

SUMARIO

ENTREVISTAS

Entrevista a **Cristóbal Carneiro Mella**
Expresidente AGAVIDA (Asociación Galega de Víctimas do Amianto)
Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



INFORMACIÓN TÉCNICA PROTECCIÓN DA MATERNIDADE NO TRABALLO

Secretaría Confederal de Muller e Mocidade da CIG
Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

INFORMACIÓN TÉCNICA PROBLEMAS COAS MUTUAS?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

SABÍAS QUE...? O AMIANTO

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

COLABORACIÓNS BIOMECÁNICA E PREVENCIÓN DE RISCOS LABORAIS

Alexandre e Xavier Alfonso Cornes
Directores Técnicos de UMANA, Centro Sanitario de Investigación Biomecánica Aplicada.
Enxeñeiros Biomecánicos

A Reforma Laboral e a Saúde dos traballadores/as

Antolín Alcántara Álvarez

Secretario Confederal de Negociación Colectiva e Saúde Laboral
Confederación Intersindical Galega (C.I.G.)

A reforma laboral configúrase como unha elección política e ideolóxica no marco dun modelo social e económico ultraliberal, que deixa completamente indefensa á clase traballadora perante un poder absoluto dos empresarios para desregular e impoñer de xeito unilateral as condicións de traballo nas relacións laborais.

A redución a ultranza do gasto público e as políticas de privatización de servizos esenciais, están a producir como consecuencia, unha substancial rebaixa no nivel de cobertura das prestacións sociais, así como na calidade dos servizos sanitarios e educativos; situación esta notablemente agravada polos efectos desreguladores e de flexibilización extrema, propiciados por unha reforma laboral que sen negociación nen debate público previo, xa está a provocar un importantísimo deterioro das condicións de traballo, con preocupantes repercusións en materia de seguridade e saúde laboral dos/das traballadores/as:

Abaratamento e facilitación dos despidos tanto individuais como colectivos, sen posibilidades de protección e defensa dos dereitos laborais ata agora existentes. Esta circunstancia introduce un elemento de gran inseguridade no emprego, constatable polo aumento significativo do número de parados/as e o **incremento substancial da precariedade laboral**. Circunstancias estas que en termos de saúde laboral están a producir o aumento das patoloxías psicosociais, tanto dos traballadores/as como das súas familias, multiplicándose en continua progresión os cadros de ansiedade, estrés, e depresión, os problemas de autoestima persoal, de saúde xeral do traballador e incluso aqueles outros que teñen que ver con enfermidades cardiovasculares ou o consumo de drogas.

A **limitación dos días de baixa por enfermidade** común como causa obxectiva e xustificada de despido, xa está a provocar que moitos traballadores/as acudan ao seu posto de traballo enfermos e coas súas capacidades diminuídas, deteriorando a súa propia saúde e sendo un foco potencial de enfermidade infectocontaxiosa e de xeración de accidentes.

Empeoramento importante das condicións de traballo asociado á flexibilidade interna das empresas, con distribucións irregulares das xornadas, incrementos desmesurados dos ritmos de traballo, reducións ou incluso eliminación de descansos, imposición de longas xornadas laborais, así como outro tipo de medidas que rematan por aumentar a fatiga, os trastornos do sono, as enfermidades e os accidentes laborais, imposibilitando asemade a necesaria conciliación entre traballo e familia, nun marco mínimo de calidade de vida.

Se isto fora pouco, a **conculcación dos principios de representación e negociación colectiva**, configura un contexto xurídico-coercitivo de indefensión do traballador, que supón unha maior dificultade sindical para participar activa e democraticamente na determinación da organización do traballo, impedindo na práctica o dereito de negociación dos/as traballadores/as como medio para garantir unhas condicións laborais xustas e saudables.

É claro que os efectos da reforma laboral van ter un tremendo impacto no deterioro das condicións de traballo, a saúde laboral e social e a calidade de vida do conxunto da poboación. Cómpre aplicarse e implicarse para revertir esta intolerable situación.

Entrevista a Cristóbal Carneiro Mella

A comezos do novo século, no ano 2000, detéctanse en Ferrol os primeiros casos de asbestose. Os enfermos, ademais dos síntomas da enfermidade, comparten actividade produtiva e lugar de traballo, a construción naval nos estaleiros da ría.

Ante o que os propios afectados consideraron naquel momento "pasividade sindical na súa defensa como traballadores", e xa non digamos por parte das empresas e da administración, nace no 2004 a **Asociación Galega de Víctimas do**

Amianto, como unha fórmula organizativa dos traballadores/as para sensibilizar e promover a visualización desta problemática e reclamar os seus dereitos.

Da primeira executiva de AGAVIDA formará parte como presidente Cristóbal Carneiro Mella. Cristóbal mantívose ao fronte da asociación dende o 2004 ata o ano 2011, compaxinando o cargo co de presidente de AVIDA, Asociación de Víctimas do Amianto a nivel estatal, no período comprendido entre 2009 e 2011.

EN QUE MOMENTO DECIDES IMPLICARTE NO PROXECTO DE DEFENSA DAS VÍTIMAS POR EXPOSICIÓN A AMIANTO?

No ano 2003 o meu pai, traballador da empresa Bazán, hoxe Navantia, falece a consecuencia dun cancro pulmonar debido á exposición ao amianto. Un ano máis tarde, no 2004 teño ocasión de asistir a unhas charlas organizadas pola Asociación Cultural Fuco Buxán no Ateneo Ferrolán, nas que se invita a persoas e organizacións expertas en temas de exposición ao amianto e as súas consecuencias; alí infórmase aos asistentes, entre 300 e 400 persoas, que nas estatísticas da Xunta de Galicia non se detectan casos de enfermos por exposición a amianto de orixe laboral en Galicia, nos últimos oito anos.

Moitos dos traballadores presentes nesas xornadas estaban afectados, e non estaban contabilizados como enfermos derivados da súa actividade profesional. Todos os asistentes afectados estaban vinculados á Empresa Nacional Bazán e a ASTANO, hoxe Navantia, adicada á construción naval, ben como traballadores en activo ou ben como traballadores en situación de xubilación ou prexubilación, que durante a súa vida laboral estiveron expostos no desenvolvemento da súa profesión a amianto.

Nesas circunstancias e como non podía ser doutra forma nun territorio con fonda tradición asociacionista, xurde a idea de crear unha asociación sen ánimo de lucro, bautizada como AGAVIDA (Asociación Galega de Víctimas do Amianto) como resposta ao que consideramos unha pasividade da administración e dos sindicatos maioritarios estatais en relación á defensa dos traballadores enfermos por exposición a amianto.

FEITOS NA EXISTENCIA DE AGAVIDA. CÁNDO APARECEN AS MEDIDAS A NIVEL PÚBLICO E EN QUE CONSISTIRON?

