

CIG-Saúde Laboral

Boletín nº 29

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

SUMARIO

INFORMACIÓN

CANCRO LABORAL: O RISCO OCULTO QUE NON AVISA

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

DOCUMENTO-ANÁLISE

A VIXILANCIA DA SAÚDE NA NORMATIVA DE PREVENCIÓN DE RISCOS LABORAIS, NTP 959

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

INFORMACIÓN

FONDO DE COMPENSACIÓN ÁS VÍTIMAS DO AMIANTO



Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

EDITA: *Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral*

Cancro Laboral: o risco oculto que non 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

O cancro laboral ou ocupacional é un concepto amplo de carácter médico, no que se establece unha relación causal de carácter epidemiolóxico e fisiopatolóxico apoiado nas evidencias que determinan a súa causa. En calquera caso e dun modo sinxelo, poderíamos entender por cancro laboral a todos os tumores malignos provocados pola exposición a carcinóxenos no traballo. O cancro profesional en cambio é un cancro laboral que ten recoñecido a súa orixe profesional. Fai referencia ao ámbito legal que identifica e determina un cancro como unha enfermidade de orixe profesional, tendo unha regulación que reduce a unha determinada listaxe os cancros oficialmente recoñecidos como profesionais, relacionando estes cunhas determinadas substancias e exposicións en determinados ámbitos de desempeño profesional.

En definitiva o cancro profesional é un termo legalista fundamentado na imputabilidade e que no Estado español está recollido no *Cadro de Enfermidades Profesionais, Grupo 6, Enfermidades causadas por Axentes Carcinoxénicos, Anexo I*; enfermidades con orixe profesional científica e oficialmente recoñecidas, recollidas no Real Decreto 1299/2006.

Aproximación ao estado da situación

Sen dúbida son moitos os elementos potencialmente carcinóxenos que actualmente podemos atoparnos nas contornas de traballo, que interveñen en distintos procesos produtivos ou incluso son consecuencia dos mesmos.

Neste senso resulta preocupante que sexan moi numerosas as empresas e moi numerosos os/as traballadores/as, que non son conscientes desta

significativa e perigosa presenza de múltiples carcinóxenos, que en demasiadas ocasións rematan por provocar cancros ocupacionais que en cambio poderían ser previstos cunha axeitada practica de xestión das exposicións.

Os datos resultan extraordinariamente alarmantes. No marco da UE cada ano calcúlase que 120.000 traballadores/as vense afectados por un cancro de orixe laboral que remata costando ao redor de 80.000 vidas humanas, sendo a primeira causa de morte relacionada co traballo.

No caso do Estado español calcúlase que un de cada catro traballadores/as está exposto a canceríxenos laborais, en moitos casos sen ter coñecemento dilo. Un risco cun custo humano, social e económico absolutamente inasumible en sociedades democráticas e de dereito.

Segundo a *Sociedade Española de Oncoloxía Médica (SEOM)* estímase que no pasado ano 2017 producíronse no Estado 228.482 casos de cancro entre o conxunto da poboación, dos cales 90.558 afectaron a persoas menores de 65 anos en idade laboral. Un cruce destes datos da SEOM cos proporcionados polo *Observatorio do Cancro*



da AACC arroxa unha estimación de 85.000 novos casos de cancro no ano 2017 entre a poboación traballadora de entre 18 e 65 anos.

Infradeclaración de cancrois laborais/cancrois profesionais

A pesares destas cifras a realidade é que no Estado español non existen datos que correlacionen sectores, actividades, ocupacións laborais ou tarefas co cancro, sendo polo tanto polo de agora imposible ter acceso a datos fidedignos que nos permitan establecer unha relación de causalidade entre os tipos de traballo e o cancro.

Por outra banda, a realidade preventiva indícanos que no Estado español no ano 2017 recoñecéronse tan só 52 casos de cancro como enfermidade profesional, supoñendo un raquíptico 0,18% do total de enfermidades profesionais recoñecidas.

Así as cousas, a “infradeclaración” de cancrois de orixe profesional é unha perigosa e sanguenta realidade difícil de dimensionar, dado o ocultismo e o negacionismo practicado dende a Administración do Estado polo Goberno que promoveu e aprobou a pasada reforma laboral, reducindo á mínima expresión o recoñecemento oficial das enfermidades profesionais en xeral e dos cancrois en particular. Só hai que ver e analizar o bochornoso histórico de actuacións que en esta materia arrastran e acumulan as mutuas e incluso o propio INSS, para darse conta que o obxectivo fundamental estivo sendo nestes últimos anos rebaixar os custos que

conlevarían o recoñecemento destas enfermidades, desprezando inhumanamente a realidade de dos/as traballadores/as afectados/as.

Chegados a este punto é importante reseñar que a evidente e manifesta infradeclaración de cancrois profesionais, a maiores de xerar unha situación de inmensa inxustiza e falta de reparación para os/as traballadores/as afectados/as e as súas familias, supón unha importante quebra do sistema de identificación e detección de riscos xeradores de enfermidades profesionais, impedindo adoptar as medidas axeitadas para reducir o número de traballadores/as afectados/as, coas terribles consecuencias que no futuro a bo seguro terán.

