



# MATILDE UCELAY

## A FONDO

El copago, un paso más  
hacia la privatización

## EL LECTOR PREGUNTA

Conflicto colectivo  
¿Reclamación individual  
o esperar la sentencia  
definitiva?

## LA BRÚJULA

Modificación sustancial  
de las condiciones de trabajo

## SENTENCIAS DE INTERÉS

Permiso retribuido  
por asuntos propios



# sumario

## Editorial

Pág.

Retos de la Ley General de Sanidad en su 25 aniversario

3

## Actualidad normativa

Disposiciones normativas recientes

4 y 5

## A fondo

Copago, un paso más hacia la privatización

6 a 11

Ordenación del tiempo de trabajo, Directiva 2003/88

12 a 14

## El lector pregunta

Conflicto colectivo ¿Reclamación individual, o esperar a la sentencia definitiva?

15

## La brújula

La responsabilidad civil médica

16 y 17

Los riesgos sanitarios más comunes a evitar

18 y 19

Modificación sustancial de las condiciones de trabajo

20 y 21

## Sentencias de Interés

Permiso retribuido por asuntos propios

22

Suspensión de contrato por lactancia natural

23



Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

## Ley General de Sanidad, 25 años

Ana Ruiz Pardo. Directora de 'jurídicoCCOO- cuadernos sanitarios'

La salud es uno de los derechos fundamentales reconocido por nuestra Constitución. En el año 1986 se reguló por la Ley General de Sanidad, que ha venido a consolidar este derecho en el marco del Estado de Bienestar y, este año, celebramos su 25 aniversario.

Es motivo de celebración porque, actualmente, nuestro SNS goza de una elevada legitimación social, aunque también manifiesta síntomas que, desde distintos ámbitos e intereses, alertan sobre su sostenibilidad.

La FSS-CCOO viene advirtiendo desde 2004, cuando organizó la primera jornada sobre el SNS, debilida-

des en aspectos tan esenciales como la organización y la gestión de los recursos. Desde entonces, ha continuado con esta tarea; presentando conclusiones, propuestas y realizando un esfuerzo conjunto con agentes sociales, políticos, académicos, gestores e institucionales para defender nuestro sistema sanitario público.

Es indiscutible que poner en marcha medidas de mejora beneficia a todos los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país; al incrementar los resultados de sus indicadores en términos de salud; mejorar las condiciones laborales de sus profesionales, que ya gozan de un elevado reconocimiento social por su elevada cualificación y buen hacer; además de los beneficios económicos, al mejorar su eficiencia.

La mayor preocupación es que ahora, que encuentra su situación agravada por el contexto político, económico y social, se continúe utilizando como arma electoral y, resulta inquietante, el exacerbado interés desde determinados ámbitos por acentuar sus debilidades, para presentar soluciones que, más allá de consolidar el Sistema, lo alejan de los principios fundamentales que lo legitiman; gratuidad, solidaridad, equidad y eficiencia.

Por ello, ahora más que nunca urge establecer medidas que permitan garantizar lo que supone "una gran conquista social", para que pueda seguir contribuyendo a potenciar el Estado de Bienestar, a promover la cohesión social y a reducir las desigualdades sociales, en el presente y el futuro.

### 'Romper Tabúes', primera arquitecta española



Ana Ruiz. Responsable Área de Comunicación FSS-CCOO

Matilde Ucelay (Madrid, 1912-2008) finalizó sus estudios de arquitectura pocos días antes de que estallara la guerra civil, y se le rindió homenaje como primera licenciada en Arquitectura de España, en un acto en el que estuvo presente Amós Salvador Carreras, ministro de Gobernación del que dependía la Dirección General de Arquitectura.

Formó parte de la Junta del Colegio de Arquitectos, donde fue represaliada por un tribunal profesional debido a su filiación republicana. Fue condenada a cinco años sin ejercer, inhabilitándola a perpetuidad para ocupar cargos públicos, lo que le obligó a trabajar, durante

un tiempo, en proyectos que luego firmaban algunos de sus compañeros, ya que contaba con la complicidad de un gran círculo de amigos. A pesar de todas las prohibiciones y dificultades, mantuvo una actividad profesional continuada durante más de cuarenta años, construyendo edificios para clientes privados, algunos extranjeros, más abiertos a trabajar con una mujer. Desarrolló a lo largo de su vida más de 120 proyectos, entre los que figuran: la Casa Benítez (Lugo), la Casa Oswald, las librerías Turner e Hispano-Argentina en Madrid. En 2004, se le concedió el Premio Nacional de Arquitectura.

*"Quizás romper tabúes no sea tan duro como pensamos, y el interés de ser mujer, de irse colando por los rincones de la vida, marcó a mi madre y a esas otras progresistas de los años 20 que tuvieron que abrir el surco",* afirmaba.

*\* En la imagen, su despacho en el ático del edificio de viviendas Castaño, en Madrid.*

### Staff

**Dirección:** Ana Ruiz Pardo. **Coordinación:** Juan Carlos Álvarez Cortés y Leonardo Romero Pérez. **Diseño:** Rocío Ruiz Mendoza y Ana Ruiz Pardo  
**Maquetación:** Ana Ruiz Pardo. **Tratamiento de imagen:** Javier Martín Pedroviejo. **Redacción:** Ana Ruiz Pardo, Rocío Ruiz Mendoza, Israel Roig Bartolomé, Juan Carlos Álvarez Cortés, Juan José Plaza Angulo, José Gutiérrez Campoy, José Manuel Rodríguez Vázquez, María José Guix González, Jorge Fontalba Moreau, Nieves Rico Bueno y María del Mar Ruiz. // Los artículos firmados son responsabilidad propia, aunque defenderemos su derecho de opinión ante las instancias necesarias. // 'jurídicoCCOO- cuadernos sanitarios' es una publicación de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), que distribuye gratuitamente entre sus delegadas y delegados, y a su afiliación.



## Disposiciones normativas recientes



José Manuel Rodríguez Vázquez. Asesoría  
Jurídica FSS-CCOO

Resolución, de 29 de abril de 2011, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registran y publican las [tablas salariales del V Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal](#) (BOE núm. 122, de 23 de mayo de 2011).

Mediante la presente Resolución, son objeto de publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) las citadas tablas correspondientes a las retribuciones de los profesionales del sector de la dependencia para el año 2011, tras la Sentencia de la Audiencia Nacional dictada en el proceso de conflicto colectivo nº 41/2011, que instaba a la patronal del sector cumplir con su obligación de aplicar a dichos profesionales la subida salarial prevista en el Convenio colectivo para el presente ejercicio, en estricto cumplimiento de este último.

Orden TIN/1362/2011, de 23 de mayo, sobre régimen de [incompatibilidad de la percepción de la pensión de jubilación del sistema de la Seguridad Social con la actividad desarrollada por cuenta propia](#) por los

profesionales colegiados (BOE núm. 125, de 26 de mayo de 2011).

Esta Orden viene a aclarar el alcance de la incompatibilidad entre la percepción de una pensión por jubilación en cualquiera de los regímenes del sistema de la Seguridad Social, y el desempeño simultáneo de un trabajo por cuenta propia como profesional sujeto a colegiación.

En este sentido, establece que tal incompatibilidad persistirá también en

**El I Plan de Igualdad entre mujeres y hombres establece cuatro ejes de actuación para alcanzar sus fines**

aquellos casos en los que el interesado, además de ejercer por cuenta propia como profesional colegiado, se encuentre dispensado de la obligación de causar alta en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos, y con independencia de que haya quedado integrado o no en una mutualidad de previsión social en cuanto mecanismo alternativo de protección.

Resolución de 20 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública por la que se publica en Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de enero de 2011, por el que se aprueba el [I Plan de Igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos](#) (BOE núm. 130, de 1 de junio de 2011).

Se aprueba este Plan, en desarrollo y cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, cuyo artículo 64 establecía los objetivos a alcanzar en materia de promoción de la igualdad de trato y oportunidades en el empleo público, así como las estrategias o medidas a adoptar para su consecución. En aras de esa finalidad, el Plan establece cuatro ejes de actuación.

El primero se refiere al análisis del estado actual del principio de igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito considerado (Administración General del Estado), y consiguiente diagnóstico de situación.

El segundo, trata de los objetivos específicos a alcanzar: garantía de una igualdad real y efectiva, consecución de una representación equilibrada, promoción y mejora de las posibilida-



Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

des de acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad, realización de acciones formativas y de sensibilización, y elaboración de un protocolo de actuación sobre acoso sexual.

El tercero recoge un elenco de medidas recomendadas en orden a la consecución de tales objetivos. Y el cuarto, atribuye el seguimiento del Plan a la Comisión Técnica de Igualdad de la Mesa General.

[Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación](#) (BOE núm. 131, de 2 de junio de 2011).

La parte de esta Ley que más interés presenta desde el punto de vista sindical se concentra en su título II, regulador de los recursos humanos dedicados a la investigación en Universidades Públicas y Organismos Públicos de Investigación, tanto de la Administración General del Estado

como de otras Administraciones Públicas. Además de un catálogo de derechos y deberes específicos del personal investigador –ya se trate de personal funcionario o vinculado con su centro mediante una relación de carácter laboral–, y de los criterios de selección de este tipo de personal que garanticen un desarrollo profesional sobre la base del respeto a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, se abordan cuestiones como la movilidad, las modalidades contractuales a las que pueden acogerse los organismos empleadores, las peculiaridades del régimen del personal investigador con respecto a la normativa general del Estatuto Básico del Empleado Público, o la carrera profesional del personal investigador funcionario, con un nuevo diseño de escalas científicas.

