



# LOS FONDOS DE COMPENSACIÓN PARA PERSONAS AFECTADAS POR EL AMIANTO



## Informe Osalan Abril 2012



## 1. RESUMEN

Aunque existen referencias antiguas acerca de la compensación de los trabajadores por los daños personales sufridos a causa del trabajo, modernamente ésta se ha realizado por dos procedimientos: hasta finales del siglo XIX prevalecieron los sistemas de compensación basados en la demostración de existencia de culpa por parte del empresario en el marco de una demanda civil por daños y perjuicios. Hacia finales del siglo XIX se impusieron en muchos países los sistemas de compensación *sin culpa* en los que el trabajador es indemnizado por el solo hecho de haber sufrido un daño en el trabajo, haya o no culpa del empresario, al que se considera *responsable objetivo* del daño. En estos sistemas, que han prevalecido hasta nuestros días, los fondos necesarios para la indemnización proceden de un seguro contratado (en general por obligación legal) por el empresario.

Los sistemas de compensación sin culpa, muy eficaces y eficientes cuando el daño se ha producido por accidente de trabajo, porque el daño se produce de inmediato y la relación de causa-efecto entre el trabajo y el daño suele ser obvia, lo son mucho menos en el caso de las enfermedades profesionales, en las que es frecuente que la enfermedad se manifieste bastante tiempo después de la exposición al agente causante de la misma.

El caso del amianto es particularmente complejo. En primer lugar, el tiempo de latencia entre la exposición y la aparición de la enfermedad es extraordinariamente largo, de entre 30 y 50 años en el caso del mesotelioma, la más grave de las patologías producidas por el amianto. En segundo lugar, un número de casos relativamente elevado (alrededor de un 20%) se produce en personas que no han estado expuestas profesionalmente al amianto, siendo la causa de la exposición la contaminación ambiental que, en muchos casos, no tiene un culpable definido. En tercer lugar, el número de afectados es relativamente elevado: en España, según los registros de mortalidad, entre 1977 y 2001 fallecieron 2.929 personas de mesotelioma, una enfermedad que en la práctica totalidad de los casos tiene su origen en una exposición al amianto.

Por todo ello, en algunos países se han constituido Fondos de Compensación específicos con el objetivo de compensar a las víctimas del amianto y, en general, a sus derechohabientes, en su caso. Dichos fondos, constituidos en Francia, Bélgica y Holanda, se diferencian en las patologías que consideran indemnizables, en la cuantía de las indemnizaciones concedidas a cada patología y en las fórmulas de financiación.

Para evaluar la posible creación de un fondo de este tipo en Euskadi se ha estimado la posible incidencia de patologías derivadas del amianto, concluyéndose que en los próximos años unas 1.000 personas al año enfermarán por causa de su exposición (laboral o no) al amianto. En alrededor de un 70% de los casos las patologías no serán invalidantes.

El coste de un fondo de compensación de las víctimas del amianto depende de qué patologías se consideran indemnizables y del nivel de indemnización atribuido a cada una de ellas. Considerando que se adoptasen niveles de indemnización elevados (similares a los de Francia), en función de las opciones sobre las patologías indemnizables el coste anual de un fondo podría oscilar entre unos ocho millones de euros al año si sólo se indemnizara el mesotelioma (como en Holanda) hasta unos treinta y dos millones de euros al año si se indemnizara toda la patología *posiblemente* originada por el amianto, incluidas las placas pleurales (como en Francia).

Respecto a la financiación de un fondo de este tipo debe señalarse que ineludiblemente debe proceder del presupuesto público en el caso de exposiciones no laborales, pero en el caso de exposiciones laborales, que son la mayoría, debería negociarse la financiación de las empresas (por ejemplo, mediante pactos de no litigación) y de la Seguridad Social, que debería recalificar prestaciones otorgadas como contingencia común a contingencia profesional.

## ÍNDICE :

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>2. ORIGEN DE LOS SISTEMAS DE COMPENSACIÓN DE LOS DAÑOS PERSONALES DE ORIGEN LABORAL .....</b>	<b>7</b>
<b>3. LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS DE COMPENSACIÓN DE LOS DAÑOS PERSONALES DE ORIGEN LABORAL .....</b>	<b>10</b>
<b>4. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE LAS INDEMNIZACIONES POR DAÑOS DEL AMIANTO.....</b>	<b>14</b>
4.1 Francia: el fondo de indemnización de las víctimas del amianto (fiva).....	15
4.2 Bélgica: el Asbestfonds-Fonds d'Amiante (AFA).....	26
4.3 El Instituut Asbestslachtoffers – IAS de Holanda .....	28
<b>5. UNA PROPUESTA PARA ESPAÑA: LA REALIDAD DE EUSKADI .....</b>	<b>29</b>
5.1 La magnitud del problema.....	29
<b>6. CONCLUSIONES: OPCIONES PARA LA CREACIÓN DE UN FONDO DE COMPENSACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DEL AMIANTO EN EUSKADI .....</b>	<b>36</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>40</b>

## **LISTA DE FIGURAS:**

Figura 1. Tiempo de latencia del mesotelioma. Adaptado de Haber y Haber 2011.....	10
Figura 2. Distribución de la detección de casos de mesotelioma en función del tiempo de exposición. Adaptado de Haber y Haber 2011.....	11
Figura 3. Distribución porcentual de la edad en el momento de detectarse la patología asociada a la exposición al amianto en Francia. Fuente: FIVA 2009.....	11
Figura 4. Evolución de las solicitudes nuevas recibidas por el FIVA. Fuente: FIVA 2009.....	17
Figura 5. Distribución de las víctimas indemnizadas por el FIVA en el año 2009. Fuente: FIVA 2009.....	18
Figura 6. Tasas de incapacidad de las víctimas atendidas por el FIVA. Fuente: FIVA 2009.....	20
Figura 7. Evolución del importe global de las indemnizaciones abonadas por el FIVA.....	22
Figura 8. Importe total de las indemnizaciones abonadas por el FIVA. Fuente: FIVA 2009.....	22
Figura 9. Evolución de la distribución de las indemnizaciones abonadas por el FIVA por tipo de patología. Fuente: FIVA 2009.....	23
Figura 10. Importe individual de las Indemnizaciones abonadas en función del estatus de la víctima. Fuente: FIVA 2009.....	23
Figura 11. . Evolución del porcentaje de solicitudes que dan lugar a una reclamación judicial contra el FIVA. Fuente: FIVA 2009.....	24
Figura 12. . Aumentos concedidos judicialmente sobre las indemnizaciones del FIVA. Fuente: FIVA 2009.....	25
Figura 13. Importación de amianto en España. Fuente: Solá 2001.....	30
Figura 14. Utilización del amianto en España. Fuente: Solá, 2001.....	31
Figura 15. Evolución del consumo de amianto en Francia. Fuente: INVS 2010.....	31
Figura 16. Comparación entre la evolución de las importaciones de amianto en Francia y España.....	32
Figura 17. Distribución por patologías de los casos indemnizados por el FIVA. Elaborado a partir de FIVA (2009).....	33
Figura 18. . Estimación de la incidencia de la patología por amianto en España.....	34
Figura 19. . Patología por amianto estimada en Euskadi 2003-2009.....	35
Figura 20.: Casos de cáncer de pleura en la CAE por quinquenios (fuente: registro del cáncer del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco).....	39
Figura 21. . Tasas de cáncer de pleura en la CAE. Índice de Incidencia anual por quinquenios (fuente: registro del cáncer del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco).....	40

