- Humo y niebla artificiales.
- Decorados y atrezzo en general.
- Vestuario y maquillaje (inadecuación, alergias).
- Rodaje en exteriores (factores no controlables).
- Rodajes con/en agua.
- Uso de vehículos de motor como coches, motos, barcos y helicópteros.
- Acrobacias y vuelo de actores.
- Especialistas y combates simulados.

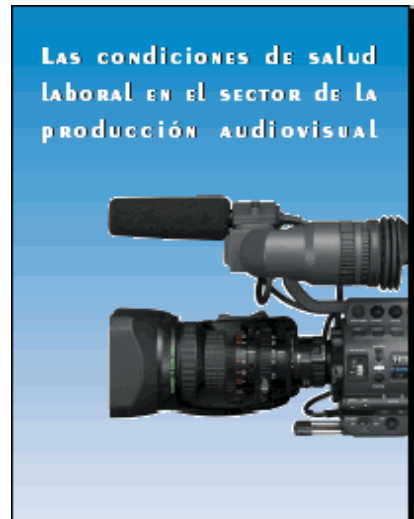
- Escenarios inclinados y/o resbaladizos (especial riesgo para los bailarines).
- Temperatura y radiación ultravioleta.
- Ventilación.
- Sonido y niveles de ruido.
- Alcohol y drogas.

El sector audiovisual.

Constituye una de las áreas de mayor crecimiento de la economía europea y uno de los principales mercados de ámbito global. Hay que tener en cuenta que es un sector que se desarrolla en base a la progresiva introducción de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, lo que suele aparejar cambios técnicos y humanos sustanciales. El paisaje empresarial, profesional, laboral y las vías de acceso al sector y de permanencia en el mismo, son parte importante de esos cambios.

Este sector tiene una característica muy determinada: su fragmentación en múltiples subsectores, cada uno de los cuales tiene peso y relevancia muy específica. No obstante, como resultado de la evolución tecnológica de las telecomunicaciones se está produciendo un proceso de convergencia de los subsectores que componen la industria audiovisual. Esta homogeneización produce que las empresas del sector tengan una **polivalencia sectorial**, que les permite responder a demandas diferentes de cada actividad a desarrollar.

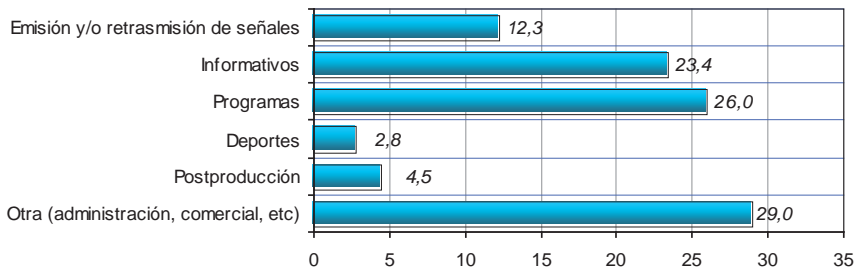
La tecnificación de los procesos productivos conlleva una pérdida del "saber hacer" de los trabajadores. Las nuevas tecnologías que en principio simplifican y



aceleran los procesos productivos generan una sobrecarga de trabajo, ya que desaparecen empresas y puestos de trabajo como efecto de la incorporación de aquéllas y se asignan funciones cada vez más variadas y numerosas a los trabajadores.

Por un lado, la consolidación de las grandes producciones genera una concentración de perfiles en un momento dado; y, por otro lado, como un reverso de la misma moneda, una fuerte estacionalidad laboral para otros períodos de tiempo. En otras palabras, acumulación de trabajo en un lapso de tiempo relativamente corto, y falta de trabajo en períodos relativamente largos. Esta situación impacta directamente sobre el grado de homogeneidad del perfil laboral del sector, consolidando, a su vez, varios perfiles: el del trabajador autónomo, el del trabajador polivalente y el del trabajador especializado. En términos generales, se considera que uno de los elementos de consolidación del sector han sido las producciones para la televisión, pero bajo condiciones de precariedad temporal y laboral.

ÁREAS O SECCIONES DE TRABAJO Porcentajes



La evolución y cambios de las formas de organización y ejecución del trabajo en el sector audiovisual están modificando el perfil general de las ocupaciones del sector, lo que genera la necesidad de conocer mejor el tipo y alcance del cambio así como sus potenciales efectos sobre las condiciones de salud de los trabajadores del sector.

Como actividad del sector servicios los riesgos más prevalentes entre los empleados de audiovisuales deben buscarse en el ámbito

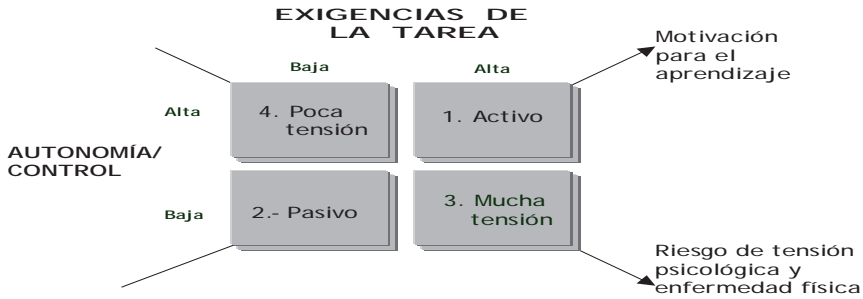
de los denominados riesgos emergentes, esto es los relacionados con las posturas de trabajo y los factores psicosociales o de carga mental.

Los elementos a priori más importantes de la organización del trabajo de un empleado de audiovisuales que pueden ocasionar estrés, esto es los factores psicosociales más influyentes parecen, del lado de las exigencias, la atención permanente y el ritmo intenso que no hace sino sumar fatiga. Por su parte, el factor capaz de contrarrestar eficazmente la tensión derivada de unas altas exigencias, según el modelo que venimos comentando es la autonomía, el grado de control sobre los pormenores diarios de su tarea. Para estos trabajadores sometidos en su proceder diario a premuras y condicionamientos ajenos, sin posibilidad de ajustar su jornada, duración y ordenación a sus necesidades, el grado de autonomía se presume reducido.

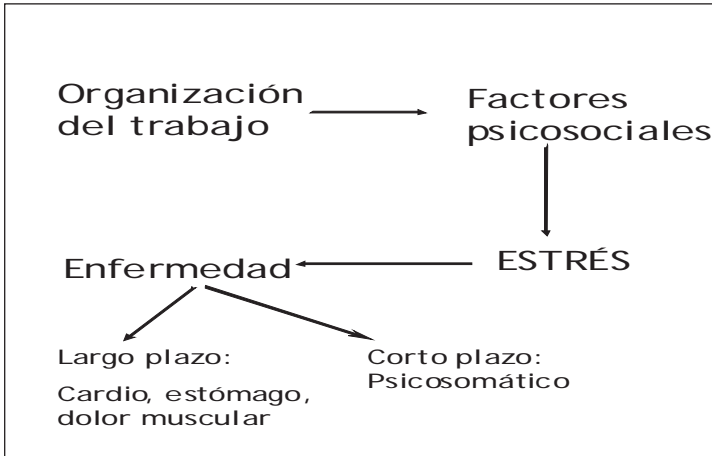
La Salud Laboral y las condiciones de trabajo.

La percepción global de los riesgos en un principio aparece algo indiscriminada respecto a su naturaleza, pero en un segundo nivel emerge la diferenciación entre riesgos físicos y riesgos psicológicos. En términos generales, la valoración de los trabajadores es de signo negativo, aún con reconocimientos parciales de los avances o cumplimiento de las normas de prevención en algunas actividades de algunas empresas, sobretodo las grandes, y / o con fuerte representación sindical.

En cualquier caso, en todos los casos, el cambio incluye el de la naturaleza de los riesgos, o mejor dicho, el de la jerarquía de éstos. No desaparecen los riesgos tangibles derivados directamente de los medios y las condiciones materiales, pero se secundarizan con relación a los riesgos menos tangibles, cuyos factores de origen son múltiples y muy heterogéneos entre sí, aunque vinculados en términos generales con la organización del trabajo y el contenido real del puesto o función: los riesgos psicosociales.



Fuente: Karaseck. *Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo*. OIT. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Pg: 34.7



Pero, con cierta independencia de la naturaleza de los riesgos, se consideran aquellos elementos de contexto que obstaculizan el arraigo de una cultura de prevención en el conjunto del sector audiovisual, en especial en las numerosas empresas que han surgido en los últimos años.

Una impresión común es que la conciencia preventiva se consolida a partir de determinados años de antigüedad que atemperarían esa cultura del riesgo asociada a algunas funciones del sector. La cuestión es que la creciente movilidad que caracteriza al sector produce esa antigüedad casi exclusivamente en los grandes difusores, y los perfiles laborales de trabajadores jóvenes o muy

jóvenes con tendencia al riesgo o a minusvalorarlo en aras de una supuesta profesionalidad, es lo que tiende a predominar.

Esta tendencia, se manifiesta sobretodo en el trabajo en el exterior. El Reportero Gráfico, el Operador de Cámara, el Periodista que trabajan en la calle. Los trabajadores que llevan a cabo una actividad muy representativa o característica del sector. Ahí se pueden condensar algunos riesgos muy puntuales cuando se cubren situaciones arriesgadas por naturaleza: conflictos, manifestaciones, guerras. Pero esa cara potencialmente violenta y con alto riesgo del trabajo en la calle no es lo cotidiano.

Otro grupo de riesgos más determinados por la propia actividad es el que se deriva de la actividad de **los Técnicos de Mantenimiento**: los medios de transporte (“camiones monstruosos”), el desplazamiento por carretera, las prisas por llegar, el estrés por los plazos (“tienen que tener todo montado a una hora”). Y, por último, la actividad en sí misma, como montar estructuras de cierta complejidad, y a ciertas alturas. “Este sector de mantenimiento es el que corre más riesgos en su día a día”.

Los perfiles más técnicos del sector como Electricistas, Sonidistas, Iluminadores, tienden a señalar las contingencias del día a día en el trabajo, la multiplicidad de tareas, las prisas para ejecutarlas, la exposición a riesgos graves, que serían, sin embargo, controlables en origen con mínimos de compromiso empresarial con la prevención.

Los límites de la actividad preventiva, según la experiencia de los Delegados de Prevención y la valoración sobre ésta, provienen de la conjunción de factores de índole diversa: desde las variables estructurales o reguladoras (tipo y tamaño de empresa, perfil de actividad, contenido de las tareas) hasta las variables instrumentales (estilo directivo, compromiso empresarial, conciencia preventiva, compromiso de la inspección).

La percepción del cambio, en las empresas grandes, donde otras condiciones de trabajo básicas están garantizadas, como regulación de la jornada o retribución salarial igual o por encima del convenio sectorial, apunta a un elemento de índole subjetiva: el

reconocimiento de la cualificación profesional, la consideración de un perfil laboral por sus características más específicas, no reductibles al denominador común de la “categoría profesional”. El cambio incluye el de la naturaleza de los riesgos, o mejor dicho, el de la jerarquía de éstos. Como ya hemos señalado, no desaparecen los riesgos tangibles derivados directamente de los medios y las condiciones materiales, pero se valoran más controlados en origen, con relación a los riesgos psicosociales vinculados en términos generales con la organización del trabajo y el contenido del puesto de trabajo.

La planificación de las tareas y la necesidad de especializar el perfil profesional para atemperar la polivalencia creciente del sector, son dos de los elementos claves para intentar trabajar en condiciones seguras, saludables y controlando los potenciales factores de tensión que pueden surgir, sobretodo vinculados al ritmo de trabajo y a la necesidad de satisfacer en tiempos récord ciertos tipos de demanda, especialmente las originadas en el ámbito de la información pública.

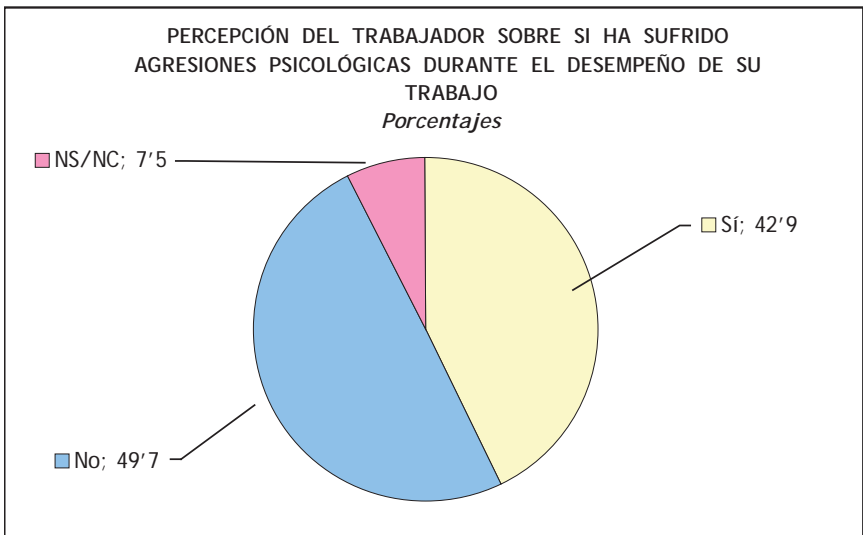
La prevención formal y la prevención real.

El amparo normativo representado por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, siendo muy importante, no asegura la puesta en práctica de los dos ejes básicos establecidos por la Ley: el compromiso empresarial y la participación de los trabajadores. En cuanto al primero, el perfil densificado del tejido empresarial con la proliferación de nuevas empresas con ámbitos de actividad heterogéneas, así como la creciente externalización de muchas de las funciones o actividades por parte de las empresas grandes y tradicionales del sector, representa un obstáculo para el cumplimiento efectivo y eficaz del compromiso empresarial. Aún en los casos en que las condiciones de trabajo y de salud y seguridad de los trabajadores están amparadas por el marco del convenio de empresa (que en todos los casos mejora el convenio del sector), hay grietas que debilitan esa protección normativa, reduciendo su eficacia real.

Así se valora por aquellos trabajadores con responsabilidades en el ámbito de la prevención y, en algunos casos, partícipes también de las comisiones paritarias de sus respectivas empresas. Grietas por donde se escapa sobre todo la salud y la seguridad de los trabajadores de las empresas externas o subcontratadas.

En cualquier caso, contar con un marco normativo regulador como un convenio de empresa es un punto de partida imprescindible para evaluar el grado de cumplimiento de lo establecido en el ámbito de la salud laboral y la formación en la misma tal como establecen la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En cuanto al segundo eje, la participación de los trabajadores también prevalece una visión crítica, en el sentido de señalar los límites de la conciencia preventiva, de la formación necesaria en ese ámbito y de las contingencias en los centros de trabajo que obstaculizan una participación activa y sostenida en el tiempo. La defensa de unas condiciones de salud y seguridad es a veces vivida como una amenaza al puesto de trabajo, lo que dificulta mucho la labor de los delegados de prevención.

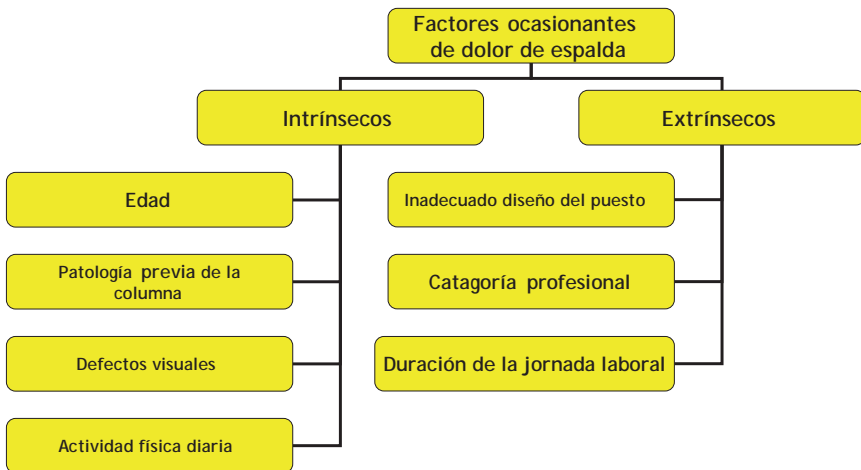


Fuente: Estudio sobre condiciones de trabajo del Sector Audiovisual. Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (FPRL) realizado en 2006.

Las consecuencias del trabajo en la salud.

Posiblemente en la práctica diaria clínica en medicina del trabajo, los problemas osteomusculares sean los que con más frecuencia pueden observarse. El trabajo prolongado con pantallas de visualización o en la posición de sedente o bien en bipedestación continuada produce un incremento en la tensión muscular de los grupos paravertebrales. En el caso de desarrollar el trabajo de forma sentada podemos encontrar el hecho de que el objeto de la tarea se encuentra situado en el plano vertical en el caso de pantallas de visualización, al contrario que en el trabajo clásico de oficinas que se encuentra en el plano horizontal, esto obliga a un mayor esfuerzo muscular de los grupos extensores cervicales. Habiéndose comprobado mediante estudios electromiográficos un mayor grado de relajación muscular cuando el objeto de la tarea se sitúa en el plano horizontal.

Existen una serie de factores que influyen en la aparición de problemas osteomusculares, unos pueden ser intrínsecos, propios del individuo y en otros casos pueden ser ajenos a él. Pudiendo apreciarlos en el gráfico tabla correspondiente:



Se ha comprobado que los problemas de algias posturales esta-to-dinámicas son más frecuentes en el sexo femenino, así como

cuando hay una duración prolongada del trabajo alta y no se realiza una actividad física extralaboral.

La columna se ve agredida, en términos generales, cuando:

- Nos mantenemos mucho tiempo en la misma posición, ya sea de pie, sentado o acostado.
- Adoptamos determinadas posturas que aumentan sus curvas fisiológicas.
- Realizamos grandes esfuerzos, o pequeños, pero muy repetidos.
- Realizamos movimientos bruscos o adoptamos posturas muy forzadas.

Conclusiones y recomendaciones.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales garantiza a todos los trabajadores, con independencia de su ocupación, relación laboral, género, edad u otras circunstancias, un mismo nivel de protección frente a los riesgos laborales, tanto si ocasionan accidentes, enfermedades profesionales como otras patologías más o menos específicas relacionadas con el trabajo. Para ello, asigna al empresario la obligación de evaluar, con medios propios de la empresa o bien contratándolos externamente, los riesgos presentes en los puestos de trabajo o funciones que puedan suponer un daño a la salud de los trabajadores. Estas actividades evaluadoras exige la norma (Reglamento de los Servicios de Prevención) que sean realizadas por profesionales con variada cualificación y con cierto grado de participación de los trabajadores afectados.

Si bien todos los tipos de riesgos debe ser objeto de atención a fin de ser identificados y posteriormente en su caso, evaluados, lo cierto es que en la práctica esta actividad se circunscribe a la identificación de los riesgos más conocidos; esto es los que ocasionan accidentes y en menor medida ciertos tipos de enfermedad. Ello es así porque se da una mayor conciencia social y empresarial respecto a los costes que suponen estos daños. Por el contrario, se obvia a menudo otros que gozan de menor consenso social como

son los riesgos de carácter ergonómico y psicosocial. Ello es particularmente cierto en un sector tan dinámico y cambiante como el de la Producción Audiovisual que agrupa una gran variedad de funciones, muchas de ellas sustentadas en el empleo de un variado equipamiento tecnológico.

Por ello, sin interferir con la obligación empresarial de evaluar es evidente la necesidad de emprender estudios que den la voz a los propios afectados, utilizando una metodología amplia y complementaria de la Evaluación de Riesgos. El objetivo que se pretende con ello es el de poner en evidencia los riesgos que los propios implicados perciben como más importantes y que a menudo no son a los que prestan los expertos su mayor atención. Se trata con ello de devolver a los trabajadores su conocimiento respecto a las condiciones de trabajo que sufren colectivamente para que se conviertan en partícipes de su transformación.

Consecuentemente, si realizamos un análisis en el que las condiciones de empleo y la organización del trabajo se erigen en protagonistas del origen de los riesgos, se podría confirmar la emergencia en el conjunto de actividades o ámbitos del sector de **un perfil profesional polivalente al que se le imputa un incremento de los riesgos para la salud física y psíquica de los trabajadores audiovisuales.**

La creciente polivalencia representa en todos los casos una modificación de las reglas de prestación del trabajo, con un aumento de tareas y de responsabilidad y un mayor ritmo de trabajo y con jornadas más largas. En definitiva un mayor tiempo de dedicación a la actividad laboral y, sobretodo una mayor intensidad de la prestación de trabajo. En particular ello se produce en los ámbitos menos regulados del sector. Además de con mayor fatiga el trabajador vive esta situación como una creciente desprofesionalización.

La separación entre especialidades se difuminan, las nuevas tecnologías posibilitan la reordenación del conjunto del proceso de trabajo sin atender a experiencias acumuladas con el tiempo. Se trata de una tendencia neutra desde el punto de vista de sus con-

secuencias pero que requiere de una gestión participada para que no sólo emerjan las consecuencias negativas para el trabajador.

A este proceso le acompaña otro que también los trabajadores valoran como de impacto negativo para sus condiciones de trabajo, que es el de la **externalización** creciente de actividades por parte de las empresas más grandes o más consolidadas, tanto del ámbito de la radiodifusión como de la producción en general. La proliferación de productoras pequeñas, el crecimiento del trabajador autónomo o falso autónomo, y de las empresas de servicio con perfiles laborales diferentes que trabajan a demanda de las primeras. Esta dinámica de subcontrataciones se considera un elemento negativo dado que pone en peligro, por un lado, la estabilidad laboral y profesional del trabajador y, por otro, impide la consolidación de perspectivas profesionales a largo plazo. El argumento justificador de esta tendencia es el incremento de la competencia en el sector y la tendencia a la concentración empresarial en los diferentes ámbitos de la actividad audiovisual.

Esta situación de profunda crisis, de cambios amenazantes que genera creciente heterogeneidad de los ámbitos de actividad así como del tejido empresarial y de las Comunidades Autónomas donde opera, plantea la necesidad de generar un marco regulador o ampliar el alcance de los ya existentes, para cada uno de esos ámbitos, como por ejemplo, el de las televisiones locales de titularidad privada.

Por su parte, los convenios colectivos pueden representar, un medio idóneo para desarrollar de modo más exhaustivo el capítulo referido a la salud y la seguridad de los trabajadores del sector, teniendo en cuenta que éstas están directamente incardinadas con las condiciones de trabajo, con el ritmo de trabajo, con el impacto de los cambios en los contenidos de los puestos de trabajo, la especialización y la polivalencia; con, en definitiva, la propia evolución del conjunto del sector Audiovisual.

Recomendaciones.

