

CIG-Saúde Laboral

Boletín nº 29

Nº 29 OCTUBRE 2018 CIG - GABINETE TÉCNICO CONFEDERAL DE SAÚDE LABORAL www.cigsaudelaboral.org

SUMARIO

INFORMACIÓN

CÁNCER LABORAL: EL RIESGO OCULTO QUE NO AVISA

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

DOCUMENTO-ANÁLISIS

LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA NORMATIVA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, NTP 959

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

INFORMACIÓN

FONDO DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL AMIANTO



Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

EDITA: *Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

Cáncer Laboral: el riesgo oculto que no avisa

FINANCIADO POR:

CÓD. ACCIÓN: AT2018-0038



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



Confederación Intersindical Galega

El cáncer laboral u ocupacional es un concepto amplio de carácter médico, en el que se establece una relación causal de carácter epidemiológico y fisiopatológico apoyado en las evidencias que determinan su causa. En cualquier caso y de un modo sencillo, podríamos entender por cáncer laboral a todos los tumores malignos provocados por la exposición a carcinógenos en el trabajo. El cáncer profesional en cambio es un cáncer laboral que ha reconocido su origen profesional. Hace referencia al ámbito legal que identifica y determina un cáncer como una enfermedad de origen profesional, teniendo una regulación que reduce a un determinado listado los cánceres oficialmente reconocidos como profesionales, relacionando estos con unas determinadas sustancias y exposiciones en determinados ámbitos de desempeño profesional.

En definitiva el cáncer profesional es un término legalista fundamentado en la imputabilidad y que en el Estado español está recogido en el *Cuadro de Enfermedades Profesionales, Grupo 6, Enfermedades causadas por Agentes Carcinogénicos, Anexo I*; enfermedades con origen profesional científica y oficialmente reconocidas, recogidas en el Real Decreto 1299/2006.

Aproximación al estado de la situación

Sin duda son muchos los elementos potencialmente carcinógenos que actualmente nos podemos encontrar en los entornos de trabajo, que intervienen en distintos procesos productivos o incluso son consecuencia de los mismos.

En este sentido resulta preocupante que sean muy numerosas las empresas y muy numerosos los/as trabajadores/as, que no son conscientes de esta significativa y peligrosa presencia de múltiples carcinógenos, que en demasiadas ocasiones



terminan por provocar cánceres ocupacionales que en cambio podrían ser prevenidos con una idónea práctica de gestión de las exposiciones.

Los datos resultan extraordinariamente alarmantes. En el marco de la UE cada año se calcula que 120.000 trabajadores/as se ven afectados por un cáncer de origen laboral que finaliza costando alrededor de 80.000 vidas humanas, siendo la primera causa de muerte relacionada con el trabajo.

En el caso del Estado español se calcula que uno de cada cuatro trabajadores/as está expuesto a cancerígenos laborales, en muchos casos sin tener conocimiento de ello. Un riesgo con un coste humano, social y económico absolutamente inasumible en sociedades democráticas y de derecho.

Según la *Sociedad Española de Oncología Médica* (SEOM) se estima que en el pasado año 2017 se produjeron en el Estado 228.482 casos de cáncer entre el conjunto de la población, de los cuales 90.558 afectaron a personas menores de 65 años en edad laboral. Un cruce de estos datos de la SEOM con los proporcionados por el *Observatorio del Cáncer de la*

AACC arroja una estimación de 85.000 nuevos casos de cánceres en el año 2017 entre la población trabajadora de entre 18 y 65 años.

Infradeclaración de cánceres laborales/cánceres profesionales

A pesar de estas cifras la realidad es que en el Estado español no existen datos que correlacionen sectores, actividades, ocupaciones laborales o tareas con el cáncer, siendo por lo tanto por lo de ahora imposible tener acceso a datos fidedignos que nos permitan establecer una relación de causalidad entre los tipos de trabajo y el cáncer.

Por otra parte, la realidad preventiva nos indica que en el Estado español en el año 2017 se reconocieron tan sólo 52 casos de cáncer como enfermedad profesional, suponiendo un raquíptico 0,18% del total de enfermedades profesionales reconocidas.

Así las cosas, la “infradeclaración” de cánceres de origen profesional es una peligrosa y sangrienta realidad difícil de dimensionar, dado el ocultismo y el negacionismo practicado desde la Administración del Estado por el Gobierno que promovió y aprobó la pasada reforma laboral, reduciendo a la mínima expresión el reconocimiento oficial de las enfermedades profesionales en general y de los cánceres en particular. Sólo hay que ver y analizar el bochornoso histórico de actuaciones que en esta materia arrastran y acumulan las mutuas e incluso el propio INSS, para darse cuenta que el objetivo fundamental estuvo siendo en estos últimos años rebajar los costes que conllevarían el reconocimiento de estas enfermeda-

des, despreciando inhumanamente la realidad de los/as trabajadores/as afectados/as.