## **LISTA DE TABLAS:**

Tabla 1. Estimación del número de fallecimientos por mesotelioma en distintos países en el período 1994-2008. Fuente: Park 2011 .....	14
Tabla 2. Distribución del origen de la exposición por sexo. Fuente: FIVA 2009.....	18
Tabla 3. Evolución de la distribución de las víctimas por patología. Fuente: FIVA 2009 .....	19
Tabla 4. Evolución de la financiación del FIVA (millones de euros) .....	21
Tabla 5. Consumo de amianto e incidencia de mesotelioma. Fuente: Tossavainen 2008.....	30
Tabla 6. Consumo de amianto en Francia según sus distintas aplicaciones. Fuente: INVS 2010 .....	32
Tabla 7. Patologías indemnizadas por distintos fondos de compensación de las víctimas del amianto. ....	36
Tabla 8. Estimación del coste anual de un sistema de compensación de las víctimas del amianto en Euskadi.....	37

## 2. ORIGEN DE LOS SISTEMAS DE COMPENSACIÓN DE LOS DAÑOS PERSONALES DE ORIGEN LABORAL

La historia de la compensación por las lesiones corporales sufridas por los trabajadores a causa del trabajo se remonta aproximadamente al año 2050 a.C. La ley de Ur-Nammu, rey de la ciudad-estado de Ur, establecía la obligación de que los trabajadores que sufrieran ciertas lesiones, por ejemplo fracturas, fueran compensados económicamente (Kramer, 1958). El código de Hammurabí, en 1750 a.C. preveía un conjunto similar de compensaciones, que se dieron también entre los antiguos griegos, romanos, árabes y chinos (Guyton, 1999).

Cuando en el siglo XIX la Revolución Industrial puso de manifiesto el alto peaje que obligaba a pagar en forma de daños a la salud de los trabajadores, las primeras medidas legislativas se dirigieron – inicialmente sin mucho éxito – a la mejora de las condiciones de trabajo, especialmente de mujeres y menores, los colectivos más afectados por los interminables horarios de trabajo y las insalubres condiciones de las fábricas.

El ejemplo más antiguo es la ley denominada *Health and Morals of Apprentices Act* promulgada en el Reino Unido en 1802, seguida por otras disposiciones similares en el resto de los países de Europa. En España, donde la industrialización fue relativamente tardía, no fue hasta 1873 cuando se promulgó la conocida como ley Benot, que prohibió el trabajo de los menores de diez años y limitó la jornada de trabajo a cinco horas para los niños menores de trece años y las niñas menores de catorce.

Estas y otras disposiciones similares eran lo que hoy llamaríamos *preventivas*: pretendían mejorar las condiciones de trabajo, pero no se planteaban el problema del resarcimiento de los daños sufridos por los trabajadores, que en esa época sólo tenían como posible vía de compensación el recurso a las acciones civiles contra los empresarios, cuyo alto coste solía ser prohibitivo para el trabajador lesionado o sus derechohabientes.

En el siglo XIX, en general, este tipo de pleitos solían fallarse a favor de los empresarios (Kramer, 1958) al aceptarse la inexistencia de culpa por parte de aquél, bien por la actuación negligente del propio accidentado (*contributory negligence*), bien por la contribución a la producción del accidente por parte de algún compañero (*fellow servant rule*), bien por la teoría de la “asunción del riesgo”: según esta argumentación, los trabajadores conocían de antemano los riesgos del oficio, por lo que aceptaban implícitamente los peligros asociados al mismo.

Con el transcurso de los años, sin embargo, los fallos a favor del trabajador se volvieron lo suficientemente frecuentes como para que los empresarios empezaran a sentirse incómodos con un sistema de compensación basado en la demostración de la existencia de culpa por parte del empresario.

En ese contexto la promulgación, en 1884, de la ley alemana del Seguro de Accidentes de Trabajo representó un progreso notable, al establecer el principio de que los trabajadores tenían en todo caso derecho a ser indemnizados por los accidentes de trabajo sufridos, independientemente de la existencia de culpa por parte del empresario, que debía obligatoriamente contratar un seguro que garantizase los pagos: los trabajadores quedaban pues liberados de la costosa obligación de probar la culpa del empresario para cobrar una indemnización pero, en contrapartida, renunciaban al derecho a proceder contra el empresario por la vía civil, salvo de forma excepcional en casos de grave negligencia o dolo, que en ciertos casos podrí ser también objeto de un proceso penal. Había nacido el primer sistema de *compensación sin culpa*.

La idea fue aceptada tanto por empresarios como por trabajadores, pues tanto unos como otros consideraron que presentaba ventajas importantes: los trabajadores cobraban siempre sin necesidad de pleitear, y los empresarios convertían un pago incierto pero que podía ser muy grande, en un coste fijo y relativamente moderado: la prima del seguro. Los sistemas de compensación *sin culpa* se extendieron rápidamente por Europa y al iniciarse el siglo XX ya funcionaban en Alemania, Austria, Noruega, Dinamarca, Inglaterra, Finlandia, Francia, Italia, España y Suiza (Parsons, 2002).

En los Estados Unidos los primeros intentos de aprobar un sistema de compensación sin culpa para los accidentes de trabajo se realizaron en Nueva Cork en 1898, en Maryland en 1902, en Massachusetts en 1908, y en Montana in 1909, pero fueron todos infructuosos, no llegando a aprobarse ninguna de las disposiciones propuestas. La primera disposición federal en este sentido fue aprobada por el presidente Taft en 1908, para proteger a los trabajadores que participaban en actividades comerciales entre distintos estados (Haller, J.S. 1988).

En España los sistemas de compensación sin culpa por los daños por accidente de trabajo fueron introducidos por la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900 (ley Dato). La ley establecía el derecho de los trabajadores a ser indemnizados por los accidentes de trabajo sufridos, pero no hizo obligatorio el aseguramiento por parte de los empresarios, que la ley simplemente autorizaba. A pesar de que esa obligatoriedad fue una reivindicación constante de los sindicatos, a fin de evitar el riesgo de que el empresario se declarase insolvente, no fue hasta 1932 cuando se aprobó la Ley que estableció la obligatoriedad del seguro (Gaceta del 7 de julio de 1932).

De todas formas, una vez establecido un sistema de compensación sin culpa para los accidentes de trabajo, el aseguramiento del empresario es una medida

“económicamente lógica”, ya que convierte un pago incierto pero potencialmente grande, en un pago constante y relativamente pequeño en comparación con el conjunto de los costes de la empresa. Por ello, muchos empresarios no esperaron a que fuera obligatorio para contratar el correspondiente seguro de accidentes, lo que propició el nacimiento de las mutuas de accidentes de trabajo, que han sobrevivido hasta nuestros días.