1. **Especialización y cualificación** de los perfiles profesionales y laborales. Se propone esta opción con el objeto de reducir la polivalencia funcional no con ello deteriorando la categoría profesional o el potencial de empleabilidad. Y esperando con esta medida una mejora en la percepción de los trabajadores, en lo que se refiere a la sensación de intranquilidad con relación a su futuro laboral.
2. **Avanzar** en el marco regulador que supone la **Negociación Colectiva** del sector, para la totalidad de los trabajadores. Incluyendo en éste también las empresas de menor tamaño o microempresas, así como las de mayor tamaño, suponiendo para el sector un punto unificador.
3. Siguiendo indicaciones de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se propone, la mejora continua en las condiciones de trabajo por medio de la **integración de los avances en tecnología a los procesos de trabajo**, es decir, mejora y calidad en la adecuación del mobiliario y equipo de trabajo.
4. Un consejo para la mejora en las condiciones de trabajo relativa a las jornadas de trabajo a las que se ven expuestos los trabajadores del sector, sería, el de facilitar mayor **información sobre las jornadas**, especialmente cuando se alargan indefinidamente; por otro lado, **planificación de las tareas** para evitar sobrecargas de trabajo y los riesgos asociados a ellas.
5. Exigir el cumplimiento básico legislativo en lo que se refiere a **Evaluación de Riesgos** para todos los puestos de trabajo —también en aquellos casos en los que los riesgos sean, o parezcan implicar consecuencias menos graves— del sector. Se recomienda tanto la realización como la información de su contenido a los trabajadores afectados.
6. La **gestión preventiva** debe mejorarse sustancialmente, en particular mediante una más completa evaluación del conjunto

de factores de riesgo que afectan a las tareas específicas de cada puesto. A este respecto, deben emplearse, por técnicos cualificados, métodos convenientemente validados por los órganos técnicos de las administraciones públicas de evaluación de los factores psicosociales y el estrés.

7. **Los exámenes de salud periódicos** además de obligatorios, legalmente son una actividad de probada eficacia para detectar precozmente la aparición de síntomas de enfermedad y malestar. Muy frecuentemente estas pruebas médicas se centran exclusivamente en la determinación de la afectación del riesgo visual, olvidando otras fuentes de problemas como son los osteomusculares y de fatiga mental y de factores psicosociales, que son los prevalentes entre los trabajadores del sector. Por ello, es necesario ampliar a estos riesgos los protocolos de vigilancia sanitaria.

Reporteros Gráficos.

La profesión de Reportero Gráfico comporta múltiples riesgos y muy variados. Así, la propia heterogeneidad de las situaciones a las que estos profesionales se enfrentan, pero también determinadas características laborales (como son el área de actuación, el tipo de contrato...) y personales (como la edad, los años de experiencia...) pueden influir en la cantidad y diversidad de estos riesgos.

La ergonomía resulta uno de los aspectos clave en este tipo de trabajo, ya que los reporteros gráficos deben manejar y desplazarse con pesados equipos de trabajo a lugares que pueden estar acondicionados o no para la grabación. En este sentido, la carga física, las posturas forzadas y estáticas, la elevada exigencia visual, la exposición a condiciones climatológicas extremas y la inadecuación de los espacios de trabajo constituyen los riesgos ergonómicos más destacables y frecuentes en esta profesión.

En el plano psicosocial, también son muchos los aspectos que pueden constituir riesgos para la salud de los trabajadores. De esta forma, los cambios bruscos en el ritmo de trabajo, la falta de reco-



nocimiento social y organizacional, la inestabilidad laboral, las escasas posibilidades de promoción, la posibilidad de sufrir agresiones tanto físicas como psicológicas y la dificultad para conciliar la vida familiar con la laboral, son factores que se dan con mucha frecuencia y que favorecen la aparición de ciertos riesgos psicosociales como el estrés, la carga mental o el estrés traumático secundario. Pero además, existe un aspecto adicional que tiene una especial repercusión en el ámbito psicosocial de esta profesión. Se trata

de cómo estos trabajadores perciben el riesgo, considerándolo algo inherente a su trabajo, pero siendo poco conscientes de él.

Además, por el carácter itinerante del trabajo, la inmediatez que requieren muchos de los desplazamientos, la falta de información acerca del lugar donde se produce la noticia y la necesidad de acudir a zonas de riesgo manifiesto, la profesión de Reportero Gráfico engloba una gran variedad de riesgos tanto higiénicos como de seguridad. En lo que respecta a estos últimos, la posibilidad de sufrir golpes, caídas, tropiezos, pisadas sobre objetos, proyección de objetos desde altura y accidentes de tráfico son algunos de los riesgos que más se repiten.

Sin embargo, no se puede hablar de un listado de exposición a riesgos higiénicos propios del Reportero Gráfico, ya que cada noticia puede comportar riesgos diferentes y específicos de la situación. No obstante, sería conveniente elaborar un listado genérico de riesgos higiénicos a partir de los datos epidemiológicos.



Condiciones de trabajo.

Hay que destacar que las tareas que desempeñan los operadores de cámara no suelen desarrollarse en jornadas laborales programadas. De este modo, es tan frecuente que las tareas del Reportero no abarquen toda su jornada laboral como que ésta se prolongue de manera indefinida.

Por otra parte, los reporteros gráficos desarrollan su labor en dos grandes áreas: programas y/o informativos. Las tareas que realizan son prácticamente las mismas en ambas áreas. Sin embargo, existe una gran diferencia entre éstas: el apremio de tiempo. Los reporteros de informativos trabajan a menudo contrarreloj. Reciben una llamada, cogen su equipo y salen hacia el lugar de la noticia, graban y deben regresar a su centro de trabajo a una hora determinada, habitualmente al menos una hora antes de que comience el informativo. Su ritmo de trabajo suele ser, por tanto, habitualmente mucho más elevado que el de los reporteros de programas. Sólo hay una excepción: cuando los reporteros de programas viajan al extranjero su ritmo de trabajo se asemeja en cierto modo al ritmo diario de los reporteros de informativos.

En ambos casos, **la jornada laboral suele prolongarse**, no existe un horario fijo para las comidas, no pueden realizar pausas voluntarias en el trabajo, etc.

Estabilidad de las condiciones de trabajo.

Cuando se tiene miedo al despido se arriesga más por conseguir imágenes más impactantes que aseguren la continuidad en su puesto de trabajo. El empleo inseguro, los contratos por obra o de duración corta, los recortes de personal y, en general, la precariedad e inestabilidad laboral pueden favorecer la aparición de conductas de riesgo para permanecer en el puesto. Asegurar unas condiciones de trabajo estables para disminuir la asunción de conductas y prácticas de riesgo por parte de los reporteros gráficos.

Organización adecuada de los horarios y turnos de trabajo.

Precisamente esa imprevisibilidad que marca la aparición de las noticias hace que los turnos de trabajo varíen mucho. Esto hace que los reporteros tengan que cambiar con bastante frecuencia su horario de trabajo, conociendo estos cambios con muy poca antelación. A esto hay que sumarle también los continuos viajes fuera de su comunidad o incluso de su país que pueden prolongarse desde uno o dos días hasta varias semanas, dependiendo del desarrollo del suceso. Esta continua rotación de turnos y horarios no sólo tiene como consecuencia efectos negativos sobre la salud del reportero, sino que también afecta a la organización de todo su entorno ocasionando problemas tanto a nivel social como familiar. Mejorar la planificación de los horarios, compensar a los reporteros con días de descanso cuando la planificación no sea posible e intentar mejorar la calidad de vida de las familias con guarderías gratuitas, ayudas para los estudios... Esto podría ayudar a resolver los posibles problemas en cuanto a la conciliación de la vida laboral y familiar de los reporteros gráficos. Además, debe existir la posibilidad de flexibilizar los horarios cuando las condiciones de trabajo puedan atender contra la salud de los reporteros.

Riesgos.

Pero, además del ritmo de trabajo, los reporteros gráficos y sus ayudantes están expuestos a otros riesgos. El más característico es el habitual manejo y desplazamiento a pie con cargas. Si a la grabación acude el Ayudante de reportero, pueden ocurrir dos cosas: a) que sea éste el que cargue con los complementos del equipo (trípode, maleta de luces, cableado, equipo de alimentación...) y el Reportero Gráfico transporte la cámara, cuyo peso oscila entre los siete y los 12 Kg.; o b) que la carga total sea repartida entre ambos, a excepción, como se expuso anteriormente, de la cámara.

Además, hay que tener en cuenta que el reportero no puede desprenderse en ningún momento de su cámara; de esta forma, siempre que esté trabajando, durante los desplazamientos e incluso si

tiene que quedarse a comer fuera, debe llevar la cámara con él: “es como si formara parte de ti, siempre va contigo”.

Un tercer riesgo lo conforman las posturas que adoptan los reporteros mientras graban. Estas posturas son muy diferentes en función de si se graba con la cámara en trípode o con ella sobre el hombro. En el primer caso, la postura predominante es de pie y el riesgo aparece cuando esta postura estática se mantiene durante un período de tiempo prolongado. En el segundo caso, suelen realizarse torsiones del tronco, giros repetidos de la cadera, movimientos bruscos con el cuello, flexiones de las piernas durante un tiempo más o menos largo, etc., siempre con la cámara al hombro o sujetándola con una o ambas manos.

En cuarto lugar, es necesario hacer mención a la exigencia visual de la tarea. Dependiendo del lugar donde se vaya a filmar, los reporteros pueden verse expuestos a grandes diferencias de contrastes, brillos excesivos y/o deslumbramientos por luz natural, por luz artificial o por reflejos. En este sentido, hay que asegurarse de que los trabajadores pueden controlar estos fenómenos, bien cambiando de postura o bien gracias a que la cámara cuente con los mecanismos necesarios para ello. De lo contrario, si la situación se mantiene durante un tiempo determinado, puede llegar a ocasionar patologías oculares.

La exposición a condiciones climatológicas extremas constituye un quinto factor de riesgo.



En numerosos casos, los reporteros realizan sus funciones en exteriores y están sometidos a inclemencias meteorológicas como temperaturas elevadas, frío, lluvia, nieve, etc. Además, en muchas ocasiones durante una misma filmación se graba tanto en interior como en exterior. Por ejemplo, se ha observado que durante la presentación de un equipo de fútbol se realiza primero una rueda de prensa en interior y después se toman imágenes del jugador uniformado sobre el campo. Tanto en el primer caso como en el segundo, el trabajador debería contar con ropa adecuada para estos cambios meteorológicos proporcionada por su empresa.

Desde el **punto de vista psicosocial**, existen también algunos riesgos para los trabajadores. En concreto, podría hablarse de estrés psicosocial, violencia física y/o psicológica, relaciones laborales conflictivas, dificultad para conciliar la vida familiar y laboral e incluso de algunos riesgos psicosociales emergentes, como el estrés traumático secundario.

En el primer caso, las exigencias y características del trabajo y de la organización pueden ser factores desencadenantes del estrés, moduladas en todo caso por las características personales de los trabajadores. Así, son elementos estresores factores organizacionales como la sobrecarga o la infracarga de trabajo, la superespecialización o la infrautilización de habilidades, el ritmo de trabajo, la ambigüedad de rol, las relaciones personales, la inseguridad en el trabajo, las posibilidades de promoción o el grado de responsabilidad asignado al reportero. De la percepción que el trabajador tenga, tanto de su situación laboral como de sí mismo (capacidades, deseos, etc.), dependerá en gran medida su adaptación a la realidad y, por lo tanto, que aparezca o no estrés. De este modo, intervenir conjuntamente tanto sobre la organización como sobre el propio individuo es sumamente importante para prevenir el desarrollo del estrés.

En cuanto a la violencia o agresiones, a menudo los reporteros deben acudir a grabar actos públicos colectivos, como es el caso de partidos de fútbol, conciertos y otros eventos multitudinarios. En estas situaciones es habitual que se produzcan enfrentamien-

tos tanto entre los propios asistentes como hacia los reporteros gráficos. Así, se pueden encontrar casos de violencia psicológica (insultos, gestos, amenazas...), violencia física (lanzamiento de objetos, golpes, empujones...) y violencia económica (roturas de los equipos, de la ropa, de los vehículos...). Pero estas no son las únicas situaciones en las que los reporteros están expuestos a las agresiones de otras personas. Estas reacciones también suelen darse con frecuencia al filmar situaciones comprometidas referentes a prensa del corazón, política, conflictos sociales y otras áreas similares.

Finalmente, los reporteros gráficos de televisión y sus ayudantes pueden verse expuestos a un riesgo psicosocial emergente conocido con el nombre de **estrés traumático secundario**. Los trabajadores pueden desarrollar este síndrome al verse indirectamente expuestos a situaciones altamente estresantes, en las que entra en juego el sufrimiento humano. Así, los eventos potencialmente traumáticos a los que se enfrentan los reporteros (terremotos, guerras, accidentes...) pueden llegar a producir serias alteraciones en las distintas áreas de su vida y, muy especialmente, en los niveles emocional y laboral. Una medida adecuada para minimizar los daños a la salud derivados del estrés traumático secundario consistiría en dotar a estos trabajadores de estrategias de afrontamiento eficaces, con el objetivo de que puedan enfrentarse adecuadamente a las situaciones traumatizantes.

En este sentido, es necesario el apoyo de la organización en que trabajan, especialmente en lo referente a la formación en habilidades emocionales y a la posibilidad de disponer de apoyo psicológico por parte de un especialista.

MEDIDAS Y RECOMENDACIONES DE UGT.

Transporte de material pesado en maletas con ruedas.

Los Reporteros llevan a cuestas un número considerable de elementos necesarios para la grabación (cámara, trípode, cintas de grabación, micrófonos, focos de luces...). Para transportar más cómodamente todo este material existen fundas o bolsas, aunque

muchas veces éstas no cumplen su función ergonómica todo lo bien que deberían. Algunos elementos, como los focos necesarios para la iluminación de las imágenes, pesan cada uno cerca de cinco kilos. Si tenemos en cuenta que muchas veces se acarrean hasta tres, este elemento se constituye como uno de los más pesados de todo el equipo. Por ello se deben poner a disposición del trabajador fundas o maletas que permitan llevar el equipo cómodamente mediante sistemas para colgárselas o incluso ruedas, si fuera necesario.

Prevención de riesgos laborales para personal subcontratado.

La empresa debe asegurarse de que los servicios realizados por entidades o personal externo contratado o subcontratado como puede ser el caso de productoras, empresas de alquiler de vehículos o empresas de retransmisiones, se ejecutan bajo las medidas de seguridad legalmente exigibles y por la normativa interna propia de la empresa (LPRL, art. 24). ; porque existe una clara falta de coordinación entre la empresa en cuestión y aquellas otras que le prestan algún servicio. La seguridad de los reporteros gráficos muchas veces depende de estas otras empresas, sería conveniente asegurarse de que éstas cumplen con la normativa vigente en seguridad y salud en el trabajo y establecer medidas eficaces de control encaminadas a tal fin.

Propuestas de Seguridad y Salud en el trabajo que deben ser negociadas en los convenios colectivos:

- Ampliar la participación de los representantes de los trabajadores en los órganos de control de las MUTUAS: Comisión de Control y Seguimiento y Comisión de Prestaciones Especiales.
- Incluir las notas técnicas del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y los Protocolos de Vigilancia del Ministerio de Sanidad.
- Exigir la transposición de Directivas Europeas y desarrollo reglamentario de las normas preventivas.

- Creación de Delegados Sectoriales y Territoriales reforzando las actuaciones de los Delegados de Prevención.
- Protocolos de Vigilancia de la salud que garanticen una vigilancia específica con relación a los riesgos evaluados y no eliminados.
- Plantear el rechazo a que las mutuas gestionen la Incapacidad Temporal como contingencia común; a través de un informe de los órganos de representación de los trabajadores.
- Establecer en los convenios colectivos la regulación que evite y reprima determinadas conductas que son socialmente dolorosas como el acoso moral:
 - Introducción de cláusulas en las que la empresa no admita actitudes que posibiliten acoso moral.
 - Realización de protocolos de actuación sobre prevención y solución de reclamaciones en materia de acoso.

* Por el Sector de Limpieza y Servicios a la Sociedad.

Subsector de limpiezas de edificios y locales.

La externalización y subcontratación de servicios está aumentando considerablemente en nuestro país, tendencia que no solo se produce en las empresas privadas también en las Administraciones Públicas. Esto ha generado la aparición de numerosas empresas, la mayoría ligadas a grupos multinacionales, especializadas en la denominada gestión de servicios integrales, prestando todo tipo de servicios como pueden ser: limpieza, jardinería, seguridad, distribución, etc.

Si nos atenemos al tamaño de empresa, la realidad del sector de limpieza está ampliamente polarizada; de las 23.310 empresas que componían este sector en el año 2008, solo el 1,1 % tenían plantillas que superasen los 200 trabajadores, frente al 55,6 % que no llegaban a los 50 trabajadores o al 40,5 % de estas empresas que carecían de asalariados. Frente a esta realidad de Pymes, el volumen de negocio tiende a concentrarse en unas pocas, durante el año 2007 más del 18% de cuota de mercado era copado por tan sólo 5 empresas.



Esta realidad donde solo unas pocas empresas pueden asegurar un servicio que incluya toda la demanda de las empresas clientes, obliga a las empresas pequeñas, la gran mayoría del sector, a centrarse en especializaciones muy concretas para tratar de consolidar la cartera de clientes.

El perfil medio del trabajador en el sector de limpieza es el de una mujer, entre 25 y 44 años, con estudios medios, contrato indefinido y que trabaja a tiempo parcial.

La duración media de la jornada se acerca a las 20 horas semanales. Estas actividades se realizan generalmente a primera hora de la mañana (26%) o a última de la tarde (43%), es decir, fuera de los periodos de ocupación de los edificios. El trabajo nocturno se limita a situaciones específicas, como la limpieza de determinadas industrias, aeropuertos, etc.

Antes de realizar un breve análisis de los factores de riesgos más comunes en el Sector de Limpieza, hay que recordar algo muy importante, en este sector se está siempre expuesto a un doble riesgo, los propios de la actividad y los riesgos del centro donde se realiza dicha actividad, como pueden ser hospitales, laboratorios, industrias, imprentas, etc.

Otro factor que aunque técnicamente y desde un punto de vista preventivo, no le podamos denominar como factor de riesgo pero si tiene una gran repercusión en la salud y en los índices de siniestralidad de las empresas de limpieza es la negociación en base al precio.

Ante la elevada oferta de servicios de limpieza y la escasa diferenciación entre ellos, el precio se está convirtiendo en el principal elemento de competencia, en detrimento de la calidad del servicio, la adaptación a las necesidades del cliente o la disponibilidad de medios técnicos. La Administración, que es uno de los clientes más importantes del sector, también está colaborando en esta espiral de bajos precios. Se parte de un precio de licitación demasiado bajo y se está universalizando la costumbre de adjudicar a la plica mas barata, sin manejar otro tipo de criterio.

Guiarse por el precio más bajo a la hora de elegir un servicio de limpieza tiene importantes repercusiones sobre el empleo, los salarios, las condiciones del trabajo en el sector, etc. y sobre todo, como en los pliegos de condiciones no se recoge el número de trabajadores que van a realizar el servicio, desde las empresas se intenta reducir al mínimo la plantilla, viéndose obligado un trabajador a realizar el trabajo que, en situaciones normales, correspondería a más de uno, o bien se opta por disminuir la jornada de los trabajadores como otra vía de abaratamiento.

En ambos casos, se produce una carga de trabajo excesiva para el empleado, con las consecuencias que esto tiene sobre su salud (estrés, carga mental, carga física, trastornos musculoesqueléticos, insatisfacción, etc.), pudiendo llegar a provocar accidentes laborales o ser el desencadenante de futuras enfermedades profesionales.

Entre los **riesgos específicos del sector** tenemos las caídas a distinto nivel que suelen producirse al tener que acceder superficies elevadas como son techos, estanterías, etc. Este es uno de los riesgos en que las consecuencias pueden ser más graves, como es el caso de la limpieza de cristales en zonas elevadas o escasamente protegidas.

También son habituales las caídas al mismo nivel: los innumerables desplazamientos que hay que realizar durante toda la jornada, las superficies irregulares o en mal estado, mojadas o enceradas, son causa frecuente de tropiezos y resbalones. El uso de útiles o máquinas, como fregonas, mopas, enceradoras, etc. así como la recogida de elementos peligrosos (vasos rotos, latas, agujas, etc.) pueden producir cortes, golpes o pinchazos.



La creciente utilización de máquinas en los trabajos de limpieza como aspiradores, enceradoras, pulidoras, etc., han aumentado la probabilidad del riesgo por contacto eléctrico. El peligro de electrocución se puede deber a múlti-

La creciente utilización de máquinas en los trabajos de limpieza como aspiradores, enceradoras, pulidoras, etc., han aumentado la probabilidad del riesgo por contacto eléctrico. El peligro de electrocución se puede deber a múlti-

ples causas como pueden ser: fallos en la instalación eléctrica, el uso de cables de prolongación o extensiones en mal estado, defectos en el aislamiento de las máquinas o simplemente la falta de formación o información de los trabajadores que deben utilizarlas.

Pero si nos referimos a **enfermedades profesionales en el Sector de Limpieza** tenemos que resaltar cuatro grandes grupos de riesgos laborales: riesgos químicos, riesgos biológicos, riesgos musculoesqueléticos y riesgos psicosociales.

En el sector se maneja una gran cantidad de productos químicos en forma de detergentes, abrillantadores, desinfectantes, disolventes, etc. que pueden ser nocivos para la salud. La exposición a estos productos puede producirse por diferentes vías: por inhalación, por contacto o por ingestión.

Muchos productos de limpieza desprenden vapores cuando se utilizan, durante su secado o se utilizan vaporizados en forma de aerosoles, durante breves espacio de tiempo o en periodos prolongados. También se pueden producir, por falta de formación o información adecuada, la mezcla de productos químicos incompatibles que pueden desprender gases tóxicos o producir reacciones químicas peligrosas. Muchas veces las empresas, ante la peligrosidad en la manipulación de estos productos, prefieren pagar un plus antes que evaluar y evitar el origen del riesgo. La formación sobre los riesgos que conlleva la utilización de estos productos es básica para evitar estos casos.

Estas emanaciones de vapores y gases pueden producir irritación de mucosas, ojos, garganta y nariz, intoxicaciones y las exposiciones prolongadas pueden generar un aumento de la sensibilización, enfermedades de las vías respiratorias, asma laboral, etc. Por último, no hay que olvidar el riesgo de incendio que puede generar un mal uso de sustancias químicas.



La vía más común de exposición es el contacto, se manejan muchos productos que son irritantes y/o corrosivos. Un uso inadecuado o sin las medidas de protección adecuadas puede producir irritaciones o quemaduras en piel o mucosas, dermatitis, eczemas y alergias.

Por último, está la ingestión como otra posible vía de exposición a los productos químicos, no solo una posible ingestión accidental, el simple acto de comer o beber sin haber mantenido una correcta higiene de las manos, puede ser motivo de intoxicaciones u otro tipo de accidentes.

