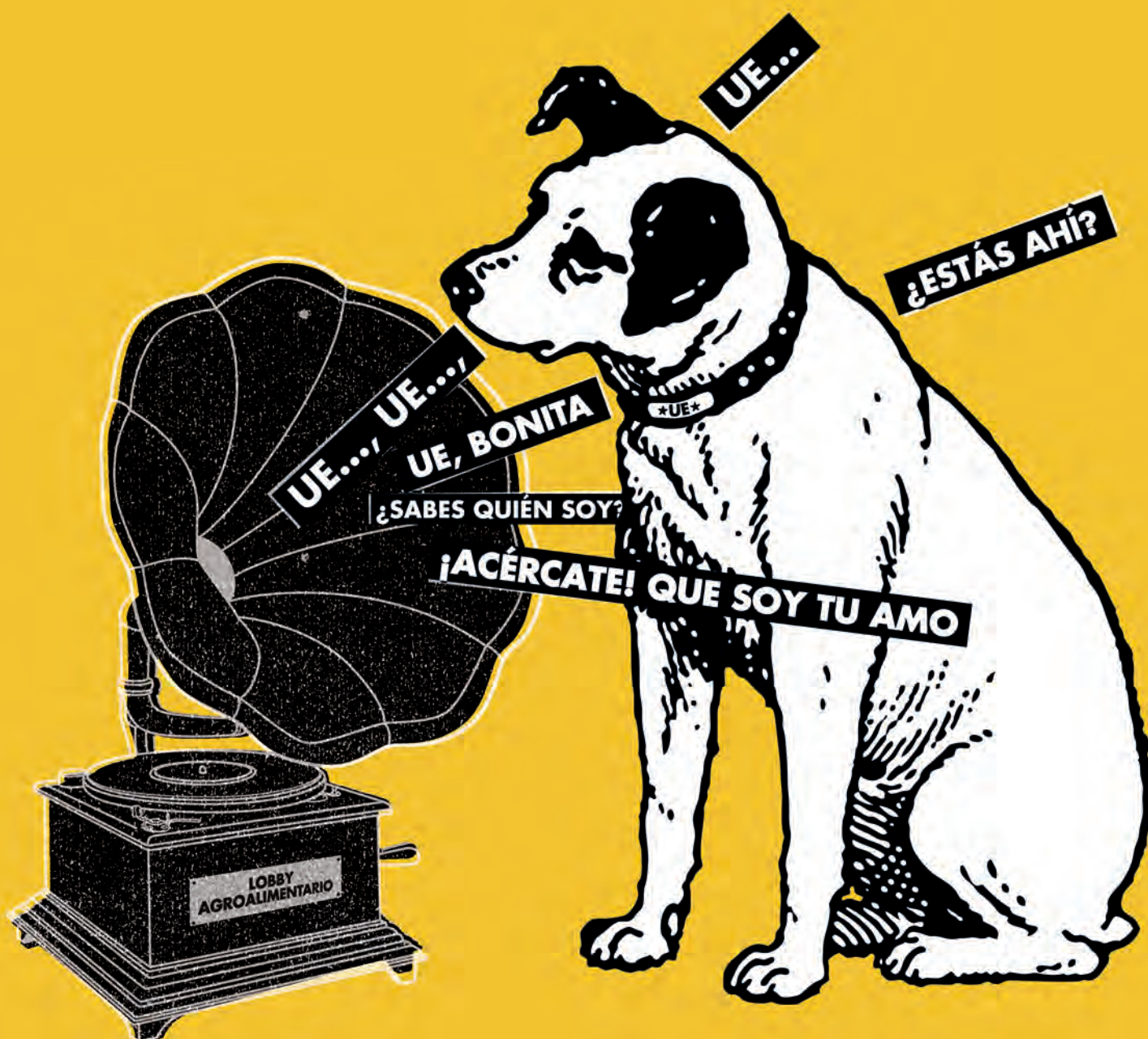




Tablón

España continúa presentando una de las edades medias de jubilación más elevadas del contexto europeo

CCOO ha rectificado las conclusiones del "Informe de pensiones" que periódicamente publica la OCDE. El sindicato señala que en 2014 la edad media de acceso a la jubilación en España superó los 64 años (63,88 años en el caso de los hombres y 64,61 años en el de las mujeres), según las estadísticas del propio Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Unas cifras que quedan lejos de las publicadas por la OCDE, que establecía esta referencia en 62,2 años en el caso de los hombres y 63,1 en el de las mujeres.

España continúa presentando una de las edades medias de jubilación más elevadas del contexto europeo. Del mismo modo, quienes acceden a estas figuras de jubilación acreditan carreras de cotización muy

importantes (siempre iguales o superiores a los 30, 33 y hasta 35 años, según la modalidad de jubilación), y asumen una reducción en la cuantía de su pensión por tal adelanto (que oscila entre el 6% y el 8% por cada año de anticipo), o bien han desempeñado su trabajo en tareas especialmente penosas, tóxicas o peligrosas (como los mineros, trabajadores del mar, bomberos, etc.) que justifican sobradamente su retiro anticipado. Para CCOO, en todo caso, han sido los recortes producidos a partir de la reforma laboral de 2012 en el subsidio de desempleo de mayores de 55 años (que conlleva cotización a los efectos de jubilación) los que están empujando a un número creciente de parados de larga duración a una situación que cabría ser descrita como de jubilación anticipada "forzosa".

Los daños del trabajo sobre la salud laboral en las estadísticas oficiales

Entre enero y septiembre de 2015 continúa el aumento tanto de los accidentes de trabajo que han causado baja (8%) como de los partes comunicados de enfermedades profesionales (12%). Pero lo que más llama la atención de este tablón (y no es el primero que muestra esta evolución), es el aumento del número de accidentes mortales en jornada de trabajo, un 11%. En términos absolutos, en 2015 (hasta el mes de septiembre), los accidentes mortales, tanto en jornada de trabajo como in itinere, alcanzan las 454 personas fallecidas, 38 personas más que en el mismo período del año anterior. Una verdadera lacra. Unas muertes que merecen, cuanto menos, una reflexión tanto de los empresarios y las asociaciones que los representan como de las autoridades públicas.

Hasta septiembre de 2015, los accidentes en jornada de trabajo aumentan a tasas por encima del 7% en todas las formas o contactos en los que se produjo la lesión (sobreesfuerzos, choques, accidente de tráfico en jornada de trabajo...), y en todos los sectores productivos, excepto en las industrias extractivas. Esto sugiere que el problema no es parcial, y que, por lo tanto, está fallando el mecanismo preventivo a nivel sistémico.

Por lo que respecta a las enfermedades profesionales, también presentan un fuerte incremento, con valores por encima del 8%, tanto en hombres como, sobre todo, en mujeres. Los porcentajes de crecimiento son, sencillamente, inasumibles para nuestra sociedad.

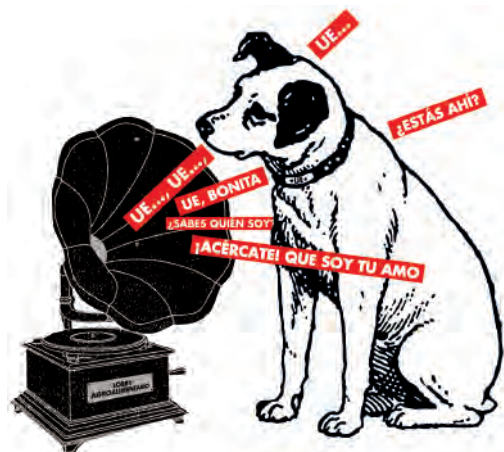
Enero-septiembre 2015

Accidentes de trabajo con baja (según fecha de recepción)	Total registrado	Variación año anterior
En jornada de trabajo		
Leves	331.562	8%
Graves	2.441	3%
Mortales	379	11%
Total	334.382	8%
In itinere		
Leves	50.172	9%
Graves	647	3%
Mortales	75	-1%
Total	50.894	9%
Total	385.276	8%

Enero-octubre 2015

Enfermedades profesionales	Total registrados	Variación año anterior
Hombres		
Sin baja	4.603	11%
Con baja	3.674	8%
Total	8.277	10%
Mujeres		
Sin baja	3.991	15%
Con baja	3.922	12%
Total	7.913	14%
Total	16.190	12%

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (<http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>).



porExperiencia es una publicación trimestral que se distribuye gratuitamente en formato digital a todos los afiliados y afiliadas de CCOO. Además se realiza una tirada en papel que se distribuye entre los Gabinetes de Salud Laboral, las Secretarías de Salud Laboral y distintas organizaciones e instituciones implicadas en la mejora de las condiciones de trabajo.

El objetivo de **porExperiencia** es difundir informaciones útiles para la prevención. Si deseas reproducir total o parcialmente el contenido de esta revista, por nosotros no te cortes, aunque nos gustaría que citarás el origen.

porExperiencia Revista de salud laboral para delegadas y delegados de prevención de CCOO
www.porexperiencia.com

Dirección: Vicente López

Coordinación: Berta Chulvi

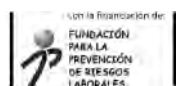
Redacción: Óscar Bayona, Jaime González, Montserrat López Bermúdez, María José López Jacob, Clara Llorens, Salvador Moncada, Purificación Morán, Claudia Narocki, María José Sevilla, Francisco Javier Torres.

Suscripciones: Si quieres recibir el **pEx** digital, no olvides decírnoslo mandando un correo a esta dirección:
porexperiencia@istas.net

Ilustración/diseño: Antonio Solaz
Imprime: Paralelo Edición, S.A.
Depósito Legal: V-1533-1998

Edita: ISTAS. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud

Colabora: Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales



Sumario

nº71
diciembre
2015

2 Tablón

4-7 Condiciones de trabajo

4 "El caso del glifosato es una muestra de cómo las agencias reguladoras están siendo capturadas por la industria"

Entrevista a Ildefonso Hernández, catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández.

6 Salud laboral en la educación infantil. Una mirada con enfoque de género

8 Opinión

8 ¿Quién trata de convertir los servicios de prevención ajenos en un sector *low cost*?

9-16 Dossier: Cáncer laboral, ¿qué estamos haciendo?

10 Europa: más de 100.000 muertes al año por exposición a cancerígenos en el trabajo

12 En España aún no se ha hecho nada serio para evitar los cancerígenos en los lugares de trabajo Profesionales, sindicatos y sociedad civil coinciden en que está casi todo por hacer.

14 Cáncer Cero en el Trabajo, un objetivo de CCOO

16 Iniciativas para la mejora de la notificación y registro del cáncer laboral

17-19 Acción sindical

17 Reducir la carga de trabajo es posible

El ejercicio efectivo del derecho a la salud laboral permite cuestionar el modelo productivo de cantidad y precariedad.

18 CCOO consigue visibilizar los riesgos en la manipulación de fármacos peligrosos en el Hospital La Fe de Valencia

20-21 Entrevista

20 "Los exámenes de salud tal y como se realizan actualmente no cumplen con su objetivo preventivo"

Entrevista a Mari Cruz Rodríguez-Jareño, médica del trabajo e investigadora en la Universidad de Girona.

22 Recursos

23 porEvidencia

24 Contraportada

Ildefonso Hernández, catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández

“El caso del glifosato es una muestra de cómo las agencias reguladoras están siendo

BERTA CHULVI

El pasado 12 de noviembre, la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) informó en su web de la finalización de la reevaluación del glifosato, indicando que esta sustancia no debe ser clasificada ni como cancerígena ni como mutágena, y posicionándose en contra del criterio de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández, Ildefonso Hernández Aguado, analiza la situación actual a partir de este caso.

¿Cuáles son las consecuencias inmediatas de la posición de la EFSA?

La consecuencia inmediata del informe de la EFSA es la ampliación provisional de la autorización del uso del glifosato hasta junio de 2016, en espera de la autorización definitiva y por un periodo de diez años por parte de la Comisión Europea, algo que, lamentablemente, parece inevitable.

¿Cómo es posible que el criterio de la EFSA no coincida con el de la IARC?