En España, el primer paso hacia la compensación sin culpa de las enfermedades profesionales se dio al establecerse el patronato de la silicosis mediante el decreto de 19 de agosto de 1935 (Gaceta del 20 de agosto) con el fin de *“sufragar los gastos de asistencia médica y permanencia en Sanatorios particulares a los obreros... que hayan contraído enfermedad del pecho por silicosis derivada del trabajo con martillos perforadores”*, si bien los beneficiarios de la nueva medida eran únicamente los trabajadores de las minas de plomo.

Posteriormente la Ley de Enfermedades Profesionales de 13 de julio de 1936 (Gaceta del 15 de julio) estableció con carácter general el derecho a indemnización para los obreros que contrajesen en su trabajo alguna de las enfermedades recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales que se insertaba.

### 3. LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS DE COMPENSACIÓN DE LOS DAÑOS PERSONALES DE ORIGEN LABORAL

Los sistemas de compensación sin culpa (que a partir de ahora llamaremos simplemente *sistemas de compensación*) son relativamente eficaces y eficientes cuando la relación de causa-efecto entre el trabajo realizado y el daño sufrido es fácil de establecer: es lo que ocurre en general con los accidentes de trabajo, para los cuales la compensación no suele conducir a litigios: la actuación de los sistemas públicos de seguridad social, que en muchos países, entre ellos España, administran los fondos aportados por los empresarios, acostumbra a ser satisfactoria para los afectados.

En el caso de las enfermedades causadas por el trabajo la situación es más compleja, pues a menudo el establecimiento de la relación de causa a efecto entre la dolencia padecida por el sujeto y el trabajo desempeñado está lejos de ser obvia; en España (y en otros países) además, cuando la enfermedad no está incluida en el cuadro de enfermedades profesionales el trabajador debe probar que el trabajo fue la *causa exclusiva* de su enfermedad, lo que en ocasiones resulta imposible. A ello pueden contribuir diversas causas, la más importante de las cuales es la longitud del período de latencia desde que se produjo la exposición del individuo al agente causante de la enfermedad, hasta la manifestación de ésta. En algunos casos, y el amianto es a este respecto un agente paradigmático.

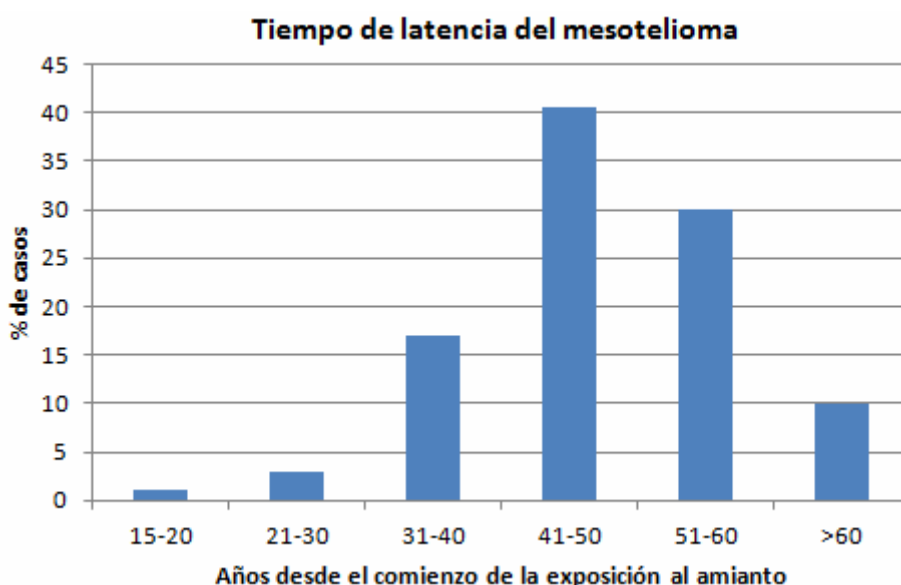


FIGURA 1. TIEMPO DE LATENCIA DEL MESOTELIOMA. ADAPTADO DE HABER Y HABER 2011.

Si tomamos como ejemplo el mesotelioma de pleura, la más grave de las patologías asociadas a la exposición al amianto (aunque no la más frecuente), el período de latencia puede ser superior a sesenta años (Figura 1), siendo

relativamente raros los casos que aparecen antes de los veinte años de exposición (Haber y Haber 2011) (Figura 2) lo que hace que, en muchos casos, cuando la enfermedad se manifiesta los afectados ya estén jubilados (FIVA 2009) (Figura 3). Incluso en los casos en los que la persona afectada está aún en activo, es muy probable que la demostración del origen laboral de la enfermedad sea dificultosa si la exposición cesó muchos años antes o se produjo en una empresa que puede haber desaparecido.

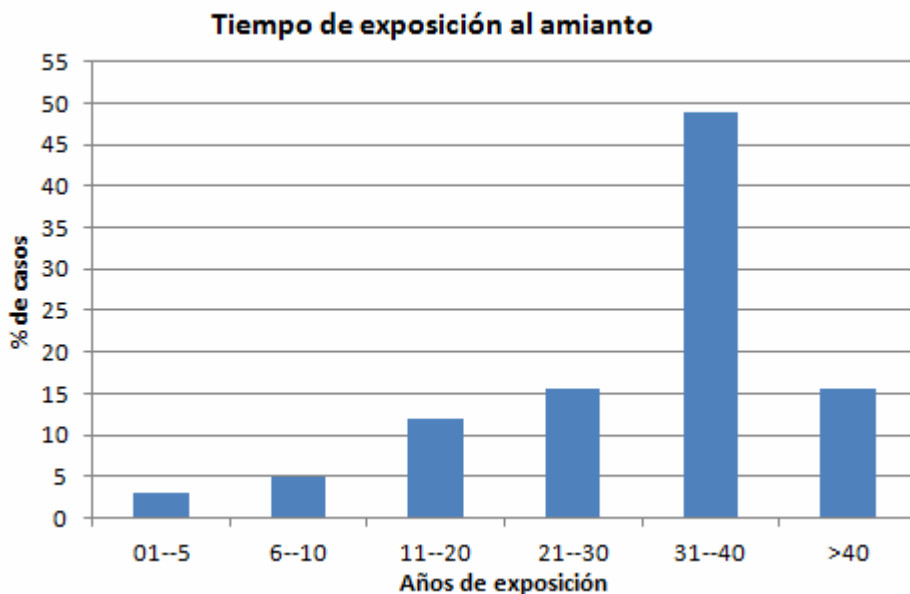


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA DETECCIÓN DE CASOS DE MESOTELIOMA EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN. ADAPTADO DE HABER Y HABER 2011.

