

Guía de las IV jornadas de **Salud Laboral**



**Situación Actual de 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 la 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.

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:

**GUIA
DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES
EN LOS SECTORES DE LA FeS-UGT.**



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



PRESENTACIÓN

Las Enfermedades Profesionales (EE.PP) y las enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT) carecen del impacto dramático, la inmediatez y la visibilidad de los accidentes de trabajo. No tienen tampoco su repercusión en los medios de comunicación. Perseguidas por el olvido, apenas figuran en los registros de la Administración, pero merman, silenciosamente, la salud de los trabajadores.

Los médicos no relacionan estas dolencias con las ocupaciones laborales de los afectados. Los Servicios de Prevención no las identifican y pasan inadvertidas en las estadísticas oficiales, pero producen secuelas graves en los trabajadores.

Los Servicios de Prevención, los profesionales sanitarios y sobre todo las Mutuas, niegan el papel determinante de la actividad productiva como generadora de la enfermedad y, mientras tanto, la enfermedad relacionada con el trabajo se va contrayendo de manera lenta y progresiva, casi invisible, sobre todo si no es diagnosticada a tiempo y no se adoptan las medidas preventivas necesarias.

Para solucionar esta situación y fruto del diálogo social se aprobó el RD 1299/2006, de 10 de Noviembre, por el que se aprueba el nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen los criterios para su notificación y registro. En las IV Jornadas de Salud Laboral se analizaron las novedades y carencias que después de dos años de su entrada en vigor se han venido observando en los Sectores de la FeS-UGT.

En definitiva, nuestra pretensión es diferenciar las EE.PP de las enfermedades relacionadas con el trabajo; explicar por qué se declaran pocas enfermedades profesionales en nuestro país y conocer los trámites para calificar una enfermedad como profesional.

ÍNDICE

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (EE.PP) Y ACTUACIONES EN SALUD LABORAL A NIVEL CONFEDERAL.

D^a Marisa Rufino San José. *Secretaria de Salud Laboral UGT-Confederal*..... 6

ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO (ERT).

D. Jerónimo Maqueda Blasco. *Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III* 15

GESTIÓN DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES (Desde el ámbito del INSS)

D. Emilio Jardón. *Subdirector General de Coordinación Unidades Médicas de la Dirección General INSS*..... 28

GESTIÓN DE LAS EE.PP, ERT Y ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) POR LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES (MATEPSS).

D^a Clara Guillén Subirán. *Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales de IBERMUTUAMUR* 37

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LOS SECTORES DE LA FeS. CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SECTOR DE ARTES GRÁFICAS. PLAN DE ACCIÓN FRENTE AL RUIDO.

D. Álvaro Ibáñez Alonso. *Dr. Medicina del Trabajo. Médico de Empresa del Servicio Médico de la FÁBRICA NACIONAL DE MONEDA Y TIMBRE* 44

LAS EE.PP. RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LOS SECTORES DE LA FeS. CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SECTOR FINANCIERO. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ESPECIAL SENSIBILIDAD.

D. Víctor López Baños. *Jefe Medicina del Trabajo y Psicología Grupo Banco Sabadell*. 56

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LOS SECTORES DE LA FeS. CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SECTOR DE LIMPIEZAS. I + D + i COMO MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO.

D. José de Cañas Montes. *Jefe del Servicio de Prevención Mancomunado del grupo ISS*..... 67

LAS ENFERMEDADES LABORALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA Y EN LA EMPRESA.

D. Ramiro García Pérez. *Técnico del Gabinete de Salud Laboral de la Fes-UGT*. 74

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VISIÓN ACTUAL EN EL SECTOR FINANCIERO.

D. Agustín Nieto. *Representante del Sector de Banca de la FeS-UGT*. 83

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VISIÓN ACTUAL EN EL SECTOR DE ARTES GRÁFICAS.

D. Rafael Urrea. *Representante del Sector de Artes Gráficas de la FeS-UGT.* 88

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VISIÓN ACTUAL EN EL SECTOR DE LIMPIEZAS.

D. Jose Luís Segura. *Representante del Sector de Limpiezas de la FeS-UGT*..... 92

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VISIÓN ACTUAL EN EL SECTOR DE SEGURIDAD PRIVADA.

D. Carlos Fernández-Cid. *Representante del Sector de Seguridad Privada de la FeS-UGT.* 98

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SINDICALES.

D^a Maria Luisa Torronteras. *Secretaria de Salud laboral Formación Sindical y Protección Sindical de la FeS UGT.* 101

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE EE.PP Y ACTUACIONES EN SALUD LABORAL A NIVEL CONFEDERAL.

D^a Marisa Rufino San José.

Secretaria de Salud Laboral UGT-Confederal.



Según los datos facilitados por el Ministerio de Trabajo en su Observatorio de las Enfermedades Profesionales relativos al mes de junio de 2009, observamos que **sigue produciéndose una baja declaración de Enfermedades Profesionales**. Se han producido un total de **9.189 enfermedades profesionales**, de las cuales 5.417 han sido con baja y 3.772 no han producido baja. Con respecto al mismo periodo del año 2008, ha habido una variación de 1.637 Enfermedades Profesionales declaradas menos lo que supone un 15 % menos.

Desde la Unión General de Trabajadores seguimos observando el descenso continuado, año tras año, de la declaración de Enfermedades Profesionales, que nos lleva a que en el primer semestre del 2009 se hayan declarado **3.734 enfermedades profesionales menos que en el 2006, es decir un 27% menos.**

Comparativa de Declaración de Enfermedades Profesionales Enero-Junio.

AÑO	2009 (Enero a Junio)	2008	2007	2006	Dif. En/jun 2009-2008	Dif. En/jun 2009-2006
CON BAJA	5.417	7.106	6.164	11.722	-1.689	-4.802
SIN BAJA	3.772	3.720	2.770	2.035	52	1.068
TOTAL	9.189	10.826	8.934	13.757	-1.637	-3.734

Enfermedades Profesionales con Baja.

En el cuadro anterior se pone de manifiesto que se mantiene el descenso en la declaración de Enfermedades Profesionales con Baja de un modo alarmante en el primer semestre del año 2009, 1.689 menos que el año 2008, lo que supone un 24% menos.

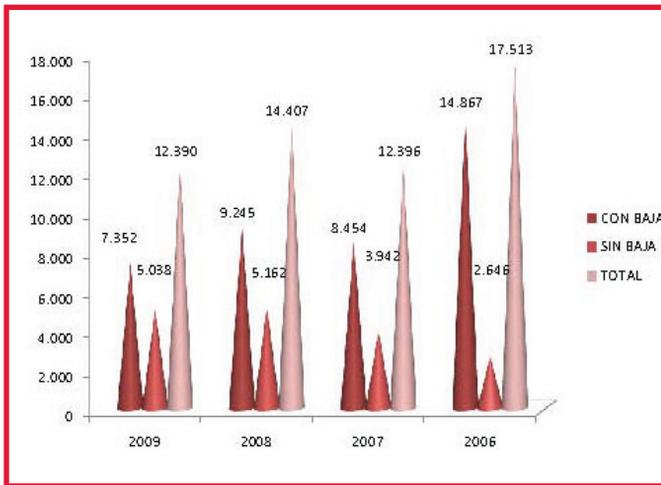
Seguimos asimismo muy lejos de lo declarado en el **2006**, fecha en la que se produjo la reforma del Cuadro de Enfermedades Profesionales por la clara infradeclaración existente, **6.305 enfermedades profesionales menos**, un **54% menos de declaración hoy**, que hace tres años.

Comparándolo con el mismo periodo del **2007**, también experimenta un descenso: **747 enfermedades profesionales menos (-12%)**, fecha en la que Seguridad Social tuvo que dictar Resolución y cambiar la calificación de miles de partes considerados como enfermedad común por las Mutuas y que resultaron ser enfermedades profesionales sufridas por los trabajadores y no reconocidas como tales por las Mutuas.

Enfermedades Profesionales sin baja.

En este primer semestre del 2009, se han declarado 52 enfermedades profesionales sin baja más que en el 2008, pero **1.068 más que en el 2006**, lo que supone un **incremento del 52%** en este tipo de declaración.

Existe, ante estos datos, preocupación por el descenso que se ha producido en la declaración de Enfermedades Profesionales con baja y el aumento de las que no causan baja. No podemos explicar estos datos sin pensar que se siguen derivando al Sistema Nacional de Salud: patologías que se producen dentro del ámbito laboral y que se estén tratando como contingencias comunes, con el consabido perjuicio para todos los trabajadores/as.



Enfermedades Profesionales por Grupos.

Atendiendo a la distribución de las Enfermedades Profesionales por Grupos, nos encontramos que el **78%** de las mismas se engloban dentro del denominado Grupo 2, **causadas por agentes físicos**, seguidas a mucha distancia por las del Grupo 5, **enfermedades de la piel**.

Dentro del **Grupo 2**, más del **65%** de las Enfermedades Profesionales declaradas, han sido provocadas por **el agente D: posturas**

forzadas y movimientos repetidos en el trabajo: por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas. En segundo lugar aparecen las provocadas por el **agente F: Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo**: parálisis de los nervios debidos a la presión, con un 21%; y en tercer lugar las ocasionadas por el **agente A: Hipoacusia o sordera provocada por el ruido**, con un 7%.

Atendiendo a los numerosos riesgos a los que están expuestos los trabajadores de la Federación de Servicios debido a la variación de Sectores de los que esta compuesta, nos encontramos con que las Enfermedades Profesionales de mayor incidencia (78%), debidas a las causadas por agentes del grupo 2, están representadas en la mayoría de nuestros Sectores.

Agentes del grupo 2	Total 5927	% Total 78%
A HIPOACUSIA	503	7,00%
B OSTEOARTICULARES	100	1,39%
C BOLSAS SEROSAS	144	2,00%
D TENDINOSAS	4.705	65,47%
E APOFISIS ESPINOSA	21	0,29%
F PARALISIS NERVIOS	1.487	20,69%
G MENISCO	66	0,92%
H DESCOMPRESION	1	0,01%
I RADIACIONES IONIZANTES	4	0,06%
J RACIACIONES UVA	2	0,03%
K ENERGIA RADIANTE	6	0,08%
L NODULOS	147	2,05%
M NISTAGMUS	1	0,01%

Hay que mencionar que existen enfermedades laborales emergentes de gran importancia por su incidencia, que aunque hoy en día no están contempladas en la normativa las innumerables evidencias de las que disponemos aconsejan una mayor necesidad de

investigación con el objetivo de su futura inclusión en el cuadro de Enfermedades Profesionales. Un ejemplo por novedosa es la **lipoatrofia semicircular**.

Nos referimos también a la necesidad de su inclusión pero, ya no en el futuro, sino de inmediato de las enfermedades que generan la exposición a riesgos psicosociales, ya que muchas de las dolencias y aspectos derivados de dichos riesgos, pueden generar patologías que hagan más difícil el desarrollo de la actividad laboral de los trabajadores/as, e incluso su exclusión del entorno laboral.

No podemos ignorar las conclusiones del Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT, que tras analizar más de 4.500 puestos de trabajo, en diferentes áreas de actividad, ha evidenciado que el **75% de los trabajadores sufre estrés** debido, sobre todo, a unas deficientes condiciones ambientales de trabajo; el 31% ha visto empeorar su salud a causa de los riesgos psicosociales y el 16% reconoce trabajar en un ambiente “hostigador”, donde se producen comportamientos violentos.

El Sindicato señala como una de las principales causas de los riesgos psicosociales las estrategias de organización de trabajo y demanda, entre otras cosas, a las empresas que evalúen estos riesgos, adecúen la carga y ritmo de trabajo a la capacidad de los trabajadores y establezcan un sistema de gestión que evite estos riesgos y fomente la comunicación entre los distintos niveles.

Los problemas relacionados con una mala salud mental son la cuarta causa de incapacidad laboral y el lugar de trabajo es primordial para evitar estas situaciones. Por eso, uno de los objetivos principales que debemos perseguir los interlocutores sociales y las instituciones públicas es hacer frente a los riesgos psicosociales adoptando medidas preventivas para evitar los factores que los provocan.



DA IGUAL QUE LLEVES UNIFORME O TRAJE. TE PUEDE PASAR.

Enfermedades musculoesqueléticas / Riesgos psicosociales / Sordera profesional



Enfermedades profesionales por Comunidad Autónoma.

Si atendemos a la distribución por Comunidad Autónoma, en términos absolutos, las comunidades que más están declarando son Cataluña y Euskadi, seguidas por Navarra.

Si relacionamos estos datos con la población de cada una de las Comunidades Autónomas podemos apreciar que la comunidad con mayor número de declaración es con diferencia Navarra. En la Comunidad Foral de Navarra se declara 1 enfermedad profesional por cada 354 ocupados; mientras que la media nacional es de 1 enfermedad por cada 2.078 ocupados.

Hay que destacar también el esfuerzo que están realizando en la declaración de Enfermedades Profesionales tanto Aragón, como Euskadi.

Es alarmante la situación de la mayor parte de Comunidades Autónomas muy por debajo de la declaración media, destacando el caso de Andalucía, Canarias y Madrid.

Analizando estos datos podemos asegurar que la declaración de Enfermedades Profesionales en España no es uniforme, sino que se producen significativas diferencias entre Comunidades Autónomas lo que es muy preocupante ya que la salud de los trabajadores ha de ser la misma en todo el territorio nacional.

Este hecho lo atribuimos a la dejación de la mayoría de las Administraciones de las Comunidades Autónomas encargadas de velar por el cumplimiento de la normativa y a que aún no han implantado el Sistema Centinela que esta funcionando muy bien en Navarra y que consiste en el que en las áreas sanitarias existe un profesional con la especialidad de medicina del trabajo al que son derivadas todas las patologías sospechosas de tener origen laboral. Esto supone que se esta haciendo un seguimiento sanitario importante a través de profesionales con formación desde el sistema sanitario y con él va a ser posible detectar si la enfermedad esta relacionada con el trabajo o no.

Para evitar la diferencia que se está produciendo de la vigilancia de la salud entre comunidades, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas están intentando llegar a un acuerdo para homogenizar criterios: como la elaboración de guías y protocolos con modos de actuación común para realización del seguimiento de la enfermedad profesional y formación específica de los médicos de familia para facilitar el diagnóstico diferencial entre enfermedad común y relacionada con el trabajo.

Actuaciones en el ámbito Confederal en Salud Laboral.

Para dar una solución a esta evidente infradeclaración de EE.PP y conseguir el objetivo con el que en el 2006, se creo la normativa, entre otras actuaciones, se recoge en el objetivo 2 de la Estra-

tegia Española de Seguridad y Salud en el trabajo (2007-2012) la elaboración de un documento destinado a mejorar la eficacia y calidad de los Servicios de Prevención en donde se apuesta por reforzar la especialidad de medicina del trabajo dentro de la vigilancia de la salud.

Además es muy importante que desarrollemos el Objetivo 3 para que se materialice la figura del Agente Sectorial de Prevención cuya labor de información en los centros de trabajo va a suponer un acercamiento de la prevención a las empresas. Es necesario para conseguirlo que los Delegados en la negociación colectiva del año que viene introduzcáis en los Convenios la formación de Comisiones Paritarias que desarrollen este objetivo 3. También hay un acuerdo con las CC.AA para que en el año 2010 se desarrolle la figura del Agente Territorial de Prevención.

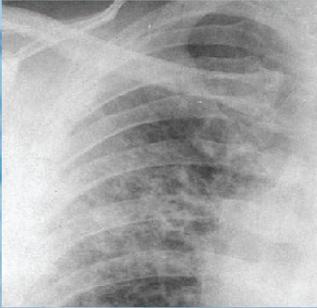
Por último decir que ante estos datos la UGT lamenta que un instrumento fruto del Diálogo Social como fue el Nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales, haya perdido por completo la finalidad con la que nació. Hay que hacer aflorar al sistema las Enfermedades Profesionales que no estaban siendo declaradas por los empresarios y que en la actualidad tampoco declaran las Mutuas convirtiéndose esta mala praxis en un camino para ahorrar costes, ya que están desviando al Sistema Público de Salud los costes que debían asumir por estas Enfermedades Profesionales no declaradas.