Lo que ocurre con la EFSA en relación al glifosato no es una novedad. La EFSA ha sido una agencia que ha estado en el punto de mira de la comunidad científica y las organizaciones sin ánimo de lucro, precisamente por asuntos de conflictos de interés y puertas giratorias. Ha sido escandalosa la gran cantidad de veces que miembros de los comités de expertos de la EFSA, o incluso coordinadores de dichos comités, han pasado a formar parte de los consejos de administración de las industrias químicas o a los institutos de investigación financiados por las industrias químicas. Es más, el comité de dirección de la EFSA ha estado formado por personas que provenían directamente de la industria química.

¿Y cómo ha operado la EFSA con el tema concreto del glifosato?

La autorización de uso del glifosato en la Unión Europea finalizaba el 31 de diciembre, razón por la cual se abrió el proceso de renovación de dicha autorización. El trámite de este proceso incluye la elaboración de un informe por parte de la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), que designa a un Estado miembro para realizar un informe previo de reevaluación. En el caso del glifosato el Estado elegido fue Alemania, que encargó a su Instituto Federal de Evaluación de Riesgos (BfR) dicho informe previo. El problema es que el Instituto Federal de Evaluación de Riesgos alemán ha encargado la selección de los informes toxicológicos que luego han evaluado a un grupo de trabajo de glifosato que está formado por expertos de Monsanto y un consorcio de compañías químicas que incluyen, por ejemplo, a Syngenta de Reino Unido y Dow de

Italia. En esa selección han excluido la gran mayoría de informes que ha tenido en cuenta la Agencia Internacional del Cáncer, dependiente la OMS, cuando declaró cancerígeno el glifosato. La excusa que han puesto es que eran estudios epidemiológicos que analizaban el producto tal y como se vende y no el producto puro proporcionado por Monsanto. ¿Por qué rechazan los estudios que analizan el producto tal y como se está echando en las calles y en los campos? Porque los han realizado equipos independientes. Rechazan estos estudios y, sin embargo, han aceptado otros que no han pasado por la revisión por pares, el mecanismo básico que hay en ciencia para verificar la calidad de una investigación antes de que se publique en una revista científica, es decir, una revisión crítica por parte de científicos independientes que dicen si ese trabajo está bien fundamentado o no. La selección de estudios toxicológicos está sesgada y corrompida desde la base. Otro dato muy sospechoso es que no hay autores que firmen el estudio. Estamos en una situación absurda: no puede ser que una agencia europea acepte que el país que te envía el informe lo haga de una forma tan chapucera y con tan poca apariencia y fondo de independencia.

¿Cómo hemos llegado a la situación actual?

Estamos ante una situación que desgraciadamente no es nueva y que podemos definir como “captura de los reguladores”. Es decir, los organismos reguladores de las políticas energéticas, químicas, bancarias, económicas etc., han sido capturados por las industrias a las que regulan. Captura quiere decir que en lugar de proteger el interés general defiende los intereses de una parte. Ese proceso se ha producido por diversos mecanismos. Lo que describimos como captura intelectual, que se produce por ejemplo financiando unas investigaciones y no otras. La captura directa, que se produce porque se ofrece a las personas que están en esos organismos unas rentas diferidas, mediante un puesto de trabajo bien remunerado cuando salgan de las agencias reguladoras, algo que esas personas aceptan. Lo estamos viendo en la misma Comisión Europea: una cantidad no despreciable de comisarios cuando han dejado de gobernar en 2014, han ido a parar a las empresas sobre las cuales han tomado decisiones.

capturadas por la industria”



JAE-INFORMATIVOS.NET

Si esto está ocurriendo es que hay un déficit importante en el control democrático de esas instituciones.

Efectivamente, hay una distancia democrática en Europa. Las poblaciones no están cerca de lo que ocurre en las instituciones. Los procedimientos por los que rinden cuentas las instituciones europeas son débiles desde el punto de vista democrático, a pesar de que hay un Parlamento Europeo. Desgraciadamente este Parlamento está copado por dos partidos que son muy considerados con los grandes intereses. Es cierto que, en 2012, el Parlamento Europeo pospuso el presupuesto de la EFSA hasta que se resolvió un problema de conflictos de intereses. Pero hay que decir que, recientemente, la EFSA ha sido acusada de contratar a científicos que estaban trabajando en una *spin off* de una universidad totalmente financiada por la industria. La EFSA se defendió diciendo que si no puede contratar a universitarios, ¿qué va a hacer? Claro, hay universitarios independientes, pero estos que contrató la EFSA están financiados en parte o totalmente por la industria. En fin, que si no hay un movimiento muy fuerte que exija la rendición de cuentas va a ser difícil cambiar la situación actual. Además, todo esto sucede con impunidad porque la mayoría de medios de comunicación están también capturados: no vamos a ver críticas a la gran industria química en ningún gran medio de comunicación.

La situación no es muy esperanzadora, ¿hay algún indicio positivo?

Hay algunas buenas noticias. Hay grupos u organizaciones como el Corporate European Observatory, la Alianza por la Transparencia de los Lobbies y la Regulación Ética (ALTER-EU), Test Biotech y otras organizaciones no gubernamentales que se nutren de donaciones, que están haciendo vigilancia y van denunciando los conflictos de intereses y las estrategias de la industria. Precisamente, la EFSA está en todas las páginas de estas organizaciones. El señor Cañete, también es una de las estrellas en estas páginas.



¿Qué es el glifosato y cuáles son sus efectos?

El glifosato es un herbicida no selectivo y de amplio espectro, desarrollado para eliminación de hierbas, malezas y arbustos. Ejerce su acción herbicida mediante la inhibición de la enzima EPSPS, responsable de la formación de los aminoácidos aromáticos indispensables para el crecimiento de las plantas. Fue sintetizado en 1950, pero hubo que esperar hasta 1970 para que se descubriera su actividad herbicida en los laboratorios de Monsanto. La multinacional agroquímica patentó el compuesto y la marca Roundup, la más conocida a nivel mundial, aunque la patente del glifosato expiró en 2000 y actualmente se fabrica y comercializa por diferentes empresas y bajo múltiples denominaciones comerciales. Su eficacia para eliminar la vegetación, la facilidad para su aplicación, su bajo coste de fabricación y el desarrollo por parte de Monsanto de variedades transgénicas de soja y otros cultivos resistentes al glifosato, lo han convertido en el herbicida más utilizado en el planeta.

El debate sobre la posible toxicidad del glifosato viene de lejos. La industria y organismos oficiales de Europa y Estados Unidos lo consideran de baja toxicidad, y a pesar de su clasificación como peligroso para el medio ambiente y tóxico para los organismos acuáticos se encuentra entre los pesticidas autorizados por la Comisión Europea. Sin embargo, numerosos estudios científicos alertan de posibles efectos sobre la salud humana: neurotóxico, como disruptor endocrino, tóxico para la reproducción, mutágeno y cancerígeno. En marzo de 2015, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer lo incluyó en su listado de agentes cancerígenos con la categoría 2A (probable cancerígeno en humanos) al existir pruebas limitadas de carcinogenicidad en humanos para el linfoma no Hodgkin en estudios de exposición de trabajadores agrícolas de EEUU, Canadá y Suecia publicados desde 2001 y pruebas convincentes de causar cáncer en investigaciones realizadas en animales de laboratorio.



Salud laboral en la educación infantil.

JULIO SERRANO GRACIA, PILAR ORTIZ BARRAGÁN* Y MONTSE LÓPEZ BERMÚDEZ

El cuidado y educación que reciben nuestros hijos e hijas, sobre todo en edades tempranas, es un tema que nos preocupa a las madres y a los padres en general; pero, ¿conocemos y nos interesan las condiciones de trabajo de los profesionales que desarrollan estas tareas?

Alarmada por la carencia de estudios que evidencien las condiciones de trabajo en el sector de asistencia y educación infantil, la Federación de Enseñanza de CCOO en colaboración con ISTAS-CCOO ha desarrollado, durante el año 2015, un "Estudio diagnóstico preventivo sobre los principales riesgos laborales en centros de asistencia y educación infantil y situación específica de la mujer. Riesgos ergonómicos y foniátricos", con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (FPRL, Acción AS-0145/2014).

La población objeto de este estudio se ha centrado en el personal de aula (maestro y educador infantil) y el personal de apoyo (titulado superior, medio y auxiliar). Estas trabajadoras y trabajadores desarrollan su actividad en los distintos tipos de centro que van desde las guarderías infantiles y jardines de infancia hasta los colegios privados o concertados, escuelas infantiles privadas, conveniadas o concertadas y, por último, las escuelas infantiles públicas de gestión indirecta. De este estudio diagnóstico se desprenden conclusiones importantes que se han recogido en una guía editada en papel y también disponible en formato pdf.

Características del sector y condiciones de trabajo

Se trata de un sector altamente feminizado (el 96% del colectivo estudiado son mujeres), precarizado y poco valorado, con salarios inferiores a los de otros profesores y donde la precariedad en las condiciones de trabajo se centra en la sobrecualificación de las trabajadoras del sector, ocupando estas puestos de trabajo y salarios de categorías inferiores a las que disponen, así como las dificultades para la promoción en un sector donde el número de maestros y puestos directivos son muy pocos, y en muchos casos ocupados por los propietarios del centro. Esta precariedad es desigual según los tipos de centros. Existen diferencias significativas en cuanto a los puestos de trabajo o tipos de contratos laborales en función del tipo de centro y en concreto del ciclo, es decir, del tramo de edad de los niños y niñas; primer ciclo (de 0 a 3 años de edad) o segundo ciclo (de 3 a 6 años de edad).

Uno de los factores de riesgo destacados se trata de la falta de personal, que implica unos ritmos de trabajo elevados, demasiados niños/niñas a cargo, necesidad de realizar varias tareas al mismo tiempo, no poder prestar atención a todos los niños/niñas adecuadamente, etc., con las consiguientes situaciones de estrés y tensión.

Riesgos generales

La exposición mayoritaria que refieren se centra en el riesgo de contraer infecciones o enfermedades contagiosas. En cuanto al resto de situaciones de riesgo nos hablan de una organi-

zación deficiente e inadecuada, ya que deben trabajar con una excesiva presión, con recursos insuficientes para el desarrollo del trabajo, escaso apoyo de la dirección del centro o del personal superior jerárquico, insuficiente trabajo en equipo o en colaboración e insatisfactoria organización de horarios o turnos de trabajo. Al tiempo, las expectativas de promocionar y los salarios son muy bajos.

Como explicaba una trabajadora, "estamos expuestas sin respaldo de ningún tipo (gastroenteritis, conjuntivitis...), y estamos expuestas a riesgos biológicos sin el material necesario (guantes, jabones, ropa...)". Referían también el desgaste: "Físico y psicológico, al haber muchos niños por nivel y pocas ayudas". Y los riesgos psicosociales. Por ejemplo, una trabajadora señala que, "sobre todo, no me siento valorada para nada en mi trabajo, al contrario, mi situación en la empresa ha ido a peor. El salario es muy pobre para todo lo que se trabaja".

Exposición a factores de riesgo ergonómico

Las trabajadoras manifiestan agacharse de forma repetida, levantar y transportar cargas sin ayuda de otra persona y adoptar posturas forzadas de cuello, así como pasar gran parte de la jornada de rodillas o en cuclillas. A lo que añaden el diseño inadecuado de espacios, mobiliario, equipos y herramientas, y el hecho de tener que trabajar en un espacio reducido. "El problema en preescolar sí que puede ser la voz, pero muy, que muy importante son los problemas de espalda, ¿cuándo los van a tener en cuenta?", se pregunta una de las trabajadoras del estudio.

Detectan un déficit importante de prevención del riesgo: "Las contracturas, tendinitis, hernias de disco y dolor de espalda son normales en nuestra profesión, sin embargo no se trabaja a fondo en la prevención de riesgos como enfermedades profesionales", explica una trabajadora. Al final las carencias de infraestructuras y de personal las compensan las trabajadoras exponiendo su salud: "Los cambiadores están apartados del aula por sanidad, con lo que para poder ver a todos los niños hay que tomar posturas forzadas e inadecuadas", señala una de las participantes en el estudio.

