

OS DANOS PROFESIONAIS

INTRODUCCIÓN:

Na presente unidade didáctica, partiremos da conceptualización do termo, vendo a dificultade que encerra a súa definición, polo que a lexislación engade supostos aos establecidos no termo legal. Caracterizaremos o suceso dende diferentes focaxens e abordaremos o tema da orixe dos accidentes.

No caso das enfermidades profesionais, a problemática deriva da súa conceptualización restritiva e, se cadra debido a isto e tamén á perniciosa reforma laboral do PP, a incidencia destas non deixa de aumentar¹.

Pecharemos a unidade referíndonos aos riscos asociados ás novas tecnoloxías e a súa prevención e a caracterización do cumprimento do deber de vixianza da saúde.

CONCEPTO AT:

A norma UNE 81.902 define accidente de traballo como “todo suceso anormal non previsto e normalmente evitable que pode causar dano ás persoas e que normalmente interrompe a continuidade do traballo”. Como podemos observar os danos persoais non son unha condición “*sine qua non*”² para cualificar un accidente como de traballo (desde un punto de vista preventivo).

En sentido legal vincúlase o accidente de traballo con lesións e si non se producen danos persoais non existe accidente de traballo, neste suposto denomínanse incidentes. O termo accidente de traballo se reserva para aqueles sucesos que ocasionan danos n@s traballador@s por conta allea, e iso debido á especial protección que en materia de seguridade social gozan; así a Lei de Prevención, sinala que tanto o concepto como o réxime xurídico do accidente de traballo, a enfermidade profesional, o accidente non laboral e a enfermidade común será o regulado na normativa do RD Lexislativo 1/1994 que aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social (LGSS) que no seu artigo 156.1, define o accidente de traballo como “toda lesión corporal que @ traballador/a sofre con ocasión ou a consecuencia do traballo que executa por conta allea”. A diferenza fundamental coas definicións prevencionistas, é que ten que existir lesión corporal. Ademais disto anterior, da definición dedúcese que a lesión deberá ser con ocasión do traballo e que este se desenvolva por conta allea. O dano corporal pode ser unha ferida, golpe, enfermidade, e tamén se asimilan as secuelas ou enfermidades psíquicas ou psicolóxicas. En canto á relación causa/efecto xoga a presunción iuris tantum³ si o feito sucede durante o tempo e lugar de traballo.

1 https://www.eldiario.es/economia/supremo-critica-legislacion-enfermedades-laborales-excluir-limpiadoras_1_9601421.html

2 “Sen a cal non”

3 Presunción de que o suceso ten relación co traballo salvo proba en contrario

O concepto de accidente de traballo, precisamente polos intereses afectados, é flexíbel, e neste sentido o artigo 156.2 LGSS amplía o concepto a sete supostos máis:

Accidente in itinere : son os accidentes sufridos no traxecto de ida ou volta ao traballo. Con todo no accidente in itinere só se inclúen as lesións súbitas e violentas, non afectando a doenzas e/ou enfermidades xurdidas ou manifestadas no traxecto de ida e volta ao traballo.

Para a cualificación do accidente in itinere como de traballo, esíxese a concorrencia de catro requisitos:

- Que haxa un desprazamento sen interrupción, aínda que si permítense pequenas interrupcións.
- Que o accidente de traballo prodúzase próximo á entrada ou saída do traballo.
- Que se produza no traxecto habitual de desprazamento. Non ten porque tratarse do domicilio habitual, cando se trata de inicio ou final de vacacións ou ben de desprazamento de fin de semana.
- O medio de transporte que se utilice debe ser racional e adecuado.

Distinto ao accidente in itinere é o accidente in misión, que son aqueles sufridos nos desprazamentos a consecuencia do traballo; amplíase a presunción de laboralidade de tal modo que abarca a todo o desenvolvemento do desprazamento e da concreta prestación dos servizos, incluíndo tamén as enfermidades e doenzas.

Accidentes acaecidos por ocasión ou consecuencia do cumprimento de ordes d@ empresari@ ou espontaneamente en interese do bo funcionamento da empresa:

Atopámonos ante traballos que son distintos dos propios da categoría pero a xurisprudencia quixo darlles o cariz de laboralidade, así en STS de Estremadura de 15/02/1995 recoñecéuselle a un xefe de obras que se lesionou ao cargar un saco de cemento.

Accidentes sufridos con ocasión ou consecuencia do desempeño de cargos electivos de carácter sindical: inclúense tamén os ocorridos ao ir ou ao volver do lugar en que se exerciten as funcións propias de devanditos cargos. Para que o accidente sufrido sexa laboral debe acreditarse a relación causal entre este e o desempeño da actividade sindical.

Accidentes acaecidos en actos de salvamento ou socorro por orde d@ empresari@ ou espontaneamente. Non expón ningunha dúbida cando sucede na propia empresa, máis difícil é cando sucede o acto nunha empresa diferente, pero a xurisprudencia inclínase por consideralo como de traballo e así se considerou o salvamento dun bañista realizado por un camareiro dun bar situado a beiras do mar (TCT⁴ 12/12/1983).