No hay nada en la coyuntura empresarial española que sirva como excusa del mantenimiento de esta baja declaración. Aunque la situación es difícil, pero no podemos tolerar que todo lo que hemos conseguido desde la creación de la Ley de Prevención en el año 1995 se pierda.

Además UGT esta haciendo grandes esfuerzos junto con el Ministerio de Justicia, de Trabajo y de Sanidad para que se creó la **Ley de Siniestralidad Laboral**, tan necesaria para unificar criterios a la hora de la gestión de los accidentes de trabajo.

UGT denuncia la indefensión de los trabajadores en nuestro país, por lo que exigirá al Ministerio de Trabajo e Inmigración que tome

medidas en este delicado asunto en el que está en juego la salud de millones de españoles. Seguiremos apostando por el dialogo social en el que intentaremos mejorar la calidad de vida de laboral de todos los trabajadores.



Enfermedad Profesional y Enfermedad Relacionada con el Trabajo

*Jerónimo Maqueda Blasco
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III*

"En efecto, es necesario reconocer que, a veces, de ciertas profesiones se les derivan a los que las practican males no pequeños, de modo que en donde esperaban obtener recursos para su propia vida y para el mantenimiento de su familia, no pocas veces contraen gravísimas enfermedades y, maldiciendo el oficio al que se habían entregado, acaban por abandonar la compañía de los vivos".

*Prefacio del Tratado de las Enfermedades de los Artesanos:
Bernardino Ramazzini, Padua 1.713*

ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO.

D. Jerónimo Maqueda Blasco.

Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III.

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: Riesgos Emergentes y Riesgos Conocidos, Sistema de Notificación, Sistema de Prevención, Sistema de Salud Pública, Sistema de Prestaciones y Compensaciones.



Los sistemas tienen que ser eficientes, es decir, el Sistema de Salud Pública nos tiene que defender de las enfermedades comunes, que el sistema de Seguridad Social (compensación) nos defienda de las enfermedades profesionales y los Sistemas de Prevención funcionen. La interoperatividad entre estos tres sistemas y el buen funcionamiento de los mismos es un objetivo en el que tenemos que trabajar.

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 personales (carga genética, estilos de vida etc....).

Nunca se podrá hablar de una sola causa sino de la inter-actuación de los factores de riesgo. Si los factores de riesgo laborales tienen más peso hablaríamos de una EP, si tienen menor peso se trataría de una ERT y si tienen un peso nulo, hablaríamos de una Enfermedad Común. Este punto de vista no podemos olvidarlo porque se trata del punto de vista de la prevención. Los que trabajamos en prevención tenemos el deber ético de minimizar el papel que tienen las condiciones de trabajo en la generación de la enfermedad independientemente de que sea EP o ERT.



¿Se adaptan a la Sociedad de la Información e Innovación las listas de Enfermedades Profesionales?

La enfermedad varía con la evolución de las sociedades, los cambios científico-técnicos y culturales de la sociedad del trabajo, la innovación en los procesos productivos y las nuevas actividades.



Esto ha modificado la causa de la enfermedad. El agente tóxico, por ejemplo, el plomo causante de un cuadro agudo más cercano al accidente de trabajo de la era industrial, ya ha sido controlado gracias al trabajo realizado en prevención. El problema es que en la sociedad actual ese evidente agente externo ya por sí solo no explica la enfermedad. Ahora se dan más enfermedades por sobrecarga biológica, una de ellas reconocida en la actual normativa, como es la Enfermedad de Nódulos en las Cuerdas Vocales donde no hay un agente, si no que se ha producido un sobreesfuerzo de la función biológica o bien en los problemas de conducta, donde no hay un agente causal. Se diluyen los plazos de exposición a los agentes causantes de enfermedad.

La realidad es que se sigue intentando identificar a un único agente causal y tenemos aquí un reto. ¿Tendremos que evolucionar ante las enfermedades que se dan en nuestros tipos actuales de sociedad?

Hay que considerar también que la evolución de la organización productiva y los cambios en la población trabajadora van a ocasionar la aparición de nuevas enfermedades emergentes. Es pues, de gran importancia que la lista de EP tenga una base de evidencia clínica-epidemiológica ya que la única herramienta que tenemos ante la aparición de nuevas enfermedades es la anticipación que se consigue a través de la investigación que consiste en generar datos útiles en el futuro con los datos de los que disponemos en el presente y esto se consigue dando una respuesta científica y política a la enfermedad profesional

Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo y Enfermedad Relacionada con el Trabajo. Conceptos y adecuación a los Objetivos de Protección.

El concepto de Enfermedad Relacionada con el Trabajo es positivo ya que permite ampliar la prestación en los casos en los que una enfermedad no se encuentre en la lista, aunque más positivo sería un sistema de lista abierta.

Lo que es indefendible es la definición que hace la Ley General de la Seguridad Social ya que no hay ninguna enfermedad que se origine por una única causa.

Ley General de Seguridad Social 1994 en su artículo 116 define el concepto de EP y en su artículo 115 define el Concepto del Accidente de Trabajo de la siguiente manera:

Se entenderá como EP 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 esta provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada Enfermedad Profesional.

Se entiende por Accidente de Trabajo (AT) toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena y tendrán la **consideración de Accidentes de Trabajo las enfermedades no incluidas en el artículo 116 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.**

El hecho de realizar esta definición de AT supone una medida de salvaguardia positiva ya que lo que no se protege socialmente como EP se protege como accidente de trabajo.

Así pues, el concepto de ERT expresado en la Ley de Seguridad Social tiene limitaciones científicas debiéndose tender hacia una formulación como la expresada por OIT-OMS , donde no se menciona una causa exclusiva.

Se entiende por EP los trastornos a cuya aparición contribuyen significativamente, como factores causales, el medio ambiente laboral y la realización del trabajo expresada en el **Comité Mixto OIT/OMS sobre Salud en el Trabajo 1989.**

Nuevo Marco Normativo de la Enfermedad Profesional.

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, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de Parte de Enfermedad Profesional y se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

REAL DECRETO 1299/2006. Cuadro de enfermedades Profesionales

La lista de EE.PP, no es innovadora ya que procede de la dada por la OIT y emana de una directiva europea.

La clasificación se ha hecho por agentes causantes mejor que por enfermedades ya que sería mucho más complejo, otra cosa es que se dejen cuadros fuera. La lista tiene 6 grupos:

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 mov. 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

UTILIDAD DE LOS CUADROS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

En un contexto de sostenibilidad del Sistema del Bienestar, la utilidad de los cuadros de Enfermedades Profesionales, viene dada por ser una herramienta para la protección social del trabajador; porque sintetiza la epidemiología de la enfermedad en el trabajo y de la evidencia científica, el conocimiento clínico existente, y la naturaleza y condicionantes de la sociedad del trabajo del momento.

PUNTOS FUERTES DEL CUADRO

- Adaptación al progreso de la lista de 1978.
- Convergencia con la recomendación europea.
- Mayor implicación del Sistema Nacional de Salud.
- Armonización de los criterios de calificación.
- Sistema de información basado en las tecnologías.
- Mayor diversidad en el perfil de morbilidad (anexo ii).
- Mayor visibilidad del cáncer ocupacional.
- Mayor visibilidad de patologías prevalentes (respiratoria, músculo-esqueléticas).
- Incorporación de patologías por sobrecarga de funciones biológicas.

NOTIFICACIÓN DE EE.PP

Basándonos en los datos de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo podemos estimar una infradeclaración en los datos del

Sector Industria del 7% y el Sector Servicios del 44%. La explicación es que es más fácil la detección de las EE.PP que se producen en Industria que las nuevas enfermedades del Sector Servicios que carecen de agente causal único.

El RD se aprueba el 10 de Noviembre del año 2006 y la caída de la declaración se produce ya en marzo de este mismo año. Lo que está pasando es que en diciembre de 2005 aparece publicada en el BOE una orden del Ministerio de Trabajo sobre capitalización de pensiones para Enfermedades Profesionales. No se deja de notificar por que el Sistema de Notificación sea malo sino por que aparece una norma que tiene connotaciones económicas y hace que se reestructure la notificación.

Analizando los diferentes grupos después de la entrada en vigor del nuevo Cuadro en el año 2007 y comparándola con los datos del 2006 afectados por esa orden ministerial, observamos que:

El grupo de EE.PP causadas por Agentes Químicos se ha aumentado la notificación en un 156%.

Ha aumentado la declaración de enfermedades respiratorias en un 57%.

Existe también una recuperación de la notificación de las dermatosis que de un 29% pasa a un 11%.

Esta claro que el sistema puesto en marcha en 2007 ha generado más notificaciones que en el año 2005. Por lo que la conclusión es que el sistema es mejorable pero no apunta mal.

Donde no se ha producido este aumento es en las enfermedades de origen musculoesqueleticas. ¿Cuál es el motivo? ¿Se adaptan pues las listas a las sociedades de la información?



¿Es una enfermedad profesional, cuando utilizamos el ratón en un entorno profesional y se produce una dermatosis?

ORDEN TAS/1/2007. Modelo de parte de Enfermedad Profesional y utilidad del CEPROSS.

LOGROS

- Ha recuperado la caída de la notificación, superándose, para algunos grupos la notificación de 2005.
- Ha incrementado la visibilidad del Sistema y el volumen de información transferido a la Sociedad.
- Fortalece la interrelación con la normativa derivada de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (agentes biológicos, agente químicos, manipulación manual de carga).

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Para el procedimiento de evaluación de la eficacia y calidad de la notificación.
- Para definir procesos de interoperabilidad con SNS y SPRL.
- En la interacción o concurrencia con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

¿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 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 la 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. No se le dan herramientas al médico de familia para que notifique. Hay que apostar por el aumento de médicos del trabajo.
- 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 tra-

bajo y también externalización de actuaciones que deberían ser propias de la Administración y eso afecta a la equidad.

Criterios de igualdad y equidad en los Sistemas de Prevención y Salud en el Trabajo.

Equidad es garantizar que cada trabajador disfrute de la máxima salud posible, accesibilidad al servicio, proporcionalidad en las prestaciones y proporcionalidad en el esfuerzo.

Para el fortalecimiento de la equidad y sostenibilidad, se debe desarrollar el plano de la investigación, además del plano de la innovación y desarrollos en red en Enfermedades Profesionales.

Igualmente en la mejora de la atención a la Enfermedad Profesional se debe producir una coordinación, una interoperatividad entre los distintos planos y sistemas, entre las unidades de referencia en medicina del trabajo, la salud del trabajador, el sistema de prevención, el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social.

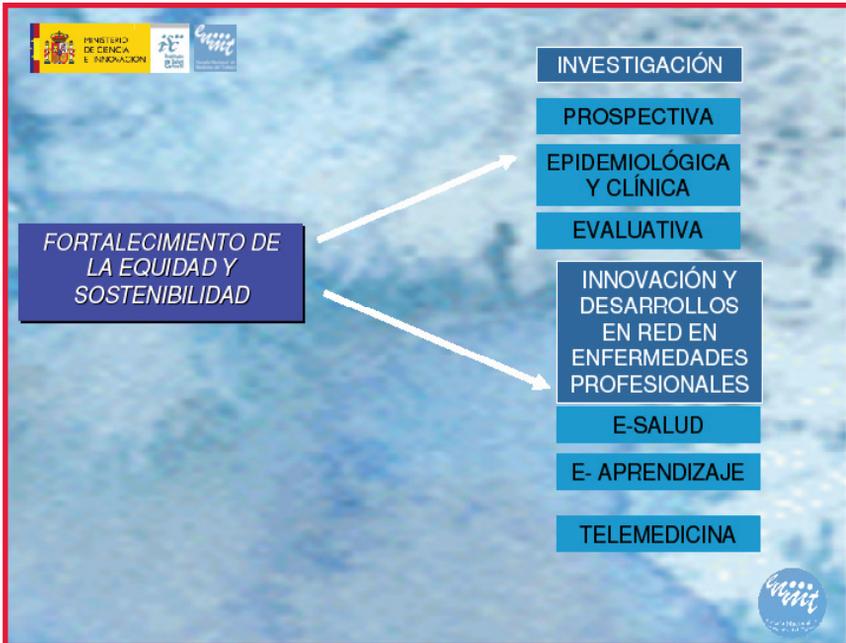
CRITERIOS DE IGUALDAD Y EQUIDAD EN LOS SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y SALUD EN EL TRABAJO

EQUIDAD
GARANTIZAR QUE CADA TRABAJADOR DISFRUTE DE LA MÁXIMA SALUD POSIBLE

ACCESIBILIDAD AL SERVICIO
 TODOS LOS TRABAJADORES DEBEN DISPONER DE LAS MISMAS OPORTUNIDADES DE USO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

PROPORCIONALIDAD EN LAS PRESTACIONES
 LAS PRESTACIONES SON FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD

PROPORCIONALIDAD EN EL ESFUERZO
 EL ESFUERZO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PREVENCIÓN DEBE SER DESIGUAL DE CARA A GARANTIZAR A TODOS EL ACCESO A LA SALUD EN EL TRABAJO
 (MAS ESFUERZOS PREVENTIVOS EN GRUPOS DE MAYOR PRECARIEDAD)



Eficacia clínica e investigadora de una Unidad Monográfica de EP

El ejemplo de la Unidad de Dermatología Laboral de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III

Revistas Españolas			Revistas Internacionales		
Total artículos	Artículos Unidad dermatología	%	Artículos de investigadores Españoles	Artículos Unidad dermatología	%
14	10	71,4	14	12	85,7

Logos: MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, FES-UGT, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, and American Journal of CONTACT DERMATITIS.

**Promoción I+D en SST
desde el Instituto de Salud Carlos III**

SISE Sistema Integral de Seguimiento y Evaluación
del Sistema de Seguridad Social

Tabla 2: Proyectos financiados 2004-2006, convocatorias ISCIII

	Solicitudes	Proyectos financiados	% de éxito	Importe + overheads
2004	45	8	17,8	386.630
2005	19	5	26,3	201.824
2006	22	7	31,8	447.797
Totales	86	20	23,3	1.036.251

Fuente: Informe del Sistema Integrado de Evaluación y Seguimiento, Plan Nacional de I+D+I (Ministerio de Educación y Ciencia)

En el plano de la eficacia clínica e investigadora, presenta el ejemplo de la Unidad de Dermatología Laboral de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III, así como en el desarrollo y promoción de proyectos de I+D en Seguridad y Salud en el trabajo.

Algunas Preguntas para el Debate.

¿Se debe abordar la mejora de la EP sólo desde el punto de vista de la Gestión de la incapacidad?

¿Se debe realizar una aproximación integral mejorando la atención de la enfermedad y del enfermo profesional en el diagnóstico, tratamiento precoz y evolución clínica?

La detección y el tratamiento precoz de la enfermedad profesional, la determinación rápida de la contingencia profesional ¿No son estrategias que evitan el sufrimiento, reduce el tiempo de baja y favorecen una reincorporación más rápida del trabajador a su trabajo?

¿Deben promoverse Unidades Especializadas en Enfermedades Profesionales prevalentes dentro de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud?

GESTIÓN DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Desde el ámbito del INSS.

D. Emilio Jardón.

Subdirector General de Coordinación Unidades Médicas de la Dirección General INSS.