Exposición a riesgo foniátrico

La voz es el instrumento de trabajo del sector de asistencia y educación infantil. Las trabajadoras y los trabajadores del sector manifiestan forzar la voz para atraer la atención de los niños y niñas y pedir silencio o disciplina, fundamentalmente, e indican padecer síntomas como ronquera, sequedad, picor, dolor, tos o afonías. Sin embargo, los agentes implicados en el sector, incluyendo a trabajadoras y trabajadores, no son conscientes de la



Una mirada con enfoque de género



importancia de la prevención de las patologías de la voz, para lo que es imprescindible la formación para la prevención del daño; los llamados cursos de "didáctica de la fonación", que incluyen técnicas fono-respiratorias. En este sentido, el 82,1% de las personas encuestadas señala que no ha recibido formación para el uso de la voz.

Situación específica de la mujer

Estas profesionales sienten que su trabajo está poco reconocido socialmente, al fin y al cabo están cuidando de niños y niñas como lo han hecho siempre las mujeres. Además, son los hombres los que suelen ocupar los puestos de responsabilidad: "En nuestros centros, de los cinco hombres, tres son directores", señala una de las participantes. Ante situaciones de embarazo y lactancia directamente lo habitual en el sector es facilitar la baja por riesgo a las 21 semanas, sin tener en cuenta el riesgo para las primeras semanas de embarazo y sin valorar la posibilidad de adaptar el puesto de trabajo.

Al tratarse de un sector feminizado, la doble presencia es un factor de riesgo evidente. Definimos como doble presencia: la situación provocada cuando sobre la misma persona recae la necesidad de responder a las demandas del trabajo doméstico-familiar y las demandas del trabajo asalariado. Una de las realidades que explican la doble presencia es sin duda el hecho de que las mujeres organizamos y realizamos gran parte del trabajo doméstico familiar.

En el caso de optar a la reducción de jornada, para hacer frente a esta doble presencia, la trabajadora suele verse criminalizada. Habitualmente es castigada tanto por el personal directivo, por ejemplo, quitando a la profesora la titularidad del aula, como por las propias trabajadoras, que en muchas ocasiones tienen que cubrir el puesto de la persona que solicita la reducción.

"Yo he oído a trabajadoras que sus hijos ya son grandes cuando alguna compañera coge reducción de jornada, dicen: pero ¿es que tú lo ves normal? ¿Es que no le preocupan los niños?", señala una de las participantes en el estudio. A lo que otra trabajadora añade el siguiente relato: "Una compañera se estaba cuestionando la reducción de jornada porque la empresa le dice: ahora tenemos que contratar gente nueva, los niños tienen que adaptarse..., y les dicen

eso y las trabajadoras se lo creen y todo..., y criminalizan a las compañeras que se cogen reducciones de jornada..., y si no van al claustro, porque es fuera de su reducción de jornada para cuidar a sus hijos, es peor...".

El futuro preventivo en el sector necesita la implantación de actuaciones concretas. Se debe comenzar por evaluar y prevenir los principales riesgos, incluidos los foniátricos, ergonómicos y psicosociales, teniendo en cuenta la perspectiva de género y realizar una vigilancia de la salud completa y específica para detectar los daños de forma temprana. Las medidas a implantar deberán tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Afianzar la importancia de la educación infantil en el sistema educativo incorporando el primer ciclo 0-3 como período educativo, lo que a su vez contribuiría a contrarrestar la precariedad laboral con respecto al segundo ciclo. La escolarización temprana es un instrumento determinante para favorecer la igualdad de oportunidades.
2. Reclamar una valoración apropiada del trabajo desarrollado en este sector.
3. Llevar a cabo evaluaciones de riesgos laborales con perspectiva de género que incluyan la valoración de los principales riesgos laborales en el sector (riesgo biológico, psicosocial, ergonómico y foniátrico), además la interrelación entre todos ellos.
4. Potenciar la participación y organización desde la cultura preventiva.
5. Potenciar la estabilidad laboral.
6. Desarrollar planes de formación específica sobre la didáctica de la fonación para la prevención del daño y las medidas de higiene que deben adoptar para utilizar su aparato fonador.
7. Realizar mejoras en las instalaciones de las aulas que se adaptan a los requerimientos del desarrollo del trabajo. 

*Julio Serrano Gracia es secretario de Acción Sindical, Universidades e Investigación y Salud Laboral de la FECCO, y Pilar Ortiz Barragán es técnico superior PRL de la Secretaría de Acción Sindical, Universidades e Investigación Laboral de la FECCO.

¿Quién trata de convertir los servicios de prevención ajenos en un sector *low cost*?

RAFAEL PÉREZ CANTERO*

El pasado mes de noviembre se cumplió el vigésimo aniversario de la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), que estableció la posibilidad de que las empresas concertaran el servicio de prevención con una entidad especializada ajena a la misma. Algo más de un año después se produjo su desarrollo reglamentario, que estableció el procedimiento de acreditación y los requisitos de funcionamiento que estas debían cumplir, delegando en entidades mercantiles la protección de la salud y la obligación de velar por la seguridad y salud en el trabajo que la Constitución encomienda a los poderes públicos.



Esta posibilidad supuso la creación de un nuevo sector de actividad que experimentó un crecimiento exponencial, llegando a alcanzar las 826 empresas y unos 18.000 trabajadores en 2010. Actualmente, debido a la crisis económica y, en gran medida, a la obligación de contar con las cuatro especialidades para poder operar, el número de servicios de prevención ajenos se ha reducido a 435 empresas y unos 14.500 profesionales. Sin embargo, junto a entidades comprometidas con la salud laboral, proliferaron igualmente especuladores cuyo único interés lo constituía la obtención de rápidos beneficios. Ahora, para intentar mantener cuota de mercado, rebajan temerariamente sus precios sacrificando la calidad de sus servicios y estableciendo pésimas condiciones laborales, que terminan con ERE, ERTE o modificaciones sustanciales de condiciones de trabajo.

Profesionales sanitarios sin la cualificación requerida, reducir la vigilancia de la salud a reconocimientos médicos generalistas, realizar exámenes de salud en lugares que no cuentan con garantías higiénico-sanitarias, cargas de trabajo que exceden ampliamente de las limitaciones legalmente estableci-

das, prácticas de tele-prevención que solo buscan ofrecer a las empresas ingentes cantidades de documentación insustancial, jornadas laborales interminables o incumplimientos reiterados de las obligaciones de pago de salarios, son algunas de las prácticas que estos sujetos utilizan para intentar convertir este sector en *low cost*. Por si esto no fuese suficiente, la legislación española facilita la imputación judicial sistemática de los prevencionistas en los supuestos de existencia de accidentes muy graves o con resultado de muerte, mientras que estos servicios de prevención ajenos, que establecen cargas de trabajo imposibles de cumplir y que afectan peligrosamente a la salud laboral de los trabajadores de las empresas clientes y de sus propias plantillas, quedan exentos de cualquier responsabilidad.

Tres elementos adicionales completan este despropósito. En primer lugar, la acreditación única, que ha eliminado la posibilidad de que las comunidades autónomas puedan exigir que un SPA que opera en su territorio deba mantener allí los recursos técnicos y humanos necesarios para prestar el servicio, sin que exista un registro público que permita conocer con certeza las empresas clientes y el número de trabajadores existente.

En segundo lugar, la manipulación artificial del sector operada por el Gobierno al obligar a la venta de las participaciones de las mutuas en sus sociedades de prevención, rompiendo definitivamente el único nexo natural de unión entre prevención –evitación del riesgo– y seguridad social –curación de las consecuencias de la ausencia de prevención–. Por último, en tercer lugar, el lamentable papel de las patronales ASPA, ANEPA y ASPREN en la negociación colectiva, impidiendo reiteradamente la desaparición de las diferencias aún existentes en las condiciones laborales, como elemento vertebrador y dignificante del sector y de sus profesionales.

Desde CCOO-Servicios consideramos que un asesoramiento de calidad y el cuidado de la salud laboral mediante la evitación eficaz del riesgo resultan incompatibles con la falta de inversión empresarial en materia preventiva, por cuanto consideramos necesario exigir altos niveles de calidad en los servicios de prevención ajenos, la creación de un registro público que permita determinar los recursos técnicos y humanos necesarios en función del volumen y actividad económica de las empresas clientes y de sus trabajadores, la evaluación periódica de las cargas de trabajo de sus profesionales o modificar el Código Civil para incorporar como responsabilidad penal de los servicios de prevención ajenos los delitos contra la salud de los trabajadores, manteniendo la de los profesionales exclusivamente a la existencia de dolo.

*Rafael Pérez Cantero es responsable de la Sectorial de Salud Laboral (Servicios de Prevención y Mutuas) de la Federación de Servicios de CCOO.

Dossier:

Cáncer laboral, ¿qué estamos haciendo?



Los poderes públicos miran hacia otro lado

VICENTE LÓPEZ

En el último informe de la Sociedad Española de Oncología Médica se pronosticaban 227.000 cánceres diagnosticados para este año 2015, y un total de 108.000 muertes por cáncer en este mismo año. Es, sin lugar a dudas, una de las enfermedades más temidas por toda la población, a pesar de los continuos avances en su tratamiento y, todo sea dicho, de algunas medidas implementadas para su prevención.

Es aquí, precisamente, en la prevención del cáncer, donde los poderes públicos no han hecho lo suficiente, y concretamente en el cáncer que tiene origen laboral. Hasta ahora, la prevención de esta enfermedad, como en otras materias, ha tenido una perspectiva individualista. Se han atacado aquellas causas que tienen su origen en ciertos comportamientos, como puede ser la lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo y, recientemente, incluso con las formas de alimentación. Pero todavía está por llegar una campaña pública para, en primer lugar, resaltar que también algunos cánceres tienen origen laboral, y para erradicar de los centros de trabajo aquellos productos o sistemas de organización donde la evidencia científica señala su correlación con el desarrollo de procesos cancerígenos.

El sistema impide, únicamente por intereses económicos particulares, que se haga un reconocimiento rápido y eficaz de aquellas sustancias o procesos que ponen en riesgo a los trabajadores y a las trabajadoras. El caso del amianto, por ejemplo, muestra con toda rotundidad que, para que un producto sea considerado cancerígeno por la Administración, son necesarias no solo la evidencia, sino la lucha organizada.

Este *dossier* muestra la importancia de visibilizar esta relación entre el cáncer y el trabajo. CCOO lleva algunos años participando en la campaña "Cáncer cero en el trabajo", cuya directriz es precisamente la sensibilización de la población trabajadora sobre el origen laboral de algunos cánceres y también la implementación de campañas concretas para la erradicación de algunas sustancias consideradas por la comunidad científica como cancerígenas.



Europa: más de 100.000 muertes al año

BERTA CHULVI

Más de 8 millones de personas mueren al año a causa del cáncer y 14 millones de cánceres se diagnostican cada año. Son datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), que predice que la mortalidad se incrementará en un 78% de aquí a 2035. Jukka Takala, que fuera director de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, acaba de realizar para ETUI un informe sobre el cáncer laboral en Europa. Sus principales aportaciones se incluyen en este artículo.

La Organización Internacional del Trabajo estima que 666.000 personas mueren cada año debido a cáncer ocupacional, una cifra que duplica los accidentes laborales mortales. En la Unión Europea (EU28) hablamos de 102.500 personas que mueren de cáncer relacionado con sus condiciones de trabajo, veinte veces el número de accidentes laborales mortales. Como señala Jukka Takala no hay duda de que "el cáncer es la principal causa de muerte relacionada con el trabajo en los países desarrollados".

Pocos gobiernos europeos han desarrollado iniciativas que signifiquen cuantificar las muertes por cáncer ocupacional en sus territorios, tampoco hay muchas iniciativas públicas que evalúen la exposición a cancerígenos en el trabajo. Francia es una excepción y, en 2014, François Hollande lanzó una iniciativa gubernamental señalando que al menos 14.000 personas mueren cada año en Francia por esta causa y que se estima que dos millones de personas están expuestas en su trabajo a productos químicos que son cancerígenos. Recientemente el Instituto de Salud Pública francés ha revisado al alza esta cifra al incluir nuevos cánceres conectados con la exposición al amianto, como el cáncer de laringe o el cáncer de ovarios.

En España, las estimaciones más recientes y fiables indican que al menos una de cada diez muertes por cáncer tiene un origen laboral. El informe de Jukka Takala estima 9.807 muertes por cáncer laboral en España en 2011. Según el Sistema de Información de Exposición Ocupacional a Cancerígenos (CAREX 2004), el 25% de la población laboral española ha estado expuesto en los últimos años a agentes cancerígenos, una cifra que se habrá reducido al 19% después de aprobada la Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo.

