



# ALBERTO SÁNCHEZ

*El pueblo español tiene un camino que conduce a una estrella*

## **A FONDO**

La brecha está abierta

## **EL LECTOR PREGUNTA**

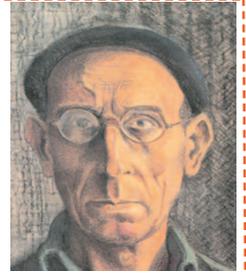
¿Es legal la contratación por ETT en un organismo público?

## **LA BRÚJULA**

Disminución de derechos

## **SENTENCIAS DE INTERÉS**

El permiso por hospitalación de familiares



# sumario

## Editorial

Un canto a la esperanza

Pág.

3

## Actualidad normativa

Disposiciones normativas recientes

4 y 5

## A fondo

Condición de asegurado y beneficiario en la asistencia sanitaria

6 y 7

La brecha está abierta

8 y 9

## El lector pregunta

¿Es legal la contratación por ETT en organismo público?

10

¿Cuáles son las normas que regulan la jornada semanal y anual en el SAS?

10

## La brújula

Daños en el trabajo en los profesionales de urgencias

11 y 12

Disminución de derechos

13

## Sentencias de Interés

El permiso por hospitalización de familiares

14 y 15



Nº13 Lunes 1 de octubre de 2012

## “Un canto a la esperanza”

Ana Ruiz. Responsable Área  
Comunicación FSS-CCOO

El pueblo español tiene un camino que conduce a una estrella es como su autor, Alberto Sánchez, tituló a esta escultura de más de doce metros de altura que ocupa la portada de este número de JurídiCCOO, cuadernos sanitario.

En 1937 representó la aportación artística española a la Exposición Internacional de París con la que participó el gobierno de la República en dicha exhibición, cuando España se debatía en una sangrienta Guerra Civil, y constituyó una de las muestras más valiosas de la llamada Edad de Plata del arte español. De aquella obra hoy sólo queda una reproducción incompleta que sirve de antecámara actualmente a la entrada del Museo Reina Sofía de Madrid.

Alberto Sánchez (Toledo, 1895 - Moscú, 1962) fue un magnífico escultor, quizá no tan conocido porque su exilio obligado en la URSS de algún modo propiciaría su olvido. Su pieza más conocida, espectacular y sin duda más hermosa es este curioso “obelisco” en palabras de su amigo Pablo Neruda, que presidía la entrada al Pabellón de España en esta Exposición que se inauguraba entonces bajo el lema lleno de esperanza “Por

el progreso, el trabajo y la paz”.

En realidad se trata de una imagen curiosa porque puede interpretarse desde diferentes lecturas: desde el prisma surrealista por la importancia de lo onírico; por la estética de la fantasía; y también, si aceptamos un substrato realista, vemos la pieza como un delgado cactus que se estiliza hasta las alturas. Un cactus, un ser vivo elevado y fuerte ante la adversidad, defendido por púas y espinas, que resulta indomable frente a las condiciones más adversas. Es evidente el simbolismo que lo emparenta con la España democrática que estaba en esos momentos sufriendo los embates del fascismo, y que se defendía de él con la misma entereza que la planta. Aunque por encima de todo la pieza es un canto a la esperanza de un futuro mejor, porque es evidente que el puño cerrado en que parece culminarse la escultura alcanza finalmente la estrella prometida y la paloma que ambiciona la paz.

Ahora, este mensaje adquiere el mayor de los protagonismos en una España golpeada brutalmente por una crisis económica y financiera, que la está

lanzando sin freno a una alarmante crisis social, hacia el empobrecimiento y la desprotección de la mayoría de la población, favoreciendo la fractura de la cohesión social y la exclusión.

Ahora también como un cactus es necesario ser fuertes, defenderse de esta otra adversidad exigiendo a nuestro gobierno y todas las instituciones europeas que permitan que los españoles puedan alcanzar su estrella; la del empleo, los derechos sociales y laborales que están sufriendo el peor ataque desde el nacimiento de nuestra democracia.



### Staff

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



## Disposiciones normativas recientes

José Manuel Rodríguez Vázquez. Asesoría Jurídica FSS-CCOO

Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (BOE núm. 103, de 30 de abril de 2012).

Constituye el previsto desarrollo del artículo 135 de la Constitución Española (reformado a su vez en septiembre de 2011), el cual elevaba el principio de estabilidad presupuestaria al rango constitucional, limitando el déficit público de carácter estructural y encargando a una futura –entonces– Ley Orgánica que fijara tal límite, así como que desarrollara los principios plasmados en tal precepto.

Sustituye y deroga, por tanto, la anterior Ley General de Estabilidad Presupuestaria de 2007. Entre sus objetivos claves cita expresamente “garantizar la sostenibilidad financiera de todas las Administraciones Públicas; fortalecer la confianza en la estabilidad de la economía española; y reforzar el compromiso de España con la Unión Europea en materia de estabilidad presupuestaria”. Por lo demás, establece un período transitorio hasta el año 2020 para adaptarse a los límites que en ella se prescriben.