Identificación de las EE.PP:

Se pueden considerar tres aspectos de abordaje de una Enfermedad:

- **La ETIOLOGÍA:** Que desde el punto de vista médico su conocimiento tiene 2 objetivos: la Prevención y la posibilidad curación.
- **EL TRATAMIENTO:** cuyo objetivo es la Curación para no llegar a la incapacidad.
- **La REHABILITACIÓN:** con los objetivos de minimizar las secuelas para que exista reincorporación a la vida laboral y la reparación es decir compensación económica si la reincorporación no fuese posible.

Para identificar una Enfermedad Profesional obtendremos información de tres campos:

El Campo preventivo en el que actúan los Servicios de Prevención de la empresa, Sistemas de Salud laboral de las CC.AA e INSHT.

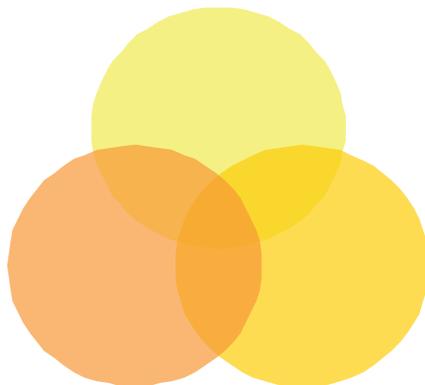
Se detectan las enfermedades profesionales por la notificación administrativa con los sistemas DELTA, para AT y CEPROSS para EE.PP

El Campo Asistencial en el que se incluyen el Sistema Público de Salud y las MATEPSS.

Cuando el trabajador acude a su médico de atención primaria, a urgencias del Sistema Público de Salud o a la MATEPSS.

Y el Campo Reparador en el que se encuentran las entidades gestoras (INSS) a través de los EVIS y las MATEPSS y la Enfermedad Profesional, según su definición, hoy en día está englobada dentro del campo reparador.

CURATIVO-ASISTENCIAL
S. P. DE SALUD



REPARADOR
E. GESTORAS

PREVENTIVO
S. PREVENCIÓN

INCAPACIDAD TEMPORAL en EP
(Diagnostico de procesos , Perceptores INSS)

CAPITULO	%
E. Infecciosas	7,97
T. Mentales	2,74
E. del SNC	4,48
E. Aparato Respiratorio	3,11
E. Piel	2,99
E. S. Osteomioarticular	36,74
Mal definido	7,97
Lesiones y Tóxicos	20,55

PROCESOS CERRADOS I.T. (INSS)

	PROCESOS TOTAL	A. TRABAJO	%	E. PROFESIONAL	%
Enero-Diciembre 2008	2.031.611	14.573	0,72	803	0.039

Competencias del INSS en materia de Contingencias Profesionales:

El INSS tiene dos funciones como Entidad Gestora de Prestaciones y como “Mutua”.

La contingencia se entiende como etiología, es decir como origen de la enfermedad. Así pues, el INSS gestiona Accidentes y Enfermedades.

- ACCIDENTES:
 - Laborales (Accidente de Trabajo).
 - NO Laboral.
- ENFERMEDADES:
 - Laborales (Enfermedad Profesional).
 - NO Laborales (Enfermedad Común).

Desde la entrada en vigor de la Ley de Igualdad también existen dos contingencias más. Contingencia por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia.

En última instancia y en caso de litigio o no acuerdo entre las partes es el INSS, el organismo que decidirá si una enfermedad se considera o no profesional.

1. CALIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN INCAPACIDAD LABORAL:

- Causa incapacitante: Valoración de la enfermedad como para la realización de un trabajo.
- Graduación de la misma.

2. DETERMINACIÓN CONTINGENCIA:

- En materia de I. Temporal
- En materia de I. Permanente

3. DETERMINACIÓN CUANTÍA DEL RECARGO:

Si se demuestra que ha existido negligencia del empresario, se sanciona con un incremento del 30-50% de la pensión del trabajador que va cargo exclusivamente del empresario.

1. CALIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN INCAPACIDAD LABORAL

- Valoración incapacidad laboral por EP.
 - **Valoración etiológica** (clínica) => Criterios de Enfermedad.
 - **Valoración contingencia** (etiología administrativa).
 1. Enfermedad / Agente => En el listado.
 2. Actividad de riesgo.
 - **Valoración repercusión** (secuelas).
 3. Objetivar lesión.
 4. Graduar lesión.
 - **Valoración Incapacidad.**

Herramientas para unificar/facilitar valoración.

- Existencia de “Centros de Referencia” => Problemas de tiempo y capacidad de respuesta.
 - Instituto Nacional de Silicosis (Oviedo).
- Manuales o guías de valoración multidisciplinar
- Protocolos de valoración
 - Convenios con SPS para el Asbestos.
- Papel de los SPRL =>Mejorar comunicación con SPRL

Problemas relacionados con la declaración de EP según INSS.

- Falta Información para cumplimentar
- No habrá detección de :
 - Procesos sin baja.
 - Procesos iniciados con I.T. / E.C. que finalizan con E.P.
- Código Diagnostico de Enfermedad



Prestaciones por Contingencia Profesional.

- Asistencia Sanitaria.
- Prestaciones Económicas.
- Prestaciones de Higiene y Seguridad.
- Prestaciones Rehabilitadoras y Recuperadoras.
- Prestaciones Sociales.

RESUMEN BENEFICIOS

Cuando una enfermedad es declarada como profesional los beneficios son mayores a Nivel de prestaciones.

- Acceso a prestación (no se exige periodo previo cotización).
- Mayor cuantía de las prestaciones:
 - Calculo más beneficioso de la base reguladora.
 - Recargo.
- Prestación Sanitaria a cargo de MATEPSS (tratamientos más rápidos).

- Prestación Farmacéutica => Libre de aportación.
- Derecho a algunas prótesis que no se incluyen en P. Comunes.
- Prestación de recuperación / readaptación profesional.
- Mayor abanico de prestaciones.
 - Temporales => Periodo de observación.
 - Permanente => Cambio de Puesto / Lesiones Permanentes.
- Programas de Prevención y Medidas Protección.
- Acceso mas allá de la Edad de Jubilación.

Prestaciones Económicas por Contingencia Profesional.

A-Subsidio de INCAPACIDAD TEMPORAL.

B-Subsidio de PERIODO OBSERVACIÓN (En la EP).

C-Prestaciones de INCAPACIDAD PERMANENTE.

PECULIARIDADES DE LAS PRESTACIONES ECONOMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL.

- Posibilidad de recibirla por las MATEPSS.
- No requieren cotización previa.
- Calculo de la “*Base Reguladora*”:
- Prestaciones adicionales :
 - Baremo por Lesiones Permanentes “No invalidantes”.
 - Recargo por “Falta de medidas de seguridad”.
 - Indemnización por “defunción”.

Calculo de la Base Reguladora.

CONTINGENCIAS COMUNES:

- ENFERMEDAD COMUN => Suma Bases cotización de los últimos 8 años * / 112.
- NO LABORAL => Suma Bases cotización de 2 años / 28 .

(*) 24 últimos meses cifra real, resto actualizado con IPC

CONTINGENCIAS PROFESIONALES:

- Suma salarios reales ultimo 1 año / 12

A-SUBSIDIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

CONTINGENCIA	CUANTIA	Nace derecho	Base Reguladora
E. COMÚN	4º al 20ª día = 60 % > 21ª día = 75 %	4º día	Sobre base cotización
C. PROFESIONAL	75 %	1º día	Sobre salarios reales

B-SUBSIDIO DE PERIODO DE OBSERVACIÓN POR ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Periodo de tiempo destinado al estudio de una determinada patología sugerente de etiología profesional.

- Prestación del 75 % desde el primer día.
- Posibilidad de delegación en MATEPSS.
- Duración = 6 meses prorrogable a otros seis.
- No es obligada la Incapacidad Laboral.
- Finaliza con el alta o acceso a otra prestación.

C-PRESTACIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

PENSIONES I. PERMANENTE

(a 31 diciembre 2.008)

	<u>NUMERO</u>	<u>PENSIÓN MEDIA</u>
C. COMUNES =	789.650	823,308
A. TRABAJO =	83.885	979,35
E. PROFESIONAL =	13.683	1.066,07
TOTAL =	887.218	841,80

Secuelas Permanentes de las Contingencias Profesionales:

- CAMBIO PUESTO DE TRABAJO (En EP).
- LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES.
- INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.
- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL.
- I. PERMANENTE TOTAL “cualificada”.
- INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA.
- GRAN INVALIDEZ.

CUANTÍA PENSIONES DE INCAPACIDAD POR E. PROFESIONAL (Según GRADO INCAPACIDAD)

GRADO	Nº	%	PENSION MEDIA (euros / mes)
PARCIAL	0	0,00	-
TOTAL	12.759	93,25	1.009,35
ABSOLUTA	902	6,59	1.496,62
GRAN INVALIDEZ	22	0,16	2.535,63
TOTALES	13.683	100	1.066,07

Cambio de puesto de trabajo por Enfermedad Profesional.

CONCEPTO: Situación del trabajador que, tras habersele diagnosticado una E.P que no produce repercusión funcional o que habiéndola producido ésta, se haya normalizado. Pero en el que la reincorporación laboral podría implicar el agravamiento de su situación anatómica o funcional.

1-PRESTACION. Se dan dos posibilidades:

- 1.1- PUESTO COMPATIBLE => Traslado a un puesto exento de riesgo, manteniendo las mismas retribuciones salvo las ligadas a la producción.

1.2- NO PUESTO COMPATIBLE => Dos posibilidades:

- a) Incapacidad Permanente TOTAL.
- b) Pasa a desempleo.

12 meses a cargo empresa + 6 meses a cargo Entidad +
12 meses INEM

Normativa relacionada con las Competencias del INSS en Declaración de Contingencia.

Real Decreto (RD 1300/1996):

- ARTÍCULO 1.1 d) - Competencia del INSS para la determinación de la Mutua de AT y EP o empresa colaboradora responsable de las prestaciones que resulten procedentes en materia de incapacidades laborales.
- ARTÍCULO 3.1 f) - Será función de los EVI la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origina la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador.

GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO POR LAS MATEPSS.

D^a. Clara Guillén Subirán.

Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales de IBERMUTUAMUR.

Valoración del Marco Normativo sobre Enfermedades Profesionales. RD 1299/2006 Y Orden TAS 1/2007.

El Real decreto 1299/2006 de 10 de Noviembre que aprueba el cuadro de EE.PP, notificación y registro y el orden TAS 1/2007, de 2 de enero que establece el modelo de parte de Enfermedad Profesional, han supuesto cambios en la gestión de dichas enfermedades.

- La obligación de la notificación de las EE.PP, que hasta ese momento recaía sobre la empresa ahora recae sobre la entidad gestora o mutua de AT que en cada caso, cubra las contingencias profesionales, produciéndose, con carácter previo a la comunicación, el diagnóstico de la Enfermedad Profesional por los médicos del Servicio Público de Salud o del Servicio Médico de la Mutua, según la Entidad a quien corresponde la citada cobertura.
- Varía la forma de emisión del Parte de Enfermedad Profesional, al establecerse que el proceso de comunicación y tramitación del Parte se realizará en su totalidad por medios electrónicos, a través de la puesta en marcha del denominado sistema CEPROSS.
- Incorpora el sistema doble lista de la normativa comunitaria (aunque sus contenidos no sean coincidentes).
- Añade la extensión a nuevos agentes y su conexión con más trabajos y actividades.
- Ofrece la posibilidad de actualización del cuadro y la inclusión de nuevas enfermedades.
- Además se unifica el Cuadro de Enfermedades Profesionales aplicable en los distintos regímenes de la Seguridad Social.

Como consecuencia de todas estas novedades la valoración que corresponde efectuar de la reforma de este marco normativo es, en general, POSITIVA. Además de que supone una adaptación a la normativa comunitaria sobre este tema y representa un considerable esfuerzo de actualización, racionalización y sistematización de la normativa existente.

No olvidando la importancia de que para su elaboración contó con el compromiso, el impulso y el apoyo de organizaciones sindicales, empresariales, organismos competentes de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas, así como de numerosos expertos que participaron en el diseño finalmente adaptado.

Los objetivos de este Real Decreto han sido, además de corregir la infradeclaración, mejorar la formación de los profesionales sanitarios, evitar la resistencia empresarial que había ante el reconocimiento de este tipo de patologías pero sobre todo pretendía acabar con la separación entre el reconocimiento de la prestación y la prevención. No olvidemos que la Enfermedad Profesional es un indicador importante de que la prevención esta fallando.

Dificultades en la Gestión de las EE.PP.

La valoración positiva que tenemos de la normativa no impide que su aplicación práctica en el día a día de la gestión de las enfermedades haya puesto al descubierto algunas lagunas y dudas interpretativas que se comentan a continuación:

A- Dificultades técnicas para calificar esta contingencia por las importantes consecuencias que se derivan de la calificación como enfermedad profesional.

B- La dificultad en el diagnóstico de una enfermedad profesional; por la confusión conceptual en la delimitación de enfermedad profesional y la falta de profesionales con la cualificación técnica necesaria para hacerla.

Dificultades de calificación.

La diferenciación entre Contingencias Comunes y Contingencias Profesionales conlleva una gran trascendencia a la hora de calificar correctamente una enfermedad:

- Protección no condicionada a un periodo de carencia previo.
- Cálculo de las prestaciones sobre bases reguladores más elevadas (salario real en cómputo anual, incluidas las horas extraordinarias).
- Alta del pleno derecho y principio de automaticidad absoluta.
- Indemnizaciones específicas en caso de muerte y supervivencia.
- Recargo de prestaciones por infracción de medidas preventivas.
- Reconocimiento de Lesión Permanente no Invalidante.
- Tratamiento preventivo específico para las Enfermedades Profesionales.
- Reglas especiales de cotización y aseguramiento.

La dificultad en el diagnóstico.

Para calificar una enfermedad como profesional, es necesario considerar los siguientes factores:

- **Variabilidad biológica:** no todos los trabajadores expuestos a un mismo riesgo y a una condición patógena similar enferman. Los que enferman, no lo hacen al mismo tiempo, ni lo hacen con la misma intensidad. En condiciones de exposición de baja o mediana intensidad, (es la normalidad en la mayoría de los puestos de trabajo) la variabilidad biológica es un factor de gran importancia en la génesis de las enfermedades profesionales.
- **Multicausalidad:** una enfermedad puede tener diferentes causas, factores laborales o extralaborales que actúan simultáneamente y contribuyen al desencadenamiento de la

misma. Discriminarlos exige la identificación precisa de cada uno de ellos.

- **Inespecificidad clínica:** la mayoría de las Enfermedades Profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.
- **Condiciones de exposición:** un mismo agente puede tener efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición, según la vía de entrada al organismo.

Por ello, para atribuir el carácter profesional a una enfermedad es necesaria la concurrencia en el tiempo de cuatro elementos básicos:

- **Agente:** debe existir un agente en el ambiente de trabajo que, por sus propiedades, pueda producir un daño a la salud; recogido en la lista de Enfermedades Profesionales;
- **Exposición:** en cuanto a intensidad y duración, debe existir la demostración de que el contacto entre trabajador afectado y las condiciones de trabajo nocivas puedan provocar un daño a la salud;
- **Enfermedad:** debe existir una enfermedad clara y definida en todos sus elementos en el trabajador expuesto;
- **Relación de Causalidad:** deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico que, consideradas de forma aislada/concurrente, permita establecer una asociación causa-efecto entre la patología definitiva y los agentes/condiciones presentes en el lugar de trabajo.

No siempre es fácil la delimitación conceptual de la Enfermedad Profesional frente a las Enfermedades del Trabajo.

Además el marco normativo que rige las Enfermedades Profesionales en nuestro país es muy complejo:

- Existe normativa sanitaria en cuanto al diagnóstico y asistencia.
- Normativa preventiva.

- Normativa de Seguridad Social que regula prestaciones.

La LGSS califica como accidente de trabajo las enfermedades 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. Son enfermedades de etiología laboral pero no incorporadas al Cuadro reglamentario de Enfermedades Profesionales.