Carcinóxenos e mutáxenos no ámbito de traballo

A *Organización Mundial da Saúde* (OMS) considera que a mortalidade a causa dos cancrois de orixe laboral débese fundamentalmente a un uso amplo, cando non moi amplo, de substancias canceríxenas na industria, sen as suficientes garantías preventivas e os necesarios estándares de seguridade e saúde. Segundo o *Convenio C 139* da *Organización Internacional do Traballo* (OIT), as substancias canceríxenas non deben ser utilizadas nas empresas a non ser que se realice en condicións moi estritas de seguridade, debéndose facer todos os esforzos necesarios para substituílas por outras menos perigosas.

Os CMR (substancias canceríxenas, mutáxenas e tóxicas para a reprodución) poden estar presentes no traballo de distintas formas e maneiras moitas veces non doadamente identificables: as

materias primas utilizadas, os seus produtos ou subprodutos, os residuos, impurezas ou emisións desprendidas dos procesos de traballo,... etc.

No que atinxe aos produtos químicos ou similares, estes deben estar etiquetados, sendo máis doado de identificar os seus riscos de exposición.

Tamén debe de ser identificada a carcinóxida de mesturas e emisións non intencionadas, fumes e soldaduras ou pos de pedra e madeiras duras.

Alguns exemplos de exposición a carcinóxenos en diferentes sectores de actividade poderían ser:

CARCINÓXENO	SECTOR AFECTADO	TRABALLO OCUPADO	COMENTARIOS
ÓXIDOS DE ARSÉNICO	SEMICONDUCTORES	TRABALLADOR DE FABRICACIÓN	-
	METALURXIA DE REFINACIÓN E FUNDICIÓN DE METAIS NON FERROSOS	TRABALLADOR DA FÁBRICA SIDERÚRXICA	-
BENCENO	REFINERÍA	OPERADOR, TRABALLADOR DE MANTEMENTO	PURO OU EN MESTURAS DE HIDROCARBUROS
	GARAXE	MECÁNICO	EXPOSICIÓN Á GASOLINA (VAPORES E CONTACTO COA PEL)
	TRANSPORTE DE COMBUSTIBLE	CONDUTOR DE CAMIÓN CISTERNA	EXPOSICIÓN AOS VAPORES DE GASOLINA (TRANSFERENCIA DE COMBUSTIBLE)
BERILIO	LABORATORIO DE PRÓTESES DENTAIS	TÉCNICO DE LABORATORIO DENTAL	-
	FUNDICIÓN DE ALIAXE DE BERILIO DE COBRE	TRABALLADOR DE FUNDICIÓN	-
	MECANIZADO E SOLDADURA DE ALIAXE DE COBRE-BERILIO OU ALUMINIO-BERILIO	INSTALADOR, TRABALLADOR DE FABRICACIÓN	ALIAXE UTILIZADA POLAS SÚAS PROPIEDADES DE RESISTENCIA MECÁNICA, FABRICACIÓN DE PEZAS DE FRICCIÓN.
1,3-BUTADIENO	PETROQUÍMICOS	OPERADOR DO SISTEMA	-
CROMO HEXAVALENTE	CONSTRUCCIÓN DE ACEIRO	SOLDADOR DE ACEIRO INOXIDABLE	FUMES DE SOLDADURA
	TRABALLO DE CHAPA	TRABALLADOR DE CHAPA	-
	CONSTRUCCIÓN E EDIFICACIÓN	PINTOR /REMOVEDOR DE PINTURA	PINTURAS VELLAS CON CROMATOS DE CHUMBO E ZINC

O “efecto cóctel”

Unha das características deste tipo de exposición a carcinóxenos é que na maioría dos casos os/as traballadores/as están expostos a máis dunha substancia canceríxena, ou ben simultaneamente ou ben nun curto período de tempo, sendo tamén frecuente que isto se produza a través de distintas vías de exposición: inhalación, absorción dérmica, ingestión, radiacións, etc. Esta multiexposición produce o chamado “efecto cóctel”, no que os efectos aditivos e combinados de distintas substancias químicas e/ou de factores físicos, poden incrementar notablemente a nocividade e perigosidade da exposición, en moitos casos non identificada e polo tanto fóra de control.

Enfoque xerárquico das medidas preventivas

Como principio básico de actuación, os empresarios ou empregadores deben adoptar medidas para reducir o uso de carcinóxenos ou mutáxenos, substituíndo estas substancias ou mesturas por outras que non sexan perigosas ou cando menos reduzan notablemente a perigosidade, modificando se é necesario os propios procesos de produción.

Se isto non fose posible deberán empregarse outras medidas destinadas a reducir todo o que se poida os tempos e as intensidades de exposición a carcinóxenos e mutáxenos: cambios nos procesos e procedementos de produción, sistema pechado de manipulación, ventilación forzada de escape local, control dos tempos e intensidades de exposición, etc.