Hay 179 productos calificados por la IARC como probables cancerígenos en humanos (grupos 1 y 2a, respectivamente), y otros 285 calificados como posibles cancerígenos en humanos (grupo 2b). Una buena parte son cancerígenos que se encuentran en los lugares de trabajo. Entre ellos y en primer lugar el amianto, del que se estima que ha producido y producirá millones de muertes en todo el mundo. Pero también otras partículas en forma de polvo como la sílice y el polvo de madera; metales y compuestos de arsénico, cadmio y níquel; sustancias como el benceno, alquitranes y aceites minerales; monómeros como el cloruro de vinilo; aminas aromáticas como la bencidina y la naftilamina; plaguicidas como el paraquat y el

benomilo; hidrocarburos como el naftaleno y el tricloroetileno, y muchos otros. La IARC reconoce además la existencia de 18 ocupaciones en las que se ha demostrado un exceso de cáncer en relación con la población general, pero en las que no se ha podido identificar un agente causal específico. Entre ellas se encuentran las industrias del aluminio, del cuero y calzado, del mueble, del caucho, textil y la industria de la impresión.

Los datos no pueden ser más concluyentes en cuanto a la necesidad de intervención: una de cada cinco personas en Europa está expuesta a cancerígenos en su trabajo, según la base de datos de exposición a cancerígenos (CAREX). Como señala Jukka Takala, "la lista de cancerígenos de la IARC ha de ser periódicamente revisada y se ha de aplicar el principio de precaución. La necesidad de más investigaciones no puede ser una excusa para no hacer nada. Con las soluciones que hoy conocemos, la mayoría de estas muertes, si no todas, podrían ser evitadas".

¿Qué hacer para cambiar esta situación?

El informe de Jukka Takala plantea un paquete de medidas y recomendaciones para enfrentar la actual situación. En primer lugar, el autor recomienda la puesta en marcha de un programa internacional para eliminar la exposición a cancerígenos en el trabajo que siga el modelo de otros programas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto en marcha para la eliminación del virus de la viruela en el mundo o los actuales programas para eliminar la silicosis o las enfermedades producidas por el amianto. El autor propugna que la Unión Europea debe ser un impulsor clave de esta iniciativa, ya que es uno de los principales productores de químicos. Señala que la OIT y la OMS han de ser organizaciones claves en esta iniciativa internacional en la que también se deberá contar con la participación de organizaciones profesionales directamente concernidas por estos temas. Esta iniciativa debería suponer que se implementara completamente el programa REACH, priorizando la sustitución de productos cancerígenos, mutágenos y reprotóxicos. Es necesario, además, revisar la legislación que protege a los trabajadores y endurecer los valores límites de exposición en carcinógenos como la sílice, los humos diésel, el polvo de madera y otros factores cancerígenos.

Takala propone la creación de una fundación internacional con garantías de independencia que financie la investigación y la acción destinada a eliminar la exposición

por exposición a cancerígenos en el trabajo

a cancerígenos en el trabajo. Es necesario identificar las evidencias científicas bien establecidas y los desacuerdos y conflictos entre las investigaciones. Revisiones críticas y recopilaciones de la evidencia científica son necesarias. Desarrollar campañas divulgativas que lleguen a todos los públicos, como la que se ha puesto en marcha en Reino Unido bajo el lema "No hay tiempo que perder". El autor considera que esa iniciativa internacional serviría para que la OIT, la OMS y la UE actuaran como impulsores de programas similares al nivel de los Estados miembros. Se trata de convencer a la OIT y a la OMS para que reediten la colaboración que ya han mantenido en otros programas y que se ha mostrado eficaz. El autor exige la misma colaboración entre la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo y la Comisión Europea. Así como la creación de una red de investigadores e investigadoras que, lejos de trabajar aisladamente y de forma individual, sean capaces de coordinarse.

Para Takala, los sindicatos son una pieza clave a la hora de pasar a la acción y que toda esa investigación revierta en la sociedad, junto a ellos el autor cita a las organizaciones empresariales e industriales, las organizaciones ecologistas y las instituciones locales de investigación que actúan en las distintas regiones. Se trata de identificar a todas las organizaciones que puedan contribuir a fortalecer esa red de esfuerzo común e invitarlas a participar.

Jukka Takala tiene claro que el ejemplo de lo que ha ocurrido con el amianto marca la línea a seguir porque muestra lo que no puede volver a suceder: "El caso de la exposición al amianto es la demostración de cómo las decisiones timoratas y lentas de nuestro pasado reciente han creado una epidemia de enfermedad y muerte. Para el futuro necesitamos ser más ambiciosos, pues aún hay muchos trabajadores expuestos al amianto incluso en los países donde la sustancia ha sido prohibida". En este sentido señala que la Unión Europea tiene una oportunidad única porque tiene poder legislativo en áreas interconectadas, como la de la producción y venta de químicos, la salud laboral y la protección del medio ambiente. La cooperación internacional es la clave para no perder más tiempo, promover un programa internacional de "Cáncer cero en el trabajo" mediante la cooperación de las instituciones es fundamental, como también lo es evitar, a toda costa, que los riesgos sean exportados de los países más desarrollados a los menos desarrollados.



En España aún no se ha hecho nada serio para evitar

Profesionales, sindicatos y sociedad civil coinciden en que está casi todo por hacer

BERTA CHULVI

Cuando nos dirigimos a expertos, agentes sociales y sociedad civil, todos parecen coincidir en que en nuestro país aún no se ha producido ninguna iniciativa seria desde las Administraciones públicas para acabar con los cancerígenos en el lugar de trabajo. Profesionales de la medicina, representantes sindicales y organizaciones de afectados y afectadas explican cómo ven la situación.

Otra de las cuestiones en las que todo el mundo coincide es en la poca conciencia que existe entre los trabajadores y las trabajadoras de los riesgos a los que están expuestos en relación al cáncer. Alberto Ruano, epidemiólogo y miembro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SEPAS), plantea la necesidad de actuar en tres ejes: concienciar a la ciudadanía de que en determinadas ocupaciones las personas tienen un mayor riesgo de padecer un cáncer; aumentar la información de los médicos de atención primaria y otros profesionales sanitarios para que tengan en cuenta los riesgos a los que están expuestos sus pacientes, e incrementar la presión hacia los políticos para que desde la Administración pública se destinen recursos a esa sensibilización que nos permita eliminar el riesgo de cáncer. Ruano, para mostrar que nunca se ha tomado una iniciativa importante y concluyente para acabar con el cáncer laboral, pone el ejemplo de cómo se actuó con los humos de tabaco en el espacio laboral: "En una acción decidida, el Gobierno de Zapatero prohibió fumar en espacios públicos y laborales, tuvo una gran resistencia, pero la norma se ha implantado y funciona bien. Con otros cancerígenos presentes en el lugar de trabajo, más allá del amianto que se prohíbe en los años 80, existe una clara evidencia científica, pero no se ha hecho nada parecido a una prohibición que obligara a una sustitución del producto. Lo único que se ha hecho es obligar a una vigilancia específica de la salud, pero nada en el terreno de acabar con el riesgo. Es decir –señala Ruano–, se conoce que ciertas personas, por acudir a su trabajo, tienen un mayor riesgo de contraer cáncer, pero no se está haciendo nada para evitarlo".

Ruano señala que hay muchas personas que por su profesión están expuestas a cancerígenos; por ejemplo: los carpinteros que están respirando polvo de madera, todos aquellos que respiran colas barnices, disolventes orgánicos, tintes de pelo, humos de gasoil, trabajan a turnos, artesanos que trabajan con cerámica y pintura, etc. Para él la situación más grave se da en las pequeñas y medianas empresas: "Los trabajadores y trabajadoras que están en grandes industrias –explica Ruano– están más protegidas porque la misma presencia de sus representantes hace que la empresa esté más atenta; en una cadena de montaje de coches encontraremos mascarillas, extractores de aire, ventiladores, etc. Pero si nos vamos a una empresa mucho más pequeña, una carpintería de una o dos personas, o un taller de chapa de tres trabajadores, vemos que estas medidas no se aplican con la misma rotundidad que

en una empresa grande. ¿Cómo llegas a una peluquería en la que trabaja la dueña y una empleada?, ahí no hay sindicatos ni hay nada".

Pedro J. Linares, secretario de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO, coincide con Ruano en la dificultad de llegar a las pequeñas empresas, y en la necesidad de hacer campañas globales de sensibilización dirigidas a la población en general. Por eso, CCOO lanzó hace ya cuatro años la iniciativa "Cáncer cero en el trabajo", una campaña que ha ido sumando a otras organizaciones sindicales, científicas, servicios de prevención y organizaciones de afectados y afectadas, y en la que se está trabajando en la elaboración de posturas comunes. "Hemos tratado de colocar en la agenda pública la necesidad de abordar los temas relacionados con el cáncer laboral –explica Pedro J. Linares–. Por nuestra parte, hemos iniciado una campaña de difusión y de sensibilización en el ámbito específicamente sindical, se ha hecho material divulgativo, formación y una acción sindical amplia, controlando si las empresas incorporan los riesgos de exposición a cancerígenos en las evaluaciones de riesgos, si se cumple la normativa en esta materia, etc. Tengo la sensación de que en las Administraciones públicas y en la ciudadanía ya ha calado la idea de que con el cáncer se está haciendo poco en general. Por ejemplo, en el tema de las enfermedades profesionales tenemos un registro prácticamente nulo, no se reconocen más que aquellas que se judicializan".

Juan Carlos Paúl, presidente de la Federación de Asociaciones de Víctimas y Colectivos del Amianto, señala también dos asignaturas pendientes. En su opinión, la legislación en materia de prevención sí que se ha actualizado y se ha puesto a nivel europeo, pero se sigue fallando en dos cosas fundamentales: en el reconocimiento de los derechos de las personas enfermas y en el seguimiento del cumplimiento de esas medidas preventivas. En este último aspecto, Juan Carlos Paúl es muy claro: "Las Administraciones no tienen capacidad de controlar si están cumpliendo las medidas que las empresas adoptan sobre el papel. Las empresas están utilizando el RERA (Registro de Empresas Relacionadas con el Asbesto) como una herramienta de marketing porque eso les ayuda a contratar con las Administraciones públicas, pero nadie controla si esas empresas siguen los protocolos que dicen que siguen. Se apuntan al RERA porque es gratis y esa certificación parece que les da una solvencia determinada, pero luego nadie verifica si están cumpliendo los procesos

los cancerígenos en los lugares de trabajo



que dicen que van a hacer, como sí se hace en cualquier otro modelo de certificación de calidad, ya sea una norma ISO o SQM. En Getafe hemos tenido que parar la demolición de una obra que tenía amianto de forma evidente, y que se estaba haciendo sin medidas de seguridad a la salida de un colegio y los abuelos se paraban con sus nietos a mirar. Nos fuimos al ayuntamiento y nos dijeron que la empresa había presentado su plan de desamiantado con todas las medidas que iban a tomar. Qué ocurre, pues que la Administración no hace ninguna comprobación”.

Carmen Diego Roza es neumóloga, miembro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), donde coordina el área de trabajo de enfermedades ocupacionales y medio ambiente, y coincide en señalar como principal problema la falta de conocimiento sobre el cáncer laboral: “Las universidades, las instituciones y los agentes sociales se han de comprometer con la difusión del conocimiento científico que ya tenemos sobre el cáncer laboral”, afirma Carmen. “Así como hay agentes carcinógenos muy conocidos como es el amianto, hay otros que no son tan conocidos y lo que falta es información. La gente no se imagina que en su trabajo puede estar expuesta a cancerígenos y tampoco los médicos de las consultas de atención primaria, si no están en áreas es-

pecíficas como nosotros, son muy conscientes de la historia laboral de las personas”, señala esta neumóloga que dirige una consulta de vigilancia posocupacional de trabajadores que han estado expuestos a amianto en la zona de Ferrol.

