

CIG-Saúde Laboral

Boletín Nº 70

Nº 70 OUTUBRO 2026

CIG - GABINETE TÉCNICO CONFEDERAL DE SAÚDE LABORAL

www.cigsaudelaboral.org

SUMARIO

A FONDO

SÍNTESE DO CONVENIO ENTRE O INSS, INGESA E AMAT E AS SÚAS POSIBLES DERIVADAS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

INFORMACIÓN

PREVENCIÓN DE RISCOS BIOLÓXICOS QUE AFECTAN AO PERSOAL DE PLANTAS DE RECICLAXE E TRIAXE DE RESIDUOS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

FINANCIADO POR:



Confederación Intersindical Galega

Síntese do convenio entre o INSS, INGESA e AMAT e as súas posibles derivadas

O 3 de xullo de 2025 publicouse no BOE a Resolución que incorpora o Convenio subscrito o 9 de xuño de 2025 entre o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), o Instituto Nacional de Xestión Sanitaria (INGESA), as Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social e a Asociación de Mutuas de Accidentes de Traballo e Enfermidades Profesionais (AMAT), co fin **“teórico”** de mellorar a xestión da incapacidade temporal e a asistencia sanitaria das persoas traballadoras afectados. O convenio establece un marco de colaboración para **“en principio”** axilizar e optimizar a prestación económica da incapacidade temporal por continxencias comúns, así como os procesos diagnósticos, terapéuticos e rehabilitadores que INGESA facilite ás mutuas, sempre co consentimento informado do paciente e dentro das funcións propias de cada parte asinante.

Esta última reforma do ano 2025 supón un cambio significativo no papel das mutuas colaboradoras coa Seguridade Social, especialmente no tratamento de problemas musculoesqueléticos derivados de continxencias comúns. A saber:

REFORMA 2025: MUTUAS E PATOLOXÍAS MUSCULOESQUELÉTICAS

Que permite agora a reforma?

As mutuas poden prestar asistencia sanitaria directa en patoloxías musculoesqueléticas de orixe común (non laboral), como:

Ámbito de aplicación

Aplicable a procesos de ITCC de orixe traumatolóxico. Céntrase en patoloxías recollidas nos capítulos 13 e 19 da CIE-10-E, como:

- Lesións de ombreiro (M75.0 a M75.92).
- Lesións de menisco e xeonllo (M23.00 a M25.56).
- Trastornos do disco intervertebral dorsal e lumbar (M51.0 a M51.9).

Esta asistencia inclúe:

- Diagnóstico clínico.

- Tratamento fisioterapéutico.
- Rehabilitación funcional.
- Seguimento médico especializado.
- Intervencións cirúrxicas, se procede.

Requisitos:

- Autorización médica do INGESA.
- Consentimento informado do paciente.
- Coordinación co médico de atención primaria.

Interoperabilidade e protección de datos

- Habilítase o acceso telemático á historia clínica dixital dos pacientes por parte das mutuas.



- Estabéllese un protocolo de seguridade e confidencialidade conforme ao RXPd e a Lei Orgánica 3/2018.

Comisión de seguimento

- Composta por representantes do INSS, INGESA, Mutuas e axentes sociais que teñan representación nas comisións executivas do INSS no territorio de referencia.
- Avalía o cumprimento, impacto na saúde laboral e propón melloras.

Vixencia e financiamento

- Duración inicial: 4 anos, prorrogables ata 8.
- Sen compromiso financeiro entre as partes.
- As actuacións sanitarias serán asumidas pola mutua correspondente.

Base legal

A reforma formalizouse mediante o Convenio publicado no [BOE-A-2025-14271](#), asinado entre o Instituto Nacional da Seguridade Social, o Instituto Nacional de Xestión Sanitaria e as principais mutuas colaboradoras.

Obxectivo (teórico) Principal

Reducir os tempos de baixa por enfermidade común, mellorar a recuperación funcional e aliviar a carga asistencial do sistema público.

Condicións e garantías

- A persoa traballadora debe aceptar voluntariamente ser tratada pola mutua.
- Se non está conforme co tratamento ou o alta médica proposta, pode recorrer á inspección médica do sistema público.

- As mutuas non poden emitir altas médicas por continxencias comúns, pero si propoñelas ao INSS incluso se a baixa supera os 365 días.

ESQUEMA DO CONVENIO

1.- Partes asinantes

- Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)
- Instituto Nacional de Xestión Sanitaria (INGESA)
- Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social (todas as integradas en AMAT)
- Asociación de Mutuas de Accidentes de Traballo e Enfermidades Profesionais (AMAT)



2.- Obxecto (teórico)

- Mellorar a xestión da prestación de incapacidade temporal por continxencias comúns no ámbito de INGESA.
- Utilizar recursos humanos e materiais compartidos, no ámbito da colaboración mutua, para optimizar tempos e resultados.
- Evitar a prolongación innecesaria dos procesos de incapacidade como medida de saúde pública e eficiencia administrativa.

3.- Ámbito de aplicación

- Procesos de incapacidade temporal por continxencias comúns de orixe traumatolóxico.

- Persoas traballadoras cuxa prestación económica xestione unha mutua colaboradora e cuxos controis sanitarios se realicen en INGESA.
- Casos codificados segundo a listaxe de diagnósticos recollidos no convenio.

4.- Actuacións sanitarias e coordinacións

- INGESA poñerá ao dispor da mutua, previa autorización do paciente, probas diagnósticas, tratamentos terapéuticos, rehabilitadores e intervencións cirúrxicas.
- Acceso á información clínica a través dos sistemas informáticos do INSS para seguimento e control conxunto.
- Estabelecemento de canles de comunicación continuos para seguimento do paciente.

5.- Vixencia e prórroga

- Duración inicial de catro anos dende a sinatura.
- Renovación automática por acordo unánime ata un máximo de catro anos adicionais.
- Posibilidade de denuncia por calquera das partes cun aviso previo mínimo de tres meses antes da conclusión de cada período prorrogado.

6.- Aprobación e tutela

- Require a aprobación previa do *Ministerio de Inclusión, Seguridade Social e Migracións*, a través da *Dirección Xeral de Ordenación da Seguridade Social*.
- Se inscribe no marco xurídico da *Lei 40/2015, do 1 de outubro*, de Réxime Xurídico do Sector Público, artigo 48.8, e artigo 49 (h) para a denuncia do convenio.

FUNCIÓNS E COMPETENCIAS DO INSTITUTO NACIONAL DE XESTIÓN SANITARIA (INGESA), SEGUNDO O SEU MARCO LEGAL VIXENTE E O SEU PAPEL DENTRO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

NATUREZA E ÁMBITO

- Entidade xestora da Seguridade Social, adscrita ao Ministerio de Sanidade a través da Secretaría de Estado de Sanidade.
- Ámbito territorial: cidades autónomas de Ceuta e Melilla.
- Personalidade xurídica e capacidade de obrar para cumprir os seus fins, con patrimonio e orzamento propios.

FUNCIÓNS E COMPETENCIAS PRINCIPAIS

1.- Xestión sanitaria en Ceuta e Melilla

- Prestación da asistencia sanitaria pública en atención primaria, especializada e hospitalaria.
- Administración de centros de saúde, hospitais e servizos sanitarios en ambas as cidades.

2.- Administración de recursos

- Xestión ordinaria de recursos humanos, medios materiais e financeiros propios.
- Planificación e organización da actividade asistencial.

3.- Centro Nacional de Dosimetría

- Control dosimétrico de profesionais e usuarios do Sistema Nacional de Saúde expostos a radiacións ionizantes.

4.- Compras centralizadas

- Execución de procedementos de adquisición centralizada de medicamentos, produtos e servizos sanitarios que lle encomende a Secretaría de Estado de Sanidade.
- Inclúe adquisicións para situacións especiais de saúde pública (Lei Orgánica 3/1986).

5.- Colaboración e coordinación

- Participación en programas e estratexias do Sistema Nacional de Saúde.
- Coordinación con outras administracións e entidades para garantir a continuidade asistencial.

6.- Actividades complementarias

- Calquera outra actuación necesaria para o funcionamento normal dos seus servizos.
- Participación en plans de saúde, formación de persoal e proxectos de investigación.

ÓRGANOS E ESTRUCTURA BÁSICA

- Servizos centrais en Madrid.
- Direccións Territoriais en Ceuta e Melilla.
- Xerencias de Atención Sanitaria en cada cidade.
- Órganos de participación e control: Consello de Participación e Comisións Executivas Territoriais.