En último caso empregaríanse equipas de protección individual (EPIS), utilizando controis e rexistros de exposición, e implementando unha vixilancia da saúde adaptada aos riscos específicos para a saúde que en cada caso xera o tipo de exposición, debéndose manter na maioría das ocasións os controis médicos ata 40 anos despois tendo en conta os longos períodos de latencia deste tipo de enfermidades.

A vixilancia da saúde:

A través da vixilancia da saúde deberá realizarse un exame médico previo antes da exposición do/a traballador/a aos carcinóxenos e/ou mutáxenos, realizando exames periódicos específicos a partir de entón. En todos os casos, os riscos a carcinóxenos e/ou mutáxenos deben ser reevaluados tendo en conta o longo período de latencia dos cancros e a súa dificultade de detección temperá.

É importante que chegado o caso a vixilancia da saúde detecte o máis cedo posible a aparición do cancro na poboación traballadora, identifique as súas causas e descubra os procesos en fases iniciais, dando a oportunidade de ofrecer un tratamento inmediato para curar ou minimizar as súas consecuencias.

Prevención e control:

O enfoque xeral para a prevención e o control de riscos químicos é tamén de aplicación a carcinóxenos e mutáxenos, sendo obrigatorio o estricto cumprimento da lexislación vixente como base das medidas preventivas a adoptar.

Dende a empresa é imprescindible manter, actualizar e correlacionar un inventario das substancias químicas utilizadas ou resultantes dos procesos de produción con datos e información procedente das etiquetas CMR, SDS e outras fontes de información fiables, identificando tamén as emisións de carcinóxenos e mutáxenos xerados nos procesos de produción. Asemade existen múltiples substancias carcinóxenas coñecidas non incluídas na lexislación



sobre produtos químicos (emisións diésel, citotáticos... etc.) e outras non identificadas como tais pola lexislación europea, mais si polo *Centro Internacional de Investigación sobre o Cancro* (IARC) que tamén deben ser consideradas nas pertinentes avaliacións de riscos.

Igualmente deben de ser considerados outro tipo de riscos potencialmente carcinóxenos, sexan ocupacionais ou non, co gallo de poder tomar decisións axeitadas en relación ás medidas a adoptar e a súa priorización: traballadores/as con tratamento de fármacos inmunodepresores, mulleres embarazadas, traballadores/as novos, factores biolóxicos, traballo nocturno, traballo sedentario, hábitos non saudábeis, estrés, etc.

En todos os casos a avaliación de riscos debe ser fiable e precisa, baseada nunha metodoloxía coherente en relación aos riscos e completamente respaldada por unha recompilación exhaustiva e sistemática de información e datos con medidas e cuantificacións.



Estrutura preferente de medidas preventivas

Eliminación e substitución

A eliminación é a medida máis efectiva para evitar a exposición a carcinóxenos, o que require o cambio da tecnoloxía de produción ou as características do produto final. A substitución implicaría reempazar os carcinóxenos por substancias máis seguras, non debendo en ningún caso orixinar outros riscos inaceptables.

Controis de enxeñaría

A fase de planificación dos procesos de traballo é o mellor momento para establecer os controis de enxeñaría como o deseño e redeseño de procesos, o illamento, o encapsulamento das fontes de emisión de carcinóxenos e a ventilación local ou xeral, que son as medidas que se deben usar para controlar os riscos provocados polos carcinóxenos cando estes non poden ser eliminados. Asemade, en moitas

ocasións os sistemas automatizados poden eliminar os riscos de exposición, cando menos nalgunhas fases dos procesos de produción.

Controis de planificación

As medidas de planificación e control da actividade poden complementar os controis de enxeñaría para reducir os niveis de exposición a carcinóxenos, reducindo o tempo e a frecuencia de exposición, así como o número de traballadores/as expostos, que en todo momento deben formar parte dunha lista de rexistro con información contabilizada das súas exposicións. De igual xeito, evitar as quendas de noite, establecer quendas máis curtas de traballo para reducir os tempos de exposición ou alternar con tarefas exentas de exposición a carcinóxenos, contribuirán a reducir os riscos.

Neste caso, a necesaria elaboración de procedementos de traballo seguro debería de considerar os aspectos relacionados co xénero do/a traballador/a, o axeitado mantemento e limpeza dos dispositivos implicados nos procesos de traballo, así como unha limpeza persoal rigorosa e exhaustiva que reduza os riscos asociados á exposición a carcinóxenos.

Equipos de Protección Individual (EPIs)

O emprego de EPIs debe ser o último recurso sempre que non se poidan aplicar outras solucións suficientemente efectivas, e o seu uso debe ser limitado no tempo en tanto en canto non se aplican e implementan medidas de protección máis seguras.

Outras medidas que deben ser adoptadas polas empresas

A maiores de comunicar os riscos e establecer boas prácticas preventivas, as empresas deberán sensibilizar, informar, formar e capacitar aos traballadores/as que poden estar expostos a carcinóxenos. Neste caso é importante ser consciente da falta de sintomatoloxía e do longo período de latencia que teñen estas enfermidades cuxa manifestación clínica pode aparecer logo de un alongado período entre 20 e 50 anos.