As enfermidades contraídas pol@ traballador/a con motivo da realización do seu traballo e que non se inclúan como enfermidades profesionais: Sempre que se probe que a enfermidade tivo por causa exclusiva a execución do mesmo (acreditar causa-efecto). Por exemplo un infarto de miocardio provocado pola realización dun gran esforzo. Numerosas sentenzas manifestan que no suposto de enfermidades manifestadas durante o tempo e lugar de traballo débese invertir a carga da proba, de maneira que é @ empresari@ ou entidade aseguradora a que debe demostrar a non relación causa-efecto.

4 Tribunal Central de Traballo.

As enfermidades ou defectos padecidos con anterioridade ao accidente, pero que se agraven como consecuencia del: o accidente de traballo actúa como desencadeamento da enfermidade ou defecto. O suceso desencadeamento pode ser a enfermidade psíquica que padecía agravada como consecuencia do trauma que lle produce un accidente laboral (TSJ de Baleares de 15/01/1993),...

As consecuencias lesivas que se deriven de enfermidades intercorrentes: considéranse enfermidades intercorrentes aquelas que constitúen complicacións do proceso patolóxico derivado dun accidente de traballo ou as que teñen a súa orixe en afeccións adquiridas no novo medio en que se situou ao accidentado para a súa curación. Exemplos son a diabetes desencadeada ou agravada polo tratamento a que foi sometido un traballador a consecuencia dun accidente de traballo, ou a septicemia dun traballador producida nun hospital onde se atopaba a consecuencia dun accidente laboral previo.

Como dixemos, existe presunción, agás proba en contra (*iuris tantum*), que todas as lesións sufridas pol@ traballador/a durante o tempo e lugar de traballo, son AT (art 156.3). Con todo o artigo 156.4 exclúe da consideración de accidente de traballo as seguintes causas:

- As que sexan debidas a forza maior estraña ao traballo, ao romper o nexo causal ao non gardar relación co traballo. A xurisprudencia aplica moi limitadamente esta excepción.
- Os debidos a dolo ou imprudencia temeraria d@ traballador/a. O dolo implica o desexo de lograr os beneficios a que dá lugar un accidente de traballo, e a imprudencia temeraria implica que a persoa actúe con clara conciencia e patente menosprezo do risco.

Para finalizar co concepto legal de accidente de traballo, o artigo 156.5 indica que se cualificará como accidente de traballo:

- A imprudencia profesional consecuencia do exercicio habitual dun traballo derivada da confianza que este inspira.
- A concorrencia de culpabilidade civil ou penal d@ empresari@, dun/ha compañeir@ de traballo ou dun/ha terceir@, sempre que garde relación co traballo. Así se considerou accidente de traballo o asasinato dun camareiro por un cliente.

CLASIFICACIÓN DOS ACCIDENTES DE TRABAJO:

Os accidentes de traballo admiten unha gran variedade de clasificacións. Así, atendendo ás causas dos accidentes, estes pódense clasificar: accidentes debidos a factores materiais e accidentes debidos a factores humanos.

As causas máis frecuentes dos primeiros son, entre outras, a falta de protección persoal, deficiente protección de máquinas e ferramentas, pezas de traballo inaxeitadas, malas condicións de iluminación e/ou temperatura, exceso de ruidos,... Desde o outro punto de vista, os accidentes producidos por mor de fallos humanos atribúense, na súa maior porcentaxe, a deficiencias situadas a nivel fisiolóxico, psicolóxico e/ou social (ansiedade, angustia, alcoholismo, política de ascensos,...). Normalmente estas deficiencias xeran fallos de tipo

técnico, podendo contabilizarse como tales causas. Por iso, aínda sendo moi clara a causa técnica do accidente, investígase profundando nas áreas de tipo humano.

Atendendo aos resultados ou consecuencias máis comúns, pódense clasificar en:

- Accidente Branco: Aquel que non produce lesións, aínda que si poden existir perdas materiais.
- Accidente con baixa: é aquel que produce lesións tales que dan lugar a que se conceda legalmente ao traballador a IT.
- Accidente sen baixa: é aquel que produce lesións que non impiden ao traballador afectado o desenvolvemento normal da súa actividade, necesitando só unha leve asistencia médica ou unhas horas de descanso.
- Accidente típico: aquel que ademais de lesións provoca perdas materiais.

En relación a esta clasificación, debemos mencionar os resultados de Bird na súa pirámide: por cada accidente grave ou mortal, prodúcese 10 que dan lugar a IT ou de botiquín con ou sen danos materiais, 30 con danos materiais con ou sen lesión e 600 sen lesión nin danos materiais.

Finalmente a OIT a efectos de poder rexistrar os diversos accidentes en todos os países cun sistema unificado, ten un sistema de clasificación propio que fai referencia a estas variábeis:

- Forma do accidente: é a maneira na que se produciu, por exemplo: caída de persoas, caída de obxectos,...
- Axente material: é a instalación, máquina ou aparello que orixinou o accidente (prensas, guindastres,...).
- Parte do axente material: é o elemento do axente material que causa directamente a lesión, por exemplo correas, cables, cadeas, engrenaxes,...
- Natureza da lesión: refírese ao carácter da acción traumática producida (fractura, hemorraxia, luxación,...).
- Localización da lesión: parte do corpo na que se verificou a acción traumática: cabeza, tronco, membro superior,...