AGAVIDA nace cunha directiva formada por trece persoas voluntarias. Comezamos repartindo información pola rúa co obxectivo de que a poboación soubese da existencia dunha asociación para a defensa dos traballadores enfermos por exposición a amianto. En pouco tempo, o número de persoas que solicitaban información na asociación desbordou as nosas previsións.

A partires de aí comezan os contactos institucionais, as presentacións da Asociación aos sindicatos, ... Temos que citar, como un logro moi importante daqueles primeiros tempos, a sinatura do primeiro **convenio de colaboración entre una Asociación de traballadores enfermos polo amianto a consecuencia do seu traballo e un sindicato, a CIG.**

Este feito, tivo para nós unha gran importancia, xa que nos axudou a ser coñecidos como Asociación, abrindosenos portas para participar da man da CIG en diversas charlas e actos de concienciación e sensibilización sobre esta problemática. En aras da verdade, teño que dicir que por desgracia non tivemos nin contamos co mesmo apoio dos sindicatos CCOO e UGT, cos que a pesares da súa consideración de maioritarios -por quen os considere-, non conseguimos o seu achegamento e colaboración ata pasados varios anos de existencia da Asociación.

Teño que citar tamén neste momento ao doutor **Carlos Piñeiro**, experto en Saúde Pública, médico de atención primaria e estudoso da enfermidade, quen en vista do gran número de persoas afectadas, pacientes e amigos, que morrían como consecuencia de ter traballado con amianto, brindouse a colaborar con AGAVIDA, sendo a partir de entón un pilar fundamental da mesma.

Outro dos feitos importantes para a Asociación prodúcese a través dos contactos mantidos co BNG; o entón deputado no Parlamento español Francisco Rodríguez, logo de varias xuntanzas mantidas na sede da Asociación, elaborou un documento en forma de **Proposición non de lei** que foi presentada no Parlamento no ano 2006. Neste documento recollíanse as reivindicacións de todas as Asociacións de afectados do Estado, reivindicacións que xa foron presentadas nos anos 2001 e 2004 por diferentes grupos como o PP e que foron rexeitadas no seu momento.

Así logo, no ano 2006 tivemos a oportunidade, por medio do BNG e do Grupo Mixto, de presentar esa Proposición non de lei, que foi aprobada por unanimidade e na que se recollían unha serie de reivindicacións como a creación dun fondo de indemnizacións a cargo dos Presupostos Xerais do Estado, o establecemento de coeficientes redutores para a idade de xubilación, a creación dun protocolo de realización de autopsias, necesarias aínda a sabendas de que os traballadores falecían por exposición a amianto, a modificación da listaxe de enfermidades profesionais, que non sufrira modificación alguna dende o ano 78 e onde só se recollía a asbestose como enfermidade profesional (agora se inclúiran as afeccións fibrosantes da pleura e pericardio que cursan con restrición respiratoria ou cardíaca provocadas por amianto).

Para nós como Asociación de afectados por exposición ao amianto, foi moi importante a creación dunha **consulta médica específica** para este colectivo. Considerabámola absolutamente necesaria,

xa que só existía un convenio de colaboración entre a Seguridade Social e o Servizo Galego de Saúde, no que se lle confería carácter vinculante ao informe médico emitido polo Instituto Nacional de Silicose de Oviedo, centro de referencia no diagnóstico e tratamento da silicose, enfermidade propia dos mineiros; silicose e asbestose son enfermidades bastante similares, polo que nun principio considerouse que debía ser este centro o que fixese o seguimento dos afectados de asbestose. Curiosamente a Seguridade Social non mandaba a ninguén ao INS; si o facían en cambio os servizos médicos propios da Empresa Nacional Bazán, hoxe Navantia. Cando os servizos médicos da empresa detectaban un caso de asbestose ou principio de placas pleurais, remitían ao traballador/a a ser valorado polo INS. Se este centro detectaba alguna anomalía, aconsellaba ao traballador que tramitase a súa incapacidade por enfermidade profesional. En moitos casos, non se chegaba a conseguir por parte do traballador a declaración da incapacidade por enfermidade profesional, xa que parecía que ese carácter vinculante do informe médico emitido polo INS non era tan decisivo cando se informaba da existencia da enfermidade relacionada coa exposición ao amianto.

Así as cousas, créase no ano 2002 no Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol unha consulta específica, que atendía e atende a doutora Carmen Diego Roza, neumóloga do INS de Oviedo adscrita a este servizo. A creación da consulta en Ferrol non foi casual, xa que se sospeitaba que era unha das zonas de maior risco de afectación por exposición a amianto. No ano 2006, a doutora Carmen Diego atenderá nesta consulta en torno a 1500 persoas afectadas.

Con todo, en AGAVIDA estabamos seguros de que a atención sanitaria non estaba chegando a unha parte importante dos traballadores que podían estar afectados aquí, en Ferrol. No ano 2010, apúntase a posibilidade da existencia dunha listaxe elaborada por CCOO que contería os datos dos traballadores expostos ao amianto que estiveran traballado na Empresa Nacional Bazán; para a elaboración da listaxe solicitábase aos traballadores/as da empresa que acudisen ao comité de empresa e informasen da época na que traballaran con exposición ao amianto. Por outra banda, só os servizos médicos das empresas, tiñan constancia dos enfermos que xa padeceran algún tipo de patoloxía asociada. Con todo iso, logramos que se entregase ao Servizo Galego de Saúde e a Autoridade Laboral unha listaxe na que figuraban 6.007

traballadores/as que durante a súa vida laboral estiveran en contacto con amianto na empresa. Deses 6.007 había que descontar aos aproximadamente 1.500 que xa estaban censados na consulta específica existente no Arquitecto Marcide.

Conseguimos que a todas esas persoas a través dos servizos médicos de atención primaria, se lles fixera un **protocolo de recoñecemento da enfermidade**. Este protocolo consistía na realización dunha placa de tórax e unha espirometría. Se os resultados revelaban algún tipo de afectación derivábase ao traballador/a á consulta específica de asbestose do Arquitecto Marcide.

Resultou que desta listaxe de 6.007 traballadores/as expostos, unha inmensa maioría tiña afectacións aínda que en moitos casos non se manifestaran aínda, non foran detectadas ou detectadas tardíamente polo Servizo de Saúde de Galicia.

QUE MEDIDAS PREVENTIVAS SE TOMABAN NAS EMPRESAS QUE EXERCÍAN A SÚA ACTIVIDADE NA RÍA DE FERROL EN RELACIÓN Á EXPOSICIÓN A AMIANTO?