É preceptivo que en todo momento os/as traballadores/as e os seus representantes sexan informados e consultados en relación a todos os temas relacionados coa exposición a carcinóxenos e mutáxenos, estando en condicións de avaliar se a lexislación preventiva nestas materias se está a aplicar correctamente pola empresa.

As empresas deben asegurarse que os recipientes e instalacións que conteñan calquera tipo de substancia tóxica e especialmente carcinóxenos ou mutáxenos, teñan un etiquetado claro e lexible, e que os sinais de advertencia e pictogramas sexan perfectamente visibles.

Asemade é necesario que a empresa teña deseñado e implementando un plan de intervención e emerxencia que dispoña de todos os medios necesarios para actuar con eficacia ante unha determinada continxencia, capacitando aos traballadores/as implicados e desenvolvendo periodicamente os simulacros necesarios para asegurar a resposta preventiva axeitada en caso de necesidade.

O seguimento e supervisión da utilización de carcinóxenos e mutáxenos non só debe de cumprir cos requisitos de seguridade estabelecidos na lexislación vixente, senón que todas as medidas preventivas adoptadas para reducir os niveis de exposición deben estar sometidas a un proceso de verificación periódico en relación á súa pertinencia e eficacia.

En todos os casos o obxectivo das medidas de seguridade e control debe ser en principio e por principio eliminar por completo a exposición a carcinóxenos e mutáxenos, e se isto non fose posible, reducir todo o que se poida os niveis de exposición xa que o cumprimento dos valores límites de exposición non deixan de supoñer a longo prazo graves riscos para os/as traballadores/as.

En resumo, no mundo do traballo, hoxe por hoxe, existe un gran número de exposicións a diferentes axentes carcinóxenos, en moitos



casos sen a necesaria identificación e control por parte de empresas e traballadores/as.

Ao longo da súa vida laboral un traballador/a pode estar exposto a diversos factores e axentes carcinóxenos que rematan por ter un efecto multiplicador, incrementado o risco de cancro.

A cada vez maior rotación e a mobilidade laboral, que somete aos traballadores/as a diferentes traballos e riscos, dificulta extraordinariamente unha axeitada e eficiente vixilancia da

saúde e o establecemento dun nexo causal entre enfermidade e traballo. Neste senso cómpre establecer a historia clínica única co gallo de ter perfectamente identificados os riscos aos que estivo exposto o/a traballador/a ao longo da súa vida laboral.

No Estado español faise absolutamente necesario que as administracións públicas no seu conxunto sexan conscientes do significativo risco de exposición a carcinóxenos ao que se ven sometidos unha parte importante dos/as traballadores/as e actúen en consecuencia promovendo as políticas públicas integrais preventivas necesarias para activar un sistema preventivo adormecido e ineficiente nesta materia.

Asemade, resulta inaprazable por necesario solucionar as moitas eivas existentes en mate-

ria de información e recollida fiable de datos relacionados coa exposición dos/as traballadores/as a carcinóxenos nos seus lugares de traballo. Poder asociar cancro con actividade empresarial, ocupación, tarefas, riscos, condicións de traballo, etc., é fundamental para establecer correlacións de causalidade, analizar os factores asociados e poder implementar unha política efectiva de xestión preventiva do cancro ocupacional/profesional.

Fontes: *Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo. 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.//“Cancro ocupacional e ocupacións con cancro”. Araceli López-Gillén García.//“Exame de saúde e vixilancia”. Ferenc Kudász e Aranka Hudák, Instituto Nacional de Saúde Pública - Dirección de Saúde Ocupacional, Hungría.*

DOCUMENTO-ANÁLISE

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

A vixilancia da saúde na normativa de prevención de riscos laborais, NTP 959

Os artigos 22 da Lei de Prevención de Riscos Laborais (LPRL) e 37 do Regulamento dos Servizos de Prevención (RSP) dentro do marco xenérico da garantía de seguridade que corresponde ao empresario, ocúpanse de regular o conxunto de características que debe reunir a vixilancia da saúde para conseguir que sexa eficaz e se realice coas máximas garantías para o/a traballador/a.

As principais características son:

Garantida polo empresario: o empresario garantirá aos seus traballadores/as a vixilancia periódica da súa saúde, restrinxindo o alcance da mesma aos riscos inherentes ao traballo. A LPRL configura a vixilancia da saúde como un dereito do/a traballador/a e como unha obri-

gación do empresario que debe reiterarse ao longo do tempo e acondicionarse tendo en conta os datos sobre riscos da empresa.

Específica: esa vixilancia realizarase en función do ou dos riscos aos que está sometido o traballador/a no lugar de traballo e terá en conta as particularidades do traballador ou da traballadora.