Daniel Ramos es el presidente de Silikosia, la Asociación de Afectados por Silicosis de Euskadi. El caso de la sílice muestra muy claramente que en España queda mucho camino por recorrer: “La sílice —explica Daniel— está reconocida como cancerígena en humanos desde 1997 por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) y, sin embargo, en España no está reconocida como un agente cancerígeno”. Cuatro asociaciones de afectados por la sílice, junto con CCOO, han creado la Mesa Nacional de Afectados por Sílice para exigir a las autoridades que se avance en este terreno. Daniel señala que también los trabajadores tienen su responsabilidad: “Sigues viendo al propio trabajador que te dice que para qué me voy a poner esto. Y es que, claro, hasta que no haya sanciones fuertes para las empresas, estas no tomarán medidas con los trabajadores. Las empresas te dicen que no pueden obligar a los trabajadores, pero eso no es cierto; las empresas tienen poder y en las cosas que les interesan sí que lo usan”. ■

Cáncer Cero en el Trabajo, un

ÓSCAR BAYONA

El compromiso de CCOO con la prevención del cáncer laboral no es nuevo. Existen documentos de 1974, anteriores a la legalización del sindicato, que ya acreditan la actividad de CCOO contra los riesgos derivados del amianto. Actualmente, el campo de acción sindical se ha ampliado y se enmarca en la campaña "Cáncer cero en el trabajo".

Aprovechando un bagaje acumulado durante décadas de acción sindical en materia de prevención del cáncer ocupacional, la Confederación Sindical de CCOO presentó en septiembre de 2011 la campaña "Cáncer cero en el trabajo" para unificar bajo una misma imagen de marca las acciones que el sindicato venía realizando de manera dispersa, visibilizar el problema del cáncer laboral y contribuir en la reducción de la infradeclaración de esta contingencia profesional. Se quería que fuera una campaña que se prolongara en el tiempo y se convirtiera en una de las prioridades de intervención de la Secretaría de Salud Laboral del sindicato. En su arranque se redactó un manifiesto, se elaboraron y distribuyeron materiales que, junto a herramientas generadas por el sindicato u otras entidades, están a disposición en la página www.cancercero-en-el-trabajo.ccoo.es, se realizaron presentaciones y jornadas de formación y se articularon campañas específicas en torno a agentes o actividades laborales concretas.

Como no podía ser de otra forma, la lucha contra la epidemia de amianto también forma parte de la campaña "Cáncer cero en el trabajo". Los casos por amianto protagonizan la mayoría de los procesos de determinación de contingencia por cáncer laboral impulsados desde CCOO. Prácticamente todas las organizaciones territoriales y sectoriales de CCOO han puesto en marcha iniciativas en este ámbito, siendo la última en incorporarse la Federación de Pensionistas con la campaña "Controlando el amianto envejeceremos más activamente", para incorporar a la vigilancia de la salud posocupacional a extrabajadores que todavía no lo han hecho a pesar de haber estado expuestos. En el plano institucional se participa en el Grupo de Trabajo Amianto de la Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, responsable de la puesta en marcha del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto (PIVISTEA), de su evaluación y de la revisión de su Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica. En el grupo de trabajo de enfermedades profesionales de la Seguridad Social, que recientemente ha incluido el cáncer de laringe por amianto en el listado de EEPP. Y en el grupo de trabajo de AENOR, que ha redactado la norma sobre certificación de empresas que trabajan con amianto instalado, se está ampliando la misma con especificaciones sobre inspección y diagnóstico de edificios, instalaciones y estructuras que puedan contenerlo. La colaboración con asociaciones, especialmente de afectados, es fluida y este mismo año se concretó en la presentación de la Alianza Amianto Cero, por el cumplimiento del informe del Parlamento Europeo y del dictamen del Consejo Económico Social Europeo. A nivel internacional, CCOO está inserta en redes que persiguen la prohibición global de este cancerígeno.

La intervención en torno al riesgo químico es otra de las líneas de acción sindical en las empresas tradicionales de

CCOO, en la que ISTAS ha jugado un papel protagonista elaborando herramientas eficaces para prevenir las exposiciones a compuestos cancerígenos tales como la base de datos de sustancias tóxicas y peligrosas RISCTOX o el portal de ayuda para la sustitución de tóxicos SUBSPORT.

Los agentes físicos cancerígenos son también objeto de intervención de CCOO, tanto en el ámbito sanitario como en otros menos conocidos. La Federación de Industria participa en el Protocolo de Colaboración sobre Vigilancia Radiológica de Materiales Metálicos, una herramienta indispensable para detectar fuentes radiactivas en empresas de recuperación y fundición de metales, y ha impartido formación al respecto entre delegados y trabajadores del sector. Los riesgos por radiación solar se han incorporado a la negociación colectiva, destacando el Convenio General del Sector de la Construcción, de eficacia en el conjunto del Estado. Y actualmente ISTAS está embarcado en un novedoso proyecto de investigación sobre exposición laboral al radón en cuatro comunidades autónomas con zonas de alta concentración de este gas radiactivo.

En los últimos años nuevas evidencias de exposiciones a cancerígenos nos han obligado a ampliar el radar y a poner en marcha nuevas campañas. Ha sido el caso de la sílice cristalina, anteriormente solo asociada a la silicosis y a la minería del carbón y en donde vemos cómo se establece la evidencia de relación con el cáncer de pulmón y cómo su exposición reaparece de manera virulenta en sectores como canteras, marmolerías y, sobre todo, aglomerados de cuarzo. Algunas líneas de actuación de CCOO que finalmente han obtenido resultados son la reducción del valor límite ambiental a 0,05 mg/m³ (con una moratoria de cinco años para la minería de interior) o la catalogación de las silicosis grado 1 (el estadio primario) como enfermedad invalidante en caso de imposibilidad de reubicación en la empresa, para lo cual fue necesaria incluso la Marcha Gris, movilización protagonizada por los trabajadores de las canteras de granito de Extremadura y organizada por la Federación de Construcción y CCOO de Extremadura. En la actualidad también se está trabajando en torno a la introducción del cáncer de pulmón por exposición a sílice cristalina en el grupo de trabajo de la Seguridad Social.

Y para finalizar quedan por añadir a este resumen las tres campañas específicas puestas en marcha en 2015 de las que se ha informado en este y en anteriores números de **pEx**: sobre el herbicida glifosato a raíz de su declaración como probable cancerígeno por parte de la IARC, sobre la exposición de bomberos a sustancias cancerígenas originadas como subproductos de la combustión y en torno a la exposición a medicamentos biopeligrosos y citotóxicos entre el personal del sector sanitario.





Trabajar tras un cáncer de mama

LOLI FERNÁNDEZ CAROU*

Según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica, en España se calcula que hay 1,5 millones de personas supervivientes de cáncer. Entre los casos de cáncer de mama en mujeres se ha calculado que el 80% sobrevive a los cinco años. Esta realidad ha puesto en evidencia las carencias y dificultades con las que se encuentran las personas que finalizado el tratamiento oncológico pueden retomar su vida, que se había paralizado temporalmente para poder afrontar el proceso de curación. La reincorporación al trabajo es uno de los momentos en los que se pone a prueba la solidez del sistema preventivo en la empresa y de la integración de la prevención en la misma.

¿Cuándo estamos en condiciones para volver al trabajo?

De entrada, el alta médica no es únicamente un acto administrativo, debe ser también un acto médico responsable y compartido con los pacientes, que debe garantizar que la persona ha recuperado la capacidad física, emocional y social, y que esta recuperación es total o suficiente como para poder desarrollar las funciones de su puesto de trabajo. Además, debe garantizar que esa recuperación está en relación a lo que tiene que hacer, teniendo en cuenta las condiciones de trabajo y que estas no añaden riesgos adicionales. Para hacer esta valoración no puede mirarse solo una tabla de duraciones estándar, sino que hay que conocer el caso, saber cómo está la persona, cómo se siente.

Es necesario conocer las condiciones de trabajo del puesto de trabajo y analizar si han de ser adaptadas. En el caso concreto del cáncer de mama hay descrita una serie de secuelas generalizadas: cansancio crónico, dolor muscular, riesgo de padecer linfedema, que deben incorporarse a la valoración de la capacidad para trabajar, pero también a la prevención en el propio puesto de trabajo. Se deben revisar los riesgos ergonómicos, para incorporar el dolor muscular, la fatiga y valorar si en ese caso son necesarias medidas preventivas adicionales. También habría que prevenir el riesgo de padecer uno de los efectos secundarios más frecuentes: el linfedema, evitando movimientos bruscos, cortes, golpes, contusiones en el brazo afectado, planos de trabajo que no supongan una presión sobre el brazo, aunque sea leve.

En Catalunya se ha visibilizado todo un movimiento del colectivo de mujeres que han superado el cáncer de mama y que a través de sus asociaciones (FECEC, Live) han querido visibilizar estas necesidades. En CCOO de Catalunya hemos participado activamente, poniendo la voz del mundo del trabajo y proponiendo acciones que son posibles llevar a cabo en las empresas, acciones que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales contempla y que nuestra presencia diaria en los centros de trabajo debe hacer posible.



*Loli Fernández Carou es responsable de Salud Laboral de CCOO de Catalunya.

Iniciativas para la mejora de la notificación y registro del cáncer laboral

ÓSCAR BAYONA

En 2014, las mutuas de la Seguridad Social tan solo comunicaron 28 casos de enfermedad profesional con baja por cáncer en el sistema CEPROSS. Sin embargo, hay iniciativas para aflorar estos casos desde algunas Administraciones o desde la acción sindical. Vamos a ver dos ejemplos.

cáncer laboral

El programa de detección y comunicación de cáncer profesional en Asturias, conocido como EVASCAP (Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional), es el conjunto de actividades que el Principado de Asturias puso en marcha en enero de 2011 para detectar casos de cáncer de trabajadores en situación de baja laboral por enfermedad común y que, de acuerdo con el cuadro de enfermedades profesionales, pueden ser considerados como contingencias profesionales.

Se trata de un sistema de alerta informática sobre todas las bajas médicas por enfermedad común con diagnóstico de cáncer que prescriben los médicos del Servicio Asturiano de Salud (SESPA), para detectar los códigos que contempla el cuadro de enfermedades profesionales. Todos estos casos son remitidos por el servicio de inspección a los médicos que prescribieron la baja para que rellenen un formulario con diversos datos, fundamentalmente una historia laboral resumida del paciente. Este formulario es enviado por el médico a la Dirección General de Salud Pública, desde donde se coordina el equipo multidisciplinar encargado de valorar la relación entre los antecedentes laborales y el tipo de cáncer (EVASCAP). Este equipo está formado por técnicos de la Dirección General de Salud Pública, inspección médica, SESPA e Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL). Si es preciso investigar en más detalle, el IAPRL se encarga de ello, y emite un informe para que el EVASCAP revalúe la situación.

Una vez recabada toda la información posible, el EVASCAP remite la documentación a la Dirección Provincial en Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, donde el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) toma una decisión sobre el tipo de contingencia, común o profesional, e informa de la resolución adoptada al EVASCAP, donde se registra toda la información sobre el caso en una base de datos denominada *cancERT* para ir au-

mentando progresivamente el conocimiento sobre la relación entre las condiciones de trabajo y su influencia en la salud. Desde su inicio, el EVASCAP ha trasladado 37 casos sospechosos al INSS, 16 de los cuales se han reconocido como enfermedad profesional.

En otra línea, CCOO de Euskadi ha convertido el reconocimiento del cáncer profesional en una de sus prioridades. Siendo un territorio de marcado carácter industrial, rastrea los posibles casos de cáncer en empresas de sectores como siderurgia, naval, talleres mecánicos, construcción o marmolerías, pero también entre asociaciones o clubes de pensionistas, organizando charlas, distribuyendo folletos o articulando campañas como la que ahora mismo impulsa sobre enfermedades respiratorias.

La idea fuerza de estas acciones es que lo que el trabajador afectado deja de percibir lo ingresan las mutuas: prestaciones económicas derivadas de incapacidad temporal o permanente por contingencia profesional o de acuerdos previstos en convenios, acceso a la Comisión de Prestaciones Especiales y a los baremos de lesiones de la mutua, pago de medicamentos, posible recargo de prestaciones, etc.