Dende o punto de vista preventivo non se tomaba ningunha medida, estamos a falar dos anos 70 e 80, nos que entraban pola porta da Empresa Nacional Bazán máis de 10.000 traballadores/as entre empresa principal e auxiliares. Moitas destas persoas traballaban a turnos de 12 horas; realizaban o seu traballo en espazos reducidos (compartimentos dun barco) no que podían chegar a estar ata 300 traballadores/as de diferentes gremios, electricistas, plomeiros, soldadores,... ademais dos que facían o forrado. Naquel momento o límite máximo permitido en mostraxe de fibras de amianto consideraba a exposición durante 8 horas diarias, 40 horas semanais; neste caso, superábase o tempo de exposición, xa que os turnos eran de 12 horas; só durante ese tempo de exposición "extra" se inhalaban fibras de amianto en cantidade equivalente a unha alpaca de palla por traballador e semana.

A utilización de amianto está prohibida a día de hoxe na nova construción, mais está presente nos barcos feitos antes da prohibición; barcos e tellados, baixantes de canalizacións, aqueles chans de sintasol,...; o amianto ten máis de 3.000 aplicacións presentes todas elas na nosa vida diaria.

Outro sector de actividade que resultou moi afectado pola exposición a amianto, foi o da construción (as populares uralitas, os illantes, as canalizacións, etc), no que non se utilizaba ningún medio de protección respiratoria.

Cando se crea o RERA (Rexistro de empresas con risco por amianto) chamaba a atención ver aos traballadores/as que manipulaban amianto en acción: parecía que estabas a ver unha película na que se estaba a tratar un virus letal; os traballadores/as aparecían cunhas escafandras e traxes especiais, entraban nunha cabina que os mollaba, recollían a roupa, non podían tocar... Ben, pois ese é o xeito de traballar co amianto.

Os "curritos" de Bazán traballaban con buzo -os que o tiñan-, sen mascarilla e sen ningún

tipo de protección a pesares de empregarse o amianto a toneladas. Por outra banda, o amianto non se servía nas súas embalaxes orixinais, non se entregaba ningún tipo de información aos traballadores/as sobre o tipo de produto que se manexaba, a forma de uso ou as medidas preventivas a utilizar na súa manipulación. Os traballadores non sabían que estaban a traballar cun produto cancerixeno. Aquí cóntase que traballadores que dobraban turno, se deitaban a descansar entre un turno e outro en mantas de amianto, ou que as veces parecía coma se nevara, do po que solta o amianto, chegando incluso a facer bolas como se de auténtica neve se tratase.

O RECOÑECIMENTO DA ENFERMIDADE POR PARTE DA SEGURIDADE SOCIAL

Cando se presentan os primeiros casos, non se relacionan os problemas de saúde dos traballadores coa súa exposición ao amianto no ámbito laboral.

Nun determinado momento, comezan a enfermarse traballadores de idades similares, en torno aos 52 anos, traballadores aínda novos; comezaban cuns catarros que non curaban, problemas respiratorios e moitos deles falecían polo que se consideraba cancro pulmonar; se lle botaba a culpa ao hábito do tabaco do traballador, e ninguén falaba das exposicións a diferentes produtos cancerixenos que se manexaban diariamente nas empresas.

Así, pasamos nesta zona duns poucos casos ao ano a ter entre 5 e 15 casos á semana; traballadores en idades similares, mesmas profesións, mesmas empresas.

Para que se recoñecese esta situación, desenvolveuse un traballo de campo pola miña parte, como presidente da Asociación, co fin de chegar a responsables dentro da Seguridade Social que puideran entender a problemática que se presentaba e fosen capaces de atacala dende un punto de vista social. É preciso lembrar que cando o traballador enfermo chegaba ao equipo de valoración de incapacidades tiña que demostrar que a causa da súa enfermidade era derivada da exposición ao amianto no traballo; de oficio, sempre se lle botaba a culpa ao tabaco. A forza de insistir e demostrar cos feitos que neste caso había algo máis, comézase a aplicar para os traballadores que presentan síntomas que poden ser indicativos de exposición ao amianto, a **historia laboral** dentro da historia médica do paciente; as preguntas *vostede onde traballa?, a qué se adica? ou vostede traballou con amianto?*, pasaron a ser habituais nas consultas médicas que atendían aos traballadores. De feito, agora nos informes médicos aparece: "traballador da Empresa nacional Bazán durante 40 anos, exposto a amianto,..."

A XUDICIALIZACIÓN

Varios estados contan con Fondos de compensación para afectados pola exposición no ámbito laboral ao amianto. Entre eles están os EEUU e Inglaterra.

Hai varios anos, púxose en contacto coa Asociación un despacho de abogados norteamericano; o seu interese esperta a raíz do número crecente

de afectados que aparecen e de coñecer que entre os anos 60 e 70, chegan aos estaleiros de Ferrol varios barcos estadounidenses en réxime arrendatario, como o portaaeronaes Dédalo, aos que se lles practicaron diversas reformas co obxectivo de adaptalos ao servizo que tiñan previsto realizar no Estado español. Estes barcos traían amianto americano, polo que os traballadores que demostrasen ter traballado con este produto e neses barcos tiñan dereito a compensacións económicas do Fondo de compensación norteamericano. Neste momento, están admitidos a trámite 5 ou 6 casos, dos que algún xa ten aceptado indemnización por un importe duns 15 ou 20 mil dólares, aínda que están todavía en trámite de pago.

Tamén dende Inglaterra, onde hai moitos anos que existen Fondos de compensación, algún despacho de abogados, asociado para este menester co sindicato CCOO, leva casos de traballadores enfermos polo amianto.

Por suposto, todo este interese polos traballadores enfermos aparece cando se ve a posibilidade de obter compensacións económicas. Agora nos preocupamos por este tipo de demandas, cando antes había que ir pouco menos que co certificado de defunción para que che fixeran caso e poder levar un caso a xuízo.

RETOS PARA O FUTURO

Aínda que nos anos transcorridos dende que se fundou AGAVIDA, conseguíronse moitas cousas importantes, partindo do convenio de colaboración asinado coa CIG, que nos facilitou dar a coñecer a problemática, e da colaboración inestimable do BNG, que fixo posible a presentación da Proposición non de lei aprobada, quedándonos aínda moito traballo.

Dentro dos retos que deben abordarse cara ao futuro seguiremos traballando pola creación dun *Fondo de indemnizacións* a cargo dos Presupostos Xerais do Estado, tema este apartado das negociacións da proposición non de lei no ano 2006 polo PSOE, daquela no goberno, circunstancia esta que segue a impedir a indemnización aos propios enfermos ou as súas familias.