Real Decreto-Ley 17/2012, de 4 de mayo, de medidas urgentes en mate-

ria de medio ambiente (BOE núm. 108, de 5 de mayo de 2012).

Bajo premisas como las de ‘simplificación y agilización administrativa de las normas ambientales’, se modifican diversas leyes deafección medioambiental, como es el caso de la Ley de Aguas (Real Decreto Legislativo 1/2001, de 20 de julio), la Ley del Patrimonio Natural y de la Biodiversidad (Ley 42/2007, de 13 de diciembre) o la Ley de residuos y suelos contaminados (Ley 22/2011, de 28 de julio).

Se pretende, entre otras cosas, una delimitación y refuerzo de competencias sancionadoras en materia de aguas y residuos, un refuerzo del principio de unidad de gestión de las cuencas hidrográficas intercomunitarias, una nueva regulación de las masas de agua subterráneas, o la consolidación y unificación de las muy diversas figuras de protección previstas por la normativa ambiental; y se determina el volumen de los derechos de emisión de gases de efecto invernadero por subastar antes de 2013.

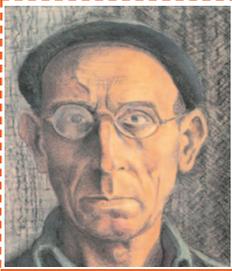
Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles, (BOE núm. 162, de 7 de julio de 2012).

Constituye el resultado de la tramitación como proyecto de ley del Real

Decreto-Ley 5/2012. Ambas normas parten de la premisa de fomentar la mediación en aras de descargar de trabajo a los órganos judiciales, siempre con respecto a asuntos que afecten a derechos subjetivos de carácter disponible, naturalmente, pero también de trasponer al Derecho español una Directiva europea de 2008 sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles. Por tanto, impulso de la mediación en cuanto alternativa a la solución judicial de los conflictos.

Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE núm. 168, de 14 de julio de 2012).

En esta norma, además de otros muchos aspectos, se plantean una serie de medidas que afectan nuevamente al personal de las Administraciones Públicas de manera directa. Así, en ella se establecen, entre otras medidas: un régimen de incompatibilidades de pensiones indemnizatorias, prestaciones compensatorias y percepciones similares para los altos cargos de las Administraciones Públicas; la supresión de la paga extraordinaria del mes de diciembre de 2012 a todo el personal del sector público, incluidas fundaciones y consorcios; la modificación del artículo 32 del Estatuto



Nº13 Lunes 1 de octubre de 2012

Básico del Empleado Público, relativo a la negociación colectiva, representación y participación del personal laboral de las Administraciones Públicas, en el sentido de permitir expresamente la modificación unilateral de los convenios colectivos de aplicación a este tipo de personal en casos determinados (equiparándolos, a estos efectos, al personal funcionario y estatutario); la modificación de los permisos de los funcionarios públicos; la modificación de la prestación económica en la situación de incapacidad temporal del personal al servicio de las Administraciones Públicas; la reducción de créditos horarios y permisos sindicales; y determinados cambios relativos a la jubilación del personal funcionario y estatutario.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la **condición de asegurado y de beneficiario** a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS (BOE núm.

186, de 4 de agosto de 2012). Norma que se centra precisamente en lo que reza su título: la determinación de quiénes tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), con la consiguiente expedición de la tarjeta sanitaria individual, así como la regulación de varios supuestos especiales de asistencia sanitaria.

Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de **medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el SNS.**

Se trata de una actualización del listado de medicamentos, que deja fuera

del mismo a algunos que anteriormente habían formado parte de él.

Real Decreto-Ley 23/2012, de 24 de agosto, por el que se prorroga el programa de **recualificación profesional** de las personas que agoten su protección por desempleo (BOE núm. 204, de 25 de agosto de 2012).

Estamos ante la concreción de la tercera prórroga de dicho programa (en el que se incluye la ayuda económica por todos conocida), aunque introduce modificaciones y nuevos requisitos en su funcionamiento, exigiendo, entre otros extremos, que los solicitantes acrediten haber realizado actuaciones de búsqueda de empleo, y revisando cuestiones como el régimen de incompatibilidad de la ayuda económica con otras de naturaleza similar.





## Condición de **asegurado** y **beneficiario** en la asistencia sanitaria

*Nieves Rico.  
Profesora de la UMA.*

Pocos meses después de la aprobación del RDL 16/2012, mediante el cual el ejecutivo daba varios pasos atrás hacia la universalización del derecho a la asistencia sanitaria gratuita, se aprueba, también mediante Real Decreto, la norma que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria española.

Analizando el artículo 43 de la Constitución de 1978, se observa el mandato de universalización implícito en el mismo, pues vincula el derecho a la salud a la condición de ciudadano y no a la de asegurado. Este principio, parece que se le olvida al legislador cuando introduce límites subjetivos a este derecho, como se puede ver en sus últimas reformas. A pesar de la pretensión del constituyente por universalizar la asistencia sanitaria gratuita, el lugar que ocupa el artículo 43 en la Constitución española, dentro de los principios rectores y de la política social y económica, hace que el mismo no se configure como un derecho subjetivo perfecto, pero no por ello, debe olvidarse que los poderes públicos quedan obligados a legislar encaminados a conseguir este principio.