La exposición a contaminantes biológicos no solo se produce por realizar la limpieza de hospitales, laboratorios, mataderos, donde es más evidente la exposición a todo tipo de virus: bacterias, hongos, protozoos, etc., la simple limpieza de determinadas zonas de trabajo como aseos, baños o cocinas, nos exponen a todo tipo de contaminantes biológicos.

Las posibles infecciones generadas por este tipo de contaminantes son muy diversas, pueden ser desde leves a desencadenante de enfermedades graves como hepatitis, tétanos, etc., en función del grado de exposición y la fortaleza del sistema inmunológico de la persona afectada.

Todos los trabajos habituales del sector como barrer, fregar, limpiar cristales o encerar, requieren una serie de esfuerzos como realizar movimientos repetitivos, mantener posturas forzadas o manipular cargas que en su conjunto conocemos como riesgos musculoesqueléticos. Este es el tipo de riesgo más habitual en el Sector de Limpieza y el que genera un mayor número de enfermedades profesionales no declaradas.

La mayoría de los trabajos de limpieza conllevan la realización de movimientos repetitivos, considerando como tal la repetición de un mismo trabajo cada menos de 30 segundos, movimientos que mantienen una doble característica: ser continuos y mantenidos en el tiempo. Son cientos de veces al día las que retorcermos una bayeta, secamos una fregona o limpiamos una superficie

cualquiera, por citar algunos de los movimientos repetitivos más frecuentes.

Estos trabajos repetitivos suelen afectar sobre todo a los miembros superiores: hombros, brazos, antebrazos, muñecas y manos, provocando lesiones en músculos, articulaciones, tendones y nervios. Las patologías resultantes puede ser diversas: tendinitis, tenosinovitis, síndrome del túnel carpiano, artrosis o artritis entre otras.

Muchas tareas de limpieza también requieren realizar o mantener posturas forzadas como agacharse, estirar la espalda para alcanzar lugares lejanos, aplicar fuerza con brazos y manos o empujar carros de limpieza. Esta sucesión de posturas forzadas afectan a la espalda, al cuello, a los hombros y a las rodillas. En este apartado las patologías más frecuentes son: Mialgias, contracturas, esguinces, hernias discales, asociadas con algunas de las patologías mencionadas en el apartado anterior.

Cuando hablamos de manipulación de cargas nos referimos a todo tipo de acción, individual o colectiva, que suponga el levantamiento, movilización, arrastre o colocación de pesos que supongan un riesgo.

Levantar cubos de agua, bolsas de basura o muchas otras, son acciones cotidianas que se realizan de una forma inadecuada o manipulando un peso excesivo y esto puede ser un serio riesgo para nuestra salud. Aunque las consecuencias más habituales de la manipulación de cargas son la fatiga y los dolores musculares y articulares, una realización frecuente y prolongada puede desencadenar la aparición de patologías graves, en especial de la columna vertebral, como son las hernias discales.



Los riesgos psicosociales (estrés laboral, desgaste profesional, violencia en el trabajo...) relacionados directamente con la organización del trabajo, también están incidiendo en el sector. Estos riesgos emergentes generan unos daños importantes para la salud de los trabajadores, como sufrimiento psíquico y emocional, enfermedades -cardiovasculares, respiratorias-, lesiones psíquicas -ansiedad, depresión-.

Podemos destacar como factores importantes, dentro del entorno laboral y la organización del trabajo los siguientes:

- Ritmo de trabajo elevado.
- Trabajo repetitivo y monótono.
- Horarios de trabajo.
- Sistemas de retribución.
- Carga de trabajo excesiva.
- Presión constante para alcanzar objetivos.

El nuevo Listado de Enfermedades Profesionales, desarrollado por el Real Decreto 1299/2006, no ha tenido en cuenta los trastornos musculoesqueléticos, los más frecuentes en nuestro sector, y sólo contempla algunas de las enfermedades que se derivan de los riesgos ergonómicos.

Estas enfermedades que son fundamentalmente de carácter laboral y sus causas residen en el diseño de sistemas de trabajo y están aumentando de forma masiva en el sector y afectan sobre todo al colectivo femenino.

PROPUESTAS.

En materia de **Vigilancia de la Salud**, debemos exigir:

- Promover la actualización de los criterios básicos sobre los recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención.
- Elaborar una guía básica y general de orientación de las actividades de Vigilancia de la Salud de los trabajadores.

- Promover e impulsar la formación de la especialidad de medicina del trabajo, de manera que pueda incrementarse el número de especialistas conforme a las necesidades de la prevención de riesgos laborales.
- Promover la inclusión de cláusulas en el sistema de información, notificación y registro respecto a los estudios epidemiológicos, como la obtención de indicadores de daños causados por I.T.C.C. en los riesgos psicosociales y trastornos músculo-esqueléticos en las memorias de actividades preventivas de cada empresa.
- Para el colectivo de trabajadores que cambien de empresa por motivo de subrogaciones y subcontrataciones y que modifiquen la Mutua patronal, y al objeto de no iniciar la Vigilancia de la Salud desde cero, cada trabajador deberá exigir su dossier de la Vigilancia de la Salud a su Mutua anterior al objeto de entregarlo a la nueva, ya que estas entre sí no se transfieren los mismos.
- Otro aspecto cercano al anterior es el relativo a la Vigilancia de la Salud del colectivo de trabajadores con contratos temporales, asunto no abordado hasta el momento en la normativa. No existen y conviene no dejarlo desprotegido como está actualmente y sobre el que recaer el mayor grado de siniestralidad y riesgos de trabajo. Se pueden plantear fórmulas de regulación y control, por ejemplo la de retornar a la **cartilla profesional sanitaria** por trabajador.

* Por el Sector de Telemarketing ó CONTACT CENTER.

ESTRUCTURA EMPRESARIAL Y CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO.

El Sector de Contact Center nació de la **externalización** de los servicios desarrollados en los call-center de las empresas hacia otras entidades creadas para tal fin, con el objetivo de **ahorrar costes**. Fundamentalmente los costes que se ahorran las empresas son de carácter tecnológico (el hardware, el software, su implementación y el mantenimiento de los sistemas informáticos y telefónicos); y los costes derivados de los recursos humanos (gastos de la selección y formación del personal, las propias retribuciones, los gastos derivados del absentismo y la rotación del personal, etc.).

En España, el 25% de las empresas **externalizan** su atención telefónica, mientras que el 50% mantienen sus propias plataformas y el otro 25% corresponde a las compañías que sólo derivan estos servicios a terceros de forma parcial.

De las primeras, un 10% ha **trasladado** sus centros a empresas de América Latina o Marruecos, ante un coste por empleado un 30% más barato.

La estructura de la oferta sectorial presenta una notable **concentración**, que se viene intensificando en los últimos años. Así, las cinco primeras empresas reunieron de forma conjunta una cuota de mercado del 54,6%, porcentaje que se elevó hasta el 74,8% al considerar las diez primeras.

Actualmente, el sector está conformado por 45 empresas que dan empleo a menos de 70.000 trabajadores.

El sector está conformado por **grandes empresas** (la mitad cuenta con una plantilla de más de 1.000 empleados), ubicadas fundamentalmente en Madrid y Barcelona, pero con centros por todas las provincias de España.

Las mayores tres empresas del sector son Atento (de Telefónica, con 124.000 trabajadores en todo el mundo), el Grupo Konecra (con una facturación de 251 millones de euros en 2007 y 12.134 trabajadores) y Qualytel (recientemente adquirida por Bertelsmann y que cuenta con 6.000 trabajadores).

Aunque también hay que destacar la proliferación en los últimos tiempos de **empresas de menor tamaño** que se constituyen para atender una campaña determinada.

El volumen de empleo, que roza los 70.000 trabajadores, sigue creciendo a pesar de que muchas empresas clientes han empezado a contratar los servicios de telemarketing en países de Latinoamérica y Marruecos. De hecho se calcula una pérdida de 10.000 empleos en los últimos dos años como consecuencia del despido y de la finalización de contratos por obra por el traslado de los call-center al extranjero. Madrid aglutina el 44,5% del empleo total.

En cuanto al perfil del trabajador, la presencia de **mujeres** es mayoritaria (75-80%) y la edad media es de 30 años.

Son trabajadores con una **alta cualificación** (un 78% tiene una licenciatura o una diplomatura universitaria). La formación de los profesionales de este sector es muy importante, ya que existe una demanda de servicios integrales por parte de los clientes, que esperan que las empresas de Telemarketing puedan ofertar una gran variedad de servicios, desde la atención telefónica, hasta la tramitación de cualquier interacción con la compañía contratante. Pero el trabajador generalmente no cuenta ni con la formación inicial suficiente, ni con la información y medios adecuados para dar ese servicio que demandan los clientes. Es decir, nunca se tiene una visión global del funcionamiento del sistema con el que están trabajando, sino que se restringe a una parcela que le proporcione la información mínima suficiente para poder realizar su trabajo.

Condiciones de trabajo.

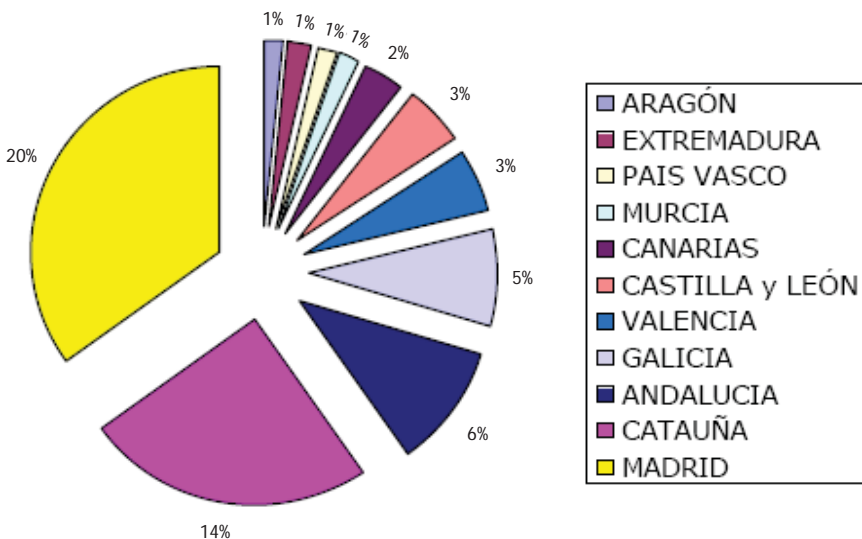
El sector se caracteriza por una gran precariedad laboral: la mayoría de los contratos son temporales con la modalidad de obra o

servicio; la duración de los contratos está vinculada al tiempo de duración de las campañas, lo que supone unos niveles de rotación muy elevados, cercanos al 50%; los horarios dependen de la campaña por lo que es frecuente el trabajo en fines de semana o por las noches, incompatibilizando la conciliación de la vida personal, familiar y laboral; los salarios son bajos, sobre todo, porque no se suelen realizar jornadas a tiempo completo (generalmente, las jornadas se sitúan entre las 35 y las 37 horas semanales), etc.

La categoría mayoritaria es la de Teleoperador, que es la persona que se ocupa de atender las llamadas. El problema se plantea cuando además de estas funciones se asumen tareas administrativas y capacidad de decisión propia, es decir, los Teleoperadores asumen las tareas correspondientes a la categoría de Gestor pero con el sueldo del Teleoperador. Por encima de estas dos figuras, se encuentran los Coordinadores y los Supervisores cuyo peso en el total de la plantilla es muy escaso.

Desde el punto de vista geográfico, por Comunidades Autónomas, encontramos que la mayor población trabajadora está en 34 plataformas repartidas entre Madrid y Cataluña:

Plataformas por CC.AA.



Aparte de las **condiciones de empleo** comentadas anteriormente del mercado de trabajo actual, se dan unas **condiciones de trabajo** determinadas de acuerdo al tipo de ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, relativas a factores como:

El tiempo de trabajo.

Jornada: Existen tres tipos de empresas bien diferenciadas en el sector de los centros de llamadas, cada una de ellas se acoge a su respectivo convenio.

Horarios de trabajo: Son muchas las posibilidades de organización en cuanto a horarios de trabajo, si bien lo más habitual son los continuados, aunque también pueden darse, en gran medida, los horarios flexibles.

Estos últimos son aquellos en los que el trabajador realiza un cómputo semanal o mensual acordado con la empresa, pero con gran libertad en cuanto a franjas horarias, aunque generalmente éstas vienen condicionadas por los “picos” y los “valles”, es decir por la máxima y mínima afluencia de llamadas.

No siempre el trabajador desea una jornada reducida de trabajo, sino que ésta le viene impuesta por la empresa. En este caso el teleoperador sufrirá una serie de inconvenientes:

- Búsqueda de un segundo trabajo.
- Aumento del estrés.
- Repercusiones económicas.

Afectan al puesto de trabajo	Autonomía Monotonía Ritmos de trabajo Cualificación y nivel de formación Responsabilidad
Afectan a la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tareas y participación • Estilo de mando • Comunicación
Afectan al tiempo de trabajo	Jornadas de trabajo y descansos Horarios de trabajo, trabajo a turnos y trabajo nocturno.

Riesgos de trabajo y enfermedades laborales:

En cuanto a los riesgos de trabajo y enfermedades laborales en el Sector, aparece como uno de los más afectados, tanto por el estrés laboral como los fenómenos de violencia en trabajo, a este respecto numerosos factores, tales como los ritmos de trabajo intensos, multiplicidad de tareas, inestabilidad laboral, hacen que la incidencia y magnitud de estos riesgos sean de gran relevancia.

También nos encontramos con numerosos agentes estresantes como la iluminación, el ruido, la temperatura en lo relativo al ambiente de trabajo. En cuanto a la tarea hay que referir la carga mental de trabajo.

Los riesgos musculoesqueléticos.

Los trastornos musculoesqueléticos están identificados como el riesgo principal asociado al trabajo con pantallas de visualización de datos. Los trabajadores de los centros de llamadas se encuentran en una situación de riesgo mayor que los usuarios de oficinas. Usan estos monitores de forma intensiva, tienen menos oportunidades para tomarse descansos y nula posibilidad de alternar ésta con otra actividad en la empresa. Por tanto la Evaluación de Riesgos debe tener muy en cuenta estos trastornos para reducir al máximo las oportunidades de que se manifiesten.

Fatiga física.

La fatiga física proviene de la realización de un trabajo con una carga muscular excesiva.

El músculo está constituido por cierto número de fibras elásticas que tienen la propiedad de contraerse bajo el impulso de excitaciones nerviosas.

En la realización de su tarea, los Teleoperadores contraen los músculos puestos en acción de manera continua y mantenida en el tiempo. A este esfuerzo corresponden contracciones isométricas, es decir, hay cambios en la tensión muscular con pocas modi-

ficaciones en la longitud del músculo, o dicho de otra manera, la mayor parte de su jornada de trabajo se realiza bajo el mantenimiento de una postura.

Entre los riesgos musculares más importantes de los trabajadores de un centro de llamadas se pueden señalar dos: las lesiones por movimientos repetitivos y las lumbalgias.

Las lesiones por movimientos repetitivos se producen a nivel de las partes blandas (tendones, vainas tendinosas, nervios, ligamentos, vasos sanguíneos...) del aparato locomotor, ligadas a la acción de una presión sostenida. Tal es el caso de los ciclos de trabajo muy repetitivos que dan lugar a movimientos rápidos de pequeños grupos musculares o tendinosos:

- Ciclos de trabajo inferiores a 30 segundos.
- Repetición de los mismos gestos durante el 50% o más de la duración del ciclo.
- Mantenimiento de posturas forzadas de muñecas o de hombros.

Síndrome del túnel carpiano: alteración producida por la acción de teclear.

El síndrome del túnel carpiano, en relación con el trabajo, es una compresión del nervio por los tendones flexores de los dedos. Se manifiesta por una sensación de entorpecimiento, hormigueo y entumecimiento de la mano afectada.

Lumbalgias.

Uno de los problemas de salud más frecuentes de los trabajadores de centros de llamadas son las lumbalgias, dolores en la zona lumbar.

Pueden clasificarse según su origen en:

- Mecánicas o degenerativas. Se producen por sobrecarga del segmento vertebral.

- No mecánicas o secundarias. Se producen como efecto secundario de otras enfermedades.

CONCEPTO A VALORAR	DESCRIPCIÓN
ANAMNESIS	A través de un cuestionario se obtienen datos para valorar los antecedentes patológicos oculares
AGUDEZA VISUAL	Comprueba el funcionamiento del área macular (visión lejana-visión próxima-visión intermedia)
SENTIDO CROMÁTICO	La utilidad de esta prueba es destacar posibles discromatopsias
SENTIDO LUMINOSO	Comprueba la adaptación a la oscuridad y al deslumbramiento
FUNCION BINOCULAR	A través del test de la mosca se descartan las posibilidades aniseicomias

SÍNTOMAS LIGADOS A LAS POSTURAS INCORRECTAS			
ELEMENTOS DEL PUESTO	CAUSA DE LA POSTURA INCORRECTA	EFEECTO SOBRE LA POSTURA	SÍNTOMAS
SILLA	Altura excesiva del asiento	Compresión de la cara posterior de los muslos y falta de apoyo de los pies en el suelo	Parestesia (hormigueo), edemas, dolores en los miembros inferiores
PLANO DE TRABAJO (mesa y teclado)	Bajo	Aumento de la cifosis dorsal	Dolores dorsales
ESPACIO PARA EL ALOJAMIENTO DE LAS PIERNAS	Insuficiente	Aumento de la cifosis dorsal, elevación de los brazos y aumento de la distancia visual	Parestesia, dolores en los miembros superiores y hombros, dolores dorsales, mayor compromiso visual
PANTALLA	Distancia excesiva	Aumento de la cifosis dorsal, modificación en lordosis cervical	Dolores dorsales y cervicales, mayor compromiso visual
TECLADO	Bajo	Modificaciones en lordosis cervical	Dolores cervicales

Aspectos psicosociales:

Los trabajadores de los centros de llamadas están sometidos a una serie de condicionantes derivados de su propia actividad profesional: turnicidad, aislamiento en las relaciones sociales...

ENFERMEDADES QUE PUEDEN SER CAUSADAS POR EL ESTRÉS

ALTERACIÓN	FORMA
PROCESOS DIGESTIVOS	Reflujo gastroesofágico / Dispepsia / Úlcera gastroduodenal / Síndrome de intestino irritable / Estreñimiento crónico
PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS	Asma / Infecciones del tracto respiratorio superior
PROCESOS DERMATOLÓGICOS	Dermatitis atópica / Alopecia / Urticaria / Angioedema / Acné / Psoriasis / Vitiligo
PROCESOS OSTEOARTICULARES Y MUSCULARES	Dorsalgias y lumbalgias / Artritis reumatoide / Fibromialgia
PROCESOS NEUROLÓGICOS	Cefaleas / Epilepsia / Alteraciones del sueño
PATOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA	Hipertiroidismo / Hipotiroidismo / Diabetes mellitus
ALTERACIONES UROLÓGICAS	Incontinencia
PROCESOS GINECOLÓGICOS	Amenorrea / Alteraciones menstruales / Metrorragia
ALTERACIONES EN LA SEXUALIDAD	Disminución del apetito sexual

Estos factores pueden hacer que aún realizando las mismas tareas, unas tiendan a generar mayor estrés que otras en función de criterios organizativos. Entre los agentes que pueden comportarse como estresantes figuran:

- a. **Conflictos por el puesto de trabajo:** La crisis laboral que vive nuestra sociedad, con un elevado número de personas sin ocupación, hace que en la práctica el individuo no pueda elegir las tareas que le son gratas y actúa exclusivamente por niveles de necesidad, aceptando puestos de trabajo donde y como sea. Esto origina que en muchas ocasiones se vea el trabajo más como un mal necesario para poder subsistir que como una actividad que conforme y ayude a la realización del individuo en cuanto persona.
- b. **Sobrecarga de trabajo:** Dentro de los factores que pueden inducir a una sobrecarga cualitativa o cuantitativa se encuentran:

La sobrecarga cualitativa de trabajo suele deberse a una ausencia de formación del trabajador en las tareas que debe de desempeñar.

FACTORES DEL INDIVIDUO	FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Excesivo perfeccionamiento</i> ▶ <i>Metas profesionales excesivas</i> ▶ <i>Hipotrofia de la vida extralaboral</i> ▶ <i>Excesivas ambiciones o necesidades económicas</i> ▶ <i>Incapacidad para delegar</i> ▶ <i>Inadecuada estructuración del tiempo</i> ▶ <i>Alta competitividad</i> ▶ <i>No saber decir "no"</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Ausencia de cultura corporativa</i> ▶ <i>Reestructuraciones de personal</i> ▶ <i>Cambios organizativos en general</i> ▶ <i>Alta competitividad</i> ▶ <i>Colaboradores mal capacitados o incompetentes</i> ▶ <i>Inadecuada programación del tiempo</i> ▶ <i>Traslados frecuentes</i>

- c. **Las relaciones interpersonales:** Múltiples estudios coinciden en la necesidad de fomentar las buenas relaciones entre los trabajadores de una empresa para conseguir mejores niveles de salud tanto para ellos como para las instituciones. Algunos temas que influyen negativamente en esta política son: la falta de interés por las necesidades ajenas, juegos de poder entre individuos o secciones, inadecuados canales de comunicación...
- d. **Desarrollo profesional:** Siempre es necesario que el individuo sepa hasta dónde puede llegar en su carrera profesional y esto se hace particularmente evidente en los titulados superiores. Por eso es especialmente idóneo que las estructuras empresariales tengan definida una carrera profesional que haga que el individuo sepa las consecuencias finales de su trabajo.
- e. **Interacciones trabajo-familia-sociedad:** El individuo debe ser capaz de establecer un sistema de compatibilidad entre las diversas esferas que configuran la vida, como es el tiempo que dedica al trabajo, a su familia, las relaciones sociales o de desarrollo individual (aficiones...), evitando la hipertrofia de cualquiera de estas áreas.

El estrés.

Las consecuencias que tiene el estrés para la salud de los trabajadores son muchas y graves. Hay innumerables estudios que relacionan estrés y cardiopatía isquémica (infartos, anginas de pecho, arritmias). Sin duda son enfermedades que producen gran preocupación en la población en general, y en particular en los colectivos que desarrollan su actividad sometidos a estrés, como es el caso de los teleoperadores.

Supervisión electrónica de funcionamiento (sistema de seguimiento).

Las oficinas de llamadas fijan unos objetivos estadísticamente, que los Operadores están obligados a conseguir. Las empresas optan por esperas lo más cortas posibles y a contestar el máximo de llamadas con el fin de mantener baja la tasa de abandono.

La productividad de los Teleoperadores es medida por medio de una supervisión electrónica de funcionamiento, se realiza un seguimiento tanto cuantitativo como cualitativo.

SEGUIMIENTO CUANTITATIVO. Contabiliza el tiempo que el trabajador permanece al teléfono tanto en atender las llamadas como en trámites posteriores.