La carga de la prueba recae sobre el trabajador que ha de demostrar fehacientemente la relación causa-efecto entre el trabajo ejecutado y la enfermedad contraída. Como la enfermedad es un proceso lento y permanente que no se puede ubicar en un momento concreto, el trabajador no se beneficiaría del *iuris tantum* favorable a la laborabilidad del accidente del trabajo que se produce en un tiempo y lugar de trabajo, ni de la protección *iuris et de iure* que utiliza las enfermedades profesionales listadas.

Además la relación causa-efecto que hay que demostrar en una enfermedad profesional se basa en fundamentos patológicos, epidemiológicos y médico-legales.

Por todos estos elementos, el reconocimiento del carácter profesional de una enfermedad es un proceso en varias etapas:

1. Conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo.
2. Conocimiento clínico-psicológico.
3. Marco legislativo y médico-legal que permite establecer las diferencias entre enfermedad profesional y común.

En la relación con la implicación del Sistema Nacional de Salud, los facultativos que califican enfermedades profesionales deberían contar con la cualificación técnica necesaria.

El perfil idóneo es el de un médico del trabajo, y parece obvia, la necesidad de formar más especialistas. También es necesario resaltar la importancia de la comunicación por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud de una enfermedad cuyo origen se sospecha mejorando el sistema de notificación con la búsqueda de una fórmula para protocolizar la actuación ante la sospecha de

Enfermedad Profesional. Así, resaltan las iniciativas de diferentes Comunidades Autónomas: la Red de médicos centinela en Salud Laboral de Navarra; la herramienta de ayuda a la identificación de diagnósticos ante la sospecha de una Enfermedad Profesional del Instituto Vasco de Seguridad y Salud laborales; el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral (SVEL) en la Comunidad Valenciana basada en la metodología de los sucesos centinela. Experiencias que van haciendo que mejore la Formación Médica en Salud Laboral y la sensibilidad en torno a la consideración del medio de trabajo como escenario de riesgos de enfermedad.

Sin perjuicio de esta valoración positiva, es preciso señalar que la implantación del nuevo marco normativo ha dejado abierta la puerta al desarrollo de una serie de actuaciones por parte de la Administración, que deben contar con la necesaria participación de todos los Agentes Sociales, permitiéndose aplicar el marco normativo aprobado y agilizar el procedimiento de gestión de estas situaciones y que, a continuación, se enumeran:

- Potenciar y mejorar la formación del personal médico, facilitándose así una mejor detección de cualquier anomalía en la salud de los trabajadores que pueda ser calificada como enfermedad profesional;
- Reforzar la especialización y el tratamiento de las enfermedades profesionales;
- Elaborar criterios técnicos para la calificación de Enfermedades Profesionales;
- Lograr una actualización ágil del contenido del cuadro, con el esfuerzo de todos los Agentes Sociales y de la Administración;
- Favorecer la comunicación por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios de Prevención de una enfermedad cuyo origen se sospecha;
- Impulsar las labores de análisis e investigación de las nuevas patologías que puedan incidir en la salud de los trabajadores;

- Conseguir que CEPROSS sea, además, un sistema de notificación y registro, una base de información, para todos los agentes implicados en la gestión de estas contingencias.

Como comentario final decir que las MATEPSS, no están infradeclarando enfermedades profesionales sino que el problema está en el infradiagnóstico de las mismas que se solucionará con las anteriores medidas propuestas.

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LOS SECTORES DE LA FeS. CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SECTOR DE ARTES GRÁFICAS. PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL RUIDO. FÁBRICA NACIONAL DE MONEDA Y TIMBRE - REAL CASA DE LA MONEDA.

D. Álvaro Ibáñez Alonso.

Dr. Medicina del Trabajo. Médico de Empresa del Servicio Médico de la FÁBRICA NACIONAL DE MONEDA Y TIMBRE.

R.D. 1299 / 2006.

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 BOE nº 302 19-12-2006.

- Cuadro de EEPP del sistema de la SS.
- Criterios para su notificación y registro:
 - Mejora la infradeclaración.
 - Ajusta a la realidad las enfermedades profesionales.

Novedades del R. D:

- Aprobación del Cuadro de Enfermedades Profesionales.
- Actualización del Cuadro de Enfermedades Profesionales.
- Calificación de las Enfermedades Profesionales. Afecta a médicos del SNS y de los SPRL.
 - Enfermedades del anexo 1 (podrían ser calificadas como profesional).
 - Enfermedades del anexo 2 (origen profesional se sospecha).

Causas del sub-registro de las Enfermedades Profesionales.

- Falta de formación / información de los médicos, especialmente los de atención primaria.
- Falta de voluntad real de declarar de empresarios-mutuas.

- Dificultad para relacionar EE.PP-causas laborales (latencia larga).
- Inexistencia de un servicio de comunicación de sospechas EE.PP (SAS y servicio prevención).
- “Exclusividad” de la puesta en marcha del procedimiento de declaración como EE.PP por parte de la entidad gestora.
- Lista de EE.PP: resulta insuficiente con la realidad actual.
- Falta de información de la población trabajadora.

ENFERMEDADES PROFESIONALES 2003-2009



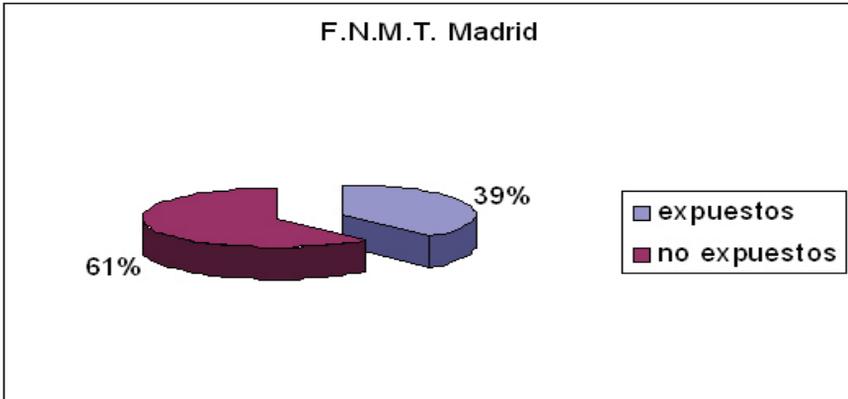
La FNMT-RCM es una empresa del sector de Artes Gráficas con una población trabajadora de 1700 trabajadores aproximadamente, de los cuales el 50% pertenecen a las áreas productivas de la empresa, esto sería alrededor de 800 trabajadores.

El Servicio Médico pertenece al servicio de Prevención Propio de la empresa, este cuenta con las cuatro disciplinas preventivas: higiene, seguridad, ergonomía y psicología y medicina del trabajo.

Desde el año 2003 al 2009 hay un compromiso por parte del Servicio Médico de declarar, investigar e identificar Enfermedades Profesionales.

En este periodo de tiempo se han declarado 99 enfermedades profesionales por exposición a ruido, 45 músculoesqueléticas y 2 dermatológicas.

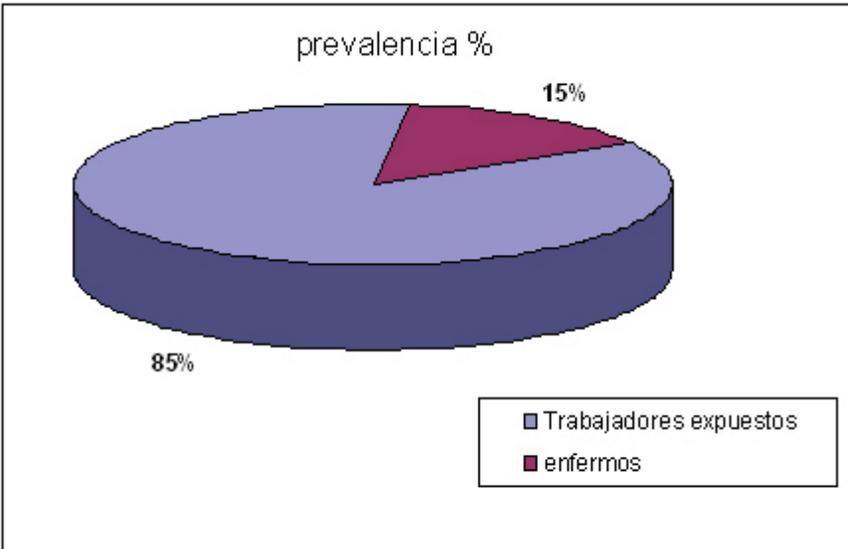
EXPOSICIÓN A RUIDO



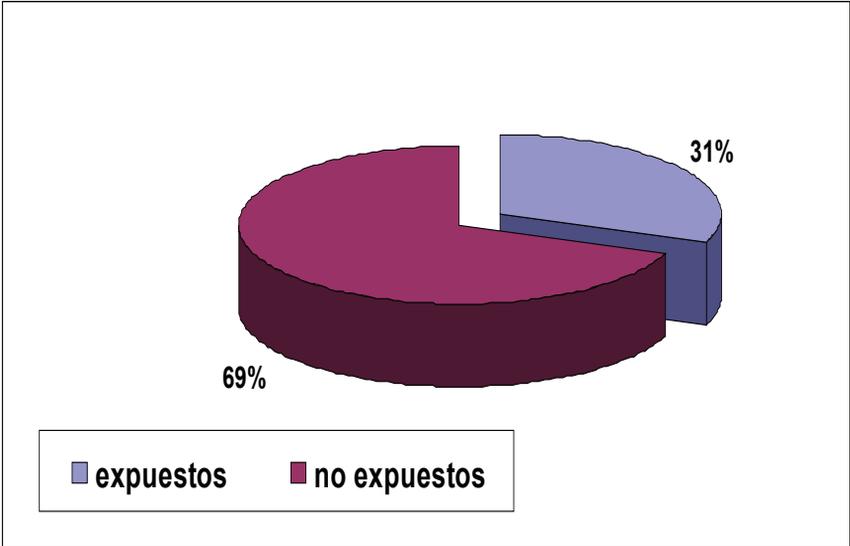
PREVALENCIA DE EP POR EXPOSICIÓN A RUIDO.

En la FNMT-RCM hay 589 trabajadores expuestos a ruido, esto supone el 39% de la población trabajadora, y la prevalencia de Enfermedad Profesional de estos trabajadores es del 15%.

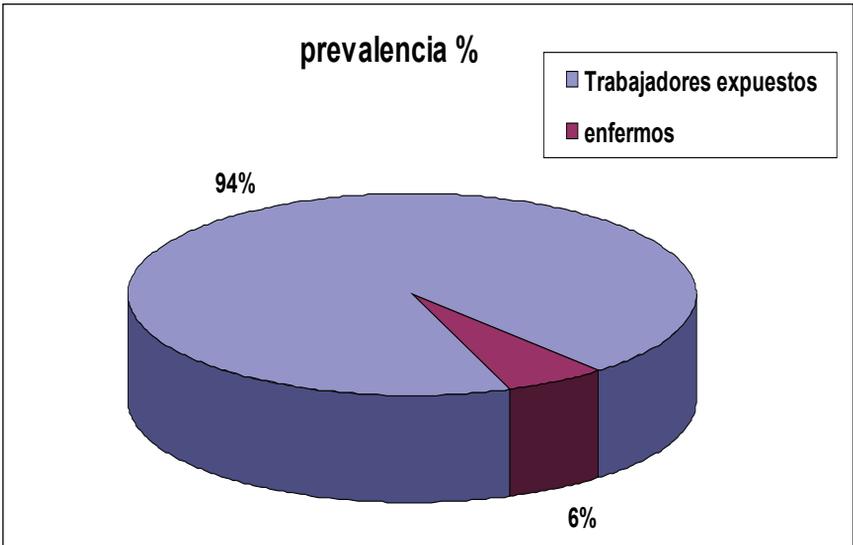
Esta prevalencia esperamos que pueda ir disminuyendo conforme se adopten las medidas preventivas establecidas en el Plan de Acción Contra el Ruido.



EXPOSICIÓN A MOVIMIENTOS REPETIDOS



PREVALENCIA DE EP POR EXPOSICIÓN A MOVIMIENTOS REPETIDOS.



DIAGNÓSTICO

Aplicamos protocolos de vigilancia sanitaria específica para:

- MOVIMIENTOS REPETIDOS
- RUIDO

La vigilancia de la salud se hace íntegramente en el servicio médico de la FNMT-RCM. Para ello aplicamos los protocolos editados por el Ministerio de Trabajo.

Plan de acción contra el ruido (FNMT-RCM). Procedimiento.

Historia clínico laboral, recogiendo datos relativos al puesto de trabajo:

- Se recogen los antecedentes laborales de exposición a ruido.
- Recogida de datos en su vida personal relacionadas con el ruido.
- Análisis detallado a exposición de ototóxicos que puedan tener en el puesto de trabajo (tintas, disolventes etc.).
- Antecedentes tóxicos, si ha padecido una enfermedad crónica, si han tomado algún medicamento ototóxico etc.
- Si han padecido alguna enfermedad, diabetes, hipertensión etc.
- Se realiza una exploración otológica, audiometría en cabina insonorizada, barrido de frecuencias a lo largo de todas las frecuencias expuestas centrándonos en las de 4000, 6000 Hz ya que son las más sensibles a la exposición a ruido, y en algunos casos análisis de la vía ósea, esto nos permite discriminar si esta pérdida auditiva es debida a la exposición a ruido o a otras causas.

Estudio de la Evaluación de Riesgos (EVR)

Es importante hacer un estudio de la EVR y comprobar que elementos pueden afectar a la pérdida auditiva.

Estudio de la descripción del puesto de trabajo

Donde se define de manera detallada el tipo de trabajo que realiza el trabajador.

Sospecha y confirmación

- Pruebas complementarias.
- Interconsulta.
- Pueden ser derivación a un especialista o pruebas de diagnóstico.

Notificación al empresario

Investigación de la enfermedad profesional

Propuesta de medidas preventivas

El servicio médico notifica al empresario la Enfermedad Profesional, realiza la investigación de EP y hace propuestas de medidas preventivas.

Enfermedad Profesional.

Aptitud:

Existen varias posibilidades

- Apto sin restricciones.
- Apto con restricciones personales y adaptativas.
- No apto/ cambio de puesto de trabajo.

De los 99 trabajadores con EP, a dos se les ha considerado como no aptos, porque aparte de la pérdida auditiva, tenían una historia clínica de vértigos, acúfenos, que ha motivado que consideremos un cambio de puesto de trabajo.

Restricciones personales:

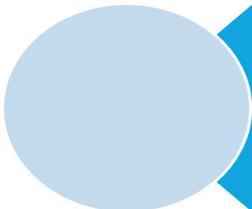
SI NO USA PROTECCIÓN AUDITIVA:

- Se le suministrarán los protectores adecuados.
- Se le muestra su uso apropiado.
- Se requerirá su utilización.

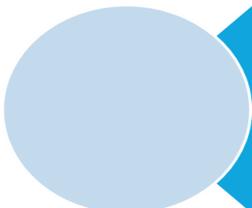
SI USA PROTECCIÓN:

- Será provisto de nuevos protectores adecuados.
- Se le adiestrará, igual que en el caso anterior, en el uso correcto de los mismos. Este Servicio Médico recomienda el uso de protectores auditivos con filtro y a medida.
- EN TODO CASO, incidimos especialmente en la información y formación idónea y suficiente del trabajador afectado por el ruido ambiental.

El servicio médico recomienda el protector auditivo con filtro a medida. Todos los protectores auditivos tienen el marcado CE, pero nosotros consideramos que no sólo vale la adecuación en cuanto al nivel de protección, sino que hay que favorecer que el trabajador utilice ese protector. Los protectores que todos conocemos protegen pero también aíslan al trabajador del medio laboral, con lo cual muchas veces son reticentes a su uso. El protector auditivo a medida se adapta mejor, tiene un filtro que permite el paso de frecuencias no nocivas, que se corresponde con las frecuencias de la voz humana, y permite comunicarse al trabajador, con lo cual es menos reticente a su uso.