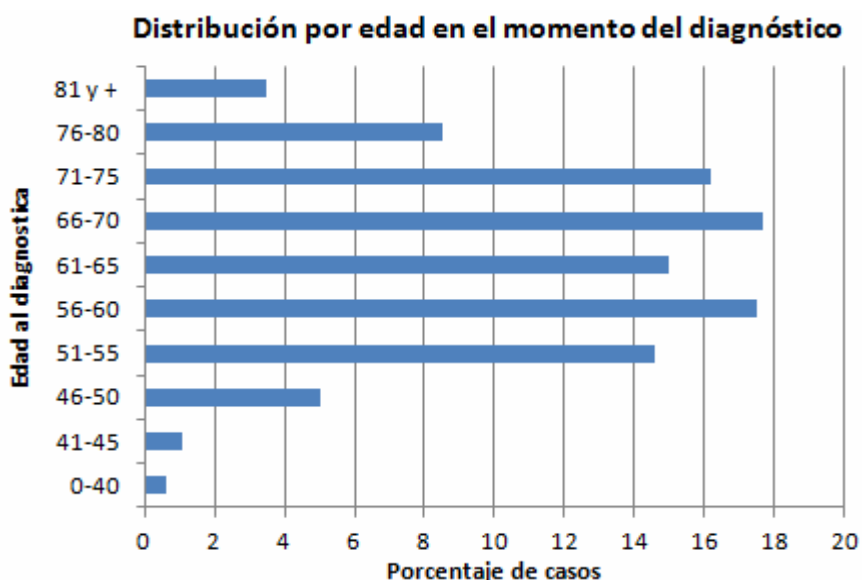


FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD EN EL MOMENTO DE DETECTARSE LA PATOLOGÍA ASOCIADA A LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO EN FRANCIA. FUENTE: FIVA 2009

En esas situaciones los procedimientos de valoración-indemnización de los sistemas de compensación suelen manifestarse inoperantes, por lo que los afectados se ven

obligados a recurrir a los tribunales para lograr el resarcimiento al que consideran tener derecho. A este respecto puede citarse lo dicho el 14 de noviembre del año 2000 por Elisabeth Gigou, ministra francesa de Empleo y Solidaridad en su discurso en el Senado durante las discusiones para la aprobación de un fondo de indemnización para las víctimas del amianto al que nos referiremos con detalle más adelante: *“el drama del amianto ha puesto de manifiesto los límites de la legislación sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en materia de indemnizaciones, así como la rigidez de sus procedimientos”* ( Léfrand, G. 2009).

En el caso del amianto, a la escasa operatividad de los sistemas de compensación de las enfermedades profesionales se añade un problema adicional: el carácter no laboral de muchas de las enfermedades producidas, pues parte de las víctimas no han contraído la enfermedad a través de una relación laboral, sino que su afectación se ha producido bien por la contaminación ambiental provocada, por ejemplo, por la proximidad a su domicilio de una instalación fabril contaminante, bien por el contacto con el amianto “importado” al domicilio familiar por las ropas contaminadas de algún pariente que trabajaba en una de dichas instalaciones. En ese caso los citados sistemas de compensación son absolutamente inoperantes y las víctimas, salvo que se arbitren medidas especiales, tienen la litigación por daños y perjuicios contra la empresa como único camino para el resarcimiento.

El porcentaje de casos de afectados por el amianto sin exposición laboral al mismo parece ser muy importante. En un estudio piloto realizado en Francia como paso previo al establecimiento de la declaración obligatoria del mesotelioma, que ha entrado en vigor en enero de 2012 (Journal Officiel 2012), sobre un total de 98 casos de mesotelioma detectados en seis regiones durante la primera mitad del año 2011, en 45 se confirmó la exposición profesional amianto, en 26 se confirmó que no había habido exposición profesional y en los 27 casos restantes no se dispuso de información concluyente al respecto (Cherie-Chaline 2012). El porcentaje de casos en que se confirma la no exposición profesional sería pues, como mínimo, del 25%, si bien la asociación entre mesotelioma y exposición al amianto se da en la mayor parte de los casos (Parkin 2011).

Por otra parte, el número de afectados es muy elevado. Las más recientes estimaciones (Park et al. 2011) concluyen que entre 1994 y 2008 en todo el mundo han fallecido a causa de mesotelioma 174.300 personas, de las cuales 3.943 en España. Dado el gran número de afectados, el problema del amianto ha sido calificado de “daño masivo” (Azagra, 2011), un tipo de daño para cuyo resarcimiento, según el mismo autor, la responsabilidad civil es un medio altamente ineficiente.

Sin embargo, los afectados no tienen, en muchos casos, otra vía de intentar conseguir resarcimiento que acudir a la exigencia de responsabilidad civil. En España, desde enero de 1996 hasta enero de 2010, los tribunales dictaron no

menos de 190 resoluciones sobre responsabilidad civil por daños derivados del amianto (incluido el recargo de prestaciones previsto en el artículo 123 de la Ley General de Seguridad Social) (Azagra, 2011).

De ahí que en algunos países se hayan establecido, en los últimos años, fondos de compensación específicos para las víctimas del amianto; se trata de entidades que administran dotaciones públicas o privadas destinadas a indemnizar grupos homogéneos de víctimas (Azagra, 2011) y que siguen el ejemplo de otros fondos creados, por ejemplo, para compensar a las víctimas de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, a las víctimas del terrorismo en España (Ley 32/1999 de solidaridad con las víctimas del terrorismo), a las víctimas del accidente del buque Prestige (Real Decreto Ley 4/2003) o a las víctimas del contagio del virus VIH como consecuencia de una transfusión sanguínea (Francia).

#### 4. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE LAS INDEMNIZACIONES POR DAÑOS DEL AMIANTO

Como ya hemos dicho más arriba, sólo entre 1994 y 2008 se calcula que en todo el mundo han fallecido 174.300 personas a causa de un mesotelioma (Park, 2011). Aproximadamente el 90% de dichos fallecimientos se han producido en catorce países, que son los que efectuaron un uso más intensivo del amianto (tabla 1).

País	Fallecimientos
<b>Estados Unidos</b>	36.561
<b>Reino Unido</b>	28.369
<b>Italia</b>	18.530
<b>Alemania</b>	15.948
<b>Francia</b>	12.390
<b>Japón</b>	12.013
<b>Australia</b>	7.026
<b>Holanda</b>	5.932
<b>Canadá</b>	4.809
<b>España</b>	3.943
<b>Sudáfrica</b>	2.903
<b>Bélgica</b>	2.335
<b>Méjico</b>	2.270
<b>Corea</b>	2.130

TABLA 1. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE FALLECIMIENTOS POR MESOTELIOMA EN DISTINTOS PAÍSES EN EL PERÍODO 1994-2008. FUENTE: PARK 2011

A pesar de lo elevado de estas cifras (obsérvese por ejemplo el dato de Holanda, en relación con una población de unos 16 millones de personas), en la mayoría de los países de la Unión Europea no se han adoptado medidas especiales para indemnizar a las víctimas del amianto, lo cual puede atribuirse a que *las prestaciones de Seguridad Social son suficientemente generosas y se perciben en un tiempo razonable* (Azagra, 2011) y/o a que rige la regla de

inmunidad empresarial que impide las demandas de responsabilidad contra el empresario, como en Alemania. Existen, sin embargo, tres excepciones a esta regla, Francia, Holanda y Bélgica, cuyos sistemas estudiaremos en detalle más adelante.