SEGUIMIENTO CUALITATIVO. Los Supervisores o Jefes de Grupo escuchan a los Operadores durante su conversación con el cliente, también existe un seguimiento a través de las grabaciones. El objetivo es comprobar si se está proporcionando bien la información, si se siguen las normas de atención al cliente, si se emplean los conocimientos sobre el producto, si se explotan las oportunidades de venta, etc.

Con respecto a los efectos que provoca la supervisión electrónica del rendimiento, estudios realizados indican que puede producir trastornos del estado de ánimo y reacciones de hiperventilación asociadas al estrés. Ya en diversos estudios de campo se ha demostrado asimismo que la supervisión electrónica del rendimiento lleva a un mayor nivel de estrés entre los factores psicosociales que lo miden, los cuales, a su vez, generan tensión o ansiedad

junto con depresión. Además, la supervisión electrónica del rendimiento se asocia a molestias musculoesqueléticas entre trabajadores de telecomunicaciones.

Otros aspectos que condicionan las condiciones en el ámbito laboral son los relativos a aprender a manejar algunos aspectos relacionados con la organización del trabajo, que tienen repercusiones psicosociales en el ámbito privado, como son:

Turnos.

La demanda social ha obligado a los Centros de Llamadas a establecer un sistema de trabajo a turnos. Su razón de ser radica en lograr competitividad y proporcionar sus servicios las veinticuatro horas del día. Así las empresas de Centros de Llamadas organizan equipos sucesivos que aseguran la atención permanente al cliente, reforzando o disminuyendo los efectivos según la mayor o menor recepción de llamadas.

Los turnos a su vez pueden ser fijos o alternos. El primer caso consiste en que el trabajador está asignado siempre al mismo horario, mientras que en los alternos, el Teleoperador está sujeto a cambios periódicos. El trabajo a turnos tiene efectos negativos para la salud.

El abuso verbal.

Los teleoperadores de los centros de llamadas son susceptibles de experimentar más abusos verbales que otros trabajadores.

Se entiende por abuso verbal un tipo de violencia en el trabajo. Son incidentes que se producen en la jornada laboral, originados por un cliente al teléfono, pero que sufren los trabajadores. Pueden ser amenazas, falta de respeto a su persona y/o capacidad profesional, insultos, injurias, gritos, comentarios desagradables, etc.

Ante esta situación cada individuo puede reaccionar de manera diferente y también cada trabajador necesitará un tiempo distinto para recuperarse de estas agresiones.

Protocolo de actuación.

Las empresas de Centros de Llamadas deben implantar una política encaminada a que los operadores puedan enfrentarse a los abusos verbales, mediante un protocolo de actuación que contemple al menos estos puntos:

- Establecer con claridad cuándo un operador puede cortar una llamada abusiva o pasarla al supervisor y cuál es el procedimiento para hacerlo.
- Fijar con claridad los roles de los Operadores, Supervisores y Directivos.
- Definir el procedimiento para informar a los superiores sobre este tipo de llamadas, además de motivar a los Teleoperadores a hacerlo.
- Garantizar a los trabajadores que cuando estas situaciones se produzcan no serán consideradas una falta de habilidad en el desempeño de su trabajo.
- Garantizar a los trabajadores que no van a ser sancionados por cortar las llamadas abusivas.

Alteraciones de la fonación.

Comprenden la dificultad para producir sonidos al tratar de hablar, así como cambios en el tono o calidad de la voz, que puede sonar débil, excesivamente velada, chillona o ronca.

Es muy habitual en las profesiones donde la voz se utiliza de forma predominante, tal es el caso de los trabajadores de los centros de llamadas.

En el origen de estas alteraciones intervienen factores muy diversos:

- Características del órgano fonatorio del trabajador.
- Medio ambiente de trabajo (humedad relativa ambiental, contaminantes...).
- Antecedentes de alergias ambientales.
- Tiempo de trabajo y pausas de descanso.

Algunos de los trastornos más comunes son:

LARINGITIS	<i>Se caracteriza por una voz áspera o ronca, y se debe a la inflamación de las cuerdas vocales. En general es causada por un excesivo uso de la voz, infecciones, irritantes inhalados, etc.</i>
NÓDULOS VOCALES	<i>Son crecimientos benignos (no cancerosos) sobre las cuerdas vocales, producidos por el abuso de la voz. Normalmente aparecen en las áreas que reciben la mayor parte de la presión cuando las cuerdas vocales se juntan y vibran. Hacen que la voz se vuelva ronca, baja y entrecortada.</i>
PÓLIPOS VOCALES	<i>Es un crecimiento blando, benigno (no canceroso) parecido a una ampolla. Normalmente crece sólo sobre una cuerda vocal y se produce por un mal uso continuo de la voz. Provocan que la voz sea ronca, baja y entrecortada.</i>

Prevención de los problemas fonatorios.

Los trabajadores de los Centros de Llamadas deben recibir información y formación para detectar los posibles “vicios fonatorios”. Consisten en determinadas formas de emitir la voz que generan una sobrecarga en las cuerdas vocales.

*Por el Sector de Artes Gráficas.

Las Enfermedades Profesionales en el Sector de Artes Gráficas.

La industria Gráfica tiene características propias tanto del Sector Industrial como del Sector Servicios. Es industrial porque requiere de grandes inversiones en moderna maquinaria y equipos de tecnología avanzada. Por otro lado, pertenece al mundo de los servicios porque es preciso realizar actividades inmateriales como la creación y el diseño, ya que casi toda la producción se realiza sobre encargo concreto, nunca en serie.

Estructura Empresarial en el Sector.

El número de empresas del sector asciende en la actualidad a 25.883. Su evolución evidencia un comportamiento creciente año tras año, alcanzando un crecimiento de alrededor del 2'5%.

Atendiendo a los diferentes subsectores en que se puede estructurar el sector de las Artes Gráficas, el 62% de las empresas procede de Artes Gráficas, el 32% de Edición y tan solo el 6% corresponde a la actividad de Reproducción de Soportes Grabados.

El sector de las Artes Gráficas está dominado por compañías de pequeña dimensión, de carácter familiar la mayoría de ellas, de hecho el 42% de las empresas no tiene asalariados y el 47'4% tiene entre 1 y 9 trabajadores, y tan solo un 10'6% de las sociedades tiene 10 o más empleados.

El sector gráfico se encuentra ubicado, sobre todo, en Madrid y Cataluña que concentran 51'24% de la actividad empresarial. Muy por detrás se encuentran Andalucía (10'54%), la Comunidad Valenciana (8'75%) y el País Vasco (5'1%).

Esquema Industrias Gráficas

INDUSTRIAS GRÁFICAS

EDITORIAL

Producción

PREIMPRESIÓN

Fotocomposición

Fotomecánica

IMPRESIÓN

Tipografía

Offset

Offset Hojas

Offset Bobina

Huecograbado

Flexografía

Calcografía

Reprografía

POSTIMPRESIÓN

Encuadernación Industrial

Acabados

Extrusionados

Complejos

Envases flexibles

MANIPULADOS

Papel

Cartón Ondulado

Cartón Plano

Varios

Etiquetas

Formularios en Continuo

Principales Riesgos dentro de la Industria de Artes Gráficas.

Los distintos sistemas de producción que hay en las artes gráficas tienen en común factores de riesgo que inciden directamente en los accidentes y las enfermedades profesionales que sufre este sector. Nos referimos al contacto con máquinas peligrosas (guillotinas, troqueladoras, impresoras, etc.), al uso de productos químicos peligrosos, a la manipulación de cargas, al contacto y manipulación de sustancias químicas nocivas para la salud y a la **exposición a niveles elevados de ruido, presente en todas las empresas del sector**. Sin olvidar otros factores de riesgo relacionados con la organización del trabajo (implantación de nuevas tecnologías, trabajo a turnos, presión en la producción, etc.), ya que el sector de las Artes Gráficas está sujeto a continuos cambios tecnológicos y las empresas, tanto grandes como pequeñas, basan buena parte de su competencia en los plazos de entrega.

Enfermedades Profesionales causadas por agentes químicos. RIESGOS QUÍMICOS.

En el sector se utilizan en todas las fases de la producción numerosos productos químicos, la manipulación de estas sustancias siempre



lleva aparejado un riesgo que hay que identificar, controlar y eliminar.

Son muchos los productos químicos que de manera habitual se utilizan, que entre sus ingredientes contienen sustancias químicas de las reconocidas por la legislación vigente como causantes de enfermedades profesionales.

Estos se encuentran en tintas, pinturas, barnices, disolventes, colas, pigmentos, desengrasantes, adhesivos, fijadores, reveladores, etc.

AGENTE QUÍMICO CAUSANTE DE EP (INGREDIENTE)	PRODUCTOS DE USO HABITUAL EN EL SECTOR DE ARTES GRÁFICAS QUE CONTIENEN ALGUNO DE LOS INGREDIENTES CAUSANTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN SU COMPOSICIÓN QUÍMICA ¹⁹	
Benceno		
Xileno (isómeros)		
Metanol		
Tolueno		
Ésteres orgánicos		
Sustancias de bajo peso molecular (Hidroquinona)		Adhesivos en aerosol
Resinas de bajo peso molecular		Reveladores para planchas de impresión
Derivados del petróleo		Líquidos de limpieza de equipos de impresión
Hidrocarburos: alifáticos, aromáticos, parafínicos y naftalénicos (heptano, pentano, naftaleno, alcohol isopropílico ,..)		Líquidos activadores y limpiadores de planchas offset
Compuestos orgánicos volátiles (COV'S)		Barnices de sobreimpresión
Plomo		Regeneradores de cauchos (disolventes)
Cromo		Reveladores
Fósforo		Acondicionadores antiestáticos
Bromo		
Cromalite		Limpiadores de rodillos y mantillas de caucho
Cloro		
Aldehídos: acetaldehído, aldehído acrílico, aldehído benzoico, formaldehído y el glutaraldehído		Productos para galvanoplastia (cobre, níquel, cromo)
Níquel y sus compuestos		
Cobre		
Formaldehídos y sus derivados		

Tintas y Disolventes.

El producto más característico son las tintas, están presentes en todo el proceso productivo, desde su fabricación hasta la aplicación de las mismas.

Los riesgos derivados del uso de tintas y disolventes se agravan en la medida que sus componentes entran en interacción, no ya mediante la mezcla de tintas, sino cuando entran en su composición determinados disolventes.



Por ejemplo los disolventes pueden reaccionar sinérgicamente con el alcohol y las drogas, provocando graves trastornos para la salud.

Los disolventes pueden causar efectos para la salud a corto plazo (agudos) o a largo plazo (crónicos).

ALGUNOS DISOLVENTES Y SUS RIEGOS

<i>DISOLVENTES</i>	<i>ÓRGANOS AFECTADOS</i>	<i>RIESGOS PARA LA SALUD</i>
ALCOHOLES		
ALCOHOL ISOPROPÍLICO	OJOS, VRS, SNC, PIEL	IRRITACIÓN, SOMNOLENCIA, MAREOS
HIDROCARBUROS ALIFÁTICOS		
HAXANO(S)	PIEL, VRS, SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO	ENTUMECIMIENTO PULMONAR, PULMONÍA QUÍMICA
GASOLINA (puede contener benceno, plomo y dibromuro de etileno)	PIEL, VRS, SNC	IRRITACIÓN NARCOSIS, DERMATITIS, PULMONÍA QUÍMICA, EDEMA PULMONAR

HIDROCARBUROS AROMÁTICOS		
BENCENO (cancerígeno)	PIEL, SNC, SANGRE, HÍGADO, RIÑONES	DERMATITIS, NARCOSIS, LEUCEMIA, ANEMIA APLÁSTICA
TOLUENO (analizar para conocer contenido en benceno)	SNC, HÍGADO, VRS, RIÑONES, PIEL	SEQUEZAD, NARCOSIS, COMA, DEBILIDAD MUSCULAR, AFECTA AL HÍGADO Y LOS RIÑONES
XILENO	VRS, PIEL, SNC, HÍGADO	IRRITACIÓN, NARCOSIS, EDEMA PULMONAR, DOLOR DE ESTÓMAGO, NÁUSEAS, AFECTA EL HÍGADO Y RIÑONES
HIDROCARBUROS CLORADOS		
CLOROFORMO (probable cancerígeno)	PIEL, CORAZÓN, HÍGADO, RIÑONES, OJOS, SNC	IRRITACIÓN, DILATACIÓN DEL HÍGADO, PARO CARDÍACO, NARCOSIS
CETONAS		
ACETONA	PIEL, VRS, SNC	IRRITACIÓN, NARCOSIS, DERMATITIS
METIL ETIL CETONA	PIEL, VRS, SNC	IRRITACIÓN, NARCOSIS, DERMATITIS
ETERES		
ACETATO DE METILO	VRS, PIEL, OJOS, SNC	IRRITACIÓN, NARCOSIS
ACETATO DE ETILO	VRS, PIEL, OJOS, SNC	IRRITACIÓN, NARCOSIS
ACETATO DE ISOPROPILENO	VRS, PIEL, OJOS, SNC	IRRITACIÓN, NARCOSIS
GLICOLES		
ETILGLICOL	PIEL, SNC, SANGRE, RIÑONES	ORROTACIÓN, PÉRDIDA DE APETITO, TRASTORNOS DE LOS GLÓBULOS
OTROS		
TREMENTINA	PIEL, OJOS, VRS, PULMONES	IRRITACIÓN, EDEMA PULMONAR, DERMATITIS, NARCOSIS, CONVULSIONES, AFECTA A LOS RIÑONES Y VEJIGA

EFECTOS A CORTO PLAZO:

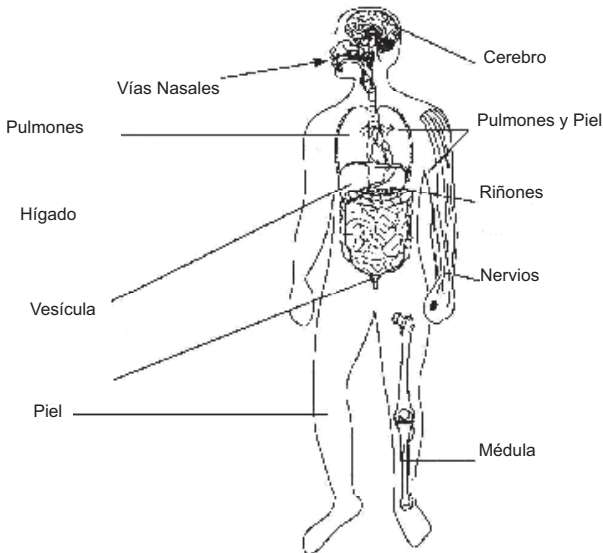
- **DERMATITIS:** es una de las enfermedades más específicas e importantes de los profesionales que usan las tintas y disolventes.

La dermatitis de la piel no tiene la consideración de enfermedad laboral, siendo fácilmente confundida con la alergia cutánea.

EFECTOS A LARGO PLAZO:

- **ASMA:** es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas, que se produce como respuesta del organismo ante la exposición a polvos, sustancias químicas, vapores o humos.

A largo plazo, determinados disolventes pueden tener efectos tóxicos en casi todos los órganos del cuerpo humano: cerebro, nervios, corazón, hígado, riñones, ojos, nariz, boca, pulmones, medula ósea, piel, aparato reproductor y feto.



**ÓRGANOS
Y
TEJIDOS
QUE
PUEDEN
RESULTAR
AFECTADOS**

Una de las medidas más eficaces frente a la exposición a aquellos factores de riesgo que pueden desencadenar Enfermedad Profesional o relacionada con el trabajo en el sector de Artes Gráficas, es la **información de los riesgos** a los que se está expuesto en el puesto de trabajo.

Es fundamental que las empresas cuenten con planes de formación adaptados a las necesidades propias de su proceso productivo.

Vías de penetración en el organismo de los contaminantes químicos

Vías de entrada de los contaminantes químicos	
Vía respiratoria	Vía digestiva
Vía dérmica	Vía parenteral

Por otro lado, las fichas de datos de seguridad nos deben proporcionar la información necesaria sobre los riesgos del producto. El responsable de comercialización debe suministrarla obligatoriamente, proporcionando información sobre las propiedades de la sustancia y los peligros para la salud y el medio ambiente, así como sobre los riesgos derivados de sus propiedades físicas y químicas, controles de exposición, manipulación, almacenamiento y eliminación, estas fichas también informan sobre las medidas de lucha contra incendios, los medios de protección, precauciones a tomar en caso de vertido accidental y primeros auxilios.

Debemos prestar especial atención a la información referida a los peligros para la salud.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SUS PROPIEDADES TOXICOLÓGICAS	
MUY TÓXICOS	Las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea en muy pequeña cantidad puedan provocar efectos agudos o crónicos e incluso la muerte
TÓXICOS	Las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea en pequeñas cantidades puedan provocar efectos agudos o crónicos e incluso la muerte
NOCIVOS	Las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea puedan provocar efectos agudos o crónicos e incluso la muerte
CORROSIVOS	Las sustancias y preparados que, en contacto con tejidos vivos puedan ejercer una acción destructiva de los mismos
IRRITANTES	Las sustancias y preparados no corrosivos que, en contacto breve, prolongado o repetido con la piel o las mucosas puedan provocar una reacción inflamatoria
SENSIBILIZANTES	Las sustancias y preparados que por inhalación o penetración cutánea, puedan ocasionar una reacción de hipersensibilidad, de forma que una exposición posterior a esa sustancia o preparado dé lugar a efectos negativos característicos
CARCINOGENICOS (*)	Las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea, puedan producir cáncer o aumentar su frecuencia
MUTAGÉNICOS (*)	Las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea, puedan producir alteraciones genéticas hereditarias o aumentar su frecuencia
TÓXICOS PARA LA REPRODUCCIÓN (*)	Las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea, puedan producir efectos negativos no hereditarios en la descendencia, o aumentar la frecuencia de éstos, o afectar de forma negativa a la función o a la capacidad reproductora

Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

RIESGOS FÍSICOS.

Estos no son todos los riesgos específicos del sector, pero si los más graves y los que producen el mayor número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:

EJEMPLOS DE AGENTES FÍSICOS	
RUIDO	
FUENTE DE GENERACIÓN	ENFERMEDAD PROFESIONAL
MÁQUINAS ROTATIVAS	HIPOACUSIA / SORDERA PROFESIONAL
MÁQUINAS DE LAMINADOS	
MÁQUINAS OFFSET	
SOBRESFUERZOS	
MANEJO DE BOBINAS	TENDINITIS / EPICONDILITIS
MANEJO DE CARGAS	
MANTENIMIENTO DE LAS CUCHILLAS	

ANEXO I. GRUPO 2.			
ENFERMEDADES PROFESIONALES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS			
AGENTE FÍSICO CAUSANTE	FACTOR DE RIESGO LABORAL	ENFERMEDAD PROFESIONAL	PROTOCOLO
GRUPO 2.A.			
HIPOACUSIA O SORDERA PROVOCADA POR RUIDO			
Ruido	<p>Trabajos que exponen a ruidos continuos cuyo nivel sonoro diario equivalente (según legislación vigente RD 286/2006) sea igual o superior a 80 dB(A), especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en imprenta rotativa en la industria gráfica. 	<p>HIPOACUSIA. SORDERA SENSORIAL DE TIPO NEUROSENSORIAL. FRECUENCIAS DE 3 A 6 KHZ. BILATERAL SIMÉTRICA E IRREVERSIBLE.</p>	<p>El personal sanitario competente (Médicos del trabajo) determinarán la conveniencia en cada caso de la aplicación de uno o más de los siguientes protocolos, sin perjuicio de la aplicación de aquellos otros protocolos específicos, que hayan sido elaborados por los Servicios Médicos de los Servicios de Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RUIDO
Posturas forzadas Movimientos repetitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo. • Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas. • Enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas. • Hombro: patología tendinosa crónica de manguito de los rotadores. • Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión. • Codo y antebrazo: Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca. • Muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo • Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca • Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: Trabajos de apalco o de manipulación de cargas pesadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • BURSRITIS • EPICONDILITIS • EPITROCLEITIS • TENDINITIS • TENOSINOVITIS • PARÁLISIS DE LOS NERVIOS DEBIDO A PRESIÓN. • SÍNDROME DEL CANAL EPITROCLEO-OLECRANIANO • SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO • SÍNDROME DEL CANAL DE GUYON 	<p>El personal sanitario competente (Médicos del trabajo) determinarán la conveniencia en cada caso de la aplicación de uno o más de los siguientes protocolos, sin perjuicio de la aplicación de aquellos otros protocolos específicos, que hayan sido elaborados por los Servicios Médicos de los Servicios de Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • POSTURAS FORZADAS • MOVIMIENTOS REPETIDOS DEL MIEMBRO SUPERIOR • NEUROPATÍAS POR PRESIÓN (SOBRESFUERZO LABORAL) • MANEJO MANUAL DE CARGAS)

Radiaciones:

En ciertas actividades del proceso productivo se utilizan radiaciones de diversa naturaleza y con diferentes finalidades, por ejemplo las radiaciones Ultra Violeta (UV) que se utilizan para endurecer y secar las tintas.

La exposición a radiaciones UV pueden tener consecuencias graves para la salud. Los riesgos asociados a esta fase del proceso de impresión son los siguientes:

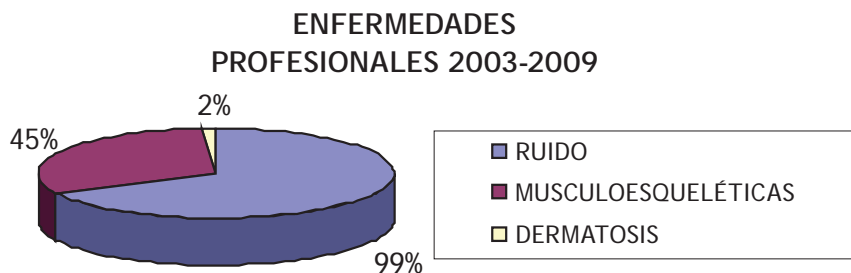
- Contacto o inhalación de materiales, diluyentes, solventes, limpiadores, gaseosos o líquidos de impresión o recubrimiento UV.
- Inhalación de ozono.
- Exposición a la luz UV o a la energía del rayo de electrones.

RIESGOS DE INCENDIOS.

El riesgo de incendio es muy elevado en el sector, debido a multitud de factores que forman parte del proceso productivo, como por ejemplo, la **utilización de agentes químicos** que pueden tener **naturaleza inflamable**, o la **presencia de papel, cartón** y otros materiales similares. El almacenamiento de estos productos puede ser también foco de incendio. Además a esto se suma la **elevada electricidad estática** que se genera en las industrias del sector, cuando los niveles de electricidad estática son elevados, puede producirse una descarga en forma de chispa, que puede ser origen de incendios.