El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargos a fondos públicos, a

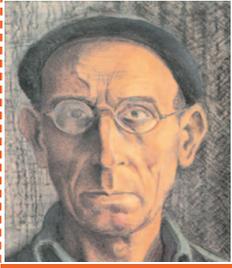
través del Sistema Nacional de Salud (SNS), viene a desarrollar los distintos requisitos que deben cumplir tanto los nacionales como los extranjeros para tener derecho a la asistencia sanitaria gratuita. En lo que respecta a los sujetos asegurados y beneficiarios del asegurado, no hace más que repetir lo establecido por el RD de abril, aunque matizando los distintos aspectos para entender cuando se dan dichos requisitos.

De esta forma, se considera sujeto asegurado a todos los trabajadores y trabajadoras por cuenta ajena o propia, los pensionistas o beneficiarios de cualquier prestación periódica del sistema de seguridad social, y aquellos sujetos que hayan agotado una prestación o subsidio por desempleo y se encuentren inscritos debidamente como demandantes de empleo.

Por otra parte, tienen la condición del beneficiario del asegurado “el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%” (art. 1.4 RD 16/2012).

Todos aquellos sujetos que no se encuentren comprendidos dentro del artículo 3.2 de la Ley 16/2003 tendrán derecho a la asistencia sanitaria siempre que sus ingresos no superen los cien mil euros al año (art. 2.1.b) RD 1192/2012), mucho mayor que el salario mínimo interprofesional anual, límite establecido por el RD 1088/1989, ahora derogado.





Nº13 Lunes 1 de octubre de 2012

Además del límite de ingresos, han de ser nacionales y residentes en España, o nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, siempre que estos se encuentren inscritos en el Registro Central de Extranjeros, o nacionales de un país distinto a los mencionados anteriormente, siempre que sean titulares de una autorización administrativa para residir en territorio español.

En este nuevo RD se le exige a los nacionales de países de la UE, del EEE o de Suiza, la necesidad de estar inscritos en el Registro de Extranjeros. Estos tienen un plazo de tres meses para inscribirse en tal registro, parece que de esta forma, el legislador trata, una vez más, de combatir el turismo sanitario.

El ejecutivo ha introducido los requisi-

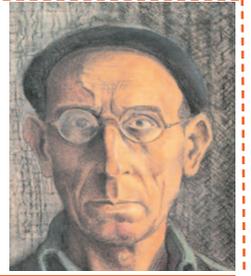
tos establecidos en las normas de seguridad social para ser beneficiario de este derecho en la Ley de sanidad, limitando con ello el ámbito subjetivo, pues mientras la norma de sanidad reconocía el derecho a todos los ciudadanos por su condición como tal, las normas de seguridad social lo vinculan al ámbito laboral. Cabe resaltar la Sentencia del TC 98/2004, mediante la cual el Tribunal afirmó que la asistencia sanitaria no se encuadraba en el marco de la seguridad social, sino en el de la sanidad.

Asimismo, este RD también regula el reconocimiento y extinción de la condición de asegurado o de beneficiario (arts 4-8), y concreta aspectos como que ha entenderse por renta (art. 2.3), quien es considerado descendiente o asimilado (art. 3.1.c)), menor de edad (art. 3.2), etc. A su vez, deroga determinadas normas que, de alguna ma-

nera, quedan recogidas por este RD, como es el RD sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, el RD sobre asistencia sanitaria a los trabajadores españoles emigrantes y a los familiares de los mismos residentes en territorio nacional, y su normativa de desarrollo, o el RD que da cobertura a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos.

Por último, cabe subrayar, la vinculación que tiene el derecho a la sanidad con el derecho a la vida y a la integridad física de las personas, reconocidos por nuestro constituyente como derechos fundamentales. Si se sigue recortando en esta línea, por un lado se incumple el mandato constitucional de universalizar la asistencia sanitaria gratuita y, de otro, se pueden vulnerar dos derechos fundamentales.





# La brecha está abierta

Juan José Plaza.  
Profesor de la UMA.

Los acontecimientos que se vienen sucediendo a lo largo de los últimos meses y que se empeñan en reducir a mínimos insostenibles las prestaciones de los servicios públicos, especialmente en materia sanitaria y educativa, me llevan a dejar a un lado las explicaciones teóricas y a expresar mi indignación hacia tales atentados contra los derechos sociales. Eso sí, no sin argumentar mi postura en aquellos textos jurídicos que se supone son básicos para nuestro ordenamiento jurídico pero que, sin embargo, cada vez se respetan menos.

La quiebra del Estado de bienestar se produce, de la mano de la voluntad política, en el eslabón más débil de la sociedad (o, al menos, en uno de los más débiles). Hablamos de la población inmigrante. El Gobierno, no contento con el rechazo ya existente en algunas capas de la sociedad hacia los inmigrantes, ha decidido culpar a esta población de los problemas de financiación de la sanidad pública (junto con los jubilados).