En el caso de los Estados Unidos, donde se da el mayor número de víctimas, la vía utilizada para la reparación es la litigación. Los primeros casos se dieron en los años setenta del siglo pasado y aumentaron rápidamente. En el año 2002 se habían presentado 730.000 demandas, y las compensaciones pagadas ascendían a 49.0000 millones de dólares (Dixon, 2011). A medida que las demandas aumentaron, muchas de las compañías afectadas entraron en un procedimiento concursal, en cuyo momento, según la legislación norteamericana, no podían ser objeto de demandas civiles. Tras las negociaciones establecidas con los acreedores, incluidos los demandantes por daños del amianto, muchas de las compañías establecieron fondos (*trusts*) encargados de indemnizar a las víctimas presentes y futuras del amianto. En la última década el número de trusts se ha incrementado hasta alcanzar el número de 60, con una dotación de 36.800 millones de dólares (GAO 2011).

Esta solución, sin embargo, está repleta de problemas de todo orden, pues no sólo muchos de los trusts constituidos, ante la avalancha de demandas pagan sólo un pequeño porcentaje de las cantidades demandadas, sino que es posible que los demandantes reclamen ante distintos trusts y logren compensaciones múltiples (Azagra 2011), a lo cual hay que añadir los enormes costes de este tipo de procedimientos.

En Francia, Bélgica y Holanda, en cambio, se han creado fondos de compensación específicos, cuyas características es de interés estudiar en la medida en que pudieran servir de modelo a una experiencia similar en Euskadi.

#### **4.1 Francia: el fondo de indemnización de las víctimas del amianto (fiva)**

El FIVA fue creado en el año 2001 en virtud de lo establecido en el artículo 53-1 de la ley nº 2000-1257 de 23 de diciembre de financiación de la Seguridad Social para el año 2001. El FIVA es un organismo público dotado de personalidad jurídica propia y autonomía financiera. El FIVA se financia básicamente con fondos procedentes de la Seguridad Social (cotizaciones pagadas por los empresarios al régimen de accidentes de trabajo) y del Estado, como detallaremos más adelante.

La ley preveía que podrían ser indemnizados por el Fondo tres tipos de beneficiarios:

- a)** Las víctimas a quienes la Seguridad Social hubiera reconocido una enfermedad profesional producida por el amianto de acuerdo con las disposiciones aplicables, que recibirían de este modo una indemnización complementaria a las prestaciones de la Seguridad Social.
- b)** Las víctimas que hubieran sufrido un perjuicio directamente derivado de una exposición al amianto en territorio francés. En este grupo se integran dos tipos de situaciones:
  - b1)** Personas con una enfermedad que no puede ser reconocida como profesional pero que se considera derivada de la exposición al amianto según un a lista aprobada por una resolución de 5 de mayo de 2002 que incluye mesoteliomas y placas pleurales (enfermedades específicas).
  - b2)** Personas con una enfermedad que no puede ser reconocida como profesional ni es una de las específicas, pero que una comisión de evaluación (CECEA) considera consecuencia de la exposición al amianto
- c)** Los causahabientes de los anteriores.

Desde el punto de vista de las víctimas, un aspecto importante del FIVA es que su existencia no limita el derecho de aquéllas a elegir entre ser indemnizados por la vía civil o por el Fondo pero, si eligen éste, el Fondo se subroga en sus derechos frente a terceros (por ejemplo, el empresario en cuyas instalaciones tuvo lugar la exposición al amianto).

En la práctica el Fondo litiga abundantemente por esta vía (686 acciones en 2009), pero los ingresos conseguidos por esta vía son pequeños (20 millones de euros en 2009). El hecho de que el Fondo pueda realizar este tipo de acciones explica por qué la financiación por parte de los empresarios es solidaria: si sólo financiaran el Fondo los empresarios que emplearon amianto, muchos de ellos podrían verse obligados a pagar dos veces por el mismo hecho: al financiar el Fondo y al perder el pleito contra el Fondo.

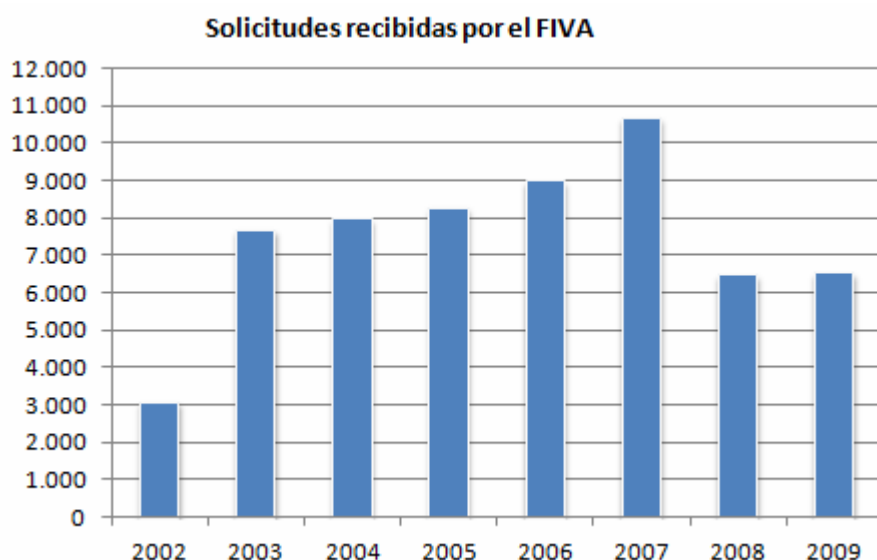


FIGURA 4. EVOLUCIÓN DE LAS SOLICITUDES NUEVAS RECIBIDAS POR EL FIVA. FUENTE: FIVA 2009

A lo largo de su existencia, y hasta el año 2009, el FIVA ha recibido un total de 60.418 solicitudes de indemnización, cuya evolución en el tiempo se muestra en la Figura 4. La anormalmente elevada demanda del año 2007 se debe a un cambio en los plazos de prescripción que entraba en vigor el 1º de enero de 2008, lo que originó una acumulación de solicitudes en los últimos meses del año 2007.

Los datos disponibles muestran que el FIVA es la vía mayoritariamente elegida por las víctimas del amianto para demandar una compensación. En 2009 sólo han recurrido a los tribunales (en lugar de al FIVA) 891 demandantes, lo que representa un 13,4% del total de demandas, una cifra parecida a la de los años 2007 y 2008.

Para las víctimas, la gran ventaja del FIVA respecto a la justicia civil es la rapidez de la respuesta. Aunque en muchos casos el FIVA no logra respetar el plazo legal de seis meses del que dispone para efectuar al solicitante una oferta de indemnización (en el año 2009 sólo se cumplió dicho plazo en el 23% de los casos), los plazos medios son infinitamente más cortos que los que requeriría una acción legal: en el año 2009 dichos plazos fueron de seis meses y una semana para los enfermos graves, ocho meses y dos semanas para las patologías benignas y de once meses y dos semanas para los derechohabientes.

La contrapartida de la rapidez es que las indemnizaciones propuestas por el FIVA son inferiores a las habitualmente otorgadas por las instancias judiciales; en particular para las patologías benignas (Azagra, 2011) esas diferencias pueden ser del 40%, pero sin duda los altos costes de la litigación, junto con los menores plazos, hacen que la inclinación por el FIVA sea ampliamente mayoritaria.

La mayor parte de las solicitudes son presentadas por los propios afectados (86,1% en el año 2009), correspondiendo el resto a los derechohabientes de víctimas fallecidas, sobre todo hijos y nietos de aquéllas.