Unha consecuencia derivada desta característica é a **imposibilidade de establecer un protocolo de vixilancia médica sen coñecer os resultados da avaliación de riscos**. Doutra banda a vixilancia médica debe ser proporcional. Esta proporcionalidade vai unida ao respecto da dignidade da persoa e da súa intimidade, o que inclúe tamén que as probas se axusten ao fin perseguido (é dicir á detección precoz dos posibles danos de orixe laboral e á protección dos especialmente sensibles)

Voluntariedade condicionada: a LPRL configura a vixilancia da saúde como un dereito do traballador/a e unha obrigaición do empresario, enunciando como regra xeral a voluntariedade da mesma. Ese carácter voluntario transfórmase nunha obrigaición do traballador/a nas seguintes circunstancias:

- A existencia dunha disposición legal con relación á protección de riscos específicos e actividades de especial perigo. Varias son as disposicións legais nas que se establece a obrigatariedade da vixilancia da saúde. Por unha banda, o *artigo 196 da Lei Xeral da Seguridade Social* obriga ao empresario a realizar recoñecementos previos e periódicos aos traballadores/a que ocupen un posto de traballo no que exista un risco de enfermidade profesional. Por outra, toda aquela lexislación específica que así o indique por exemplo a relativa á exposición ao ruído, a certos axentes químicos e ás radiacións ionizante, entre outras.

– Que os recoñecementos sexan indispensables para avaliar os efectos das condicións de traba-

llo sobre a saúde dos traballadores/as. A indispensabilidade da vixilancia virá delimitada polo risco e pola inevitabilidade da medida por non existir outro procedemento para conseguir información sobre a magnitude do risco e o seu grao de incidencia na saúde do traballador/a.

– Que o estado de saúde do traballador/a poida constituír un perigo para si mesmo, para os demais traballadores ou para outras persoas relacionadas coa empresa. Neste suposto a vixilancia da saúde utilízase como medio para facer efectivo o antigo principio de adecuación do traballador/a ao traballo que se reformula no *artigo 25.1 da LPRL*. Esta excepción require a existencia dun perigo real para o traballador/a ou para terceiros que poida ser evitado co devandito recoñecemento e que, no caso de risco para terceiros, é de tal gravidade que se sitúa por encima do dereito individual.

Nos dous últimos supostos requírese dun informe previo dos representantes dos traballadores. Doutra banda, a voluntariedade ou non da vixilancia debería determinarse durante a avaliación de riscos e consignarse no plan de prevención de riscos laborais en forma de listaxe consignando as consecuencias da negativa por parte do traballador/a.

A voluntariedade da vixilancia médica supón tamén a obrigatoriedade de informar e obter o consentimento do traballador para someterse á vixilancia da saúde contemplada no *artigo 22 da LPRL*, salvo que estea comprendida entre as excepcións do apartado 1 de dito artigo. En calquera caso, ese consentimento debe ser

previo e informado, libre e sen coaccións internas ou externas e recognoscible e revogable. Por iso é necesario informar sobre o contido e o alcance da vixilancia en relación cos riscos específicos do posto de traballo, especificando a que tipo de probas se vai someter e para que; solicitar o consentimento concreto e individual para cada unha das probas que conforman a vixilancia da saúde, debendo existir datos que permitan afirmar a súa existencia.

Non é necesario obrigar ao traballador/a a asinar a negativa para realizar o exame médico xa que pode considerarse unha coacción da liberdade e crear suspicacias en canto ao uso posterior do consentimento: por exemplo



substitución de responsabilidades por parte do empresario ou renuncia a dereitos legais por parte do traballador/a. Si é aconsellable pedir a sinatura ou acuse de recibo do ofrecemento da vixilancia da saúde.

Confidencialidade: a información médica derivada da vixilancia da saúde de cada traballador estará dispoñible para o propio traballador, os servizos médicos responsables da súa saúde e a autoridade sanitaria. Ningún empresario poderá ter coñecemento do contido concreto das probas médicas ou do seu resultado sen o consentimento expreso e fidedigno do traballador.

Ao empresario e ás outras persoas ou órganos con responsabilidades en materia de prevención deberánselles facilitar as conclusións do devandito recoñecemento nos termos de aptitude ou adecuación.

Duración: a vixilancia da saúde alongarase máis aló da finalización da relación laboral naqueles casos nos que os efectos sobre os/as traballadores/as así o aconsellen; en xeral, cando os efectos teñan un período de latencia longo ou poidan aparecer unha vez extinguida a relación contractual.

Contido: a lei non especifica nin define as medidas ou instrumentos de vixilancia da saúde, pero si establece unha preferencia para aquelas que causen as menores molestias ao traballador/a, encomendando á Administración Sanitaria o establecemento das pautas e protocolos de actuación nesta materia.

Este encargo concrétase no Regulamento dos Servizos de Prevención que dispón que sexan o Ministerio de Sanidade e as Comunidades Autónomas as que establezan, oídas as sociedades científicas competentes, a periodicidade e contido da vixilancia da saúde específica. O contido das avaliacións médicas individuais incluirá, como mínimo, unha historia clínica laboral, onde ademais dos datos de anamneses, exploración física, control biolóxico e exames complementarios, farase constar unha descrición detallada do posto de traballo, do tempo de permanencia no mesmo, dos riscos detectados e das medidas de prevención adoptadas.

Documentación: os resultados dos controis do estado de saúde dos/as traballadores/as deberán estar documentados, así como as conclusións dos mesmos (art. 23.1 da LPRL).