Llegados a este punto es importante reseñar que la evidente y manifiesta infradeclaración de cánceres profesionales, a mayores de generar una situación de inmensa injusticia y falta de reparación para los/as trabajadores/as afectados/as y sus familias, supone una importante quiebra del sistema de identificación y detección de riesgos generadores de enfermedades profesionales, impidiendo adoptar las medidas idóneas para reducir el número de trabajadores/as afectados/as, con las terribles consecuencias que en el futuro a buen seguro tendrán.

Carcinógenos y mutágenos en el ámbito de trabajo

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) considera que la mortalidad a causa de los cánceres de origen laboral se debe fundamentalmente a un uso amplio, cuando no muy amplio, de sustancias cancerígenas en la industria, sin las suficientes garantías preventivas y los necesarios estándares de seguridad y salud. Según el *Convenio C 139 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)*, las sustancias cancerígenas no deben ser utilizadas en las empresas a no ser que se realice en condiciones muy estrictas de seguridad, debiéndose hacer todos los esfuerzos necesarios para sustituirlas por otras menos peligrosas.

Los CMR (sustancias cancerígenas, mutágenas y tóxicas para la reproducción) pueden estar presentes en el trabajo de distintas formas y maneras muchas veces no fácilmente identificables: las materias primas utilizadas, sus pro-

ductos o subproductos, los residuos, impurezas o emisiones desprendidas de los procesos de trabajo,... etc.

En lo que atañe a los productos químicos o similares, estos deben estar etiquetados, siendo más fácil de identificar sus riesgos de exposición.

También debe de ser identificada la carcinogenicidad de mezclas y emisiones no intencionadas, humos y soldaduras o polvos de piedra y maderas duras.

Algunos ejemplos de exposición a carcinógenos en diferentes sectores de actividad podrían ser:

CARCINÓGENO	SECTOR AFECTADO	TRABAJO OCUPADO	COMENTARIOS
ÓXIDOS DE ARSÉNICO	SEMICONDUCTORES	TRABAJADOR DE FABRICACIÓN	-
	METALURGIA DE REFINACIÓN Y FUNDICIÓN DE METALES NO FERROSOS	TRABAJADOR DE LA FÁBRICA SIDERÚRGICA	-
BENCENO	REFINERÍA	OPERADOR, TRABAJADOR DE MANTENIMIENTO	PURO O EN MEZCLAS DE HIDROCARBUROS
	GARAJE	MECÁNICO	EXPOSICIÓN A LA GASOLINA (VAPORES Y CONTACTO CON LA PIEL)
	TRANSPORTE DE COMBUSTIBLE	CONDUCTOR DE CAMIÓN CISTERNA	EXPOSICIÓN A LOS VAPORES DE GASOLINA (TRANSFERENCIA DE COMBUSTIBLE)
BERILIO	LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTALES	TÉCNICO DE LABORATORIO DENTAL	-
	FUNDICIÓN DE ALEACIÓN DE BERILIO DE COBRE	TRABAJADOR DE FUNDICIÓN	-
	MECANIZADO Y SOLDADURA DE ALEACIÓN DE COBRE-BERILIO O ALUMINIO-BERILIO	INSTALADOR, TRABAJADOR DE FABRICACIÓN	ALEACIÓN UTILIZADA POR SUS PROPIEDADES DE RESISTENCIA MECÁNICA, FABRICACIÓN DE PIEZAS DE FRICCIÓN.
1,3-BUTADIENO	PETROQUÍMICOS	OPERADOR DEL SISTEMA	-
CROMO HEXAVALENTE	CONSTRUCCIÓN DE ACERO	SOLDADOR DE ACERO INOXIDABLE	HUMOS DE SOLDADURA
	TRABAJO DE CHAPA	TRABAJADOR DE CHAPA	-
	CONSTRUCCIÓN Y EDIFICACIÓN	PINTOR/REMOVEDOR DE PINTURA	PINTURAS VIEJAS CON CROMATOS DE PLOMO Y ZINC

El “efecto cóctel”

Una de las características de este tipo de exposición a carcinógenos es que en la mayoría de los casos los/as trabajadores/as están expuestos a más de una sustancia cancerígena, o bien simultáneamente o bien en un corto período de tiempo, siendo también frecuente que esto se produzca a través de distintas vías de exposición: inhalación, absorción dérmica, ingestión, radiaciones, etc. Esta multiexposición produce el llamado “efecto cóctel”, en el que los efectos aditivos y combinados de distintas sustancias químicas y/o de factores físicos, pueden incrementar notablemente la nocividad y peligrosidad de la exposición, en muchos casos no identificada y por lo tanto fuera de control.

Enfoque jerárquico de las medidas preventivas

Como principio básico de actuación, los empresarios o empleadores deben adoptar medidas para reducir el uso de carcinógenos o mutágenos, sustituyendo estas sustancias o mezclas por otras que no sean peligrosas o cuando menos reduzcan notablemente la peligrosidad, modificando si es necesario los propios procesos de producción.

Si esto no fuera posible deberán emplearse otras medidas destinadas a reducir todo lo que se pueda los tiempos y las intensidades de exposición a carcinógenos y mutágenos: cambios en los procesos y procedimientos de producción, sistema cerrado de manipulación, ventilación forzada de escape local, control de los tiempos e intensidades de exposición, etc.

