



### SUMARIO

#### DOCUMENTO - ANÁLISIS

**EL NUEVO PROYECTO DE LEY DE MUTUAS Y EL REAL DECRETO 625/2014 DE GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT): UN ATAQUE FRONTAL Y DIRECTO CONTRA LA CLASE TRABAJADORA.**  
Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

#### SABÍAS QUE..?

**SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM) Y SALUD LABORAL**  
Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

#### INFORMACIÓN TÉCNICA

**EL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD**  
Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



#### COLABORACIÓN

**EL MAPA DE RIESGO QUÍMICO DEL ISSGA: SECTOR INDUSTRIAL**

Lucía Ferrón Vidán  
Técnica de Seguridad y Salud Laboral del ISSGA  
Coordinadora del Mapa de Riesgo Químico y autora del informe final.

#### EDITA:

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

# El nuevo proyecto de ley de Mutuas y el Real Decreto 625/2014 de gestión de la incapacidad temporal (IT): UN ATAQUE FRONTAL Y DIRECTO CONTRA LA CLASE TRABAJADORA

El **Real Decreto 625/2014, de 18 de julio** sobre Incapacidad Temporal y el nuevo proyecto de Ley de Mutuas que modifica la Ley de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las antiguas Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, introducen una serie de significativos e importantes cambios legislativos que afectan directamente a los derechos y a las prestaciones que hasta ahora venían recibiendo el conjunto de los trabajadores y trabajadoras.

[www.cigsaudelaboral.org](http://www.cigsaudelaboral.org)

Plataforma web para a información e consulta en materia de Prevención de Riscos e Saúde Laboral



## NOVEDADES Y ASPECTOS MÁS DESTACADOS DEL NUEVO PROYECTO DE LEY DE MUTUAS

■ **Se define la naturaleza jurídica y el funcionamiento de las Mutuas, que pasan a denominarse "Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social"**

Esta nueva denominación no es neutra ni casual, respondiendo a nuestro entender, como veremos más adelante, a una clara intencionalidad general de avance en el proceso de privatización de los servicios públicos, y en este caso en particular en la privatización de la gestión de la incapacidad temporal de los/as trabajadores/as, ahora también en relación a la enfermedad común.

■ **Establece el régimen jurídico público de las prestaciones que gestionan las Mutuas y de los recursos de los que disponen.**

En este apartado causa asombro e indignación comprobar las atribuciones y competencias delegadas a las Mutuas en materia de control de la gestión pública, cuando éstas en la práctica son entidades privadas de carácter empresarial que, desde su creación, y más aun ahora con esta "Ley", están al servicio y defensa de los intereses particulares de las empresas frente a los intereses generales de los/as trabajadores/as, tanto en su conjunto como en cada caso particular: reconocimiento de accidentes y enfermedades profesionales; tiempos de baja por IT y períodos de recuperación, altas indebidas, etc. Casuísticas estas y muchas otras de las que todos los días nosotros como sindicato tenemos infinidad de ejemplos.

Si tenemos en cuenta que aproximadamente un 80% de las empresas tienen encomendada a las Mutuas la gestión económica de las contingencias comunes, podemos entender la magnitud de incidencia de esta Ley, que proporciona a las empresas el instrumento preciso para a través de las Mutuas, actuar como juez y parte en los procesos de IT de toda índole, primando sus propios intereses económicos en contraposición a los intereses legítimos de los/as trabajadores/as que sin duda verán mermado, cuando no cercenado, su inalienable derecho a la salud y a una cobertura económica sin sobresaltos mientras perdure su convalencia y situación de incapacidad temporal para trabajar a causa de una enfermedad común.

La prevalencia de los aspectos económicos en la situación de incapacidad temporal, frente a los aspectos sanitarios que implican la necesidad de una completa recuperación de la salud del trabajador/a conveciente, sin duda van a acarrear una cantidad ingente de situaciones de injusticia y desprotección, que vendrán a sumarse a la ya inmensa y constante cantidad de conflictos Mutua-trabajador/a, donde la parte débil e indefensa es siempre la misma.

■ **Se regulariza la estructura interna de dirección de las Mutuas, se definen las retribuciones del personal directivo y las funciones de la figura del Gerente.**

La "Ley" determina que la Junta General es el órgano superior de gobierno de la Mutua, que estará compuesta como asociación empresarial que es, por todos los/as empresarios/as asociados/as y, eso sí, por un (1) trabajador/a representante de los/as trabajadores/as dependientes de la Mutua.

Al mismo tiempo determina a la Junta Directiva como el órgano colegiado a quien corresponde el gobierno directo de la Mutua, el cual estará compuesto por entre diez y veinte de los/as empresarios/as asociados que serán designados por la Junta General, y de la cual formará parte el representante de los/as trabajadores/as anteriormente citado. Qué democrático y representativo!!!. Hasta dejan que forme parte del estalache un (1) trabajador/a.

El RD contempla la figura del Director Gerente, como el órgano que ejerce la dirección ejecutiva de la Mutua, el cual estará vinculado a la misma mediante contrato de alta dirección y tendrá una retribución básica, limitada ésta por las más altas asignadas a los Directores Generales de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, "más una retribución por productividad y otra de carácter complementario que se determinarán en función de la dimensión de la Mutua y de la eficiencia de la gestión, en los términos que se establezca reglamentariamente".

Como puede verse, con las cuotas y dinero público de todos, con esta "Ley" también pagaremos sustanciosos "salarios" privados, que a buen seguro en la mayoría de los casos serán bastante mayores de lo que cobra por ejemplo el Presidente del Gobierno del Estado.

■ **Se define el destino y el porcentaje de reservas económicas destinadas a las Mutuas, así como de los excedentes de gestión.**

Este proyecto de Ley de Mutuas recientemente aprobado en Consejo de Ministros, transfiere a la Seguridad Social (dinero de todos nosotros) el pago de los excesos de gasto en los que incurra en su administración y gestión, así como de las multas y costas judiciales a las que se vean condenadas como consecuencia del desarrollo de su actividad (generalmente en contra de los intereses del trabajador/a), debiendo constituir un *Fondo de Reserva Complementaria* que financiarán con los excedentes de la gestión realizada, después eso sí, de dotar la *Reserva de Estabilización de Contingencias Profesionales*.

- El 80 por ciento de los excedentes económicos procedentes de la gestión de las Mutuas, se destinarán a la Reserva de Estabilización de Contingencias Profesionales. El 20% restante se destinará al Fondo de Reserva Complementaria de las propias Mutuas-

Textualmente el apartado "b" del artículo 75 bis de la Ley: "*el 20% señalada en el apartado I (la resultante después de dotar la Reserva de Estabilización), se aplicará a la dotación de la Reserva Complementaria que constituirán las Mutuas, cuyos recursos podrán destinarse al pago del exceso de gastos de administración, de gastos procesales derivados de pretensiones que no tengan por objeto prestaciones de la Seguridad Social y de sanciones administrativas*"

Esta disposición legal supone en la práctica la derogación de la prohibición expresa hasta ahora vigente a través del artículo 76 de la *Ley de la Seguridad Social*, que en su punto 4 dice: "*la caución o garantía que, en su caso, deban constituir las Mutuas de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como consecuencia de las reclamaciones previas y de los recursos que las mismas planteen, tanto en vía administrativa como en vía judicial, contra la resolución de la Secretaría de Estado o de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, así como de los gastos de cualquier orden que puedan derivarse de la impugnación de tales resoluciones, en ningún caso podrán ser financiadas con cargo a recursos que formen parte del patrimonio de la Seguridad Social. Igual limitación será de aplicación respecto al abono del importe de las sanciones impuestas a las Mutuas por infracciones derivadas de su colaboración en la gestión de la Seguridad Social*".

En ese mismo artículo 75 bis de la Ley aprobada por el Gobierno, se fija que el 80% del excedente obtenido después de dotar las reservas, debe ingresarse "*con anterioridad al 31 de julio de cada ejercicio en la cuenta especial del Fondo de Contingencias Profesionales de la Seguridad Social, abierta en el Banco de España a nombre de la Tesorería General de la Seguridad Social y a disposición del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*".

Increíblemente, esta nueva normativa otorga mayor autonomía económica a las Mutuas a través de la transferencia a las mismas del dinero público que debería ir destinado al fondo de la Seguridad Social, haciendo, a nuestro entender, más difícil y complejo el control de su gestión económica y más difícil y complejo el control de su adecuado uso. Y todo esto a pesar de la aparición de las escandalosas irregularidades denunciadas por las actividades de desvíos de fondos realizadas por diversas Mutuas entre los años 2007 y 2009, y sobre el que aún sin duda queda mucho que investigar.

Así, el proyecto de Ley garantiza a las Mutuas, a costa de todos, un inmenso trasvase de fondos que a buen seguro proporcionará a las mismas ingentes beneficios regulatorios, al disponer por ley de una parte de sus resultados, lo que sin duda contribuirá notablemente a incrementar el déficit de la Seguridad Social. Somos muchos ya, posiblemente mayoría, los/as que atisbamos la intencionalidad de deteriorar el sistema público de protección que proporciona la Seguridad Social, situándola en una situación de no viabilidad, y abriendo las puertas al negocio multimillonario de los seguros privados de pensiones como medio mixto o incluso único para asegurarse una jubilación.

Tenemos que decir alto y claro, que la "doble naturaleza jurídica de las Mutuas" nos parece una auténtica aberración. Entidades privadas que administran ingentes recursos públicos (casi el 1% del PIB) de los que por ley se adjudican reservas que engordan sus propios fondos, mientras disminuye peligrosamente el Fondo de Reserva de la Seguridad Social.

### ■ Se simplifican los trámites para el acceso a la prestación por cese de actividad para trabajadores/as autónomos/as.