Gratuidade: o custo económico de calquera medida relativa á seguridade e saúde no traballo, e por tanto o derivado da vixilancia da saúde, non deberá recaer sobre o traballador/a (art. 14.5 da LPRL). Unha consecuencia do anterior é a realización dos recoñecementos médicos dentro da xornada laboral ou o desconto do tempo investido da mesma.

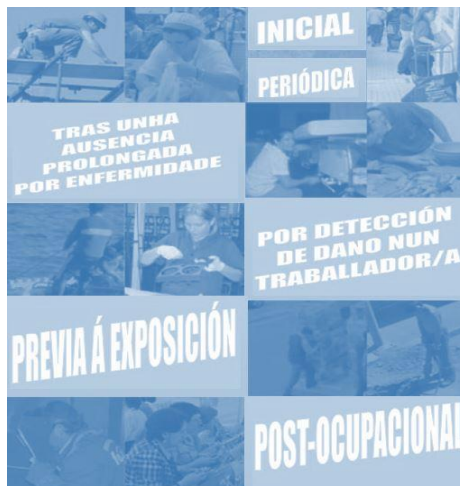
Periodicidade: as principais categorías atópanse no RSP, aparecendo tamén categorías específicas en certa normativa específica.

En resumo, os diferentes tipos de vixilancia médica en función da súa frecuencia son:

Inicial: despois da incorporación ao traballo ou despois da asignación de tarefas específicas con novos riscos para a saúde.

Periódica: por traballar con determinados produtos ou en determinadas condicións reguladas por unha lexislación específica que así o exixa ou segundo riscos determinados pola avaliación de riscos, incluídas as características persoais.

Tras unha ausencia prolongada por enfermidade: non está definido na lexislación o período de tempo que debería considerarse como “ausencia prolongada”. Queda pois a criterio médico considerar o período máis adecuado en



función da súa orixe laboral ou non, das alteracións presentadas, das características persoais e do posto de traballo en cuestión.

Previa á exposición: esta figura aparece en certas normas específicas (como a de axentes biolóxicos, can-

cerixenos ou pantallas) e segue totalmente vixente para a vixilancia da saúde no ámbito das enfermidades profesionais e para a avaliación da saúde dos traballadores nocturnos.

Post-ocupacional: cando o efecto do factor de risco laboral ten un longo período de latencia.

Por detección de dano nun traballador/a: neste caso deberase propoñer a revisión da avaliación de riscos e proceder á vixilancia médica dos/as traballadores/as que pertencen ao mesmo grupo de risco.

Os recoñecementos previos á contratación: non están incluídos no concepto de vixilancia da saúde preconizado pola normativa vixente en prevención de riscos laborais sendo un dos principios fundamentais da mesma o de adaptación do posto de traballo á persoa e non ao contrario (salvo perigo para el mesmo ou para terceiros). Non é función da unidade de medicina do traballo do servizo de prevención o realizar este tipo de exames.

FONTE: Nota Técnica de Prevención 959: “A vixilancia da saúde na normativa de prevención de riscos laborais”. INSHT.

Fondo de compensación ás vítimas do amianto

Trala inicial toma en consideración dos partidos representados no Congreso, PSOE, Unidos Podemos, Ciudadanos, PNV, Compromís, EH Bildu e Foro Asturias, e a abstención do PP, en relación á proposición de lei impulsada dende o Parlamento Vasco para crear un Fondo de compensación das vítimas do amianto, logo de moitas dilacións provocadas polo PP coa conivencia política de Ciudadanos, alegando que supoñía importantes modificacións orzamentarias, finalmente o Congreso dos Deputados procedeu a dar trámite á aprobación da proposición de Lei para a creación dun Fondo de Compensación das vítimas do amianto que, nesta última fase atópase no tramo final de presentación de propostas de emenda, en relación ao proxecto de lei existente que a curto prazo deberá dar lugar ao seu texto definitivo.

Dende logo o tema non é baladí. O amianto é un produto altamente canceríxeno empregado masivamente na industria e na construción no Estado español ata a súa prohibición no ano 2002. As consecuencias da exposición ao amianto levan xa moitos anos visibilizándose aquí na Galiza, especialmente na área de Ferrol pola súa relación co emprego masivo e descontrolado deste material na construción naval, sendo a estas alturas xa moitos os traballadores mortos ou afectados polo contacto con este produto nos seus lugares de traballo.

No conxunto do Estado nos últimos dez anos os ingresos hospitalarios por asbestose (fibrose pulmonar provocada polo amianto) calcúlase que se ten incrementado nun 60%, sendo, segundo todos os expertos, os primeiros sinais dun importantísimo afloramento de mortes e enfermidades provocadas polo amianto aínda por chegar.

O amianto foi e é un material de baixo custo moi empregado no século XX, debido ás súas apreciadas propiedades para o seu uso indus-

trial: ignífugo, illante do calor e do son, resistente ás torsións e a corrosión química, etc.; mais co terrible problema que as fibras que desprende este mineral na súa manipulación se incrustan nos pulmóns provocando graves doenzas respiratorias e cancro de pleura e de pulmón entre outras patoloxías, a pesares do cal e de que se coñecían estes prexuízos dende a década dos 40 do pasado século, na Unión Europea non se prohibiu a súa utilización por todos os seus estados membros ata os primeiros anos deste novo século.