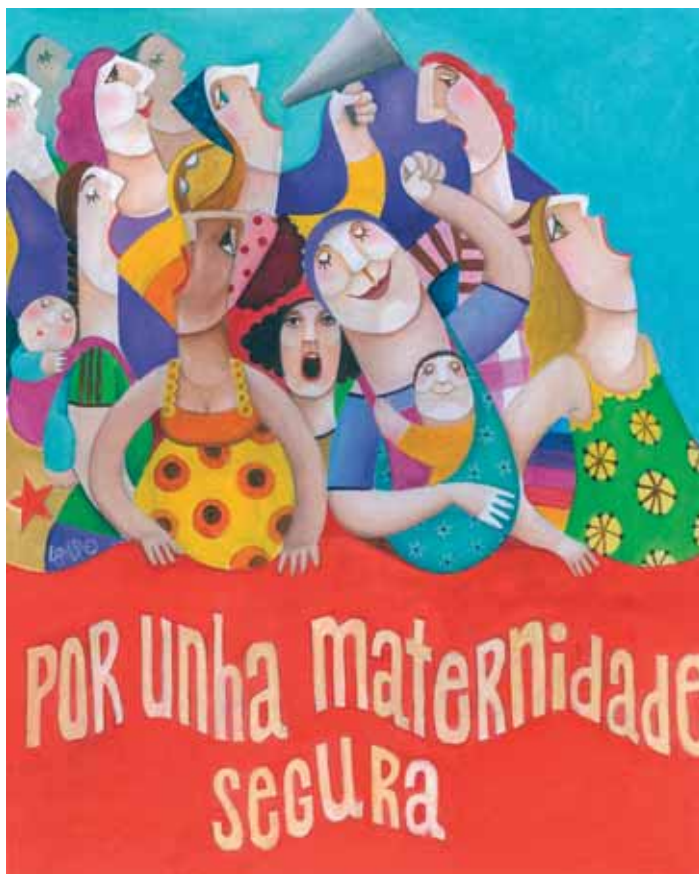
Tamén estamos a solicitar a creación duns coeficientes reductores para a idade de xubilación; é importante a implantación deses coeficientes reductores, pois tratase dunha enfermidade cunha latencia importante que se manifesta incluso transcorridos 20 ou 30 anos dende a exposición.

Queda moito traballo por facer incluso a nivel de concienciación, en Ferrol e no naval xa estamos mentalizados, máis quizais non tanto nas administracións e noutros territorios do estado.

"Non quero deixar pasar a ocasión de agradecer a toda a directiva de homes e mulleres coa que tiven a honra de traballar na defensa dos afectados e as súas familias, durante os 7 anos e medio nos que estiven de presidente en AGAVIDA.

Lembrar especialmente a tódolos compañeiros "asasinados" polo amianto e especialmente á persoa pola cal me embarquei nesta cruzada, ao meu pai." ■

Protección da maternidade no traballo



Son varios os factores que determinan a necesidade de tratar de maneira específica a seguridade e a saúde das mulleres no traballo. De entrada, é preciso un enfoque dende unha perspectiva de xénero, porque a saúde e a forma de enfermar das mulleres e dos homes é distinta debido a razóns biolóxicas. Calquera posto de traballo pode ser ocupado por unha muller e esta pode estar embarazada ou en período de lactación, situacións que bioloxicamente atinxen só á muller e que requiren dunha protección especial dentro do entorno laboral.

Nos últimos anos a muller foise incorporando a todos os sectores e tipos de traballo, sendo habitual encontrar traballadoras expostas a substancias e condicións que comportan riscos para a maternidade e que poden derivar en consecuencias tan negativas como pode ser un aborto, parto prematuro, malformacións conxénitas e baixo peso do/a recén nado/a.

Malia a regulación da protección da saúde da muller traballadora no embarazo, a situación de desvantaxe e incluso de penalización na maternidade, segue sendo un feito na práctica e na norma que a miúdo supón consecuencias laborais adversas, tales como o despedido ou obstáculos para a contratación.

Coa entrada en vigor da Lei Orgánica 3/2007, para a igualdade efectiva de mulleres e homes, modificouse a Lei de Prevención de Riscos Laborais, de maneira que se introduciron o que parecían en principio, dous grandes avances neste ámbito: recoñeciase a continxencia por risco na lactación natural, xa que moitos dos riscos para o embarazo seguen aí durante a lactación, e recoñeciase como profesional este tipo de continxencia.

Co recoñecemento da continxencia por risco na maternidade como profesional, aínda que supuxo un logro importante, xurde a barreira de que a prestación correspondente é xestionada practicamente no 100% dos casos polas mutuas, co problema engadido que isto supón. Cando as traballadoras solicitan esta prestación, atópanse con dificultades como que a mutua lles denega a prestación ou concédella a partir dunha semana de

xestión determinada que non obedece a necesidades reais, polo que son moitas as mulleres que seguen collendo unha baixa por continxencias comúns e son moitas as que seguen desenvolvendo a súa actividade profesional nun contorno no que existen riscos para a súa saúde.

Por outra banda, a Lei de Igualdade tamén modificou a Lei Xeral da Seguridade Social, de maneira que a prestación por risco na maternidade pasou de ser do 75% ao 100% da base reguladora correspondente, desaparecendo a discriminación que supuña cobrar só o 75%. Aínda presentando a muller un embarazo clinicamente sen problemas, esta ten que abandonar o seu posto de traballo porque comporta riscos para a súa saúde e a da súa descendencia, razón que non ten que ver para nada cunha enfermidade común.

Polo demais, seguimos cos vellos e coñecidos atrancos: nas avaliacións de riscos non se recollen nin determinan cales son os axentes, procedementos ou condicións de traballo que presentan risco específico para a maternidade, non se prevenen as adaptacións nin os cambios de posto cando o risco non pode ser eliminado, e non se determinan cales son os postos exentos de risco a pesar de que a empresa esta obrigada a elaborar esta listaxe.

En definitiva, malia supoñer unha infracción moi grave en materia de prevención de riscos laborais, non observar as normas específicas en materia de protección da seguridade e saúde das traballadoras durante a maternidade, a administración segue permitindo esta vulneración de dereitos, de maneira que as empresas e as mutuas seguen actuando con total impunidade e poñendo en risco a saúde das mulleres e a das súas crianzas, ademais de limitar os seus dereitos económicos e laborais.

LEMBRA QUE:

Non existe obriga legal de comunicar o embarazo á empresa, aínda que se a traballadora vai precisar unha adaptación ou cambio de posto ou se vai presentar unha solicitude de suspensión temporal de contrato por risco no embarazo é mellor facelo canto antes.

NON É O MESMO

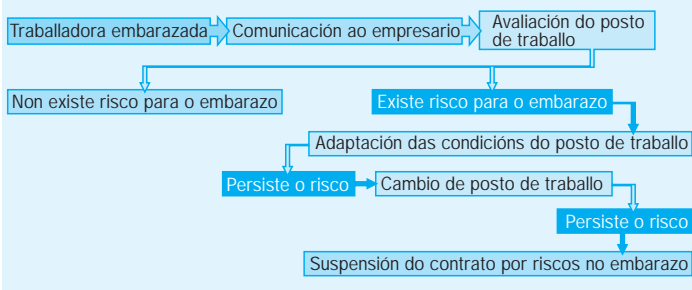
Embarazo de risco

Debido a unha situación na que se presentan problemas na evolución clínica do embarazo, non derivados do traballo que desenvolve a traballadora. Esta situación deriva nunha incapacidade temporal derivada de continxencias comúns.