Un gran contrasentido que pone sobre la mesa el poder ejecutivo (y ahora también de forma oficiosa legislativo por gracia del uso y abuso del Real Decreto Ley) cuando argumenta su postura afirmando sin pudor que los problemas de financiación de un servi-

cio público, en este caso tan básico como la asistencia sanitaria, se soluciona reduciendo el número de usuarios y las prestaciones del servicio. Es decir, el problema financiero sigue existiendo (porque no existe en el Gobierno la voluntad política de ofrecer una sanidad pública universal y de calidad), pero con la reducción de usuarios se maquillan las cifras estadísticas presupuestarias. El mismo razonamiento ofrecido por la secretaria de Estado para la Investigación, la cual declaró que en España no es que falte inversión en I+D, es que sobran científicos. Un ejemplo más del futuro al que quieren condenarnos.

Y, todo ello, sin considerar en ningún momento que se trata de un servicio público que materializa el ejercicio de un derecho básico y natural de la persona por el hecho de ser persona: el derecho a la asistencia sanitaria como expresión garantista del derecho a la salud y, en consecuencia, del derecho a la vida.

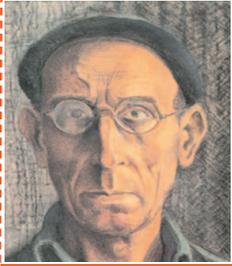
Un Estado que así mismo se define en

su Constitución (art.1) como un "Estado social y democrático de Derecho" no puede permitirse las desfachatez de atentar contra su propia identidad (Social) mediante la abolición, a espaldas de la población pero con la connivencia de su indiferencia, de lo que por definición es elemental: el Estado de bienestar.

Olvida el Gobierno, y silencian los tribunales, que "toda la riqueza del país en sus distintas

formas y sea cual fuere su titularidad está subordinada al interés general" (art. 128.1 de la Constitución), que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" (art. 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos). Olvida el Gobierno, y silencian los Tribunales, que nuestra Constitución en su art.





Nº13 Lunes 2 de octubre de 2012

10.2 reconoce que “las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos”, dándose la particularidad de que dicha Declaración en su art. 25.1 dice que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la (...) asistencia sanitaria”. Olvida el Gobierno, y silencian los Tribunales, que el art. 13.1 de la Constitución señala que “los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley”; entre ellos, como hemos señalado anteriormente la Declaración Universal de Derechos Humanos. Olvida el Gobierno, y silencian los Tribunales, que el art. 14.1 de la Constitución garantiza que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física”; un derecho a la vida e integridad física íntima y estrechamente ligado al art. 43.1 donde se reconoce “el derecho a la protección de la salud”, debiendo garantizar los poderes públicos “las prestaciones y servicios necesarios” (art. 43.2 Constitución).

Sin duda, habrá quiénes apunten que estos artículos citados son meros principios orientadores para los poderes públicos (cuando son mucho más). Habrá quién los interprete al antojo de la voluntad política del Gobierno de turno. Pero no cabe duda respecto del significado literal de los mismos, de lo que todos y cada uno de nosotros entendemos cuando los leemos.

De interpretaciones forzadas, de ma-

quillajes y disimulos, de recovecos normativos, de hipocresía legislativa está plagada la historia, hasta el punto de no tener temor a afirmar que el hecho de la legalidad no quiere decir que algo sea justo. Sin embargo, en este caso, la primera lectura de esos artículos fundamentales del derecho a la asistencia sanitaria de todo ser humano no da lugar a otras interpretaciones. Es lo que es: la atención sanitaria a cualquier persona que lo necesite. Sin importar la gravedad, la duración o la urgencia de la patología; simplemente la existencia de una necesidad de atención para preservar y garantizar la salud de una persona.

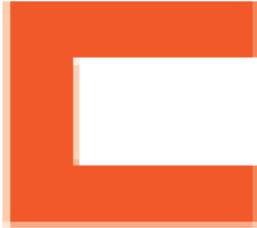
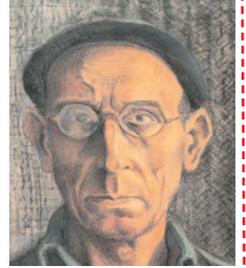
Nuestra sociedad en su indiferencia y el Gobierno que nos representa, como manifestación de la soberanía popular (no lo olvidemos), han llegado incluso a olvidar conceptos tan básicos como el de la caridad hacia los enfermos (aunque no debe tratarse de caridad sino de ejercicio de un derecho). Y lo hace un Gobierno que nutre el partido que es garante de la moral católica. Tal vez estamos ante un supuesto más de la tan recurrida hipocresía católica de la que muchos, de los que hoy restringen y prohíben la protección de la salud a parte de nuestros vecinos, se vanaglorian los domingos y en fiestas de guardar.

No voy a negar que muchos puedan pensar que exagero. Sin embargo, nada más lejos de la realidad que hoy nos golpea. Hace unos meses una gran parte de la población estaba convencida de que en nuestro país existían ciertas líneas rojas que protegían los derechos más elementales: la asistencia sanitaria, la educación, las prestaciones sociales, las pensiones

de jubilación, etc. Estas suponían lo que no se puede tocar, lo que está garantizado, lo que ningún Gobierno se atrevería a eliminar. Pero hoy comprobamos como nos las van robando poquito a poco, como donde nos dijeron “no” ahora nos dicen “sí”, como los derechos se han convertido en algo relativo, como nuestra sociedad avanza hacia la desprotección social de grandes capas de población a las que se las condena al desempleo de larga duración, a la pobreza y a la marginalidad.