Si a este auténtico despropósito y acto de demolición de la Seguridad Social, le sumamos la medida que prevé que la "cotización por cese de actividad" de los/as autónomos/as va a poder ser voluntaria, nos encontraremos que a medio plazo sólo pagarán aquellos que prevean o tengan previsto su cese, lo que sin duda provocará un nuevo déficit recaudatorio.

### ■ Se obliga a la liquidación de las sociedades de prevención de las Mutuas.

El proyecto de Ley de Mutuas establece el plazo límite del 31 de marzo del año 2015 para efectivizar la desinversión (venta) de sus sociedades mercantiles de prevención.

La actividad preventiva hasta ahora desarrollada por las Mutuas en el Estado español, supone en torno al 60% de la totalidad de la actividad de dicho sector, proporcionando empleo alrededor de 10.000 trabajadores y trabajadoras.

La decisión del Gobierno del Estado de forzar la salida de las Mutuas de la actividad preventiva que hasta ahora venían desarrollando a través de sus sociedades mercantiles, va a conllevar entre otras una serie de consecuencias que ahora pasamos a analizar:

1ª) El Gobierno quiere hacer de las Mutuas (asociaciones empresariales) unas entidades altamente rentables, por lo que fuerza al abandono de sus sociedades de prevención con el objeto de que dejen de inyectar dinero en una actividad que, desde el Gobierno consideran la menos rentable de todas las que conforman el "negocio" que ahora les han diseñado.

Nada más lejos de la realidad. Según la propia Asociación de Mutuas de Accidentes de trabajo (AMAT), en el año 2012 por cada euro invertido en prevención, las Mutuas ahorraron 4 € en costes y prestaciones derivados de las contingencias profesionales.

Es evidente que la prevención -para todos menos para el Gobierno del Estado y sus acólitos- mucho más que un gasto es una verdadera inversión. Una inversión que de por sí, aparte de mejorar las expectativas y las condiciones de seguridad, de salud y de vida de los/as trabajadores/as, aporta una indudable rentabilidad difícilmente valorable en términos sociales y humanos, pero extraordinariamente rentable y cuantificable, en términos sanitarios y económicos.

Desgraciadamente, la ignorancia, la racanería social y humana, y la cortedad de miras impiden considerar adecuadamente estas cuestiones al actual Gobierno y las asociaciones empresariales y estructuras patronales que lo secundan en ésta y otras materias.

Independientemente de nuestro profundo rechazo al actual modelo de Mutuas que los/as trabajadores/as venimos sufriendo, lo cierto es que en lugar de diseñar y potenciar una estructura preventiva eficaz, técnicamente cualificada y dotada de los medios suficientes, como parte de un dispositivo preventivo general, destinado a evitar y reducir en lo posible la accidentabilidad y/o siniestralidad laboral, lo que reduciría sustancialmente los tremendos costes asociados a la no prevención, la derecha política y empresarial apuesta una vez más, por el debilitamiento de un sistema preventivo ya de por sí precario y deficiente. Una apuesta por la prioridad del beneficio inmediato y el lucro a ultranza, en contraposición a la seguridad y a la salud laboral -ahora también de la salud general- del conjunto de los/as trabajadores/as.

Así aplica una reforma que, por un lado ahorra costes directos en prevención y de forma simultánea tiene previsto ahorrar costes a través de los procesos de gestión de la incapacidad temporal de los/as trabajadores/as enfermos/as y/o accidenta-

dos/as. Asistimos pues a la destrucción de un sistema que podría ser mucho más eficaz y rentable, tanto social como económicamente, si su diseño fuera concebido para proteger al trabajador/a, para prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales y para evitar las causas de las incapacidades temporales. La premisa fundamental de prevenir antes que "reparar", queda olvidada, en un ejercicio delirante de incapacidad, necedad e insensibilidad social.

2ª) La maniobra del Gobierno español de forzar la venta de las sociedades de prevención de las Mutuas en un tiempo record y todas al mismo tiempo, está propiciando que todas las ofertas de venta concurren en un mismo período de tiempo, saturando el mercado, provocando una venta a la baja con previsibles e ingentes pérdidas sobre su valor real, e induciendo un más que previsible deterioro en la calidad de unos servicios de prevención ya de por sí deficientes. Sirvan como ejemplos:

*"Recientemente FREMAP pretendió vender por 100.000 euros una sociedad que ha registrado en los libros un capital de 12,7 millones de euros. Su directiva había aprobado en julio una operación mercantil por la que cedía la compañía al empresario Roberto Cocheteux y a su empresa Teuxchecho. El comprador exigía, entre otras cosas, que FREMAP contratara los servicios de su nueva empresa en exclusiva durante 10 años. La Seguridad Social, que debía dar luz verde a la operación, consideró ese punto inaceptable y congeló la venta".*

*"En el pasado mes de julio, en este caso, la Seguridad Social sí dio el visto bueno a la venta por parte de la Mutua Gallega de Accidentes de trabajo de su sociedad de prevención, MUGATRA. El comprador de MUGATRA es Inverhismex (Inversiones Hispano Mejicanas), propiedad de Carlos Mouriño, un empresario con un pie en Méjico y otro en España, al que se le conoce por su actividad en diferentes sectores, como por ejemplo el sector energético mexicano. Muchas son las voces que se preguntan si la venta de las sociedades de prevención, que hasta la fecha eran propiedad de las Mutuas, entidades colaboradoras de la Seguridad Social, no deberían someterse al procedimiento de un concurso público, que valorara la idoneidad de los nuevos propietarios para asegurar el desempeño de las tareas preventivas que tienen encomendadas".*

Siendo nosotros una organización sindical cuyo objetivo fundamental es la defensa de los derechos y los intereses de la clase trabajadora, difícilmente podríamos defender la actual fórmula de atribución de competencias y de funciones otorgadas a las Mutuas, que si por algo se vienen significando históricamente es por defender los intereses empresariales frente a los derechos y a los intereses del conjunto de los/as trabajadores/as. Mas dicho esto, nunca vamos a apoyar un proceso de liquidación y desvalorización de recursos generados a través de dinero público, que otra vez más (y van muchas) van a pasar a engordar y enriquecer inversores privados cuya finalidad es ganar dinero, no ofrecer unos servicios preventivos adecuados y de calidad.

## NOVEDADES Y ASPECTOS MÁS DESTACADOS DEL NUEVO REAL DECRETO SOBRE INCAPACIDAD TEMPORAL

### Una mala justificación

La coartada empleada por el Gobierno en relación a la supuesta gran bolsa de fraude en los procesos de incapacidad temporal, aparte de ser falsa y tendenciosa por no estar fundamentada en ningún estudio riguroso y objetivable, por el contrario, parte de la falacia de considerar que toda inasistencia al trabajo fuera de regulación (justificada o no) debe ser considerada como absentismo laboral, atribuyendo y aplicando interesadamente estos datos a un supuesto gran fraude en la utilización de la incapacidad temporal. Cuestión esta que además de evidentemente inexacta, tendenciosa, retorcida e injusta, profundiza en la acusación de fraude y en la atribución de culpabilidad generalizada del conjunto de los/as trabajadores/as enfermos/as o accidentados/as y de los/as profesionales médicos que otorgan las bajas por incapacidad temporal, colocándoles la etiqueta de potenciales defraudadores/as o delincuentes.

Cuadro I. Partes de baja y confirmación de la baja en los procesos de incapacidad temporal		
Materia	Legislación anterior (RD 575/1997)	RD 625/2014
<b>PARTES DE BAJA: Contingencias comunes</b>		
Órgano que los expide	Médico de Atención Primaria	Médico de Atención Primaria
Parte de baja: fecha de expedición	4º día del inicio de la situación de incapacidad	Tras el reconocimiento médico del trabajador/a
Partes de confirmación de baja: - Procesos duración estimada inferior a 5 días: plazo emisión. - Procesos duración estimada entre 5 y 30 días: plazo emisión. - Procesos duración estimada entre 31 y 60 días: plazo emisión - Procesos duración estimada de 61 o más días.	En todos los casos se expiden cada 7 días, desde la fecha de la expedición del parte anterior, con independencia de la duración estimada del proceso.	Se puede emitir en el mismo acto el parte de baja y la alta. - 7 días siguientes al parte de baja. Los siguientes, en plazo máximo de 14 días desde el parte anterior. - 7 días siguientes al parte de baja. Los siguientes, en el plazo máximo de 28 días desde el parte anterior. - 14 días siguientes al parte de baja. Los siguientes, en el plazo máximo de 35 días desde el parte anterior.
Fin de la expedición de partes de confirmación de la baja.	Cuando el proceso llega a los 365 días. Antes de llegar a esa fecha, tiene que comunicarse al interesado que el control pasa a ser ejercido por los servicios médicos de la Entidad Gestora.	Cuando el proceso llega a los 365 días. Antes de llegar a esa fecha, se tiene que comunicar al interesado que el control pasa a ser ejercido por los servicios médicos de la Entidad Gestora.
<b>PARTES DE BAJA: Contingencias profesionales</b>		
Órgano competente para su expedición	Médico de Atención Primaria o Médico de la Mutua, según sea la entidad que da la cobertura.	Médico de Atención Primaria o Médico de la Mutua, según sea la entidad que da la cobertura.
Partes de confirmación de baja	Se expiden con una periodicidad de 7 días desde el parte anterior, con independencia de la duración estimada del proceso.	Se aplican los mismos plazos que los señalados para los procesos derivados de contingencias comunes.
Fin de la expedición de partes de confirmación de la baja	Cuando el proceso llega a los 365 días. Antes de llegar a esa fecha, tiene que comunicarse al interesado que el control pasa a ser ejercido por los servicios médicos de la Entidad Gestora.	Cuando el proceso llega a los 365 días. Antes de llegar a esa fecha, tiene que comunicarse al interesado que el control pasa a ser ejercido por los servicios médicos de la Entidad Gestora.