### Distribución de las víctimas según el origen de la exposición

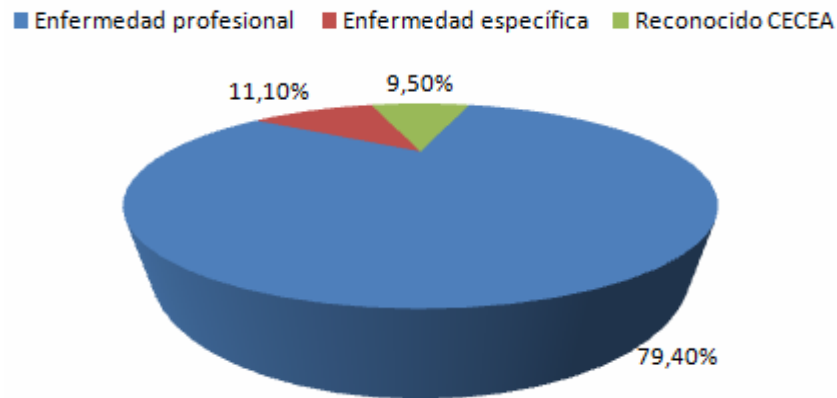


FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS VÍCTIMAS INDEMNIZADAS POR EL FIVA EN EL AÑO 2009. FUENTE: FIVA 2009.

En el año 2009, la distribución de las víctimas según el origen de la exposición se indica en la Figura 5. Las víctimas expuestas en el ámbito laboral son ampliamente mayoritarias, alcanzando casi el 80% del total; sin embargo, ese porcentaje tiende a disminuir lentamente (en 2007 era del 85,7%). Paralelamente aumenta el porcentaje de víctimas no laborales, que en 2009 fueron el 11,1% mientras en 2007 sólo fueron el 7,9% así como el de víctimas reconocidas por la vía del CECEA, que en 2009 fueron el 9,5% mientras en 2007 fueron el 6,3%.

En alrededor de un 10% de los casos que llegan al CECEA, la evaluación realizada por éste conduce a la declaración de enfermedad profesional, poniendo de manifiesto las debilidades del sistema convencional de reconocimiento de las enfermedades profesionales.

Cuando se atiende a la distribución por sexo se observa (tabla 2) que, aunque en conjunto la mayoría de las víctimas son hombres (94%), en la categoría de “enfermedades específicas”, que corresponde a exposiciones no laborales, se encuentra una proporción mucho más alta de mujeres que en los otros dos grupos, sugiriendo la contribución de la exposición “a domicilio” debida a la ropa contaminada por amianto llevada a casa por algún familiar.

Patología	Hombres	Mujeres
Enfermedad profesional	96	4
Enfermedad específica	72	28
Reconocida CECEA	91	9
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>6</b>

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL ORIGEN DE LA EXPOSICIÓN POR SEXO. FUENTE: FIVA 2009

Patología	2007	2008	2009
Asbestosis	310	189	221
Cáncer bronco-pulmonar	948	807	793
Mesotelioma	473	386	369
Placas pleurales y engrosamientos pleurales	4.946	3.204	2.840
No comunicada	4.094	1.977	2.422
<b>TOTAL</b>	<b>10.771</b>	<b>6.563</b>	<b>6.645</b>

TABLA 3. EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VÍCTIMAS POR PATOLOGÍA. FUENTE: FIVA 2009

Respecto a las patologías que dan lugar a indemnización la información que proporciona el FIVA presenta una laguna importante, ya que se basa en los datos iniciales del expediente, lo que hace que en una proporción elevada de los casos no conste la patología concreta (Tabla 3). Por otra parte, se observa que la mayor parte de las patologías inicialmente detectadas corresponden a placas pleurales y engrosamientos pleurales, procesos que, si bien son debidos a la inhalación de amianto, son de escasa relevancia en términos de incapacidad funcional.

Consecuentemente con la distribución anterior, las calificaciones de incapacidad efectuadas por el FIVA se concentran en los niveles mínimos (5% de incapacidad) mayoritariamente correspondientes a placas pleurales y engrosamientos pleurales, que representan más de la mitad de las víctimas, y en los niveles máximos, correspondientes a los distintos tipos de tumores, que representan alrededor del 20% (Figura 6). Debe observarse, sin embargo, que la tendencia es a la concentración hacia las tasas elevadas y, por tanto, hacia mayores indemnizaciones.



FIGURA 6. TASAS DE INCAPACIDAD DE LAS VÍCTIMAS ATENDIDAS POR EL FIVA. FUENTE: FIVA 2009.

La reparación del FIVA es *integral*, es decir, comprende tanto el daño patrimonial como el no patrimonial. En el *daño patrimonial* se incluye la pérdida de ingresos profesionales, los gastos médicos a cargo de la víctima y otros gastos derivados de su enfermedad, como la adaptación de vivienda o vehículos. Estos gastos son indemnizados sobre la base de los justificantes correspondientes.

La indemnización del *daño no patrimonial* se realiza en función de la gravedad de la patología (medida principalmente mediante la tasa de incapacidad funcional calculada según el baremo médico del FIVA) y de la edad del solicitante, considerando:

1. La incapacidad funcional.
2. El perjuicio moral (impacto psicológico ligado a las diferentes patologías según su nivel de gravedad y su evolución).
3. El perjuicio físico (dolor físico).
4. El perjuicio en el disfrute de las actividades deportivas o de ocio.
5. El perjuicio estético (según las consideraciones médicas, como por ejemplo adelgazamiento extremo, cicatrices, empleo de un aparato respiratorio, modificaciones cutáneas o deformaciones torácicas, etc.)

La incapacidad funcional se indemniza en forma de renta, y el resto de partidas a tanto alzado, según un baremo del FIVA. Las indemnizaciones del FIVA son compatibles con las de la Seguridad Social pero no son acumulables con ellas, por lo que el FIVA sustrae de la indemnización teórica prevista en concepto de reparación integral, la parte de la misma que ya se abona, en su caso, por la Seguridad Social.

En caso de agravación del estado de salud de la víctima en relación con la patología derivada de la exposición al amianto o en el caso de la aparición de una nueva patología ligada a aquélla, las indemnizaciones son reconsideradas en función de la evolución de la incapacidad.

El FIVA se financia con fondos procedentes de la Seguridad Social y del Estado (Tabla 4 Tabla 4. Evolución de la financiación del FIVA (millones de euros)), en una proporción aproximada de 90 a 10. Puesto que los fondos aportados por la Seguridad Social proceden de las cotizaciones empresariales al régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, puede afirmarse que, en lo esencial, el FIVA es financiado de forma solidaria por todos los empresarios franceses, hayan o no tenido relación alguna con el amianto.

Año	Aportaciones del Estado	Aportaciones de la Seguridad Social	Total
<b>2001</b>		438	438,0
<b>2002</b>	38,1	180	218,1
<b>2003</b>	40,0	190	230,0
<b>2004</b>		100	100,0
<b>2005</b>	52,0	200	252,0
<b>2006</b>	47,5	315	362,5
<b>2007</b>	47,5	315	362,5
<b>2008</b>	47,5	315	362,0
<b>2009</b>	47,5	315	362,5
<b>Total</b>	319,6	2.368	2.687,6

TABLA 4. EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DEL FIVA (MILLONES DE EUROS)

La principal partida de gasto del FIVA la constituyen, lógicamente, las indemnizaciones abonadas, cuya evolución se recoge en la Figura 7. Hasta 2009 el FIVA ha abonado 2.397 millones de euros.