En último caso se emplearían equipos de protección individual (EPIS), utilizando controles y registros de exposición, e implementando una vigilancia de la salud adaptada a los riesgos específicos para la salud que en cada caso genera el tipo de exposición, debiéndose mantener en la mayoría de las ocasiones los controles médicos hasta 40 años después habida cuenta los largos períodos de latencia de este tipo de enfermedades.

La vigilancia de la salud:

A través de la vigilancia de la salud deberá realizarse un examen médico previo antes de la exposición del trabajador/a a los carcinógenos y/o mutágenos, realizando exámenes periódicos específicos a partir de entonces. En todos los casos, los riesgos a carcinógenos y/o mutágenos deben ser reevaluados habida cuenta el largo período de latencia de los cánceres y su dificultad de detección temprana.

Es importante que llegado el caso la vigilancia de la salud detecte lo más temprano posible la aparición del cáncer en la población trabajadora, identifique sus causas y descubra los procesos en fases iniciales, dando la oportunidad de ofrecer un tratamiento inmediato para curar o minimizar sus consecuencias.

Prevención y control:

El enfoque general para la prevención y el control de riesgos químicos es también de aplicación a carcinógenos y mutágenos, siendo obligatorio el estricto cumplimiento de la legislación vigente como base de las medidas preventivas a adoptar.

Desde la empresa es imprescindible mantener, actualizar y correlacionar un inventario de las sustancias químicas utilizadas o resultantes de los procesos de producción con datos e información procedente de las etiquetas CMR, SDS y otras fuentes de información fiables, identificando también las emisiones de carcinógenos y mutágenos generados en los procesos de producción.



Al mismo tiempo existen múltiples sustancias carcinógenas conocidas no incluidas en la legislación sobre productos químicos (emisiones diesel, citostáticos... etc.) y otras no identificadas como tales por la legislación europea, mas sí por el *Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer* (IARC) que también deben ser consideradas en las pertinentes evaluaciones de riesgos.

Igualmente deben de ser considerados otro tipo de riesgos potencialmente carcinógenos, sean ocupacionales, o no con el objetivo de poder tomar decisiones adecuadas en relación a las medidas a adoptar y su priorización: trabajadores/as con tratamiento de fármacos inmunodepresores, mujeres embarazadas, trabajadores/as jóvenes, factores biológicos, trabajo nocturno, trabajo sedentario, hábitos no saludables, estrés, etc.

En todos los casos la evaluación de riesgos debe ser fiable y precisa, basada en una metodología coherente en relación a los riesgos y completamente respaldada por una recopilación exhaustiva y sistemática de información y datos con medidas y cuantificaciones.



Estructura preferente de medidas preventivas

Eliminación y sustitución

La eliminación es la medida más efectiva para evitar la exposición a carcinógenos, lo que requiere el cambio de la tecnología de producción o las características del producto final. La sustitución implicaría reemplazar los carcinógenos por sustancias más seguras, no debiendo en ningún caso originar otros riesgos inaceptables.

Controles de ingeniería

La fase de planificación de los procesos de trabajo es el mejor momento para establecer los controles de ingeniería como el diseño y rediseño de procesos, el aislamiento, el encapsamiento de las fuentes de emisión de carcinógenos y la ventilación local o general, que son las medidas que se deben usar para controlar los riesgos provocados por los carcinógenos cuando estos no pueden ser eliminados. Al mismo tiempo, en muchas ocasiones los sistemas automatizados pueden eliminar los riesgos de exposición, cuando menos en algunas fases de los procesos de producción.

Controles de planificación

Las medidas de planificación y control de la actividad pueden complementar los controles de ingeniería para reducir los niveles de exposición a carcinógenos, reduciendo el tiempo y la frecuencia de exposición, así como el número de trabajadores/as expuestos, que en todo momento deben formar parte de una lista de registro con información contabilizada de sus exposiciones.

De igual manera, evitar los turnos de noche, establecer turnos más cortos de trabajo para reducir los tiempos de exposición o alternar con tareas exentas de exposición a carcinógenos, contribuirán a reducir los riesgos.

En este caso, la necesaria elaboración de procedimientos de trabajo seguro debería de considerar los aspectos relacionados con el género del trabajador/a, el idóneo mantenimiento y limpieza de los dispositivos implicados en los procesos de trabajo, así como una limpieza personal rigurosa y exhaustiva que reduzca los riesgos asociados a la exposición a carcinógenos.

Equipos de Protección Individual (EPIs)

El empleo de EPIs debe ser el último recurso siempre que no se puedan aplicar otras soluciones suficientemente efectivas, y su uso debe ser limitado en el tiempo en tanto en cuanto no se aplican e implementan medidas de protección más seguras.

Otras medidas que deben ser adoptadas por las empresas

A mayores de comunicar los riesgos y establecer buenas prácticas preventivas, las empresas deberán sensibilizar, informar, formar y capaci-

tar a los/as trabajadores/as que pueden estar expuestos a carcinógenos. En este caso es importante ser consciente de la falta de sintomatología y del largo período de latencia que tienen estas enfermedades cuya manifestación clínica puede aparecer después de un prolongado período entre 20 y 50 años.