CADRO COMPARATIVO QUE RESUME AS SIMILITUDES E DIFERENZAS ENTRE AS FUNCIÓNS DO INSTITUTO NACIONAL DE XESTIÓN SANITARIA (INGESA) E AS DUN SERVIZO AUTONÓMICO DE SAÚDE (SAS), COMO OS QUE XESTIONAN A SANIDADE EN CADA COMUNIDADE AUTÓNOMA

ASPECTO	INGESA	SERVIZO AUTONÓMICO DE SAÚDE
ÁMBITO TERRITORIAL	Ceuta e Melilla (único xestor público estatal de asistencia sanitaria directa).	Comunidade autónoma correspondente (ex. Servizo Andalus de Saúde, Osakidetza, SERMAS, SERGAS ...).
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	Ministerio de Sanidade (Secretaría de Estado de Sanidade).	Goberno autonómico (Consellería de Sanidade ou equivalente).
FUNCIÓNS ASISTENCIAIS	Prestación de atención primaria, especializada e hospitalaria no seu territorio; xestión directa de centros e servizos.	Prestación de atención primaria, especializada e hospitalaria en toda a comunidade autónoma; xestión directa de centros e servizos.
XESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Contratación, xestión e formación do persoal sanitario e non sanitario de Ceuta e Melilla.	Contratación, xestión e formación do persoal sanitario e non sanitario da comunidade autónoma.
XESTIÓN ECONÓMICA E DE MEDIOS	Orzamento propio asignado polo Estado; mercas centralizadas de medicamentos e produtos sanitarios para INGESA e, por encomenda, para o SNS.	Orzamento asignado pola comunidade autónoma; mercas e contratacións para a súa rede asistencial.
FUNCIÓNS ESPECIAIS	Centro Nacional de Dosimetría; adquisicións centralizadas para todo o SNS en casos especiais; coordinación con mutuas en IT segundo convenios .	Desenvolvemento de plans e programas de saúde autonómicos; adaptación da carteira de servizos ás necesidades rexionais; coordinación con servizos sociais autonómicos.
PLANIFICACIÓN SANITARIA	Planificación estratéxica para Ceuta e Melilla, seguindo directrices estatais e do Consello Interterritorial do SNS.	Planificación estratéxica para a comunidade autónoma, en coordinación co Consello Interterritorial do SNS.
NORMATIVA APLICABLE	Lei Xeneral de Sanidade, Lei de Cohesión e Calidade do SNS, RD 1746/2003 (estrutura e funcións do INGESA).	Lei Xeral de Sanidade, Lei de Cohesión e Calidade do SNS, e normativa autonómica específica.
ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN	Consello de Participación e Comisións Executivas Territoriais en Ceuta e Melilla.	Consellos de Saúde autonómicos e de área, comisións sectoriais e órganos de participación cidadá autonómicos.

EN SÍNTESE:

O INGESA é o “servizo de saúde” estatal para Ceuta e Melilla, con funcións equivalentes ás dun servizo autonómico, pero ademais con competencias singulares como as compras centralizadas, coordinación coas mutuas en procesos de IT segundo convenios e o Centro Nacional de Dosimetría.

Os Servizos Autonómicos de Saúde teñen un alcance territorial máis amplo dentro da súa comunidade e

desenvolven políticas sanitarias adaptadas á súa po-
boación, baixo o marco común do Sistema Nacional de Saúde.



Máis aló dos puntos explicitados na síntese anterior (Esquema do Convenio), este convenio marca un avance cara á **dixitalización da xestión da incapacidade temporal**, fomentando a interoperabilidade de sistemas sanitarios e de seguridade social, e sentando as bases para futuros acordos con comunidades autónomas e outros provedores sanitarios, nun **proceso continuado de futuros incrementos da privatización sanitaria**.

Ademais disto, o aprofundamento deste modelo abre a porta a indicadores de rendemento que permitan avaliar a redución de prazos na emisión de partes de baixa e alta, así como a acelerar a **reincorporación temperá de persoas traballadoras, máis aló das consecuencias negativas que esta aceleración pode rematar tendo** sobre a saúde e a seguridade sanitaria das persoas convalecentes.



Por outra parte, máis aló da xestión de casos traumatolóxicos, as mutuas poden aproveitar (e seguramente o farán) este marco para desenvolver proxectos de telemedicina en relación á incapacidade temporal (IT), crear comités multidisciplinares que aceleren a validación de rehabilitacións complexas e mesmo pilotar modelos de “xestión predictiva” orientados a anticipar as necesidades de alta médica segundo perfil tipo de cada paciente.

Na teoría a sinatura deste convenio debería impulsar ás mutuas colaboradoras da Seguridade Social cara a unha xestión da incapacidade temporal máis áxil, coordinada e baseada en datos, con beneficios directos en eficiencia, calidade asistencial e control de custos.

ASÍ AS COUSAS, AS SUPOSTAS BONDADES QUE EN PRINCIPIO SE ESGRIMEN EN RELACIÓN A IMPLEMENTACIÓN DESTE SISTEMA SON AS SEGUINTE:

1.- Optimización de prazos e trámites

- Acceso inmediato, vía sistemas informáticos do INSS, ás probas diagnósticas, terapias e rehabilitacións que INGESA forneza, o que reduce tempos de espera e evita duplicidades de solicitude.
- Emisión máis rápida de partes de baixa e alta médica grazas ao fluxo compartido de información entre mutua, INSS e INGESA.

2.- Mellora da calidade asistencial

- Coordinación clínica estreita: a mutua pode propoñer pautas de seguimento e recibir reportes semanais dende os centros INGESA, garantindo intervencións máis certas.
- Integración de indicadores de resultado (tempo medio de curación, cociente de reincorporación temperá) que permitirán medir o impacto de cada actuación.

3.- Redución de custos e maior predictibilidade

- Evitación de prolongacións innecesarias da incapacidade, co consecuente aforro en prestación económica.
- Planificación máis axustada de recursos sanitarios e asistenciais, ao dispoñer de datos en tempo real sobre a evolución dos procesos.

4.- Dixitalización e interoperabilidade

- Despregamento de plataformas compartidas que deberían facilitar a tramitación electrónica e minimizar erros de transcripción.
- Preparación para futuros desenvolvementos: este convenio configúrase como a base para incorporar outras patoloxías e estender a colaboración a comunidades autónomas.

5.- Retos e consideracións

- Necesario investimento inicial en integración de sistemas e formación do persoal para manexar as novas ferramentas.
- Imprescindible reforzo dos protocolos de protección de datos, autorizacións e consentimento informado.
- Adaptación de fluxos de traballo internos para responder con axilidade ás solicitudes do INGESA.

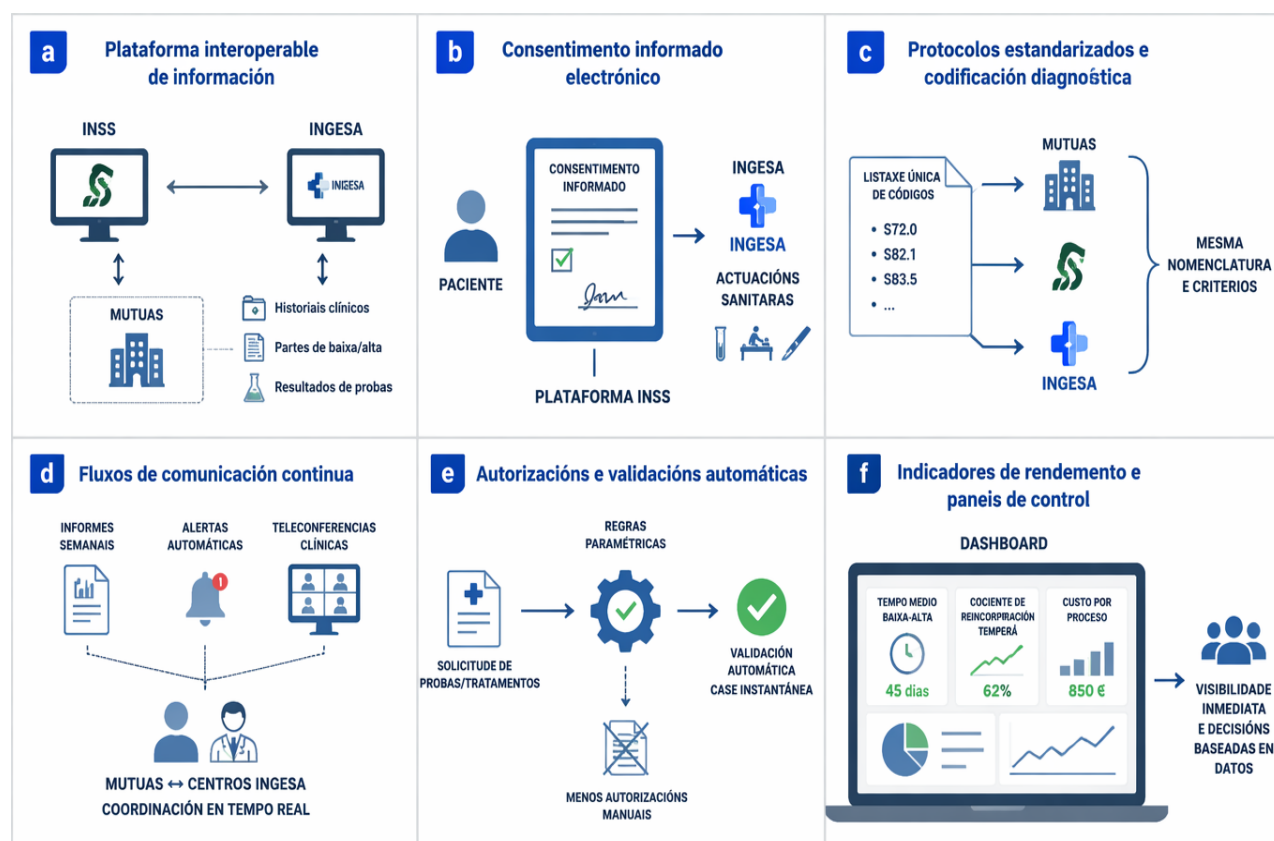
A APLICACIÓN PRÁCTICA DESTE CONVENIO IMPLICARÁ CAMBIOS ESPECÍFICOS NA XESTIÓN QUE DE SEGUIDO RELACIONAMOS:

a) Plataforma interoperable de información

Habilitarase un acceso bidireccional entre os sistemas informáticos do INSS e de INGESA, de modo que as mutuas poidan consultar en tempo real os historiais clínicos, partes de baixa e alta, e resultados de probas diagnósticas sen duplicar trámites nin peticións.

b) Consentimento informado electrónico

O paciente asinará o consentimento para que INGESA facilite á mutua as actuacións sanitarias necesarias (probas, tratamentos, rehabilitación e intervencións) mediante un módulo dixital integrado na mesma plataforma do INSS, axilizando prazos e garantindo a rastrexabilidade do permiso.



c) Protocolos estandarizados e codificación diagnóstica

Adoptarase unha listaxe única de códigos diagnósticos para os procesos de incapacidade temporal de orixe traumatolóxico, de forma que todas as partes (mutuas, INSS e INGESA) traballen coa mesma nomenclatura e criterios de derivación e seguimento.

d) Fluxos de comunicación continua

Estabeleceranse canles periódicas (informes semanais, alertas automáticas e teleconferencias clínicas) que permitan ás mutuas e aos centros INGESA coordinar a evolución do paciente e axustar pautas de rehabilitación en tempo real.

e) Autorizacións e validacións automáticas

Os sistemas incorporarán regras paramétricas que permitan validar de forma automática e case instantánea as solicitudes de probas e tratamentos dentro do ámbito de colaboración, reducindo a necesidade de autorizacións manuais e acurtando os tempos de resposta.

f) Indicadores de rendemento e paneis de control

Implementaranse *dashboards* (taboleiros de información) con métricas clave (tempo medio de baixa-alta, cociente de reincorporación temperá, custos por proceso) que proporcionarán visibilidade inmediata do cumprimento de obxectivos e facilitarán a toma de decisións baseadas en datos.

POTENCIAIS BENEFICIOS PARA O/A PACIENTE

Rapidez no diagnóstico e tratamento

O acceso directo das mutuas a probas diagnósticas e protocolos terapéuticos en INGESA reducirá os tempos de espera e evitará duplicidades nas solicitudes, axilizando a atención dende o primeiro día.

Continuidade e coordinación asistencial

O/a paciente beneficiarase dun seguimento integrado: informes periódicos, alertas sobre cambios no tratamento e teleconferencias entre médicos de INGESA e as mutuas garanten unha visión única do seu proceso de recuperación.

Maior transparencia e control

Co consentimento informado electrónico, o/a paciente poderá consultar en tempo real que probas e tratamentos van realizar, quen os solicita e como encaixan no seu plan de rehabilitación, reforzando a súa implicación na toma de decisións.

Redución da duración das baixas

Protocolos estandarizados e seguimento continuo facilitan a identificación temperá de avances na recuperación, o que contribúe a unha reincorporación máis rápida e “segura” ao posto de traballo.

Experiencia dixital e accesibilidade

A firma electrónica e o uso de plataformas interoperables simplifican a xestión de autorizacións e comunicacións, evitando desprazamentos innecesarios e facilitando o acceso á información dende calquera dispositivo.

Garantías de privacidade e seguridade

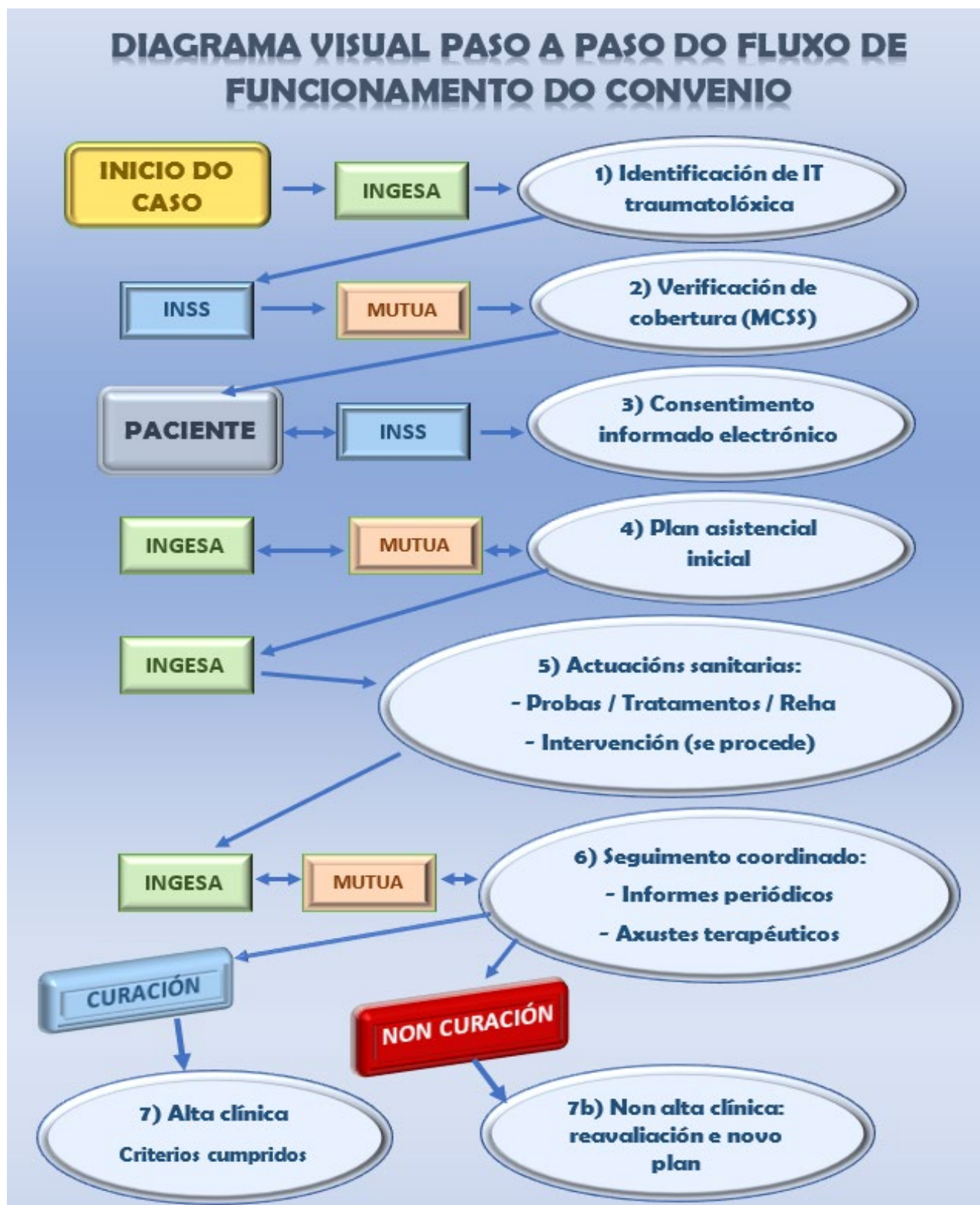
O convenio incorpora protocolos reforzados de protección de datos e rastrexabilidade no uso do historial clínico, asegurando que só o persoal autorizado acceda á información sanitaria do paciente.



Como xa comentabamos anteriormente, máis aló destas potenciais implicacións inmediatas, o marco aberto polo convenio achanda o camiño para o desenvolvemento de servizos complementarios como a telemedicina en incapacidade temporal, o segui-

mento remoto de rehabilitacións mediante sensores e modelos predictivos que, no futuro, permitirán personalizar e acelerar aínda máis os plans de alta dos/das pacientes.

Ligazón ao [diagrama en formato imprimible](#)



PROCEDIMIENTO PASO A PASO

1. Identificación do caso

Responsable: INGESA

- Detéctase un proceso de incapacidade temporal (IT) por continxencia común de orixe traumato-lóxico.
- Compróbase que a persoa traballadora está adscrito a INGESA para a asistencia sanitaria e que a prestación económica a xestión a unha mutua co-laboradora.