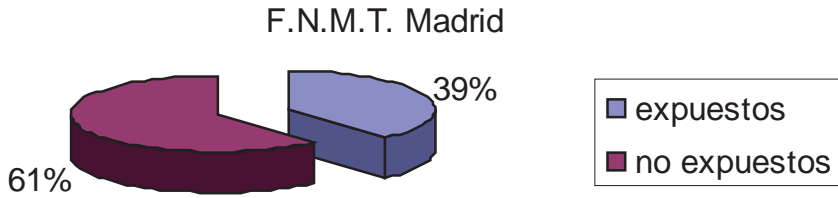
EL RUIDO.

Es uno de los principales contaminantes de las Artes Gráficas ya que el volumen de maquinaria es muy elevado. Estos elevados niveles de ruido se reflejan en los trabajadores produciendo hipoacusias o sordera profesional. Asimismo es uno de los retos a los que se enfrentan las empresas, debido a la complejidad de su reducción y control en determinados procesos productivos.



Datos de la FNMT (Fábrica Nacional de Moneda y Timbre).

De los trabajadores de la FNMT de Madrid, los expuestos a ruido suponen el 39% de la población trabajadora y la prevalencia de Enfermedad Profesional de estos trabajadores es del 15%.



Datos de la FNMT (Fábrica Nacional de Moneda y Timbre).

Sin embargo hay otros aspectos del ruido (los efectos generales sobre el organismo) más los efectos psicológicos que podríamos denominar **daños emergentes asociados**, que están **insuficientemente investigados**, y son pocos los estudios que muestran de una forma clara dichas asociaciones, lo que justifica profundizar sobre los mismos.



En la tabla siguiente, podemos ver algunos ejemplos:

<p align="center">Algunos efectos no auditivos de la exposición a ruido en diferentes estudios de investigación</p>
<p>Efectos combinados o sinérgicos entre diferentes factores de riesgo, como el ruido y la exposición a algunas sustancias peligrosas con potencial efecto tóxico, como sería el caso de los disolventes orgánicos.</p>
<p>Los efectos sobre la salud del feto en las trabajadoras expuestas a ruido.</p>
<p>El aumento del riesgo de accidentes en ambientes de trabajo ruidosos</p>
<p>Alteraciones de la comunicación oral. Disfonías. Riesgo de accidentes. Alteraciones del carácter.</p>
<p>Efectos Psíquicos. Estrés. Fatiga mental. Alteraciones del estado de ánimo. Ansiedad.</p>
<p>Calidad del trabajo, influencia sobre la productividad</p>
<p>Los efectos no auditivos del ruido sobre el sistema nervioso centros. Se caracterizan por alteraciones del electroencefalograma, trastornos de la consciencia e incluso, pérdida de conocimientos (especialmente en epilépticos), aumento de la tensión vascular cerebral, disminución de la capacidad motriz o intelectual, aumento de errores, etc..</p>
<p>Efectos sobre el sistema cardiovascular. Alteraciones del ritmo cardiaco, alteraciones en el electrocardiograma. Aumento del riesgo Coronario. Aumento de la Tensión Arterial.</p>
<p>Efectos sobre el aparato digestivo. Incremento de la acidez mastica. Mayor incidencia de ulcera duodenal.</p>
<p>Efectos sobre el aparato respiratorio. Incremento de episodios de bronquitis y de asma.</p>
<p>Efectos sobre la visión. Estrechamiento del campo visual. Modificación de los colores percibidos. Dilatación pupilar. Alteraciones de la visión nocturna.</p>
<p>Alteraciones hormonales. Incremento de la adrenalina y noradrenalina, del cortisol y la ACTH.</p>
<p>Alteraciones del sueño. Síndrome de fatiga crónica.</p>
<p>Alteración del sistema inmunológico. Incremento de procesos infecciosos y posibilidad de un incremento de la incidencia de cáncer.</p>

RIESGOS ERGONÓMICOS Y PSICOSOCIALES.

Los elevados ritmos de trabajo y la rotación de los turnos pueden ser causantes de estrés, fatiga física y mental e incluso accidentes de trabajo.

Avanzar en la prevención de importantes lesiones ergonómicas en el sector.

La creciente intensificación de la producción, puede estar en el origen de nuevos problemas para la salud de los trabajadores del sector.

Así muchas veces no somos conscientes de que determinadas posturas continuadas en el trabajo suponen un riesgo para los trabajadores y bastante a menudo acaban en lesión, al margen de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Son éstas, enfermedades del trabajo que, sin estar reconocidas, se sufren y pasan muchas veces como bajas comunes y que estando relacionadas con el puesto de trabajo no se previenen; no se conoce su alcance, ni su gravedad.

¿En qué puede mejorarse o prevenirse la salud de los trabajadores del sector?

Los movimientos repetitivos realizados en posturas y condiciones poco ergonómicas, así como las presiones externas o auto impuestas, sitúan a los trabajadores del sector entre los colectivos más predisuestos a sufrir enfermedades de tipo profesional. Se puede avanzar en la reducción de las **dolencias y daños** ergonómicos más frecuentes como son:

- Mialgias, calambres, contracturas y roturas de fibras.
- En los tendones y ligamentos como tendinitis, sinovitis, tenosinovitis, roturas, esguinces y gangliones.
- En las articulares, como son las artrosis, artritis, hernias discales y bursitis.
- Además de los atrapamientos y estiramientos de los nervios y los trastornos vasculares entre las alteraciones más frecuentes.

Hoy existen nuevos instrumentos que suponen herramientas más precisas y adaptadas para evaluar determinados riesgos ergonómicos fundamentales de los puestos de trabajo.

La adaptación de los puestos de trabajo a los trabajadores es a la vez un instrumento frente a muchas situaciones donde la dinámica sigue siendo la subordinación de las posturas y del puesto de los trabajadores a las máquinas.

Podemos mencionar como causantes de Enfermedad Profesional: el ruido, el sobreesfuerzo, las posturas forzadas y los movimientos repetitivos.

Cuadro de Enfermedades Profesionales del RD. 1299/2006.

Las Enfermedades Profesionales que más se declaran en el Sector de Artes Gráficas son: la sordera profesional, las afecciones cutáneas y la fatiga por vainas tendinosas.

Grupo 1	Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
Grupo 2	Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
Grupo 3	Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
Grupo 4	Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros apartados.
Grupo 5	Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidas en alguno de los otros apartados.
Grupo 6	Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Dentro de las enfermedades profesionales del sector incluidas en el cuadro debemos prestar atención a los agentes causantes de enfermedad profesional de los grupos:

Grupo 4: Enfermedades Profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

(Industria del papel, encuadernadores, aplicación de pinturas y pigmentos mediante aerografía).

Grupo 5: Enfermedades Profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

(Industria del papel, fijado y revelado de fotografía, aplicación de pinturas y pigmentos mediante aerografía).

Grupo 6: Enfermedades Profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Hay que revisar las fichas de datos de seguridad de los productos utilizados en los puestos de trabajo, con especial interés en los de preimpresión, fabricación de rodillos, planchas de impresión etc.

(Empleo y manipulación del benceno, cromo, níquel y sus compuestos, etc.)

Como ya hemos indicado, una de las herramientas principales de la que debemos disponer es la Formación e Información sobre los riesgos del puesto de trabajo.

- Fichas de datos de seguridad.
- Control de los límites de exposición.
- Vigilancia de la salud.
- Aplicación de los protocolos médicos específicos.
- Formación e información sobre los riesgos específicos del puesto de trabajo.

*Por el Sector de Seguridad Privada.

Situación actual de las Enfermedades Profesionales en los sectores de FeS-UGT. Sector Seguridad Privada.

Desde nuestro punto de vista entendemos que debería considerarse Enfermedad Profesional (EP) la producida, no solo por las actividades que se especifiquen en el cuadro de EEPP, si no toda enfermedad contraída por exposición a agentes químicos, físicos, biológicos o por actividades que produzcan lesiones músculoesqueléticas derivadas del trabajo.

El Sector de Seguridad está formado por el personal de Seguridad Privada que, a su vez, está compuesto por: Vigilantes de Seguridad, Escoltas, Vigilantes de Explosivos, Operadores de Centrales de Alarmas, Guardias Particulares de Campo, Guardas de Caza y Guardapescas Marítimos.

Las EE.PP. de los Instaladores de Alarmas están incluidas en las enfermedades de los Electricistas.

Una característica fundamental del trabajo del personal de seguridad privada es que desarrollan su trabajo en una empresa ajena a la suya, y que están diseminados por toda la actividad productiva, industrial, de ocio, centros oficiales, centros de comunicaciones, de transporte, hospitales y otros centros sanitarios, etc.. Por lo tanto el personal de seguridad privada está expuesto a todos los riesgos que cualquier trabajador pueda estar, además de los de su propia actividad.

Hasta enero de 2009 las estadísticas de EE.PP. estaban incluidas en el CNAE 74 que englobaba a varios sectores, por lo tanto era imposible saber una estadística fiable de EP declaradas en el sector, con el cambio de CNAEs que tuvo efecto en enero de 2009 al estar referido a dos dígitos CNAE 80 podemos saber las EP declaradas en el primer semestre que han sido un total de 14 EP, 9 hombres y 5 mujeres.

ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA, SEGÚN GRAVEDAD,
POR SECTOR Y DIVISIÓN DE ACTIVIDAD (1)

TOTAL NACIONAL		Avance Enero - Julio 2009							
		EN JORNADA				IN ITINERE			
		Total	Leves	Graves	Mortales	Total	Leves	Graves	Mortales
80	Actividades de seguridad e investigación	2.214	2.194	18	2	565	553	10	2

ENFERMEDADES PROFESIONALES, SEGÚN SEXO,
POR SECTOR Y DIVISIÓN DE ACTIVIDAD (1)

TOTAL NACIONAL		Avance Enero - Julio 2009								
		TOTAL			CON BAJA			SIN BAJA		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
0	Actividades de seguridad e investigación	14	9	5	8	6	2	6	3	3

Sin embargo en el Cuadro de Enfermedades Profesionales solo se nombra a los Guardas de Caza en el caso de enfermedades infecciosas y parasitarias, por lo tanto conseguir que se declare como EP es muy complicado en nuestro sector. Por otro lado, los vigilantes que trabajan en Industrias Químicas, si tuvieran una enfermedad causada por el producto que se fabrica o se usa en esta industria, sí debería ser declarada EP, por ejemplo:

Un Vigilante de seguridad trabaja en una Industria Química que fabrica Permanganato Potásico, su lugar de trabajo es el control de accesos de la fábrica que, además, es donde se encuentran los instrumentos de control de la báscula de dicha industria. Justo encima de la báscula se encuentra la tolva que llena los camiones con los residuos de la fabricación del Permanganato Potásico. Entendemos que, aunque el trabajador no manipula el Permanganato Potásico ni participa en la fabricación del mismo, si está expuesto a sus efectos. Por lo tanto, si sufre una enfermedad producida por la exposición al manganoso, debería ser considerada una Enfermedad Profesional.

En cuanto a los Agentes Físicos, en el caso del ruido, hay varios casos que se podrían relacionar con el personal de: seguridad pri-

vada, tráfico aéreo, ferroviarios, marítimos... según figura en el Cuadro de EEPP.

Las hipoacusias producidas por el ruido de impacto en los ejercicios de tiro por encima de 140 dbA deberían estar incluidas en el Cuadro.

En el caso de los Vigilantes de Explosivos, el Cuadro de EE.PP., denomina a los trabajadores que participan en expolio y destrucción de explosivos como susceptibles de padecer una Enfermedad Profesional por Hipoacusia.

Los Vigilantes de Explosivos participan, de acuerdo con el reglamento de explosivos, en las voladuras de las canteras y de obra civil siendo afectados por los riesgos que estas generan.

En cuanto a las EE.PP. producidas por posturas forzadas son, junto con las enfermedades de origen psicosocial, las que más afectan al personal de Seguridad Privada.

En el informe Factores de Riesgo Psicosocial y Estrés en los Vigilantes de Seguridad Nº de Proyecto IS-307/2002 de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales se concluye que el 56,6% de los vigilantes declaran que durante su jornada de trabajo están de pie sin moverse.

El trabajo en postura estática sin movimiento durante toda la jornada laboral, que puede ser de ocho horas o más, puede producir lesiones en los pies, varices y otras lesiones musculoesqueléticas que, al ser de origen laboral, deberían ser consideradas como EE.PP.

En los PROTOCOLOS DE VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA Y POSTURAS FORZADAS elaborados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo dice:

“Existen numerosas actividades en las que el trabajador debe asumir una variedad de posturas inadecuadas que pueden provocarle un estrés biomecánico significativo en diferentes articulaciones y en sus tejidos blandos adyacentes”...

Las tareas con posturas forzadas implican fundamentalmente a tronco, brazos y piernas.

Existen numerosas actividades en las que el trabajador adopta posturas forzadas: son comunes en trabajos en bipedestación, sedestación prolongada, talleres de reparación, centros de montaje mecánico, etc., pudiendo dar lugar a lesiones musculoesqueléticas.

Las posturas de trabajo inadecuadas es uno de los factores de riesgo más importantes en los trastornos musculoesqueléticos. Sus efectos van desde las molestias ligeras hasta la existencia de una verdadera incapacidad.

Aunque las lesiones dorsolumbares y de extremidades se deben principalmente a la manipulación de cargas, también son comunes en otros entornos de trabajo, en los que no se dan manipulaciones de cargas y sí posturas inadecuadas con una elevada carga muscular estática.



Columna cervical:

Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

Hombro y cintura escapular.

Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

Conductores de vehículos.

Brazo y codo:

Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

Conductores de vehículos.

Antebrazo y muñeca:

Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

Mano y dedos:

Conductores de vehículos.

Usuarios de Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

Cadera y muslo:

Conductores de vehículos.

Vigilantes.

Rodilla:

Conductores de vehículos y maquinaria móvil.

Vigilantes.

Pierna, tobillo y pie:

Conductores de vehículos y maquinaria móvil.

Vigilantes.

En general personas que permanecen muchas horas de pie o caminando.



Si estos Protocolos elaborados por el Ministerio de Sanidad contemplan una serie de dolencias que son producidas por una serie de actividades y, estas actividades son efectuadas por el Personal de Seguridad Privada, se deberían reconocer como Enfermedades Profesionales.



En el Cuadro de EE.PP. se reconocen enfermedades a los Conductores de Vehículos; en cambio a los del Transporte de Fondos y Explosivos que sufren las mismas dolencias no se les reconoce como EP. Los Vigilantes del Transporte de Fondos deben llevar la carga en efectivo y moneda en sacas, pero como deben de llevar una mano libre para poder sacar el arma en caso de atraco, sufren en el brazo que soporta la carga lesiones que pueden ser invalidantes.

Todo el personal de seguridad privada que efectúa su trabajo sentado o utiliza pantallas de visualización de datos, como operadores de consolas de centrales de alarma, centros de control vigilancia por televigilancia, están expuestos a las lesiones que produce la sedestación prolongada y los riesgos a los que están expuestos los usuarios de pantallas de visualización de datos.

Los Vigilantes de Seguridad pueden estar expuestos a radiaciones ionizantes en la manipulación de equipos radiológicos como son los Escáneres de los Aeropuertos, Filtros de Edificios Públicos, Juzgados y Ministerios.

El riesgo ante los agentes biológicos lo sufren todos los Vigilantes que puedan tratar con delincuentes y sobre todo en Hospitales y Centros Sanitarios.

En el Cuadro de EE.PP. figura para las enfermedades infecciosas la ocupación de **personal de orden público**. El Personal de Seguridad Privada no es personal de orden público pero claro, las personas que confeccionaron el Cuadro de EEPP no podían saberlo.

Sería positivo que el Personal de Seguridad Privada estuviera incluido en este grupo: uno de los problemas que se nos está planteando es el aumento de las enfermedades infecciosas (particularmente la tuberculosis por su contagio por vía aérea) en los servicios y medios de transporte como los autobuses.

Las Enfermedades Infecciosas transmitidas por animales si están contempladas para los Guardas de Caza y personal de orden público pero no para los Vigilantes que trabajan con perros.

Son, sin embargo, las enfermedades de origen psicosocial las que más afectan al personal de seguridad privada.

En el estudio antes mencionado: Factores de Riesgo Psicosocial y Estrés en los Vigilantes de Seguridad N° de Proyecto IS-307/2002 de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, se refleja que el 43% del personal de seguridad privada padece estrés; sin embargo, la media de trabajadores según la IV Encuesta de Calidad de Vida del Ministerio de Trabajo en el año 2002, sitúa en un 30% la del total de trabajadores ocupados.

Siguiendo con el estudio, el 44.3% de los vigilantes que trabajan de noche sufre alteraciones del sueño. Según la IV Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, el resto de los trabajadores padecen alteraciones de sueño en un 10,2%.



Existen, además, otros daños padecidos por los Vigilantes: estrés postraumático después de haber sufrido un hecho violento, atraco, atentados con bomba, etc.; patologías por riesgos psicosociales y otras muchas, que no están contempladas en el cuadro de EE.PP. como tales, ni figuran en dicho cuadro.

Desde estas páginas queremos reivindicar su inclusión en un futuro por el bien de los trabajadores de Seguridad Privada.

PROPUESTAS:

Criterios y Propuestas de Política Sindical.

Líneas de Actuación

SERVICIOS DE PREVENCIÓN PROPIOS.

De acuerdo a la Estrategia Española de Seguridad y Salud, todas las políticas y la propia normativa de Prevención de Riesgos Laborales potenciarán la disposición de recursos preventivos propios.

Se establecerán bonificaciones en la cotización de AA.TT. de las empresas que, sin tener obligación legal de constituir un servicio de prevención propio, decidan tener recursos preventivos propios, ligado todo ello a criterios de calidad y resultados.

Se fomentará un sistema de prevención centrado en la incenti-vación y el máximo aprovechamiento de los recursos preventivos propios de la empresa, en el que se perfeccione la complemen-tariedad de los recursos ajenos; todo ello en un marco de mayor eficacia y calidad de los servicios prestados por los servicios de prevención ajenos, las auditoras y las entidades formativas.

- Para alentar la constitución de un mayor número de SS.PP. propios en las empresas, se estudiará la posibilidad de que estos puedan subcontratar determinados y puntuales medios necesarios para la realización de las actividades preventivas.
- Especialmente en los casos en que la dispersión geográfica de algunos centros de trabajo o el elevado coste de algunos medios materiales no favorezcan la constitución de SS.PP. propios.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN MANCOMUNADOS.

Las ACCIONES a poner en marcha que favorezcan la eficacia y calidad de los SS.PP. mancomunados serían las siguientes:

La constitución de un SS.PP. Mancomunado decidida en el marco de la negociación colectiva deberá ser comunicada con carácter

previo a la autoridad laboral, quien podrá formular requerimientos sobre la adecuada dotación de medios humanos y materiales.

Las empresas que tengan obligación legal de disponer de servicio de prevención propio no podrán formar parte del SS.PP. Mancomunado constituido para las empresas de un determinado sector, aunque sí de los constituidos para empresas del mismo grupo.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN AJENOS.

Las administraciones públicas y las CC.AA. deberán establecer unos criterios de calidad y eficacia exigibles a los SS.PP. ajenos.

Memoria de actividades de los SS.PP.

Se analizarán en este marco las medidas que procedan adoptar para homogeneizar la MEMORIA DE ACTIVIDADES que los SS.PP. ajenos han de presentar a la autoridad laboral competente, estableciendo, en su caso, un conjunto mínimo de datos que deba incluirse en la memoria. Todo ello con el fin de mejorar la calidad de las actividades preventivas desarrolladas y mejorar el sistema de información en materia de seguridad y salud laboral.

* Asimismo, se creará en este contexto un sistema de evaluación de la calidad de los SS.PP.

LA VIGILANCIA DE LA SALUD.

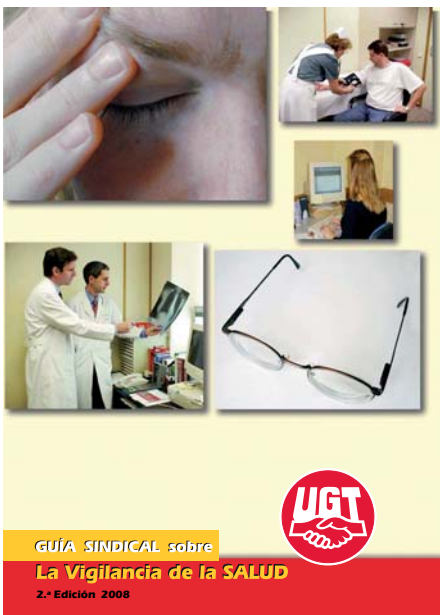
El primer paso para establecer un sistema de Vigilancia de la Salud será realizar una buena Evaluación de Riesgos en la que se incluya un estudio inicial del estado de salud de la población trabajadora. Es decir, hay que recoger desde el primer momento informaciones para disponer de INDICADORES SANITARIOS que nos ayuden a calificar la gravedad de los riesgos, que permitan una valoración de las capacidades de los trabajadores y que sirvan de referente para el seguimiento y control de la eficacia de futuras intervenciones preventivas.- (art. 5 RSP.)

Una vez evaluados los riesgos y formulado el Plan de Prevención, se deben seleccionar aquellas situaciones que deberían ser objeto de vigilancia sanitaria, y definir y justificar que es lo que se pretende vigilar y con qué objetivos.

Ante la nueva orientación de la Vigilancia de la Salud más preventiva, y por la cual deben asumir el coste los empresarios, éstos pueden intentar contrarrestar dicho coste reduciendo el contenido de la Vigilancia de la Salud a los trabajadores.

Nuestra preocupación será en primer lugar, impedir los intentos de las empresas, al tener que financiar la Vigilancia de la Salud, de rebajar las exigencias recogidas en la LPRL sobre la de Vigilancia de la Salud y como consecuencia evitar que los trabajadores puedan percibir una imagen de que les quitan los reconocimientos médicos.

En segundo lugar, negando la existencia de colectivo de usuarios de pantallas (PVD), casuística que se está produciendo ya en bastantes em-



GUÍA SINDICAL sobre
La Vigilancia de la SALUD

2.ª Edición 2008

presas y sectores donde han negociado ya la aplicación de protocolos específicos con las Mutuas, adaptando de manera particular algunos protocolos oficiales, sin consultar ni negociar con los Sindicatos (caso de Mutua UMIVALE en Banca).

Así, vemos que el uso del protocolo de pantallas de visualización de datos (PVD) por parte de éstas empresas lo reducen en la práctica a determinados colectivos minoritarios de trabajadores afectados, limitándolo por la vía de interpretar el criterio del concepto de usuarios de pantallas: "*Trabajadores que superen las cuatro horas diarias o veinte horas semanales de trabajo efectivo*" recogido en la Guía Técnica de Pantallas de Visualización del INSHT.