Risco no embarazo

Prodúcese cando a situación de risco é atribuíble á exposición laboral (axente nocivo, condición de traballo ou procedemento do mesmo) que xera un risco para a saúde da traballadora (embarazada, que deu a luz recentemente ou en período de lactación). De aquí se deriva unha adaptación do posto, cambio de posto ou incluso a suspensión do contrato por risco no embarazo. A xestión e o pagamento da prestación económica por risco durante o embarazo corresponderá á Entidade Xestora ou á Mutua de Accidentes de Traballo e Enfermidades Profesionais da Seguridade Social en función da entidade coa que a empresa teña concertada a cobertura dos riscos profesionais.

PROCEDEMENTO DE PREVENCIÓN ANTE O EMBARAZO



O PERÍODO DE LACTACIÓN NATURAL:

A lei reconece a situación de **risco durante a lactación natural** dun fillo ou filla de menos de nove meses, cando as condicións de traballo puidesen influír negativamente na saúde da nai ou do fillo ou filla e así se acredite.

Existe para o período de lactación natural a posibilidade de suspensión de contrato de traballo nos supostos en que, debendo a muller traballadora cambiar de posto de traballo por outro compatible coa súa situación, o devandito cambio de posto non resulte técnica ou obxectivamente posible, ou non poida razoablemente esixirse por motivos xustificadas.

Nos supostos de suspensión do contrato por risco durante a lactación natural, existe unha prestación económica, que consiste nun subsidio equivalente ao previsto para a prestación por risco durante o embarazo; éste extinguirase no momento en que o/a fillo/a cumpra nove meses, salvo que a beneficiaria se incorpore con anterioridade ao seu posto de traballo anterior ou outro compatible coa súa situación.

O tempo que a traballadora estea percibindo esta prestación, seguirá cotizando á Seguridade Social ■

SE QUERES CONSULTAR DÚBIDAS

Secretaría Confederada de Muller e Mocidade da CIG
 Servizos de asesoramento do Gabinete Técnico de Saúde Laboral da CIG

LEXISLACIÓN DE INTERESE

Lei 31/1995 de Prevención de Riscos Laborais
 Lei Orgánica 3/2007, para a igualdade efectiva de mulleres e homes
 Lei 2/2007 de traballo en igualdade das mulleres en Galiza
 Lei Xeral da Seguridade Social
 RD 1251/2001 de 16 de novembro polo que se regulan as prestacións económicas do sistema da Seguridade Social por maternidade e risco durante o embarazo.

RECURSOS EN REDE

<http://www.galizacig.com/avantar/muller/novas>
<http://www.cigsaudelaboral.org/igualdade>

INFORMACIÓN TÉCNICA

Gabinete Técnico Confederado de Saúde Laboral

Problemas coas mutuas?

As mutuas de Accidentes de Traballo e Enfermidades Profesionais (MATEPSS) son entidades colaboradoras da Seguridade Social que deben funcionar baixo a tutela e vixilancia do Ministerio de Emprego e Seguridade Social. A inspección e control da mutua como entidade colaboradora da Seguridade Social corresponde á Secretaría de Estado da Seguridade Social (Dirección Xeral de Ordenación da Seguridade Social).

Son concebidas como entidades sen ánimo de lucro, rexéndose pola normativa da Seguridade Social (LGSS, R.D. 1995/1993...) e a súa función principal é a xestión das continxencias profesionais.

No sistema actual de Seguridade Social, os empresarios e empresarias están obrigados a ter aseguradas as continxencias profesionais; a inmensa maioría están asociados a unha MATEPSS, sendo unha porcentaxe practicamente anecdótica (5%) a daqueles que aseguran esta continxencia directamente co Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

As mutuas poden desenvolver, dentro do obxectivo principal de colaboración na xestión da Seguridade Social, as seguintes actividades:

- Colaboración na *xestión das continxencias de accidentes de traballo e enfermidades profesionais* (continxencias profesionais). Correspóndelle á mutua a expedición dos partes de baixa, confirmación de baixa e alta; a asociación a unha Mutua inclúe a asistencia sanitaria.

Correspóndelle, así mesmo a declaración do dereito ao subsidio, a súa denegación, suspensión, anulación e declaración de extinción, nos procesos de incapacidade temporal derivados de continxencias de accidentes de traballo e enfermidades profesionais.

O principal recurso económico das MATEPSS para xestionar as continxencias profesionais está constituído polas achegas que recada para elas a Tesourería Xeral da Seguridade Social a cargo exclusivo das empresas.

- Colaboración na *xestión da prestación económica de incapacidade temporal derivada de continxencias comúns*. Segundo a ampliación das competencias das mutuas a través da Lei 42/1994, que amplía a colaboración das mutuas na xestión da Seguridade Social ao permitir ao empresariado xa asociado a unha Mutua para a cobertura das continxencias profesionais, concertar con esta a cobertura da prestación económica por incapacidade temporal derivada de continxencias comúns. Esta colaboración comprende a función de declaración do dereito ao subsidio así como a denegación, suspensión, anulación ou extinción do mesmo.

A "colaboración" por parte da mutua na xestión da prestación económica da ITCC finánciase cunha porcentaxe das cotas recadadas por continxencias comúns que son a cargo tanto dos empresarios como dos traballadores que reciben contraprestación.

- Desenvolvemento de *actividades de prevención previstas na LXSS* ("carga a cotas"). A Lei Xeral da Seguridade Social encomenda ás mutuas a realización de actividades de prevención como parte do contido que comprende a colaboración das devanditas entidades na xestión da Seguridade Social no ámbito da cobertura das continxencias profesionais.

- Tamén poden desenvolver actividades preventivas para as súas empresas afiliadas, actuando para estas como *Servizos de Prevención Alleos* ("Sociedade de Prevención da Mutua").

Así pois, hoxe en día, as *mutuas encárganse de xeito xeralizado da xestión das continxencias profesionais, incluída a prestación sanitaria, e poden asumir a xestión do subsidio por Incapacidade Temporal derivada de enfermidade común*. A potenciación do papel das MATEPSS, incentivado con cada cambio normativo que se produce, supón a privatización da xestión da Seguridade So-

cial e permite que o interese económico prevaleza sobre o criterio de saúde. En definitiva, o sistema sopórtase sobre entidades privadas que xestionando fondos públicos, obterán un mellor resultado cantos menos AT e EP teñan (ou asuman como tales) as súas empresas asociadas ou en todo caso, canto máis curtos sexan os procesos de curación e rehabilitación.

Así, é habitual que as mutuas forcen a redución da duración nos procesos de baixa médica ou recuperación e incluso dean a cualificación de común a patoloxías ou danos á saúde de orixe profesional.