A ORIXE DOS ACCIDENTES E A TEORÍA DA CAUSALIDAD:

Na procura da orixe dos accidentes chegouse a afirmar unha certa predisposición de determinadas persoas a sufrir accidentes de traballo. Así o psicólogo alemán Marbe enunciou a súa famosa Lei de Marbe: “o 25 % das persoas expostas acumulan o 75% dos accidentes mentres que o 25% dos restantes accidentes distribúense entre o 75% da poboación exposta”. Con todo non parece demostrado cientificamente e aínda que é certo que si se dá o fenómeno da repetición de accidentes nunha mesma persoa, en moitos casos obedece á repetición duns mesmos riscos.

A relación entre traballo, risco, accidente e Seguridade é evidente: o traballo crea os riscos, os riscos provocan accidentes e a Seguridade trata de pór os medios para eliminar/minimizar os riscos e, con iso, os accidentes e as súas consecuencias. A seguridade atopa que a orixe dos accidentes atópase en fallos técnicos e fallos humanos. Considéranse fallos técnicos todas as

“condicións materiais inseguras, fallos técnicos e fallos materiais”. Os fallos humanos inclúen todas as accións inseguras. A influencia do factor humano nos accidentes sería practicamente nula, si non existisen os elementos materiais ou técnicos que o traballador se ve obrigado a utilizar.

A teoría da causalidade, baséase no principio de que os accidentes non son o produto da casualidade, todos teñen causas que poden ser descubertas. Para explicala partimos de tres axiomas:

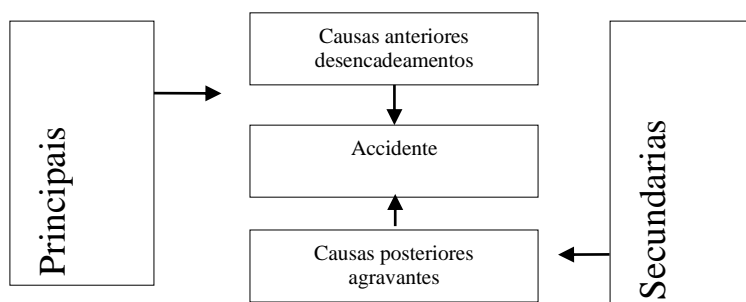
- Sobre a natureza das causas: Todo accidente é un fenómeno natural, e por tanto é producido por unhas causas naturais, non se debe nunca á casualidade nin a fenómenos sobrenaturais.
- Sobre a multiplicidade das causas: Na maioría dos accidentes non existe unha causa única que o explique, senón que adoitan ser múltiples e xeralmente relacionadas entre si.
- Sobre as causas principais e secundarias: Das múltiples causas distínguense as principais, que actúan como factores dun produto, de maneira que a eliminación dunha delas soa, implicará a eliminación do accidente. ($AT = C_1 * C_2 * C_3$ tq si $C_i = 0$, entón $AT = 0$).

As causas dos accidentes poden ser clasificadas segundo diversos criterios, os máis importantes serían:

- Atendendo á súa orixe falamos de causas técnicas e humanas, ás que xa nos referimos.
- Polos efectos que orixinan distínguense entre causas dos accidentes (son todas as que conforman o accidente ou o suceso anormal) e causas das lesións (son as que explican o contacto ou a acción lesiva).
- Pola súa importancia na xeración do accidente distínguense as causas principais (son as que están relacionadas factorialmente, de maneira que a eliminación dunha evita que se desencadee o accidente) e causas secundarias (son aquelas cuxa incidencia na xeración e desenvolvemento do accidente é relativa, xa que a súa eliminación non garante que o accidente non ocorra).

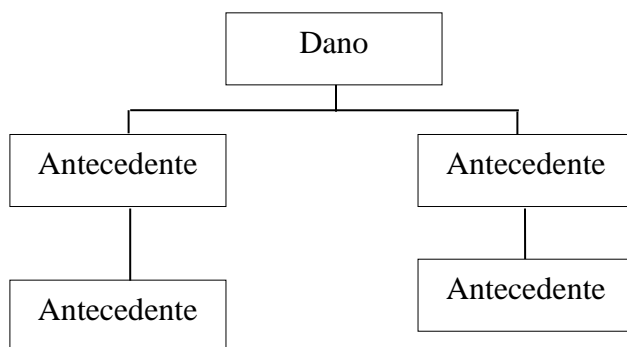
A ÁRBORE DE CAUSAS:

É a representación gráfica da cadea de circunstancias ou antecedentes que directa ou indirectamente déronse no momento inmediatamente anterior ao accidente e que permitiron ou posibilitaron a materialización do mesmo. Tamén pode representar os feitos posteriores que o agravaron.



Como se elabora?:

Constrúense de arriba cara abaixo, partindo do suceso último e delimitando os seus antecedentes inmediatos co propósito de construír a árbore feito a feito...



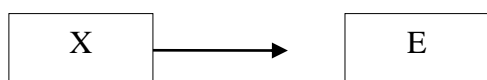
A cada feito fánelle as seguintes preguntas para buscar o seu antecedente:

- Que antecedente X causou directamente o antecedente E?
- Foi o antecedente X suficiente para por si mesmo poder causar o antecedente E?
- Si non é así, Que outros antecedentes Z,T,... son tamén necesarios para causar directamente E?