Formación e información
de los trabajadores
afectados por
hipoacusia.



Formación e información
de los trabajadores
expuestos a ruido

Es muy importante que la información y formación sea la idónea respecto al riesgo por la exposición al ruido ambiental. Muchas veces la falta de esta formación e información avoca al fracaso de la medida preventiva.

En el caso de los trabajadores con EP les instamos a que utilicen la protección auditiva. En el informe de aptitud indicamos el uso obligatorio de estos protectores, aunque es el departamento a través de su línea jerárquica quien tiene que ejercer esta función.

Restricciones adaptativas:

Al tratarse de un trabajador especialmente sensible a la exposición y/o riesgo a ruido de su puesto de trabajo habitual, se le debe garantizar una protección específica en los términos que establece el art. 25.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Se concreta en la adopción de medidas preventivas y de protección necesarias que estime el Servicio de Prevención, derivada del principio de adaptación del puesto de trabajo a la persona del trabajador, con la finalidad de eliminar, reducir o controlar la exposición al ruido presente en su puesto de trabajo habitual, y así evitar un agravamiento de su cuadro clínico.

Plan de Acción contra el Ruido.

El Plan de Acción no sólo compete al Servicio Médico y Servicio de Prevención, es un plan multidisciplinario, compete a los prevenciónistas, compete a los trabajadores y compete a todos los departamentos productivos de la fábrica.

MEDIDAS TÉCNICAS

- CONTROL DE LA FUENTE
- CONTROL EN EL MEDIO DE TRANSMISIÓN
- CONTROL EN EL RECEPTOR

MEDIDAS ORGANIZATIVAS

- DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DE RUIDO

MEDIDAS TÉCNICAS:

Control de la Fuente:

- Identificación de los focos
Este control lo realiza el Servicio de Prevención. Se identifican todos los focos de ruido de la fábrica, qué niveles de ruido tiene cada puesto de trabajo. A partir de 80 dbA se considera que un trabajador está expuesto a ruido.
- Diseño y compra de máquinas con bajo nivel de ruido. Los fabricantes están obligados a declarar el ruido emitido por las máquinas que ponen en el mercado. De cara a lo que es una oferta de compra se valora que la máquina emita menor nivel de ruido que siempre tendrá un informe más favorable.
- Plan de Mantenimiento Preventivo anual. Lubricación, sustitución de piezas gastadas o defectuosas, eliminación de ruidos innecesarios, limpieza. Aquí interviene el departamento productivo y departamento de mantenimiento, se establece un calendario según las necesidades de la maquinaria.
- Eliminación de vibraciones.
- Utilización de elementos antivibratorios.
- Cerramientos totales o parciales con materiales aislantes.

A veces es complicado adaptar estos cerramientos según las dimensiones y características de la máquina. Hay situaciones en las que no es posible apantallar toda la máquina, pero sí aislar las principales zonas emisoras de ruido.

Control en el medio de transmisión:

- **Ruido aéreo.** Llega al trabajador bien directamente desde la fuente o debido a las reflexiones en paredes, suelo, techo u objetos que encuentra a su paso.
- Ruido transmitido por las estructuras.

Ruido aéreo.

Actualmente se realizan dos actuaciones diferentes, identificación y seguimiento de talleres que disponen de material absorbente de ruido en techos y paredes y los que no dispongan estudiar su aplicación.

Esto ha logrado que en muchos talleres haya una disminución importante del ruido.

También se intenta en la nueva ubicación de maquinaria ubicarlas en un lugar lo mas aislado posible.

- IDENTIFICACIÓN DE TALLERES que disponen de materiales absorbentes de ruido en techos y paredes. En los talleres con ruido que no dispongan de este sistema, estudiar su aplicación.
- Colocación de PANTALLAS ACÚSTICAS Y DISTRIBUCIÓN adecuada de las máquinas. Principalmente en el caso de maquinaria de nueva implantación.

Ruido transmitido por las estructuras.

Se transmite a través del suelo, paredes etc. Se estudia su ubicación, se colocan bancadas, si está pegada a la pared se separa, etc.

- Aislar las estructuras entre sí o lograr un aislamiento de las máquinas al suelo con la inclusión de las correspondientes bancadas.
- Construcción de zonas de descanso insonorizadas.
- Utilización de protectores auditivos.

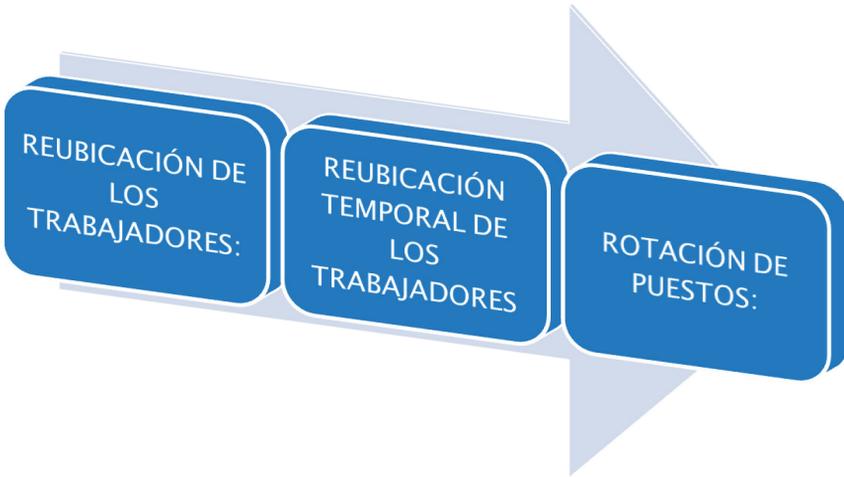
Control en el receptor.

- Construcción de zonas de descanso insonorizadas.
- Utilización de protectores auditivos.
- Uso voluntario
 - >80 dbA y < 85 dbA
 - Uso obligatorio
 - > 85 dbA
 - > 80 dbA con informe de aptitud que así lo requiera.

Si bien la Ley indica el uso voluntario de protectores auditivos por debajo de los 85 dbA, así se lo informamos al trabajador, no obstante le instamos a su uso a partir de 80 db A que podrían verse afectados a lo largo de su vida laboral.

Lógicamente el trabajador es responsable cuando el uso es obligatorio, tiene una responsabilidad preventiva compartida y debiera asumir su uso. El departamento productivo a través de la línea jerárquica tiene que ejercer su función de “In vigilando”.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS.



El objetivo es disminuir la exposición al ruido del trabajador:

- Alejar a los trabajadores que no sean imprescindibles: hay tareas que no son necesarias realizarlas a pié de máquina.
- Mantenimiento y limpieza: realizarlas a ser posible con la máquina parada.
- Rotación de tareas ruidosas y no ruidosas.

En aspectos organizativos siempre es complicado en las fábricas, ya que las rotaciones chocan con la organización de los talleres.

El Plan de Acción se publica a todos los sectores productivos.

Este es un Plan dinámico, se requieren revisiones periódicas, y está en constante evolución tendente a la eliminación básica de las enfermedades profesionales producidas por exposición al ruido.



LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LOS SECTORES DE LA FeS. CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SECTOR FINANCIERO. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ESPECIAL SENSIBILIDAD.

D. Víctor López Baños.

Jefe Medicina del Trabajo y Psicología Grupo Banco Sabadell.

Reflexiones sobre la Enfermedad Común.

La Enfermedad Común tiene un protagonismo importante, tanto en el concepto de Enfermedad Profesional como en el de Accidente Laboral.

Estamos acostumbrados a trabajar con los conceptos de accidente laboral, enfermedad profesional y enfermedad común como exclusivos y excluyentes, y yo pretendo mostraros que dichos conceptos no están claramente definidos y muchas veces sus límites son imprecisos, declarándose Enfermedades Comunes como Accidentes Laborales o Enfermedades Profesionales se catalogan como Enfermedad Común.

No debemos aceptar el paradigma de Enfermedad Profesional “versus” Enfermedad Común y menos aún que de esta aparente dicotomía todo lo que es enfermedad común nos es ajeno a los prevenciónistas y pertenece en exclusiva al campo de la Seguridad Social.

La llamada especificidad, y esto es algo que siempre he discutido con los Sindicatos. Respecto a la Prevención de los Riesgos Laborales nos trajo unos avances pero también un gran retroceso. Como ejemplo de todo esto, estaría el accidente laboral, que desde hace más de un siglo merece una atención específica. Pero considero que el catálogo de Enfermedades Profesionales es el ejemplo máximo de especificidad; sabemos que no están todas las que son y a lo mejor el sistema mismo de catalogación es el problema, pues resuelve la cuestión de las que si están, de las que se definen, pero crea un gran problema para todas aquellas Enfermedades Profesionales que no están catalogadas.

La Enfermedad Común logró hacerse un sitio sobre el año 1934, cuando se declaró por primera vez en una sentencia un infarto de miocardio como Accidente de Trabajo y va a ser en los accidentes donde siga estando considerada. Pero será después de la entrada en vigor de la Ley de Prevención y sobre todo con el desarrollo del Sistema de Gestión de la Especial Sensibilidad y de la Psicología, cuando hemos podido ocuparnos mejor del cuidado de la llamada Enfermedad Común en el medio laboral.

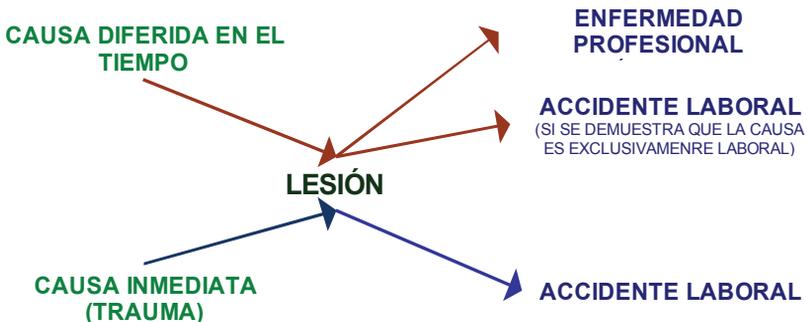
La Ley de Bases de 1963, precursora de la Ley de Seguridad Social del año 1966, decía que la cobertura por accidente debería atender más a los daños causados; que se atendiera más al infortunio que a la causa; pero esto nunca ha sido así. En la Ley de la Seguridad Social se establece la indemnización por la causa del daño y no por el daño mismo producido. Podemos afirmar que el infortunio creado por un Accidente Laboral, por una Enfermedad Profesional o incluso por algunos accidentes comunes, tienen un nivel de cobertura superior que si se produce por una Enfermedad Común; por consiguiente es lógico que el trabajador que sufra un daño estará interesado en que la causa de aquél sea considerado de origen laboral y por el contrario, las instituciones sociales y privadas responsables del coste de la cobertura tendrán el interés opuesto, por tanto el conflicto de intereses está servido.

Esto podría aportar una razón para que la declaración de una enfermedad como profesional este siendo tan restrictiva. Tiene que estar incluida en un listado cerrado y la persona que la sufre debe desarrollar una actividad concreta con unas herramientas concretas, lo demás, será declarado Enfermedad Común. Pero considero que la razón económica no explica que, frente a esta actitud tan restrictiva, la declaración de Accidente Laboral es todo lo contrario, difusa y abarcativa.

La definición de Accidente de Trabajo la encontramos en el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social de 1994: *“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”*.

La interpretación común que se hace de esta definición es que nos referimos a un accidente cuando la causa tiene que ver con una herida, golpe, quemadura, etc., que da lugar a una lesión inmediata, remite por tanto, a lo traumático.

En el excelente libro “*Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Incapacidad Temporal por contingencias comunes*”, sus autores recurren a la definición que la Real Academia de la Lengua hace de lesión: “*es el daño o detrimento corporal por herida, golpe o enfermedad*”; si somos coherentes con esta definición debemos considerar lesión a la consecuencia de los golpes, las heridas, las quemaduras y las enfermedades, tanto físicas como psíquicas, comunes o profesionales. La sola existencia de una lesión en el trabajador no permite definir por si mismo como accidente un acontecimiento.



Más interesante es la tercera condición de la definición de Accidente, *con ocasión o por consecuencia del trabajo*. En el libro antes mencionado los autores establecen que “*con ocasión*” parece remitir a una condición temporal inmediata, la presencia en el lugar de trabajo en horario laboral. Por el contrario, “*por consecuencia*”, abre muchísimo el espacio temporal entre la causa y el efecto posible, lo que abre la puerta a considerar como accidente laboral aquellas enfermedades que produzcan o desencadenen la lesión y se pruebe que está exclusivamente producida por el trabajo; en estos casos, y este es el matiz diferencial, en el accidente la carga de la prueba en contrario la tiene que aportar el que quiera afirmar que no es accidente. En estos casos de enfermedad

que se declaran como accidente la carga de la prueba la tiene la propia declaración de accidente.

Paradójicamente si se demuestra que una enfermedad ha dado lugar a un accidente se declarará como Accidente Laboral pero no como Enfermedad Profesional. Un ejemplo bien reciente lo hemos tenido con la Lipoatrofia Semicircular, enfermedad que ha afectado a un buen número de trabajadores administrativos. Y digo enfermedad porque es un proceso en el tiempo que ha producido una lesión, se da por demostrado que está ligada al trabajo y sin embargo, se declara Accidente de Trabajo y no Enfermedad Profesional.

Ahora quiero comentar otros casos en que la Enfermedad Común es declarada Accidente Laboral y el mismo caso nos sirve para reflexionar sobre los imprecisos límites entre Enfermedad Común y Enfermedad Profesional. Siempre me ha llamado la atención el tratamiento de aquellos infartos agudos de miocardio cuyos síntomas dan comienzo en el puesto de trabajo. ¿Por qué un infarto, que es una enfermedad multifactorial, es declarada accidente laboral sin tener que demostrar relación con el trabajo? A mi se me ocurren tres posibilidades interpretativas al respecto.

Una primera sería dar a la enfermedad coronaria como consecuencia, en exclusiva, de la actividad laboral; sorprende que a una afirmación tan compleja no se le exija la carga de la prueba, como si se le exige en cambio a otras enfermedades no incluidas en el listado de enfermedades profesionales. Este criterio está recogido en muchas sentencias y como médico creo que es una afirmación imposible, como imposible sería afirmar lo contrario, que el trabajo no haya sido una causa más de la enfermedad coronaria.

Otra interpretación posible que se puede dar es que en la lesión que produce el infarto prime mas el criterio “*con ocasión de*” que “*por consecuencia*”, pero no es un criterio que se aplique a otros cuadros médicos como podrían ser los cólicos nefríticos acaecidos en el trabajo.

Una tercera explicación distinta para considerar el infarto como Accidente Laboral, es que se considere inmersa en el concepto de agravamiento de una enfermedad o defecto padecido previamente por el trabajador, cuando este agravamiento lo sea por el trabajo, aunque la enfermedad previa no tuviera relación con la actividad laboral.

Abandono aquí estas reflexiones sobre el papel de la Enfermedad Común en el mundo del trabajo y recojo este último concepto que acabo de mencionar, el agravamiento, que podríamos definir como: *“agravamiento de una enfermedad o defecto padecido previamente por el trabajador cuando este empeoramiento lo sea por el trabajo, aunque la enfermedad previa no tuviera relación con la actividad laboral”*: Esta será la razón principal para que la Prevención se ocupe de la llamada especial sensibilidad, considerar laboral el empeoramiento de enfermedades comunes pre-existentes, aquí tenemos razones poderosas que demuestran la necesidad de atender la enfermedad común entre nuestras tareas preventivas.

Sistema de Gestión de la Especial Sensibilidad.