Débese ter presente que **toda alteración da saúde que se manifieste durante a xornada de traballo ou no lugar de traballo é, en principio, un dano derivado do traballo**; e é a mutua a que ten que prestar atención médica no caso de sufrir calquera dano laboral. Cuestionando en moitos casos a calidade da atención médica recibida, o colmo prodúcese cando empresa e mutua impiden que a persoa lesionada ou enferma poida recibir asistencia médica inmediata e cando menos teoricamente, especializada e no caso de precisar dun tempo de baixa, a prestación correspondente.

Ainda sendo correcta a actuación da mutua durante o proceso de baixa médica, son moitas as ocasións nas que a mutua forza a alta, ás veces tramitándoa "por melloría"; neste suposto débese solicitar sempre un **informe que recolla as limitacións funcionais ou outras** a considerar para a adecuación do posto de traballo, e poder así solicitar esta adaptación ata a total recuperación.

A Lei de PRL recolle a protección especial entre outros, a traballadores ou traballadoras que se atopen en situacións ou estados transitorios que non respondan ás esixencias psicofísicas do posto de traballo (este é o caso dun traballador ou traballadora que está en estado de convalecencia ou baixo tratamento médico).

En casos de maior negligencia, onde a alta se emite "por curación", débese poñer en coñecemento do empresario ou empresaria que non se está en condicións de saúde axeitadas para traballar e posibilitar así que a propia empresa remita de novo ao traballador ou traballadora á mutua.

Fronte ás altas médicas emitidas polas mutuas AT e EP, nos procesos de incapacidade temporal derivados de continxencias profesionais con anterioridade ao esgotamento do prazo, o interesado pode iniciar o **procedemento administrativo especial de revisión das altas médicas expedidas nos procesos de incapacidade temporal** (R.D. 1430/2009).

O interesado poderá instar a revisión da alta médica emitida pola entidade colaboradora no prazo dos catro días naturais seguintes ao da súa notificación. A iniciación do procedemento de revisión suspenderá os efectos da alta médica emitida, debendo entenderse prorrogada a situación de incapacidade temporal derivada de continxencia profesional durante a tramitación deste procedemento, manténdose o abono da prestación, sen prexuízo

de que posteriormente poidan considerarse indebidamente percibidas as prestacións económicas da incapacidade temporal.

A pesar de todo o exposto, as mutuas deben ter claro que "os seus clientes" non só son as empresas asociadas senón tamén os traballadores e traballadoras que configuran os cadros de persoal destas, que son nos que repercute a calidade do servizo prestado (ou a súa escaseza).

A lexislación establece que **antes da afiliación dunha empresa a unha Mutua é preceptiva a información á representación sindical, que debe emitir un informe**. Este informe débese xuntar cando a empresa solicita a afiliación á mutua. Está lonxe o obxectivo de que na decisión participe activamente a representación dos traballadores e traballadoras, en calquera caso e sempre que haxa oportunidade, débese aproveitar a negociación colectiva para elevar o nivel de participación e decisión; é preciso que a actuación das mutuas teña un elemento de control dende os cadros de persoal das empresas.

Se os delegados e delegadas queren propoñer á empresa o cambio de mutua, hai que ter en conta que o contrato entre empresa e mutua é de un ano e que se renova automaticamente se ningunha das partes o denuncia. Esta denuncia débese realizar, como mínimo, un mes antes de concluír ese prazo.

É fundamental que os representantes dos traballadores e traballadoras se manifesten radicalmente en contra se o empresario opta pola xestión da enfermidade común a cargo da mutua, xa que esta situación só comporta unha maior presión para acurtar os tempos nos procesos de curación e ou rehabilitación, agora tamén para as doenzas non profesionais.

Sen desbotar o xa recollido e ante a inxente cantidade de problemas que sofren os traballadores e traballadoras na relación coas Mutuas é necesario formular ante a Seguridade Social (responsable do control do seu funcionamento) as reclamacións oportunas, a través da "Oficina Virtual de Reclamacións a MATEP" ou no teléfono habilitado ao efecto. Estas vías de reclamación máis recentes non imposibilitan presentar tamén a oportuna reclamación nas follas dispoñibles nas propias mutuas ■

SABÍAS QUE?

Gabinete Técnico Confederado de Saúde Laboral

O amianto



Denominanse **asbesto** ou **amianto** a un conxunto de minerais de orixe natural, natureza fibrosa e composición química diferente que se poden agrupar en: *serpentina* ou *amianto branco* (fibras curvadas, formadas por crisotilo), que representa o 90 % do asbesto producido actualmente e *anfibois* ou *amianto azul* que comprende crocidolita, amosita, antofilita, tremolita e actinolita. O nome deste mineral alude á gran resistencia do produto a axentes físicos e químicos, polo que foi usado xa dende antigo (exipcios, romanos) para mortallas, etc. Dise que a mecha da lámpada de Atenea era de asbesto...

Durante moitos anos, e ata moi recentemente, veuse empregando o amianto para incontables finalidades e dándolle unha chea de usos e utilidades, ata chegar a contabilizar e clasificar máis de 3.000 usos do asbesto presentes en boa parte dos sectores produtivos.

Así, incluíuse como **material de reforzo** en: tecidos, materiais de construción (cemento, tubaxes, ladrillos, tellas, asfalto, fibrocemento, polímeros, etc), cartóns, materiais sintéticos, freos, cordas, correas, etc. Pola súa resistencia á calor usouse como **illante e ignífugo**: traxes, luvas, industria naval, ferrocarrís, fundición, protección de traves e superficies na construción, recubrimiento de fornos e de tubaxes de calefacción etc. O seu uso foi moi xeneralizado, mesmo en filtros de cigarros e máscaras de gas. No Estado español había uns 56.600 traballadores expostos a finais dos anos 90.

As fibras de amianto, centos de veces máis pequenas ca un alfinete, están asociadas á aparición de diversas enfermidades pulmonares, como a *asbestose*, a *fibrose pulmonar*, o *cancro de pulmón*, ou o *mesotelioma maligno pleural*, todas elas de consecuencias fatais. Existen indicios serios de que pode tamén ter relación con outros tipos de cáncros distintos aos do aparello respiratorio.

Moitas desas enfermidades, se manifestan habitualmente entre dez e quince anos despois de contaminarse con asbesto, aínda que o tempo transcorrido dende a exposición e a aparición dos primeiros síntomas pode ser de ata 30 anos.

Debido a ese longo período de latencia, pode suceder incluso que o traballador/a esté en período de xubilación, rara vez as enfermidades provocadas pola exposición son diagnosticadas como un fenómeno de orixe laboral polo que non figura en estatística ningunha, nin se aproban medidas reparadoras para as vítimas e as súas familias.

En 1907 publicase o primeiro caso de enfermidade por asbesto (asbestose); en 1931 o primeiro caso de cancro de pulmón en relación con asbestose e en 1943 o primeiro caso de mesotelioma maligno. Actualmente, hai uns 125 millóns de expostos no traballo e se producen 90.000 mortes ao ano no mundo por esta causa.