Los criterios concretos a seguir, serán los siguientes:

En el caso de que la empresa siga con los reconocimientos tradicionales inespecíficos, exigir la adecuación a los protocolos médicos publicados en función de los riesgos de trabajo de cada trabajador en su puesto de trabajo, para ello:

- **Se deberá presentar escrito al Comité de Seguridad y Salud o a la Empresa** solicitando información de los protocolos de reconocimiento individual, colectivos afectados, periodicidad de los mismos, riesgos recogidos e indicadores estadísticos de los tres últimos años respecto a los daños a la salud sufridos por los trabajadores en los accidentes de trabajo y EEPP, así como estadísticas de las bajas por IT del trabajador desglosadas por tipo de enfermedad, tanto físicas como psicosociales.
- **Solicitar la inclusión** en el orden del día de los Comités de Seguridad y Salud, para debatir y adaptar los mencionados protocolos.

La propuesta de nuevos reconocimientos o evaluaciones de salud será:

- **Mantener unos reconocimientos básicos** para todos los trabajadores con una periodicidad anual como máximo incluyendo aquellas pruebas diagnósticas básicas que venían

desarrollándose procurando no disminuir la frecuencia de los mismos.

- **Exigir unos reconocimientos específicos complementarios** para cada colectivo de riesgo con la periodicidad mínima recogida en los protocolos o en su lugar negociándolos:
 - Estos nuevos protocolos médicos de Vigilancia de la Salud deben de realizarse desde el principio de prevención integral y colectiva, es decir, aplicarse los protocolos a los colectivos de riesgo identificados en función del resultado de las evaluaciones de riesgos. Por lo tanto atención a los intentos de las empresas de separar las evaluaciones de riesgos y la Vigilancia de la Salud, aplicando esta última desde la perspectiva individual, soslayando la primera.
 - Estos protocolos deben ser igualmente específicos y adaptados a los distintos colectivos de trabajadores y riesgos (fijos, jóvenes, contratados, inmigrantes, etc.) y al tamaño de las empresas. Al mismo tiempo, la interpretación del diseño de los protocolos corre a cargo de la Administración Sanitaria.

Mientras no exista el protocolo sobre riesgos psicosociales, debemos fomentar la realización con una frecuencia anual y, dentro del protocolo básico, las siguientes pruebas:

- Aplicación de un cuestionario de factores psicosociales y una encuesta de salud a todos los trabajadores.
- Realización de controles sobre dolencias y lesiones digestivas, hormonales, respiratorias, psicológicas, etc... prestando especial atención al consumo de medicamentos sedantes o de otras características (café, alcohol, etc...).
- Realización de controles mediante pruebas de detección de patologías relativas a daños cardiovasculares, como son las pruebas de esfuerzo que calculan las modificaciones del

pulso, de la tensión arterial para aquellos trabajadores a los que se detecte un grado de patología importante.

- Para el colectivo de trabajadores que cambien de empresa por motivo de subrogaciones y que cambian a la vez de Mutua, al objeto de no iniciar la Vigilancia de la Salud desde cero, debemos exigir incluir en la negociación colectiva ésta cláusula de traslado automático de éstos a la nueva Mutua al objeto de garantizar el mantenimiento del sistema de información sanitaria en salud laboral, de acuerdo a las exigencias del RSP en su art. 39 ó en supuesto de negativa, (si las Mutuas entre sí no se transfieren los mismos), debemos negociar fórmulas como la creación de cartillas profesionales.
- Igualmente se deberá abordar la Vigilancia de la Salud de los trabajadores con contratos temporales, asunto no abordado hasta el momento en la normativa y que conviene no dejar desprotegido. Se pueden plantear fórmulas como la de retornar a la cartilla sanitaria.

Como dato adicional, la nueva Estrategia de Seguridad y Salud, recoge en su objetivo 1 con especial atención a las pequeñas empresas, la propuesta de negociación colectiva en los sectores de creación de una cartilla profesional, extendiendo el modelo del Sector de la Construcción, de los datos relativos a la Vigilancia de la Salud, respetando plenamente el derecho a la intimidad de los trabajadores.

Proponemos respecto a la coordinación recogida en el art. 38 del Reglamento de los Servicios de Prevención entre el Sistema de prevención y el Sistema Nacional de Salud.

- Posibilidad de modificar la situación de las áreas de salud para aquellos casos de asistencia por el sistema nacional de salud que tenga un origen laboral, puedan derivarse de las unidades de especialidad en medicina del trabajo, al sistema de prevención, dado que hoy no forman parte del sistema nacional de salud y dependiente de cada Comunidad Autónoma.

- Creación de una pagina Web de coordinación al respecto.
- En la futura ley de calidad y cohesión se debe plantear unidades de especialización de salud laboral ligadas a riesgos Psicosociales.
- Proponemos la homologación de la tipología de los datos estadísticos de bajas por incapacidad temporal por contingencias comunes que elaboran las Mutuas y el Ministerio de Trabajo, con la inclusión, entre otras variables, de análisis de la dimensión de género; como ya se viene utilizando en el Programa “trabajo, salud y genero” puesto en marcha en el marco de la Estrategia Europea 02/06 por el Ministerio de Sanidad:

En el Marco de la Estrategia Española de Seguridad y Salud, la Vigilancia de la Salud, y en particular, la especialidad de Medicina del Trabajo deben recibir una atención reforzada, con las siguientes medidas:

- **Se promoverá e impulsará la formación de la especialidad de medicina del trabajo, dentro del sistema de formación de residencia, de manera que pueda incrementarse el número de especialistas conforme a las necesidades de la Prevención de Riesgos Laborales.**
- **Se promoverá que la especialidad de Medicina del Trabajo sea asumida por la empresa con recursos propios, especialmente en las empresas de más de 500 trabajadores, de acuerdo con las medidas establecidas en el apartado 2.1.**
- **A estos efectos se revisarán las exigencias de los artículos 15 y 19 del Reglamento de los SS.PP. de manera que puedan autorizarse fórmulas mixtas de organización de los recursos sanitarios, todo ello de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo y dentro de una reflexión profunda sobre la**

problemática de la subcontratación de actividades y su limitación.

- Se revisará la orden por la que se establece el sistema de notificación y registro con el desarrollo de estudios epidemiológicos de daños, para comparar causa y efecto con el SISAL (Sistema de Integración de la Información Sanitaria) en el ámbito de las empresas, y respecto a las enfermedades del trabajo no recogidas en el anexo 1 del cuadro de Enfermedades profesionales.
- Se regulan las cuestiones relativas a los expedientes médicos de los trabajadores cuando cambian de empresa y de Mutua.
- Igualmente se regulará para el colectivo de trabajadores que cambian de empresa por motivo de subrogaciones y subcontrataciones y que modifica la Mutua patronal, y al objeto de no iniciar la vigilancia de la salud desde cero, ya que éstas entre sí no se transfieren los expedientes médicos.
- Lo regula la figura del colectivo de **trabajadores con contratos temporales**, desprotegido actualmente y sobre el que recae el mayor grado de siniestralidad y riesgos de trabajo. En relación a los expedientes médicos, se pueden plantear fórmulas de regulación y control: ¿Retornar a la cartilla sanitaria por trabajador?.

Propuesta sobre un modelo organizativo más eficaz y coherente de la Vigilancia de la Salud.

En el escenario del Estado de las Autonomías con fuertes capacidades de organización, financiación y gestión y ante el riesgo de una importante dispersión y probable dishomogeneidad normativa, organizativa y práctica:

- Dar cierta uniformidad y cohesión al sistema de Vigilancia de la Salud de los trabajadores, con los tres instrumentos siguientes:
 - Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en las empresas y la información que tienen que suministrar a las autoridades laborales y sanitarias.
 - Las Mutuas con las competencias que les corresponden en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las EE.PP. y AA.TT.
 - El Sistema Nacional de Salud en sus diversos componentes que son los Servicios de Salud de las Autonomías.

Medidas y propuestas en relación a la gestión de ITCC.

- 1.- La coordinación entre las AA.PP. no solo es necesaria, sino que es ineludible para la mejora de la gestión.
- 2.- Diseño de un plan de formación en materia de IT para profesionales del Sistema Nacional de Salud y Servicios de Inspección Médica.
- 3.- Renegociación de los convenios de control de la IT entre el INSS y las CC.AA. Estableciendo en los mismos un objetivo finalista, orientando su utilización y no permitiendo que se considere una partida más que ingresan las CC.AA. para paliar sus respectivos déficit de financiación.
 - En las Áreas de salud, que son según la LGS (Art. 56) “las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario...” ... “En el ámbito de la atención primaria de

salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atiende al individuo, la familia y la comunidad...”

- Proponemos la constitución de **Consejos de Salud de Área**, con participación sindical.
 - La constitución de un **Servicio de Salud Pública** en cada área de salud, con el fin de llevar a cabo la prestación, que como tal, contempla el art. 8 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, con actuaciones de información y vigilancia epidemiológica, la promoción y protección de la salud ambiental y la promoción y protección de la salud laboral.
 - Decálogo de Profesionales sanitarios.
- 4.- **Desarrollar por parte del INSS**, la facultad de esa entidad gestora en lo que se refiere a la determinación de contingencias, estableciendo análisis rigurosos e inspección de aquellos casos en que siendo Enfermedad Profesional o AT son soportados indebidamente como contingencias comunes por el Sistema Nacional de Salud y penalización a las entidades colaboradoras, en caso de alta injustificada o atención deficitaria.
 - 5.- **Análisis de la causalidad de la IT**. Revisión de las patologías con posible relación con el trabajo y valoración epidemiológica de la situación (con desagregación geográfica y por sectores de actividad).
 - 6.- **Análisis de las causas de prolongación de IT** por fallos del sistema (citaciones, listas de espera y otros), así como un estudio de las morbilidad de la población.
 - 7.- **Refuerzo de la Inspección sanitaria de los SS.PP. de salud** y revisión del sistema de control de la IT en el sistema nacional de salud, a través de la Inspección Médica, potenciando las funciones de la gestión de los mismos, no solo a través de los convenios de colaboración del INSS y las CC.AA. sino también estableciendo un marco normativo bá-

sico como elemento de cohesión del sistema y de garantía de una prestación de la S. Social.

- 8.- **Una adecuada revisión de los procesos burocráticos de IT** por parte del INSS, como es la emisión de partes de confirmación eliminaría tareas burocráticas para el médico y paciente y resolvería con una mejor gestión de los tiempos.
- 9.- Por parte de las Mutuas y SS.PP. de empresas, **incrementar la prevención de las enfermedades causadas por la relación laboral**, como los problemas osteo-musculares-psicológicos, etc. detectados en las revisiones médicas anuales.

El reconocimiento de las enfermedades específicas en los sectores de la FeS-UGT.

- Proponemos el reconocimiento de las EE.PP. principales de los sectores de FeS, mediante:

La actualización del concepto de Enfermedad Profesional facilitando el reconocimiento de nuevas enfermedades no previstas en el listado, previa demostración de su causalidad laboral.

La Inclusión en el Cuadro de Enfermedades Profesionales aprobado por TAS 1/2007, de los procesos causados por los distintos riesgos: las enfermedades derivadas de los riesgos psicosociales y las enfermedades que derivan de los riesgos ergonómicos, AUNQUE SE CONTEMPLAN ALGUNAS, NO TODAS.

- Promover cambios institucionales que mejoren la regulación actual, desde una perspectiva preventiva no solamente de acción protectora de prestaciones económicas: la elaboración y aprobación institucional de protocolos médicos psicosociales y ergonómicos.
- Fomento de una evaluación de riesgos psicosociales, del uso de una metodología consensuada que profundice y vaya más

allá de la formalidad del Cuestionario de Salud de Riesgos Psicosociales.

- Poner el acento en **analizar los indicadores de los daños** para el estudio de las bajas por ITCC y su proyección colectiva: diseñar indicadores armonizados y periódicos sobre las distintas patologías preponderantes en los sectores de FeS.
- En el ámbito de las Empresas:
 - Exigir la evaluación de riesgos psicosociales.
 - Exigir en los nuevos reconocimientos médicos el protocolo específico de Vigilancia de la Salud de los Riesgos Psicosociales.
 - En la Vigilancia Colectiva: la necesidad de valorar la gravedad de los riesgos de estrés a través de **estudios epidemiológicos de bajas por I.T.**, que busquen reflejar la incidencia, gravedad y severidad de los mismos a la vez que buscar la correlación entre causa y efecto de los factores psicosociales).

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

PROTOCOLOS MÉDICOS ESPECÍFICOS.

Diseñado el nuevo marco de Prevención de Riesgos Laborales en la Ley 31/1995, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ha llevado a cabo las siguientes actuaciones relativas a la Vigilancia de la Salud y a los Protocolos Específicos, distinguiendo protocolos aprobados, pendientes de aprobar y en elaboración.

Protocolos aprobados:

- Agentes anestésicos inhalatorios.
- Agentes biológicos.
- Agentes citostáticos.
- Neumonitis por hipersensibilidad o Alveolitis alérgica extrínseca.
- Amianto.
- Asma laboral.
- Cloruro de vinilo monómero.
- Dermatitis laborales.
- Manipulación manual de cargas.
- Movimientos repetidos de miembro superior.
- Neuropatías por presión.
- Óxido de etileno.
- Pantallas de visualización de datos.
- Plaguicidas.
- Plomo.
- Posturas forzadas.
- Radiaciones ionizantes.
- Ruido.
- Silicosis y otras neumoconiosis.

Protocolos en elaboración:

- Agentes cancerígenos.
- Agentes neurotóxicos.

- Hidrocarburos aromáticos simples: Benceno, Etilbenceno, Tolueno, Xileno y Estireno.
- Hidrocarburos alifáticos halogenados clorados: Percloroetileno, Tetracloruro de carbono, 1,1,1-Tricloroetano y Tricloroetileno.
- Metales: Níquel y sus compuestos, Cromo y sus compuestos, Cadmio.

Se puede acceder a los textos de los protocolos a través de la siguiente dirección:

<http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>

SÍNTESIS DE LOS PROTOCOLOS MÉDICOS MÁS AFINES CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS SECTORES DE LA FeS.

AGENTES BIOLÓGICOS.

La gran diversidad de tareas, puestos de trabajo, y actividades laborales con posible exposición a Agentes Biológicos (AB) prácticamente todas y todos, así como el gran número de AB potencialmente existentes en cada uno, imposibilita abarcar con un solo protocolo cerrado la Vigilancia de la Salud de los trabajadores expuestos a AB. Por este motivo, hay un protocolo genérico y luego otros específicos de acuerdo a las enfermedades.

Se desarrollarán los protocolos a intervalos regulares con la periodicidad que los conocimientos médicos aconsejen, considerando el AB, el tipo de exposición y la existencia de pruebas eficaces de detección precoz.

Hepatitis A, B, C y D, Tuberculosis, Gripe, Salmonella, Legionelosis, Hongos...

RUIDO.

Este protocolo ha sido modificado por el Real Decreto 286/2006, sobre la Protección de la Salud y la Seguridad de los trabajado-

res contra Riesgos relacionados con la Exposición al Ruido, donde fija que los controles de exposición al ruido tendrán una periodicidad como mínimo cada tres años en los puestos de trabajo en los que se sobrepasen los valores superiores de exposición que dan lugar a una acción, o cada cinco años cuando se sobrepasen los valores inferiores de exposición que dan lugar a una acción.

El nuevo Real Decreto establece que cuando la exposición es superior a 85 dbA pero inferior a 87 dbA o un nivel pico superior a 137 dbA e inferior a 140 dbA, dará lugar a una acción, en la que el empresario establecerá y ejecutará un programa de medidas técnicas y/o de organización, que deberán integrarse en la planificación de la actividad de la empresa.

Asimismo, la Vigilancia de la Salud incluirá la elaboración y actualización de la historia clínico-laboral de los trabajadores. El trabajador tendrá acceso, previa solicitud, al historial que le afecte personalmente.

ASMA LABORAL.

El asma ocupacional se define como un cuadro de obstrucción bronquial reversible al flujo aéreo asociado a una hiperreactividad bronquial, provocado por la exposición a polvo, vapores, gases o humos presentes en el lugar de trabajo.

Se aplicará este protocolo tanto en la evaluación inicial como en los exámenes periódicos, ajustándose al ritmo indicado siguiente:

- Cada 2 años, nivel de riesgo 1:
Estado de la evaluación riesgo aceptable. Situación satisfactoria.
- Cada año, nivel de riesgo 2:
Estado de la evaluación riesgo moderado. Valorar y planificar las modificaciones que reduzcan el riesgo.
- Cada 6 meses, nivel de riesgo 3:
Estado de la evaluación riesgo no tolerable. Reducción del riesgo.

Ocupaciones que deberán tenerse en cuenta para la aplicación del protocolo en el ámbito de la FeS:

- Peluquerías.
- Imprenta y encuadernación.
- Fotocopiadoras.
- Fotografía.
- Limpieza.
- Jardinería.

DERMATOSIS LABORALES.

Será de aplicación a los trabajadores que, en función de su actividad laboral, están expuestos o puedan estarlo a gentes y sustancias capaces de producir enfermedades de la piel.

La gran cantidad de tareas, puestos de trabajo y actividades laborales con exposición a sustancias que pueden provocar enfermedades de la piel de los trabajadores expuestos, así como el gran número de agentes presentes en el mundo laboral capaces de producirlos, dificulta reunir en un solo protocolo todas las posibles situaciones de exposición y enfermedad.

En este sentido, el protocolo de Vigilancia Sanitaria tiene un protocolo genérico, que deberá ser adaptado por el profesional sanitario responsable de la vigilancia, en función de los resultados de la evaluación de riesgos y las características y circunstancias del trabajador.

- Artes Gráficas.
- Fotografía.
- Jardinería.
- Peluquería.

NEUROPATÍAS POR PRESIÓN.

Los criterios de aplicación del mismo se refieren a las neuropatías producidas por traumas repetidos en el puesto de trabajo, en concreto a trabajadores que deben transportar cargas, realizar con las extremidades movimientos repetitivos, violentos o irregulares, adoptar posturas difíciles o forzadas o con apoyos repetidos o prolongados sobre zonas anatómicas en las cuales los nervios son particularmente vulnerables a la compresión o a microtraumas repetidos, incluidos los ocasionados por herramientas vibrátiles.

- Deporte.
- Jardinería.
- Limpieza.
- Contact Center.

POSTURAS FORZADAS.

Posiciones de trabajo que supongan que una o varias regiones anatómicas dejen de estar en una posición natural de confort para pasar a una posición forzada que genera hiperflexiones y/o hiperrotaciones osteomusculares con la consecuente producción de lesiones por sobrecarga.

Las posturas forzadas comprenden las posiciones del cuerpo fijas o restringidas, las posturas que sobrecargan los músculos y los tendones, las posturas que cargan las articulaciones de una manera asimétrica, y las posturas que producen carga estática en la musculatura.

Se deberá llevar a cabo una vigilancia médica en aquellos operarios con trabajos que supongan posiciones forzadas e incómodas durante toda o parte de su jornada laboral de forma habitual.

- Administrativos.
- Seguridad Privada.
- Peluquería.
- Limpieza.

La vigilancia de los trabajadores expuestos a posturas forzadas comprende dos fases interdependientes: el **análisis de las condiciones de trabajo**, que nos permite evaluar el riesgo del puesto de trabajo y la región anatómica que puede resultar afectada y la **vigilancia sanitaria específica** de los trabajadores.

El examen específico periódico se realizará con una periodicidad ajustada al nivel de riesgo al que está sometido el trabajador, tal como se especifica en el cronograma de actuación y de acuerdo al nivel de riesgo siguiente:

- Cada 3 años, nivel de riesgo 1:
Posturas que se consideran normales, sin riesgo de lesiones musculoesqueléticas y en las que no es necesaria ninguna acción.
- Cada 2 años, nivel de riesgo 2:
Posturas con ligero riesgo de lesión musculoesquelética sobre las que se precisa una modificación aunque no inmediata.
- Cada año, nivel de riesgo 3:
Posturas de trabajo con riesgo alto de lesión. Se debe modificar el método de trabajo tan pronto como sea posible.
- Nivel de riesgo 4:
Posturas con un riesgo extremo de lesión musculoesquelética. Deben tomarse medidas correctoras inmediatas, nueva evaluación de riesgo.

MOVIMIENTOS REPETIDOS DE MIEMBRO SUPERIOR.

Se entiende por movimientos repetidos a un grupo de movimientos continuos, mantenidos durante un trabajo que implica al mismo conjunto osteomuscular, provocando fatiga muscular, sobrecarga, dolor y por último lesión.

Los criterios de aplicación corresponden a aquellos trabajadores con tareas repetitivas que supongan sobrecarga muscular durante toda o parte de su jornada laboral de forma habitual.

- Trabajadores ante PVD.

- Delineantes, dibujantes.
- Deportistas.
- Músicos.
- Peluqueros.

Formas para la cumplimentación del protocolo: el protocolo de los trabajadores expuestos comprende una evaluación del riesgo, estableciéndose tres niveles de riesgo.

Se debe indicar en el recuadro correspondiente, el nivel alcanzado en cada una de las situaciones consideradas en el puesto de trabajo. Procediendo posteriormente, a la realización de la evaluación global del riesgo en el puesto de trabajo. Se establece un cronograma de actuación con relación a las características específicas de cada trabajador y al nivel de riesgo que se encuentra sometido, estableciéndose la periodicidad de los exámenes periódicos.

- Cada 2 años, nivel de riesgo 1:
Situación correcta. Sin riesgo o riesgo trivial. Factor satisfactorio.
- Cada año, nivel de riesgo 2:
Situación aceptable. Riesgo aceptable o moderado. Factor a mejorar si fuera posible, diferido en el tiempo.
- Cada 6 meses, nivel de riesgo 3:
Situación insatisfactoria. Riesgo inaceptable que precisa corrección inmediata.

PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.

El resumen de actuaciones comprende: el estudio del puesto de trabajo, la evaluación del riesgo y el examen previo al inicio del trabajo con PVD. El cronograma de actuación se clasifica en tres niveles:

- Nivel de riesgos 1:

Evaluación del riesgo y realización de un examen periódico específico cada 4 años.

- Nivel de riesgos 2:
Corrección de las anomalías detectadas, período de corrección de 1 año, verificación de la corrección y examen periódico específico al año.
- Nivel de riesgos 3:
Corrección de las anomalías detectadas, período de corrección de 6 meses, verificación de la corrección y examen periódico específico a los 6 meses.

Dadas las condiciones especiales de los mayores de 40 años, es recomendable realizar el examen periódico específico cada 2 años. En caso de que el trabajador presente alguna queja relacionada con las condiciones de su puesto de trabajo, aplicaremos el protocolo comenzando con el análisis del puesto de trabajo y la valoración de su riesgo. Actuando en consecuencia.

Los reconocimientos médicos se centrarán en los protocolos de valoración de la función visual, de la musculoesquelética y de la carga mental.

Dentro del Sector de Servicios se produce el mayor número de aplicación de la informática. Por este motivo se pueden incluir la mayoría de los Sectores de la FeS.

MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS.