Pusimos en marcha este Sistema en el Banco Sabadell en el año 2005 y su espíritu se resume en una carta abierta a todos los empleados que se publicó en nuestra intranet corporativa:

“La Ley de Prevención de Riesgos Laborales exige a las empresas españolas articular las medidas necesarias para evitar que sus trabajadores resulten dañados por su actividad laboral.

La posibilidad que una persona resulte dañada por una determinada actividad, es la resultante de la interacción de las condiciones de la actividad misma y de las particularidades físicas y psicológicas de dicha persona, de tal manera que, puede ocurrir, que dos personas que hacen el mismo trabajo, en las mismas condiciones, corran distintos riesgos.

Por ello, la Ley antes mencionada, obliga a los Servicios de Prevención a conocer a aquellos empleados que tienen unas condiciones que les hacen especialmente sensibles a su actividad laboral,

con la finalidad de arbitrar las medidas especiales que sean necesarias en cada caso, para proteger su salud.

Siguiendo la filosofía señalada, nuestro Servicio de Prevención ha elaborado un listado de empleados que son considerados por nuestros especialistas como de especial sensibilidad y ha puesto en funcionamiento un sistema para lograr la necesaria protección en cada caso.

Nosotros deseamos destacar que debido a que se trata de datos de salud afectados por la máxima protección y confidencialidad que concede la Ley de Protección de Datos de carácter personal, todo el sistema a que nos referimos, es gestionado en exclusiva por la Unidad de Medicina del Trabajo, compuesta por profesionales sanitarios sometidos al secreto profesional.”

Los puntos básicos de este sistema se podrían resumir en los siguientes:

1. Conocer las enfermedades crónicas padecidas por nuestra plantilla, sean comunes ó profesionales.
2. Conocer los casos de Discapacidad formalmente reconocidos a trabajadores de nuestra plantilla.
3. Conocer a tiempo el estado de gestación de nuestras trabajadoras.
4. Hacer una selección de aquellas enfermedades crónicas ó estados transitorios que van a dar lugar a la declaración de “Empleado de Especial Sensibilidad” a quien las padezca o se encuentre en aquél estado.
5. Realizar Protocolos Específicos de medidas preventivas a aplicar en cada caso.
6. Consensuar todo lo anterior con la empresa y con los delegados de prevención.
7. Conseguir que el sistema sea conocido y aceptado por todos los ámbitos de la empresa que luego han de hacer ejecutivas las medidas preventivas que han de aplicarse en cada caso. Y por los propios trabajadores.

8. Evitar que el sistema se convierta en una fuente de conflicto organizativo para la empresa, lo que, con el paso del tiempo, puede crear progresivas resistencia que hagan inoperante el sistema.
9. Para evitar lo anterior, es preciso conseguir que el sistema no se convierta en un arma en manos de un grupo de trabajadores que pudieran querer utilizarlo para fines distintos a los que está creado.
10. El sistema ha de ser ágil y flexible y debe hacerse un esfuerzo para actualizarlo a las condiciones y conocimientos nuevos que se vayan adquiriendo. Es fundamental disponer de una base de datos informatizada.

Son objeto también de esta especial protección aquellos que padecen alguna de las enfermedades seleccionadas por nuestra Unidad. Hemos realizado un ingente trabajo para realizar una selección de aquellas enfermedades crónicas o estados transitorios que van a derivar en una declaración de especial sensibilidad; la siguiente relación recoge todas las enfermedades que en la actualidad están siendo consideradas:

Enfermedades seleccionadas en el Sistema de Gestión de la Especial Sensibilidad:

ALERGIA - Dermatitis de contacto al níquel o al cobre. - Dermatitis de contacto al papel moneda.	CARDIOLOGÍA - IAM. - Angina vasoespástica. - Estenosis/insuficiencia valvular grave. - Fibrilación auricular crónica.
CIRCULATORIO - ACVA. - Varices complicadas. - HTA no compensable. - HTA sintomática.	DIGESTIVO - Ileítis regional - Colitis ulcerosa
ENDOCRINOLOGÍA - Diabetes.	OBSTETRICIA - Embarazadas en general.

NEUROLOGÍA - Esclerosis en placas. - Distonía muscular. - Monoparesia. - Monoplejía. - Hemiparesias. - Hemiplejías. - Paraplejía. - Fibromialgia.	TRAUMATOLGÍA - Discopatía sintomática. - Escoliosis sintomática. - Cifosis sintomática. - Síndrome del túnel carpiano. - Miembro amputado.
INFECCIOSAS - SIDA. - HB crónica activa. - HC crónica activa.	PSIQUIATRÍA - Todos los que no sean reactivos / circunstanciales.
ORL - Hipoacusia conversacional.	RESPIRATORIO - EPOC sintomática.
OFTALMOLOGÍA - Amaurosis no transitoria. - Glaucoma. - DMAE. - Ceguera	UROLOGÍA - Cistitis crónica. - Prostatitis crónica. - Litiasis renal crónica.

Son objeto de esta especial protección, en primer lugar, las mujeres embarazadas y todos aquellos empleados que tienen declarada oficialmente una minusvalía. En estos dos casos, solo se pueden disponer de los datos aportados voluntariamente por los interesados, por ello invitamos a todos nuestros empleados que se puedan encontrar en dichas circunstancias, a que se pongan en contacto con nuestra Unidad de Medicina del Trabajo.

Es necesario conocer las enfermedades que padece nuestra plantilla, sean comunes o profesionales.

Las fuentes de conocimiento de estas enfermedades serán por tanto, los resultados de los reconocimientos médicos periódicos, las comunicaciones que realicen los propios interesados y en menor grado, las consultas asistenciales realizadas.

Para que el Sistema funcione hay que ser muy selectivos, coger realmente aquellas enfermedades que hacen a nuestra gente más sensible en la práctica cotidiana. Si la casuística empleada es muy grande nos dará un sistema poco eficaz.

Por último se han establecido unos protocolos de actuación en cada caso, pero todos tienen una estructura similar basada en:

- A quien van dirigidos.
- Qué riesgos queremos definir.
- Acciones correctoras.

A continuación se relacionan todos los protocolos que se están utilizando actualmente:

Relación de Protocolos:

- DE ALERGIAS (PES01)
- DE CARDIOLOGÍA (PES02)
- DE CIRCULATORIO (PES03)
- DE DIGESTIVO (PES04)
- DE ENDOCRINOLOGÍA (PES05)
- DE INFECCIOSAS (PES06)
- DE NEUMOLOGÍA (PES07)
- DE NEUROLOGÍA (PES08)
- DE ORL (PES09)
- DE OFTALMOLOGÍA (PES10)
- DE PSIQUIATRÍA (PES11)
- DE TRAUMATOLOGÍA (PES12)
- DE UROLOGÍA (PES13)
- DE NUEVAS INCORPORACIONES (PES14)
- DE EMBARAZADAS (PESME)

Para que tengamos una idea de cómo son estos protocolos, cuál es su contenido, cómo se definen los riesgos y qué acciones correctoras se proponen, a continuación proponemos dos protocolos, el de Alergias (PES01) y el de Endocrinología (PES05) como ejemplo de los mismos:

EJEMPLOS DE PROTOCOLOS:

PROTOCOLO DE ALERGIAS (PES01)

Empleados concernidos:

Aquellos que padezcan alergias de contacto al:

- níquel
- cobre
- papel moneda
- ácaros.

Riesgos definidos:

Los empleados con estas patologías tienen el riesgo de padecer alteraciones en la piel de las manos en el contacto con las monedas y el papel moneda (en los 3 primeros casos). Alteraciones respiratorias cuando se den en su puesto de trabajo condiciones por las que se genere una alta concentración de polvo (en el último caso), como puede ser la realización de obras en su local de trabajo, de destinos en archivos y almacenes. Incluso en casos de alta sensibilidad a los ácaros, la presencia de moqueta en su espacio de trabajo podría ser un factor de riesgo.

Acciones correctoras:

- **Empleados con alergia al níquel, cobre y/o papel moneda:** No trabajarán en puestos de Caja, ni en ningún otro que suponga la manipulación de dinero.
- **Empleados con alergia a los ácaros:** Cuando se realicen obras en su espacio de trabajo, serán destinados provisionalmente a otro centro, hasta que terminen las citadas obras.

No trabajarán en Archivos ni Almacenes ni ,en general, destinos que supongan la manipulación de objetos con alta concentración de polvo. Cuando manifiesten síntomas por la presencia de moquetas, se realizarán las acciones necesarias para evitar la exposición a los ácaros.

PROTOCOLO DE ENDOCRINOLOGÍA (PES05)

Empleados concernidos:

Aquellos que padecen Diabetes tipo 1 (infarto juvenil, insulino-dependiente).

Riesgos definidos:

Los empleados con esta patología han de tener un régimen estricto de comidas, tanto en su ritmo temporal como en la calidad de las mismas. Además, son especialmente sensibles a los estados de fatiga, psíquica y física, así como a las condiciones climáticas extremas, sobre todo a aquellas que puedan suponerles una pérdida elevada de líquidos. Por fin, estos empleados han de ponerse con frecuencia inyecciones subcutáneas de insulina, lo que puede producirles crisis de hipoglucemia, que son muy peligrosas para el sujeto si no está en condiciones de ingerir azúcar con rapidez o no se percibe a tiempo de su necesidad, por lo que también son de riesgo para estas personas las situaciones en las permanezcan solas por tiempo prolongado.

Acciones correctoras:

A estos empleados deberán concedérseles las siguientes facilidades:

Deberán tener su puesto de trabajo lo más próximo posible a su domicilio. Sus responsables deberán saber que, en ningún caso, habrán de soportar sobrecargas físicas y mentales, ni en cantidad ni en calidad. Los afectados deberán disponer de facilidades para hacer interrupciones en su trabajo en mayor número de lo normal, con la finalidad de que puedan satisfacer sus necesidades alimentarias y farmacológicas. Deberán evitarse en lo posible aquellas situaciones laborales que supongan un largo desplazamiento en vehículo propio. Se priorizará su pertenencia a centros de trabajo en los que el número de trabajadores haga improbable que el interesado quede solo en su centro durante tiempo prolongado.

LAS EE.PP. RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LOS SECTORES DE LA FeS. CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SECTOR DE LIMPIEZAS. I + D + i COMO MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO.

D. José de Cañas Montes.

Jefe del Servicio de Prevención mancomunado del Grupo ISS.

El Grupo ISS es un grupo empresarial fundado en Dinamarca hace más de cien años; aquí en España contamos con cerca de veintiocho mil trabajadores y las actividades que realizamos aquellos servicios que puedan ser externalizables: desde la limpieza, donde somos de los primeros, a la jardinería, plagas, catering y todo un largo etcétera.

Estamos implantados a nivel nacional y contamos con delegaciones en las principales ciudades. A nivel preventivo tenemos un Servicio de Prevención con más de treinta Técnicos de Nivel Superior repartidos entre las distintas Delegaciones.

Para poder tener unas condiciones óptimas de trabajo entiendo que debemos trabajar con dos factores importantes: la organización del trabajo, incluidos los medios humanos y técnicos, y el entorno donde trabajamos. Dentro de la organización del trabajo hay un factor muy importante, la participación de los trabajadores; de poco sirve que los técnicos de producción quieran organizar el trabajo si no contamos con los trabajadores. Al introducir nuevas tecnologías para conseguir la mejora de las condiciones de trabajo debemos conseguir un equilibrio con la producción. La mejora de los medios técnicos debe generar una mejora de la organización del trabajo y de la productividad.

En esta presentación me voy a centrar en el Sector de Limpieza y en primer lugar, identificaremos las enfermedades profesionales más habituales de este sector, en especial, los músculoesqueléticas.

Tenemos las derivadas de posturas forzadas, movimientos repetitivos y manipulación manual de cargas. Están las tendinosas que afectan a nivel del hombro, el codo, el antebrazo, la muñeca y la mano; las que afectan a los nervios por presión, como el síndrome

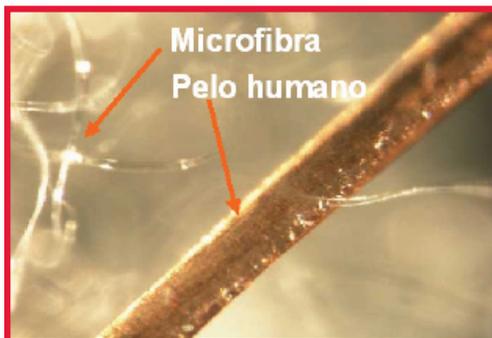
del túnel carpiano, el síndrome del canal de Guyon o del canal medio cubital.

También nos encontramos con bolsas serosas o con lesiones de menisco por hiperflexión de la rodilla. Las patologías dorso lumbares ,en su gran mayoría, son consideradas accidentes al no estar incluidas en el listado. Y por último están las derivadas del manejo de productos químicos, como las dermatitis, la hipersensibilidad a los productos químicos o el asma laboral.

Debido a la alta incidencia de estas patologías y con el objetivo de disminuir los riesgos a los que están expuestos los trabajadores del Sector de Limpieza, desde el departamento de I+D+i, estamos introduciendo las mopas y bayetas de Microfibra como parte de los nuevos equipos de trabajo.

La Microfibra es un material muy pequeño, inferior al pelo humano y cuya cualidad principal es su elevado poder de arrastre mecánico de la suciedad, hasta el punto que garantiza la limpieza a nivel bacteriano, las microfibras arrastran hacia el interior de la bayeta o mopa la suciedad, garantizando un nivel de limpieza superior al habitual, utilizando una cantidad reducida de productos químicos e incluso sin ellos.

Este método de limpieza se está incorporando en aquellos centros que tienen un nivel de limpieza normal o moderada, pero con unas exigencias de calidad muy alta, como por ejemplo, hospitales, laboratorios, etc.





Diferencias entre un carro de limpieza clásico (abajo) y otro equipado con el sistema de Microfibras.

Mejoras que introducen las microfibras.

Mejoras ergonómicas que ayudan a la prevención de EE.PP en el fregado y barrido con microfibras.

- Eliminación del escurrido de la fregona (afección importante sobre las muñecas, brazos y hombros del trabajador). Se ha de tener presente que la utilización de prensas de escurrido puede producir una carga importante sobre los miembros superiores, por lo que no se considera un equipo de trabajo que mejore condiciones.
- Eliminación del transporte, llenado y vaciado de cubos de agua. Muy importante de cara a evitar lesiones o sobreesfuerzos en los miembros superiores.
- Limpieza de una sola pasada. Concentración de las tareas de fregado y aclarado en una sola.
- Peso del equipo: Palo de aluminio y plástico < de 1kg.
- Uso del equipo: palo telescópico, empuñadura ergonómica, colocación y retirada de la mopa sin necesidad de agacharse, etc.
- Posibilidad de usarse para limpiar otras superficies (techos, paredes, azulejos, mobiliario, etc.).

Bayeta de microfibra. Ventajas.

- Reducción del esfuerzo físico al concentrar en una sola tarea el frotado y aclarado.
- Mayor arrastre de la suciedad por la acción mecánica de la Microfibra, lo que reduce la necesidad de dar más pasadas.
- Posibilidad de limpieza sin productos químicos (sólo determinadas tipologías de centros).

La implantación de la microfibra facilita el establecimiento de todo un procedimiento nuevo de trabajo, se crea un nuevo sistema de limpieza, teniendo en cuenta el aspecto preventivo, se requiere un periodo de adaptación para su implantación y hacer un seguimiento para comprobar su buen funcionamiento.

Requisitos para la implantación.

- Elaboración un procedimiento de trabajo que regulará todo el sistema de limpieza.
- Organización del trabajo.
- Nueva figura: Preparador.
- Formación del personal.
- Prevención de Riesgos.
- Seguimiento de la implantación y mejora continua.