### Evolución del gasto del FIVA en indemnizaciones (millones de Euros)

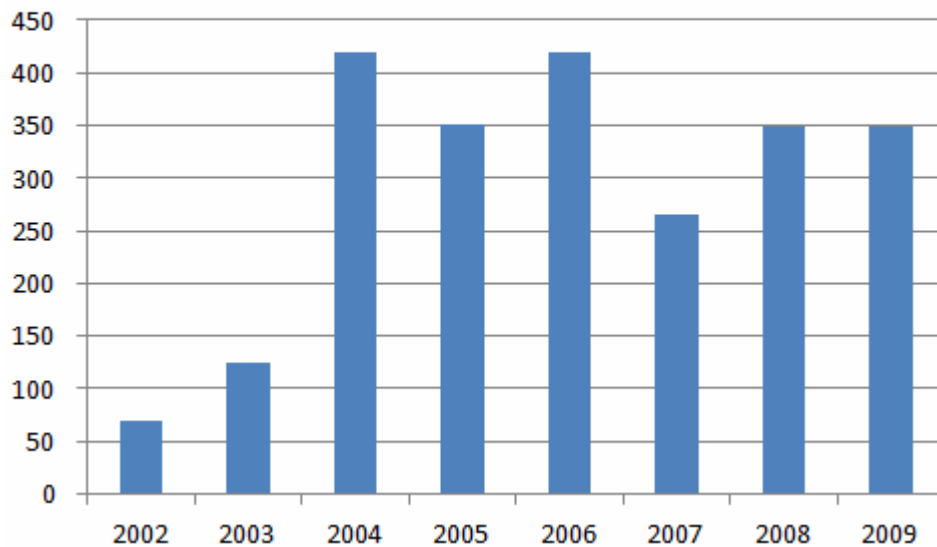


FIGURA 7. EVOLUCIÓN DEL IMPORTE GLOBAL DE LAS INDEMNIZACIONES ABONADAS POR EL FIVA

La distribución de dicho importe en función de las patologías correspondientes muestra la trascendencia de la decisión de indemnizar unas patologías determinadas. Como se observa en la Figura 8, la mayor parte del importe abonado corresponde al cáncer broncopulmonar, una patología que puede ser debida a la exposición al amianto pero también a otras causas, y a las patologías benignas que no generan en sí mismas incapacidad.

### Importe total de las indemnizaciones abonadas por el FIVA. 2002-2009

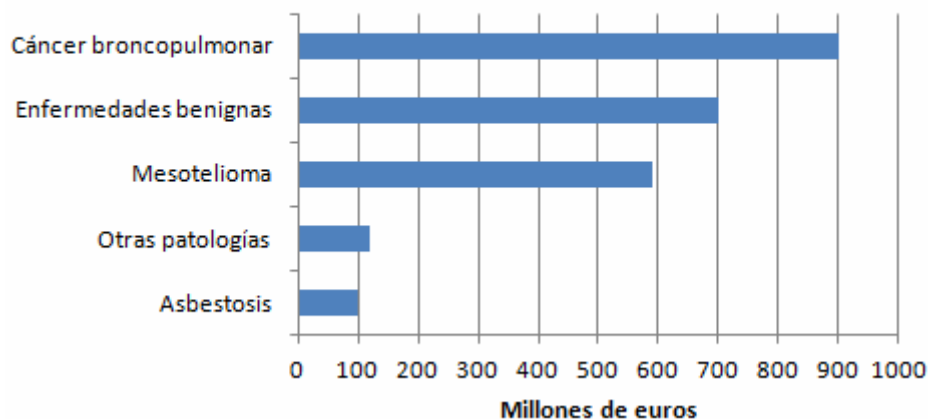


FIGURA 8. IMPORTE TOTAL DE LAS INDEMNIZACIONES ABONADAS POR EL FIVA. FUENTE: FIVA 2009

La distribución anterior se ha mostrado relativamente estable a lo largo del tiempo, como se concluye comparando la distribución acumulada de las indemnizaciones para el período 2002-2009 con los datos correspondientes al ejercicio 2009 (Figura 9).

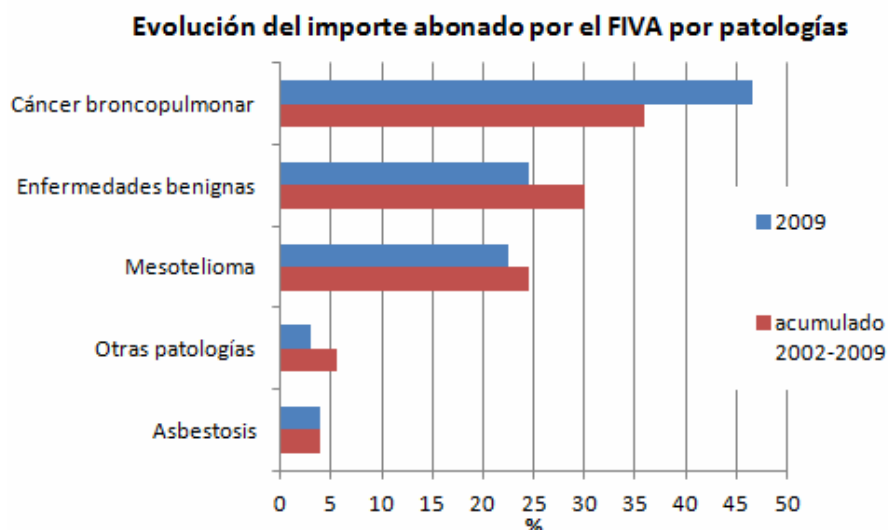


FIGURA 9. EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES ABONADAS POR EL FIVA POR TIPO DE PATOLOGÍA. FUENTE: FIVA 2009

Las cifras anteriores se explican por la distribución del número de casos de cada patología (Tabla 2) y por el importe individual de la indemnización resultante de la aplicación del baremo del FIVA, cuyos valores para toda la vida del FIVA se indican en la Figura 10. Como se observa, las mayores indemnizaciones, en el caso de los tumores, se sitúan en la banda 100.000-140.000 euros, mientras para las patologías benignas son de aproximadamente 20.000 euros. Debe señalarse que en estas cifras, en el caso de que se abonen pensiones, éstas se han capitalizado para que los resultados sean comparables.