[Real Decreto-Ley 7/2011, de 10 de junio, de medidas urgentes para la reforma de la negociación colectiva](#)

(BOE núm. 139, de 11 de junio de 2011).

Constituye el primer ensayo normativo –diseñado por el Gobierno de manera unilateral, y con cierto retraso, ante la falta de acuerdo al respecto por parte de los interlocutores sociales– de reforma de la actual regulación del Estatuto de los Trabajadores en materia de negociación colectiva, cuyo contenido, aunque ya está en vigor, queda a expensas de las reformas que puedan acabar por introducirse en su texto actual durante el proceso de su tramitación como proyecto de ley a lo largo de los próximos meses. Entretanto, cabe destacar, como núcleos básicos de la reforma, los que afectan a la estructura de la negociación colectiva y la concurrencia de convenios colectivos; a las reglas sobre el contenido y vigencia de los convenios colectivos; y a la legitimación para la negociación de los convenios colectivos.





# Copago

## un paso más hacia la privatización

Juan Carlos Álvarez Cortés.  
Director de la Cátedra de Empleo UMA.

### I. INTRODUCCIÓN

El art. 43 de la Constitución española (CE) establece el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, pero su regulación posterior por la Ley General de Sanidad 14/1986, que recientemente ha cumplido 25 años, aunque pretendiendo un modelo sanitario de cobertura universal y gratuita, no llegó a conseguirlo para toda la ciudadanía.

Es cierto que, de conformidad con el art. 10.7 de dicha norma cualquier persona tenía derecho "a que se le asignara un médico" pero también lo es que el art. 80 de la misma ya tenía en cuenta que habría personas excluidas del derecho a la asistencia sanitaria para "personas sin recursos económicos".

Con todo, las distintas formas de inclusión de los ciudadanos para ser beneficiarios de la sanidad gratuita, bien por ser trabajador o funcionario, pensionista o beneficiario de prestaciones, o familiares de todos ellos, o bien por ser personas sin recursos (y sus familiares) ha dado lugar a una inclusión casi generalizada de la población.

De hecho, la Ley 24/1997, vino a apoyar esta universalidad, al producir una clarificación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, entendiendo como "no contributivas" las prestaciones del servicio de asistencia sanitaria incluidas en la acción protec-

tora financiada con cargo al presupuesto de la Seguridad Social, salvo las derivadas de contingencias profesionales, en la modificación producida al art. 86 LGSS.

Pero considerar la asistencia sanitaria como "no contributiva" no significaba directamente que la misma fuese universal y gratuita, sino sólo que la financiación de la misma se haría a través de impuestos.

la asistencia sanitaria pública.

En este marco, en el que la asistencia sanitaria muestra su expansión como derecho de la ciudadanía en el marco del Estado del Bienestar, aparece cada cierto tiempo un tema de debate: si, por la utilización de los servicios sanitarios, ha de pagarse algún canon que sirva para el sostenimiento del Sistema.

### II. FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA

El Sistema sanitario se financia con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, es decir, a través de los impuestos generales que aportan todos los ciudadanos. Con la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de los Presupuestos Generales del Estado para 1999, el Estado se encargó de la financiación de la asistencia sanitaria. Anteriormente a esta fecha, la asistencia sanitaria se financiaba a través de las cotizaciones sociales del Sistema de Seguridad Social. En la actualidad, se siguen financiando con las cotizaciones las actuaciones sanitarias derivadas de contingencias profesionales.

Por ello, la asistencia sanitaria no es gratuita, ya que la pagamos entre todos con nuestros impuestos. El problema de la financiación del sistema es un problema que proviene porque quizás la asistencia sanitaria requiere de más recursos financieros; al haberse universalizado la cobertura, al haber



En mi opinión, no comparto por los entes gestores del Sistema, fue la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la que superaba a la Ley General de Sanidad, al establecer que son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención de la asistencia sanitaria "todos los españoles" y los extranjeros en los términos establecidos por la LO de Extranjería. De hecho, aún encontramos a algunos sectores de la ciudadanía excluida de





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

aumentado la esperanza de vida y al propio coste de las técnicas y tecnologías científicas aplicadas al servicio. Coste señalar que en la actualidad supera los 60.000 millones de euros anuales, y sigue creciendo por los motivos anteriormente citados.

Los políticos, en general, para llegar al poder, sean de derechas o socialdemócratas, tienen algo en común: ofrecen al electorado en sus programas que, cuando lleguen al poder, bajarán la carga fiscal. Esto es, tratan de convencer de que van a reducir los impuestos como forma de captar votos.

Parece que los impuestos tienen la culpa de todo. Los ciudadanos no quieren pagar impuestos, pero sí quieren un sistema de bienestar que cubra

impuestos más que un mérito de los candidatos políticos sería un demérito. En esta realidad, los sistemas de bienestar han de financiarse de algún modo. Normalmente, a través de impuestos progresivos que han servido para redistribuir las rentas entre la ciudadanía.

La reducción de estos impuestos progresivos ha supuesto que se busque otra forma de financiación que ha podido ser, bien dilapidando el patrimonio público por parte de la Administración, o bien creando impuestos indirectos que se pagan por igual, sin atender a la capacidad económica de la persona (y que, por cierto, la mayoría de las personas con más rentas tienen posibilidad de desgravarlos a través de sus empresas o sociedades).

Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria, ya toda la ciudadanía es consciente de que, como los costes son muy altos, en parte, según se nos ha dicho de forma machacona por el abuso de unos ciudadanos desaprensivos, se nos viene advirtiendo de que el sistema es inviable y lo que lo mejor es buscar nuevos ingresos.

Pero nunca se dice que, a lo mejor lo que hay que hacer es aumentar las partidas presupuestarias reduciendo otras más superfluas, o que hay que aumentar los impuestos.

Lo que se propone es directamente el copago porque ello racionaliza el gasto. Se trata de una medida que representa de hecho un nuevo impuesto o tasa sobre la utilización de los servicios sanitarios, con el pretexto de contribuir a reducir el déficit de la sanidad y "moderar su demanda" (MARTINEZ CASTELLS).

Y, ello lleva consigo, curiosamente, una forma de promocionar la asistencia privada, ya que sirve de excusa para las mismas de competir con el Estado

ofreciendo productos a colectivos. Al final, como se ha dicho, el copago de los servicios públicos crea serias dudas sobre la correcta gestión de nuestros impuestos, y supone una invitación al ciudadano pudiente a acudir a los seguros de salud privados.

No es dudoso que la asistencia sanitaria ya la pagamos con nuestros impuestos, en caso de que hubiera que hacer una "refinanciación", en mi opinión, más que a través del copago, deberíamos establecer un epígrafe específico en el IRPF para la financiación de la asistencia sanitaria de acuerdo a la capacidad adquisitiva de las personas.

Vaya por delante que "copago o no copago" es un debate equivocado. El debate real sería, teniendo en cuenta que queremos un modelo universal y de calidad, cómo financiar el sistema para que el modelo permita compatibilizar una mejora del servicio constante con una cobertura cada vez más amplia.

Es decir, si en España queremos tener un sistema eficiente de salud es necesario que empecemos a diseñar un nuevo modelo mejorado en su gestión y servicio, que conlleve una financiación por parte de todos de acuerdo a nuestra capacidad económica.

La "insostenibilidad" del sistema proviene de la subfinanciación, esto es, destinar menos dinero del que se necesita, de la mala gestión de los que han de gastar el dinero público; así como de una presunta falta de corresponsabilidad de los actores del Sistema: profesionales, gestores y pacientes.

Por ello, si se habla de abuso, que se articulen mecanismos en los que se pueda hacer que se depuren las responsabilidades; de los políticos, de los gestores, de los médicos y de los pacientes, incluso con su patrimonio

#### Hay algo que falla en todo esto.

#### O bien, los ciudadanos y ciudadanas:

1. No se fían de cómo los gestores se gastan los impuestos,
2. No se dan cuenta de que el sistema de bienestar social sólo se mantendrá si es con el esfuerzo colectivo y solidario de todos, de conformidad a sus capacidades
3. Están hartos de que los que más claramente pagan sus impuestos son los asalariados, y no quieren seguir aportando por ellos, y por los que tienen enormes posibilidades y no declaran sus rentas reales, porque el sistema impositivo está mal diseñado, y siempre vigila y controla a los mismos.

su asistencia sanitaria, sus pensiones, su protección por desempleo, su educación... controla a los mismos. Quizás en el fondo, como decíamos antes, lo que ocurre es que los ciudadanos no se fían de quien gestionan sus impuestos, y que si se les demostrara que sus impuestos sirven para lo que realmente han de servir, reducir los



personal, ya que, recuérdese, de lo que estamos hablando no es de otra cosa que del dinero de todos.

### III. DEL COPAGO O DE CÓMO VA TANTO EL CÁNTARO A LA FUENTE...

En el sentido de lo que anteriormente se dijo, si uno se acerca a las hemerotecas, podrá comprobar cómo, cada cierto tiempo, e independientemente de su "teórica ideología" se pone sobre la mesa el viejo tema del copago sanitario, por tratarse de una medida eficaz (según dicen demostrada en otros países) de la evitación de abusos en la utilización del sistema sanitario, además servir para financiar los altos costes que conlleva el sistema público de salud.