Según los últimos datos de la Seguridad Social, la media de procesos de incapacidad temporal iniciados en los tres primeros meses del año ascendió a 374.612 bajas, de las que 330.427 se debieron a contingencias comunes y 44.185 a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Los/as trabajadores/as se ausentaron de su puesto de trabajo una media de 3,77 horas al mes por estar de baja por incapacidad temporal, según la Encuesta Trimestral del Coste Laboral relativa al cuarto trimestre de 2013 que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). En ese período, las percepciones diarias por incapacidad temporal ascendieron a 16,41 euros por cada trabajador/a.

Más allá de estas cifras, hay dos datos verdaderamente clarificadores que explican por sí solos la inconsistencia de los argumentos del Gobierno. Uno es que el 72% de los/as trabajadores/as no ha cogido ni tan siquiera un (1) día de baja laboral por IT. Otro, que

de las bajas por IT de larga duración, el 90% de las mismas fueron validadas y confirmadas por el Sistema Público de Salud, evidenciando una situación muy mayoritaria de inexistencia de prestaciones indebidas.

Para la CIG como sindicato, lo que realmente está detrás de todo esto es, sin duda, más de lo mismo. Supresión y/o minimización de servicios y prestaciones públicas de los que se benefician las clases trabajadoras. Avance en el camino de la privatización de los servicios públicos esenciales para hacer de ellos el lucrativo negocio de unos pocos en detrimento de la gran mayoría social trabajadora. Estigmatizar, deslegitimar y deteriorar al conjunto de la clase trabajadora que reclama sus derechos sociales, laborales y de ejercicio democrático, frente a una concepción ideológica neoliberal que impone en contra de la gran mayoría social sus propios y particulares intereses.

Cuadro II. Periodicidad en la emisión de los informes complementarios por parte de los servicios del correspondiente Servicio de Salud		
Duración estimada del proceso	Legislación anterior (RD 575/1997)	RD 625/2014
Procesos inferiores a 30 días	Se expide al día 28 de la baja	No se emiten partes de confirmación
Procesos entre 31 y 60 días	Se expide al 28º día de la baja, y se actualiza cada 28 días	Se expide con el 2º parte de confirmación: 35 días de la baja
Procesos de más de 60 días	Se expide al 28º día de la baja, y se actualiza cada 28 días	Se expide con el 2º parte de confirmación: a los 49 días de la baja

**Autorización de las Mutuas para realizar la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días de duración, desde el primer día de baja.**

Con la entrada en vigor el pasado 1 de septiembre del "Real Decreto 625/2014, de 18 de julio sobre la prestación por Incapacidad Temporal", las Mutuas ya pueden controlar las bajas por IT por contingencia común desde el primer día, estando habilitadas para actuar tanto a nivel de prestación económica como para hacer propuestas de Alta Médica de los/as trabajadores/as de baja por IT.

Las Mutuas pueden realizar una propuesta de alta (motivada) a la Inspección Médica del SPS, teniendo ésta 5 días hábiles (antes eran 15 días) para responder mediante exhaustivo informe motivado, tanto al INSS como a las propias Mutuas.

Dentro de ese período de 5 días la Inspección Médica del SPS podrá citar al trabajador/a para la realización de un examen médico. De no asistir al mismo, éste/a sufrirá la suspensión temporal de la prestación que sería definitiva si no justifica adecuadamente su incomparecencia.

En el caso de no producirse en plazo una contestación o si ésta es negativa, la Mutua puede enviar dicha propuesta de alta al INSS, que tendrá un plazo máximo de 4 días para responder a la misma. \* En este caso se establece un régimen transitorio de 6 meses

(hasta el 1 de marzo de 2015) durante el cual se amplían los plazos de contestación del SPS (ampliado hasta 11 días) y del INSS (ampliado hasta 8 días).

Este proyecto de Ley, centrado como está en reducir el tiempo de baja laboral, cede a las Mutuas antes "de Accidentes de trabajo" y ahora "Colaboradoras de la Seguridad Social", la capacidad de citar, controlar y reconocer a los/as trabajadores/as la baja expedida por los médicos/as de cabecera del sistema sanitario público, pasando a ser entidades gestoras de la SS, pero sin la responsabilidad, ni el control, ni posiblemente las garantías de competencia y cualificación propias del sistema público. Un paso más en el proceso de privatización de los servicios públicos y en la creación de un suculento mercado sanitario privado, en el que las Mutuas (Asociaciones empresariales) se transforman en la práctica en concesiones administrativas que pasan a gestionar ahora, también la Incapacidad Temporal (IT) por contingencias comunes.

Al mismo tiempo se definen los períodos de los partes de confirmación en función de la duración estimada del proceso, estableciéndose los siguientes plazos:

- ◆ Para aquellos procesos de hasta 5 días de baja, se entregará baja y alta al mismo tiempo.
- ◆ Para procesos de duración estimada entre 5 y 30 días, se entregará parte de confirmación cada 14 días.
- ◆ Para procesos que duren entre 31 y 60 días, cada 28 días.
- ◆ Para procesos con duración estimada de más de 60 días, se entregará parte de confirmación cada 35 días.

Cuadro III. Expedición de informes complementarios de control en los procesos de incapacidad temporal		
Materia	Legislación anterior (RD 575/1997)	RD 625/2014
<b>Informes médicos complementarios</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Órgano que los expide</li> <li>▪ Periodicidad en la expedición</li> </ul>	Médico/a de atención primaria Tiene que acompañar al 4º parte de confirmación de la baja y los sucesivos con una periodicidad de 4 semanas.	Médico/a de atención primaria. Los informes médicos complementarios son de aplicación en los procesos con duración de 30 días o más días, y tienen que acompañar al segundo parte de baja.
<b>Informes de control</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Órgano que los expide</li> <li>▪ Periodicidad en la expedición</li> </ul>	Inspección Médica del Servicio Público de Salud  Trimestral	Inspección Médica del Servicio de Salud o facultativo de atención primaria, bajo la supervisión del anterior.  Trimestral

Se incorporan como elementos de consulta y referencia para el médico/a, unas tablas no vinculantes con la duración media de las bajas por enfermedad en función del diagnóstico, la ocupación y la edad del trabajador/a.

Es evidente que esta medida pretende reducir sustancialmente los tiempos promedio de baja por enfermedad común o accidente laboral, forzando la minimización del "absentismo laboral" y lo que más importa: ahorrando dinero al sistema y a los propios empresarios/as; eso sí, a costa de la vida y la salud de los/as trabajadores/as enfermos/as y/o accidentados/as.

En el Estado español, la decisión de dar de baja al trabajador/a recaía hasta ahora en el criterio del médico de atención primaria, y el establecimiento de la duración de

los tiempos de baja se hacía en función de los conocimientos del propio facultativo/a, por lo que el tiempo estimado para la recuperación del paciente podía oscilar entre un/a y otro/a trabajador/a en función de sus características personales y de salud, aunque sufrieran la misma patología.

Así las cosas, las Mutuas podrán desde el primer día denegar, suspender, anular, e incluso declarar la extinción de la prestación económica de la Incapacidad Temporal Común, sin perjuicio del control sanitario de las altas y bajas médicas, que será competencia exclusiva por parte de los servicios públicos de salud. Es decir, el/la trabajador/a siempre recibiría asistencia sanitaria, pero podría no percibir prestación económica, salvo que se reincorpore al puesto de trabajo, a pesar de estar enfermo/a.

Cuadro IV. Expedición de los partes de alta en los procesos de incapacidad temporal		
Materia	Legislación anterior	RD 625/2014
<b>PARTES MÉDICAS DE ALTA: Contingencias comunes</b>		
Órgano que los expide	Médico/a de atención primaria, Inspección Médica del Servicio de Salud, Inspección Médica adscrita a la correspondiente Entidad Gestora	Médico/a de atención primaria, Inspección Médica del Servicio de Salud, Inspección Médica adscrita a la correspondiente Entidad Gestora
Efectos del alta: extinción de la prestación	El día siguiente a la expedición del parte de alta	El día siguiente a la expedición del parte de alta
<b>PARTES MÉDICAS DE ALTA: Contingencias profesionales</b>		
Órgano que los expide	Médico/a de atención primaria, Inspección Médica del Servicio de Salud, Inspección Médica adscrita a la correspondiente Entidad Gestora o al Médico de la Mutua, según sea la entidad que da la cobertura a la protección	Médico/a de atención primaria, Inspección Médica del Servicio de Salud, Inspección Médica adscrita a la correspondiente Entidad Gestora o el Médico de la Mutua, según sea la entidad que da la cobertura a la protección
Efectos del alta: extinción de la prestación	El día siguiente a la expedición del parte de alta	El día siguiente a la expedición del parte de alta

#### La comparecencia a los reconocimientos médicos

También se hace necesario reseñar que la incomparecencia a los reconocimientos médicos establecidos por las Mutuas -a los que los/as trabajadores/as deben ser citados con una antelación mínima de 4 días hábiles-, supondrá la suspensión cautelar de

la prestación económica, teniendo el trabajador/a un plazo de 10 días hábiles, a contar desde el día de la incomparecencia, para que justifique esta. Si se justifica dentro del plazo en los términos previstos en el RD, se dejará sin efecto la suspensión preventiva, en caso contrario, se acordará la extinción de la prestación económica.