Será de aplicación a cualquier trabajador, que tras la evaluación de riesgos en su puesto de trabajo se compruebe que manipula manualmente cargas, siempre que éstas superen los Kg. de peso que especifica la "Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas" elaborada por el INSHT.

En relación con el peso de la carga, según la Guía Técnica, dice: *"A efectos prácticos podrían considerarse como cargas los objetos que pesen más de 3 kg. A modo de indicación general, el peso*

máximo que se recomienda no sobrepasar (en condiciones ideales de manipulación) es de 25 Kg. No obstante, si la población expuesta son mujeres, trabajadores jóvenes o mayores, o si se quiere proteger a la mayoría de la población, no se deberían manejar cargas superiores a 15 kg. ”

Se entenderá por manipulación de cargas cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, el empuje, la colocación, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Para la exposición actual al riesgo se recogerán los riesgos del puesto y una descripción detallada del puesto, así como las medidas de protección empleadas. El resultado de la evaluación de riesgos deberá estar en poder de los profesionales cuando se haga el examen de salud.

La periodicidad de los exámenes de salud de estos trabajadores depende de la evaluación del riesgo que se realice. En particular, y según el criterio del médico del trabajo, se actuará de la siguiente forma:

- 1.- Cuando el trabajador sea apto sin restricciones, sin riesgo personal y con riesgo laboral mínimo, el examen de salud podrá ser trianual o bianual. El riesgo laboral procede de la evaluación de riesgos.
- 2.- Cuando existan restricciones en la aptitud o aparezca alguna circunstancia intercurrente, el reconocimiento será anual, y si el médico lo estima conveniente podrá ser semestral ó trimestral. La racionalización de estos periodos diferentes, va en beneficio de la eficacia preventiva, al poder dedicar más atención a los trabajadores que más lo requieran a juicio del médico del trabajo.

Los colectivos de trabajadores que requieran este protocolo, en relación con los trabajadores de los Sectores de la FeS, es muy amplio y estará muy relacionado con:

- Características de la carga.
- Esfuerzo físico necesario.
- Características del medio de trabajo.
- Exigencia de la actividad.

MODELOS DE ESCRITOS **Y SOLICITUDES**

Modelo de solicitud de realización de Vigilancia de la Salud.

A la dirección de la empresa _____

Las personas que firmamos este documento, como Delegados/as de Prevención de dicha empresa, según se establece en el artículo 22 de la Ley de Prevención de riesgos laborales donde obliga a la empresa a garantizar a su personal la vigilancia de la salud, en cumplimiento del deber de protección de los trabajadores.

SOLICITAMOS:

Que se realice una vigilancia de la salud específica a cada puesto de trabajo en relación con los riesgos detectados a partir de la evaluación de riesgos. Ya que su realización es imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores de esta empresa, tal y como establece la Ley 31/95.

Rogamos que se notifique a los Delegados de Prevención o al CSS, el calendario de reconocimientos médicos específicos referentes a la vigilancia de la salud.

Firmado:

_____, ____ de _____ de 20__.

(Firmas) _____

(Nombre y apellidos) _____

Recibido por la empresa:

(Fecha) ____ de _____ de 20 __.

(Firma y sello) _____

Reclamación previa, ante la Entidad Gestora de la Seguridad Social, de impugnación de alta médica.

ILMO. SR.:

Don _____, mayor de edad, con D.N.I. _____, afiliado al Régimen General de la Seguridad Social con el nº _____, con domicilio en _____, ante esa Entidad comparece y como mejor proceda en Derecho.

DICE:

Que mediante el presente escrito interpone Reclamación Previa contra el Alta médica acordada por los servicios médicos de la Mutua _____, por considerarla improcedente y no ajustada a Derecho, todo ello en base a los siguientes.

HECHOS:

1º) Que el pasado día ___/___/___, sufrí un accidente durante la jornada laboral en mi puesto de trabajo habitual, causando BAJA por Accidente de Trabajo con diagnóstico de _____ por _____.
Que trabajo en la empresa _____, desarrollando mi actividad en _____, realizando trabajo de _____, teniendo que _____.

2º) Que durante la permanencia en situación de Baja, la Mutua _____ me efectuó las siguientes pruebas _____, recibiendo a continuación una citación por parte del servicio médico de la Mutua, el cual me indicó que procedían a darme el Alta Médica con fecha ___/___/___, a pesar de que puse de manifiesto que no me encontraba totalmente recuperado y que todavía tenía molestias.

3º) Que con fecha ___/___/___, tras ser visitado en mi Área Básica de Salud, se procedió a darme de Baja de IT por contingencias comunes.

4º) Que nunca con anterioridad al accidente, había padecido problemas relacionados con los de mi actual enfermedad ni cogido la baja por esta causa.

5º) Que las lesiones que pueda tener son imputables al accidente padecido así como al desarrollo de la actividad laboral, y por tanto debe anularse el Alta médica reponiéndose la situación de Baja por AT hasta que no se produzca la curación total.



SOLICITA:

Que admitiendo el siguiente escrito, con la documentación que se adjunta, se dé por formulada la Reclamación Previa en tiempo y forma contra el Alta Médica extendida por el servicio médico de la Mutua _____ y a la vista de los hechos expuestos, dicte Resolución anulando y dejando sin efecto la citada Alta, reponiéndose la Situación de Baja de AT, hasta que se produzca la curación.

Firmado:

_____, ____ de _____ de 20__.

(Firmas) _____

(Nombre y apellidos) _____

Modelo de comunicación a la empresa de las deficiencias existentes en materia de Seguridad y Salud.

A la dirección de la empresa_____. Las personas que firmamos este documento, como Delegados/as de Prevención de dicha empresa o centro de trabajo,

COMUNICAMOS:

Que hemos detectado los siguientes riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores:

1) _____(riesgo)_____

(Localización: sección; lugar de trabajo; número de trabajadores/as que están expuestos; descripción de los problemas que genera).

2) _____(riesgo)_____ (Localización:

sección, lugar de trabajo; número de trabajadores/as que están expuestos; descripción de los problemas que genera)

Y SOLICITAMOS:

Que se adoptan las medidas preventivas necesarias para evitar los riesgos expuestos anteriormente en el plazo más breve posible.

_____, ____ de ____ de 20__

(Firmas) _____(nombre y apellidos)_____

Recibido por la empresa:

(Fecha) ____ de ____ de 20__

(Firma y sello) _____

Modelo de solicitud a la empresa de entrega de documentación al Delegado de Prevención.

De Don/Doña:..... Delegado/a de Prevención A Don/
Doña: Director/a, Gerente, Jefe/a de Personal,....)
de la Empresa

En Madrid a.....de.....

Mediante la presente me pongo en comunicación con usted para solicitarle me sea entregada la documentación en materia preventiva que a continuación se enumera, para así poder cumplir con las competencias y facultades que como Delegado/a de Prevención me confiere el artículo 36 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL):

- Marcada con una x la documentación solicitada
- Fichas técnicas de seguridad de las máquinas.
- Fichas de Seguridad de Productos Químicos
- Información sobre cómo ha organizado la empresa la actividad preventiva, si tiene servicio de prevención propio, con cuántas especialidades, así como los recursos humanos y técnicos, y su ubicación; si ha externalizado alguna especialidad preventiva, en cuyo caso solicito se me informe del servicio de prevención ajeno con el que se han concertado las mismas, y el contrato de concierto de la actividad preventiva, así como si ha concertado toda la actividad preventiva con un servicio de prevención ajeno, de conformidad con lo establecido en los artículos 33 LPRL y 10 y 20 del RSP.
- El plan de emergencia, tal y como queda establecido en el artículo 18 de la LPRL.
- Relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como el índice de absentismo, según se recoge en el artículo 23 de la LPRL.

- Fecha de realización y protocolos médicos de vigilancia de la salud que se vayan a utilizar para la realización de los reconocimientos médicos específicos de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores/as en función de su puesto de trabajo o función, así como las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador/a, tal y como queda establecido en los artículos 22 y 23 LPRL.
- Plan formativo en materia preventiva, estableciendo la duración y contenidos de los cursos y entidad formativa que los vaya a impartir, así como el calendario de inicio de los mismos, para la formación tanto teórica como práctica de los trabajadores/as, en relación a los riesgos de su puesto de trabajo o función, a tenor de lo establecido en el artículo 19 LPRL, plan en el cual se me debe dar participación y consulta según el artículo 33-1ºe) LPRL. A este respecto quiero comunicarle que tal y como se desprende del artículo 37 LPRL, el empresario está obligado a darme como delegado de prevención el curso de nivel básico en prevención de riesgos laborales, considerando el tiempo dedicado a la formación como tiempo de trabajo efectivo, no pudiéndome descontar ni del crédito horario sindical ni de las vacaciones, según lo establecido legalmente.

Toda esta documentación debe obrar en mi poder, a tenor de lo establecido en los artículos 36-2º b) y 39-2º b) de la LPRL.

Esperando su pronta contestación y entrega de toda la documentación solicitada, en el plazo máximo de un mes, en aras de un correcto cumplimiento de la normativa en prevención de riesgos laborales. En caso negativo se llevarán a cabo las acciones pertinentes.

Recibí .Fecha

La Empresa
Firmado

Delegado de Prevención
Firmado



A) MODELO DE COMUNICACIÓN A LA EMPRESA.

A la dirección de la empresa _____

El pleno del Comité de empresa, reunido en fecha _____, y por unanimidad, ha tomado el acuerdo de paralizar las actividades que se realizan en _____ (puesto o puestos de trabajo afectados, afecta a toda la empresa,...), al existir riesgo grave e inminente por cuanto el trabajo se efectúa _____ (condiciones), con evidente probabilidad de que se produzca _____ (accidente/ consecuencia derivada de dicho riesgo.

_____, _____ de _____ de _____

Recibí: Fecha _____

El Secretario/a

B) MODELO DE COMUNICACIÓN A LA AUTORIDAD LABORAL.

D. _____, con DNI _____, con domicilio a efectos de notificación en _____ (Población) _____ (Código Postal), _____ (calle o plaza, número y piso), como Secretario del Comité de empresa _____ y centro de trabajo, _____ . Comparece y

EXPONE

Que reunido en fecha de hoy ___ de _____ del 20___, el Comité de empresa ha tomado el acuerdo de paralización de la actividad _____ por cuanto existe riesgo grave e inminente ante la probabilidad de _____ (accidente/ consecuencia derivada de dicho riesgo).

Que el empresario/a no ha adoptado hasta la fecha medida de prevención alguna, a pesar de haber sido advertido del riesgo que concurre en el citado trabajo.

Que se ha dirigido, asimismo, por escrito a la dirección de la empresa comunicando el acuerdo de paralización.

Que el acuerdo se ha tomado al amparo de lo dispuesto en el Art. 21.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

SOLICITAMOS

Que tras recibir la comunicación de esta situación de riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores/as de _____ (La Empresa), actúen con la mayor diligencia posible y adopten las medidas que consideren oportunas para subsanar dicha situación.

_____, _____ de _____ de 20___.

El Secretario/a



Modelo de comunicación de la asistencia de un asesor/a técnico externo de UGT al Comité de Seguridad y Salud.

Al presidente/a del Comité de Seguridad y Salud de la empresa _____, como Delegado/a de Prevención de dicha empresa, D/D^a _____ y según el Derecho que me atribuye el artículo 38.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995)

COMUNICO:

Que a la próxima reunión del Comité de Seguridad y Salud, que se celebrará el día _____, asistirá el Sr/a _____ en calidad de asesor/a técnico externo de UGT _____, _____ de _____ de 20__

(Firma) _____

(Nombre y apellidos) _____

Recibido por la empresa:

(Fecha) _____ de _____ de _____

(Firma y sello) _____

Modelo de solicitud de entrega del Plan de Prevención.

De Don/Doña:..... Delegado/a de Prevención, a Don/
Doña: (Director/a, Gerente, Jefe/a de Personal,...) de la
Empresa

En Madrid a.....de.....

Mediante la presente me pongo en contacto con usted para solicitarle me sea entregada la siguiente documentación en materia preventiva para así poder cumplir con las competencias y facultades que como Delegado/a de Prevención me confiere el artículo 36 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Este documento debe incluir:

- 1) Características generales de la empresa.
- 2) Estructura organizativa,
- 3) Responsabilidades,
- 4) Funciones,
- 5) Identificación de procesos técnicos,
- 6) Prácticas,
- 7) Procedimientos organizativos,
- 8) Organización de la prevención y modalidad elegida,
- 9) Política, objetivos y metas en materia preventiva,
- 10) Y recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa.

Este documento debe obrar en mi poder, a tenor de lo establecido en la nueva redacción del artículo 39.1 a) de la LPRL (modificada por el Ley 54/2003) y del art. 2.2 de RD 39/97 de los Servicios de Prevención (modificado por el RD 604/2006).

Esperando su pronta contestación y entrega del documento solicitado, en el plazo máximo de _____, en aras de un correcto cumplimiento de la normativa en prevención de riesgos laborales.

Recibí. Fecha
La Empresa
Firmado

Delegado/a de Prevención
Firmado



Modelo de solicitud de entrega de documentación sobre la planificación de la actividad preventiva.

De Don/Doña:..... Delegado/a de Prevención,
a Don/Doña: Director/a, Gerente, Jefe/a de
Personal,...) de la Empresa

En Madrid a.....de.....

Mediante la presente me pongo en contacto con usted para solicitarle me sea entregada la siguiente documentación en materia preventiva para así poder cumplir con las competencias y facultades que como Delegado/a de Prevención me confiere el artículo 36 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales:

La planificación de la actividad preventiva, según lo establecido en los artículos 18, 15.1.g, 16 y 23 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, y los artículos 8 y 9 del R.D 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Este documento debe obrar en mi poder, a tenor de lo establecido en el artículo 36-2º b) y 39-2º b) de la LPRL.

Esperando su pronta contestación y entrega del documento solicitado, en el plazo máximo de _____, en aras de un correcto cumplimiento de la normativa en prevención de riesgos laborales.

Recibí. Fecha

La Empresa
Firmado

Delegado/a de Prevención
Firmado

Modelo de solicitud de entrega de Evaluación de Riesgos Laborales.

De Don/Doña:..... Delegado/a de Prevención,
a Don/Doña: (Director/a, Gerente, Jefe/a de
Personal,....) de la Empresa

En Madrid a.....de.....

Mediante la presente me pongo en contacto con usted para solicitarle me sea entregada la siguiente documentación en materia preventiva para así poder cumplir con las competencias y facultades que como Delegado/a de Prevención me confiere el artículo 36 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales:

Este documento debe obrar en mi poder, a tenor de lo establecido en el artículo 36-2º b) y 39-2º b) de la LPRL.

Esperando su pronta contestación y entrega del documento solicitado, en el plazo máximo de _____, en aras de un correcto cumplimiento de la normativa en prevención de riesgos laborales.

Recibí. Fecha

La Empresa
Firmado

Delegado/a de Prevención
Firmado



Modelo de comunicación urgente a la autoridad laboral de accidentes graves, muy graves o mortales, o que afecten a más de 4 trabajadores/as.

En Madrid, a....de.....de.....

Dirección Provincial de Trabajo
Director General
C/ Princesa, 5, Planta baja
28008 Madrid

Por la presente le comunico con carácter urgente que el día....
de.....de..... a las.....horas, ocurrió un accidente con
lesiones.....(1) en el centro de trabajo, sito en la
localidad.....calle o término.....nº...., que afectó al/los
siguiente/s trabajador/es/as.....(2).

Atentamente

Delegado de Prevención

Empresa

(1) Elegir según los casos: grave, muy grave, mortal o leve que afecten a más de 4 trabajadores.

(2) Relacionar el/los trabajador/es accidentados

Modelo de solicitud de realización de Vigilancia de la Salud.

A la dirección de la empresa_____

Las personas que firmamos este documento, como Delegados/as de Prevención de dicha empresa, según se establece en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995), en lo referente a la obligación del empresario/a de garantizar a los trabajadores/as la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (Artículo 22.apartado 1.).

SOLICITAMOS:

Que se realice una vigilancia de la salud específica a cada puesto de trabajo en relación con los riesgos detectados a partir de la evaluación de riesgos. Ya que su realización es imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores/as de esta empresa, tal y como establece la Ley 31/95.

Rogamos que se notifique a los Delegados/as de Prevención o al CSS, el calendario de reconocimientos médicos específicos referentes a la vigilancia de la salud.

Firmado:

_____, ____ de _____ de 20__.

(Firmas)_____

(Nombre y apellidos)_____

Recibido por la empresa: _____ de _____ de 20__.

Firma y sello_____

Reclamación previa ante la entidad gestora de la Seguridad Social: impugnación de alta médica.

ILMO. SR.:

Don/Doña _____, mayor de edad, con D.N.I. nº _____, afiliado/a al Régimen General de la Seguridad Social con el nº _____, con domicilio en _____, ante esa Entidad comparece y como mejor proceda en Derecho.

DICE:

Que mediante el presente escrito interpone Reclamación Previa contra el Alta médica acordada por los servicios médicos de la Mutua _____, por considerarla improcedente y no ajustada a Derecho, todo ello en base a los siguientes.

HECHOS:

1º) Que trabajo en la empresa _____, desarrollando mi actividad en _____, realizando trabajo de _____, teniendo que _____.

2º) Que el pasado día ___/___/___, sufrí un accidente durante la jornada de trabajo en mi puesto de trabajo habitual, causando BAJA por A.T. con diagnóstico de _____ por _____.

3º) Que durante la permanencia en situación de Baja, la Mutua _____ me efectuó las siguientes pruebas _____, recibiendo a continuación una citación por parte del servicio médico de la Mutua, el cual me indicó que procedían a darme el Alta Médica con fecha ___/___/___, a pesar de que puse de manifiesto que no me encontraba totalmente recuperado y que todavía tenía molestias.

4º) Que con fecha ____/____/____, tras ser visitado en mi Área Básica de Salud, se procedió a darme de Baja de I.T. por contingencias comunes.

5º) Que nunca con anterioridad al accidente, había padecido problemas relacionados con los de mi actual enfermedad ni cogido la baja por esta causa.

6º) Que las lesiones que pueda tener son imputables al accidente padecido así como al desarrollo de la actividad laboral, y por tanto debe anularse el Alta médica reponiéndose la situación de Baja por A.T. hasta que se produzca la curación total.

SOLICITA:

Que admitiendo el siguiente escrito, con la documentación que se adjunta, se dé por formulada la Reclamación Previa en tiempo y forma contra el Alta Médica extendida por el servicio médico de la Mutua _____ y a la vista de los hechos expuestos, dicte Resolución anulando y dejando sin efecto la citada Alta, reponiéndose la Situación de Baja de A.T, hasta que se produzca la curación.

Firmado:

_____, _____ de _____ de 20__.

(Firmas) _____

(Nombre y apellidos) _____

Modelo de denuncia ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

A LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE MADRID

D./Dña., con DNI núm.y domicilio a efectos de notificaciones en.....ante este organismo comparece y,

DICE

Que por medio del presente escrito viene a formular ESCRITO DE DENUNCIA contra la empresa....., con domicilio.....

HECHOS

Expone de manera detallada cada hecho y seguidamente la normativa que con cada conducta se considera infringida.

Primero.-

Segundo.-

Por todo lo expuesto,

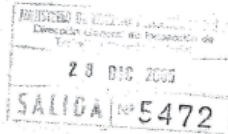
SOLICITAMOS A ESTA INSPECCIÓN, que habiendo presentado este escrito y los documentos que se adjuntan, tenga por interpuesta denuncia contra la empresa.....y de acuerdo con los hechos descritos proceda a realizar las oportunas investigaciones a fin de determinar la existencia de infracción laboral y en su caso imponga las sanciones que correspondan, en todo caso, dando traslado a esta parte de las resoluciones que se dicten al respecto.

En.....a.....de.....

Criterio técnico sobre el derecho de los Delegados de Prevención al acceso a la documentación preventiva.



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES



SUBSECRETARÍA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA
INSPECCIÓN DE TRABAJO Y
SEGURIDAD SOCIAL

RAB/ers

CT-43/2005

CRITERIO TÉCNICO SOBRE EL DERECHO DE LOS DELEGADOS DE PREVENCIÓN AL ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN PREVENTIVA

El artículo 36.2 b) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante, LPRL), enumera entre las facultades de los delegados de prevención la siguiente: ***“Tener acceso , con las limitaciones previstas en el apartado 4 del artículo 22 de esta Ley, a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el ejercicio de sus funciones y, en particular, a la prevista en los artículos 18 y 23 de esta Ley. Cuando la información esté sujeta a las limitaciones reseñadas, sólo podrá ser suministrada de manera que se garantice el respeto de la confidencialidad”.***

Habiendo surgido discrepancias interpretativas respecto del citado precepto concernientes al alcance que debe otorgarse a la expresión *“tener acceso”* y no existiendo al respecto doctrina jurisprudencial consolidada sino resoluciones judiciales contrapuestas o de alcance más general, es necesario establecer unas orientaciones generales que faciliten la decisión que han de adoptar los Inspectores de Trabajo y Seguridad Social cuando en sus actuaciones hayan de pronunciarse sobre las discrepancias existentes entre los representantes de la empresa y de los trabajadores, ya que esta cuestión es objeto de frecuente controversia y origina no pocas reclamaciones y denuncias.

En consecuencia, y en ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 18.3.12 de la Ley 42/1997, de 14 de noviembre, Ordenadora de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y del artículo 47.5 del Real Decreto 138/2000, de 4 de febrero, Reglamento de Organización y Funcionamiento, dictado en desarrollo de aquella, previa consulta a los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas, esta Dirección General, en su condición de Autoridad Central de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, a propuesta de la Subdirección General para la Prevención de Riesgos Laborales y las Políticas de Igualdad, dicta el siguiente

CRITERIO TECNICO

1. Sobre el contenido del derecho a acceder a la documentación

El artículo 30.3 de la LPRL indica que *“el empresario deberá facilitar a los trabajadores designados el acceso a la información y documentación a que se refieren los artículos 18 y 23 de la presente Ley”*, como uno de los requisitos necesarios para llevar a cabo las actividades preventivas que les corresponde realizar en su condición de miembros del servicio de prevención. Esta misma obligación se establece respecto a los integrantes del Servicio de Prevención (sea propio o ajeno) conforme a lo previsto en el art. 31.2 de la propia LPRL.

Como puede observarse la expresión utilizada *“acceso a la información y documentación a que se refieren los artículos 18 y 23 de la presente Ley”* es idéntica al referirse tanto a los Delegados de Prevención como a integrantes de los Servicios de Prevención en cualquiera de sus modalidades.

Por lo tanto, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales otorga un tratamiento indiferenciado a los trabajadores designados, los integrantes del servicio de prevención y los delegados de prevención, en lo referente al acceso a la documentación preventiva, como medio que garantiza el ejercicio de las funciones que la normativa les atribuye.