Cada cierto tiempo aparece en escena, sobre todo en época de crisis, y creo que de modo calculado, para ir concienciando a la población. Recuérdese a Joseph Goebbels que mantuvo la máxima de que "una mentira mil veces repetida, se transforma en verdad".

Por poner varios ejemplos, desde el año 2001 cuando Celia Villalobos planteó esta cuestión (que por cierto no era algo nuevo suyo) y tuvo mucho impacto social, ha venido discutiéndose de forma cíclica cada cierto tiempo. Por más reciente, en marzo de 2009, el Congreso de los Diputados, a iniciativa de IU, por unanimidad considera que los pacientes no deben contribuir económicamente al pago de la sanidad pública.

En 2010, quien últimamente aprieta más en esta materia es la Europa de los mercaderes, ya que insta a que se produzca el copago a través del Consejo de Asuntos Económicos y Financieros de la UE (Ecofin). Tan es así, que el secretario de Estado de Hacienda indica que ha de estudiarse esta posibilidad (también del mismo partido la exconsejera de Salud de Cataluña) y el primero de ellos fue directamente desautorizado por el presidente del Gobierno.

Nuevamente, a finales del 2010, la UE vuelve a la carga con este tema. En febrero, por unanimidad, la Comisión de

Sanidad del Congreso ha aprobado una proposición no de ley de IU a través de la cual reitera su rechazo a la introducción de cualquier fórmula de copago en el Sistema Nacional de Salud. De otro lado, en 2011 el presidente de la Comunidad Murciana vuelve a plantearlo aunque, tan cerca de la campaña electoral, provocó que al día siguiente dijera que "se le había mal interpretado".

En primavera de 2011, también una asociación de médicos de familia, precisamente la minoritaria, se posiciona a favor del copago, a pesar de lo que se esconde tras la misma son reivindicaciones sobre condiciones de trabajo (salario y tiempo de trabajo de estos facultativos) y que, por cierto, tiene mucho más eco mediático su postura que la posición contraria de la asociación mayoritaria SEMFYC que está en contra del copago. También en 2011, el Parlamento Vasco ha realizado una declaración en contra del copago.

Consultorías contratadas por empresas privadas de seguros, tal y como se hizo





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

en los años 90 por los bancos para poner en jaque el sistema de pensiones públicas y promocionar los planes de pensiones privados, ya hablan del déficit del sistema sanitario de forma apocalíptica.

Vienen haciéndolo desde hace algún tiempo, de forma disimulada y sin que se note demasiado el interés empresarial o del poder económico en la materia. De hecho, ya nos dicen que el 47% de la población está de acuerdo a que impongan esta medida (lo que no nos dicen de qué población hablan, ya que en la muestra, de seguro, no han sido consultados los más necesitados, excluidos, enfermos crónicos, jubilados, etc.).

Por lo que se ha dicho por los distintos autores, el copago podría consistir en establecer una tasa:

- A través de un ticket moderador para ser atendido por el médico de cabecera o pediatra.
- En urgencias, si el médico que presta asistencia considera que el motivo "no es urgente".
- Aumento de los costes de farmacia a los pensionistas –se habla de un 10 %, como los pacientes crónicos- o en base a una escala, según el nivel de renta.
- E incluso hacer que el propio paciente cubra en su integridad determinadas prestaciones sanitarias que, aunque eficaces, son de alto coste.

#### IV. EL ABUSO: principal motivo que se argumenta para implantar el copago

En vista de que parecían muy duros los argumentos xenófobos de que el sistema sanitario era insostenible por

culpa de los inmigrantes (especialmente los que se encontraban en situación irregular), cuestión que fue apuntada y criticada por Nieves Rico en esta misma revista, en el número 6, ahora los neoliberales a favor del principio de subsidiariedad del Estado y de que se privaticen los servicios públicos para que sean gestionados por las empresas privadas, proponen el copago como medida necesaria para la subsistencia del sistema de salud.



Y es que, con el manido argumento de que lo público no funciona, se inicia un proceso calculado para privatizar. Por cierto, nunca se ha hablado respecto de la ineptitud de los políticos que tienen que salvaguardar el sistema sanitario, y de que esos mismos son los que destinan fondos a otras cuestiones que creemos que, en cualquier caso, serán menos importantes que el derecho a la vida y a la integridad física

que se ve afectada por la alteración de la salud de las personas. Y luego nos dicen que los fondos son insuficientes para una cobertura sanitaria de calidad, cuando ellos son los que primeramente han decidido reducir los impuestos, y luego destinar los presupuestos de conformidad a intereses más propios que los de la ciudadanía.

Para ello se diseña una estrategia compleja y bien hilada, que además funciona bien en épocas de crisis, el sistema pelagra porque los usuarios abusan del mismo, ya que lo que es gratis no tiene valor. Pero la verdad es que, en condiciones normales, nadie va a acudir al médico sólo por hacer gasto, sino por verdadera necesidad.

Ha de recordarse que el problema se centra en la atención primaria y en las urgencias, ya que son las únicas situaciones en las cuales puede acudir directamente un ciudadano a la sanidad pública. El resto de especialistas y el internamiento en instituciones sanitarias lo es por remisión de un médico del propio sistema.

Además, se sacan las cifras justificativas (en algunas investigaciones por cierto pagadas por empresas de seguros), indicándose que los españoles acudimos con más frecuencia al médico que el resto de los europeos. Pero ello ha de analizarse con un poco más de atención y cuidado.

Por lo pronto, porque quizás de este grupo han de extraerse las visitas realizadas al médico para funciones que no tienen nada que ver con el diagnóstico y el tratamiento, sino para cuestiones administrativas o reiterativas (partes de baja, recogida de medicamentos, etc.), que podrían y deberían de realizar otros profesionales del sector.

Tampoco se recuerda que en los tratamientos hospitalarios el tiempo de estancia es muy inferior a la media con





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

respecto a Europa. Ni tampoco que el gastos el porcentaje de PIB en sanidad en España es inferior a la media europea.

En definitiva, contrariamente a como ha llegado a decirse, el “supuesto abuso del paciente” es mínimo en los sistemas públicos de salud (algunos autores lo cuantifican como mucho entre el 1% y el 2% del gasto sanitario total).

El paciente sólo puede acceder directamente a la atención primaria y a las urgencias hospitalarias, cuando la mayor parte del gasto sanitario se produce en los hospitales (a los que el paciente sólo puede acceder por indicación clínica).

#### V. NO ES NECESARIO EL COPAGO

En el trasfondo del copago lo que realmente hay es un interés para obtener ingresos para financiar un servicio, fundamental para el Estado de Bienestar como es el de la salud, que ha sido infradotado.

Evidentemente, hay déficit por la subfinanciación y, ahora, en vez de buscar tapar ese agujero con el dinero de los impuestos, se pretende cubrir con una tasa que han de pagar los usuarios. Lo que se pretende con el “copago” o “repago” es que el ciudadano vuelva a financiar el sistema de sanidad, inicialmente lo hizo con los impuestos sobre la renta que pagó y ahora ha de hacerlo nuevamente, pero parece que de forma uniforme, sin tener en cuenta las rentas reales.

En primer lugar, ha de recordarse que el **último Informe sobre Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (2010) desaconseja explícitamente el copago**, en base a dos conocidos hechos: los países con copagos tienen un gasto sanitario mayor, lo que evidencia que su posible papel en la contención del gasto no es

cierta y, además, todos los estudios sobre su utilización demuestran que tiene efectos negativos sobre la equidad y la accesibilidad, ya que impone obstáculos para el acceso de la atención sanitaria necesaria a las personas más enfermas y más pobres.

Quizás, habría que recordar que distintas instituciones tan diferentes como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), la Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE) y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) han elaborado informes que han identificado una serie actuaciones que permitirían ahorrar en su conjunto más de 10.000 millones de euros; es decir, un 15% del gasto sanitario total (además de aumentar el porcentaje del PIB para equipararse a Europa): replantear el sistema de pago de medicamentos; crear un modelo propio de atención específica para pacientes que combinan enfermedad crónica y dependencia; elevar los impuestos sobre alcohol y tabaco, de forma finalista; incentivar a los médicos para mejorar la calidad y la racionalización de fármacos y pruebas; modificar la cartera de fármacos; evaluación de tecnología sanitaria, según coste-efectividad; crear un catálogo de prestaciones y servicios eficientes; fomentar la prevención de la salud; fomentar los centros de referen-

cia de forma racional y desvinculada de criterios políticos, etc.

A ello podría unirse la propuesta de CCOO de reconocimiento y compensación por los gastos generados en el Sistema por usuarios de accidentes de trabajo, accidentes de tráfico y ciudadanos europeos.

Finalmente, creemos que ha de crearse un sistema de responsabilidades bien definido donde quien abuse del sistema sea responsable (gestores, personal sanitario o pacientes).

También es necesario educar a la población para el buen uso de los sistemas sanitarios públicos.

#### VI. EN ESPECIAL, SOBRE EL YA EXISTENTE COPAGO SANITARIO

No obstante todo lo dicho, me parece que sí es oportuno replantear el sistema de copago de farmacia, que ya está establecido. Es curioso que no se comente que más del 20% del total del gasto sanitario en España lo es para sufragar el gasto farmacéutico, esto es, más de 10.000 millones de euros.