Es preceptivo que en todo momento los/as trabajadores/as y sus representantes sean informados y consultados en relación a todos los temas relacionados con la exposición a carcinógenos y mutágenos, estando en condiciones de evaluar si la legislación preventiva en estas materias se está aplicando correctamente por la empresa.

Las empresas deben asegurarse que los recipientes e instalaciones que contengan cualquier tipo de sustancia tóxica y especialmente carcinógenos o mutágenos, tengan un etiquetado claro y legible, y que las señales de advertencia y pictogramas sean perfectamente visibles.

Al mismo tiempo es necesario que la empresa haya diseñado e implementando un plan de intervención y emergencia que disponga de todos los medios necesarios para actuar con eficacia ante una determinada contingencia, capacitando a los/as trabajadores/as implicados y desarrollando periódicamente los simulacros necesarios para asegurar la respuesta preventiva idónea en caso de necesidad.

El seguimiento y supervisión de la utilización de carcinógenos y mutágenos no sólo debe de cumplir con los requisitos de seguridad establecidos en la legislación vigente, sino que todas las medidas preventivas adoptadas para

reducir los niveles de exposición deben estar sometidas a un proceso de verificación periódico en relación a su pertinencia y eficacia.

En todos los casos el objetivo de las medidas de seguridad y control debe ser en principio y por principio eliminar por completo la exposición a carcinógenos y mutágenos, y si esto no fuera posible, reducir todo lo que se pueda los niveles de exposición ya que el cumplimiento de los valores límites de exposición no dejan de suponer a largo plazo graves riesgos para los/as trabajadores/as.

En resumen, en el mundo del trabajo, hoy por hoy, existe un gran número de exposiciones a diferentes agentes carcinógenos, en muchos



casos sin la necesaria identificación y control por parte de empresas y trabajadores/as.

A lo largo de su vida laboral un trabajador/a puede estar expuesto a diversos factores y agentes carcinógenos que finalizan por tener un efecto multiplicador, incrementado el riesgo de cáncer.

La cada vez mayor rotación y la movilidad laboral, que somete a los/as trabajadores/as a diferentes trabajos y riesgos, dificulta extraordinariamente una idónea y eficiente vigilancia de la salud y el establecimiento de un nexo causal entre enfermedad y trabajo. En este sentido es necesario establecer la historia clínica única

con motivo de tener perfectamente identificados los riesgos a los que estuvo expuesto el trabajador/a a lo largo de su vida laboral.

En el Estado español se hace absolutamente necesario que las administraciones públicas en su conjunto sean conscientes del significativo riesgo de exposición a carcinógenos al que se ven sometidos una parte importante de los/as trabajadores/as y actúen en consecuencia promoviendo las políticas públicas integrales preventivas necesarias para activar un sistema preventivo adormilado e ineficiente en esta materia.

Al mismo tiempo, resulta inaplazable por necesario solucionar los muchos defectos existentes en materia de información y recogida fiable de datos relacionados con la exposición de los/as trabajadores/as a carcinógenos en sus

lugares de trabajo. Poder asociar cáncer con actividad empresarial, ocupación, tareas, riesgos, condiciones de trabajo, etc., es fundamental para establecer correlaciones de causalidad, analizar los factores asociados y poder implementar una política efectiva de gestión preventiva del cáncer ocupacional/profesional.

Fuentes: Agencia Europea para la seguridad y la Salud en el Trabajo. EU-OSHA.//“*Work-related cancer*”, Klaus Kuhl, Lothar Lißner, Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH, Germany.//“*Eliminating occupational cancer in Europe and globally*”, Jukka Takala, Ministry of Manpower, Singapore.//“*Cáncer ocupacional y ocupaciones con cáncer*”. Araceli López-Gillén García.//“*Examen de salud y vigilancia*”. Ferenc Kudász y Aranka Hudák, Instituto Nacional de Salud Pública-Dirección de Salud Ocupacional, Hungría.

DOCUMENTO-ANÁLISIS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales, NTP 959

Los artículos 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) dentro del marco genérico de la garantía de seguridad que corresponde al empresario, se ocupan de regular el conjunto de características que debe reunir la vigilancia de la salud para conseguir que sea eficaz y se realice con las máximas garantías para el trabajador/a.

Las principales características son:

Garantizada por el empresario: el empresario garantizará a sus trabajadores/as la vigilancia periódica de su salud, restringiendo el alcance de la misma a los riesgos inherentes al trabajo. La LPRL configura la vigilancia de la salud como un derecho del trabajador/a y como una obligación

del empresario que debe reiterarse a lo largo del tiempo y acondicionarse teniendo en cuenta los datos sobre riesgos de la empresa.

Específica: esa vigilancia se realizará en función del o de los riesgos a los que está sometido el trabajador/a en el lugar de trabajo y tendrá en cuenta las particularidades del trabajador o de la trabajadora.