Ante un posible caso en un trabajador en activo o en un pensionista se activa la maquinaria sindical: investigación de las condiciones de trabajo en las que prestó su actividad laboral recurriendo a secciones sindicales, excompañeros o a OSALAN (Instituto de Salud Laboral del Gobierno Vasco), solicitud del cambio de contingencia al INSS y, en los casos en los que se ve rechazada y con la intervención de los servicios jurídicos del sindicato, reclamación en los tribunales. Se trata de un proceso duro y prolongado en el tiempo pero que da frutos: 110 casos de enfermedad profesional, buena parte de ellos cánceres, se reconocieron en 2014 en Euskadi gracias a la acción sindical de CCOO.

Reducir la carga de trabajo es posible

El ejercicio efectivo del derecho a la salud laboral permite cuestionar el modelo productivo de cantidad y precariedad

TEO ENFEDAQUE Y JUDITH HORTET*

ACJ es una empresa familiar de 90 trabajadores y trabajadoras que se dedica al mantenimiento y reparación de calderas, calentadores y acumuladores de gas. CCOO tenemos la mayoría en el comité de empresa, y en el comité de seguridad y salud representamos a los trabajadores un delegado de CCOO y uno de UGT, trabajando con unidad de acción y un respaldo muy importante de la plantilla.

En el año 2007 decidimos dirigirnos al sindicato para ver la mejor manera de cuestionar nuestra carga de trabajo: salíamos a la calle con entre 9 y 10 órdenes de trabajo cada día, lo que era demasiado. Decidimos llevarlo desde la perspectiva de la salud laboral, ya que por las vías más tradicionales no lo habíamos conseguido, exigiendo la evaluación de los riesgos psicosociales y las consiguientes medidas preventivas. Aprovechamos que la Inspección de Trabajo tenía en el punto de mira a nuestra empresa por ser de alta siniestralidad y un cambio de gerente, que venía de una promoción interna y conocía lo que era este trabajo. Todos los resultados de la evaluación y las medidas propuestas están descritos en **pEx** nº 53.

En febrero de 2015 se decidió reevaluar los riesgos psicosociales para comprobar si las medidas preventivas implementadas habían servido para reducirlos. Y sí, reducir las exigencias del trabajo es posible defendiendo nuestra salud. Un dato de entre muchos a destacar: en 2008, un 82,7% de la plantilla estaba en la situación de exposición más desfavorable para la salud en las exigencias cuantitativas y en 2015 ese porcentaje había bajado hasta el 34,3%.

¿Cómo lo hemos conseguido?

Reducir la carga de trabajo en un contexto de crisis (2007-2015) no es una quimera. Conocemos nuestro trabajo, a lo que nos dedicamos cada día, también a nuestros clientes, igual que la dirección, y sabemos cómo mejorar nuestras condiciones de trabajo.

Los accidentes que teníamos eran in itinere por la carga de trabajo, íbamos como locos con la moto, la calidad de nuestro trabajo no era la deseable, teníamos muchas quejas, la competencia estaba pegando fuerte y estábamos perdiendo abonados a marchas forzadas. En este contexto, nosotros propusimos que había que apostar por hacer bien el trabajo, reduciendo los partes diarios y las visitas de mantenimiento por año y cambiar la organización del trabajo. La dirección apostaba por dejar las motos y movernos en coche, con lo que se sumaba al trabajo el tener que aparcar. Negociamos y decidimos hacer una prueba con todas las propuestas. Entre dirección y representantes sindicales, basándonos en el trabajo cotidiano de los trabajadores y con su imprescindible apoyo, hicimos estudios de tiempos necesarios para cada tipo de avería, reorganizamos las franjas horarias entre visitas, establecimos un margen de tiempo para la reorganización individual



de tareas, y disminuimos el perímetro de las zonas geográficas a cubrir por los técnicos. Ello nos dio como resultado reducir las órdenes diarias a 8, las visitas por año a 1.150 y aumentar la plantilla en un 20%.

El resultado es que hemos incrementado el número de abonados (de 45.000 a 47.000), hemos aumentado más la plantilla, hemos reducido la carga y trabajamos con mejor calidad y mejores condiciones de trabajo.

Cambiar la organización del trabajo es posible si perseveramos. No es un camino de rosas, hay que hacer seguimiento de lo negociado; la empresa sigue queriendo más cantidad, pero la vía de la salud laboral es factible. Los delegados de prevención, trabajando de forma coordinada con el resto de la estructura sindical en la empresa y con el asesoramiento del sindicato, tenemos que realizar propuestas que mejoren las condiciones de trabajo, contando con los trabajadores y las trabajadoras, dotando de coherencia y fuerza nuestras intervenciones para conseguir una organización del trabajo más saludable. **W**

*Teo Enfedaque es delegado de prevención de CCOO en ACJ; Judith Hortet es asesora de salud laboral de CCOO de Catalunya en la Federación de Industria.

CCOO consigue visibilizar los riesgos en la manipulación de fármacos peligrosos en el Hospital La

ROSA ATIÉNZAR HERRÁEZ* Y PURIFICACIÓN MORÁN

La Asociación Americana de Farmacéuticos Hospitalarios define los fármacos peligrosos como aquellos que presentan características de genotoxicidad, carcinogenicidad, teratogenicidad u otra manifestación toxicidad comprobada en animales de experimentación o en pacientes tratados. Estos fármacos deben ser preparados bajo una serie de normas para evitar la contaminación del personal que los manipula, pero desgraciadamente, como muestra la experiencia de CCOO en el Hospital La Fe de Valencia, no siempre es así. El trabajo sindical, en esta ocasión, está dando sus frutos, pero mucho nos tememos que la situación afecte a más hospitales.

En el año 2010 se inauguran las nuevas instalaciones del Hospital La Fe de Valencia. Como hemos visto que sucede en ocasiones similares, la gran inversión económica en instalaciones y recursos técnicos no viene acompañada de la necesaria organización para que se pongan en funcionamiento. A pesar de inaugurarse el hospital, las obras de la farmacia no están finalizadas. Como consecuencia de esto, la preparación de medicamentos biopeligrosos y citotóxicos se realiza en lugares que no reúnen las condiciones de seguridad necesarias, como son las UCI, y en las áreas de reanimación y de infecciosos.

En 2014, por fin, se abren cuatro de las ocho cabinas de seguridad biológica que se crean en el área de farmacia, pero solo se usan para la preparación de alimentación parenteral y medicamentos que necesitan una alta esterilización, dejando fuera la preparación de fármacos muy peligrosos. Los trabajadores de la UCI interponen una denuncia ante la Inspección de Trabajo, de la cual se deriva un requerimiento para el hospital en el que se insta a que lo antes posible se realice este trabajo en la zona de farmacia para que, de este modo, se trabaje con las mínimas condiciones de seguridad.

Este requerimiento no se cumple, como tampoco se cumplen las recomendaciones del servicio de prevención del hospital, por lo que en 2015, las delegadas de CCOO interponen una nueva denuncia a la Inspección de Trabajo. Además se presenta una denuncia a la Fiscalía, que ha incoado diligencias de investigación y en la que CCOO se ha personado como acusación popular.

Durante este tiempo algunos trabajadores y trabajadoras han sufrido problemas de salud derivados de la exposición a fármacos peligrosos (biopeligrosos o citotóxicos). Concretamente, una trabajadora denunció y ganó judicialmente un caso por exposición a productos citostáticos y otros riesgos, por la que el hospital fue condenado al pago de 50.000 euros.

La mayoría de los daños a la salud derivados de la exposi-

ción a fármacos, que el propio hospital ha reconocido como cancerígenos, mutágenos y tóxicos para la reproducción, tardarían en producirse un largo tiempo, por lo que en muchas ocasiones relacionar la exposición con el efecto no es tarea sencilla.

Dado que no solo se estaban preparando los fármacos sin las medidas y equipos de protección adecuados, sino que tampoco se estaba realizando la vigilancia de la salud a los trabajadores y las trabajadoras expuestos, el pasado mes de mayo la delegada de prevención de CCOO solicitó a la Inspección de Trabajo la paralización de la preparación de todos los medicamentos biopeligrosos en las unidades de hospitalización y la imposición al hospital de la inmediata puesta en marcha de la sala blanca. Una sala blanca es un espacio de trabajo en el cual la concentración de partículas en el ambiente es controlada a través del examen de parámetros como la temperatura, la humedad y la presión diferencial entre esta área y sus colindantes.

Asimismo, se solicitó que se ordene la adopción de medidas específicas para la protección a las trabajadoras embarazadas, y que se estudie la prevalencia de enfermedades oncogénicas en trabajadores expuestos a este riesgo en los últimos diez años. La Inspección de Trabajo emitió un requerimiento el 3 de junio pasado en el que ordena:

- El traslado de las tareas de preparación de productos biopeligrosos a las instalaciones disponibles en farmacia (salas blancas).
- El hospital debe implantar en el plazo máximo de un mes un protocolo de actuación para los casos de embarazo o lactancia.
- También debe acreditar el cumplimiento de sus obligaciones en materia de vigilancia de la salud, y de información y formación a los trabajadores expuestos.
- El servicio de prevención deberá efectuar el análisis epidemiológico sobre los posibles casos de cáncer en relación con los trabajadores encargados de la preparación de estos medicamentos en el plazo mínimo posible.

Fe de Valencia

Tras cinco años de lucha se empiezan a ver los frutos. Desde junio, tras el anuncio de la Fiscalía de iniciar una investigación del caso, las tareas de preparación de fármacos biopeligrosos se empiezan a realizar en el área de farmacia, pero desde la propia farmacia se sigue reivindicando la escasez de personal para realizar estos trabajos adecuadamente. Si, finalmente, la Fiscalía considera que no se adoptaron las medidas preventivas necesarias en la preparación de fármacos peligrosos, podrían derivarse consecuencias penales para los responsables.

A día de hoy, el procedimiento judicial sigue abierto, la sección sindical de CCOO de La Fe ha realizado un duro trabajo que aún no ha finalizado y, lamentablemente, se ha tenido que llegar a los juzgados para que la dirección del hospital se haya visto obligada a tener en cuenta la salud de sus trabajadores y trabajadoras.

*Rosa Atiénzar Herráez es responsable de Salud Laboral, Consorcios y Salud Pública de la Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios de CCOOPV.

Y el resto de hospitales ¿qué?

IRENE ÁLVAREZ BONILLA*

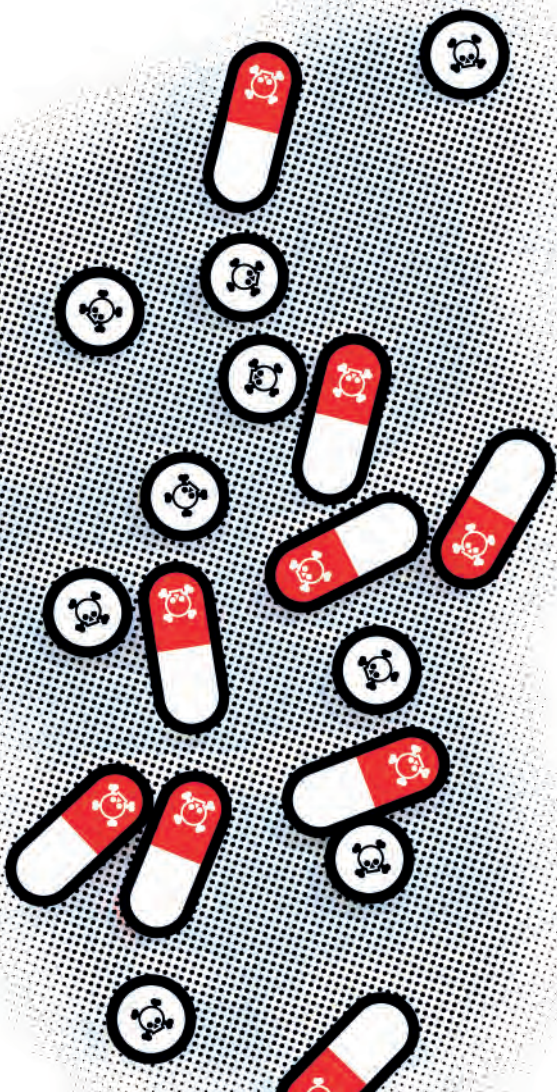
Desde la Secretaría de Salud Laboral de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios hemos constituido un grupo de trabajo para abordar los riesgos de la exposición a fármacos peligrosos, para ello hemos contado con la colaboración de las Secretarías de Salud laboral de las Federaciones y los territorios de País Valencià, Madrid y Andalucía, la Secretaría de Salud Laboral Confederal e ISTAS.