Pero nadie pone en cuestión este dato ni que sea excesivo el mismo. Por más que se han realizado actuaciones, el





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

La mejora de la gestión es una razón importante para evitar el copago. Pero también hay otras RAZONES DE PESO, como dice la literatura técnica en esta materia:

- Por razones de equidad, ya que puede perjudicar a las personas con menos niveles de rentas, lo que rompe el criterio de redistribución de riqueza que pretende el Estado de Bienestar. Este se convierte en un sistema de financiación insolidario que sólo consigue disuadir a las personas con menos recursos económicos, grava a los ancianos y a los enfermos crónicos que son los que necesitan una mayor atención.

- Porque en cualquier caso, la implantación de un sistema de copagos exigiría el desarrollo de una estructura de gestión y control muy compleja que generaría un importante coste económico, que podría ser mayor que los ingresos esperados.

- Porque los estudios realizados en otros países que han instaurado el copago o ampliado el que ya tenían, evidencian que con esta medida no se ha conseguido contener el gasto.

- Porque este sistema abre la puerta a la privatización del Sistema, al mercantilizar la sanidad pública.

gasto farmacéutico está por encima de la media de la OCDE. El precio de los medicamentos no ha subido, pero el número de recetas sigue aumentando.

Además, en nuestro país, los medicamentos, por una política comercial estudiada, están pensados para que sea necesario más de un envase para un mismo proceso no crónico o, todo lo contrario, que sobre medicina para el tratamiento. En cualquiera de estos casos, ello supone un sobre coste que asume en parte el Estado.

No ha funcionado bien la política de recetar genéricos, España está en un porcentaje inferior a la media de utilización en relación con Europa. Sería oportuno financiar sólo los de menor coste, y la liberalización de los precios de los medicamentos cuya patente ha expirado.

Por otro lado, a mi juicio, habría que replantearse la aportación de conformidad a los ingresos, excluyendo la farmacia para crónicos o las ofrecidas en las instituciones públicas.

Lo que se propone no es recaudar más, sino para hacerlo más solidario y equitativo. Salvo para las medicinas para procesos crónicos y por contingencias profesionales, la aportación en el pago de las mismas debería vincularse a las rentas que tengan las personas para hacerlo más redistributivo.

Es significativo que un beneficiario de un subsidio por desempleo con hijos a su cargo, y con unos ingresos inferiores a 450 euros, para un proceso gripal tenga que pagar el 40% del coste del medicamento y, por el contrario, un jubilado sin nadie a su cargo y con pensión máxima de más de 2.400 euros, no pague nada.

La condición de pensionista para dar acceso a la gratuidad por sí sola carece de sentido. Otra cosa, respecto del pensionista, es que se tratara de una enfermedad de la vejez, crónica o de larga duración, en este caso, creemos debería mantenerse la gratuidad (también para el resto de los beneficiarios).





Juan José Plaza Ángulo.  
Doctor y Profesor UMA.

Cuando hablamos de tiempo de trabajo nos estamos refiriendo a conceptos como la duración de la jornada laboral, la distribución de la misma dentro de ciertas unidades temporales, fijación de los periodos de descanso, etc.

Al igual que otras cuestiones relacionadas directamente con la interacción de partes contrapuestas en la relación laboral, el tiempo de trabajo no es percibido de igual manera por trabajadores y por empleadores. Por ello, y puesto que las cuotas de poder dentro de la relación laboral están claramente desequilibradas a favor de la parte contratante, es de vital importancia la regulación normativa de todo lo relativo al mismo.

Los legisladores han procurado proyectar las aspiraciones empresariales a disponer de un margen creciente de flexibilidad que permita una mejor adaptación de la jornada laboral a las exigencias del sistema productivo de la empresa. Pero, igualmente, ha debido defender el respeto por ciertos derechos sociales de los trabajadores frente a las necesidades empresariales. Es por lo que el Derecho del Trabajo se ha ocupado desde antiguo de establecer limitaciones al tiempo de trabajo. En un primer momento, estas limitaciones legales a la jornada laboral perseguían el objetivo de proteger la salud

## Ordenación del tiempo de Trabajo, Directiva 2003/88

de los trabajadores como consecuencia de las prolongadas jornadas laborales. Históricamente, en casi todos los países, las primeras normas relativas al trabajo se refieren a la limitación de la duración de la jornada. El derecho internacional del trabajo ratifica esta constante y, así, el primer convenio que se firma en el ámbito de la Organización Internacional del Trabajo es precisamente el relativo a la jornada laboral de 8 horas en 1919.

En la actualidad, el tiempo de trabajo en España está regulado en la **Sección**

**Quinta del Capítulo II del Estatuto de los Trabajadores**. Concretamente, es el artículo 34 el que se encarga de normar sobre la jornada ordinaria laboral, señalando que será la pactada en los convenios colectivos o contratos de trabajo, pero respetando siempre la duración máxima de cuarenta horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual. Pero, además, se establece que **entre jornada y jornada deberá mediar un tiempo de descanso diario mínimo de doce horas, y un descanso semanal mínimo de día y medio (art. 37.1 ET)**.





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

## EN EL ÁMBITO DE LA UNIÓN EUROPEA

Las diversas legislaciones existentes necesitaban contar con algún marco regulador común, al margen de la OIT, que supusiera un techo por debajo del cual todos los Estados miembros ajustasen su normativa. Tras las directivas 93/104/CE y 2000/34/CE, se adopta la, aún hoy vigente, directiva 2003/88/CE, más conocida como "directiva de las 48 horas".

La fijación de una duración máxima del tiempo de trabajo semanal ha sido una de las provisiones más polémicas y conflictivas de la Directiva 2003/88/CE.

En su artículo 6 se reclama a los Estados miembros la adopción de las medidas necesarias para limitar la duración semanal del trabajo a través de la normativa estatal o de la negociación colectiva, de tal forma que la duración media del trabajo no exceda de 48 horas, incluidas las horas extraordinarias, por cada periodo de siete días. Aunque el encabezado del precepto se refiere a la duración máxima del tiempo de trabajo semanal, los Estados sólo están obligados a respetar una duración media, lo que posibilita duraciones superiores a la media dentro de un determinado periodo de referencia. A estos efectos, la directiva establece que dicho periodo de referencia no puede superar cuatro meses.

Tal regulación, hace posible que los Estados puedan considerar duraciones máximas superiores a 48 horas semanales, siempre que en periodos de cuatro meses no se supere la duración media de 48 horas semanales y se respeten los periodos mínimos de descanso diario y semanal, en relación con el cual se prevé también un periodo de referencia que no exceda de catorce días.

A pesar de la enorme flexibilidad que lo comentado conlleva de cara a posibilitar una jornada laboral más amplia de lo que en un primer momento cabría pensar, **la directiva en cuestión estima en su artículo 17 una serie de excepciones.** Entre ellas, podemos destacar la de ampliar el periodo de referencia máximo de cuatro meses para el cómputo de la jornada semanal en determinados supuestos



(los cuáles son a nuestro juicio simplemente excesivos).

Otra de las múltiples excepciones se refiere a los médicos que se encuentran en periodo de formación durante un periodo transitorio de cinco años a partir del 1 de agosto de 2004, concediéndoles un periodo suplementario de hasta dos años, y un periodo adicional de un año más cuando sea necesario

para cumplir con sus responsabilidades en la prestación de los servicios de salud. En todo caso, se nos dice (y no sin sorna) que los Estados deben velar porque el tiempo semanal de trabajo no supere una media de 58 horas semanales durante los tres primeros años del periodo transitorio, 56 horas semanales durante los dos años siguientes y 52 horas durante el periodo restante. Como límite adicional respecto de este colectivo, se prevé que durante los tres primeros años del periodo transitorio el periodo de referencia para calcular la duración media puede alcanzar el año, reduciéndose a seis meses durante el resto del mismo.

Al continuar con la lectura de la directiva que nos ocupa, descubrimos cómo el artículo 22 señala, y cito literalmente, que: "siempre que se respeten los principios generales de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, un Estado miembro podrá no aplicar el art. 6", eso sí, bajo justificación de que se garantice que ningún empresario pueda solicitar a un trabajador o trabajadora que trabaje más de 48 horas en el transcurso de un periodo de siete días, salvo que medie consentimiento del propio trabajador (se trata de la conocida como cláusula de no aplicación o cláusula opt-out). En dicho supuesto se debe garantizar que ningún trabajador resulte perjudicado por no aceptar la prolongación del trabajo hasta el máximo propuesto por el empresario, que el empresario lleve registros actualizados de todos los trabajadores que efectúen dicho trabajo, que dichos registros estén a disposición de las autoridades competentes, y que se facilite a las mismas información sobre el consentimiento prestado por los trabajadores y trabajadoras.

Es decir, **esta directiva nos muestra, una vez más, el verdadero valor de**





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

**los derechos sociales y de los trabajadores para la UE**, pues no debemos dejar pasar por alto que lo que hace con este precepto del artículo 22 es dejar en manos de la autonomía individual (con las terribles consecuencias que esto conlleva para los trabajadores) la garantía relativa a la duración máxima del tiempo de trabajo semanal.