2. Verificación de cobertura

Responsable: INSS / Mutua

- Confirmar que a persoa traballadora está cuberta pola mutua para a prestación económica.
- Validar que o diagnóstico está incluído na listaxe codificada do convenio.

3. Consentimento informado

Responsable: Paciente / INSS

- A persoa traballadora outorga consentimento informado electrónico para que INGESA comparta a súa información clínica coa mutua.

- O consentimento queda rexistrado no sistema do INSS con rastrexabilidade.

4. Apertura do expediente compartido

Responsable: INGESA / Mutua

- Créase un expediente dixital único na plataforma interoperable do INSS.
- Cárganse datos iniciais: diagnóstico, data de baixa, probas solicitadas.

5. Plan asistencial inicial

Responsable: INGESA

- Elaboración do plan de probas diagnósticas, tratamentos, rehabilitación ou intervencións cirúrxicas.
- Aplicación de protocolos estandarizados e codificación diagnóstica común.

6. Execución de actuacións sanitarias

Responsable: INGESA

- Realización de probas, terapias e rehabilitación segundo o plan.
- Rexistro inmediato de resultados no sistema para acceso da mutua.



7. Seguimento coordinado

Responsable: INGESA ⇄ Mutua

- Intercambio de informes periódicos e reunións clínicas (presenciais ou telemáticas).
- Axuste do plan terapéutico en función da evolución do paciente.
- Notificación de calquera cambio de diagnóstico.

8. Avaliación de criterios de alta

Responsable: INGESA

- Cando o paciente cumpre criterios médicos de recuperación, propónse o alta.
- Se non se cumpren, mantense o seguimento e se reavalía periodicamente.

9. Emisión e comunicación da alta médica

Responsable: INGESA / INSS

- Emisión do parte de alta médica.
- Comunicación automática á mutua e ao INSS a través do sistema compartido.

10. Peche da prestación económica

Responsable: INSS / Mutua

- Finalización do pago da prestación por IT.
- Arquivo do expediente con todos os rexistros clínicos e administrativos.

11. Avaliación e control do convenio

Responsable: Comisión Mixta INSS-INGESA-MCSS.

- ✓ Revisión de indicadores: Duración media das baixas, taxa de reincorporación temperá, custos e calidade asistencial.
- ✓ Proposta de melloras e axustes de protocolos.

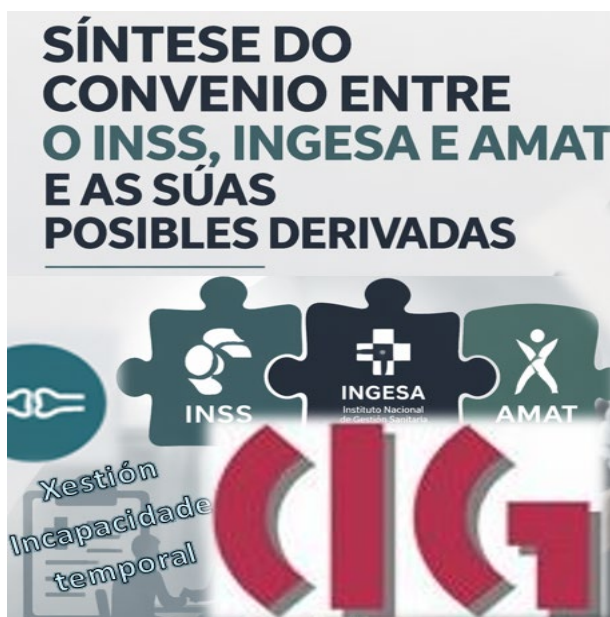
CADRO-RESUMO VISUAL DO PROCEDEMENTO DO CONVENIO INSS – INGESA – MCSS, COAS FASES, RESPONSABLES E FERRAMENTAS CRAVE EN CADA PASO

FASE DO PROCESO	RESPONSABLE PRINCIPAL	FERRAMENTAS / RECURSOS UTILIZADOS
1. IDENTIFICACIÓN DO CASO	INGESA	Historia clínica, listado codificado de diagnósticos, sistema de xestión sanitaria
2. VERIFICACIÓN DE COBERTURA	INSS / Mutua	Base de datos de afiliación e cobertura, rexistro de continxencias comúns
3. CONSENTIMENTO INFORMADO	Paciente / INSS	Módulo de consentimento electrónico, sinatura dixital, rexistro en plataforma INSS
4. APERTURA DE EXPEDIENTE COMPARTIDO	INGESA / Mutua	Plataforma interoperable INSS, expediente dixital único
5. PLAN ASISTENCIAL INICIAL	INGESA	Protocolos clínicos estandarizados, codificación diagnóstica común
6. ACTUACIÓNS SANITARIAS	INGESA	Equipos médicos, probas diagnósticas, tratamentos, rehabilitación, quirófano
7. SEGUIMENTO COORDINADO	INGESA ⇄ Mutua	Informes periódicos, reunións clínicas, visor de historia clínica compartida
8. AVALIACIÓN DE CRITERIOS DE ALTA	INGESA	Guías clínicas, criterios médicos de recuperación, sistema de rexistro
9. EMISIÓN E COMUNICACIÓN DE ALTA	INGESA / INSS	Parte de alta médica, comunicación automática vía plataforma INSS
10. PECHER DE PRESTACIÓN ECONÓMICA	INSS / Mutua	Sistema de xestión de prestacións, arquivo dixital do expediente
11. AVALIACIÓN E CONTROL DO CONVENIO	Comisión Mixta INSS-INGESA-MCSS	Indicadores de rendemento, paneis de control, actas de seguimento

ANÁLISE CRÍTICA E SISTEMATIZADA DENDE A PERSPECTIVA SINDICAL DA CIG

Dende a experiencia e a perspectiva da CIG en relación á historicamente deleznable e nefasta actuación das mutuas en relación á protección da saúde laboral das persoas traballadoras, cumpre realizar unha **análise crítica e sistematizada dende unha perspectiva sindical**, centrada nos riscos e elementos negativos -técnicos, preventivos e sanitarios- que poden derivar das insuficiencias e inconcrecións do Convenio, así como das **previsibles malas prácticas que a bo seguro realizarán as mutuas**, como consecuencia de primar os resultados económicos sobre a recuperación da saúde das persoas traballadoras. Comecemos.

Dende unha perspectiva estrutural é evidente que o Convenio abre a porta a que recursos públicos (historia clínica, centros e profesionais do INGESA) sexan utilizados por mutuas privadas para actuacións sanitarias en procesos de IT, sen definir con precisión salvagardas operativas, criterios clínicos vinculantes nin mecanismos independentes de control.



Dende unha perspectiva sindical resulta incontestable que o presente Convenio vai a provocar a perda de control público sobre criterios clínicos, presión para reducir duración de baixas e risco de priorización de obxectivos económicos sobre a saúde laboral.

Analizamos agora polo miúdo os riscos asociados á posta en marcha deste Convenio dende unha perspectiva técnica e sindical, indicando para cada un deles a descrición do problema, o impacto sanitario/preventivo e o argumento sindical.

RISCOS ASOCIADOS A IMPLEMENTACIÓN DO CONVENIO

1. Ambigüidade nos criterios clínicos para derivacións

- **Problema:** o convenio remite a «patoloxías» e a «duracións óptimas» do Manual do INSS sen definir protocolos clínicos vinculantes, criterios de priorización nin límites claros para intervencións (p. ex. cando procede cirurxía).
- **Impacto sanitario:** risco de variabilidade clínica, sobretratamento ou subtratamento; decisións non baseadas en evidencia local.
- **Argumento sindical:** sen protocolos clínicos públicos e consensuados, as mutuas poden promover actuacións que prioricen reinserción laboral rápida en detrimento da recuperación segura.

2. Consentimento informado formal mais con riscos reais de coacción

- **Problema:** o documento exige consentimento previo, pero non detalla como garantir que sexa **libre, informado e non influenciado** por presións administrativas ou de aseguradoras.

- **Impacto sanitario:** os/as pacientes poden aceptar intervencións por presión (temor a perder prestacións, prazos, ou por falta de información comprensible).
- **Argumento sindical:** *hai que protexer que o consentimento non se converta en trámite administrativo; debe ser auditábel e con opción real de rexeitamento sen represalias.*

3. Risco de perda de autonomía clínica do servizo público

- **Problema:** as mutuas poderán realizar probas e tratamentos “previa autorización do médico do servizo público”, pero non se clarifica o alcance da autoridade nin mecanismos para resolver discrepancias clínicas.
- **Impacto sanitario:** conflitos entre criterios clínicos do servizo público e protocolos das mutuas; fragmentación da atención.
- **Argumento sindical:** *hai que garantir que o médico público manteña a última palabra clínica e que as decisións non se subordinen a criterios económicos.*

4. Acceso telemático e protección de datos insuficientemente garantidos

- **Problema:** habílitase un visor único e acceso telemático das inspeccións médicas do INGESA ás historias das mutuas; AMAT como encargado; pero quedan inconcretos aspectos operativos (control de accesos, retención de logs, responsabilidades en brechas).
- **Impacto sanitario e preventivo:** exposición de datos sensibles; risco de accesos indebidos que poden afectar á confidencialidade e confianza



da persoa traballadora; posible uso indebido de información para xestión de prestacións.