Hoy sabemos, aunque algunos lo nieguen y otros no quieran verlo, que nuestro mínimo Estado de bienestar carece de líneas rojas. Ya no existen. Se ha pasado de proteger a los ciudadanos a proteger los capitales. El siglo XXI parece empeñado en convencernos de que el progreso social es cosa del pasado, y no podemos consentirlo. La financiación de los servicios públicos, manifestación de muchos de nuestros derechos como ciudadanos, y particularmente de la sanidad pública, es cuestión de voluntad política y no de razón económica. No debe olvidarse que la economía debe estar al servicio de la humanidad y no la humanidad al servicio de la economía, que no es un Dios, sino una mera herramienta que debería servirnos para garantizar la redistribución de la riqueza y mejorar la calidad de vida de toda la población.

Es hora de apartar los debates teóricos que no nos llevan a lugar alguno y poner sobre la mesa el objetivo básico de la preservación de los servicios públicos de acceso universal como garantes de nuestros derechos humanos. Es hora, como decía el poeta chileno Luis Mizón de “caminar más allá del gesto”.



Sección coordinada por  
José Gutiérrez Campoy

## Somos trabajadores que estamos en la bolsa de contratación del SESPA. Corre el rumor de que la contratación se puede hacer a través de Empresas de Trabajo Temporal. ¿Puede ser legal esa fórmula de contratación en un organismo público?

La Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, eliminó la limitación que existía, hasta ese momento, de utilizar en las Administraciones Públicas los servicios de las ETT.

No obstante, la misma norma que permitía esta utilización, aclaraba que antes del 1 de abril de 2011 (fecha en la que se suprime la prohibición) se ha de negociar en la Mesa General de Negociación de las Administraciones Públicas los criterios funcionales relativos a la contratación de trabajadores cedidos por estas empre-

sas. Sin embargo, se mantiene la prohibición de contratación de trabajadores cedidos por las ETT para desarrollar funciones propias de los funcionarios públicos. Hasta hoy no se ha producido negociación alguna a este respecto en la Mesa General de Negociación.

Asimismo, el artículo 33 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, dispone que la contratación del personal estatutario temporal se efectúe a través de un procedimiento negociado en las mesas

sectoriales correspondientes.

Mientras no existe una negociación sobre esta materia en la Mesa de Negociación correspondiente, la Administración no podrá contratar a los trabajadores temporales de los servicios de salud a través de las ETT.

Se recomienda que se mantengan o se renueven los acuerdos que sobre contratación temporal existen actualmente en los distintos servicios de salud, como una garantía adicional al sistema de contratación público.

## Trabajo como facultativo en un hospital del SAS. La Dirección está imponiendo la ampliación de la jornada a 37,5 horas. ¿Cuáles son las normas que regulan la jornada semanal y anual?

La jornada ordinaria que desarrolla un facultativo especialista de área en un establecimiento de atención especializada tiene la consideración de jornada ordinaria, desarrollada en turno diurno.

La jornada de trabajo anual del turno diurno en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es de 1.645 horas, aunque se está pendiente de la publicación del nuevo decreto que regule la nueva jornada semanal de trabajo.

La jornada ordinaria diaria no puede exceder de 12 horas ininterrumpidas,

aunque mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas para determinados servicios o unidades, con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales.

El personal tiene derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido de 12 horas entre el fin de una jornada y el comienzo de la siguiente.

El descanso semanal será de 24 horas, que se incrementa con el descanso diario de 12 horas.



Existen otro tipo de jornadas como la complementaria y la especial. La duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y la jornada complementaria será de 48 horas semanales en cómputo semestral. La jornada especial, que tiene carácter voluntario, no podrá exceder de 150 horas anuales.

Estos son los parámetros que se han de respetar en cuanto a la programación de los turnos de trabajo de los centros sanitarios.

Los interesados pueden enviar sus consultas jurídicas a la siguiente dirección: [el-lectorpregunta@sanidad.ccoo.es](mailto: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

# el lector pregunta



Nº13 Lunes 1 de octubre de 2012

## Daños en el trabajo en los profesionales de **urgencias**

Jorge Luis Fontalba.  
Doctorando en PRL UMA.

Los Servicios Médicos de Urgencias (SMU) son los primeros en proveer atención médica de emergencia y pre-hospitalaria. Dentro de sus tareas está también la de dar respuesta en caso de desastres, ya sean naturales o no.

Muchas de las actividades en su quehacer diario son potencialmente peligrosas: traslado y manipulación de los pacientes; el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas, manejo de productos químicos peligrosos y sustancias o fluidos corporales; participar en el transporte urgente de enfermos, tanto por tierra en ambulancias, como en vehículos aéreos.

Estas funciones conllevan un riesgo inherente de accidentes y enfermedades del trabajo. Estudios serios han demostrado que tienen altas tasas tanto de lesiones graves/leves, como de enfermedades.