Tipos de conexións entre antecedentes:

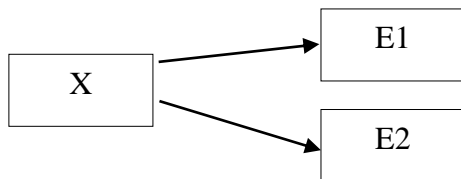
- Secuencia ou cadea:

X é necesario e suficiente para que ocorra E: un antecedente ten unha causa directa e única.



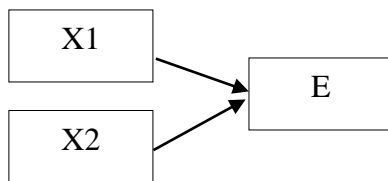
- Disxunción:

X é necesario e suficiente para que ocorran E1 e E2: dous ou máis antecedentes teñen unha causa directa e única.



- Conxunción:

Cada antecedente X1, X2,... é necesario para que ocorra E, pero ningún suficiente por si só. A conxunción de dúas ou máis é necesaria.



Debemos lembrar que na orixe dos accidentes atópanse problemas ou fallos de estrutura da empresa e de organización do traballo, que vinculados coa seguridade, repercuten negativamente na mesma.

A EP CONCEPTO LEGAL E PROBLEMÁTICA:

CONCEPTO:

A conceptualización da EP pódese abordar desde 2 puntos de vista:

Desde un punto de vista técnico a EP, *é a deterioración lenta e gradual de la saúde do traballador, producido por a exposición crónica a situacións adversas no ambiente de traballo ou pola forma na que éste está organizado.*

Desde un punto de vista legal: ou Art 157 TRLXSS (1994) define la EP como *a contraída con ocasión do traballo x c/ allea nas actividades establecidas no cadro do Decreto 1299/2006, si e só si, aquela derívase da acción da sustancia ou elemento, recollidos no cadro para cada tipo de EP.*

Desta definición, podemos resaltar os seguintes aspectos para o recoñecemento da EP:

- Traballo x c/ allea. Con iso exclúese a enfermidade adquirida en calquera outra modalidade de traballo como é a dos traballador@s autónomos (a LXSS inclúe la posibilidade que os traballador@s autónomos podan concertar voluntariamente la protección por EP).
- Con ocasión ou por causa do traballo.
- Provocada por determinados elementos ou substancias que se inclúan no D 1299/2006 de EP.
- Que exista relación entre as substancias e/ou elementos e la actividade listada en o cadro do Decreto.

PROBLEMÁTICA LEGAL:

A consecuencia que podemos extraer do anteriormente mencionado é que non toda enfermidade adquirida a consecuencia do traballo, aínda que este sexa por conta allea, pode ser oficialmente recoñecida como enfermidade profesional. Con todo, podemos dicir que as actividades alí incluídas son as principais, pero en ningún caso isto exclúe que haxa outras actividades non incluídas capaces de producilas. A Resolución de 30 de Decembro de 1993, foi o primeiro paso na supresión da rixidez característica da normativa pois eliminou o requirimento de que para catalogar unha enfermidade como profesional, esta, ademais de ter a súa causa nun dos axentes enfermantes listados, houbese de derivarse tamén do exercicio de actividades determinadas. O segundo paso foi a Declaración para o Diálogo Social, subscrita en xullo de 2004 polo goberno, as organizacións sindicais e as organizacións empresariais, estableceu un amplo proceso de diálogo tras o que se subscribiron (en xullo de 2006) un Acordo sobre medidas en materia de Seguridade Social que contemplaba a aprobación dunha nova lista de enfermidades profesionais e a modificación do sistema de notificación e rexistro (encargando ao MTAS a aprobación do novo modelo de parte de EP desde comezos do 2007). Neste sentido o Real Decreto 1299/2006 permite considerar como enfermidades profesionais as contraídas no exercicio doutras actividades distintas ás contempladas na expresada lista, aínda que se esixe que o axente causante da EP incluído na lista, si estea presente en devandito ambiente de traballo.

Porén, a lista de enfermidades profesionais podería seguir sendo moi restritiva aínda que, ademais da incorporación dunha nova lista de EP seguindo a Recomendación 2003/670/CE relativa á lista europea de EP e, como figura no anexo II do RD, inclúese unha lista con enfermidades que se sospeita teñen orixe profesional e poderían ser incluídas no futuro. Existe a maiores a posibilidade dunha actualización específica en función da realidade socio-laboral do noso país a proposta do Ministerio de Traballo, tras informe previo do Ministerio de Sanidade e da Comisión Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo.

O novo RD pretende facerse eco dos avances considerábeis nos procesos industriais, coa consecuente introdución de novos elementos e sustancias e, ao propio tempo, as investigacións e o progreso no ámbito científico e no do medicamento permiten un mellor coñecemento dos mecanismos de aparición dalgunhas enfermidades profesionais e da súa vinculación co traballo. Polo anterior, o Real Decreto legislativo 1/1994, tenta o recoñecemento da enfermidade de orixe laboral por outra vía: as enfermidades de orixe laboral non recoñecidas como enfermidades profesionais por non reunir os requisitos legalmente exixibles consideraranse como accidentes de traballo a condición de que se probe a relación causa-efecto (a carga da proba adxudícase @ afectad@, e non existe presunción *iuris tantum*).