Una consecuencia obvia de esta característica es **la imposibilidad de establecer un protocolo de vigilancia médica sin conocer los resultados de la evaluación de riesgos**. Por otro lado la vigilancia médica ha de ser proporcional. Esta proporcionalidad va unida al respeto de la dignidad de la persona y de su intimidad, lo que incluye también que las pruebas se ajusten al fin perseguido (es decir a la detección precoz de los posibles daños de origen laboral y a la protección de los especialmente sensibles).

Voluntariedad condicionada: La LPRL configura la vigilancia de la salud como un derecho del trabajador/a y una obligación del empresario, enunciando como regla general la voluntariedad de la misma. Ese carácter voluntario se transforma en una obligación del trabajador/a en las siguientes circunstancias:

- La existencia de una disposición legal con relación a la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. Varias son las disposiciones legales en las que se establece la obligatoriedad de la vigilancia de la salud. Por un lado, *el artículo 196 de la Ley General de la Seguridad Social* obliga al empresario a realizar reconocimientos previos y periódicos a los/as trabajadores/as que ocupen un puesto de trabajo en el que exista un riesgo de enfermedad profesional. Por otro, toda aquella legislación específica que así lo indique como por ejemplo la relativa a la exposición al ruido, a ciertos agentes químicos y a las radiaciones ionizantes, entre otras.

- Que los reconocimientos sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de

trabajo sobre la salud de los trabajadores/as. La indispensabilidad de la vigilancia vendrá delimitada por el riesgo y por la inevitabilidad de la medida por no existir otro procedimiento para conseguir información sobre la magnitud del riesgo y su grado de incidencia en la salud del trabajador/a.

- Que el estado de salud del trabajador/a pueda constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. En este supuesto la vigilancia de la salud se utiliza como medio para hacer efectivo el antiguo principio de adecuación del trabajador/a al trabajo que se reformula en *el artículo 25.1 de la LPRL*. Esta excepción requiere la existencia de un peligro real para el trabajador/a o para terceros que pueda ser evitado con dicho reconocimiento y que, en el caso de riesgo para terceros, es de tal gravedad que se sitúa por encima del derecho individual.

En los dos últimos supuestos se requiere de un informe previo de los representantes de los trabajadores. Por otro lado, la voluntariedad o no de la vigilancia debería determinarse durante la evaluación de riesgos y consignarse en el plan de prevención de riesgos laborales en forma de listado consignando las consecuencias de la negativa por parte del trabajador/a.

La voluntariedad de la vigilancia médica supone también la obligatoriedad de informar y obtener el consentimiento del trabajador/a para someterse a la vigilancia de la salud contemplada en *el artículo 22 de la LPRL*, salvo que esté comprendida entre las excepciones del apartado 1 del mencionado artículo. En cualquier

caso, ese consentimiento debe ser previo e informado, libre y sin coacciones internas o externas y reconocible y revocable. Por ello es necesario informar sobre el contenido y el alcance de la vigilancia en relación con los riesgos específicos del puesto de trabajo, especificando a qué tipo de pruebas se va a someter y para qué; recabar el consentimiento concreto e individual para cada una de las pruebas que conforman la vigilancia de la salud y deben existir datos que permitan afirmar su existencia.

No es necesario obligar al trabajador/a a firmar la negativa a realizar el examen médico ya que puede considerarse una coacción de la libertad y crear suspicacias en cuanto al uso posterior del consentimiento: por ejemplo relevo de responsabilidades por parte del empresario o renuncia a derechos legales por parte del trabajador/a. Sí es aconsejable pedir la firma o acuse de recibo del ofrecimiento de la vigilancia de la salud.



Confidencialidad: la información médica derivada de la vigilancia de la salud de cada trabajador/a estará disponible para el propio trabajador/a, los servicios médicos responsables de su salud y la autoridad sanitaria.

Ningún empresario podrá tener conocimiento del contenido concreto de las pruebas médicas o de su resultado sin el consentimiento expreso

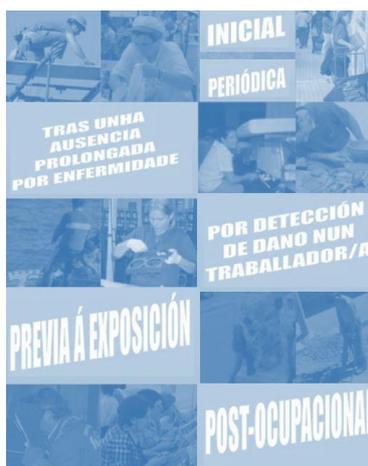
y fehaciente del trabajador/a. Al empresario y a las otras personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención se les deberán facilitar las conclusiones de dicho reconocimiento en los términos de aptitud o adecuación.

Duración: la vigilancia de la salud se prolongará más allá de la finalización de la relación laboral en aquellos casos en los que los efectos sobre los/as trabajadores/as así lo aconsejen; en general, cuando los efectos tengan un periodo de latencia largo o puedan aparecer una vez extinguida la relación contractual.

Contenido: la ley no especifica ni define las medidas o instrumentos de vigilancia de la salud, pero sí establece una preferencia para aquellas que causen las menores molestias al trabajador/a, encomendando a la Administración Sanitaria el establecimiento de las pautas y protocolos de actuación en esta materia.