De este grupo de trabajo nace la necesidad de lanzar una campaña implicando a más territorios para abordar el tema del manejo de medicamentos peligrosos en los centros sanitarios. Enmarcamos esta campaña sectorial dentro de la campaña confederal "Cáncer cero en el trabajo", cuyo objetivo prioritario es identificar cómo se está realizando el trabajo con sustancias o mezclas cancerígenas en los centros de trabajo para proponer e introducir las modificaciones que sean necesarias y crear entornos de trabajo seguros. Para ello, la tarea de nuestros delegados y delegadas es controlar cómo se está desarrollando el trabajo con fármacos peligrosos (citostáticos y biopeligrosos) en los centros sanitarios y hospitales.

Se trataría de un primer paso para conocer si existen más casos de manipulación y administración de medicamentos biopeligrosos que puedan estar suponiendo un riesgo para la salud de los trabajadores. Por ejemplo, si se están manipulando en lugares que reúnen las condiciones de aislamiento necesarias, con los equipos de protección colectiva necesarios. Si existen procedimientos de trabajo para su manipulación (preparación y administración a pacientes). También se trataría de comprobar si estos riesgos están recogidos adecuadamente en el plan de prevención de la empresa (en la evaluación de riesgos y en la planificación preventiva), así como ver si se está realizando la correspondiente vigilancia de la salud a los trabajadores y las trabajadoras. No debemos olvidar que la primera medida preventiva por excelencia es la formación, por lo que deberemos estar atentos a si el personal que maneja estos fármacos está recibiendo la necesaria información y formación sobre aquellos riesgos a los que está expuesto.

Tanto para la Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios como para la Confederación Sindical de CCOO, la mejora de las condiciones de trabajo de las personas expuestas a este tipo de sustancias es un tema prioritario, por lo cual nos ponemos manos a la obra y os pedimos vuestra participación activa.

*Irene Álvarez Bonilla es responsable de Salud Laboral y Juventud de la Federación Estatal de Sanidad y Servicios Sociosanitarios.



Mari Cruz Rodríguez-Jareño, médica del trabajo e investigadora en la Universidad de Girona

“Los exámenes de salud tal y como se realizan actualmente no cumplen con

BERTA CHULVI

Una investigación realizada por el equipo que dirige la doctora Mari Cruz Rodríguez-Jareño –publicada recientemente en *Gaceta Sanitaria*– pone en entredicho la eficacia de los exámenes de salud que las empresas realizan para cumplir con su obligación de vigilar la salud de los trabajadores y las trabajadoras. Se trata de una encuesta a 285 profesionales de medicina del trabajo que son miembros de la Sociedad Catalana de Salud Laboral. Sus resultados se explican en esta entrevista.

¿Por qué se plantearon investigar la utilidad de los exámenes de salud asociados a la vigilancia de la salud en las empresas?

Mi primera experiencia en relación a la Medicina del Trabajo fue en el Reino Unido, en empresas del ámbito hospitalario. Allí, la mayoría de los exámenes de salud eran iniciales. Casi siempre realizados vía cuestionario o por una enfermera del trabajo, y casi siempre en relación a la valoración de la aptitud para trabajar y/o la necesidad de introducción de adaptaciones. Los exámenes de salud periódicos se destinaban exclusivamente a la vigilancia de la salud de riesgos muy concretos con pruebas muy específicas para detectar los daños a la salud, por ejemplo a un trabajador expuesto a ruido se le hace una audiometría para detectar precozmente alteraciones que podrían derivar una sordera, o a un trabajador expuesto a un sensibilizante respiratorio se le hace una espirometría para detectar alteraciones antes de que desarrolle un asma grave. Cuando llegué a España, me sorprendió ver que a muchos trabajadores se les realizaban exámenes de salud anuales con un contenido a menudo poco relacionado con los riesgos de su trabajo. Decidí analizar este tema en forma de tesis doctoral, y para ello me he acompañado muy bien con un equipo de cinco investigadores. La investigación no habría salido adelante sin la participación de todos ellos, ni sin la ayuda de Fundación Prevent que mediante sus becas I+D en prevención de riesgos laborales financió parcialmente el proyecto. Nuestro objetivo con este proyecto era conocer la situación actual de la práctica de la vigilancia de la salud de los trabajadores y ver si los exámenes de salud servían al objetivo de la prevención en el ámbito laboral que los justifica. Para ello decidimos acercarnos a los profesionales sanitarios de salud laboral (médicos y enfermeras del trabajo) y preguntarles directamente, ya que entendemos que son los más cualificados para describirla.

¿Qué metodología utilizaron?

No existe un censo de estos profesionales en España ni en Cataluña, pero contábamos con el apoyo de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, por lo que enviamos una encuesta a todos sus asociados sanitarios. En realidad les hicimos dos encuestas en una. A todos ellos les preguntamos su opinión, y a aquellos que realizaban exámenes de salud en su práctica profesional habitual, además les preguntamos por las condiciones en que los hacían. El proyecto incluye tres estudios complementarios. El artículo que se publicó en *Gaceta Sanitaria*, que trataba sobre la opinión, es el primero de ellos. El resto de resultados esperamos publicarlos en breve. El

segundo estudio trata de la práctica habitual de los exámenes de salud y condiciones en que se realizan, y el tercero es un análisis sobre si la práctica habitual daría respuesta a la finalidad preventiva de la que habla la normativa.

¿Cuáles son los principales resultados?

La encuesta era online, el apartado de opinión constaba de 10 preguntas y el 53% de los profesionales (285) la completó. La opinión mayoritaria de los participantes fue que los exámenes de salud, tal y como se realizan actualmente, no cumplen con su objetivo preventivo. En concreto, entre un 47% y un 60% de los participantes valoró negativamente la vigilancia colectiva de la salud, la comunicación entre los servicios de prevención y los sistemas públicos de asistencia sanitaria (Sistema Nacional de Salud y Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social), así como el grado de derivación, por parte de los servicios de prevención, de enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo a mutuas. Además, opinaron que los exámenes de salud no son específicos y que no se realizan en base a la evidencia científica. Entre un 72% y un 75% de los profesionales opinó que los exámenes de salud para la vigilancia de la salud no cumplen con el objetivo de detección precoz de daños a la salud relacionados con el trabajo, que el coste económico no acaba revirtiendo en proteger la salud de los trabajadores y que los exámenes de salud no hacen una contribución efectiva a la mejora del sistema de prevención de riesgos laborales, no sirviendo, por ejemplo, para la introducción de adaptaciones o mejoras en la exposición y/o condiciones de trabajo de los trabajadores.

Al comparar las opiniones por grupos no se encontró diferencia según el sexo ni la edad. Pero sí se vio que, en general, los médicos tenían puntos de vista más negativos que las enfermeras, y los profesionales de los servicios de prevención ajenos opiniones más negativas que los de los propios y mancomunados. Uno de los resultados que a mí, particularmente, me llamó más la atención es que un 85% de los participantes consideró que el potencial de los médicos y enfermeros no está bien aprovechado en la actividad de vigilancia de la salud, tal y como se desarrolla actualmente; un lujo que no nos podemos permitir como sociedad.

¿Qué habría que hacer para cambiar esta situación?

Habría que mejorar la especificidad de los exámenes de salud para poder conseguir su función preventiva. Para ello, el médico o enfermero del trabajo debería poder tener un cono-

su objetivo preventivo”

“Entre un 72% y un 75% de los profesionales opinó que los exámenes de salud no cumplen con el objetivo de detección precoz de daños a la salud relacionados con el trabajo, que el coste económico no acaba revirtiendo en proteger la salud de los trabajadores y que los exámenes de salud no hacen una contribución efectiva a la mejora del sistema de prevención de riesgos laborales.”



cimiento mucho más profundo del trabajo y los riesgos existentes, así como del estado de salud del trabajador de aquel al que actualmente tiene acceso. Pero, además, se deberían utilizar las pruebas adecuadas que hayan demostrado ser útiles para detectar los efectos que estos riesgos laborales pueden tener sobre la salud de este trabajador concreto. Estas pruebas pueden ser desde un cuestionario hasta una entrevista con el médico o la enfermera, un examen de salud o pruebas más específicas y sofisticadas, dependiendo de cada caso. Encontrar estas pruebas adecuadas es muy importante para llevar a cabo una vigilancia de la salud específica, tal como marca la ley. Actualmente, el mayor número de exámenes médicos son periódicos y muchas veces de tipo "generalista", cuando nuestro sistema público de salud ya es el encargado de detectar y tratar enfermedades comunes, o sea, no relacionadas con el trabajo, y está perfectamente capacitado para ello.

Paralelamente, se podría aumentar porcentualmente otro tipo de exámenes de salud, como por ejemplo los iniciales por reincorporación tras una baja prolongada a petición de la empresa, y a petición del trabajador; a la vez que facilitar el acceso de los trabajadores a los servicios de prevención, para que puedan hacer consultas sobre temas de salud que crean relacionados con el trabajo en el momento adecuado: un contacto puntual, rutinario y aislado, aunque sea todos los años, no puede ser eficaz para un diagnóstico precoz. Se deberían delimitar los casos en que la vigilancia de la salud es obligatoria (lo que debería ser una excepción, ya que la ley marca que en principio es voluntaria). Se debería promover el uso de otras herramientas de vigilancia de la salud como los cuestionarios y no exclusivamente los exámenes de salud.

En conjunto, sería conveniente revisar y actualizar los protocolos (redactados por el Ministerio de Sanidad o los Departamentos de Salud

de las comunidades autónomas) con los que se guían los profesionales sanitarios a la hora de hacer los exámenes de salud, que además deberían ser más ágiles y prácticos. Desligar el certificado de aptitud de los exámenes de salud en los casos de vigilancia de la salud voluntaria. En estos casos, más que de aptitud deberíamos hablar de qué recomendaciones, si fuera el caso, se podrían dar a la empresa, con tal de mejorar las condiciones de trabajo en caso de detectarse alguna anomalía en la salud de los trabajadores relacionada con el trabajo o algún riesgo que se hubiera pasado por alto durante la evaluación de riesgos.

Hay que destacar que los médicos y enfermeros del trabajo están muy capacitados después de una larga y rigurosa formación. La medicina y enfermería del trabajo puede ofrecer mucho a empresas y trabajadores, y su función no debería reducirse a la vigilancia de la salud, como tampoco la vigilancia de la salud se reduce a los exámenes de salud. Y, sobre todo, no hay que olvidar que los exámenes de salud tienen un papel importante (aunque no exclusivo) en la vigilancia de la salud, pero no constituyen un fin en sí mismos, y su objetivo final no es de salud general, sino de salud laboral y de contribución al sistema de prevención de riesgos laborales de la empresa. Por último hay que destacar que no habrá cambio en esta materia si no se trasladan estas reflexiones al necesario diálogo de los profesionales de la salud laboral con trabajadores y empresarios, agentes clave y sujetos de la prevención de riesgos laborales y de los avances que en este campo se pretendan conseguir, así como al diálogo con el sistema normativo y jurídico que regula la actividad.





La precariedad tras el cartel de "limpie esta habitación"

No es habitual que las editoriales aborden temas de salud laboral. Una de las excepciones recientes es el título *Las que limpian los hoteles* (Icaria, 2015), que el investigador en turismo Ernest Cañada ha escrito con la colaboración de una trabajadora del sector: Eulalia Corralero. El libro retrata las duras condiciones de trabajo de las camareras de piso en el sector turístico que tantas veces hemos denunciado en pEx a través de los testimonios de diez trabajadoras. Corralero señala una de las prácticas más habituales en los hoteles: aumentar el número de camas por hacer, manteniendo la jornada laboral de las camareras de piso. "Seguimos trabajando exactamente igual que en los años 50, con el mocho de toda la vida", denuncia la limpiadora. El estrés todavía es mayor entre las trabajadoras subcontratadas y las temporales: "Si yo hago 24 habitaciones y la que entra nueva no hace 24, la despiden", afirma Corralero.