- **Argumento sindical:** *esiximos auditorías independentes, rexistros de acceso públicos para inspección e garantías de que os datos non se usarán con fins distintos (p. ex. selección de risco, discriminación).*

5. Auditorías e control dependentes das mesmas partes

- **Problema:** as auditorías de accesos e informes mensuais son elaborados por AMAT e remitidos ao INGESA; non se prevén mecanismos independentes de verificación externa.
- **Impacto sanitario:** falta de transparencia real; dificultade para detectar usos indebidos ou **desviacións clínicas**.
- **Argumento sindical:** *as auditorías deben ser independentes, con participación sindical e acceso a resultados agregados.*

6. Prazo e coordinación temporal pouco garantidos

- **Problema:** prazos (p. ex. Mutua notifica en 5 días; INGESA atende en 7 días) sen sancións claras nin recursos se non se cumpren; non se define capacidade asistencial adicional.

- **Impacto sanitario:** os incumprimentos poden prolongar procesos, aumentar sufrimento e empeorar pronóstico.
- **Argumento sindical:** *esixir mecanismos sancionadores e indicadores públicos de cumprimento (tempo medio, % incumprido).*

7. Risco de sobrecarga asistencial e desviación de recursos

- **Problema:** uso de recursos públicos para actuacións por mutuas pode competir con pacientes do sistema público (listas de espera, quirófanos, rehabilitación).
- **Impacto sanitario:** aumento de listas de espera para cidadáns non cubertos pola mutua; desigualdade no acceso.
- **Argumento sindical:** *garantir que a colaboración non detraia capacidade asistencial do SNS; control de cupos e priorización clínica.*

8. Conflictos de interese e falta de separación financeira

- **Problema:** as mutuas asumen custos, pero non hai transparencia sobre incentivos, métricas de eficiencia nin límites a prácticas que poidan reducir duración de baixas por criterios económicos.
- **Impacto sanitario:** presión para acurtar baixas sen garantías de recuperación; risco de reincorporación prematura e recaídas.
- **Argumento sindical:** *esixir indicadores de calidade clínica (recaídas, reingresos, complicacións) vinculados a calquera avaliación de eficiencia.*

9. Formación e información insuficiente para profesionais e persoas traballadoras

- **Problema:** o convenio fala de formación, pero non obriga a plans mínimos, nin garante participación sindical nin transparencia nos contidos.





- **Impacto sanitario:** os/as profesionais poden quedar desinformados sobre protocolos; as persoas traballadoras non recibirán información clara sobre dereitos e riscos.
- **Argumento sindical:** formación con estándares, participación sindical e materiais accesibles para traballadores e traballadoras.

10. Mecanismos de resolución de conflitos pouco accesibles

- **Problema:** Comisión de Seguimento con representación, pero non se garante acceso directo das persoas traballadoras ou sindicatos a mecanismos de reclamación áxiles.
- **Impacto sanitario:** demora na resolución de problemas individuais; sensación de indefensión.
- **Argumento sindical:** crear vías de reclamación rápidas, con protección fronte a represalias.

11. Vixilancia e indicadores de saúde laboral ausentes

- **Problema:** non se definen indicadores de resultado en saúde (calidade de recuperación, funcionalidade, reincorporación segura).

- **Impacto sanitario:** imposibilidade de avaliar se as actuacións melloran realmente a saúde das persoas traballadoras.
- **Argumento sindical:** esixir indicadores públicos, desagregados por territorio e mutua.

12. Risco de normalización de prácticas privatizadoras

- **Problema:** o convenio pode servir de precedente para estender colaboracións semellantes noutras áreas sen avaliación independente.
- **Impacto sanitario e sindical:** erosión progresiva do control público e da universalidade asistencial.
- **Argumento sindical:** esixir avaliacións de impacto antes de extensión e participación sindical no deseño.

PROPOSTA DE MEDIDAS TÉCNICAS CONCRETAS PARA MITIGAR RISCOS ASOCIADOS Á XESTIÓN DO CONVENIO

Ordenadas por orde de prioridade:

1. **Esixir protocolos clínicos públicos e vinculantes** para cada patoloxía do anexo I (criterios de derivación, indicacións cirúrxicas, límites temporais), con participación de sociedades científicas e representación sindical.

2. Garantías reforzadas de consentimento informado: formato estandarizado, información escrita e verbal, prazo de reflexión, rexistro auditábel e cláusula que impida repercusións na prestación por rexeitamento.

3. Auditorías independentes e periódicas (externas, con acceso sindical) sobre accesos ao visor, uso de datos e cumprimento de prazos; publicación de resultados agregados.

4. Mecanismo de resolución rápida de conflitos para persoas traballadoras (canle independente, protección anti-represalias, prazos máximos).

5. Indicadores de calidade e seguridade (recaídas, complicacións, tempo ata recuperación funcional) que condicionen a continuidade do convenio e non só indicadores de tempo/aforro.

6. Transparencia financeira e de incentivos: publicar custos, criterios de asignación de recursos e calquera incentivo económico ligado a redución de baixas.

7. Formación obrigatoria e con participación sindical para profesionais implicados e campañas informativas para persoas traballadoras sobre dereitos e procedementos.

8. Controis técnicos de seguridade e protección de datos: auditorías técnicas do visor, rexistros de acceso accesibles, procedemento de notificación de brechas con participación da Axencia de Protección de Datos (AEPD) e do comité de seguimento.

9. Limitacións de uso de recursos públicos: establecer cupos, ventás horarias e garantías de que non se reduza capacidade para pacientes non mutuais.

10. Cláusula de suspensión inmediata do convenio en caso de incumprimento grave ou risco para a saúde das persoas traballadoras, con revisión independente.



Dende a perspectiva sindical da CIG é necesario priorizar a saúde e a autonomía clínica, de xeito que calquera acordo que implique recursos públicos debe protexer a integridade clínica e os dereitos laborais.

Así mesmo débese esixir unha participación efectiva das organizacións sindicais máis representativas a nivel autonómico. Non basta con representación simbólica na Comisión; os sindicatos representativos deben ter acceso a datos agregados, poder solicitar auditorías e propoñer medidas correctoras.

Tamén sería convinte establecer nesta materia unha axeitada comunicación coas persoas traballadoras, preparando folletos e sesións informativas sobre que supón o Convenio, como exercer o dereito a rexeitar determinadas actuacións das mutuas e como presentar reclamacións.

Así as cousas e con carácter inmediato e prioritario, dende a CIG solicitamos ao INGESA e ao INSS a entrega dos protocolos clínicos e dos criterios de aplicación do convenio antes de calquera implementación efectiva.

Requiriremos a creación inmediata dunha comisión paritaria con participación sindical para supervisar a implantación e as necesarias auditorías técnicas; así como promover unha campaña informativa para as persoas traballadoras afectadas sobre consentimento, protección de datos e vías de reclamación.

POSIBLES PREGUNTAS CLAVE QUE UNHA PERSOA TRABALLADORA PODE LEVAR PREPARADAS PARA A SÚA PRÓXIMA CITA MÉDICA COA MUTUA POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO (TME)

PREGUNTAS SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Cal é o diagnóstico exacto da miña doenza? (Pide que cho expliquen con claridade e en termos comprensibles.)
	Que probas complementarias se realizaron ou se van a realizar? (Resonancia, radiografía, electromiograma, etc.)
	Que opcións de tratamento existen e cal é a máis adecuada para o meu caso? (Fisioterapia, medicación, cirurxía, rehabilitación funcional...)
	Cal é o plan de recuperación previsto e canto tempo se estima para o mesmo?
	Pódese solicitar unha segunda opinión médica?
PREGUNTAS SOBRE SEGUIMIENTO E EVOLUCIÓN	Con que frecuencia terei revisións médicas?
	Como se avaliará a miña evolución? Que criterios se usan para valorar a melloría?
	Podo acceder a informes médicos ou resultados de probas?
	Que debo ou podo facer se o tratamento non está a dar resultados?
	Podo solicitar unha reavaliación ou cambio de tratamento?
	Que opcións hai se a dor se cronifica?
PREGUNTAS SOBRE DEREITOS E XESTIÓN DA BAIXA	Podo rexeitar algún tratamento ou derivación se non estou conforme?
	Que ocorre se non estou de acordo con unha proposta de alta médica?
	Como podo recorrer unha decisión médica da mutua?
	Comunicouse esta cita ao INSS ou ao meu médico de cabeceira?
	A mutua cobre os gastos derivados de desprazamentos para recibir tratamento?
PREGUNTAS SOBRE PRIVACIDADE E CONSENTIMENTO	Que datos da miña historia clínica están a compartirse coa mutua?
	Podo revogar o consentimento para o acceso ao meu historial médico?
<i>Estas preguntas poden axudar á persoa traballadora a entender mellor a súa situación médica, protexer mellor os seus dereitos e asegurarse dentro do posible de recibir o tratamento máis axeitado ás súas doenzas e situación.</i>	
Ligazón ao cadro en formato imprimible	