Este encargo se concreta en el Reglamento de los Servicios de Prevención que dispone que sean el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas las que establezcan, oídas las sociedades científicas competentes, la periodicidad y contenido de la vigilancia de la salud específica. El contenido de las evaluaciones médicas individuales incluirá, como mínimo, una historia clínico laboral, donde además de los datos de anamnesis, exploración física, control biológico y exámenes complementarios, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, del tiempo de permanencia en el mismo, de los riesgos detectados y de las medidas de prevención adoptadas.

Documentación: los resultados de los controles del estado de salud de los/as trabajadores/as deberán estar documentados, así como las conclusiones de los mismos (art. 23.1 de la LPRL). Este concepto se desarrolla en un apartado posterior.



Gratuidad: el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá recaer sobre el trabajador/a (art. 14.5 de la LPRL). Una consecuencia de lo anterior es la realización de los reconocimientos médicos dentro de la jornada laboral o el descuento del tiempo invertido de la misma.

Periodicidad: las principales categorías se encuentran en el RSP, apareciendo también categorías especiales en cierta normativa específica.

En resumen, los diferentes tipos de vigilancia médica en función de su frecuencia son:

Inicial: después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.

Periódica: por trabajar con determinados productos o en determinadas condiciones reguladas por una legislación específica que así lo exija o según riesgos determinados por la evaluación de riesgos, incluidas las características personales.

Tras una ausencia prolongada por enfermedad: no está definido en la legislación el periodo de tiempo que debería considerarse como “ausencia prolongada”. Queda pues a criterio médico consi-

derar el periodo más adecuado en función de su origen laboral o no, de las alteraciones presentadas, de las características personales y del puesto de trabajo en cuestión.

Previa a la exposición: esta figura aparece en ciertas normas específicas (como la de agentes biológicos, cancerígenos o pantallas) y sigue totalmente vigente para la vigilancia de la salud en el ámbito de las enfermedades profesionales y para la evaluación de la salud de los trabajadores nocturnos.

Post-ocupacional: cuando el efecto del factor de riesgo laboral tiene un largo periodo de latencia.

Post-ocupacional: cuando el efecto del factor de riesgo laboral tiene un largo periodo de latencia.

Por detección de daño en un trabajador/a: en este caso se deberá proponer la revisión de la evaluación de riesgos y proceder a la vigilancia médica de los/as trabajadores/as que pertenezcan al mismo grupo de riesgo.

Los reconocimientos previos a la contratación: no están incluidos en el concepto de vigilancia de la salud preconizado por la normativa vigente en prevención de riesgos laborales siendo uno de los principios fundamentales de la misma el de adaptación del puesto de trabajo a la persona y no al contrario (salvo peligro para él mismo o para terceros). No es función de la unidad de medicina del trabajo del servicio de prevención el realizar este tipo de exámenes.

Fuente: Nota Técnica de Prevención 959: “La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales”. INSHT.

Fondo de compensación a las víctimas del amianto

Tras la inicial toma en consideración de los partidos representados en el Congreso, PSOE, Unidos Podemos, Ciudadanos, PNV, Compromís, EH Bildu y Foro Asturias, y la abstención del PP, en relación a la proposición de ley impulsada desde el Parlamento Vasco para crear un Fondo de compensación de las víctimas del amianto, después de muchas dilaciones provocadas por el PP con la connivencia política de Ciudadanos, alegando que suponía importantes modificaciones presupuestarias, finalmente el Congreso de los Diputados procedió a dar trámite a la aprobación de la proposición de Ley para la creación de un Fondo de Compensación de las víctimas del amianto que, en esta última fase se encuentra en el tramo final de presentación de propuestas de enmienda, en relación al proyecto de ley existente que a corto plazo deberá dar lugar a su texto definitivo.

Desde luego el tema no es baladí. El amianto es un producto altamente cancerígeno empleado masivamente en la industria y en la construcción en el Estado español hasta su prohibición en el año 2002. Las consecuencias de la exposición al amianto llevan ya muchos años visibilizándose aquí en Galicia, especialmente en el área de Ferrol por su relación con el empleo masivo y descontrolado de este material en la construcción naval, siendo a estas alturas ya muchos los trabajadores muertos o afectados por el contacto con este producto en sus lugares de trabajo.

En el conjunto del Estado en los últimos diez años los ingresos hospitalarios por asbestosis (fibrosis pulmonar provocada por el amianto) se calcula que se ha incrementado en un 60%, siendo, según todos los expertos, las primeras señales de un importantísimo afloramiento de muertes y enfermedades provocadas por el amianto aún por llegar.

El amianto fue y es un material de bajo coste muy empleado en el siglo XX, debido a sus apreciadas propiedades para su uso industrial:

ignífugo, aislante del calor y del sonido, resistente a las torsiones y la corrosión química, etc.; mas con el terrible problema que las fibras que desprende este mineral en su manipulación se incrustan en los pulmones provocando graves dolencias respiratorias y cáncer de pleura y de pulmón entre otras patologías, a pesar de lo cual y de que se conocían estos perjuicios desde la década de los 40 del pasado siglo, en la Unión Europea no se prohibió su utilización por todos sus estados miembros hasta los primeros años de este nuevo siglo.