Los trabajadores y trabajadoras de los SMU incluyen socorristas, técnicos en emergencias médicas, paramédicos, celadores y otros profesionales. Por ejemplo, el servicio de extinción de incendios y las enfermeras pueden proporcionar atención pre-hospitalaria de emergencia médica como parte de sus deberes de trabajo de rutina.

Para ilustrar el artículo con estadística, y en ausencia de datos a nivel nacional, hay

que hacer referencia a los servicios de urgencias de Estados Unidos, en un periodo anual reciente (2009). Unas cifras publicadas por el centro de prevención y control de enfermedades de dicho país (CDC); una fuente muy fiable. Tanto este sistema de servicios médicos de urgencias como el nuestro, pueden definirse como análogos.

El estudio empleado estima que sucedieron 23.300 accidentes y/o enfermedades entre los trabajadores/as del SMU, todos ellos ocurridos, o relacionados directamente, con los departamentos de emergencias de los hospitales de Estados Unidos.

### Datos de lesiones y enfermedades del SMU de EE.UU.

Los datos de las siguientes tablas incluyen todas las lesiones no mortales y enfermedades relacionadas con el trabajo, que se produjeron durante el ejercicio de las funciones del SMU, tanto remunerados como voluntarios (muy minoritario, protección civil).

El personal de extinción de incendios solo se incluyó cuando recibió daños en el desempeño de funciones de SMU, como la atención, transporte, rescate y/o primeros auxilios de los accidentados.

1. Entre los trabajadores y trabajadoras de los SMU tratados en departamentos de emergencia, por un accidente de trabajo

Tabla 1

Datos demográficos de accidentes y enfermedades de trabajo en los trabajadores de SMU.

Número de accidentes o enfermedades del trabajo de un total de 23.300 (100%) (95% Porcentaje de intervalo de confianza).

#### Por Género

Hombres 57%

Mujeres 43%

#### Grupo de edad

< 25 22%

25-34 29%

35-44 21%

> 45 27%

o enfermedad, fueron mayoritariamente hombres.

También, entre mujeres y hombres, la mayoría de los que sufrieron heridas y/o enfermedades, tenían entre 25 y 35 años de edad.

### 2. Lesiones y enfermedades.

El daño más común son los esguinces y las distensiones musculares. La mayoría de estas lesiones afectaron al tronco, y también a las manos y piernas. Estos daños derivados del trabajo, son el resultado de la realización con frecuencia de



**Tabla 2**

Tipo de lesiones y enfermedades

**Total**

23.300 (100%)

**Esguinces y torceduras**

8.900 (38%)

**Contusiones y abrasiones**

4.400 (19%)

Partes del cuerpo afectadas

**Piernas y pies**

4.000 (17%)

**Abdomen**

4.000 (17%)

**Tronco superior**

4.700 (20%)

**Manos y dedos**

4.200 (18%)

**Brazos**

2.100 (9%)

Riesgos que se materializan en daños

**Esfuerzos corporales**

8.700 (37%)

**Esfuerzos nocivos**

4.400 (19%)

**Golpes con objetos y equipo**

3.700 (16%)

**Caídas al mismo nivel**

2.400 (10%)

**Incidentes en el transporte**

1.600 (7%)

**Agresiones y actos violentos**

1.800 (8%)

Origen de los daños (con quien o que se produce)

**Personas, plantas, animales**

13.200 (57%)

**Vehículos**

2.900 (12%)

**Estructuras y superficies**

2.500 (11%)

**Herramientas y equipo**

2.400 (10%)

esfuerzos físicos, sometiendo a excesivo estrés o tensión a estas partes del cuerpo.

El segundo daño más común, es la exposición a fluidos corporales y sustancias químicas nocivas, estas pueden ser potencialmente infecciosas (principalmente, sangre). Estos daños en los que se vieron trabajadoras/es del SMU involucrados, se refieren a interacciones con sus pacientes. En la mayoría de los casos los trabajador se lesionan a sí mismos realizando sus tareas.

3. La mayoría de los esguinces y de las distensiones son producidas en la parte superior del tronco del trabajador, aunque también son frecuentes en extremidades inferiores. La mayoría de las torceduras y

**Tabla 3**

Partes del cuerpo afectadas en los servicios de urgencias hospitalarios de EE.UU. (2009).

**Parte del cuerpo afectada. Total 8.900**

Parte superior del tronco, incluyendo cuello y hombros:

2.800 31%

Abdomen:

2.600 30%

Extremidades inferiores:

2.300 26%

Daños al cuerpo por esfuerzo:

6.900 78%

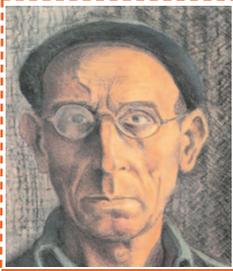
los esguinces, aunque no todos, se relacionan con movimientos corporales o de esfuerzo. Las caídas y otros tipos de eventos de lesiones, también están relacionadas con los esguinces o torceduras. Más de un tercio de todos los esguinces y las distensiones están relacionados con la interacción con un paciente.