Prevenção de riscos biolóxicos que afectan ao persoal de plantas de reciclaxe e triaxe de residuos

A plicar medidas preventivas nos procedementos de triaxe é imprescindible para protexer a saúde das persoas traballadoras, reducir absentismo e garantir a continuidade operativa da planta; estas medidas deben combinar control de enxeñería, EPIs, formación, vixilancia sanitaria e participación sindical. A triaxe é a fase onde se concentra a **maior variabilidade e carga biolóxica** dos residuos (materia orgánica húmida, cueiros, restos sanitarios, animais mortos), e por iso é tamén o punto de maior exposición a bacterias, virus, fungos, endotoxinas e obxectos punzantes. Así as cousas, identificar e abordar a relación dos riscos biolóxicos que afectan ao persoal de plantas de reciclaxe e triaxe de residuos, as súas fontes, vías de exposición e efectos máis relevantes, debe ser a base para adoptar medidas preventivas prácticas e recomendacións para a xestión e avaliación do risco.

Risco real e consecuencias

- **Exposición por inhalación** de bioaerosois e esporas (xerados por cribado, trituración e compostaxe) que poden provocar síndrome respiratorios, asma ocupacional e infeccións.
- **Contacto e inoculación** por obxectos punzantes con risco de transmisión sanguínea (hepatite, VIH) e infeccións cutáneas.
- Impacto organizativo: aumento de baixas, custos sanitarios e risco legal para a empresa se non se aplican medidas preventivas recoñecidas.

Principios preventivos clave

1. **Control de orixe e organización da recepción:** evitar acumulacións; tratar fracción orgánica en xornada; segregación estrita de residuos sanitarios e punzantes.
2. **Controis de enxeñería:** ventilación xeral e extracción localizada en cabinas de triaxe; supresión de po; cabinas con fluxo e sobrepresión cando proceda.

3. **EPI e protocolos operativos:** respiradores P2/P3 segundo avaliación, luvas desinfectables, protección ocular e mandís impermeables; protocolos para manipulación de punzantes (pinzas, recipientes seguros).
4. **Formación e hixiene:** formación obrigatoria sobre riscos biolóxicos, lavado de mans, vestiarios e procedementos de limpeza/desinfección.
5. **Vixilancia sanitaria e vacinación:** programas médicos preventivos, seguimento de síntomas respiratorios/dixestivos e vacinación cando proceda (p.ex. hepatite B).



Perspectiva técnico-sindical: demandas e estratexias

- **Participación activa das persoas traballadoras** na avaliación de riscos e selección de medidas (comités mixtos).
- **Incorporación nos acordos colectivos** de cláusulas sobre formación periódica, provisionamento de EPIs, e protocolos de notificación e indemnización por exposición.
- **Vixilancia epidemiolóxica e rexistro de incidentes:** documentar picadas, contactos con residuos

sanitarios e síntomas para activar medidas correctoras e protección legal.

A prevención nos procesos de triaxe non é opcional, é unha obriga técnico-preventiva, sanitaria e sindical que protexe ás persoas traballadoras e garante a continuidade do servizo. A combinación de control de orixe, enxeñería, EPIs, formación, vixilancia e participación sindical é a estratexia máis eficaz e xustificable dende o punto de vista sanitario, legal e económico.

RELACIÓN ESTRUCTURADA DOS RISCOS BIOLÓXICOS QUE AFECTAN AO PERSOAL DE PLANTAS DE RECICLAXE E TRIAXE DE RESIDUOS, AS SÚAS FONTES, VÍAS DE EXPOSICIÓN E EFECTOS MÁIS RELEVANTES, SEGUIDA DE MEDIDAS PREVENTIVAS PRÁCTICAS E RECOMENDACIÓNS PARA A XESTIÓN E AVALIACIÓN DO RISCO

TÁBOA COMPARATIVA DE RISCOS BIOLÓXICOS RELEVANTES EN PLANTAS DE TRATAMENTO/RECICLAXE DE LIXO				
AXENTE OU TIPO	FONTES HABITUAIS EN PLANTA	VÍAS DE EXPOSICIÓN	EFEITOS/ ENFERMIDADES ASOCIADAS	EXEMPLOS CONCRETOS
BACTERIAS PATÓXENAS	RESIDUOS ORGÁNICOS EN DESCOMPOSICIÓN; RESTOS DE ALIMENTOS; RESIDUOS SANITARIOS MAL SEPARADOS.	INHALACIÓN DE BIOAEROSOIS; TRANSMISIÓN POR CONTACTO; INOCULACIÓN POR PICADAS.	INFECCIÓN GASTROINTESTINAIS, CUTÁNEAS, SEPTICEMIA EN CASOS GRAVES.	SALMONELLA, ESCHERICHIA COLI, CLOSTRIDIUM.
VIRUS	RESIDUOS CON FLÚIDOS CORPORAIS; PAÑAIS; RESTOS SANITARIOS; SUPERFICIES CONTAMINADAS.	RESIDUOS CON FLÚIDOS CORPORAIS; CUEIROS; RESTOS SANITARIOS; SUPERFICIES CONTAMINADAS.	GASTROENTERITE, HEPATITE A, INFECCIÓN RESPIRATORIAS.	NOROVIRUS; HEPATITE A; VIRUS RESPIRATORIOS EN RESTOS ORGÁNICOS.
FUNGOS E MOFOS (MICOTOXINAS)	MATERIAL HÚMIDO OU MAL VENTILADO, RESIDUOS VEXETAIS, COMPOSTAXE.	INHALACIÓN DE ESPORAS; CONTACTO CUTÁNEO.	ALERXIAS RESPIRATORIAS, ASPERXIOSE, MICOTOXICOSE POR EXPOSICIÓN PROLONGADA.	ASPERGILLUS SPP., PENICILLIUM SPP.; ESPORAS EN PILAS DE RESIDUOS HÚMIDOS.
PROTOZOOS E HELMINTOS	RESIDUOS FECAIS, CUEIROS, RESTOS ORGÁNICOS CONTAMINADOS.	CONTACTO ORAL CON MANS CONTAMINADAS; INXESTIÓN ACCIDENTAL.	DIARREAS, PARASITOSE INTESTINAL, LESIÓN CUTÁNEAS.	GIARDIA, ENTAMOEBIA, OVOS DE HELMINTOS EN RESIDUOS DOMÉSTICOS.

ÁCAROS E ARTRÓPODOS VECTORES	RESIDUOS ORGÁNICOS; ACÚMULOS DE PO; MATERIAL EN DESCOMPOSICIÓN.	INHALACIÓN DE ALÉRGENOS; PICADURAS; CONTACTO.	ALERXIAS, DERMATITES, TRANSMISIÓN MECÁNICA DE PATÓXENOS.	ÁCAROS DO PO; CASCUDAS COMO VECTORES MECÁNICOS.
BACTERIAS ANAEROBIAS PRODUTORAS DE TOXINAS	ENTULLEIRAS, ZONAS CON MATERIA ORGÁNICA EN PUTREFACCIÓN.	INHALACIÓN DE GASES E BIOAEROSOIS; FERIDAS CONTAMINADAS.	INTOXICACIÓNS, INFECCIÓNS POR FERIDAS, BOTULISMO EN CONDICIÓN ESPECÍFICAS.	CLOSTRIDIUM PERFRINGENS; CLOSTRIDIUM BOTULINUM EN CONDICIÓN ANAEROBIAS.
AXENTES CAUSANTES DE FEBRES (ZONOSE) E ENFERMIDADES OCUPACIONAIS	ANIMAIS MORTOS ENTRE RESIDUOS; FECES; NIÑOS.	CONTACTO DIRECTO; AEROSOIS; PICADURAS.	FEBRES, ENFERMIDADE SISTÉMICA, ZONOSE RARA E DOCUMENTADA.	FEBRE Q (COXIELLA BURNETII) DETECTADA PLANTAS DE TRATAMENTO.
ENDOTOXINAS E OUTROS COMPOÑENTES INFLAMATORIOS DE BACTERIAS	MATERIA ORGÁNICA EN DESCOMPOSICIÓN; BIOAEROSOIS XERADOS POR TAMIZADO E CRIBADO.	INHALACIÓN DE PARTÍCULAS; IRRITACIÓN MUCOSA.	SÍNDROMES RESPIRATORIAS, REDUCCIÓN DA FUNCIÓN PULMONAR, SÍNTOMAS TIPO GRIPE OCUPACIONAL.	ENDOTOXINAS BACTERIANAS EN PO DE RESIDUOS ORGÁNICOS.
BIOAEROSOIS MIXTOS	MANIPULACIÓN MECÁNICA (TRITURADO, CRIBADO, SOPRADO); OPERACIÓNS DE COMPOSTAXE E LAVADO.	INHALACIÓN; DEPOSICIÓN EN MUCOSAS.	INFECCIÓNS RESPIRATORIAS INESPECÍFICAS; EXACERBACIÓN ASMA; REACCIÓNS ALÉRXICAS.	MESTURA DE BACTERIAS, FUNGOS, ENDOTOXINAS NO AIRE DE CABINAS DE TRIAXE.
RISCO POR INOCULACIÓN CON OBXECTOS PUNZANTES CONTAMINADOS	AGULLAS, OBXECTOS CORTANTES EN RESIDUOS URBANOS; RESTOS SANITARIOS MAL XESTIONADOS.	PUNCIÓN ACCIDENTAL; CONTACTO CON SANGUE OU OUTROS FLUÍDOS.	TRANSMISIÓN DE PATÓXENOS, INFECCIÓNS LOCAIS E SISTÉMICAS.	AGULLAS HIPODÉRMICAS EN BOLSAS DOMÉSTICAS; RISCO POTENCIAL DE HEPATITE B/C E VIH SE NON SE ADOPTAN MEDIDAS.