Cuadro V. Obligaciones de trabajadores/as, empresarios/as y organismos públicos respecto de los partes de baja, confirmación de la baja y alta		
Materia	Legislación anterior	RD 625/2014
<b>OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR/A</b>		
Número de copias del parte entregadas al trabajador/a	2	2
Plazo de entrega del parte al empresario/a por parte del trabajador/a:		
- Partes de baja y confirmación de la baja	3 días	3 días
- Partes de alta	24 horas	24 horas
<b>OBLIGACIONES DEL EMPRESARIO/A</b>		
Plazo para remisión de los partes de baja, confirmación de la baja o alta, cubiertos con los datos de la empresa	5 días	3 días hábiles
Entidad receptora de los partes	INSS, ISM o Mutua, según Entidad de cobertura	INSS, ISM o Mutua, según Entidad de cobertura
<b>OBLIGACIONES DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS</b>		
Plazo para remisión de los partes de baja, confirmación de la baja o alta, por parte del Servicio Público de Salud o de la Mutua	5 días	Primer día hábil
Entidad receptora de los partes	Entidad Gestora o Mutua	INSS
Plazo para distribución por parte del INSS de los partes que correspondan al ISM o a la Mutua	-	Primer día hábil
Partes de alta expedidos por los Inspectores Médicos de la Entidad Gestora: Remisión al Servicio de Salud y/o a la Mutua	-	Primer día hábil

#### Nuevo procedimiento para las propuestas de alta realizadas por las Mutuas en los casos de Incapacidad Temporal por Contingencia Común.

La presente regulación de propuesta de alta médica formulada por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes, es perversa y asimétrica. Así mientras la Mutua, a la vista de la información clínica disponible, puede realizar una propuesta de alta motivada; el facultativo/a del Servicio Público de Salud que emite los partes médicos, si acepta el alta terminará su intervención en este proceso, mas si está disconforme con la misma y quiere confirmar la baja, se verá obligado en un plazo máximo de cinco días a asumir un profuso trabajo extra -a mayores de la

sobrecarga de trabajo que ya de por sí tienen estos/as facultativos/as de los SPS-, a saber: "consignación de diagnóstico, tratamiento médico dispensado, las causas que justifican la discrepancia y señalará las atenciones y los controles médicos que se considere necesario realizar."

Si tenemos en cuenta la sobrecarga laboral a la que están sometidos los/as facultativos/as del Servicio Público de Salud, es evidente que en muchas ocasiones estos terminarán por no confirmar la baja médica, dada la carga de trabajo y el tiempo que este proceso requiere. Lo que comentábamos, un procedimiento perverso, injusto y asimétrico, que una vez más juega en contra de los intereses y los derechos de los/as trabajadores/as.

Por otro lado, por si no había quedado clara su manifiesta intencionalidad la propia Ley encomienda al INSS y en su caso al ISM, el: "seguimiento del grado de cumplimiento de los plazos de las distintas entidades en la que se refiere a las propuestas de alta. En el caso que se detectaran retrasos significativos se propondrán medidas adicionales que aseguren que el procedimiento se desarrolle con el necesario grado de celeridad".

Ante este tipo de lindezas, mucho nos tememos que serán millares y millares los/as trabajadores/as que aun enfermos tendrán que reintegrarse a sus puestos de trabajo al causar alta laboral y perder su derecho a la prestación, o al causar alta médica por "silencio administrativo" debido a la saturación de los SPS y tener que reintegrarse, sí o sí, a su puesto de trabajo si no quieren ser despedidos de manera "procedente"

Cuadro VI. Propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes		
Materia	Legislación anterior	RD 625/2014
Entidad que efectúa las propuestas	Mutua, a través de los servicios médicos adscritos.	Mutua, a través de los servicios médicos adscritos.
Órgano ante el que se formulan	Inspección médica de los Servicios de Salud, que las tiene que remitir a los/as facultativos/as o servicios médicos a los que corresponda la emisión de los partes de alta.	Inspección médica de los Servicios de Salud, que las tiene que remitir a los facultativos/as o servicios médicos a los que corresponda la emisión de los partes de alta.
Plazo para pronunciarse el facultativo/a sobre la propuesta de alta	10 días	5 días (*), contados desde la fecha en que la propuesta tuviera entrada en la Unidad de Inspección. *Hasta el 1 de marzo de 2015, el plazo es de 11 días (disposición transitoria 2ª RD 625/2014)
Resolución de la propuesta	- Confirmación motivada de la baja - Admisión de la propuesta, expidiendo el parte de alta médica	- Confirmación motivada de la baja - Admisión de la propuesta, expidiendo el parte de alta médica
Consecuencias de no contestar en plazo por parte del facultativo/a médico	La Inspección Médica puede acordar el alta, expidiendo el parte médico, o mantener la baja	La Inspección Médica puede acordar el alta, expidiendo el parte médico, o mantener la baja
Plazo para comunicar la confirmación de la baja	15 días desde la recepción de la propuesta en la Unidad de Inspección Médica	5 días (*), desde la recepción de la propuesta en la Unidad de Inspección Médica. *Hasta el 1 de marzo de 2015, el plazo es de 11 días (disposición transitoria 2ª RD 625/2014)
Consecuencia de la no contestación en plazo	La Mutua puede: - Reiterar la propuesta ante el Servicio de Salud - Formular una iniciativa de alta ante los servicios médicos del INSS	La Mutua, transcurrido el plazo de contestación, puede instar ante la Inspección Médica de la Entidad Gestora la expedición del parte de alta
Plazo de la entidad Gestora para contestar a la solicitud de la Mutua de la expedición del alta	No existe plazo expreso de contestación, por lo que habrá que estar a los plazos generales (3 meses)	4 días (*), contados desde la recepción de la solicitud. *Hasta el 1 de marzo de 2015, el plazo es de 8 días (disposición transitoria 2ª RD 625/2014)

**Se facilita a las Mutuas el acceso a la información clínica del trabajador/a afectado/a por Incapacidad Temporal por contingencia común.**

Dado que los médicos/as de la Mutua no están obligados a visitar al trabajador/a enfermo/a, el Real Decreto contempla que las Mutuas tengan acceso al historial clínico del paciente; historial clínico que en principio no está compartimentalizado, por lo que las Mutuas, si este aspecto no es subsanado, podrían tener acceso a la totalidad de la historia clínica del trabajador/a enfermo/a mucho más allá de la información referida estrictamente a su proceso de baja, vulnerando en ese caso la ley de protección de datos y los derechos que en este ámbito asisten al trabajador/a.

En cualquier caso los facultativos de las Mutuas tendrán acceso a toda la información clínica incluida dentro del informe de control de la incapacidad por contingencia común: informes médicos iniciales, informes médicos complementarios y de control, sus actualizaciones y todas las pruebas médicas realizadas en los procesos de incapacidad temporal, lo que supone en la práctica el acceso a prácticamente

toda la información clínico-médica de la enfermedad incapacitante para el trabajo. Más aun si tenemos en cuenta la posibilidad de que las Mutuas acaben por acceder también, a la información de aquellas otras patologías que puedan afectar o influir en la patología origen de la IT. Esto es, en la mayor parte de los casos la mayoría de la información clínica del trabajador/a-enfermo/a.

Esta circunstancia, por mucha consulta que se haya hecho con la Sociedad Española de Protección de Datos, no garantiza en ningún caso el uso que finalmente pueda hacerse de esa información. Esta circunstancia es para nosotros causa de una importante alarma, dado los múltiples antecedentes existentes en el uso irregular y fraudulento, cuando no delictivo, de la información clínica de los/as trabajadores/as utilizada para tomar decisiones laborales que claramente vulneran sus derechos, siendo causa de: no contratación, no prórroga o renovación del contrato, despido o finalización sobrevenida de la contratación, despido por incapacidad sobrevenida (cada vez más utilizado por las empresas), o cualquier otro tipo de decisión laboral que termina por afectar directamente al trabajador/a y es tomada con criterios estrictamente empresariales.

Cuadro VII. Procedimiento para la declaración de la contingencia en los procesos de incapacidad temporal	
Materia	RD 625/2014
Inicio del procedimiento	De oficio: - A iniciativa del INSS - A propuesta de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del Servicio Público de Salud o del Instituto Social de la Marina. A instancia: ▶ Del trabajador/a ▶ De las Mutuas ▶ De la correspondiente empresa colaboradora
Comunicación del procedimiento	- A la Mutua o a la empresa, si el procedimiento no se inició a su instancia - Al trabajador/a, si el procedimiento no se inició a instancia de éste
Plazo de alegaciones	- De la Mutua o la empresa colaboradora: 4 días hábiles. - Del trabajador/a: 10 días hábiles
Reconocimiento y abono de la prestación	En función del parte de baja emitido, sin perjuicio de las regularizaciones a que haya lugar, si la determinación de contingencia se resolviese de forma diferenciada a la que consta en el parte de baja
Informe preceptivo	Equipo de Valoración de Incapacidad (EVI) de la respectiva Dirección Provincial del INSS
Plazo para dicha resolución	15 días hábiles a contar desde: - La fecha en que se aportasen los documentos y alegaciones oportunas - La finalización del plazo para realizarlas
Sentido de la resolución	- Determinación de la contingencia y, de ser el caso, si el proceso es recaída de otro anterior - Efectos que correspondan - Entidad responsable de las prestaciones económicas y sanitarias - La resolución tiene los efectos atribuidos a la resolución de reclamación previa (art. 71 da Lei 36/2011)
Comunicación de la resolución	Las resoluciones se comunican a: ▶ Trabajador/a ▶ Empresa ▶ Mutua ▶ Servicio de Salud

## REFLEXIÓN

Que esta legislación vaya a favorecer el funcionamiento del sistema y la protección de los/as trabajadores/as, es en sí misma una dramática burla que a buen seguro tendrá nefastas consecuencias. Tanto para un Sistema que quedará absolutamente desvirtuado en relación a sus funciones y cometidos, como para el conjunto de la clase trabajadora que en muchos casos verá comprometida su propia salud a causa de una política de reducción a ultranza de la duración de los períodos de incapacidad temporal. Reducción ésta instrumentalizada a través de una previsible avalancha de propuestas de alta que, a buen seguro realizarán (ya lo están haciendo) las Mutuas como parte de la estrategia diseñada para conseguir ese objetivo.