Los números y porcentajes pueden no sumar en su total el 100% debido a que existen daños que no aparecen en las tablas por ser poco representativos. Asimismo, como en cualquier otra encuesta estadística, en la recogida de datos se han dejado incompletos o se han dado como no válidos un pequeño número de preguntas o ítems. Esta estimaciones se proporcionan únicamente a título informativo.

Para más información:

<http://www.cdc.gov/niosh/topics/ems/>

*Este artículo ha usado como fuente informativa al NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) Instituto nacional de seguridad y salud en el trabajo, de EE.UU.) El equivalente a nuestro INSHT.*



Nº13 Lunes 1 de octubre de 2012



## Disminución de **derechos**

*María del Mar Ruiz.  
Profesora de la UMA*

Tras la aparición del RDL 20/2012, se puede observar como en base a nivelar lo que la propia norma califica como desequilibrios macroeconómicos insostenibles, en materia de Seguridad Social, el Real Decreto-ley incluye dos medidas para la simplificación y mejora de su régimen de gestión, y su homogeneización con el régimen tributario. Así, se modifica el artículo 86 de la Ley General de Seguridad Social (LGSS), referente a los diferentes recursos para la financiación del la propia Seguridad Social.

En su apartado 86.1c) contempla que las cantidades recaudadas en concepto de recargos, sanciones u otras de naturaleza análoga, que es donde se clarifica cuáles son las consecuencias del incumplimiento, o atraso de pago de las cuotas por parte de la persona obligada, léase el empresario como responsable del pago de las cuotas devengadas y que deberá ingresar por distintos conceptos.

No hay que olvidar que dichas cotizaciones siguen siendo la principal fuente de financiación del sistema español de Seguridad Social y que suponen en torno a los dos tercios de sus ingresos. Sin embargo, en base al RDL 20/2012, se aúnan todos los recargos al 20%, (antes se

guiaba por un sistema progresivo de recargos, que llegaba hasta el 35%).

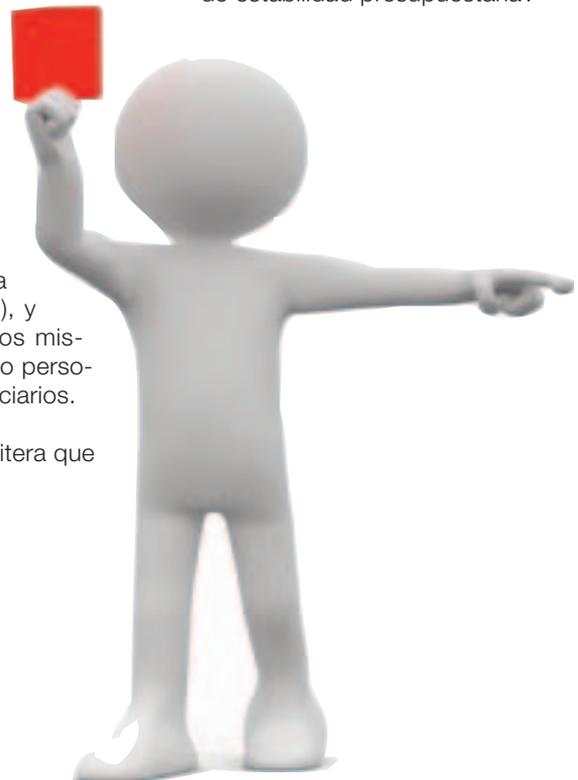
También se observa una homogeneización de las normas en materia de Seguridad Social y tributaria en aras a la consolidación fiscal, deduciéndose que algunos de los conceptos denominados de rentas en las leyes tributarias y que hasta ahora estaban excluidos de cotización- tales como por ejemplo del plus de transporte y que su exención estaba en el 20% del IPREM (Índice de Renta de Efecto Múltiples)- pasan ahora a formar parte de la base de cotización.

En materia de prestaciones y subsidios, en lo referente al desempleo, se establece un nuevo porcentaje del 50% de la base reguladora (desde el 60%) a partir del séptimo mes (la prestación por desempleo debe ser un sustitutivo de renta del trabajo). Otro ejemplo consiste en la elevación de la edad requerida para acceder al subsidio de desempleo a la de 55 años, (antes 52), y vinculando el acceso a los mismos en base al patrimonio personal de los posibles beneficiarios.

Para concluir, la norma reitera que

estas medidas que deben aplicarse van encaminadas a reducir el déficit público sin menoscabar la prestación de los servicios públicos esenciales. La clave está en lo que se considera "esencial" y en que no lleguemos a tener una Seguridad Social en tres niveles: el primero como *súmmum* de la salud, los servicios privados de salud; el nivel de asegurado, como beneficiario y vinculado estrictamente a los trabajadores cotizantes; y el tercer nivel de beneficencia, donde estarán encuadrados todos los que no trabajan o no pueden pagar una sanidad privada.

¿Dónde queda eso de la universalidad de la sanidad española, supeditando la salud de los ciudadanos, al inexcusable objetivo de estabilidad presupuestaria?