A *comercialización e uso* do amianto están prohibidos no Estado español dende o ano 2002 (a raíz da Orde ministerial do 7/12/2001). A Directiva 1997/77/CE da Unión Europea prohibiu a *utilización* de todo tipo de amianto a partir do 1 de xaneiro de 2005. A Directiva 2003/18/CE prohibiu a *extracción* de amianto e a *fabricación e procesado* de produtos de amianto.

Aínda que cada vez hai máis países que seguen o exemplo, a realidade é que se continúan producindo grandes cantidades en países como Rusia, Canadá, China, Brasil, etc.

Estas prohibicións non afectan aos materiais que xa estaban instalados. Así, e tendo en conta a gran cantidade de amianto que se empregou en infraestruturas e edificios ata a prohibición, faise preciso ter especial coidado nas actividades de mantemento, limpeza e eliminación, xa que en estas actividades poden desprenderse fibras respirables.

Nese senso, O R.D. 396/2006 de 31 de marzo de 2006 establece as disposicións mínimas de seguridade e saúde aplicables aos traballos con risco por exposición ao amianto, recolléndose nel tanto os trámites administrativos que se deben levar a cabo polas empresas para poder manipular materiais que conteñan amianto, como as medidas preventivas e de protección que se deben tomar para realizar ditos traballos. Entre as obrigas que teñen as empresas que realizan traballos con amianto, están as seguintes:

- Inscribirse no **RERA** (Registro de Empresas con Risco por Amianto)
- Elaborar un **Plan de Traballo** para cada actividade que desenvolva a empresa e que teña risco de exposición a amianto, plan que debe ser aprobado pola Autoridade Laboral.
- Cumprimentar as **Fichas para o rexistro de datos de avaliación da exposición**.
- Cumprimentar as **Fichas para o rexistro da vixilancia sanitaria específica dos traballadores**.

Antes de comezar o traballo con amianto

- **Avaliar o risco**
- Elaborar o **plan de traballo** (conterá medidas preventivas e procedementos de traballo a aplicar)
- **Formación e información** aos traballadores (Art 13 e 14 do RD 396/2006)

No traballo con amianto

- Seguir estritamente os **procedementos de traballo** recollidos no plan de traballo.
- Adopción das medidas técnicas e organizativas e de hixiene persoal (RD 396/2006) encamiñadas a **eliminar ou reducir ao máximo a exposición**.
- Utilización de **EPIS para vías respiratorias** (Filtro contra partículas de grao 3, código FFP3 ou P3)

Rematado o traballo con amianto

- O amianto está considerado como **residuo perigoso**.
- O titular da actividade que xera o residuo é o responsable da súa xestión segundo a normativa vixente.

EN TRABALLOS CON AMIANTO

- Ningún traballador/a pode estar exposto a unha concentración de amianto no aire superior ao valor límite ambiental de exposición diaria, **VLA-ED, que é de 0,1 fibras/cm³** medidas como unha media ponderada no tempo para un período de 8 horas.
- Garantírase a tódolos traballadores/as que realicen actividades con amianto unha axeitada **vixilancia da saúde**, segundo o Protocolo do Ministerio de Sanidade e Consumo para o amianto

RECURSOS EN REDE

http://www.cigsaudelaboral.org/PRL_Sectorial_Traballos_con_Amianto

COLABORACIÓNS

Alexandre e Xavier Alfonso Cornes, Directores Técnicos de UMANA, Centro Sanitario de Investigación Biomecánica Aplicada | Enxeñeiros Biomecánicos

Biomecánica e prevención de riscos laborais

A BIOMECÁNICA COMO FUTURO PREVENTIVO

1- O Marco

As sociedades evolucionan a maior velocidade que a bioloxía. Mentres que os modelos urbanos, produtivos e económicos sofren enormes cambios ao longo da nosa vida, os cambios xenéticos prodúcense lentamente, facéndose visibles ao cabo de moitas xeracións. Este mundo artificial no que vivimos evoluciona tan rapidamente, que a bioloxía non ten tempo de adaptarse a el. Bioloxicamente seguimos sendo seres preparados para unha vida natural. Oito horas de actividade repetitiva, ou inactividade continuada, non forman parte do proceso evolutivo que deu orixe á nosa estrutura corporal.

Nesta obviedade reside a causa de gran parte dos problemas de saúde que afectan ás persoas traballadoras hoxe en día: o corpo humano, froito dunha longa evolución a través da supervivencia na natureza, non está preparado para

as rutinas e ritmos de traballo que impón o sistema produtivo actual, acelerado polo ánimo de lucro e a ilóxica do consumo.

Así pois, o corpo humano, coma calquera "máquina", sometido a un réxime de traballo inadecuado (repetitividade, sobrecarga, vibración, etc.), sufrirá deterioros e danos, moitas veces irreparables.