ISTAS publica un tríptico sobre intervención sindical frente a los riesgos psicosociales

Este tríptico está dirigido a delegados y delegadas de CCOO y pretende ser una introducción a nuestros retos sindicales y a cómo intervenir sindicalmente en el campo de la organización del trabajo y la prevención de los riesgos psicosociales. Recoge la experiencia de CCOO en los últimos años, y es una invitación a actuar por una organización del trabajo más saludable, es decir, más justa y democrática. Se puede consultar en la web de ISTAS y en esta sección de recursos de la edición digital de pEx.

Prevención de riesgos ergonómicos en el sector agrario

A lo largo de 2015, la Asociación Agraria de Jóvenes Agricultores (ASAJA), la Unión de Pequeños Agricultores y Ganaderos (UPA), la Coordinadora de Organizaciones de Agricultores y Ganaderos (COAG), la Federación Agroalimentaria de Comisiones Obreras (FEAGRA) y la Federación de Industria y Trabajadores Agrarios de la Unión General de Trabajadores (FITAG) han desarrollado conjuntamente un proyecto cuyo resultado ha sido la ampliación del portal multimedia para la promoción de la ergonomía en el sector agrario creado y desarrollado en el año 2014, con la financiación de la Fundación para la Prevención de Riesgos Labo-



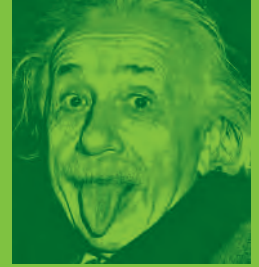
Recursos

rales (Acciones: AS 0215/2014, AS 0216/2014, AS 0217/2014, AS 0218/2014, AS 0219/2014).

El portal pretende ser un elemento de referencia destinado a dar a conocer la importancia de los riesgos ergonómicos en el sector agrario y a promocionar actitudes y comportamientos seguros mediante la comprensión de los mismos y la aplicación de medidas preventivas y buenas prácticas. Los agentes del sector tienen en este portal información general del mismo, así como aspectos específicos relacionados con los riesgos ergonómicos y las principales situaciones de riesgo. Además pueden acceder a fichas específicas de tareas, tanto de la actividad agrícola como ganadera, en las que se realiza la identificación de los principales factores de riesgo ergonómicos y sus causas, así como de medidas preventivas y recomendaciones para su minimización. En esta actualización se incorpora también un glosario con los términos habituales en esta materia y sectores. Se trata de un instrumento preventivo y formativo dirigido a empresarios, trabajadores y sus representantes, técnicos de prevención y formadores, que facilita la realización de acciones preventivas en las empresas del sector. Puede acceder a los contenidos "Portal multimedia para la promoción de la ergonomía en el sector agrario" en <http://agrario.ibv.org/> y a través de la edición digital de pEx.

El Instituto Federal Alemán de Seguridad Laboral ha publicado un código de prácticas para el manejo seguro de los nanomateriales

Un número creciente de empresas, especialmente las pequeñas y medianas empresas, está iniciándose en el campo de la nanotecnología sin orientaciones claras sobre cómo proteger la salud y seguridad de sus trabajadores y trabajadoras. Para orientar a pymes e institutos de investigación, el Instituto Federal Alemán de Seguridad Laboral (BAuA) ha publicado recientemente un código de prácticas para el manejo seguro de los nanomateriales. El documento íntegro, con el título "Manejo seguro de los nanomateriales y otros materiales avanzados en los lugares de trabajo", se puede consultar en la web de pEx en esta misma sección de recursos. El documento plantea que el uso de nanomateriales es compatible con la evaluación de riesgos y la prevención es posible. En términos prácticos establece cuatro criterios para una evaluación adecuada del riesgo. Estos criterios son: evaluar la condición física del nanomaterial (presente en una matriz, en forma líquida o en forma de polvo), la solubilidad del nanomaterial, la morfología de la fibra y la toxicidad de la sustancia a nanoescala. En base a estos criterios plantea la necesidad de elaborar un plan de prevención adaptado a los respectivos grupos de nanomateriales. La estrategia preventiva que se propone en el documento utiliza el criterio de precaución y sigue la lista de prioridades del principio STOP: sustitución, medidas técnicas, organizativas y medidas de protección personal.



porEvidencia

Actualidad científica

Confirmación de la evidencia de la relación entre diversas exposiciones laborales y el cáncer sino-nasal

Que el cáncer sino-nasal está asociado a exposiciones laborales ya se conoce, pero los estudios que los relacionan con otras, aparte de la madera y la piel, se basan generalmente en poblaciones de pequeño tamaño. En este trabajo, los investigadores realizan una revisión de los estudios existentes desde 1985, bajo unos criterios de calidad que permiten valorar la fuerza estadística de los mismos. Sus resultados muestran que, además de las exposiciones mencionadas, se debe considerar que el formaldehído en la industria textil y los compuestos de níquel/cromo incrementan el riesgo de sufrir este tipo de cáncer. Concluyen los autores con la idea que la no consideración de este tipo de cáncer, que tiene alta tasa de mortalidad y que compromete seriamente la calidad de vida, compromete el conocimiento adecuado de su naturaleza, así como las medidas preventivas que se deben tomar.

Binazzi A, Ferrante PP, Marinaccio A. Occupational exposure and sinonasal cancer: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer (2015).

Exposición laboral al sol en la construcción. Resultados de un estudio de intervención en Reino Unido

Teniendo en cuenta que la radiación ultravioleta del sol es un factor de primer orden para el desarrollo del cáncer de piel (con datos de 2010 se estima que esta radiación es la responsable del 90% de los casos de melanoma en hombres de Reino Unido), y la importancia de este riesgo entre los trabajadores de la construcción, los autores se proponen valorar una intervención educativa dirigida a reducir la exposición entre los trabajadores de este sector. Se contó con un DVD de una duración de 12 minutos (disponible en la web notimetolose.org.uk) y un cuestionario que debían cumplimentar los trabajadores, en el marco de una campaña nacional contra el cáncer laboral denominada "no time to lose". Respecto a un grupo de comparación de trabajadores que no habían visto el DVD, los trabajadores que sí lo habían hecho mostraron una mejora en cuanto a la adopción de nueve de las medidas propuestas: uso de prendas protectoras, chequeo regular de la piel, rotación de tareas para minimizar la exposición, llevar gafas protectoras o reducir el tiempo de trabajo bajo el sol en las horas de más exposición. A pesar de estas mejoras, que se mantuvieron en el tiempo, los autores reconocen que esta estrategia de formación resultó insuficiente, y que las acciones deben tener en cuenta el papel de liderazgo de los superiores, y la coherencia de las políticas de prevención en la empresa. En todo caso, al margen de poner de manifiesto la necesidad de evaluar las intervenciones preventivas, los investi-

gadores concluyen que se pueden realizar intervenciones de bajo coste económico para luchar contra el cáncer laboral determinado por la exposición al sol.

Houdmont J, Madgwick P, Randall R. Sun Safety in construction: a UK intervention study. Occup Med(Lond). 2015, sept.

Más evidencias sobre el efecto sindicato sobre la siniestralidad

En un estudio realizado entre trabajadores de la construcción por investigadores del Institute for Work & Health de Canadá, se pone de manifiesto que los trabajadores afiliados a un sindicato reportan con más frecuencia accidentes de trabajo, aunque con una mayor proporción de accidentes sin baja. En concreto, entre los trabajadores afiliados a un sindicato encontraron un 28% más de accidentes sin baja, así como un 14% menos de accidentes con baja en comparación con los trabajadores no afiliados, datos resultantes de controlar el efecto del tamaño de empresa. A juicio de los autores, este hecho sugiere que las empresas donde existen sindicatos son más seguras por una posible mejor formación, o por tener unos programas de prevención más eficaces. Además, indica que los trabajadores sindicados no tienen miedo a declarar todos los accidentes que se producen.

Benjamin C. Amick et al. Protecting Construction Worker Health and Safety in Ontario, Canada. Identifying a Union Safety Effect. J Occup Environ Med. 2015 Sep 2. [Epub ahead of print].

Buenos efectos del cambio de la normativa sobre los pinchazos por agujas en el sector sanitario

Desde 2008, en Ontario se cuenta con una normativa que regula el riesgo de lesiones por pinchazos de aguja que plantea el uso de jeringuillas aprobadas y diseñadas para minimizar el riesgo de pinchazos; tras su aprobación, la autoridad laboral puso en marcha un plan específico para forzar el cumplimiento de dicha normativa. Los investigadores recogieron la información necesaria para el estudio del registro de los problemas de salud laboral sufridos por los trabajadores y del servicio de urgencia al que acuden los mismos durante los años 2004 a 2012, con el fin de comparar el periodo previo a la normativa y el posterior. Se comprobó una reducción de los accidentes relacionados con agujas hasta del 67% según el subsector estudiado y el origen de los datos. Aunque, como afirman los autores, aún queda mucho por hacer, plantean como una necesidad valorar el impacto de las normativas aplicadas.

Chambers et al. BMC Health Services Research (2015). Trends in needlestick injury incidence following regulatory change in Ontario, Canada (2004–2012): an observational study. BMC Health Services Research 15(1).

454 muertos: ¿Qué hará el nuevo Gobierno en materia de salud laboral?

Cuando se publique este nuevo número de la revista ya se sabrá el resultado de las elecciones generales del 20 de diciembre. Sin embargo, gane quien gane, poco sabemos sobre cuál será la política que en materia de salud laboral desarrollará el nuevo Gobierno entrante. Sabemos, más o menos, por dónde irán los tiros en materia laboral, fiscal, antiterrorista, educativa o en referencia al marco territorial del Estado, pero no se ha hecho explícita, que conozcamos, ninguna medida concreta para mejorar la salud de los trabajadores y las trabajadoras. Toda una muestra de la importancia que merece para las formaciones políticas que se presentan a estas elecciones generales este tema. Tal vez opinen que no existe un problema real en esta materia, o que, dada la firma de la Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, ya está todo resuelto en ella. Pues, ni una cosa ni la otra.

Desde enero de 2012 hasta el último dato publicado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, septiembre de 2015, han muerto 2.156 personas en accidentes de trabajo. Pero, además, desde 2013 se observa un crecimiento continuado no solo de accidentes de trabajo, sino también del número de partes comunicados de bajas por enfermedades profesionales, que, como ya hemos señalado en alguna ocasión, además presentan un claro subregistro. La tendencia decreciente se rompe a partir de esta fecha. El dato más negativo muestra que, desde 2013, el número de accidentes laborales que causan muerte aumenta. El último dato señala que hasta el mes de septiembre, y en comparación con el mismo período del año anterior, el número de accidentes mortales ha crecido un 11%. Hablamos de 38 fallecimientos más, con un total en estos nueve meses de 454 trabajadores y trabajadoras fallecidos mientras trabajaban. Quedémonos, para evitar demagogias innecesarias, con lo que significa la ruptura de la tendencia decreciente en accidentes mortales.



Por otra parte, la Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 es un documento aprobado por el Gobierno (24 de abril de 2015) y consensuado con la Administración General del Estado, las comunidades autónomas (con máximas competencias en la materia) y los interlocutores sociales (patronales y sindicatos más representativos), que sirve de marco para el desarrollo de las políticas públicas en materia de salud y seguridad en el trabajo, pero que, obviamente, no explicita la propia política. Es una guía, no un programa de gobierno.

Por lo tanto, hubiera sido todo un detalle que, ante semejantes datos, y en base a la guía que supone la estrategia, los partidos políticos hubieran propuesto medidas urgentes para atajar el aumento, inasumible para una sociedad democrática, del número de afectados por accidentes de trabajo y enfermedad profesional. La crueldad de estas cifras, tal y como ocurre con otros sucesos que suponen el deterioro de la salud de las personas y, más aún, cuando conlleva la misma pérdida de vidas humanas, deberían poblar las portadas de los periódicos, las cabeceras de las noticias en televisión y radio y, por supuesto, los programas electorales. En cambio, nada sobre el horizonte. ¿Son muertes asumidas, interiorizadas, normalizadas, una estadística más? Esperamos que no sea así y que todo sea fruto de un esperpéntico olvido. Pero para eso están los sindicatos, para recordárselo.