Así las cosas quien realmente gana son las empresas, que verán reducidos los costes vinculados a la incapacidad laboral al mismo tiempo que introducen un nuevo elemento de presión y de control sobre el/la trabajador/a; las Mutuas que como asociaciones empresariales verán incrementado su volumen de negocio con la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común; y los fondos estatales e internacionales de inversión para los cuales se abre una gran oportunidad de negocio con el apoyo de un sector público forzado a un vertiginoso proceso de destrucción.

Todo esto si cabe, resulta más escandaloso e inaceptable, si miramos y analizamos **la ocultación y el falseamiento que de la mortalidad por enfermedades profesionales vienen haciendo las Mutuas** en los últimos años, sin ningún tipo de escrúpulo. Así, y haciendo uso de la información proporcionada por las propias Mutuas, entre los años 2000 y 2004 nos encontramos con que en el Estado español no se produjo ninguna muerte por enfermedad laboral, y que desde el año 2005 y sucesivos se produjeron una media de tres muertes anuales a causa de enfermedades de origen laboral.

En relación a la mortalidad por enfermedades profesionales, si atendemos en cambio al informe elaborado por el *Grupo de Investigación de Salud Laboral* de la "Universidad Pompeu Fabra", nos encontramos con el dato que estima que cada año mueren en el conjunto del Estado español alrededor de 14.000 (catorce mil) trabajadores y 2.000 (dos mil) trabajadoras por enfermedades relacionadas con su trabajo. Así, de los 9.400 muertos por cáncer, de los 3.600 muertos por enfermedades cardiovasculares o de los 1.700 muertos por enfermedades respiratorias, tan sólo 3 (tres) de estas muertes fueron reconocidas y registradas de promedio por las Mutuas cada año.

La diferencia brutal entre unos y otros datos, viene justificada por la existencia de una política intencional y sistemática de subregistro de muertes por enfermedad profesional, que permite a las Mutuas y a sus empresas asociadas, ahorrarse las enormes cantidades de dinero que tendrían que aportar en concepto de indemnizaciones y recargos.

En relación al cómputo de las enfermedades laborales, las Mutuas vienen registrando un promedio de 30.000 enfermedades laborales por año, la mayoría calificadas por las propias Mutuas como "leves" y sin derecho a baja laboral. Nada más lejos de la realidad. Si tenemos en cuenta los datos de los Países del entorno de la OCDE y las

estimaciones realizadas por diversos estudios realizados en el Estado español, la cifra de casos de enfermedades profesionales rondaría los 2.000.000 (dos millones de casos), que afectarían en torno al 9% de los trabajadores y al 13% de las trabajadoras.

Este infame, enorme y constante subregistro de enfermedades de origen laboral, sólo es posible por un lado, por la complicidad de facto de los Gobiernos de turno y la complicidad activa, por acción u omisión, de otros organismos, entidades y estamentos del Estado y de las propias CCAA con competencias en la materia que, de una u otra manera, intervienen directa o indirectamente en este tipo de procesos; y por otro lado, como consecuencia de la ingente cantidad de recursos destinados por las Mutuas en abogados, peritos, especialistas laborales y otro tipo de "expertos", que a sueldo de las Mutuas terminan participando en los juzgados en las estrategias de negación de la causalidad laboral de enfermedades y accidentes.

Es constatable y evidente que la brutal reforma laboral impuesta por el Gobierno del PP entre otras muchas y nefastas consecuencias, ha propiciado un profundo y progresivo deterioro de las condiciones de trabajo, y por ende de las condiciones de seguridad y salud laboral en las empresas, empeorando significativamente, cuando no suprimiendo completamente los derechos y garantías que asistían a la gran mayoría social trabajadora.

Consecuencia directa de esta reforma es el incremento exponencial de los riesgos psicosociales relacionados con la inseguridad y desprotección laboral de los/as trabajadores/as, obligados/as en la práctica a aceptar condiciones de trabajo que rayan en el esclavismo y en la más espúrea de las explotaciones, y que se traduce en salarios de miseria, largas jornadas laborales mal o incluso no retribuidas, horas extras impagadas, constantes sobrecargas de trabajo, inseguridad contractual y ausencia de garantías laborales. Al mismo tiempo y de manera generalizada, se produjo un notable incremento de los ritmos y frecuencias de trabajo, que llevan al límite de su resistencia la integridad músculo-esquelética de miles y miles de trabajadores/as que, finalmente terminan lesionados/as e incapacitados/as para trabajar.

La propia Agencia Europea de Seguridad y Salud, consultada sobre las causas de las bajas por IT en el Estado español, indica que estas provienen mayoritariamente de los trastornos músculo-esqueléticos debidos a movimientos repetitivos, sobreesfuerzos y exigentes ritmos de trabajo, así como de riesgos psicosociales.

Mas no, en lugar de estudiar y analizar las causas y el origen de las bajas por IT, y aplicar en consecuencia unas políticas preventivas adecuadas y rigurosas en relación a los riesgos que las generan, el Gobierno del Estado nos aplica esta nueva reforma reaccionaria y antisocial que, en la práctica, considera a los/as trabajadores/as como potenciales defraudadores, a los/as médicos/as del SPS que conceden las bajas por IT, como incompetentes y poco rigurosos, y a las empresas como entidades sacrosantas con poder omnímodo para defenderse de la "cara dura" y el "fraude sistemático" al que están sometidas por personas tan poco recomendables. Faltaría más.

## SABÍAS QUE..?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

## Sensibilidad Química Múltiple (SQM) y Salud Laboral

Aunque en el Estado español la SQM no está reconocida como enfermedad y se desconoce el número concreto de afectados, se estima que el 15% de la población, en mayor o menor grado, sufren Sensibilidad Química Múltiple (SQM). A pesar del cual, aun es muy grande el desconocimiento que se tiene sobre esta enfermedad.

La sensibilidad química múltiple (SQM) es un síndrome complejo que se presenta como un conjunto de síntomas

vinculados a diversos agentes y componentes que se encuentran en el medio, y que terminan por producir diversas reacciones como consecuencia de bajos niveles de exposición, en muchos casos tolerados por la mayoría de las personas.

La cada vez más frecuente aparición en el ámbito laboral de casos relacionados con la SQM, afecta e implica de una manera directa e incuestionable a la salud laboral y a la política preventiva.

La SQM tiene en la actualidad una dificultad diagnóstica, derivada en parte de las limitaciones de los criterios empleados para la misma, así como de los innumerables factores determinantes en la aparición de los casos, lo que unido al hecho de que puede afectar no solamente a los/as trabajadores/as que manipulan productos químicos, sino también a aquellos que realizan actividades en principio carentes de este tipo de agentes, la convierten en motivo de controversia científica, a la vez

que se amplía el ámbito de incidencia de nuevos casos a prácticamente todo el campo de la actividad laboral.

Acontece que muchos de los casos detectados tienen pocos aspectos comunes y presentan síntomas y grados de afectación muy diversos, lo que no contribuye a la clarificación diagnóstica de este síndrome, que por lo estudiado hasta ahora, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y en muchos casos va asociado a la fibromialgia y al síndrome de la fatiga crónica; afecciones estas, que están relacionadas con procesos de sensibilización central que presentan diferentes manifestaciones clínicas.

Aunque este síndrome afecta cada vez a más personas y especialmente a más trabajadores y trabajadoras, a día de hoy la SQM no está reconocida como una enfermedad profesional.

Dicho esto, es evidente la necesidad que en relación a la SQM desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se evalúen y controlen los riesgos, valorando un cambio de puesto de trabajo del trabajador/a afectado/a en el caso de considerarse necesario, valorando la conveniencia de una incapacidad laboral temporal en fases sintomáticas de agudización o permanente, dependiendo de la gravedad de los síntomas y su profesión; siendo en todo caso fundamental la reintegración a su vida familiar, social y laboral cuando se produzca una mejoría suficiente.

En cualquier caso, en términos preventivos y especialmente en el ámbito laboral, reducir la exposición a los contaminantes ambientales, sigue mostrándose como la medida más adecuada, cuando no imprescindible para disminuir la incidencia de la SQM y la carga de enfermedad atribuible a este tipo de exposiciones. Esta evitación de exposición del trabajador/a a los desencadenantes, mejorará los síntomas, disminuirá el número de crisis y evitará en lo posible la aparición de nuevas intolerancias.

Esta medida, a veces compleja de aplicar, dado el amplio uso de químicos en todos los ámbitos, puede generar el desarrollo de comportamientos evitativos en la persona afectada.

En el ámbito laboral esta complejidad se multiplica, siendo absolutamente necesario la consideración de las personas afectadas como trabajadores/as especialmente sensibles, reforzando la aplicación de los principios de la acción preventiva descritos en los lugares de trabajo, evitando a toda costa la reexposición a los agentes desencadenantes.

Más siendo esta una medida preventivo-terapéutica difícilmente cuestionable, a mayores se hace necesario avanzar en el conocimiento científico de la etiopatogenia de la SQM, así como impulsar una reconceptualización de la evaluación de los riesgos asociados, promoviendo una revisión de las dosis de exposición y concentración hasta ahora aceptadas.

Desgraciadamente hasta el momento, poco o nada de esto se ha hecho en el espacio de la salud laboral europea, claramente influenciada en su evolución, tanto por la deprimida coyuntura económica como por el contexto político actualmente dominante. Contexto nada favorable a adoptar medidas de esta índole, primando y favoreciendo los factores de carácter económico sobre los factores de la prevención y la salud.