LIGAZÓN AO [CADRO EN FORMATO IMPRIMIBLE](#)

DESAGREGACIÓN DETALLADA POR AXENTE E CONTEXTO

BACTERIAS E BIOAEROSOIS

- **Orixe:** residuos orgánicos húmidos, restos alimentarios, lavado de contedores, bioprocesos de compostaxe. A manipulación mecánica e a

ventilación deficiente favorecen a formación de bioaerosois que conteñen bacterias e endotoxinas.

- **Riscos:** infeccións gastrointestinais e cutáneas; cadros respiratorios por endotoxinas; infección por axentes específicos tras feridas ou picadas.



FUNGOS E ESPORAS

- **Orix:** material almacenado húmido, pilas de residuos vexetais, zonas de compostaxe e cámaras mal ventiladas.
- **Riscos:** alerxias, rinite, asma ocupacional, asperxilose en persoas inmunodeprimidas; a exposición crónica a esporas e micotoxinas pode agravar patoloxías respiratorias.

VIRUS E RESTOS SANITARIOS

- **Orix:** cueiros, toallíñas húmidas, residuos con secrecións ou sangue, xestión inadecuada de residuos sanitarios.
- **Riscos:** gastroenterite vírica (ex. norovirus), hepatitis A e outras infeccións transmitidas por contacto ou fómites.

PARÁSITOS

- **Orix:** residuos fecais, cueiros, residuos de animais.
- **Riscos:** parasitose intestinal por inxestión accidental, contaminación de superficies e mans que non se lavan correctamente.

VECTORES MECÁNICOS E ARTRÓPODOS

- **Orix:** acumulación de residuos orgánicos, presenza de roedores e insectos, malas condicións de hixiene na planta.

- **Riscos:** transmisión mecánica de bacterias e virus, picaduras, reaccións alérxicas; infestacións que incrementan a carga biolóxica ambiental.

PATÓXENOS TRANSMITIDOS POR PICADAS E CORTES

- **Orix:** residuos domésticos con material punzante (agullas, coitelos) non segregados adecuadamente.
- **Riscos:** inoculación de sangue ou outros fluídos con risco de hepatitis e outras infeccións; risco alto para operarios/as que manipulan bolsas e fracción perigosa sen protección adecuada.

EPISODIOS LAZO ZOOSE E BROTES

- **Orix:** animais mortos entre residuos, presenza de feces con axentes zoonóticos, condicións anaerobias que favorecen proliferación de axentes específicos.
- **Riscos:** episodios de «febres» ou zoonosis localizadas en plantas de residuos; aparición de casos documentados obriga vixilancia epidemiolóxica.

VÍAS DE EXPOSICIÓN PRINCIPAIS

- Inhalación de bioaerosois, esporas e partículas con endotoxinas.
- Contacto directo pel-materia contaminada, irritacións e dermatite por contacto con residuos biolóxicos.
- Inoculación por obxectos punzantes contaminados, risco de transmisión sanguínea.
- Inxestión accidental por mala hixiene de mans e manipulación de alimentos tras manipular residuos.

MEDIDAS PREVENTIVAS PRIORITARIAS

1. Organización e control da recepción de residuos

- Tratar residuos susceptibles de proliferación microbiana na mesma xornada e evitar acumulacións prolongadas.

2. Enxeñería e controis de proceso

- Ventilación xeral e extracción localizada en cabinas de triaxe; cabinas con fluxo descendente e sobrepresión para o operario/a cando cumpra.
- Sistemas de supresión de po e minimización de xeración de bioaerosois durante cribado e trituration.

3. Procedementos de traballo e segregación

- Reforzar a segregación en orixe; contención de residuos sanitarios e punzantes en recipientes seguros; evitar mesturas que aumenten risco biolóxico.

4. Equipos de protección individual

- Luvas resistentes e de fácil desinfección; máscaras ou respiradores adecuados fronte a bioaerosois

(filtros P2/P3 segundo avaliación); protección ocular e mandil impermeable para salpicaduras.

5. Hixiene persoal e formación

- Políticas de lavado de mans obrigatorio; instalacións de lavado e vestiarios; formación específica sobre riscos biolóxicos e manexo seguro de residuos e punzantes.

6. Xestión de obxectos punzantes

- Protocolos claros para manipulación e eliminación de coitelas e agullas; uso de pinzas e elementos de manipulación para evitar contacto manual directo.

7. Vixilancia da saúde e plans de vacinación

- Programas médicos preventivos, posibilidade de vacinación (hepatite B cando cumpra), vixilancia de síntomas respiratorios e dixestivos no persoal.

8. Control de pragas

- Programa activo de control de roedores e insectos; limpeza e orde para eliminar refuxios e fontes de alimento para vectores.



9. Limpeza, desinfección e secado de equipos

- Limpeza e desinfección de camiós e contedores; esperar secado tras lavado para minimizar proliferación fúngica.

10. Avaliación de riscos específica e medidas en compostaxe

- Avaliación específica de procesos de compostaxe e bioprocesos por xeración de aerosois e cheiro; vixilancia ambiental de bioaerosois en zonas críticas.

RECOMENDACIÓN PARA AVALIACIÓN E PRIORIZACIÓN DO RISCO

- Realizar avaliación cualitativa e cuantitativa por áreas: recepción, triaxe manual, cribado, trituración, compostaxe, almacenamento temporal e carga/descarga.
- Priorizar accións onde haxa humidade, acumulación orgánica e procesos mecánicos que xeren aerosois; implantar medicións puntuais de po e bioaerosois cando sexa posible.
- Documentar incidentes de picadas, contactos con residuos sanitarios e episodios de síntomas entre traballadores/as para activar controis correctivos e vixilancia sanitaria.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS - Área de triaxe manual (plantas de tratamento de residuos)

Instrucións de uso

Cada ítem inclúe responsable e frecuencia suxerida; marcar estado: Cumpre / Parcial / Non cumpre; engadir evidencia (foto, rexistro, sinatura).

ORGANIZACIÓN DA ÁREA E CONTROL DE ACCESO

- **Acceso restrinxido ao persoal autorizado;** sinalización visible en entradas; rexistro de entradas/saídas. **Responsable:** Xefatura de planta. **Frecuencia:** Diario.
- **Zonificación clara:** área limpa, área de triaxe, paso de material sucio; chan e corredores despeixados. **Responsable:** Coordinador/a de operacións. **Frecuencia:** Diario.
- **Prohibición para comer/beber e zona de descanso separada fóra da área de triaxe.** **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Permanente.
- **Control de acumulación de residuos:** evitar almacenaxes >24 h en zona de triaxe; aplicar FIFO -"First In, First Out" (Primeiro en Entrar, Primeiro en Saír)-. **Responsable:** Encargado/a de recepción. **Frecuencia:** Quenda/Diaria.



CONTROIS DE ENXEÑERÍA E AMBIENTAIS

- **Ventilación e extracción localizada** sobre liñas de triaxe; filtros e mantemento programado. **Responsable:** Mantemento. **Frecuencia:** Revisión mensual; filtros segundo fabricante.
- **Sistemas de supresión de po** (aspersión localizada, extracción, humidificación controlada) para minimizar bioaerosois. **Responsable:** Prevención/Mecánica. **Frecuencia:** Operativa diaria; control semanal.
- **Superficies e chans lavables** e en bo estado; pendentes para drenaxe. **Responsable:** Mantemento. **Frecuencia:** Inspección mensual.
- **Iluminación adecuada** para inspección visual e manexo seguro de obxectos punzantes. **Responsable:** Mantemento. **Frecuencia:** Diario/inspección mensual.