Llama la atención, la ausencia de control colectivo o sindical ante el siguiente reparto de papeles: el Estado puede autorizar la inaplicación del art. 6; el empresario puede requerir o solicitar al trabajador la prolongación de la jornada superando el máximo previsto; finalmente el trabajador puede aceptar o rechazar tal prolongación. La norma intenta garantizar que el consentimiento del trabajador sea libre e informado, y que éste no sufra presiones para prestarlo, además de establecer los deberes de registro y de información a los que se ha hecho referencia (lo cual, y permítaseme la licencia, es mucho suponer).

Resulta sorprendente desde el punto de vista del derecho social y del trabajo que, por un lado, no se fije un tiempo máximo de trabajo semanal que en ningún caso pudiera superarse y, de otro lado, la no intervención de los representantes de los trabajadores o sindicatos.

Se trata, desde nuestro punto de vista, de un claro atentado contra los dere-

chos laborales básicos, porque la intervención del sindicato u otros representantes colectivos de los trabajadores constituye en la práctica el mejor instrumento para garantizar que el consentimiento prestado por el trabajador sea libre e informado, y que no se sufran represalias. Remitir de forma directa a la autonomía individual un instrumento tan potente de flexibilidad significa, sin lugar a dudas, otorgar al empresario un poder excesivo que le permite exigir una ampliación de la jornada de trabajo que podría lesionar el derecho al descanso, y a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

Para finalizar, y tras la intentona de reforma de esta directiva por la estrambótica propuesta de las 65 horas semanales, si me preguntarán sobre la necesidad de modificar Directiva 2003/88/CE, sin duda, mi respuesta sería afirmativa. Pero a esta afirmación acompañaría la exigencia de establecer una verdadera jornada laboral máxima, inferior por supuesto a las 48 horas, que posibilitará un mejor reparto del empleo, consecuentemente, de la riqueza y, por supuesto, computable en un período menor al actual y recuperadora de la autonomía colectiva como medio natural para regular la jornada de trabajo.

**TIEMPO DE TRABAJO Y GUARDIAS MÉDICAS**

El tiempo de las guardias médicas debe ser considerado en su totalidad como tiempo de trabajo. De tal forma lo ha interpretado reiteradamente la jurisprudencia europea desde la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), de 3 de octubre de 2000 (sentencia SIMAP).

Es decir, se cumplen los **tres elementos característicos de la noción de tiempo de trabajo**: permanecer en el trabajo, estar a disposición del empresario y en el ejercicio de su actividad o funciones.

Así, se ha de considerar que aún cuando la actividad efectivamente realizada (durante las guardias en régimen de presencia física en el centro sanitario) varíe según las circunstancias, la obligación impuesta a dichos médicos de estar presentes y disponibles en los centros de trabajo para prestar sus servicios profesionales debe considerarse comprendida en el ejercicio de sus funciones.

**La sentencia del TJUE, de 9 de septiembre de 2003**, vino a pronunciarse en la misma línea y a afirmar que, el hecho de que los médicos durante los servicios de guardia en régimen de presencia física puedan descansar e incluso dormir es irrelevante a la hora de calificar dichos servicios como tiempo de trabajo, dado que dichos periodos de inactividad profesional son inherentes a los servicios de guardia.

a  
f  
o  
n  
d

**CCOO** federación de sanidad y sectores sociosanitarios

**Iniciativa Legislativa Popular** LLEVA TU FIRMA AL CONGRESO

**EMPLEO ESTABLE Y CON DERECHOS**

**Si eres afiliado o afiliada** **¡Haz esto!**

**Sala de Prensa**

**sindicato de CCOO** y salud

**Curso gratuito 2011** dirigido al sector privado, oficinas de farmacia, dependencia y funerarias

**Comienza el plazo de presentación para los cursos dirigidos a afiliar las especialidades de Enfermería Pediátrica y de Geriatría**

**Curso de Gestión y Servicios Sanitarios**

**Actualidad**

**Salud Pública**

**Salud Privada**

**Dependencia**

**Farmacias**

**INSSIA**

**Campesin@s**

**Resistencia**

**Sala de Prensa Virtual**

**Recibe información 'a la carta'**

**Unidad de Gestión y Servicios Sanitarios**

**Academia de Enfermería**

**Enfermería**

**Personal Facultativo**

**Personal en Formación (MIR, ESE, etc.)**

**Cualificación Profesional**

**Carrera Profesional**

**Grupos de Gestión y Servicios Sanitarios**

**Grupos de Formación**

**Grupos de Investigación**

**Grupos de Trabajo y Programas**

**Medios de Comunicación**

**Investigación, Asesoría e Innovación**

**Responsabilidad Social**

**Cooperación Internacional**

**Unidad de Gestión**

**Quiénes somos**

**El área afiliado e afiliada**

**Servicios a la afiliación**

**Indicadores de Actividad**

**Comisión**

**Confederación Sindical**

**Políticas CCOO**

**Unidad Representativa CCOO**

**Nueva web con vocación de convertirse en el referente informativo del sector.**

**Contenidos reservados para afiliadas y afiliados, porque nuestra web también quiere responder a la confianza que has depositado en CCOO.**

[www.sanidad.ccoo.es](http://www.sanidad.ccoo.es)

**¡Haz de este espacio el tuyo!**



Nº8 Lunes 4 de julio de 2011



Sección coordinada por  
José Gutiérrez Campoy

La clínica privada en la que trabajo tomó la **decisión unilateral de bajarnos el sueldo**. Los trabajadores lo demandamos y ganamos el juicio. Ahora la empresa presenta un recurso a la sentencia.

¿Deberíamos hacer una **reclamación de cantidad individual**, o hay que esperar a tener la sentencia definitiva?

1. Entiendo que la demanda que habéis presentado es de conflicto colectivo, que afecta a la totalidad o a un número elevado de la plantilla del centro sanitario.

2. La interposición de la demanda de conflicto interrumpe el plazo de prescripción establecido para las reclamaciones económicas en el artículo 59.2 del Estatuto de los Trabajadores. Este plazo se inicia desde el momento en que la acción pudiera ejercitarse. En vuestro caso, cuando se originó el descuento del 3,5% en la nómina correspondiente.

3. Si coetáneamente al proceso de conflicto colectivo se ejercitan demandas individuales, se suspende el trámite de las mismas hasta que adquiera firmeza el proceso colectivo. Por tanto, no sería lógico obligar al trabajador o trabajadora, so pena de incurrir en prescripción, a ejercitar su acción individual, una vez que se ha iniciado el proceso de tipo colectivo.

4. Sobre el plazo de prescripción, la jurisprudencia viene estableciendo una excepción en el plazo general de prescripción de un año; y es

que, previamente a la acción declarativa, se haya iniciado un procedimiento de conflicto colectivo. Sobre esta excepción se pueden consultar las siguientes sentencias: SSTS de 25 de marzo de 1992 (RJ 1992, 1873), de 26 de julio de 1994 (RJ 1994, 7065), de 29 de septiembre de 1994 (RJ 1994, 7261), de 21 de octubre de 1998 (RJ 1998, 8910) y de 6 de julio de 1999 (RJ 1999, 5276) y la STSS de 24 de julio de 2000 (RJ 2000.7193)

5. Por consiguiente, mi opinión es que la interposición de un conflicto interrumpe el plazo de prescripción de las cantidades que son objeto de litis en el referido conflicto colectivo.

6. No obstante, se puede presentar una reclamación a la empresa en base a lo establecido en el artículo 1973 del Código Civil, aunque la considero innecesaria, ya que interrumpiría la prescripción que, ya de por sí, ha interrumpido la interposición del conflicto colectivo, pero sí que le quitaría la posibilidad de que en un pleito la empresa demandada pueda argumentar la excepción de prescripción.

El Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) establece en su artículo 39 que, por necesidades del servicio y cuando una plaza o puesto de trabajo se encuentre vacante o temporalmente desatendido, podrá ser cubierto en comisión de servicios, con carácter temporal, por personal estatutario de la correspondiente categoría y especialidad.

Más adelante, el mismo artículo, amplía el ámbito de concesión al desempeño de funciones especiales no adscritas a una determinada categoría o puesto de trabajo.

De acuerdo con lo expresado anteriormente, la comisión de servicio, puede concederse en plaza vacante (interinidad), para ocupar un puesto temporalmente desatendido (sustitución) o por algunas otras causas propias del nombramiento eventual.

No obstante lo anterior, te aconsejamos que consultes la normativa que, sobre esta materia, posiblemente haya promulgado tu comunidad autónoma, sobre todo en materia de procedimiento y duración.

el lector pregunta

Los interesados pueden enviar sus consultas jurídicas a la siguiente dirección: **'el-lectorpregunta@sanidad.ccoo.es'**. La redacción se reserva el derecho de publicar las consultas que considere de mayor interés general y de modificar parte del contenido de las mismas.

La Dirección



## La responsabilidad civil médica

*María José Guix González.  
Licenciada en Derecho y Economía.*

La importancia de abordar esta cuestión se debe tanto a la trascendencia de los bienes jurídicos que pueden resultar lesionados por la actividad médica, como son la vida y la integridad física del paciente, amparados en la Constitución, como a la complejidad y pluralidad de interrogantes que, en la práctica plantea el tratamiento de la responsabilidad civil médica por los daños ocasionados, teniendo un extraordinario papel en la actualidad el deber de información del médico y la autonomía del paciente.