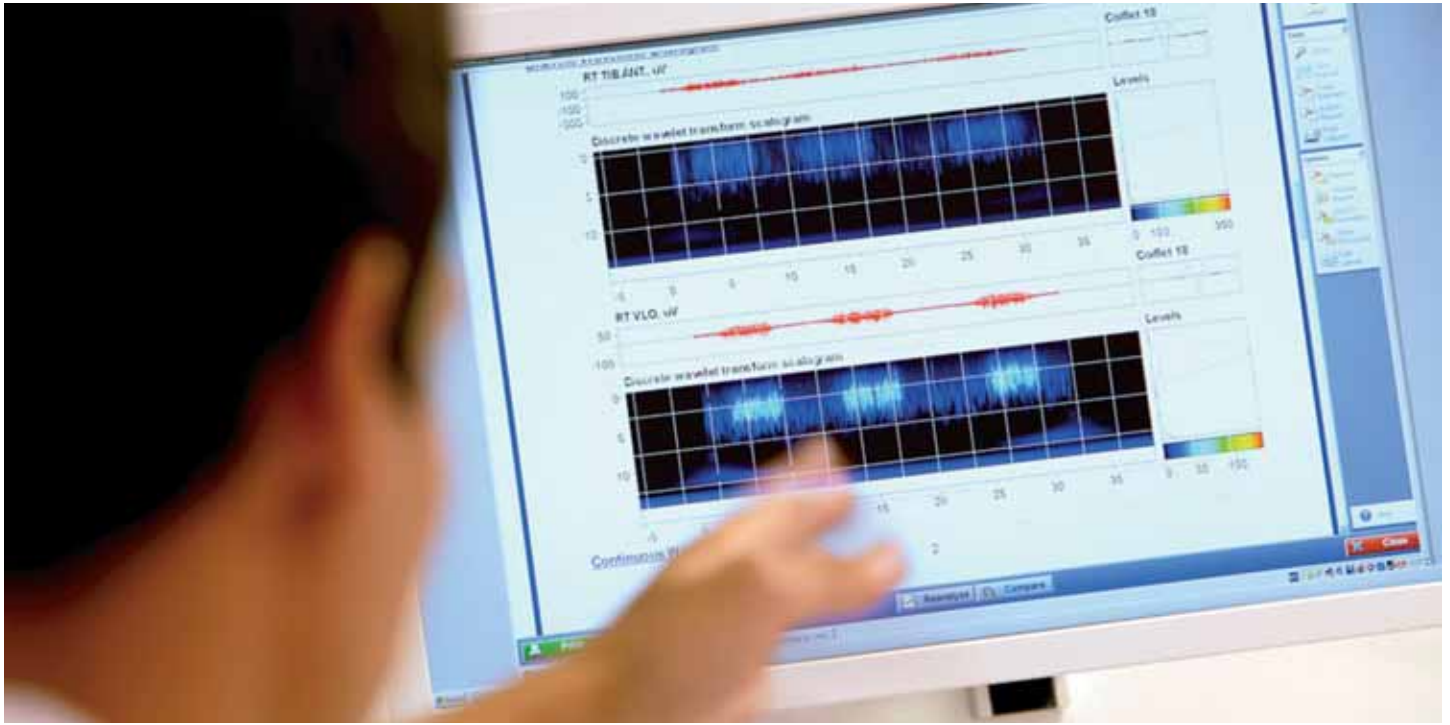
2- Os TME

Os Trastornos Músculo-Esqueléticos (TME) son lesións que se manifestan en músculos, tendóns, ligamentos, nervios e outros tecidos articulares, e que derivan na perda de capacidade funcional e dor. Entre eles destacan tendinites, hernias, bursites, sinovites, radiculopatías, e síndromes específicos.

Os estudos científicos levados a cabo os últimos anos certifican que existe unha sólida relación entre a presenza de TME e a actividade física desenvolvida polos lesionados. O deterioro

e rotura das estruturas corporais resulta ser froito do desgaste e as tensións producidas por movementos repetitivos, sobreesforzos, vibracións, e posturas forzadas e estáticas entre outras causas.

Nos últimos anos rexistrouse no marco da Comunidade Europea un notable incremento nos casos de TME de orixe laboral, chegando a constituir hoxe en día un dos principais motivos de baixa laboral, e un dos principais problemas de saúde en todos os estados membros da comunidade. A situación provoca perdas económicas na empresa, a sociedade e o propio traballador. Os estudos realizados actualmente nos diferentes Estados membros estiman que o 50% das perdas económicas relativas a problemas de saúde relacionados co traballo débense a TME, e nalgúns economías supón perdas que alcanzan o 2% do PIB, afectando por valor medio ao 70% dos traballadores nalgún momento da súa vida laboral.



3- A Ergonomía

Tal como afirma a Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo, moitos TME poden previrse mediante intervencións que modifiquen as rutinas de traballo.

Na actualidade, esta modificación das rutinas de traballo realízase mediante a aplicación de diversos métodos de avaliación ergonómica, entre os que destacan: JSI, RULA, NIOSH, LEST, OWAS, EPR, G-INSHT, REBA, FANGER, OCRA, SNOOK, etc. Os resultados obtidos son aceptables, sen embargo, estes métodos posúen 2 debilidades importantes:

a] Baséanse case sempre na simple observación subxectiva e/ou medición débil, carecendo da precisión suficiente.

b] Realizan análises disxuntos dos factores de risco, avaliando os efectos de repetitividade, posturas forzadas, posturas estáticas, sobreesforzos e vibracións por separado, cando en realidade os niveis de desgaste e tensión que sofren as estruturas corporais son froito da combinación de todos eles.

Xorde pois unha dúbida: se os métodos ergonómicos posúen ditas debilidades, e aportan unicamente resultados cualitativos, ¿por que se empregan masivamente a nivel internacional? A resposta reside en 3 factores principalmente:

a] O baixo custo de aplicación, xa que non existe emprego de tecnoloxía nin equipamento.

b] A sinxeleza metodolóxica, xa que se reducen a métodos de enquisas in situ e simple observación visual das tarefas e organización dos postos de traballo.

c] A relativa eficacia dos seus resultados, baseada nas tendencias estatísticas.

Sen embargo, un espírito preventivo un pouco máis ambicioso e menos conservador, esixe complementar as técnicas tradicionais de análise ergonómica cualitativa, con tecnoloxías avanzadas de análise biomecánica cuantitativa, as cales permitan realizar unha avaliación máis precisa da relación entre os factores de risco (causas) e os TME (consecuencias), para mellorar con maior eficacia a calidade de vida e a saúde das persoas traballadoras.

4- A Biomecánica

A biomecánica é unha ciencia que combina coñecementos da enxeñaría mecánica e a medicina. O seu cometido é estudar o comportamento dinámico do corpo humano e avaliar o seu funcionamento como se fose unha máquina, tanto a nivel preventivo, reparador coma de rendemento. Permite predicir se a actividade física que desenvolve unha persoa pode provocar unha lesión, acurtar os procesos de rehabilitación de doenzas, e mesmo mellorar o rendemento de deportistas.

As novas tecnoloxías de prevención de TME xa están fundamentadas na biomecánica. Baséanse nunha serie de sistemas de sensorización non in-

vasivos que se dispoñen sobre o traballador, e que permiten medir os niveis de esforzo e fatiga muscular, a solicitação frecuencial dos tecidos conectivos, os patróns de movemento, e outros parámetros relacionados co dano tisular, mentres o traballador realiza as súas tarefas laborais. Coa información capturada é posible calcular os niveis de risco de lesión a curto, medio e longo prazo, determinando incluso en qué actividades e/ou xestos da tarefa laboral se sobrepasan os límites saudables. Deste xeito superáanse as dúas debilidades manifestas dos métodos ergonómicos:

a] Substitúese a observación subxectiva por medicións biomecánicas realizadas a través de equipamentos electrónicos precisos e obxectivos.

b] Calcúlase o nivel de risco de lesión considerando tódolos factores biomecánicos conxuntamente (repetitividade, posturas forzadas, posturas estáticas, sobreesforzos e vibracións) e non por separado como propón a ergonomía.

Cos resultados extraídos da biomecánica, e a súa extensión á formación e información do persoal cualificado, os servizos de prevención poden verse amplamente fortalecidos, dispoñendo de sistemas, recursos e coñecementos actualizados e específicos para cuantificar con precisión os riscos existentes nos procesos produtivos, e adoptar medidas preventivas eficaces sobre aquelas partes da actividade laboral perigosas dende o punto de vista da saúde ■

Neste número colaboraron as Técnicas de PRL: Sayaca Doldán García e Dulce Mª Neira Fraga

www.cigsaudelaboral.org

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

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

CO FINANCIAMENTO DE



DI. 0001/2011