Más, en tanto en cuanto, va avanzándose en la obtención de respuestas adecuadas y en la adopción de nuevos criterios preventivos, sería importante cuando menos, impulsar la coordinación de los proyectos estatales existentes en materia de vigilancia y control sanitarios sobre el empleo de productos químicos, derivados de la implantación de la legislación existente en materia de productos químicos en el conjunto de Europa, con el objetivo de avanzar lo más posible en esta materia.

De todas maneras y pese a quien pese, en el Estado español la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece que los/as trabajadores/as tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Este derecho supone la existencia de un correlativo deber de la empresa de protección frente a los riesgos laborales que, en cumplimiento del deber de protección, deberá garantizar la seguridad y la salud del personal a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, conforme a los principios generales estipulados en su artículo 15. Al mismo tiempo, en su artículo 25, la misma Ley hace referencia a la protección del personal especialmente sensible a determinados riesgos.

Tal y como queda establecido en los artículos 3 y 4 del Reglamento de los Servicios de Prevención, la evaluación de los riesgos laborales es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no pudieran evitarse, obteniendo la información necesaria para que la empresa esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas

preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.

En el caso de la SQM es característico que la persona afectada desarrolle síntomas al exponerse a niveles en los que el químico está muy por debajo de los rangos establecidos como Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos; viéndose en muchos casos incluso afectada por exposiciones que no son consideradas como riesgos profesionales, pero que pueden desencadenar la sintomatología, a través de la presencia de productos tan variados como perfumes, fragancias, productos de limpieza, papel impreso, obras o mobiliario nuevo en el ambiente de trabajo, entre otros.

### El reconocimiento de la SQM como una enfermedad profesional

A pesar del desconocimiento, la poca visibilidad y el escaso apoyo con el que cuentan los/as trabajadores/as afectados/as de SQM, recientemente la Justicia se puso de parte de los/as afectados/as de esta poco comprendida enfermedad.

Así, en uno de los casos, el Juzgado del Social nº 3 de Córdoba concedió el 4 de julio de 2013 la Incapacidad Permanente Absoluta a una trabajadora afectada de SQM en contra de lo dispuesto anteriormente por el *Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería Nacional de la Seguridad Social*. En este caso la trabajadora demandante, que padecía Sensibilidad Química Múltiple, Síndrome de Fatiga Crónica, Fibromialgia y Trastorno Depresivo Asociado, fue declarada en situación de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo.

En otro caso, el Juzgado de lo Social número 4 de Valencia reconoció a una ex-empleada del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de Valencia, que la Sensibilidad Química Múltiple (SQM) que padece -y por la que quedó incapacitada para trabajar- tiene origen profesional como consecuencia de la exposición continuada a plaguicidas. De esta manera, en una sentencia -datada el 10 de junio del presente año- se estima la demanda interpuesta por una trabajadora del Centro de Investigación para que se le reconociera como enfermedad laboral la dolencia que padecía, y que ella atribuía a que entre agosto de 2004 y septiembre de 2006 realizó tratamientos con plaguicidas, en concreto fitosanitarios, en el Instituto de Biología Molecular y Celular de Plantas.

La sentencia recoge que en un informe del propio Servicio de Prevención del CSIC, se señalaba que el riesgo de exposición a agentes químicos en dicho puesto era "muy elevado en relación a ocho plaguicidas". En su argumentación, la jueza hace notar que en este caso "no se cuestionan las patologías que presenta la mujer, declarada afecta de incapacidad permanente absoluta, sino el origen laboral de dichas patologías que consisten

en síndrome de sensibilidad química, síndrome de fatiga crónica y síndrome de ojo seco, considerando que su origen se encuentra en su exposición a diferentes agentes químicos mientras prestó servicios en el Instituto de Biología Molecular".

Asimismo, la magistrada cree que "sí resulta posible considerar la existencia de enfermedad profesional desde el momento en el que en el período 2004-2006 la trabajadora estuvo en contacto en el invernadero con plaguicidas". "El contacto de la trabajadora con dichos productos se encuentra acreditado documentalmente y a partir de agosto de 2006 se inician las molestias, con un primer proceso de incapacidad temporal, que de hecho, se reconoce por contingencias profesionales precisamente por el contacto de plaguicidas; tras la reincorporación a su puesto de trabajo, la trabajadora pasó al laboratorio, donde igualmente se utilizan agentes con frase R asociada al riesgo de vía inhalatoria e incluso en el 2010, cuando pasa a prestar servicios en el almacén, este se encuentra anexo al laboratorio donde emplean los referidos productos químicos", relata la resolución.

En este sentido, añade que "hasta que no se produjo la exposición a dichos productos no consta la aparición de los síntomas en la trabajadora, sin que se acreditara la

existencia de una predisposición o patología de base que pudiera inclinar la enfermedad". De hecho, añade, "el informe de valoración médica sitúa el cuadro clínico en 2006". Por consiguiente, "la exposición a los productos fitosanitarios que dan origen a la patología invalidante se produjo en 2004-2006 con independencia de que no sea hasta fecha posterior cuando se efectúe el diagnóstico de SQM".

En consecuencia, la sentencia -contra la cual cabe recurso de suplicación- estima la demanda de la trabajadora frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Mutua y el CSIC, por lo que declara que la incapacidad permanente absoluta reconocida a la mujer tiene su origen en una enfermedad profesional, y condena a los demandados a estar y a pasar por dicha declaración, y al INSS a abonar una prestación equivalente al cien por cien de la base reguladora mensual con las mejoras y revalorizaciones que procedan".

El hecho de que la Sensibilidad Química Múltiple continúe sin ser incluida en el listado de enfermedades profesionales obliga a las personas enfermas como esta extrabajadora del CSIC a recurrir a la vía judicial para establecer el origen profesional de su enfermedad y, por lo tanto, el derecho a ver satisfecho el incremento de su

prestación que la Ley determina para las enfermedades derivadas de la actividad laboral.

Según diversos especialistas en la materia, estas sentencias son de hecho, las primeras que admiten el origen profesional de un caso de Sensibilidad Química Múltiple".

Es paradójico o cuando no, totalmente inaceptable, que sean las propias instituciones públicas que tienen la obligación legal de velar por el bienestar de los/as trabajadores/as, como es el caso de las Mutuas o la propia Seguridad Social, las que día a día y cada vez con mayor frecuencia, vuelven la espalda a trabajadores y trabajadoras, enfermos/as crónicos afectados por su exposición a tóxicos en sus ámbitos laborales y que terminan viéndose socavados y vulnerados en sus derechos más elementales.

*Para ver las sentencias anteriores relativas al reconocimiento de la SQM como enfermedad profesional, puedes visitar la dirección:*

<http://saude-laboral.galizacig.com/novas/25-9-2014/sensibilidade-qu-mica-m-ltiple>

## INFORMACIÓN TÉCNICA

Gabinete Técnico Confederado de Saúde Laboral

## El Comité de Seguridad y Salud

La participación de trabajadoras y trabajadores en la empresa en materia de prevención de riesgos y protección de su salud está regulada a través de dos figuras: la/el **delegada/o de prevención y el Comité de Seguridad y Salud**.

Según se define en el artículo 38 de la LPRL el Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.

Así pues será un órgano de participación interno formado por los delegados y delegadas de prevención de una parte y por un número igual de representantes de la empresa por la otra; los representantes que forman parte del Comité por parte de la empresa deben tener capacidad decisoria con el fin de darle a este órgano una función activa dentro de las actividades destinadas a la prevención dentro de la empresa.

Su constitución es obligatoria en las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores/as (art. 38.2 LPRL) y en aquellas en las que así se especifique en acuerdo de convenio o cuando así lo ordene la ITSS.

El reglamento que rige su funcionamiento se determinará en el seno del propio Comité, aunque están establecidas una serie de normas a las que debe someterse (art. 38 LPRL), a saber:

- El Comité se reunirá trimestralmente como mínimo y siempre que lo solicite alguna de las partes.
- En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud pueden participar con voz pero sin voto, los/as Delegados/as Sindicales y los/as responsables técnicos de prevención en la empresa que no estén incluidos en la composición oficial del propio Comité. En las mismas condiciones podrán participar trabajadores/as de la empresa que cuenten con una especial cualificación o información respecto de las cuestiones concretas que se debatan en este órgano y técnicos/as en prevención ajenos a la empresa, siempre que así lo solicite alguna de las representaciones en el Comité.

En el caso de empresas con varios centros de trabajo dotados de Comités de Seguridad y Salud podrá acordarse la creación de un Comité Intercentros, al que se dotará de competencias y normas de funcionamiento.

Asimismo, cuando varias empresas desarrollen actividades de manera simultánea en un mismo centro de trabajo, podrá acordarse la realización de reuniones conjuntas de los Comités de Seguridad y Salud de las mismas. (Si la empresa carece de Comité, acudirán los/as delegados/as de prevención y representantes de la empresa).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales atribuye al Comité de Seguridad y Salud las siguientes **competencias**:

- Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos de la empresa. A tal efecto, en su seno se debatirán, antes de su puesta en práctica y en lo referente a su incidencia en la prevención de riesgos, la elección de la modalidad organizativa de la empresa y, en su caso, la gestión realizada por las entidades especializadas con las que la empresa hubiera concertado la realización de actividades preventivas, los proyectos en materia de planificación, organización del trabajo e introducción de nuevas tecnologías, organización y desarrollo de las actividades de protección y prevención a que se refiere el artículo 16 de esta ley y proyecto y organización de la formación en materia preventiva.
- Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de riesgos.
- Proponer a la empresa la mejora de las condiciones o la corrección de las deficiencias existentes.