INCONVENIENTES

- El sistema no puede aplicarse a cualquier centro de trabajo.
- Es necesario un seguimiento de la implantación.
- Es necesario disponer de lavadora en el centro de trabajo.

Procedimiento

Oficina diáfana

- Limpia las superficies libres de muebles y paredes
- Limpia las superficies libres del espacio de trabajo
- Limpia las sillas
- Vacía las papeleras
- Elimina las manchas/huellas de la puerta
- Mopea el suelo

La limpieza se realizará conforme las especificaciones de servicio

Mobiliario

Suelo

Recomendaciones

- ✓ Empieza siempre con el limpiador de superficies
- ✓ Coloca las sillas en su sitio
- ✓ Informa de cualquier incidencia al encargado/a
- ✓ Apaga las luces y cierra la puerta

Baveta Microfibras AZUL

Sorint 200

Aspirador

Utilización de productos concentrados.

Para nosotros el riesgo químico es muy importante, las limpiadoras en muchos casos preparan sus productos de limpieza, lo que genera una exposición a este riesgo para cada trabajadora.

Con el nuevo sistema de productos concentrados tenemos un preparador que se encarga, no solo de la manipulación de todos los productos químicos, sino que prepara cada carro con el material de limpieza necesario, facilitando el número de mopas y bayetas necesarias para cada trabajo. Por ejemplo, en el caso de un hospital, cada habitación se limpia con una mopa, en consecuencia, cada carro estará equipado con el número de mopas necesario en función de las habitaciones que se tienen que limpiar, mejorando las condiciones de higiene. Las bayetas están identificadas por códigos de colores en función de la superficie a limpiar.



Ejemplo de cómo debe ser el procedimiento de limpieza en una oficina diáfana, el orden de las tareas es fundamental en este nuevo sistema.

Ventajas.

- Su implantación se basa también en la aplicación de un correcto procedimiento de trabajo que minimice riesgos y mejore condiciones de trabajo.
- Se crea o fortalece la figura del Preparador. Ello supone identificar claramente la persona más expuesta y focalizar en ella las medidas de prevención contra el riesgo químico
- Se implementan sistemas de dosificación automática

- Se reduce considerablemente la manipulación de cargas. Se pasa de una garrafa de 5 litros a una botella de litro.
- Los envases incorporan dosificadores seguros y precisos. Uso de cantidades adecuadas que no perjudican la salud y el medio ambiente.
- Se reduce el riesgo de derrames por manipulación manual.

Hasta ahora se utilizaban productos químicos en garrafas de 10 o hasta 25 litros, por eso se pensó utilizar productos concentrados, con una botella de un litro se tiene el mismo producto que con las antiguas garrafas, se utilizan sistemas de dosificación más exactos y se evitan salpicaduras. Focalizar el riesgo químico en una sola persona y con la formación adecuada, mejora las condiciones de seguridad de todos.

LAS ENFERMEDADES LABORALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA Y EN LA EMPRESA.

D. Ramiro García Pérez.

Técnico del Gabinete de Salud Laboral de la Fes-UGT.

LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: De los reconocimientos a la vigilancia de la salud.

En el Acuerdo de negociación colectiva ANC - 2003 ya se recogía que Los Reconocimientos médicos generales, no sustituyen, ni debe 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”.

EXAMENES DE SALUD: LOS PROTOCOLOS MÉDICOS / Reglamento De Los Servicios De Prevención - 39/1997

Son protocolos de salud específicos publicados por las autoridades sanitarias (Ministerio, CC.AA.) de acuerdo con la “participación agentes sociales”. Contienen una historia clínico-laboral (detección de factores riesgo), se aplican en casos de ausencias del trabajo por Enfermedades Relacionadas con el Trabajo (ERT).

Según el Grupo de Trabajo de la Mesa de Diálogo Social, *representan “guías de actuación dirigidas a los profesionales sanitarios en cargos de vigilancia de salud y son por fuerza generales”.*

Deberá planificarse el programa de Vigilancia de la salud, “*como parte del Plan de prevención de riesgos y en función de los resultados de las Evaluaciones de riesgos y de las características individuales de los trabajadores expuestos a ellos*”.

Identificación de colectivos en la Vigilancia de la Salud: En los protocolos ya vienen fijados algunos sectores y profesionales afec-

tados como es por ejemplo el de las neuropatías por presión al Sector de Limpieza; sin embargo se está produciendo una reducción metodológica 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 EPIDEMIÓLOGICOS: 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.

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 (EE.PP, enfermedad relacionada con el trabajo y accidentes laborales).

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 (EE.PP, enfermedad relacionada con el trabajo y accidentes laborales).

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 num. 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 I.T, 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 (I.T.) 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 se recogen las exigencias de indicadores estadísticos **por género**, que hasta ahora las Mutuas no venían recogiendo en las estadísticas de salud y bajas.

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:**

Las Enfermedades relacionadas con el Trabajo en la Negociación Colectiva : Visión Actual en los diferentes Sectores de la FeS-UGT.

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.

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

La distribución de los convenios que recogen cláusulas de reconocimientos médicos es la siguiente:

SECTOR	NUMERO DE TRABAJADORES AFECTADOS	SECTOR	CONVENIOS	CON CLAUSULA 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 INFORMATICA Y CONSUL 25.000 INGENIERIAS, 7.000 GESTORIAS	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 sectores de la FeS-UGT. Los convenios que las recogen son:

TIPO DE CLAUSULA	CONVENIO	COMENTARIO
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD DE TRABAJO	AYUDA A DOMICIO	(existe la intención de investigar las EE.PP.)
CONFIDENCIALIDAD DE DATOS MEDICOS	* 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:

ÁMBITO	TOTAL CONVENIOS	CONVENIOS CON 100% IT	%
ESTATAL	46	23	50,00%
COMUNIDAD AUTONOMA	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 Gestión económica de la Incapacidad Temporal por las MATEPSS.

LAS MUTUAS no son entidades gestoras de la Seguridad Social. Las Mutuas ,hay que recordar, son Entidades Colaboradoras creadas como asociaciones empresariales sin animo de lucro “ con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad 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 Incapacidad Temporal (IT).

Se puede inferir que en torno al 30% de las patologías de IT por contingencias comunes tienen un origen laboral.

Se considera, que 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 tiene un origen laboral.

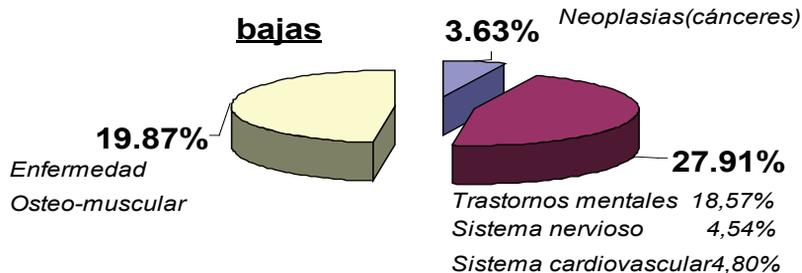
Por tanto, incrementan el gasto de la IT común, de tal modo que si las Mutuas hubieran realizado un adecuado servicio de prevención podrían haber paliado o prevenido la Incapacidad de los trabajadores afectados.

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
Número Procesos	14143	18870	19571	23679	27987	29.996	35680
Sin diagnóstico	0	0	50,59	64,23	68,50	56,22	61,09

DISTRIBUCIÓN DE BAJAS POR I.T.C.C. DE PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LOS SECTORES DE SERVICIOS

Patologías de ITCC. 2007 de la Mutua UMIVALE



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 aportada por 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.

La Sub-Declaración o Infra-Declaración de EE.PP.

Las causas de esta sub-declaración permanente en España se centra en:

- La Negación de la empresa por la exigencia legal de investigación por la Inspección de trabajo.
- Que el sistema de 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.

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VISIÓN ACTUAL EN EL SECTOR FINANCIERO.

D. Agustín Nieto.

Técnico del Gabinete de Salud Laboral de la Fes-UGT.

En primer lugar quiero resaltar que cuando nos referimos tanto al Accidente de Trabajo como a la Enfermedad Profesional, nos estamos situando en la etapa reparadora del proceso preventivo, es decir, que estamos asistiendo a un fracaso de todas las anteriores fases; que no se ha conseguido una protección eficaz de la seguridad y la salud del trabajador. Aunque se deben buscar las causas de estos fallos en el proceso preventivo, está claro que la prioridad es atender al accidentado o a la persona que ha enfermado a causa de su trabajo.

A lo largo de estas Jornadas se han repetido varias veces la definición legal de Enfermedad Profesional y accidente, pero creo que no debemos olvidar la perspectiva prevencionista enunciada en el Art. 4. 3 de la L.P.R.L.: “*Se considerarán como “daños derivados del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.*”; frente a las anteriores definiciones, claramente jurídicas, considero que nunca se debe olvidar este concepto preventivo.

Aunque está claro que las prestaciones derivadas de contingencias profesionales tienen una mayor protección y requieren de menos requisitos que las derivadas de contingencias comunes, en algunos Sectores como por ejemplo el de Banca, cuyo convenio colectivo mejora dichas prestaciones, los trabajadores no tienen una conciencia clara de las posibles ventajas, de que la enfermedad que sufre sea calificada como profesional o común. En esta falta de información debemos asumir nuestra parte de responsabilidad y tratar de ser lo más pedagógicos posibles para conseguir que los trabajadores conozcan ventajas como:

- 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.

- 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.



El nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales, en el que se incluyeron todas las patologías vigentes en el cuadro anterior de 1978 y se incorporaron las nuevas patologías recogidas en la Recomendación Europea de 2003, despertó desde un principio ciertos recelos, pues dejaba nuevamente fuera a todas las patologías derivadas de los riesgos de origen psicosocial.

Pero el cambio de sujeto notificador, pasaba la obligación de la notificación de los empresarios a las Mutuas. Esto parecía que era un cambio positivo para acabar con la infradeclaración de las enfermedades profesionales que, por fin, saldrían a la luz las miles de enfermedades profesionales desviadas al Sistema Público de Salud. Nada más lejos de la realidad. Algunos datos pueden ilustrar más claramente la nefasta gestión, hasta el momento, de las Mutuas como gestoras de las enfermedades profesionales:

- La población activa aumentó de 15 a 17 millones en los últimos seis años.
- Los casos graves de Enfermedad Profesional disminuyeron de 191 en el año 2000 a 120 en 2005.
- Desde que las Mutuas son las responsables de la comunicación de las enfermedades profesionales se ha seguido manteniendo el descenso de las mismas, en concreto de las EP con baja.
- Las denuncias sobre la infradeclaración de las EP es constante.
- En 2007 y tras reiteradas denuncias de UGT, la Seguridad Social dictó una resolución cambiando miles de partes considerados

como enfermedad común y que resultaron ser enfermedades profesionales no reconocidas.

- Expertos estiman que cerca del 64% de las enfermedades profesionales no se registran.

Si nos ceñimos a los datos estadísticos, las Enfermedades Profesionales del Sector Financiero son prácticamente inexistentes, como podemos comprobar en el siguiente cuadro:

CEPROSS-6 (1). NÚMERO DE PARTES COMUNICADOS CON BAJA DISTRIBUIDOS POR CÓDIGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y CNAE (nivel de agrupación letra).					
GRUPO E.P.		AGENTE	Intermed. Financiera 2007	Intermed. Financiera 2008	Act. financieras y de seguros Ene-Sep 2009
2.			J	J	K
D	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas	12	9	7	
F	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión	5	3	1	
L	Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales		1	1	
TOTAL GRUPO 2			17	13	9
TOTAL GRUPOS			17	13	10

Datos bastante sorprendentes, al menos para un colectivo, el de trabajadores del Sector Financiero, que no ha dejado de crecer desde el año 2001 y que ha pasado de los 360.700 trabajadores en dicho año a 451.200 en el año 2008, lo que nos deja un caso de Enfermedad Profesional por cada 35.000 trabajadores aproximadamente.

En los últimos años se está llevando a cabo un fuerte proceso de reconversión de todo el Sector Financiero; comenzaron los Bancos con sus procesos de fusión y concentración, y son en la actualidad las Cajas de Ahorro las que están sufriendo este mismo proceso.

Este proceso, que ha afectado a miles de trabajadores y centros de trabajo, también ha supuesto profundos cambios en los procesos productivos. Se ha pasado del predominio de los trabajos administrativos y contables a la supremacía del trabajo comercial; basado en la fuerte implantación de nuevas tecnologías, el ordenador y el teléfono son en la actualidad herramientas imprescindibles. Estos cambios productivos están acompañados de cambios organizativos en las propias empresas, el control de la productividad y de los objetivos son situaciones habituales.

Estos cambios han generado también la modificación de los riesgos más habituales en el sector. A los derivados del trabajo con pantallas de visualización, tenemos que añadir los más habituales como son los problemas ambientales de los centros de trabajo, falta de ventilación y renovación, temperatura etc.

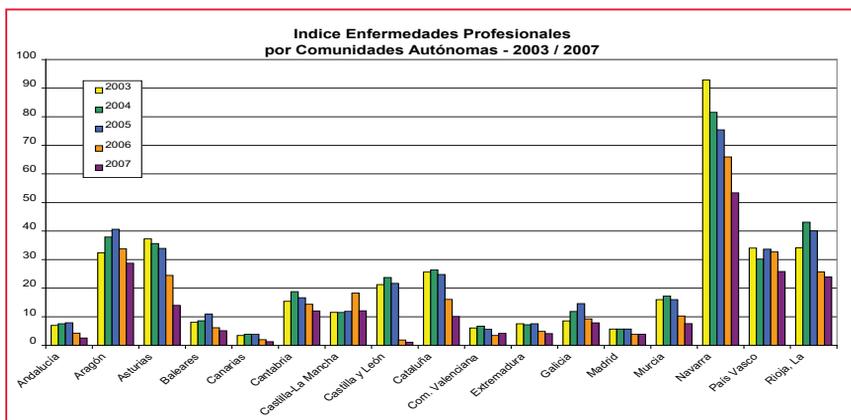
Pero los riesgos que más están afectando a los trabajadores de nuestro sector son los de origen psicosocial; el trabajo bajo presión, los ritmos elevados, las prolongaciones de jornada, son algo habitual en nuestro trabajo cotidiano y que las evaluaciones de riesgos no están recogiendo.

A este listado no exhaustivo hay que añadir el aumento de los casos de violencia, sobre todo externa, y un riesgo que por desgracia sigue todavía presente en nuestro sector, como es el atraco, riesgo que gracias a nuestra insistencia vamos a conseguir que por fin sea incluido en las evaluaciones de riesgos del sector.

Por último, quiero recordar uno de los temas más recurrentes a lo largo de estas jornadas, la infradeclaración de las enfermedades profesionales y el papel jugado por las Mutuas en este problema. Considero que este y otros problemas vienen dados por el escaso control que se está realizando sobre el funcionamiento de las Mutuas.

Tras la reforma del año 1995, donde la Administración y los Sindicatos perdemos la posibilidad de ejercer un control sobre su correcto funcionamiento, pues no olvidemos que teóricamente son entidades sin ánimo de lucro y que están administrando fondos que proceden directamente de nuestras cotizaciones. Si a todo esto, le sumamos la falta de control real de la Inspección Médica tras su transferencia a las CC. AA, el descontrol en la gestión se está instalando en la mayoría de las Mutuas, como así lo acreditan los últimos informes del Tribunal de Cuentas. Todo esto considero que bien merece un amplio debate para conseguir que las Mutuas desempeñen un trabajo que beneficie a la gran mayoría y no como hasta ahora.

Lo mismo sucede con la actuación de las diferentes Comunidades Autónomas. Si repasamos los datos de las Enfermedades Profesionales por CC. AA y calculamos los índices correspondientes, los datos son escandalosos, salvo honrosas excepciones como es el caso de la Comunidad Foral de Navarra, demostrando en este tema las grandes diferencias existentes en función del territorio.