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)

- **Luvas de traballo:** dobre luva se risco de punzante; luvas refugables para manipulación directa de fracción orgánica. **Responsable:** Supervisión/Compras. **Frecuencia:** Uso diario; reposición semanal.
- **Protección respiratoria:** máscara FFP2/FFP3 ou filtro equivalente segundo avaliación de bioaerosois; formación en axuste. **Responsable:** Prevención. **Frecuencia:** Uso por tarefa; control de axuste semanal.
- **Protección ocular e facial:** lentes de seguridade ou pantalla para salpicaduras. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Uso por tarefa.
- **Roupa de traballo impermeable e cambiador** (bata/mono) con recollida e lavado industrial;

calzado de seguridade con sola antiperforación.

Responsable: RRHH/Loxística. **Frecuencia:** Cambio diario; lavado segundo protocolo.

- **Protección fronte picadas:** luvas anticorte e manguitos reforzados en manipulación de bolsas. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Uso continuo en triaxe

HIXIENE PERSOAL E FACILIDADES

- **Lavamáns con auga tépeda, xabón e desinfectante de mans (alcol 70%)** próximos á área; carteis de lavado de mans. **Responsable:** Mantemento. **Frecuencia:** Reposición diaria; control semanal.
- **Vestuario e taquillas separadas** para roupa de rúa e roupa laboral; duchas se exposición a fluídos. **Responsable:** RRHH. **Frecuencia:** Permanente.
- **Prohibición de transporte de EPI fóra de planta;** política clara para evitar contaminación cruzada. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Permanente.
- **Política de uñas curtas e sen xoias;** cabelo recollido. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Permanente.



PROCEDIMENTOS OPERATIVOS E PRÁCTICAS SEGURAS

- **Protocolo de apertura de bolsas:** usar ferramentas (pinzas, bastidores) no canto de mans; evitar manipulación manual directa. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Permanente.
- **Separación inmediata de residuos sanitarios e punzantes** detectados; uso de contedores ríxidos homologados in situ. **Responsable:** Operario/Encargado/a triaxe. **Frecuencia:** Inmediato ao achado.
- **Manipulación minimizada de produtos en descomposición;** retirada prioritaria a área de tratamento. **Responsable:** Loxística. **Frecuencia:** Diario.
- **Prohibición de compactación manual** de bolsas dentro do triaxe; empregar equipos deseñados con resgardos. **Responsable:** Operacións. **Frecuencia:** Permanente.
- **Rotación de tarefas e pausas** para reducir exposición crónica a bioaerosóis e carga ergonómica. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Programada por quendas.



XESTIÓN DE OBOECTOS PUNZANTES E RESIDUOS SANITARIOS

- **Contedores ríxidos e etiquetaxes para punzantes** en puntos de triaxe; enchido controlado (<75%). **Responsable:** Encargado/a triaxe. **Frecuencia:** Revisión diaria.
- **Procedemento documentado de retirada e transporte** de contedores de punzantes cara a área segura. **Responsable:** Loxística. **Frecuencia:** Segundo cheo.
- **Protocolo obrigatorio tras picada/corte:** limpeza inmediata, notificación, avaliación sanitaria e rexistro do incidente. **Responsable:** Prevención/Medicina do traballo. **Frecuencia:** Cada incidente.
- **Inspección e comunicación a provedor sobre residuos inadecuados** e campañas de sensibilización cidadá para reducir achados de obxectos perigosos. **Responsable:** Calidade/Comunicacións. **Frecuencia:** Trimestral.

LIMPEZA, DESINFECCIÓN E CONTROL MICROBIOLÓXICO

- **Plan escrito de limpeza e desinfección** de superficies, equipos e elementos de traballo do triaxe con produtos rexistrados; rexistros asinados. **Responsable:** Limpeza/Mantemento. **Frecuencia:** Limpeza diaria; desinfección semanal ou tras incidentes.
- **Desinfección de ferramentas e pinzas** tras cada quenda ou tras contacto con residuos sanitarios. **Responsable:** Operarios. **Frecuencia:** Quenda/ Tras uso.

- **Control de humidade e secado** tras lavado de superficies para evitar proliferación fúnxica. **Responsable:** Mantemento. **Frecuencia:** Tras limpeza.

- **Programa de mostraxe ambiental** (se procede) para detección de bioaerosois, endotoxinas ou mofo en áreas críticas. **Responsable:** Prevención externa/interna. **Frecuencia:** Anual ou segundo avaliación.

CONTROL DE PRAGAS E FAUNA

- **Plan de control integrado de pragas:** inspeccións, puntos de cebo, eliminación de refuxios e limpeza. **Responsable:** Empresa de control/Prevención. **Frecuencia:** Inspección semanal; accións segundo achados.
- **Pech e mantemento de contedores** para evitar acceso de fauna e vectores. **Responsable:** Operacións. **Frecuencia:** Diario.



FORMACIÓN E COMPETENCIA

- **Formación obrigatoria inicial e reciclaxe anual** en riscos biolóxicos, EPI, procedemento de picadas, hixiene e limpeza. **Responsable:** Prevención/RRHH. **Frecuencia:** Inicial e anual.

- **Instrucións operativas visuais** en puntos críticos (como abrir bolsas, onde depositar punzantes, lavado de mans). **Responsable:** Calidade/Prevención. **Frecuencia:** Permanente.

- **Rexistros de formación e avaliación de competencias** accesibles en arquivo. **Responsable:** RRHH/ Prevención. **Frecuencia:** Actualización tras curso.

VIXILANCIA DA SAÚDE E VACINACIÓNS

- **Avaliación inicial e vixilancia periódica** por servizo médico de empresa con enfoque en enfermidades dixestivas e respiratorias. **Responsable:** Medicina do traballo. **Frecuencia:** Incorporación e periódica segundo normativa.
- **Programas de vacinación segundo risco:** hepatitis B e outras segundo avaliación médica. **Responsable:** Medicina do traballo. **Frecuencia:** Segundo pauta médica.
- **Rexistro e seguimento de incidentes de saúde** relacionados con exposición biolóxica (diag. infeccións, episodios respiratorios). **Responsable:** Medicina do traballo. **Frecuencia:** Continuo.

XESTIÓN DE INCIDENTES E EMERXENCIAS

- **Procedemento escrito fronte exposición accidental** (picada, contacto con fluídos, inxestión): primeiros auxilios, desinfección, notificación e derivación médica. **Responsable:** Prevención/Medicina. **Frecuencia:** Vixente.
- **Caixa de primeiros auxilios e equipo de resposta** con material para limpeza de feridas, antisépticos e material de protección. **Responsable:** Supervisión. **Frecuencia:** Reposición semanal.

- **Registro e análise de incidentes e accidentes;** accións correctoras e comunicación a persoal.
Responsable: Prevención/Calidade. **Frecuencia:** Mensual/revisión trimestral.



DOCUMENTACIÓN, AVALIACIÓN E MELLORA CONTINUA

- **Aviación de riscos específica do posto de triaxe** documentada e revisada anualmente ou tras cambios operativos. **Responsable:** Prevención. **Frecuencia:** Anual/Tras cambios.

- **Checklist de cumprimento diario** enchido por supervisor de quenda; auditoría interna mensual. **Responsable:** Supervisión/Prevención. **Frecuencia:** Diario/Mensual.
- **Indicadores clave:** incidentes por picada; ausencias por infección respiratoria; cumplimiento EPI; resultados auditorías. **Responsable:** Dirección/Prevención. **Frecuencia:** Trimestral.
- **Plan de mellora** con accións, responsables e prazos tras auditorías e incidentes. **Responsable:** Dirección/Prevención. **Frecuencia:** Tras cada auditoría/incidente.

ELEMENTOS MÍNIMOS A INCLUIR NA FICHA DE VERIFICACIÓN DIARIA (MODELO BREVE)

Identificación da quenda e supervisor/a; ventilación en funcionamento; EPI dispoñible e en uso; presenza de contedores de punzantes; limpeza realizada; incidentes rexistrados; sinatura e observacións.





FORMACIÓN EN PRL
→ Como ferramenta para a integración da prl nas empresas
→ Específica para delegados/as de prevención

ASESORAMIENTO TÉCNICO PRL
→ Puntos de asesoramento
→ Asesoramento técnico on line

INFORMACIÓN E SENSIBILIZACIÓN
→ www.cigsaudelaboral.org
→ Boletín CIG Saúde Laboral

curso básico SST
Riscos psicosociais dende unha perspectiva de xénero

formación PRL
delegadas/os de prevención

ONLINE
Asesoramento técnico online

CIG-SAÚDE LABORAL Boletín

Edita: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