### RÉGIMEN JURÍDICO

Su régimen jurídico dependerá del hecho de que estemos en el ámbito de la medicina asistencial, o de la voluntaria o satisfactiva.

La primera se califica nítidamente como un arrendamiento de servicios, una obligación de medios, mientras que la voluntaria o satisfactiva (medicina estética, odontología...) se desarrolla en el ámbito de una relación contractual próxima al régimen jurídico del arrendamiento de obra o intermedia entre éste y el arrendamiento de servicios, donde se pondera con

mayor importancia el resultado. Si bien, la separación de ambas modalidades no es muy clara en los hechos, sobre todo como dice la doctrina más autorizada, y reitera la sentencia de 29 de junio de 2007, a partir de la asunción del derecho a la salud como bienestar en sus aspectos psíquicos y social, y no sólo físico.

Al primer aspecto es al que hemos de referirnos para determinar la existencia de responsabilidad civil médica, en el vigente sistema de culpa subjetiva, esto es, cuando media negligencia del profesional, independientemente del tipo de medicina curativa o satisfactiva de la que se trate, es la denominada *lex artis* de los profesionales médicos.

El núcleo de la **Sentencia del Tribunal Supremo, de 18 de diciembre de 2006 (RJ 2006, 9172)**, es la delimitación jurídica y el contenido material de esta *lex artis* médica, definiéndola como «aquél criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico»; (FD 1º). De un modo general, se trataría de hacer bien las cosas, actuando con la diligencia, pericia y técnica debidas, teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de su posible especialización, de la complejidad y trascendencia vital

para el paciente, para calificar dicho acto, de conforme o no con la técnica normal requerida. Por su parte, la *lex artis ad hoc* es la forma particular de tratar un caso clínico concreto; sería la aplicación de las reglas y normas de actuación en medicina a un paciente concreto y determinado.

El Tribunal Supremo recuerda -citando otra Sentencia de 23 de mayo de 2006 [RJ 2006, 3535]- que el criterio de la *lex artis* «comporta no sólo el cumplimiento formal y protocolar de las técnicas previstas con arreglo a la ciencia médica adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza y circunstancias». Lo contrario supondría poner a cargo del médico una responsabilidad de naturaleza objetiva, vinculada exclusivamente al resultado y al margen, por tanto, de cualquier valoración sobre culpabilidad y negligencia, que está excluida en nuestro ordenamiento jurídico.

**La *lex artis* entendida de esta forma, implica un doble orden de cosas:**

**a) En primer lugar, la obligación del médico de realizar todas las pruebas**



Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, «realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (STS 23 de septiembre de 2004 [ RJ 2004, 5890 ] )» (FD. 2º).

**b) En segundo lugar, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con**

el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen al paciente.

Como acertadamente matiza la Sentencia en su FD. 2º, la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar o descartar la presencia de una alteración, sin que presente una seguridad plena.

Finalmente, señalar que la más reciente jurisprudencia considera el deber de información del médico y el correlativo consentimiento del paciente como un presupuesto y elemento esencial de la lex artis ad hoc para llevar a cabo la actividad médica (STS 28 de noviembre de 2.007); especialmente en intervenciones médicas no necesarias, en las que el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por su rechazo, habida cuenta de la innecesidad o falta de premura de las mismas en contraposición con los riesgos que asume.

En definitiva, que la intervención médica se desarrolle con plena corrección técnica no excluye la responsabilidad civil que resulta de la omisión de una correcta información del riesgo que la misma conlleva, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la

autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogiéndose en su artículo 10 el contenido de esta obligación de información, y concretándose en las siguientes:

- a)** Medidas a adoptar para asegurar el resultado de la intervención ya practicada y la preparación a la intervención.
- b)** Posibilidades de fracaso de la intervención, el pronóstico sobre la probabilidad de resultado.
- c)** Cualquier secuela, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, con independencia de su frecuencia.

## CONCLUSIÓN

Para determinar cuando existe responsabilidad civil médica por infracción de lex artis, los Jueces y Tribunales habrán de realizar una labor interpretativa con el fin de valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado, la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión, y también las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica. Ello viene exigido en tanto que no resulta posible trazar una línea absoluta y definitiva que separe el cumplimiento de la lex artis de su incumplimiento, a pesar a las abundantes guías de práctica clínica que establecen criterios mínimos para definirla.





## Los riesgos sanitarios más comunes a evitar

Jorge Fontalba Moreau.  
Doctorando UMA.

En este artículo se expone, de forma breve, la información básica sobre los principales riesgos profesionales que padecen las trabajadoras y trabajadores del sector sanitario. Estos deben ser conocidos para poder mejorar nuestra ac-

titud preventiva en el trabajo diario.

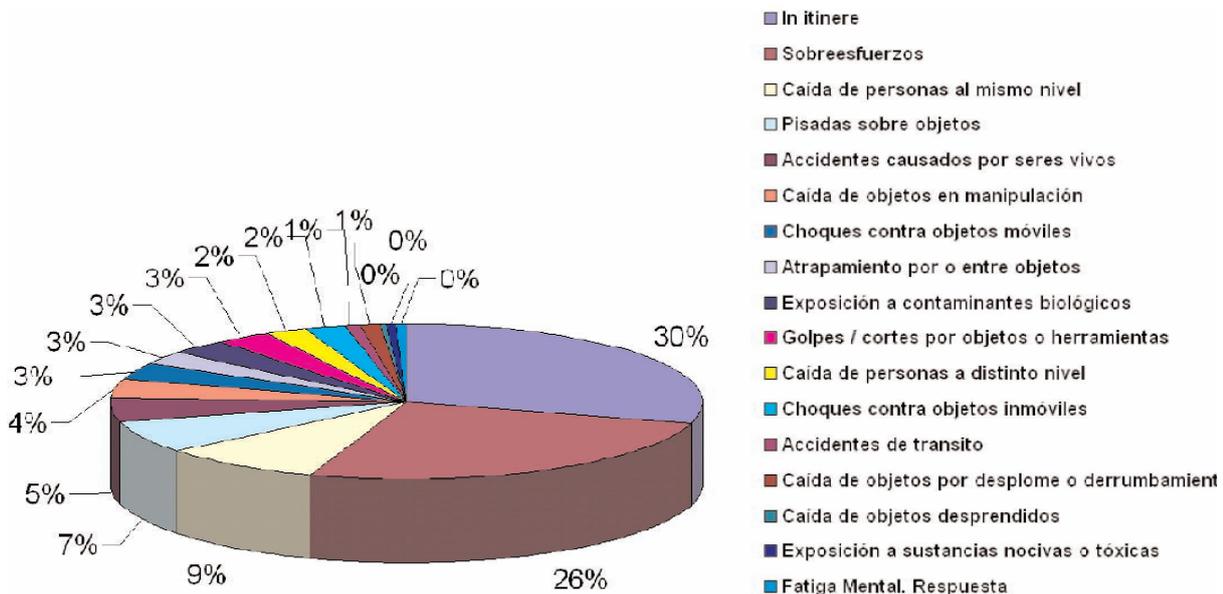
A continuación, se describen los **cinco principales riesgos más frecuentes que llevan a que se produzca un accidente laboral (el 77 % del total)**.

Para ello, se han tenido en cuenta los datos recientes de accidentes que realmente han acontecido en

un gran centro sanitario público, priorizándolos según su incidencia.

Las categorías profesionales están incluidas de forma transversal, por lo que estos datos las afectan a todas, salvo que se especifique.

**ACCIDENTES DE TRABAJO ORDENADOS POR SU MAYOR INCIDENCIA** (ver gráfico)





Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

## 5 RIESGOS MÁS COMUNES A EVITAR

### 1º. Riesgo de golpes/accidentes en y por vehículos. (30% de los accidentes)

Dentro de los accidentes de trabajo a los que podemos estar expuestos, están incluidos como más frecuentes los que están asociados a los desplazamientos que se efectúan, bien en el trayecto efectuado del domicilio al centro de trabajo (accidentes in itinere) o bien en desplazamientos dentro de la jornada laboral, especialmente, al llevar a cabo visitas laborales domiciliarias, etc. (accidentes in misión).

Las causas, tanto de los accidentes in itinere como de los accidentes in misión, pueden ser debido a factores técnicos, atmosféricos (oscuridad, niebla, lluvia, nieve o hielo), factores asociados al diseño o el estado de la vía pública (anchura, señalización o trazado inadecuado, estado del pavimento, densidad del tráfico, etc.), fallos humanos por problemas físicos (lipotimias, diabetes, cardiopatías, epilepsia, etc.), psíquicos (prisa, emocionalidad excesiva, etc.), exceso o falta de experiencia respecto al vehículo o la vía, o por conductas inseguras (fumar, hablar por el móvil, encender la radio, hablar con otros ocupantes, etc.).

Las lesiones o daños derivados de este tipo de accidentes pueden ser muy variadas, dependiendo del medio de circulación empleado, y pueden ir desde lesiones leves; como heridas, contusiones, rozaduras, etc.; hasta lesiones graves, muy graves o incluso mortales, en función de la gravedad del accidente. Es

importante observar que, aunque son el tipo de accidente más común, no son percibidos así por los profesionales.