Visto o anterior podemos dicir que a problemática da enfermidade profesional deriva fundamentalmente de 3 cuestións:

Mentres o AT é un concepto universal que abarca todas as situacións traumáticas producidas en e durante o desenvolvemento do traballo, a enfermidade profesional ten un concepto restritivo e nacional (enfermidade profesional será só aquela declarada pola

normativa nacional). Desde este prisma unha enfermidade, para que sexa considerada como profesional, debe pasar un camiño longo e difícil:

- En primeiro lugar a enfermidade como tal debe estar incluída no Cadro de enfermidades profesionais.
- Pero non basta o anterior xa que o axente nocivo, no suposto de non ser unha actividade listada, debe poder ser identificado no ambiente de traballo.
- Si a enfermidade non está incluída no Cadro pode ser recoñecida como accidente de traballo, pero só si conséguese demostrar que ten por causa “exclusiva” o traballo desenvolvido.

Ao anterior debemos engadir o feito de que as enfermidades profesionais clásicas están en retroceso⁵: a silicose (a utilización de auga para humedecer as paredes da mina fai que exista menos po en suspensión) a xordeira profesional (utilización de cascos protectores) ou o amianto (asbestose, mesotelioma pleural que retroceden en moitos países debido ás restricións legais producidas e mesmo a prohibición da súa utilización) e aumentan outras como as afeccións articulares, debidas as sedentarismo, posturas inadecuadas e a repetición de xestos; ou enfermidades de orixe psicosocial como a tensión, mobbing ou burnout (estas 3 últimas teñen unha orixe laboral pero que non teñen un recoñecemento como enfermidade profesional). Así, (aínda que a aprobación do “novo” RD mitiga isto ao actualizar enfermidades, sustancias e actividades) gran parte das enfermidades que figuran na lista non se notifican talvez porque nin sequera se dan actualmente mentres que as que verdadeiramente están a afectar á poboación traballadora non se declaran porque non son obxecto de notificación ao non estar listadas.

O desenvolvemento da enfermidade supón un contratempo á hora do seu diagnóstico e recoñecemento: a súa manifestación é lenta, normalmente os primeiros síntomas aparecen transcorridos anos e en ocasións o suxeito abandonou a actividade ben por acceder á xubilación ou ben por cambiar de actividade, co cal será difícil relacionar a enfermidade e a súa orixe laboral (o novo RD palía esta situación ao indicar que se recoñecerán enfermidades profesionais @s traballador@s que non se atopan en situación de alta)

En canto ao tratamento preventivo hai unha tendencia a ocuparse do accidente como algo totalmente á marxe doutros danos á saúde derivados do traballo. O anterior presupón que é posible que unha empresa se ocupe con rigor de evitar os accidentes de traballo mentres mantén situacións de risco noutros terreos a condición de que ditas situacións non se manifesten en lesións traumáticas inmediatas. Considérase que o máis grave é o que máis se ve. Ocúltase que hai bastantes máis mortes por enfermidade laboral que por accidentes de traballo.

Unha solución para evitar estes problemas pasaría por adoptar un concepto legal máis amplo da enfermidade profesional, por exemplo nos Países Baixos enténdese por enfermidade

⁵ Ollo, porque a precariedade que trouxo a crise económica, está detrás do repunte nalgunhas patoloxías derivadas de determinadas actividades, cuxa evolución estatística até entón, estaba en retroceso.

profesional *aquela enfermidade ou afección consecuencia, principalmente, do traballo ou das condicións en que se efectúa o mesmo* (lista non exhaustiva de enfermidades profesionais).

CLASIFICACIÓN DAS ENFERMIDADES PROFESIONAIS:

No RD 1299/2006 Nel inclúen todas as patoloxías que as Recomendacións Europeas contemplan como enfermidade profesional.

Esta listaxe ten 96 epígrafes distribuídos en seis grupos de enfermidade: 1) enfermidades profesionais causadas por axentes químicos; 2) enfermidades profesionais causadas por axentes físicos; 3) enfermidades profesionais causadas por axentes biolóxicos; 4) enfermidades profesionais producidas pola inhalación de sustancias e axentes non comprendidos nalgún dos outros apartados e 6) enfermidades profesionais causadas por axentes carcinoxénicos. Ten estrutura de dobre listado: por unha banda, o anexo 1 que contén a lista de enfermidades profesionais e por outra, o anexo 2, a lista complementaria de enfermidades cuxo orixe profesional se sospeita e cuxa inclusión en Anexo 1 podería contemplarse no futuro.