Como consecuencia de esta tardanza en la prohibición de su uso, el amianto ya ha dejado en el conjunto del Estado a miles de víctimas con asbestosis, cánceres de pulmón y mesoteliomas, muchas de ellas, la mayoría, sin reconocimiento ni reparación. Se estima que entre el año 1994 y 2008 murieron cuando menos 3.943 personas por enfermedades vinculadas directamente con el amianto.

Así las cosas, el largo período de latencia que caracteriza a las enfermedades relacionadas

con el amianto, a veces de 40 años, augura según la UE un significativo incremento de las mismas para estos próximos años, estimándose que de ahora al año 2030 más de medio millón de trabajadores/as morirán en toda Europa de cánceres derivados a la exposición al amianto.



A mayores de los/as trabajadores/as que manipulaban amianto o entraban en contacto con el mismo en sus puestos de trabajo, existe también un importante grupo de afectados o víctimas pasivas, compuesto fundamentalmente por familiares de los trabajadores/as expuestos que terminaron inhalando las fibras de amianto impregnadas en sus ropas de trabajo, así como vecinos que vivían en un radio de un par de kilómetros de las fábricas de este material. Este grupo de afectados aún no disponen de un procedimiento que les facilite el reconocimiento del origen de sus patologías, prospeorando hasta ahora sus demandas fundamentalmente como consecuencia de ir al rebufo de las demandas y litigios judiciales de origen laboral. Sería conveniente que estos colectivos afectados resultaran finalmente reconocidos a plenos efectos en la proposición de Ley que regulará el Fondo de compensación.

El anteproyecto en sí mismo recoge entre otras cuestiones, la naturaleza y organización del

Fondo, concreta sus fines, determina el origen de los recursos económicos que lo deben de nutrir (empresarios, mutuas y personas titulares de derechos, aportaciones presupuestarias y transferencias), su estructura organizativa de gestión y plazos de indemnización (seis meses para que las personas afectadas tengan derecho a la indemnización efectiva).

Sin duda alguna, la creación del Fondo de compensación responde a la necesidad de dar respuesta a un problema básico de justicia y solidaridad, frente por una parte a la incapacidad e histórica pasividad de las administraciones públicas en esta materia, y por otra a la irresponsabilidad de las empresas en su estrategia de ocultación y no prevención ante un riesgo de tanta gravedad para la vida y la salud de sus trabajadores/as.

Efectivamente, como todos los problemas de ocultación e inacción preventiva o no prevención por parte de empresarios y Administraciones (casi siempre políticamente ubicadas en la derecha neoliberal), terminan en un drama de inmensas proporciones al retrasar los tiempos de actuación en aras de la búsqueda de un mayor beneficio económico y de una supuesta protección del empleo. Falsarios y perversos argumentos que la derecha repite una y otra vez en muchísimas ocasiones cuando tiene que justificar lo injustificable y defender lo indefendible. ¿Cuánto vale la vida de un trabajador/a?

Ante esta situación de enfermedades profesionales desgraciadamente tan habituales en nuestro entorno laboral y por el contrario tan

poco reconocidas por las Administraciones a los órdenes de los políticos de turno, los/as trabajadores/as deben de ser conscientes de la enorme importancia que tiene la historia clínica ocupacional como herramienta fundamental para el diagnóstico de las enfermedades de origen ocupacional y para su reconocimiento como enfermedades profesionales por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Así, desde la Confederación Intersindical Galega -que desde el minuto uno estuvo en primera fila desde que aparecieron los primeros casos, siempre cerca y apoyando a los/as trabajadores/as afectados, así como colaborando y apoyando sin fisuras a la Asociación Gallega de Afectados Víctimas del Amianto (AGAVIDA), históricamente la primera y más organizada asociación de afectados del amianto de todo el Estado que sin duda marcó el camino a seguir que ahora reco-

rreremos-, consideramos imprescindible que el Fondo de compensación pueda contar con los recursos económicos necesarios para cubrir los distintos problemas que tienen las víctimas, sirviendo para mejorar sus derechos y terminar de una vez por todas con la incertidumbre, las angustias y los problemas de todo tipo padecidos por las víctimas y sus familiares en su injusto y penoso peregrinar por los juzgados en la búsqueda de justicia y reparación.



Garantizar una justa compensación a los afectados libre de estas dificultades y problemas, sobre los que las mutuas y la propia Administración llevan mucho tiempo practicando una política de obstrucción, dificultando, cuando no impidiendo, el reconocimiento de las enfermedades profesionales que les afectan, tiene que constituir un objetivo básico e irrenunciable de este futuro proyecto de ley.

El largo período de latencia de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto conlleva a que no en pocas ocasiones las empresas responsables de la exposición de los/as trabajadores/as ya hayan desaparecido, con las consiguientes dificultades para facilitar el reconocimiento del origen profesional de la dolencia o para facilitar la contribución de las mismas a la reparación (cuando menos económica) de los daños

causados. En esta línea, es necesario impulsar y agilizar los procesos judiciales asociados a estas demandas con el objetivo de eliminar incertidumbres y evitar la impunidad final a la que en tantas ocasiones estos procesos judiciales controlados por los sistemas de poder nos tienen acostumbrados. En este como en otros muchos casos, una justicia lenta deja de ser justicia.