### 2º. Riesgo de sobreesfuerzos por movilización de pacientes y manipulación de cargas. (26% de los accidentes)

El riesgo de sobreesfuerzos es muy común en el personal sanitario (principalmente en el trabajo de auxiliares de clínica, celadores, personal de rehabilitación, etc.), ya que, una gran parte de su trabajo se basa en posibilitar la movilización de personas con limitaciones físicas (trasladar, ayudar a caminar, realizar cambios de posición, mejorar el confort de pacientes, etc.).

Los factores que inciden en la aparición de lesiones músculo esqueléticas en este colectivo, suelen ser factores individuales (posibles enfermedades, sedentarismo, hábitos de la vida, etc.), factores físicos de la tarea (posturas forzadas, inclinaciones, torsiones de espalda en realización de curas, reacciones imprevisibles por pérdida de equilibrio de pacientes, transporte y manipulación de cajas, carros, etc.), o factores organizacionales (ritmo de trabajo acelerado, exceso de pacientes, medios insuficientes, movilización sin ayuda de terceras personas, etc.).

Los daños que pueden derivarse de la movilización de personas con limitaciones físicas suelen ser alteraciones músculo-esqueléticas; como patologías dorso-lumbares, lumbalgias, ciática, hernia discal, etc. La probabilidad de que aparezca una lesión depende, entre otras

causas, de la intensidad del esfuerzo, número de pacientes a movilizar, duración de la movilización, secuencias de una tarea a desempeñar, adopción de posturas forzadas, etc.

### 3º y 4º. Riesgo de caída de personas al mismo nivel y pisadas sobre objetos. (16% de los accidentes)

Este riesgo se puede presentar durante los desplazamientos a lo largo de la jornada, debido al mal estado del suelo (baldosas sueltas, moqueta levantada o irregular, suelo resbaladizo por limpieza del mismo u otras circunstancias, etc.), sobre todo por falta de orden y, en algún caso, insuficiente limpieza, etc. Y se producen en el mismo plano de sustentación.

Los daños que pueden producirse son lesiones; como heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, etc.; o bien, lesiones graves como fracturas, etc., en función del tipo de caída.

Detallar que las pisadas sobre objetos no ocasionan caídas al profesional, aunque sí daños.

### 5º Accidentes causados por seres vivos. (5% de los accidentes)

Son los producidos a las personas por la acción de otras personas o animales, en este caso del sector sanitario son producidos en su totalidad por personas, que pueden ser pacientes, o también, aunque menos posible, otros profesionales sanitarios.



## Modificación sustancial de las **condiciones** de trabajo

*Nieves Rico Bueno.  
Diplomada en Relaciones Laborales.*

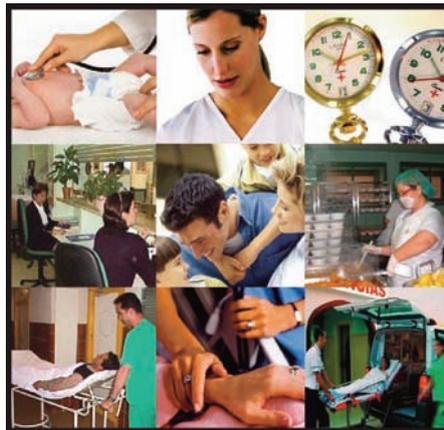
Las modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo (MSCT) vienen reguladas en el artículo 41 del Estatuto de los Trabajadores (ET), el cual se ha visto modificado por la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Delimita el poder de dirección del empresario, pues establece otro procedimiento distinto de aquel que se utiliza para aquellas modificaciones que no tienen la consideración de sustanciales, y que se ven justificadas por el poder de organización y dirección que le compete al empresario sobre su empresa.

**Se consideran sustanciales aquellas modificaciones de tal naturaleza que "altere y transforme los aspectos fundamentales de la relación laboral" (STS, 17 de marzo de 1986).**

Es decir, modificaciones que sean relevantes e importantes en las condiciones de trabajo. El apartado uno del artículo 41 ET, justifica estas modificaciones en razones económicas, técnicas, organizativas o de producción. Y, posteriormente, enumera qué materias tendrán la consideración de MSCT: jornada de trabajo, horarios, distribución del tiempo de trabajo y rendimiento, funciones que excedan de los límites del artículo 39 ET.

Todas ellas, hacen referencia a la prestación básica del trabajador o a sus circunstancias de tiempo o, bien, a la prestación fundamental del empresario.

No obstante, se debe tener en cuenta que no cualquier cambio que afecte a algunas de las materias establecidas en el apartado 1) del artículo 41 ET tendrán la consideración de modificación sustancial, pues la misma dependerá de la intensidad del cambio introducido, que realmente produzca un perjuicio para el trabajador o trabajadora en su relación laboral.



El artículo 41 diferencia entre las modificaciones sustanciales de carácter individual y colectivo. Tal diferenciación no depende del número de trabajadores afectados por la modificación, sino de la fuente de la que proceda el reconocimiento de la condición que se verá afectada.

Tiene la consideración de modificación sustancial de carácter individual, aquella modificación que afecte a condiciones de trabajo que disfruten los trabajadores a título individual, es decir, pactada y disfrutada individualmente. Por ejemplo, pactada en el contrato de trabajo.

Se consideran de carácter colectivo la modificación de aquellas condiciones reconocidas a los trabajadores en virtud de acuerdo o pacto colectivo, en CC estatutario, o decisión unilateral del empresario de carácter colectivo. Si una modificación de trabajo está recogida en alguna de estas posibilidades es una modificación colectiva aunque afecte a un solo trabajador.

No obstante, el párrafo segundo del apartado 2) del artículo 41 ET, hace un inciso sobre aquellas condiciones laborales que, en un principio, serían catalogadas como colectivas, pero que la Ley ha establecido como individual. Se tratan de modificaciones funcionales y de horario que en periodos de 90 días afecten a un número determinado de trabajadores: a menos de 10 trabajadores en empresas de menos de cien trabajadores; a menos del 10% de los trabajadores en empresas de entre 100 a 300 trabajadores y, menos de 30 trabajadores en aquellas empresas que ocupen 300 o más trabajadores.

La ley 35/2010 ha eliminado de este artículo la consideración de modificaciones de carácter colectivo aquellas que hayan sido pactadas en Convenios colectivos (CC) estatutarios. Es el apartado 6, el que establece el procedimiento a seguir en caso de tratarse de una modificación que afecte a una condición pactada en CC estatutario; remitiéndose al apartado 4), donde se establecen los requisitos a seguir en caso de modificaciones de carácter colectivo, eliminando de éste modo, el necesario acuerdo, que era obligatorio para poder modificar una condición que venía pactada en un CC estatutario.



Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

## PROCEDIMIENTO

El procedimiento es distinto según se trate de una modificación de carácter individual o colectivo. En el caso de una MSCT de carácter individual, sólo es necesaria la notificación al trabajador o trabajadora con el preaviso de 30 días a la fecha de su efectividad, siendo ésta decisión atribuida de manera exclusiva a la voluntad del empresario. Aunque no quiere decir que el trabajador deba aquietarse frente a dicha decisión.

En cambio, si se trata de una MSCT de carácter colectivo, requiere un procedimiento más complejo. En primer lugar, tal decisión empresarial requerirá la apertura de un periodo de consulta, se convocará a los representantes de los trabajadores para negociar de buena fe con el empresario a fin de llegar a un acuerdo; aunque el mismo no es vinculante, pues no es necesario el acuerdo, porque lo que se impone es el intento de acuerdo y no el mismo. En caso de no existir representación legal de los trabajadores, los mismos podrán atribuir su representación a una comisión con un máximo de tres miembros, integrada por trabajadores de la empresa y elegidos de manera democrática.

Este periodo de consultas no puede tener una duración superior a 15 días, y deberá versar sobre las causas que han motivado la decisión empresarial y la posibilidad de reducir o evitar sus efectos. Una vez, acabado el periodo de consulta, el empresario deberá notificar a los trabajadores la decisión a la que se haya llegado.

Llegado al acuerdo, se presume que existen las razones justificativas establecida en el apartado 1, y sólo se podrá impugnar ante la jurisdicción competente cuando exista "fraude, dolo, coacción o abuso de derecho en su conclusión".

## VÍAS DE REACCIÓN FRENTE A LA MODIFICACIÓN

### 1. Vías de carácter individual.

El trabajador o trabajadora ante la decisión empresarial tiene básicamente cuatro alternativas: aquietarse de la decisión empresarial, impugnarla judicialmente, rescindir el contrato, o solicitar la extinción del mismo.

- Impugnación de la decisión empresarial. El procedimiento se encuentra regulado en el artículo 138 LPL. Se trata de que el trabajador inste una demanda ante el Juzgado de lo Social, en el plazo de 20 días hábiles, desde la notificación de la MSCT. Es un procedimiento rápido y que no admite recurso. Debemos tener en cuenta que, aunque se presente la demanda se debe cumplir con la decisión del empresario "solve et repete". La sentencia puede declarar la MSCT justificada o injustificada. Si la declara injustificada, ordena integrar al trabajador en sus anteriores condiciones de trabajo y, en el caso de que el empresario no obedezca la decisión judicial, el trabajador puede pedir la resolución de su contrato al amparo del artículo 50 ET; teniendo derecho a una indemnización de 45 días de salario por año de servicio, con un máximo de 42 mensualidades, prorrateándose por meses los periodos inferiores al año.