ENFERMEDADES PROFESIONALES EN EL SECTOR DE ARTES GRÁFICAS.

D. Rafael Urrea.

Delegado de Prevención de la empresa de artes gráficas Dédalo-Heliocolor.

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 25883, 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% corresponden 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%).

Principales riesgos dentro de la industria de Artes Gráficas.

Riesgos Químicos

En el sector de las Artes Gráficas 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.



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)

Efectos a corto plazo:

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

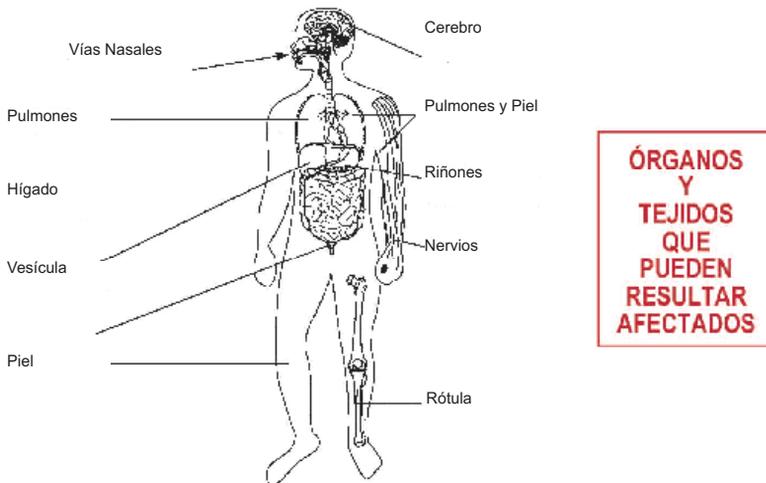
La dermatitis de la piel no tiene la consideración de enfermedad laboral, siendo fácilmente confundida con la alergia cutánea.

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.



Riesgos Físicos.

- **Radiaciones:**

En ciertas actividades del proceso productivo se utilizan radiaciones de diversa naturaleza y con diferentes finalidades, por ejemplo las **radiaciones Ultra Violeta** 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.

- 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.

- Ruido:

Es uno de los principales contaminante 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.

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.

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.

LAS EE.PP RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VISIÓN ACTUAL EN EL SECTOR DE LIMPIEZAS.

D. José Luis Segura.

Representante del Sector de Limpiezas y Servicios a la Sociedad de FeS.

La Enfermedad Profesional como indicador de las condiciones y organización del trabajo.

Dado el gran número de subsectores que tenemos y su gran diversidad, vamos a huir de dar datos concretos y buscaremos como muestra algo más homogéneo como es el Sector de Limpieza.

Sobre las enfermedades profesionales en este sector está claro que el listado no recoge nuestra principal dolencia que son los trastornos musculoesqueléticos. Solo se contemplan algunas enfermedades derivadas de riesgos ergonómicos, por tanto, nuestro principal objetivo es hacer aflorar las Enfermedades Profesionales ocultas evitando la infradeclaración.

La organización del trabajo en nuestro Sector se caracteriza por:

- Rapidez, precisión y movimientos repetitivos.
- Fuerte presión y la intensidad de esfuerzo en el trabajo.

Este tipo de organización del trabajo genera una serie de riesgos muy concretos como son:

La sobrecarga y los riesgos psicosociales. Cerca de un 75% de los trabajadores tienen síntomas de estrés, así como un índice muy elevado de lesiones musculoesqueléticas sin necesidad de accidente previo.

Otros de los riesgos generados por este modelo de organización son:

- Conflictos de ROL:
 - Sobrecualificación
 - Depresiones y síndromes de Burnout (ligados al puesto para poder conciliar la vida familiar con la laboral).
- Falta de realización (no tienen desarrollo profesional)
 - (Sin expectativas de promoción laboral).



- Trabajo a turnos (el turno nocturno tiene consecuencias más perjudiciales).
- Trabajo inflexible (ausencia o escasez de pausas y descansos, exceso de horas, trabajo a destajo).

En el caso concreto de nuestro Sector, el nuevo sistema de notificación de enfermedades profesionales se ha demostrado ineficiente. En la actualidad tenemos menos enfermedades reconocidas, tan solo algunas afecciones en la piel y sin embargo, estamos expuestos continuamente a un riesgo doble; por una parte, los riesgos propios del centro de trabajo y de la actividad o actividades que se lleven a cabo en dicho centro. Y por otra parte los riesgos derivados de nuestro propio trabajo.

Debemos considerar que las actividades de nuestros sectores están relacionadas con todos los grupos de enfermedades profesionales en menor o mayor medida; si hacemos un breve repaso a los diferentes Grupos de EE.PP que establece el RD 1299/2006 podemos comprobar a que subsectores afectan:

- **Grupo 1:** EE.PP causadas por agentes químicos. Jardinería, D.D.D, Peluquería, Limpieza.
- **Grupo 2:** EE.PP causadas por agentes físicos. Jardinería, D.D.D, Peluquería, Limpieza. Recuperación de Residuos.
- **Grupo 3:** EE.PP causadas por agentes biológicos. Peluquería, Limpieza, Recuperación de Residuos.
- **Grupo 4:** EE.PP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. Jardinería, D.D.D, Peluquería, Limpieza.

- **Grupo 5:** EE.PP de la piel causada por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados. Jardinería, D.D.D, Peluquería, Limpieza.
- **Grupo 6:** EE.PP causadas por agentes carcinogénicos. Limpieza, Peluquería.

Los trastornos musculoesqueléticos son las patologías que más afectan al conjunto de nuestros subsectores:

- Los trastornos musculoesqueléticos (78% de las enfermedades profesionales):
- Patologías que afectan a las articulaciones, músculos, tendones y nervios que permiten el movimiento de piezas óseas de miembros superiores e inferiores.
- En nuestros subsectores el síndrome de túnel carpiano está cada día más extendido: Inflamación del nervio carpiano que se encuentra en la muñeca. (Movimientos repetitivos).
- Dolencias que afectan a los hombros, codos y rodillas. (Mialgias, calambres, contracturas, tendinitis, sinovitis, tenosinovitis, roturas, esguinces. Artrosis, artritis, hernias discales y bursitis, etc...).

Identificación de (TMS)

- * El principal problema de nuestros subsectores es la dificultad de identificación de los TMS relacionándolos con factores laborales, y hace que no sea habitual su reconocimiento como EE.PP. y sea registrado como accidente de trabajo o enfermedad común.

Otro de los riesgos específicos detectados en nuestro Sector es el tipo de calzado. La mayoría de empresas reconocen en sus planes preventivos la necesidad de uso de calzado adecuado y/o calzado de seguridad, pero no se reconoce como uniforme de trabajo y ha de ser reclamado como EPI, (siempre mediante denuncias de la RLT para que el trabajador lo reciba) pues se pretende que el propio trabajador sea el que tenga que cuidar de su salud, corriendo con el coste de calzado adecuado a su actividad laboral.

- Manual de asistencia técnica a PRL de recuperación de residuos y materias primas secundaria.

La formación de los trabajadores es otro de los puntos básicos a reivindicar.

- Aspectos técnicos mínimos de una formación adecuada.
- Metodología de trabajo: equipos, el orden de desarrollo de las distintas tareas y el conocimiento de la maquinaria que se deba utilizar considerando las múltiples técnicas a aplicar.
- Conocimiento de los productos químicos (efectos ante una mala utilización).
- Formación en materia de ergonomía e higiene postural.
- Informar correctamente a los trabajadores con protocolos correctos de eliminación de residuos.

También queremos resaltar la importancia de los acuerdos a nivel internacional en los que hemos participado.

Acuerdo de Salud y Seguridad en el Sector de Peluquería.

- Acuerdo de Salud y Seguridad Europeo:
 - Negociación en UNI-Hair and Beauty por los interlocutores sociales Coiffure EU y Uni Europa “Hair and Beauty”, entre los que FeS-UGT se encuentra.
 - Incorporación del estudio cosmetológico dirigido a profesionales y no solo a usuarios como era el anterior. Basado en estudios sobre el índice de cánceres de mama en profesionales de peluquería.
 - El 24 de Marzo fue aprobada la nueva directiva europea de cosméticos, actualizando la que había de 2003.

Medidas preventivas que proponemos:

- Evaluación de riesgos específica al puesto de trabajo
 - Pruebas alérgicas a determinados productos químicos utilizados en nuestros sectores.
 - Específicos para mujeres embarazadas.
 - Actualización con los cambios que se produzcan en los puestos de trabajo

- Cambio de productos químicos: teniendo en cuenta las fichas técnicas de los mismos que han de ser recibidas por los Delegados de Prevención y evitar que los productos sean cambiados sin la supervisión de estos.

Coordinación de Actividades.

- No suele haber coordinación, (medidas de emergencia, incendio y evacuación)
 - Han de ser solicitadas por la RLT, para que los trabajadores dispongan de ella.
 - Inexistente para aquellos trabajadores que no disponen de RLT.
 - Adaptar dicha coordinación, según la Estrategia de Salud y Seguridad en el Trabajo (2007-2012).

Conclusiones.

- Cumplimiento de la Ley.
- Conseguir el reconocimiento de los TMS y Trastornos Psicosociales como enfermedades profesionales:
 - Movimientos.
 - Los esfuerzos.
 - Las posturas en el organismo humano.
- Coordinación de actividades empresariales
Servicios prestados en otros centros de trabajo ajenos a la empresa contratista de la que dependen mayoritariamente los trabajadores de nuestro sector.
- Agentes Sectoriales.

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LOS SECTORES DE FES-UGT: SECTOR SEGURIDAD PRIVADA.

D. Carlos Fernández-Cid.

Representante del Sector de Seguridad Privadas de la FeS-UGT.

El Sector de Seguridad está formado por el personal de Seguridad Privada que esta compuesto por los vigilantes de seguridad, escoltas, vigilantes de explosivos, operadores e instaladores de centrales de alarmas, guardias particulares del campo, guardas de caza y guardapescas marítimos.



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.



Desde nuestro punto de vista entendemos que deberían considerarse Enfermedades Profesionales las producidas no solo por las actividades que se especifiquen en el cuadro de EE.PP si no toda enfermedad contraída por exposición a agentes químicos, físicos, biológicos o por actividades que produzcan lesiones músculo-esqueléticas derivadas del trabajo.

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 conocer una estadística fiable de EE.PP declaradas en el sector, con el cambio de CNAES, en enero de 2009 a CNAE 80, podemos saber las EE.PP declaradas en el primer semestre que han sido un total de 14 EE.PP (9 hombres y 5 mujeres).

Cabe destacar en este Sector la alta incidencia de patologías producidas por posturas forzadas. El trabajo en postura estática sin movimiento que realizan los vigilantes durante toda la jornada laboral que puede ser de ocho horas o más, puede producir lesiones en los pies, varices y otras lesiones músculo-esqueléticas que al ser de origen laboral, es decir producidas por el trabajo deberían ser consideradas como EE.PP Estas, junto con las enfermedades de Origen Psicosocial, son las que más afectan al Personal de Seguridad Privada. No podemos olvidar los daños padecidos por los vigilantes por estrés postraumático después de haber sufrido un hecho violento, atraco, atentado con bomba etc., ni las alteraciones del sueño.



Las patologías originadas por riesgos psicosociales, no están contempladas en el cuadro de EE.PP como tales y queremos, desde estas páginas, reivindicar su inclusión en un futuro por el bien de los trabajadores de Seguridad Privada.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SINDICALES.

D^a María Luisa Torronteras.

Secretaria de Salud Laboral ,Formación Sindical y Protección Sindical de la FeS UGT.

Conclusiones

Estas jornadas han sido de gran interés. Hemos aprendido a diferenciar entre Enfermedad Profesional, Enfermedad Relacionada con el Trabajo y Enfermedad Común.

Además hemos revisado los métodos de actuación a seguir cuando un trabajador reclama nuestra ayuda ante la aparición de una enfermedad, aprendiendo a conseguir la mejor protección para él, tanto en el plano de la salud, como en el económico.

La exposición de los Ponentes en algunos casos nos ha sorprendido por que....

-¿Cómo se puede entender que las enfermedades psicológicas y numerosas enfermedades músculo-esqueléticas que como hemos visto provocan un alto porcentaje de incapacidad laboral no sean consideradas enfermedades profesionales?

-¿Como es posible que el esfuerzo realizado por los interlocutores sociales y plasmado en la entrada en vigor del tan anhelado Real Decreto del Nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales no haya conseguido la mejora en la protección de la salud de los trabajadores que pretendía?

La verdad es que no nos dejan de sorprender las estadísticas de enfermedades profesionales declaradas por las mutuas (MATEPSS) en disminución continua cada año. Produciéndose un proporcional aumento de las Enfermedades Comunes que originan una desprotección del trabajador con el consecuente aumento de costes para el Sistema Público de Salud.

También nos quedamos atónitos ante resoluciones judiciales en las que hay que probar que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del trabajo para que sea calificada como accidente de trabajo, ya que las enfermedades no contempla-

das en el cuadro del RD1299/06 no tiene consideración legal de enfermedad profesional.

Pero también hemos aprendido que el problema de indefensión que causa la infradeclaración de Enfermedades Profesionales ha sido detectado y que no estamos solos en el tratamiento de las mismas: El Instituto Nacional de Seguridad Social a través de su Sistemas de Vigilancia y Alerta, el Ministerio de Trabajo ,a través de la inspección, Comunidades Autónomas y alguna que otra resolución favorable de los tribunales de justicia están trabajando para corregir la situación actual.

Desde UGT somos optimistas y con la ayuda de todos vosotros estamos seguros de que vamos a solucionar los errores cometidos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las Enfermedades Profesionales.

Propuestas sindicales:

Desde la Secretaria de Salud laboral de la Fes-UGT os ofrecemos un firme compromiso de trabajo para conseguir:

La Inclusión en el Cuadro de Enfermedades Profesionales de las enfermedades músculo-esqueléticas y psicosociales no contempladas, ya que consideramos que son las más importantes en nuestros sectores.

Vamos a realizar un esfuerzo a todos los niveles de la Organización para conseguir un mayor control de la gestión de la actividad de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Vamos a potenciar la aplicación de una correcta política de prevención de riesgos laborales, controlando que se realice:

- Una adecuada Vigilancia de la Salud.
- Una correcta evaluación y tratamiento de los riesgos psicosociales.
- Una adecuada información al trabajador donde se incluyan no solo los riesgos a los que está expuesto en la realización

de su tarea, si no las consecuencias a largo plazo que para su salud va a tener una exposición reiterada a dichos riesgos, lo que va a originar la aparición de una enfermedad profesional en el futuro.

No nos engañemos: con cada aparición de una Enfermedad Profesional lo que se está evidenciando, es un fallo en el sistema preventivo de la empresa y todos, en eso, tenemos parte de responsabilidad.

Tenemos que utilizar mejor la herramienta que supone la negociación colectiva para mejorar las cláusulas en materia de salud laboral y no dejarlas en la simple y generalista frase de: “Las Empresas afectadas por este Convenio cumplirán las disposiciones contenidas en la vigente Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales en el trabajo”.

Vamos a impulsar la Formación de nuestros Delegados de Prevención, para que sean tratados en sus Comités de Seguridad y Salud como interlocutores válidos y se cuente con su opinión de expertos a priori, porque los conocimientos de los que carezcan serán subsanados por los medios en materia preventiva de los que dispone no sólo nuestra Federación si no toda la UGT.

Como veis los objetivos de esta Secretaría son ambiciosos y para lograrlos os voy a pedir el pequeño gran esfuerzo de realizar una cohesión entre todos los implicados en la Salud Laboral de esta Federación por que solo juntos lograremos concienciar al resto de la importancia que tiene la salud en una adecuada “Calidad de Vida Laboral”.