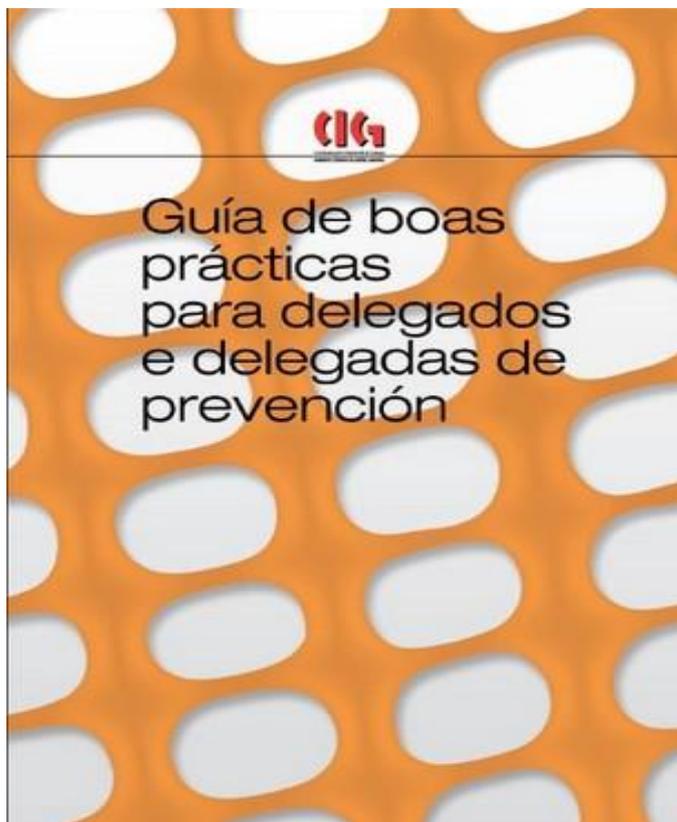
En el ejercicio de sus competencias, el Comité de Seguridad y Salud **estará facultado** para:

- Visitar los centros de trabajo para conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos.

- Conocer cuantos documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, incluyendo aquellos procedentes de la actividad del servicio de prevención.
- Conocer y analizar los daños producidos en la salud de los/as trabajadores/as al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.
- Conocer y recibir información sobre la memoria y programación anual de los servicios de prevención.

Dentro de las competencias de la Inspección de Trabajo está la visita a los centros de trabajo para la comprobación del cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales. En el marco de estas visitas, la Inspección de Trabajo comunicará su presencia al Comité de Seguridad y Salud a fin de que acompañen al Inspector o Inspectora durante el desarrollo de la visita y puedan formular las observaciones que estimen oportunas.

En aquellas empresas que, por no tener obligación, no cuenten con Comité de Seguridad y Salud, las competencias atribuidas al mismo serán ejercidas por los Delegados o Delegadas de Prevención.



### La constitución y funcionamiento de un Comité de Seguridad y Salud

El Comité de Seguridad y Salud será el lugar en el que trabajadores/as y empresarios/as intenten desarrollar de manera equilibrada parte de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales dentro de la empresa.

Partiendo de esta premisa, lo primero que hay que garantizar es la existencia de este órgano; así pues será preciso **exigir su constitución** en aquellos casos en los que exista obligación legal, o acuerdo de convenio, a través de solicitud por escrito a la

empresa; de no tener contestación a la solicitud en un plazo razonable, siempre es posible tramitar una denuncia por este hecho ante la Inspección de Trabajo.

Una vez constituido, llega el momento de acordar entre las partes (hay que recordar que este órgano debe tener el mismo número de delegados/as de prevención que de representantes de la empresa), las normas que regirán su funcionamiento.

Estas normas deben contar con un alto grado de consenso entre las partes y constar por escrito. El procedimiento de redacción del reglamento que regirá la actividad del Comité dependerá de cómo se gestione el mismo dentro de la empresa, pero hay que tener claro que las/os Delegadas/os deben ser una parte activa dentro de este proceso, asesorándose, estudiando e incluso presentando una propuesta de reglamento adecuada a los intereses de trabajadoras y trabajadores.

Como propuestas que invitamos a incluir dentro del reglamento, pueden estar las siguientes:

- ✓ Distribuir los cargos de representación del Comité entre las partes: una de las partes actuará como presidente/a y la otra como secretario/a, pudiendo establecerse qué parte ocupará qué puesto de forma permanente o una limitación temporal para la ocupación de los puestos y que esta ocupación tenga carácter rotatorio.
- ✓ Acordar el carácter mixto de la representación del Comité, con la presencia de un miembro de cada una de las partes.
- ✓ Establecer que además de las reuniones trimestrales a las que está obligado el Comité, se convoque de manera extraordinaria la junta de este órgano en caso de accidente o daño grave, incidentes con riesgo grave, sanción por incumplimientos en materia preventiva o realización de tareas puntuales especialmente peligrosas.
- ✓ En relación a las reuniones del Comité, especificar que debe convocarse a las partes por escrito haciendo constar el orden del día y con antelación suficiente para su preparación; asimismo indicar que para cada una de las reuniones es preciso levantar acta de la misma en la que se recojan los asuntos tratados, los acuerdos adoptados, los puntos de discordancia, plazos y responsabilidades conseguidos para llevar a cabo las tareas preventivas acordadas.
- ✓ Establecer el contenido mínimo de las reuniones trimestrales: presentación por parte de la empresa del informe sobre la evolución del plan de prevención, estadísticas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales así como la incidencia de enfermedades que causan baja laboral, ...
- ✓ Contemplar la posibilidad de constituir grupos de trabajo para abordar problemas específicos.

Una vez constituido y regulado, es preciso trabajar para que el Comité **funcione** y se posicione como el órgano consultivo y participativo que debe ser dentro del funcionamiento de la empresa. Para eso hay que procurar:

- Que la empresa asuma el compromiso de dotar de recursos propios al Comité según sus necesidades.
- Promover fórmulas para aumentar la participación de los trabajadores y trabajadoras: buzón de sugerencias, impresos para elevar quejas al Comité o para exigir su visita al puesto de trabajo, etc.
- Proponer para ser tratados asuntos con una cierta entidad, evitando aquellos que puedan ser solventados de manera sencilla en el puesto de trabajo.
- Buscar el establecimiento de plazos realistas para el cumplimiento de los acuerdos adoptados, con el fin de buscar una resolución efectiva de los problemas.
- Informar a trabajadoras/es de los acuerdos adoptados.
- Trabajar para que la empresa cumpla con sus responsabilidades dentro del Comité.

#### Guía de buenas prácticas para delegados y delegadas de prevención -Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral – CIG-

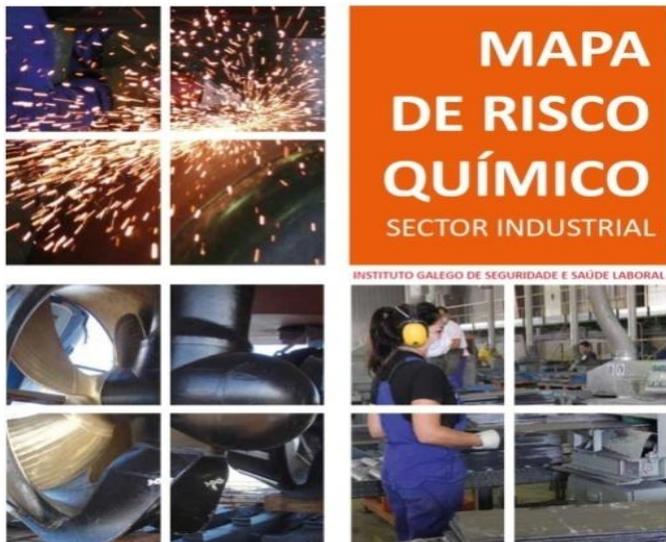
En esta publicación puedes encontrar información adicional, un Modelo de Reglamento para el funcionamiento del Comité de Seguridad y Salud (Anexo IV, pág. 105) y modelos de escritos para solicitar ante la empresa la constitución del Comité o la reunión de este órgano.

La Guía está disponible en la web [www.cigsaudelaboral.org](http://www.cigsaudelaboral.org) en el enlace:

<http://www.cigsaudelaboral.org/files/descargas/Guia%20Boas%20Practicas%20para%20delegados%20de%20delegadas%20de%20prevenci%C3%B3n.pdf>

También está a disposición de delegadas y delegados, en formato papel, en los puntos de asesoramiento comarcal del Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral. Consulta en tu localidad.

## El mapa de riesgo químico del ISSGA: sector industrial



### QUE MOTIVÓ SU PUESTA EN MARCHA?

En el año 2010 surgió en el ISSGA la idea de poner en marcha este proyecto, idea que plasmamos en nuestro plan de actividades y que fue aprobada por unanimidad por nuestra Comisión de Gobierno, en la que están representados los tres sindicatos mayoritarios, las organizaciones empresariales y la administración. Tuvimos además la suerte de contar con el apoyo de los compañeros del "Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales" que ya habían comenzado un trabajo similar, y así fue como a finales del 2010 comenzamos con la primera recolección de datos de este proyecto que como podéis ver, fue sin duda ambicioso y que se estuvo desarrollando en estos años.

La importante presencia de los productos químicos en numerosos sectores de actividad, desde el industrial al de servicios pasando por el docente o el sanitario es un hecho reconocido; también sabemos que pueden provocar incendios, explosiones, enfermedades y problemas de salud y también pueden contaminar el medio. Los productos químicos deben ser controlados, por lo tanto, en los lugares de trabajo.

En toda Europa existe una **ausencia de datos** sobre las propiedades peligrosas de los productos que se manejan en los diferentes sectores, de la forma en la que se manejan, del personal trabajador afectado y, en consecuencia, de los problemas de salud y enfermedades derivadas de su uso. Como ejemplo, el cáncer, que es la enfermedad que más contribuye a la mortalidad y a la disminución de la esperanza de vida del conjunto de la población, está relacionado con los hábitos como fumar, alcohol, dieta, falta de ejercicio y factores genéticos, pero sin duda un porcentaje importante de ellos están relacionados con los contaminantes ambientales y laborales.