- Resolución del contrato por modificación de la jornada, horarios y modificación del tiempo de trabajo o turnos. A diferencia del anterior, no es necesario acudir al juez para que rescinda el contrato. Por el contrario, si el trabajador acredita los perjuicios que le produjo la modificación, puede pedir al empresario la terminación de su contrato con derecho a una indemnización de 20 días de salario por año de servicio, con un máximo de 9 mensualidades.

- Resolución del contrato por perjuicio de la formación profesional o menoscabo de la

dignidad del trabajador. En este caso, el trabajador pide la resolución de su contrato al juez, porque la MSCT efectuada por el empresario le ha supuesto un daño a su dignidad o le ha perjudicado en su formación profesional. Tiene derecho a la misma indemnización que si se tratase de un despido improcedente.

### 2. Las posibilidades en caso de una MSCT de carácter colectivo son distintas.

- Impugnación judicial por los sujetos colectivos, es decir, por los representantes de los trabajadores.

- Que sea impugnado judicialmente por los sujetos individuales, es decir, que cada trabajador interponga su demanda.

- Que se produzca una impugnación conjunta de los representantes y los sujetos individuales.

Si se trata de una impugnación conjunta, los trabajadores como sujetos individuales por un lado y los representantes de los trabajadores por otro, se suspende el procedimiento individual, tramitándose una vez acabado el procedimiento colectivo, pero teniendo en cuenta los parámetros que en esa sentencia de carácter colectivo se ha establecido. Por tanto, siempre será juzgada positiva. En esta sentencia se hace una declaración genérica que tendrá una plasmación práctica en los conflictos individuales que se estén tramitando, es decir, que el Juez debe tener en cuenta la sentencia de carácter colectivo a la hora de resolver los conflictos individuales o plurales.

La sentencia puede declarar la MSCT justificada, injustificada o nula. Si es injustificada o nula el empresario deberá devolver a los trabajadores a sus anteriores condiciones. Realmente, para el trabajador la consecuencia de que sea nula o injustificada es la misma, pues su efecto es la devolución a las condiciones anteriores.



# Permiso retribuido por asuntos propios

José Manuel Rodríguez Vázquez. Asesoría Jurídica FSS-CCOO

**Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, Sección 1ª, 14/03/2011 (JUR\2011\133874).**

La Sentencia del Tribunal Supremo (TS), resolviendo en trámite de casación un conflicto colectivo interpuesto por la Federación de Servicios Públicos de UGT, en el ámbito del convenio colectivo estatal de empresas de seguridad privada, viene a corregir el criterio de la Audiencia Nacional (expresado en la sentencia de instancia, que queda anulada), estimando el recurso formulado por la empresa, y declarando que los días de permiso retribuido por asuntos propios reconocidos en el convenio no deben computarse como de jornada efectiva de trabajo a los efectos de determinar el cumplimiento de la jornada ordinaria mensual y/o anual.

El criterio establecido por el TS (con antecedentes en sentencias anteriores del mismo tribunal: 26/04/1995 y 29/05/2007), no constituye una proclama absoluta que resuelva la cuestión en todo tiempo y lugar, sino que está basado en una interpretación lógica y sistemática del contenido textual del convenio colectivo en cuestión que, al regular la jornada, no especifica de forma expresa que estos días de asuntos propios deban computarse como tiempo efectivo de

trabajo, dejando por tanto abierta la puerta a ambas interpretaciones: la afirmativa y la negativa.

Por tanto, el criterio expresado en la sentencia del TS no deja de ser el aplicado en la resolución de un caso particular. Ahora bien, **dicha solución sería, llegado el caso, aplicable a uno de los sectores dependientes de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO, dado que el vigente V Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal incurre en la misma omisión**, al no contener norma que determine cómo deben ser computadas las horas de los días de permiso retribuido por asuntos propios, ni en el precepto que regula estos últimos (art. 50.b), ni en el que regula la jornada (art. 37).

Por tanto, el supuesto es esencialmente el mismo y, en el caso de que una empresa decidiera, sin previa consulta a la comisión paritaria, acogerse de forma unilateral al criterio expresado por el TS, la actual redacción del convenio colectivo, dada su falta de concreción al respecto, llevaría a una situación más que comprometida a la hora de reclamar.

La sentencia parte de la base de que el permiso por asuntos propios, en sí mismo considerado, no es tiempo de trabajo efectivo, por cuanto durante el

mismo se interrumpe la obligación de prestar trabajo. Aunque, ciertamente, durante el resto de permisos retribuidos (por matrimonio, nacimiento o fallecimiento de familiares, etc.) ocurre lo mismo, de suerte que no sería este un argumento decisivo al respecto.

Por ello, para el TS la razón determinante a la hora de considerar tal permiso por asuntos propios como no computable en la jornada efectiva de trabajo es la falta de precisión que en la regulación de la jornada máxima anual existe en el convenio colectivo de aplicación y, en concreto, la ausencia en el mismo de una previsión textual o expresa en el sentido de que, a la hora de computar esa jornada máxima anual, se deban tener en cuenta los días de asuntos propios (sin que en el precepto regulador de los permisos se diga, a su vez, que tal permiso no deba ser recuperado).

Ante tal ausencia, el TS ensaya una interpretación coordinada de los respectivos artículos del convenio reguladores de la jornada y de los permisos, para llegar a la conclusión de que, con base en los criterios interpretativos recogidos en el Código Civil, **debe prevalecer la norma reguladora de la jornada sobre la norma reguladora de los permisos** y, en consecuencia, la necesidad de que se recupere el tiempo invertido en los días de permiso retribuido por asuntos propios.



Nº8 Lunes 4 de julio de 2011

## Suspensión de contrato por Lactancia natural

María del Mar Ruiz. Experta en Derecho Laboral. UMA

Sentencia del Tribunal Supremo (TS)1961/2011, que estima un recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el INSS, contra Sentencia, 04/03/2010, dictada por la Sala del TSJ, Málaga, en el recurso de suplicación núm.1885/2009.

Contra la sentencia dictada en suplicación, el INSS formalizó un recurso de casación para la unificación de doctrina, alegando la contradicción existente entre la sentencia recurrida y la dictada por la Sala TSJ, la infracción de lo establecido en el art. 135 bis LGSS en relación con los arts. 45.1 d) ET y art. 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

De la sentencia de instancia, aún siendo contraria a las pretensiones de la demandante, contiene entre sus hechos probados el certificado emitido por el EVI, y el riesgo específico durante el embarazo o la lactancia natural, de la exposición a agentes químicos y biológicos, cortes y pinchazos, así como el riesgo de atropellos o golpes con vehículos por desplazamientos y el que no aparezca ningún puesto sanitario en su Hospital, únicamente se consignan nueve exentos, de naturaleza administrativa. **Consiste en determinar si la trabajadora demandante, Enfermera, tiene derecho al percibo de la prestación por riesgo durante la lactancia natural, en función de su puesto de trabajo y de la imposibilidad de realizar un cambio de puesto para tareas exentas de riesgo en el centro sanitario público.**

Para la Sentencia de Contraste, se propone la dictada por la Sala de lo Social

del mismo TSJ (recurso 1115/2009), una demanda similar a la de estos autos, en la que una madre lactante natural, Enfermera de hospitalización del mismo Hospital, pretendía el pago de la prestación por riesgo durante la lactancia, que había desestimado su pretensión, utilizando para ello las dos vías argumentales que



se contienen en las resoluciones del INSS denegatorias de la prestación. La sentencia de contraste admite la existencia de riesgos en los puestos de trabajo sanitarios en la forma que genéricamente describen los hechos probados, pero niega que esa descripción tenga la exigible condición de específica en relación tanto con el concreto puesto de trabajo y actividad desempeñada, como con la situación de lactancia natural de la demandante que lleva a cabo esa actividad. Como se desprende del RD 664/1997, de 12 de mayo, contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, procedente de la transposición al Derecho español de tres Directivas Europeas; o Real De-

creto 665/1997 del 12 de mayo, protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo; o el R.D. 783/2001, de 6 de julio, que se aprueba el reglamento de protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

En la propia Sentencia del TS figura que no se aportaron informes de "esas normas" que describan riesgos a la exposición. La desestimación de la prestación solicitada se basó en la ausencia de prueba sobre la existencia de riesgos específicos y relevantes en relación con la actividad concreta de la trabajadora y su situación de lactancia natural, lo que conduce en el caso de autos a la conclusión de que no cabe el percibo de la prestación prevista en el artículo 135 bis y ter LGSS cuando no aparecen debidamente descritos, valorados y acreditados de manera específica en relación con la lactancia los riesgos, en la forma que se desprende del artículo 26.1, en relación con el 16 de la LPRL, lo que impediría a su vez conocer si realmente existen o no otros puestos exentos de riesgo para la lactante a efectos de su asignación y, eventualmente, agotadas las previsiones del artículo 26 LPRL, de incluir la situación en la causa de suspensión del contrato de trabajo a que se refiere el artículo 48.5 del ET.

Mientras haya imprecisiones por parte de un Servicio de Prevención por tener necesariamente que clasificar como esenciales los riesgos a que una madre se ve sometida por el simple desempeño de su profesión, nos perdemos en detalles, y lleva a concluir que, en la actualidad, no se contempla la salud reproductiva de forma integrada.

*Jurídi* **CO**  
**CO**  
cuadernos sanitarios



[www.sanidad.ccoo.es](http://www.sanidad.ccoo.es)