Como consecuencia desta tardanza na prohibición do seu uso, o amianto xa ten deixado no conxunto do Estado a miles de vítimas con asbestose, cancros de pulmón e mesoteliomas, moitas delas, a maioría, sen recoñecemento nin reparación. Estímase que entre o ano 1994 e 2008 morreron cando menos 3.943 persoas por enfermidades vinculadas directamente co amianto.

Así as cousas, o longo período de latencia que caracteriza ás enfermidades relacionadas co amianto, ás veces de 40 anos, augura segundo

a UE un significativo incremento das mesmas para estes próximos anos, estimándose que de agora ao ano 2030 máis de medio millón de traballadores/as morrerán en toda Europa de cancro derivado á exposición ao amianto.



A maiores dos/as traballadores/as que manipulaban amianto ou entraban en contacto co mesmo nos seus postos de traballo, existe tamén un importante grupo de afectados ou vítimas pasivas, composto fundamentalmente por familiares dos/as traballadores/as expostos que remataron inhalando as fibras de amianto impregnadas nas súas roupas de traballo, así como veciños que vivían nun radio dun par de quilómetros das fábricas deste material. Este grupo de afectados aínda non dispoñen dun procedemento que lles facilite o recoñecemento da orixe das súas patoloxías, prosperando até agora as súas demandas fundamentalmente como consecuencia de ir ao rebufo das demandas e litixios xudiciais de orixe laboral. Sería convinte que estes colectivos afectados resultasen finalmente recoñecidos a plenos efectos na proposición de Lei que regulará o Fondo de compensación.

O anteproxecto en si mesmo recolle entre outras cuestións, a natureza e organización do

Fondo, concreta os seus fins, determina a procedencia dos recursos económicos que o deben de nutrir (empresarios, mutuas e persoas titulares de dereitos, aportacións orzamentarias e transferencias), a súa estrutura organizativa de xestión e prazos de indemnización (seis meses para que as persoas afectadas teñan dereito a indemnización efectiva).

Sen dúbida algunha, a creación do Fondo de compensación responde á necesidade de dar resposta a un problema básico de xustiza e solidariedade, fronte por unha banda á incapacidade e histórica pasividade das administracións públicas nesta materia, e por outra á irresponsabilidade das empresas na súa estratexia de ocultación e non prevención ante un risco de tanta gravidade para a vida e a saúde dos seus traballadores/as.

Efectivamente, como todos os problemas de ocultación e inacción preventiva ou non prevención por parte de empresarios e Administracións (case sempre politicamente ubicadas na dereita neoliberal), rematan nun drama de inmensas proporcións ao retrasar os tempos de actuación en aras da procura dun maior beneficio económico e dunha suposta protección do emprego. Falsarios e perversos argumentos que a dereita repite unha e outra vez en moitísimas ocasións cando ten que xustificar o inxustificable e defender o indefendible. Canto vale a vida dun traballador/a?

Ante esta situación de enfermidades profesionais desgraciadamente tan habituais no noso entorno laboral e pola contra tan pouco

recoñecidas polas Administracións ás ordes dos políticos de turno, os/as traballadores/as deben de ser conscientes da enorme importancia que ten a historia clínica ocupacional como ferramenta fundamental para o diagnóstico das enfermidades de orixe ocupacional e para o seu recoñecemento como enfermidades profesionais por parte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

Así logo dende a Confederación Intersindical Galega -que dende o minuto un estivo en primeira fila dende que apareceron os primeiros casos, sempre preto e apoiando aos traballadores/as afectados, así como colaborando e apoiando sen fisuras á Asociación Galega de Afectados Víctimas do Amianto (AGAVIDA), historicamente a primeira e máis organizada asociación de afectados do amianto de todo o Estado, que sen dú-

bida marcou o camiño a seguir que agora percorremos-, consideramos imprescindible que o Fondo de compensación poida contar cos recursos económicos necesarios para cubrir os distintos problemas que teñen as vítimas, servindo para mellorar os seus dereitos e rematar dunha vez por todas coa incertidume, as angurias e os problemas de todo tipo padecidos polas vítimas e os seus familiares no seu inxus-

to e penoso peregrinar polos xulgados na procura de xustiza e reparación.

Garantir unha xusta compensación aos afectados libre destas dificultades e problemas, sobre os que as mutuas e a propia Administración levan moito tempo practicando unha política de obstrución, dificultando, cando non impedindo, o recoñecemento das enfermida-

des profesionais que lles afectan, ten que constituír un obxectivo básico e irrenunciable deste futuro proxecto de lei.

O longo período de latencia das enfermidades derivadas da exposición ao amianto conleva a que non en poucas ocasións as empresas responsables da exposición dos/as traballadores/as xa teñan desaparecido, coas seguintes dificultades para facilitar o recoñecemento da orixe profesional da doenza ou para facilitar a contribución das mesmas á reparación (cando menos económica) dos danos causados.