Con todo, no debemos olvidar los avances que se vienen produciendo en los últimos años en relación a la comercialización y clasificación de los productos químicos peligrosos en el seno de la Unión Europea. En el año 2007 se publica el **Reglamento REACH** relativo al registro, a la evaluación, a la autorización y a la restricción de las sustancias y preparados químicos, de directa aplicación en todos los Estados miembros. Se pretende con su aplicación ejercer un mayor control sobre los productos químicos comercializados y obtener información suficiente sobre los riesgos que pueden generar; REACH mejora notablemente las diferentes normativas que existían al respecto.

Paralelamente, en el 2008 se publica el Reglamento (CE) nº 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, Reglamento CLP, que supone la aplicación del "Sistema globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos" (SGH) en todo el territorio de la Unión Europea. Un nuevo sistema que sustituirá en el año 2015 totalmente al sistema convencional de clasificación y etiquetado de los productos químicos peligrosos; nuevos pictogramas, nuevas frases de peligro... a lo que fabricantes y consumidores tenemos que adaptarnos y con el cual la Unión Europea se suma al objetivo de conseguir la armonización mundial en la clasificación y etiquetado de sustancias y mezclas peligrosas.

De otra parte, recordemos **que evaluar el riesgo químico, obligación empresarial**, es en ocasiones una tarea compleja, que se debe ajustar a lo dicho en la legislación y debe ser llevada a cabo utilizando un procedimiento que ofrezca fiabilidad sobre el resultado, y que precisa de profesionales debidamente formados. Los procedimientos simplificados de evaluación y metodologías publicadas para evaluar el riesgo facilitan este cometido. Mientras, las diferentes actuaciones del ISSGA en las empresas nos han revelado deficiencias importantes en las evaluaciones específicas de riesgo químico y por eso también entendemos este proyecto como una herramienta que nos permitiera ejercer nuestro cometido de asesoramiento en este terreno.

### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Obtener información sobre los productos químicos presentes en las empresas y el grado de conocimiento y de control de estos, para después asesorarlas sobre la correcta identificación y evaluación del riesgo químico.
- Obtener información concreta sobre los productos cancerígenos y mutágenos y otros productos que se deben controlar especialmente en los lugares de trabajo ya que no existen exposiciones seguras.
- Revisar diferentes aspectos de la información contenida en las fichas de datos de seguridad (FDS), documento dirigido al usuario profesional de un producto químico peligroso comercializado.

### DESCRIPCIÓN

**Nos dirigimos a sectores en los que se utilizan de una manera importante los productos químicos.**

Obtuvimos en general una buena respuesta a nuestra solicitud de colaboración y finalmente participaron **161 empresas que proporcionaron información sobre 168 centros de trabajo** y que abarcaba un total de **31.892 trabajadores**.

Las empresas pertenecían a estos grupos de actividad



Las empresas que participaron pueden considerarse la mayoría pequeñas y medianas empresas atendiendo al tamaño de su cuadro de personal.

Su participación consistió:

- ▶ en cubrir un **cuestionario** disponible en nuestra web que abarcaba diferentes aspectos sobre la prevención de riesgos en los centros de trabajo y en el que debían indicar todos los productos químicos presentes en sus instalaciones.
- ▶ en remitirnos las **fichas de datos de seguridad** de todos los productos químicos.

**Se registraron un total de 8.263 productos químicos y se recibieron y se revisaron 7.791 fichas de datos de seguridad.**

## PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La revisión, tratamiento y análisis de la información nos permitió obtener los siguientes resultados:

### Agentes químicos peligrosos e información de las FDS

- En todos los centros de trabajo estaban presentes agentes químicos peligrosos.
- Un 6 % de los productos recibidos no disponían de ficha de datos de seguridad, entre ellos productos con características de peligrosidad importantes.
- El 60 % de los productos químicos estaban clasificados como peligrosos.
- En más de la mitad de los centros de trabajo (53 %) fueron detectados agentes cancerígenos y/o mutágenos. En un 18 % de los centros estaba presente un único producto cancerígeno.
- En un 75 % de los centros de trabajo estaban presentes productos sensibilizantes (que pueden producir reacciones alérgicas).
- Un 28 % de las fichas de datos de seguridad recibidas mostró algún tipo de irregularidad relacionada con la falta de información, información confusa o errónea o con errores en la clasificación de los peligros de sustancias y mezclas.

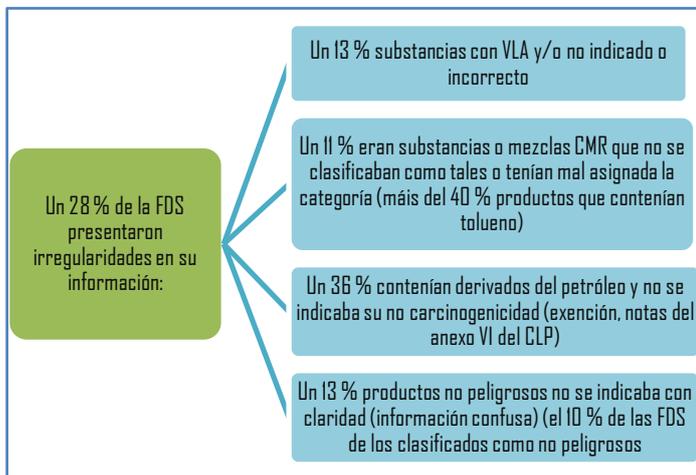


Fig.1. Irregularidades más reseñables encontradas en las FDS.

### Gestión del riesgo por parte de las empresas

Más del 90% afirmaron tener identificados todos los puestos de trabajo con riesgo de exposición y haber realizado la evaluación específica de agentes químicos:

También un elevado porcentaje indicaron trabajar con procedimientos de trabajo definidos, haber implantado correctamente las medidas higiénicas, etiquetar correctamente los envases y también informar y formar a los trabajadores sobre el riesgo químico. Los mismos elevados porcentajes en lo tocante a tener FDS de los productos a disposición del personal trabajador y a la aplicación de los protocolos de vigilancia sanitaria específicos.

### Productos cancerígenos y/o mutágenos (CM)

El análisis de la información reveló que a pesar de que en el 53 % de los centros de trabajo estaba presente algún producto CM, un 26 % no proporcionó la información que se les solicitaba específicamente sobre ellos, es decir, no los identificó, y un 18 % proporcionó información de algunos de los productos con estas características.

En un 26 % de los centros de trabajo estaban presentes agentes CM de 1ª y 2ª categoría (categoría I A y I B según el CLP), que deben ser evaluados teniendo en cuenta la legislación específica para estos agentes, el 45 % de ellos indicó haber realizado la evaluación específica para CM en el cuestionario cubierto.

### Principales conclusiones

Hay un conocimiento incompleto por parte de las empresas de los productos químicos peligrosos presentes en sus instalaciones así como de las características de peligrosidad de estos productos.

En un porcentaje importante de los centros de trabajo están presentes agentes químicos para los cuales no existen niveles seguros de exposición (CM y sensibilizantes)

Existen deficiencias importantes en la información transmitida por los fabricantes, importadores y proveedores de productos químicos peligrosos por medio de la ficha de datos de seguridad, documento legal fundamental para transmitir y controlar el riesgo generado por los productos químicos comercializados.

Las deficiencias en las FDS en muchos casos estaban relacionadas con su falta de actualización; en unos casos atribuible al fabricante y en otros a la incorrecta gestión por parte de la empresa.

Como consecuencia los datos obtenidos generan dudas importantes sobre la corrección de la información transmitida a los trabajadores y sobre la correcta aplicación de los protocolos de vigilancia sanitaria, y revelan **deficiencias importantes en la identificación de los peligros, necesario y primer paso para una correcta evaluación del riesgo químico.**

Debemos recordar que todos los efectos que los productos químicos pueden producir se pueden evitar pero **sin conocimiento es imposible la prevención.**

### ACTUACIONES

A todos los centros de trabajo que participaron en el estudio se les enviaron unos **informes finales**, con una excelente acogida por parte de las empresas, en los que se les indicaba cuáles eran los productos químicos a los que debían poner especial atención (entre ellos los cancerígenos, si los hubiera) y se les comunicaban los resultados de la revisión de las fichas de datos de seguridad. Sin duda provocaron la revisión de la evaluación de riesgo químico de muchos centros y consiguieron además que el estudio repercutiera en las empresas que participaron y resultara ya en una actuación de asesoramiento.

Como complemento se publicará un documento informativo, dirigido a los trabajadores y a las trabajadoras del sector industrial, sobre aquellos aspectos básicos que deben conocer para el control del riesgo químico en su puesto de trabajo que se pondrá a disposición de empresas y servicios de prevención.

Se puede consultar para más detalle en la página web del ISSGA la publicación con los resultados.

[http://issga.xunta.es/portal/contido/documentacion/publicacions/area-tecnica/doc\\_0018.html](http://issga.xunta.es/portal/contido/documentacion/publicacions/area-tecnica/doc_0018.html)

Lucía Ferrón Vidán  
Técnica de Seguridad y Salud Laboral del ISSGA  
Coordinadora del Mapa de Riesgo Químico y autora del informe final.

EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

[www.cigsaudelaboral.org](http://www.cigsaudelaboral.org)

Secretaría Confederal de  
Negociación Colectiva  
e Saúde Laboral  
Rúa Gregorio Espiño 47, Entrechán  
36205 Vigo  
Tlf: 986 262 679. Fax 986 262 781

Gabinete Técnico Confederal de  
Saúde Laboral. Ferrol  
Rúa Eduardo Pondal 41/43 entrechán  
15403 Ferrol  
Tlf: 981 359 449. Fax: 981 359 449  
saudelaboral@galizacig.net

CON LA FINANCIACIÓN DE



DI-0001/2013