Grupo 1: Enfermidades profesionais causadas por axentes químicos (grupo)

- Metais (axente)
 - i. Arsénico e compostos (subaxente).
Preparación, emprego e manipulación do arsénico e os seus compostos, e especialmente:
 - 1. (...)
 - 2. Decapado de metais (actividade)
 - 3. (...)
 - ii. (...)
 - iii. Vanadio e os seus compostos
Obtención e emprego do vanadio e os seus compostos ou de produtos que o conteñan e especialmente:
 - 1. (...)
- Metaloides (axente)
- ...
- Sulfuros (axente)

Grupo 2: Enfermidades profesionais causadas por axentes físicos (grupo)

- Hipoacusia ou xordeira provocada polo ruído (axente):
 - i. Xordeira profesional de tipo neurosensorial, frecuencias de 3 a 6 KHz, bilateral simétrica e irreversible Traballo que expoñen a ruídos continuos cuxo nivel sonoro diario equivalente (segundo lexislación vixente) sexa igual ou superior a 80 decibelios A, especialmente (subaxente):
 - 1. Traballo de calderería (actividade)
- (...)
- Nistagmus dos mineiros (axente e subaxente)

- i. Traballador@s da minería subterránea (actividade)

Grupo 3: Enfermidades profesionais causadas por axentes biolóxicos (grupo)

- (...)
- Enfermidades infecciosas ou parasitarias transmitidas ao home polos animais ou polos seus produtos e cadáveres (axente e subaxente).
 - i. Gandeiros (actividade)
 - ii. (...)
- (...)

Grupo 4: Enfermidades profesionais causadas por inhalación de sustancias e axentes non comprendidas noutros apartados (grupo)

- Po de sílice libre: (axente)
 - i. Silicose
Traballos expostos á inhalación de po de sílice libre, e especialmente (subaxente):
 1. Traballos en minas, túneles, canteiras, galerías, obras públicas (actividade).
 2. (...)
 - ii. (...)
- (...)

Grupo 5: Enfermidades profesionais da pel causadas por sustancias e axentes non comprendidos nalgún dos outros apartados (grupo)

- (...)
- Axentes infecciosos (axente e subaxente)
 - i. Persoal sanitario (actividade)

Grupo 6: Enfermidades profesionais causadas por axentes carcinoxénicos (grupo)

- Amianto (axente)
 - i. Neoplasia maligna de bronquio e pulmón (subaxente).

Desmante e demolición de instalación

AS N.T. E A SÚA RELACIÓN COAS PATOLOXÍAS EMERXENTES.

Podemos dicir que coa Revolución Industrial no S XVIII, comeza a utilización de máquinas (elementos compostos por diversas partes móbiles, movidas por unha forza diferente da humana ou animal), a través do que se chama progreso tecnolóxico.

Este progreso tecnolóxico, ten como máximo expoñente, a aparición das Novas Tecnoloxías (NT), entre as que destacan as computadoras, que se introducen en todas as fases da actividade produtiva. Estas NT, reducen considerablemente a intervención cualitativa e cuantitativa do traballador no proceso produtivo, observando como as súas funcións tradicionais son substituídas por outras de control do funcionamento da máquina (algo que tamén pode ser automatizado). Estas NT, son custosas e é por iso que para rendibilizar o seu investimento, recórrese á organización do traballo a quendas que saque o maior rendemento das máquinas.

É indubidábel que o progreso tecnolóxico e a introdución das NT en todas as fases da actividade produtiva, produciron melloras na saúde laboral do traballador, posto que se separouse espacialmente @ traballador/a do proceso produtivo implicando a eliminación/minimización de riscos e prevención de AT e EP; reduciuse o desgaste corporal como consecuencia da automatización e a aplicación da ergonomía nas etapas de deseño destas NT; reducíronse as posturas de traballo forzadas;... Pero foron todo melloras? Non. A penosidade física que caracterizaba os traballos tradicionais, foi substituída por outra penosidade, a psíquica, que caracteriza procesos monótonos e repetitivos nos traballos con computadoras. Como exemplo temos o traballo con videoterminais, que produce fatiga visual. A carga física deriva en carga mental e un exemplo disto, vémoste ao analizar o contido do traballo dun/ha operari@ de máquina con mando numérico:

- Pór a máquina en inicio da tarefa.
- Pór en marcha o mecanismo da cinta de fabricación.
- escoitar se o ruído é normal e mirar, se é posíbel (porque as néboas, aceites e demais que se producen no proceso, dificultano).

Todo isto comporta nerviosismo e trastornos psicosomáticos @ traballador/a, ao ter que estar a vivir constantemente o proceso, ademais da perda de autoridade (posto que agora non hai persoas sobre as que exercer a autoridade senón máquinas).

Este epígrafe, condúcenos á conclusión de que os riscos preponderantes hoxe en día, teñen máis que ver con factores de risco ergonómicos e psicosociais que con condicións de seguridade ou hixiene. Polo tanto, o futuro da prevención atópase no uso de técnicas preventivas ergonómicas e psicosociais.

Os riscos da introdución de novas tecnoloxías defínense ao redor da palabra tecnoestrés (tensión provocada polas NT), que da lugar a unha serie de patoloxías. En medicina, defínese tensión, como o conxunto de patoloxías derivadas da discrepancia existente entre as esixencias da contorna e as capacidades físicas e psíquicas dun individuo para facerlles fronte nun momento determinado.

A tensión provocada por unha mala adaptación traballador/a-ambiente, significa que as esixencias ambientais non se axustan ás capacidades d@s traballador@s, ou que as oportunidades ambientais non satisfán as súas necesidades ou aspiracións. É dicir, o axuste dependerá tanto das características da situación como d@ traballador/a e do grupo.