Por otra parte, los delegados de prevención, como representantes de los trabajadores con funciones específicas en la materia preventiva, forman parte del Comité de Seguridad y Salud. Este órgano colegiado tiene competencia para participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la empresa. A tal efecto, en su seno se debatirán, antes de su puesta en práctica y en lo referente a su incidencia en la prevención de riesgos, los proyectos en materia de planificación, organización del trabajo e introducción de nuevas tecnologías, organización y desarrollo de las actividades de protección y prevención a que se refiere el artículo 16 de esta Ley y proyecto y organización de la formación en materia preventiva, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 39.1 a) LPRL.

Es decir, que la LPRL, por distintas vías y manifestaciones, considera que el acceso a la información y documentación de la empresa en materia preventiva constituye un medio necesario para el ejercicio de las funciones a los diversos agentes con competencias y funciones en materia preventiva. La modalidad en que se concreta **“el acceso a la documentación”** no ha planteado discrepancias salvo en relación con los delegados de prevención, respecto a los cuales se establecen en ocasiones ciertas restricciones:



limitaciones en cuanto al contenido o al tiempo de examen, no posibilidad de reproducción o disposición de copias para su examen fuera de las dependencias de la empresa o, en estas, bajo la supervisión de un representante de la dirección de la empresa.

A juicio de esta Autoridad Central carecen de justificación y respaldo jurídico las limitaciones impuestas a los delegados de prevención en el ejercicio de su derecho "al acceso a la información y documentación" preciso para el ejercicio de las actividades preventivas, que representen un trato diferenciado e injustificado respecto a otros agentes preventivos, tales como los integrantes de los servicios de prevención u otros miembros del Comité de Seguridad y Salud, o que carezcan de una norma legal que justifique tales restricciones.

2.- Justificación de la posición.

Esta interpretación resulta acorde con el espíritu y la finalidad de la LPRL, y aún más, con el propósito de superar el mero cumplimiento formalista de las obligaciones en materia preventiva, favoreciendo la verdadera y eficaz integración de la actividad preventiva en los sistemas de gestión empresarial, sin olvidar el papel que los delegados de prevención, como integrantes del Comité de Seguridad y Salud, están llamados a desempeñar.

La posición a favor de entender que el acceso a la información es garantía del cumplimiento de las funciones de los delegados de prevención, se desprende de la lectura del apartado 3º del artículo 10 de la Directiva Marco 89/391/CE.

Esta misma orientación se refleja en el artículo 19 e) del Convenio 155 de la OIT, sobre seguridad y salud de los trabajadores en el medio ambiente de trabajo, al indicar que "los trabajadores y sus representantes, y llegado el caso, sus organizaciones representativas en la empresa, estén habilitados, de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, **para examinar todos los aspectos de la seguridad y la salud relacionados con su trabajo**, y sean consultados a este respecto por el empleador con tal objeto, y de común acuerdo podrá recurrirse a consejeros técnicos ajenos a la empresa".

Se considera que un adecuado examen de la documentación requiere de la entrega física de la misma, careciendo de justificación la imposición de limitaciones temporales o geográficas para su examen.

Esta interpretación se recoge en la Sentencia del Juzgado de lo Social nº 2 de Santander, en la que se considera que el artículo 36.2 b) LPRL tiene como finalidad "permitir y posibilitar que los Delegados de Prevención puedan participar en el diseño de políticas preventivas en materia de salud laboral en el seno de la empresa y en el ejercicio, por tanto, de las competencias que el propio artículo 36 de la Ley 31/1995 en su apartado primero le otorga,

y desde luego esta finalidad no puede ser cumplida en los términos que propone la empresa de permitir un simple examen de la documentación en sus oficinas, sino que el término *acceso* que el precepto emplea debe ser entendido de modo que los Delegados de Prevención puedan tomar cabal conocimiento de todo aquello relacionado con la prevención de riesgos laborales y la seguridad y salud en el trabajo”.

3. Sobre el deber de sigilo y las limitaciones al derecho a la información

El ejercicio del derecho de acceder a la información y documentación por partes de los delegados de prevención no es un derecho absoluto sino que se halla sujeto a condiciones y limitaciones.

En primer lugar, la propia LPRL establece en su artículo 22.4 la limitación en el acceso a la información médica de carácter personal, pero existen otras limitaciones y garantías basadas tanto en razones materiales como en el establecimiento de mecanismos de salvaguarda de la confidencialidad:

a) deber de sigilo

Como garantía del correcto uso de esta documentación, el ordenamiento indica de forma explícita que a los delegados de prevención les resulta de aplicación el deber de sigilo previsto en el artículo 65.2 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (TRET). En este sentido, ningún documento podrá ser utilizado para fines distintos de los que motivaron su entrega. De no ser así, el empresario podría reaccionar frente al incumplimiento del deber de confidencialidad.

En relación con este punto, conviene reseñar que la Sentencia del Tribunal Constitucional nº 213/2002 (Sala 1ª) de 11 de noviembre, tiene establecido lo siguiente:

- 1.- El derecho y deber de información de los delegados sindicales –al igual que el de los representantes electivos o unitarios de los trabajadores (*entre los cuales entendemos que deben de quedar incluidos necesariamente los delegados de prevención*)- no resulta ilimitado, sino que se encuentra condicionado por la imposición legal del “deber de sigilo profesional” (art. 65.2 del TRET).
- 2.-El ejercicio de dicho derecho está sujeto, además de al deber de sigilo profesional, al límite adicional de la buena fe o de la especial confianza recíproca entre trabajador y empresario inherente al vínculo contractual que les une.
- 3.-La facultad empresarial de sujetar determinadas informaciones a la observancia por parte de sus destinatarios de una obligación de reserva o sigilo, destinada a salvaguardar los intereses empresariales que podrían resultar perjudicados por el



conocimiento general de determinadas informaciones, no se configura ilimitadamente, sino con *carácter restringido*, respecto del límite del ejercicio de la función propia de los representantes de los trabajadores, sobre los que pesa un deber legal de informar a sus representados.

- 4.-No es suficiente con que el empresario califique unilateralmente como confidencial cierta información, sino que es necesario también que *“desde un plano objetivo efectivamente lo sea”* (aquí la S.T.C. se remite a la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de diciembre de 1989).

Igualmente la referida S.T.C. 213/2002 se refiere a la Directiva 2002/14/CE de 11 de marzo de 2002 por la que se establece un marco general relativo a la consulta e información de los trabajadores en la Comunidad Europea, donde se exige que es preceptivo que la empresa comunique expresamente el carácter confidencial de la información, para que sobre ella recaiga el deber de sigilo del representante.

De otro lado, también se significa en la misma Sentencia que existen normas como el art. 22 de la Ley 10/1997 sobre derecho de información y consulta de los trabajadores en las empresas y grupos de empresas de dimensión comunitaria (que transpone a nuestro Ordenamiento interno la Directiva 94/45/CE), que al regular las cuestiones de reserva y confidencialidad prevé que “excepcionalmente, la dirección central de la empresa no estará obligada a comunicar aquellas informaciones específicas relacionadas con secretos industriales, financieros o comerciales cuya divulgación pudiera, según criterios objetivos, obstaculizar el funcionamiento de la empresa, u ocasionar graves perjuicios en su estabilidad económica” pero incluso en este caso se matiza que “esta excepción no abarca aquellos datos que tengan relación con el volumen de empleo en la empresa”.

En la citada Sentencia se concluye finalmente que la obligación de reserva o sigilo, no puede limitar el ejercicio de derechos fundamentales como el de libertad sindical, y que, en nuestra regulación legal, tal deber tiene una configuración subordinada respecto de la posición prevalente de derechos fundamentales reconocidos en nuestro Derecho, y por tanto, debe tener los límites que a su ejercicio puede imponer la satisfacción de los intereses empresariales.

b) reserva por razón de la materia

El artículo 65.2 TRET menciona la posibilidad de que la dirección de la empresa señale el carácter reservado de la información entregada referente a algunas materias. Cabría preguntarse si a este respecto, es posible que la empresa se ampare en este precepto para evitar entregar copia de la documentación en materia preventiva.

Considerando la finalidad de la normativa en materia de prevención de riesgos laborales, así como la necesaria integración de la actividad preventiva en los sistemas de gestión empresarial, no resulta aceptable que esta documentación tenga, en bloque, un carácter reservado. Tan sólo **excepcionalmente**, como luego veremos, se puede compartir que **determinados datos de la documentación entregada a los delegados de prevención sean omitidos de la misma**, bien por no tener trascendencia alguna en la implantación y desarrollo de las actividades preventivas, pudiendo ocasionar consecuencias negativas a la empresa, bien por entrar en colisión con derechos fundamentales y libertades públicas de terceros.

En este sentido podrían señalarse algunos supuestos que podrían representar excepciones al ejercicio del derecho de acceso a la información y documentación en materia preventiva:

- Datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores de carácter personal.
- Datos que puedan comprometer el secreto comercial o industrial.
- Datos que puedan comprometer la seguridad de las personas o instalaciones.
- Datos que puedan comprometer la seguridad patrimonial.

- Datos médicos:

El primer supuesto, relativo a la **vigilancia de la salud**, está regulado legalmente, por cuanto el art. 22 de la LPRL prevé que los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no pueden ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador; por ello se establece que el acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias competentes, sin que puedan facilitarse al empresario ni a ninguna otra persona, sin consentimiento expreso del trabajador.

En este sentido los delegados de prevención sólo pueden ser informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud de los trabajadores para el desempeño de los puestos de trabajo, o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, todo ello salvo que se solicite y obtenga el consentimiento individual y expreso de los trabajadores para poder acceder a sus datos personales.

- Secreto comercial o industrial

En el segundo supuesto, relativo al **secreto comercial e industrial**, normalmente la información contenida en las evaluaciones de riesgos y en la documentación preventiva que debe entregarse a los delegados de prevención no contiene datos sensibles que puedan comprometer la estabilidad económica de la empresa u ocasionar graves perjuicios a su funcionamiento, dado que, aunque pueden referirse a determinados procedimientos y



procesos de trabajo, se hace desde el punto de vista de los riesgos para los trabajadores inherentes a tales procesos, sin que, en consecuencia, en tal información se describan tan detalladamente los procedimientos desarrollados como para que puedan ponerse en riesgo o causar daños en el terreno comercial o industrial. En todo caso sería obligación del empresario señalar por escrito qué datos entre los suministrados tienen el carácter reservado para asegurar su confidencialidad.

En relación con esta materia, la cuestión que puede generar más controversia es la relativa a los **productos, sustancias y preparados utilizados en el proceso productivo**, cuya composición química puede aparecer en una evaluación del riesgo químico, por lo que en ocasiones se plantea si podría resultar aceptable considerar como “reservada” esta información, siempre que se trate de una fórmula registrada y protegida por patentes, cuyo conocimiento público pudiera perjudicar gravemente los intereses de la empresa y su posición en el mercado.

Pues bien, en relación con dicha cuestión hay que significar lo siguiente: *El RD. 363/95, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas, y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas* (sus Anexos han sido modificados posteriormente por diversas Ordenes Ministeriales) establece un procedimiento de notificación para los fabricantes que comercialicen nuevas sustancias o preparados químicos, debiendo declarar y notificar ante la autoridad competente sanitaria los elementos químicos y sus compuestos que conforman las diferentes sustancias, acompañando una serie de documentación justificativa sobre la evaluación de los peligros previsibles, sus efectos desfavorables, así como una propuesta de clasificación y etiquetado de las sustancias. En el caso de tratarse de sustancias peligrosas debe acompañar una propuesta de ficha de datos de seguridad.

Pues bien, la autoridad competente sanitaria es la encargada de garantizar la confidencialidad de los datos relativos a la explotación comercial y a la fabricación de las sustancias, dedicando dos artículos el RD. 363/95 a dicha materia (art. 16.5 y art. 17).

Conforme a tal normativa las sustancias peligrosas deben ser nominadas con una nomenclatura química reconocida internacionalmente; con preferencia se usará uno de los nombres del *Inventario Europeo de Sustancias Químicas Existentes Comercializadas (EINECS)* o la *Lista Europea de Sustancias Químicas Notificadas (ELINCS)*.

Solo las sustancias notificadas que no estén clasificadas como peligrosas, según el Reglamento pueden figurar bajo su nombre comercial en la Lista europea de sustancias químicas notificadas “ELINCS”, cuando así lo solicita la autoridad competente de cada país y en principio por un período mínimo de tres años, si bien cuando la denominación química pueda revelar información relativa a la comercialización o a la fabricación, la sustancia

puede incluirse exclusivamente por su nombre comercial durante el período que la autoridad considere oportuno, pero únicamente hasta su inclusión en el Anexo I (es el relativo al índice de sustancias peligrosas).

En consecuencia, dado que, según el referido RD.363/95, todos los productos y sustancias peligrosas deben de disponer de una ficha de datos de seguridad (art. 23) y que es obligatorio que tal ficha se facilite por el fabricante, importador o distribuidor a los usuarios profesionales (empresarios que lo utilicen en su proceso productivo) y que estos últimos, conforme a lo previsto en el art. 41 LPRL deben trasladar la información recibida, en términos comprensibles, a sus trabajadores, resulta, en consecuencia, que los datos y referencias contenidos en las fichas de seguridad de los diferentes productos utilizados en la empresa, son públicos, y por tanto sobre los mismos no puede haber reserva alguna de confidencialidad en la información suministrada a los delegados de prevención.

Por tanto, solo en el caso de productos y sustancias no clasificados reglamentariamente como peligrosos podría ser aceptable sustituir el detalle de su composición química, cuando ello comprometa el secreto comercial o de fabricación, por una mera referencia al producto tal y como se conoce comercialmente, o tal y como figura en el etiquetado del producto.

Un régimen similar está previsto por el *R.D. 255/2003 de 28 de febrero que aprueba el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos*. Conforme al artículo 13 del mismo, la comercialización de estos preparados está sometida a la elaboración de la ficha de datos de seguridad, que debe facilitarse, por el fabricante, por el importador o por el distribuidor a los usuarios profesionales. Igualmente en el art. 14 se establece el régimen de confidencialidad de los nombres químicos de dichos preparados, cuando la identidad química de una sustancia pueda implicar un riesgo para el carácter confidencial de su propiedad intelectual, en cuyo caso podrá sustituirse dicha identidad por una denominación que identifique los grupos químicos funcionales más importantes, o bien mediante una denominación alternativa. No obstante este procedimiento no puede utilizarse cuando respecto de las sustancias de que se trate esté establecido un límite de exposición comunitario; estableciéndose de otro lado las condiciones para poder utilizar este procedimiento, entre otras la de que el responsable de la comercialización para poder acogerse a las disposiciones en materia de confidencialidad deberá solicitarlo expresamente de la Dirección General de la Salud Pública, notificando ésta su resolución al respecto, por lo cual tal confidencialidad debe estar necesariamente amparada en una resolución administrativa.

- Seguridad de personas e instalaciones

El tercer supuesto, relativo a **datos que pudieran comprometer la seguridad de determinadas personas e instalaciones**, podría afectar tanto a determinados centros de



trabajo de las Administraciones Públicas, como a centros de trabajo de empresas privadas en los términos siguientes: unas veces por su especial naturaleza (por ejemplo, establecimientos penitenciarios); otras, por la condición de personas que los ocupan y respecto de las que puede haber riesgo para su vida o integridad física (altos cargos, jueces, fiscales y funcionarios públicos de fuerzas y cuerpos de seguridad o similares, respecto de los cuales puede haber, en determinados ámbitos, un riesgo de esta índole). En tales casos podría aceptarse que se omitan las relaciones nominales de los trabajadores.

Del mismo modo, podrían omitirse todos aquellos datos que pudieran facilitar el acceso a determinadas dependencias de las Administraciones Públicas con finalidades delictivas, entrando en colisión el derecho de información de los delegados de prevención, con el deber de garantizar la seguridad y la vida de las personas que trabajan o se encuentran en su interior, o el interés público. Este último caso es extensible a empresas privadas que realizan determinados trabajos en las Administraciones Públicas (por ejemplo una contrata en un cuartel de las Fuerzas Armadas), e incluso fuera de ellas (por ejemplo fábricas de armamento militar o de explosivos), cuando en uno u otro caso pueda verse comprometida la seguridad pública, nacional o de defensa. En estos casos, podría aceptarse que se omitan datos relacionados con el acceso y la seguridad de este tipo de instalaciones.

- Seguridad patrimonial



El cuarto supuesto, relativo a datos que puedan comprometer la **seguridad patrimonial**, como en el caso señalado en el párrafo anterior, tiene relación con tratar de evitar que determinados datos sensibles incluidos en la documentación preventiva entregada puedan ser utilizados indebidamente por terceros, para la realización de actos delictivos contra los bienes de la empresa. Así puede ocurrir que un detalle minucioso, incluido p.ej. en planos que conforman el documento 1 de los planes de autoprotección, de los accesos a las salas y dependencias de las empresas, o a las cajas acorazadas de los Bancos, pudiera facilitar la comisión de tales actos delictivos. En consecuencia podría aceptarse que en estos casos los planos de accesos y salidas, especialmente los relacionados con las salas y dependencias donde se custodia dinero, valores o demás objetos valiosos, no formen parte de la documentación entregada a los delegados de prevención, o en su caso se restrinja la posibilidad de sacarlos fuera del ámbito de la empresa.

En fin, las excepciones señaladas anteriormente no quieren decir que, en estos ámbitos, no se entregue copia de la documentación en materia preventiva a los delegados de prevención, pero sí que se pueda omitir de la documentación entregada a los mismos, aquellos datos de carácter personal o aquellos referidos a la seguridad de las personas, los edificios e instalaciones, que pudieran, debido a su mal uso, afectar o comprometer la vida, la seguridad de las personas, el interés público o la seguridad patrimonial de las empresas. En todo caso, **estas exclusiones deberán ser motivadas por escrito**, por la dirección de cada

organismo administrativo o empresa, considerando en todo caso que se trata de una excepción a la regla general de entregar copia.

4. Conclusiones

En conclusión, el artículo 36.2 b) de la LPRL, debe interpretarse en el sentido de que es exigible la entrega de copia de la mencionada documentación, con las únicas excepciones de los datos relativos a la vigilancia de la salud, que se indican en el propio artículo citado, de aquellos otros datos relativos a sustancias, productos y preparados utilizados en el proceso industrial, de carácter confidencial sometidos a propiedad intelectual, (si bien con el carácter limitado regulado en la legislación específica a la que hemos hecho referencia en el presente criterio técnico), y de aquellos otros datos que puedan poner en peligro la vida, integridad física de las personas, el interés público, o la seguridad de determinadas instalaciones habilitadas en los centros de trabajo de las Administraciones Públicas, o que puedan afectar a la seguridad patrimonial de las empresas, si estos datos pudieran ser utilizados para fines distintos de los que motivaron su entrega. Y en todos estos casos, (salvo lo relativo a los datos personales en la vigilancia de la salud) **las excepciones deberán ser motivadas**, y comunicando expresamente el carácter confidencial y reservado por la empresa de la parte de la información afectada por el deber de sigilo, por no estar expresamente previstas en la normativa de prevención de riesgos laborales, con el fin de que la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, las Autoridades Laborales y, en último término, la Jurisdicción competente, pueda valorar la objetividad de las razones esgrimidas por la empresa, en caso de ser ello necesario, conforme a la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional, ante los supuestos de reclamación por la representación de los trabajadores.

Madrid, 27 de diciembre de 2005

EL DIRECTOR GENERAL/AUTORIDAD CENTRAL
DE LA INSPECCION DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Raimundo Aragón Bombín

SRS. DIRECTORES TERRITORIALES DE LA INSPECCION DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.-
SR. DIRECTOR ESPECIAL DE LA INSPECCION DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
SRS. JEFES DE LAS INSPECCIONES PROVINCIALES DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Solicitud de información sobre la adopción de recursos preventivos en el caso de empresas concurrentes.

De Don/Doña..... Delegado/a de Prevención,
a Don/Doña..... (Director/a, Gerente, Jefe/a de
Personal,...) de la Empresa.....

En Madrid a.....de.....de.....

Mediante la presente me pongo en contacto con usted para solicitarle que me sea entregada la información relativa a los recursos preventivos por los que ha optado la empresa, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 32.bis de la Ley 54/2004, de 12 de diciembre reforma del marco normativo de Prevención de Riesgos Laborales y en los artículos 11 y 12 del Real Decreto 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales.

Según el artículo 12 punto 3 del RD 171/2004, de 30 de enero, cuando los medios de coordinación establecidos sean la presencia de recursos preventivos en el centro de trabajo o la designación de una o varias personas encargados de la coordinación de actividades empresariales, se facilitarán a los trabajadores/as los datos necesarios para permitirles su identificación.

Esperando su pronta contestación y entrega de la información solicitada, en el plazo máximo de _____, en aras de un correcto cumplimiento de la normativa en Prevención de Riesgos Laborales.

Un saludo.

Recibí. Fecha

La Empresa

Firmado

Delegado/a de Prevención

Firmado

Solicitud de información sobre la Coordinación de Actividades Empresariales en el centro de trabajo.

De Don/Doña.....
Delegado/a de Prevención, a Don/Doña.....
..... (Director/a, Gerente, Jefe/a de Personal,...) de la
Empresa.....

En.....a.....de.....de.....

Mediante la presente me pongo en contacto con usted para solicitarle me sea entregada la siguiente información en materia preventiva, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales.

- Riesgos específicos de cada una de las actividades que puedan afectar a los trabajadores/as de otras empresas concurrentes y especialmente de aquellos que puedan verse agravados o modificados por las actividades que realizan otras empresas en el centro de trabajo.
- Accidentes de Trabajo derivados de las actividades que se puedan afectar a los trabajadores/as de las otras empresas.
- Comunicación de las situaciones de emergencia.

La información referente a los riesgos derivados de la concurrencia de actividades, que reciben los diferentes empresarios del centro de trabajo, deberá ser trasladada a sus trabajadores/as, junto con la información sobre los riesgos derivados de su propia actividad según el artículo 18 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Esperando su pronta contestación y entrega de la información solicitada, en el plazo máximo de _____, en aras de un correcto cumplimiento de la normativa en Prevención de Riesgos Laborales.

Un saludo.

Recibí. Fecha
La Empresa
Firmado

Delegado/a de Prevención
Firmado

DIRECCIONES DE INTERÉS DE PORTALES DE EE.PP.



Direcciones de Internet:

Unión General de Trabajadores
<http://www.ugt.es>

U.G.T. Salud Laboral
<http://extranet.ugt.org/saludlaboral/cec/Paginas/Default.aspx>

U.G.T. Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales
<http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Paginas/Default.aspx>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
<http://www.insht.es/portal/site/Insht>

Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem>

Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo
<http://www.oect.es/portal/site/Observatorio/>

Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales
<http://www.funprl.es/>

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo
<http://es.osha.europa.eu/>

Organización Internacional del Trabajo
<http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>

Ministerio de Trabajo e Inmigración
<http://www.mtas.es/>

Ministerio de Sanidad y Política Social
<http://www.msps.es/>