Hasta ahora en el caso de los/as trabajadores/as afectados por el amianto, los procedi-

mientos de valoración e indemnización de los sistemas de compensación se han mostrado bastante ineficaces, lo que ha obligado a las víctimas (cuando aún sobreviven) y sus familias a afrontar largos procesos de demanda por daños y perjuicios contra las empresas en los tribunales, con la esperanza de conseguir la reparación a la que sin duda tienen derecho y que nadie les ofrece.

Este camino está hasta ahora lleno de dificultades, ya que no llega con padecer alguna de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto, viéndose los trabajadores/as afectados/as obligados a demostrar que han trabajado con amianto, debiendo demostrar también su exposición y en qué empresas se produjo. Todo eso cuando la realidad nos indica que estas exposiciones a veces no están documentadas, que pasaron hace muchos años (más de 30), que las empresas no facilitan ni la documentación ni la identificación de las prácticas que realizaron, o que simplemente han desaparecido como empresas.

Según estudios recientes se prevé que de ahora en adelante se van a diagnosticar anualmente alrededor de 700 mesoteliomas, a los que habrá que sumar los casos de asbestosis o de cáncer de pulmón y otras afectaciones graves más leves también vinculadas a la exposición al amianto.

Al mismo tiempo se estima que aproximadamente una cuarta parte de las víctimas del amianto son y serán mujeres, que bien sufrieron exposición laboral directa o sufrieron exposición ambiental y doméstica al tener con-

tacto con la ropa de trabajo que contenía fibras de amianto.

Desde el año 1906 se conoce la existencia de la relación entre amianto y asbestosis, y desde 1935 de su relación con el cáncer de pulmón. Al mismo tiempo desde 1945 se conoce científicamente su relación directa con los mesoteliomas. A pesar de estas evidencias científicas en el Estado español solo en la década de los setenta se consumieron 2,6 billones de toneladas de asbesto. Pues bien, en 1961 la asbestosis se identificó como enfermedad laboral, sucediendo lo mismo con el cáncer pulmonar y el mesotelioma derivados de la exposición al amianto en 1978. En 1991 el Instituto Nacional de Seguridad y Higiene en el Trabajo identificó a 60.400 trabajadores/as que estaban afectados/as por enfermedades laborales a pesar de lo cual en el Estado español se seguía permitiendo trabajar con el amianto.



Con esta información de la que dispusieron los distintos Gobiernos del Estado, resulta inaudito que hasta el año 2002 el Estado español no prohibiera (los últimos de Europa) el uso y manipulación del amianto en los centros de trabajo, cuando 20 años antes, en la década de

los ochenta, la mayoría de los estados de nuestro entorno, Suecia, Dinamarca, Bélgica, etc., contando con la misma información en cambio procedieron a su inmediata prohibición.

En este sentido, existen unas declaraciones reveladoras por parte de un neumólogo de la Comisión Nacional del Amianto que, en un juicio celebrado para resolver la demanda de unos trabajadores afectados de la empresa Uralita, declara: “El Gobierno decidió no prohibir el uso del amianto en el año 1984, cuando se planteó, por el alto coste empresarial y laboral que suponía”.

Eso sí, en 1987 el Gobierno de turno toma por toda iniciativa, crear un registro de empresas que trabajan con amianto, increíblemente para que estas se registren, si así lo consideran, con carácter totalmente voluntario. *Guantes de seda para esta parte del sector empresarial, enfermedad y muerte para los/as trabajadores/as y sus familias.* Un delito de lesa humanidad a todas luces indefendible e injustificable que sigue sin castigo a los culpables.

En esta tesitura y con lo que ahora sabemos, esta iniciativa para la creación del Fondo de Compensación es una medida indemnizatoria y de reconocimiento de los daños causados, que supone un mínimo acto de justicia ante tanta irresponsabilidad, tanta codicia y tanta deshumanización por parte de los poderes del Estado.

Esperemos que se dejen de poner palos en las ruedas y finalmente se facilite su aprobación, se habilite la participación en el mismo de los/as afectados/as y las organización implicadas, y se configure una estructura de gestión democratizada y transparente que realmente facilite la consecución de los objetivos para lo cual va a ser creado.

Fuentes: *Anteproyecto de ley para la creación de un fondo de compensación para las víctimas del amianto promovido por el Parlamento Vasco.//Diario de sesiones en el Congreso de los Diputados.//Enmiendas propuestas por la Federación de Asociaciones de Víctimas del Amianto (FEDAVICA), al anteproyecto de ley para la creación de un fondo de compensación para las víctimas del amianto.//EU-OSHA.*

Depósito Legal:
C428-2012

Los contenidos publicados son responsabilidad exclusiva del Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral de la Confederación Intersindical Galega y no reflejan necesariamente la opinión de la “Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales F.S.P.”

Edita: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral. www.cigsaudelaboral.org