Unha forma específica de tensión é a síndrome de burnout ("estar queimado"), que afecta principalmente a quen realizan o seu traballo en contacto con outras persoas. Esta síndrome maniféstase de varias formas: "o cansazo emocional, é a actitude máis clara. A persoa non resposta á demanda laboral e xeralmente atópase irritábel e deprimida"

O problema xorde pola falta de motivación no ámbito laboral. "Xeralmente son persoas que envorcaron moita enerxía no seu traballo, tiveron ilusións de progreso e o que anteriormente vían como unha vocación, na actualidade irritaos". Os problemas internos entre a empresa e o individuo poden ser un dos factores que xera empregad@s queimad@s. "A desorganización

debida á falta de claridade nos roles e as tarefas que debe desempeñar cada quen, a competencia desmedida entre compañeir@s, un lugar físico insalubre,... Outro factor que inflúe é @ traballador/a e a capacidade de adaptación que posúa, dúas persoas poden traballar xuntas e coas mesmas actividades e tarefas e presentar unha tensión e a outra non”.

A solución pode atoparse dentro da empresa. Ademais de organizar correctamente, deberíase buscar unha comodidade aceptable no ambiente de traballo que permita un bo desempeño, buscando novas tarefas que alenten un progreso nas funcións que desempeña e que motiven @ traballador/a.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DIANTE DOS RISCOS ASOCIADOS ÁS N.T.:

Recorrendo a un traballo realizado por Marisa Salanova, Eva Cifre e Pilar Martín para A revista “prevención, traballo e saúde”, podemos agrupar as medidas preventivas fronte aos potenciais tecnoestresores (tensión producida polas NT) en:

ACTUACIÓN NO SISTEMA SOCIAL:

- A nivel individual: debemos proporcionar formación en materia preventiva suficiente cando se produza a introdución de NT. A falta de formación ou o seu uso deficiente é causa de niveis elevados de tensións cando se tenta aprender o uso do sistema. Moitos programas formativos non van máis aló da simple explicación de como funciona o sistema. Como resultado, @s operari@s experimentan frustración, perden confianza nas súas competencias e desenvolven reaccións e actitudes negativas, cara ao sistema. A formación debe ir máis aló de explicar o funcionamento dun programa, deberíase pular @s usuari@s a que investiguen pola súa conta e acumulen experiencias positivas no uso das NT.
- A nivel organizacional: como consecuencia da introdución das NT, deseñaranse ou redeseñaránse os postos para permitir que @s usuari@s se relacionen c@s compañeir@s, que se adapte o ritmo das NT @ traballador/a, que os traballos non sexan monótonos ou repetitivos, que permitan desenvolver as súas capacidades, que as condicións físicas do traballo en canto a ruído, temperatura, iluminación,... sexan seguras. As técnicas están baseadas no enriquecemento do posto, ampliación ou rotación,...

Outras técnicas que poderíamos desenvolver a nivel organizacional, serían as de información e comunicación. A organización deberá aceptar o sistema antes de implantalo. Xeralmente as situacións de cambio adoitan producir reaccións de rexeitamento; é o que se coñece como a resistencia ao cambio: os hábitos, o costume, a rutina,... dannos seguridade no control do ambiente, mentres que o novo, pode xerar sentimentos de non controlar a situación. Así, a dirección debe informar ao cadro de persoal coa suficiente antelación sobre a introdución dos sistemas tecnolóxicos utilizando canles de comunicación tanto ascendentes como descendentes.

ACTUACIÓN NO SISTEMA TÉCNICO:

É importante o deseño do sistema tecnolóxico para lograr o seu axuste @s usuari@s (facilidade de uso, flexibilidade, confort, seguridade,...). A tecnoloxía implantada será usada por persoas, e así os criterios a ter en conta para previr posibles reaccións negativas d@s usuari@s pódense incluír en deseñar unha tecnoloxía que cumpra tres requisitos básicos:

- Teña un deseño ergonómico en canto a posición de traballo e deseño do software no referente a interacción co sistema (cursor constantemente parpadexando, petición de novos datos, excesivas mensaxes de erro,...)
- Sexa funcional: o sistema debe cubrir as necesidades e demandas que as tarefas esixan @ usuari@. Para iso habería que realizar un estudo previo das necesidades do traballo.
- Sexa usábel: é a capacidade que ten un sistema para ser usado con éxito, con independencia da súa funcionalidade.

VIXIANZA E CONTROL DA SAÚDE D@S TRABALLADOR@S:

O termo "vixilancia da saúde d@s traballador@s" engloba unha serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades e orientadas á prevención dos riscos laborais, cuxos obxectivos xenerais teñen que ver coa identificación de problemas de saúde e a avaliación de intervencións preventivas.

A vixilancia das enfermidades e lesións de orixe profesional consiste no control sistemático e continuo dos episodios relacionados coa saúde na poboación activa co fin de previr e controlar os riscos profesionais, así como as enfermidades e lesións asociadas a eles.

A vixilancia da saúde, aínda que é unha actividade propia do ámbito da Medicina do Traballo, supón unha relación de interacción e complementariedade multidisciplinar co resto de integrantes do Servizo de Prevención. Necesita fornecerse de informacións producidas por outros especialistas e achega, á súa vez, os resultados da súa actividade específica ao ámbito interdisciplinar da avaliación de riscos e a planificación da prevención. Trátase dunha actividade para a que debe ser de aplicación o parágrafo segundo do Art. 15.2 do Regulamento dos Servizos de Prevención relativo a coordinación interdisciplinar.