Nesta liña, é necesario impulsar e axilizar os procesos xudiciais asociados a estas demandas co gallo de eliminar incertidumes e evitar a impiedade final á que en tantas ocasións estes procesos xudiciais controlados polos sistemas de poder nos teñen acostumados. Neste como noutros moitos casos, unha xustiza lenta deixa de ser xustiza.



Até agora no caso dos traballadores/as afectados polo amianto, os procedementos de valoración e indemnización dos sistemas de compensación se teñen amosado bastante ineficaces, o que ten obrigado ás vítimas (cando aínda sobreviven) e ás súas familias a afrontar longos procesos de demanda por danos e prexuízos contra as empresas nos tribunais, coa esperanza de acadar a reparación á que sen dúbida teñen dereito e que ninguén lles ofrece.

Este camiño está até agora cheo de dificultades, xa que non chega con padecer algunhas das enfermidades derivadas da exposición ao amianto, véndose os traballadores/as afectados/as obrigados a demostrar que teñen traballado con amianto, debendo demostrar tamén a súa exposición e en que empresas se produciu. Todo iso cando a realidade nos indica que estas exposicións ás veces non están documentadas, que pasaron hai moitos anos (máis de 30), que as empresas non facilitan nin a documentación nin a identificación das prácticas que realizaron, ou que simplemente teñen desaparecido como empresas.

Segundo estudos recentes prevese que de agora en adiante vanse diagnosticar anualmente ao redor de 700 mesoteliomas, aos que haberá que sumar os casos de asbestose ou de cancro de pulmón e outras afectacións graves máis leves tamén vinculadas á exposición ao amianto.

Asemade estímase que aproximadamente unha cuarta parte das vítimas do amianto son e serán mulleres, que ben sufriron exposición laboral directa ou sufriron exposición ambien-

tal e doméstica ao ter contacto coa roupa de traballo que contiña fibras de amianto.

Dende o ano 1906 coñécese a existencia da relación entre amianto e asbestose, e dende 1935 da súa relación co cancro de pulmón. Asemade dende 1945 coñécese cientificamente a súa relación directa cos mesoteliomas. A pesar destas evidencias científicas no Estado español só na década dos setenta consumíronse 2,6 billóns de toneladas de asbesto. Pois ben, en 1961 a asbestose se identificou como enfermidade laboral, acontecendo o mesmo co cancro pulmonar e o mesotelioma derivados da exposición ao amianto en 1978. En 1991 o Instituto Nacional de Seguridade e Hixiene no Traballo identificou a 60.400 traballadores/as que estaban afectados/as por enfermidades laborais a pesares do cal no Estado español se seguía a permitir traballar co amianto.



Con esta información da que dispuxeron os distintos Gobernos do Estado, resulta inaudito que ata o ano 2002 o Estado español non prohibise (os últimos de Europa) o uso e manipulación do amianto nos centros de traballo,

cando 20 anos antes, na década dos oitenta, a maioría dos estados do noso entorno, Suecia, Dinamarca, Bélxica, etc., contando coa mesma información, en cambio procederon á súa inmediata prohibición.

Neste senso, existen unhas declaracións reveladoras por parte dun neumólogo da Comisión Nacional do Amianto que, nun xuízo celebrado para resolver a demanda duns traballadores afectados da empresa Uralita, declara: “O Goberno decidiu non prohibir o uso do amianto no ano 1984, cando se plantexou, polo alto custo empresarial e laboral que supuña”.

Iso si, en 1987 o Goberno de turno toma por toda iniciativa, crear un rexistro de empresas que traballan con amianto, increíblemente para que estas se rexistren, se así o consideran, con carácter totalmente voluntario. *Luvas de seda para esta parte do sector empresarial, enfermidade e morte para os/as traballadores/as e as súas familias.* Un delito de lesa humanidade a todas luces indefendible e inxustificable que segue sen castigo aos culpábeis.

Nesta tesitura e co que agora sabemos, esta iniciativa para a creación do *Fondo de Compensación* é unha medida indemnizatoria e de recoñecemento dos danos causados, que supón un mínimo acto de xustiza ante tanta irresponsabilidade, tanta cobiza e tanta deshumanización por parte dos poderes do Estado.

Esperemos que se deixen de poñer paus nas rodas e finalmente se facilite a súa aprobación, se habilite a participación no mesmo dos/as afectados/as e as organización implicadas, e se configure una estrutura de xestión democratizada e transparente que realmente facilite a consecución dos obxectivos para o que vai ser creado.

Fontes: *Anteproxecto de lei para a creación dun fondo de compensación para as vítimas do amianto promovido polo Parlamento Vasco.*//*Diario de sesións do Congreso dos Deputados.*//*Emendas propostas pola Federación de Asociacións de Vítimas do Amianto (FEDAVICA), ao anteproxecto de lei para a creación dun fondo de compensación para as vítimas do amianto* //EU-OSHA.

Depósito Legal:
C428-2012

Os contidos publicados son responsabilidade exclusiva do Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral da Confederación Intersindical Galega e non reflicten necesariamente a opinión da “Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales F.S.P.”

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