## El permiso por hospitalización de familiares

Juan Carlos Álvarez.  
Profesor de la UMA.

El art. 37.3 b) ET establece como permiso de los trabajadores y trabajadoras, entre otros, “dos días por hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario, de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad”.

El objeto de este precepto es, sin duda, permitir al trabajador conciliar su vida laboral con la familiar en los casos en los que familiares necesiten de una hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario.

Al tratarse de un permiso retribuido, necesita de una justificación, ya que el fin conciliador no es el descanso, sino la necesidad de colaborar en la atención y cuidados del familiar intervenido u hospitalizado.

Al hilo de esta cuestión se pronuncia la Sentencia de 5 de marzo de 2012 del Tribunal Supremo (sala 4ª), dictada en resolución de conflicto colectivo y realizando una interpretación del convenio colectivo correspondiente.

La práctica en la empresa, lo cual es muy común en muchos sectores, era que se minoraba el derecho a la licencia si no se justificaba la duración de la hospitalización. En base a ello, en demanda de conflicto colectivo, la representación

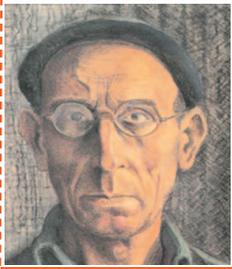


de los trabajadores solicitó que se reconociera el derecho al disfrute de la licencia de forma íntegra por hospitalización de familiares, “sin que quepa minoración y sin más condicionamiento que la justificación de la hospitalización, siendo irrelevante el motivo de la misma”.

Pues bien, la sentencia que se glosa, corrige la doctrina de la Sentencia de 4 de febrero de 2011 de la Audiencia Nacional, dando la razón a la representación de los trabajadores. Así, en la

interpretación del precepto estatutario y del correspondiente artículo del convenio colectivo a la luz de la doctrina emanada por la propia Sala en sentencias de 23 de abril y de 21 de septiembre de 2009.

Por ello, teniendo en cuenta el papel del convenio colectivo en el sistema de fuentes del Derecho, que supone el respeto por la norma pactada del derecho necesario establecido por la Ley, que, en razón de la superior posición que



Nº13 Lunes 1 de octubre de 2012

ocupa en la jerarquía normativa, puede desplegar una virtualidad limitadora de la negociación colectiva" (como se ha indicado en numerosa doctrina constitucional, por todas, SSTC 58/1985, de 30/Abril; 177/1988, de 10/Octubre; 210/1990, de 20/Diciembre; 189/1993, de 14/Junio; y 196/2004, de 15/Noviembre).

Esa preeminencia de la Ley frente al Convenio hace que éste deba respetar lo dispuesto con carácter necesario por aquélla aunque, como indica el Tribunal Supremo, la norma colectiva comporte una mejora del tratamiento estatutario en otros aspectos. Porque dicha mejora no puede servir, a modo de compensación, para amparar una interpretación minorativa del derecho básico (el permiso retribuido de dos días en el supuesto legal).

En cualquier caso, el objeto de debate de esta sentencia es respecto de si el per-

miso en supuestos de hospitalización se extingue o no con el alta hospitalaria, ya que ni la regulación legal ni la convencional indican o aclaran algo al respecto.

El Tribunal Supremo corrige a la Audiencia Nacional entendiendo que el alta hospitalaria no determina por sí misma la finalización del permiso. Y ello en base a una serie de coherentes motivos, recogidos ya en la doctrina de las STS de 21 de septiembre de 2010:

- La norma no predica de la hospitalización que sea por algo "grave", como lo hace respecto del accidente o de la enfermedad.

-El permiso en cuestión no puede estar destinado para que sea usado en cuestiones propias del trabajador, pero su causa remota tampoco tiene por qué agotarse en el cuidado o atención personal, física y directa al familiar, porque la enfermedad o el ingreso hospitalario de éste puede requerir de

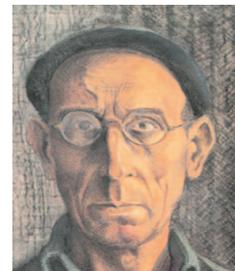
aquél otro tipo de dedicación no directamente relacionada con la atención personal, que igualmente pueda justificar la ausencia al trabajo del primero.

- El permiso ha de vincularse al alta médica del familiar y no del alta hospitalaria.

Y como criterios interpretativos se usan dos muy claros: el principio general del derecho por el que cuando una norma no distingue tampoco debe distinguir el intérprete, máxime cuando se trata de restringir derechos que la misma establece. Y otro, de carácter teleológico, ya que el sentido de la norma se encuentra en la necesidad de atención y cuidados del paciente, por lo que el permiso por hospitalización de pariente ha de ser concedido, cuando concurren el resto de los elementos que configuran tal derecho, "con independencia de que dicho familiar siga o no hospitalizado", es decir, sin que el simple parte de alta hospitalaria conlleve de forma automática la extinción o finalización del permiso.

Aunque dicha interpretación realizada por el Tribunal Supremo tiene sus límites puesto que sería posible la "minoración" de este permiso cuando el alta hospitalaria vaya acompañada de "alta médica", lo cual es ciertamente inusual.





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