A Vixianza da Saúde debe ser:

Garantida pol@ empresari@ restrinxindo o alcance da mesma aos riscos inherentes ao traballo.

Específica en función do ou dos riscos identificados na avaliación de riscos.

Voluntaria para @ traballador/a agás que concorran algunha das seguintes circunstancias:

- A existencia dunha disposición legal con relación á protección de riscos específicos e actividades de especial perigo.
- Que os recoñecementos sexan indispensables para avaliar os efectos das condicións de traballo sobre a saúde d@s traballador@s.
- Que o estado de saúde d@ traballador/a poida constituír un perigo para el/a mesm@ ou para terceir@s.

Confidencial dado que o acceso á información médica derivada da vixilancia da saúde de cada traballador restrinxirase @ propi@ traballador/a, aos servizos médicos responsábeis da súa saúde e á autoridade sanitaria.

Ética co fin de asegurar unha práctica profesional coherente cos principios do respecto á intimidade, á dignidade e a non discriminación laboral por motivos de saúde.

Prolongada no tempo, cando sexa pertinente, máis aló da finalización da relación laboral, ocupándose o Sistema Nacional de Saúde dos recoñecementos post-ocupacionais.

Contido axustado ás características definidas na normativa aplicable. Para os riscos que non sexan obxecto de regulamentación específica, a LPRL non especifica nin define as medidas ou instrumentos de vixilancia da saúde, pero si establece unha preferencia por aquelas que causen as menores molestias ao traballador, encomendando á Administración Sanitaria o establecemento das pautas e protocolos de actuación nesta materia. Este encargo concrétase no Regulamento dos Servizos de Prevención que encomenda ao Ministerio de Sanidade e Consumo e ás Comunidades Autónomas do establecemento da periodicidade e contido da vixilancia da saúde específica.

O contido de devanditos recoñecementos incluírá, como mínimo, unha historia clínico-laboral, onde ademais dos datos de anamneses, exploración física, control biolóxico e exames complementarios, farase constar unha descrición detallada do posto de traballo, do tempo de permanencia no mesmo, dos riscos detectados e das medidas de prevención adoptadas.

Realizada por persoal sanitario con competencia técnica, formación e capacidade acreditada é dicir por médicos especialistas en Medicina do Traballo ou diplomad@s en Medicina de Empresa e enfermeir@s de empresa.

Planificada porque as actividades de vixilancia da saúde deben responder a uns obxectivos claramente definidos e xustificados pola exposición a riscos que non se puideron eliminar ou polo propio estado de saúde da poboación traballadora.

Deberá abarcar:

- Unha avaliación da saúde d@s traballador@s inicial, despois da incorporación ao traballo ou despois da asignación de tarefas específicas con novos riscos para a saúde.
- Unha avaliación da saúde periódica específica, por traballar con determinados produtos ou en determinadas condicións reguladas por unha lexislación específica que así o esixa ou segundo risco/s determinados pola avaliación de riscos, ou a petición d@ traballador/a, cando @ mesm@ crea que as alteracións da súa saúde son producidas pola actividade laboral. A periodicidade non ten porqué axustarse a intervalos regulares; cada caso establécese nos protocolos específicos, e tamén vai depender da historia natural da enfermidade e das condicións de exposición.
- Unha avaliación da saúde despois dunha ausencia prolongada por motivos de saúde.

Incluindo a protección de:

- @s traballador@s especialmente sensíbeis como consecuencia de que @ empresari@ debe garantir a protección de tod@s aquel@s traballador@s que poidan verse afectados de forma singular por algún risco identificado no posto de traballo, polas súas características persoais, estado biolóxico ou que presenten algún tipo de discapacidade.
- @s traballador@s menores de idade, polo seu desenvolvemento incompleto e pola súa falta de experiencia para identificar os riscos do seu traballo.
- As traballadoras en período de embarazo, lactación e puerperio.

Sistemática porque as actividades de vixilancia da saúde deben ser dinámicas e actualizadas permanentemente captando datos e analizándoos, máis aló da puntualidade que pode suxerir a característica 'periódica'.

Documentada coa constatación da práctica dos controis do estado de saúde d@s traballador@s, así como as conclusións obtidas dos mesmos tendo a obrigaón @ empresari@ en determinadas exposicións (axentes canceríxenos, biolóxicos, químicos) de manter un rexistro dos historiais médicos individuais e de conservar o mesmo un prazo mínimo de 10 anos despois de finalizada a exposición, salvo normativa específica máis restritiva.

Informando individualmente @s traballador@s tanto dos obxectivos como dos métodos da vixilancia da saúde, que deben ser explicados de forma suficiente e comprensible, así como dos resultados.

Gratuíta posto que o custo económico de calquera medida relativa á seguridade e saúde no traballo, e por tanto o derivado da vixilancia da saúde, non deberá recaer sobre @ traballador/a (apartado 5 do artigo 14 da LPRL). Unha consecuencia do anterior é a realización dos recoñecementos médicos dentro da xornada laboral ou o desconto do tempo investido na mesma.

Participada respectando os principios relativos á consulta e participación d@s traballador@s ou d@s seus/súas representantes establecidos na Lei de Prevención de Riscos Laborais.

Cos recursos materiais axeitados ás funcións que se realizan.