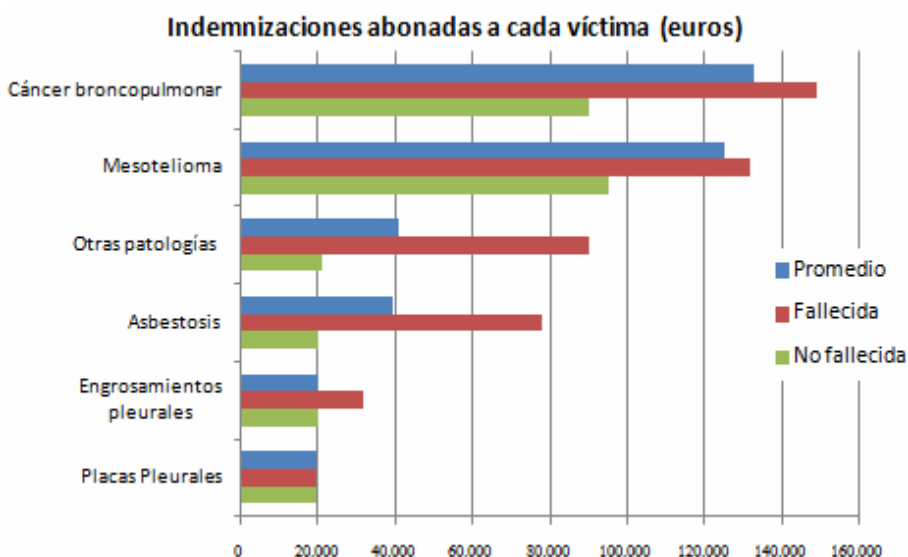


FIGURA 10. IMPORTE INDIVIDUAL DE LAS INDEMNIZACIONES ABONADAS EN FUNCIÓN DEL ESTATUS DE LA VÍCTIMA. FUENTE: FIVA 2009

Las indemnizaciones aprobadas por el FIVA pueden ser recurridas ante los tribunales en caso de disconformidad por parte de los afectados, una acción emprendida por una proporción creciente de éstos (Figura 11) lo que ha obligado al FIVA a contratar los servicios de juristas externos.

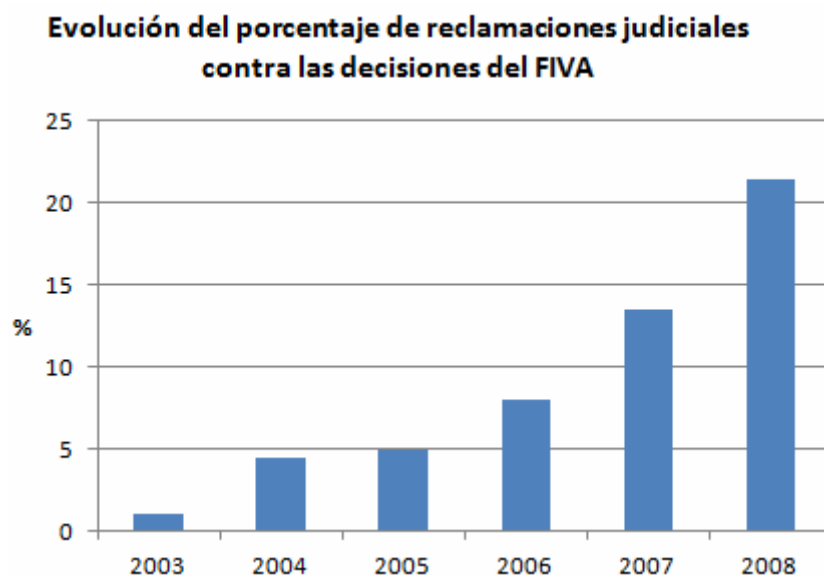


FIGURA 11. . EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE SOLICITUDES QUE DAN LUGAR A UNA RECLAMACIÓN JUDICIAL CONTRA EL FIVA. FUENTE: FIVA 2009

En una proporción elevada de las demandas de indemnización, especialmente en el caso de víctimas, y menos en el de los derechohabientes, los tribunales ordenan aumentar las indemnizaciones fijadas por el FIVA, incluso en proporciones superiores al 100%, si bien la dispersión es importante, por lo que los datos varían bastante de un año a otro. La Figura 12 recoge los datos promediados para el trienio 2007-2009.

**Resoluciones judiciales contra las decisiones del FIVA.  
Media 2007-2009**

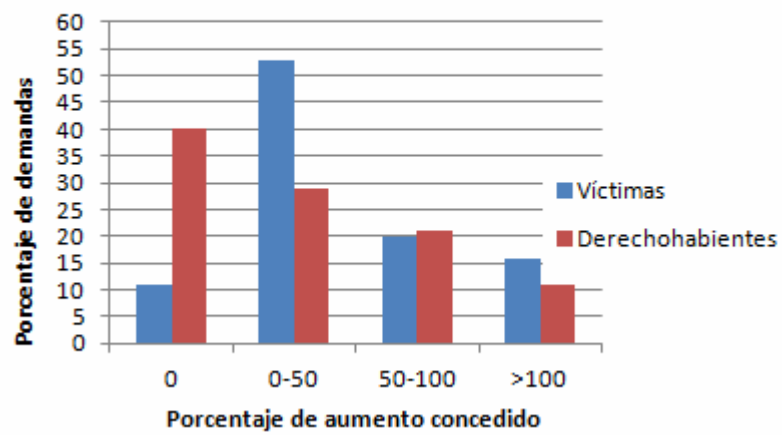


FIGURA 12. . AUMENTOS CONCEDIDOS JUDICIALMENTE SOBRE LAS INDEMNIZACIONES DEL FIVA. FUENTE: FIVA 2009

Los gastos de gestión del FIVA son moderados: en el año 2009 representaron sólo el 2,1% del total del presupuesto de gastos, totalizando 8,5 millones de euros, de los cuales más de tres cuartas partes se dedican al pago de su personal propio (62 personas) y al de los médicos y abogados contratados en prestación de servicios para las evaluaciones médicas y las actuaciones judiciales, respectivamente.

## 4.2 BÉLGICA: EL ASBESTFONDS-FONDS D'AMIANTE (AFA)

El AFA fue creado por la ley de 27 de diciembre de 2006, que estableció su creación en el seno del Fondo de Enfermedades Profesionales (FMP), el organismo belga que gestiona las prestaciones por este tipo de contingencia. El AFA, por ello, carece de personalidad jurídica propia: sus funciones son realizadas por personal del FMP, en el seno de su infraestructura y según sus mismas reglas de gestión, de tutela y de control.

Su financiación, según la ley de creación, corre a cargo conjuntamente del Estado (que aporta un montante anual de 10 millones de euros, actualizable por decisión real) y de las cotizaciones del conjunto de los empresarios, para lo cual se incrementó la cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en un 0,01% de la base de cotización. Se trata por tanto, de una cotización solidaria.

Las enfermedades indemnizables son también definidas en la ley de creación:

- ▣ El mesotelioma.
- ▣ La asbestosis
- ▣ *“Otras enfermedades determinadas por el Rey... de las cuales esté demostrado que son causadas de forma determinante por una exposición al amianto”.*

Hasta el presente, en este tercer grupo sólo se ha incluido los engrosamientos pleurales difusos bilaterales, pero no las placas pleurales.

A los efectos de la indemnización por el AFA se consideran víctimas potencialmente indemnizables todas las personas que padezcan las patologías citadas, tanto si las han contraído en un contexto profesional (incluidos los trabajadores autónomos) como si las han contraído en la esfera privada (contaminación ambiental, contacto con un trabajador contaminado o en actividades de ocio). En su caso, los derechohabientes pueden también ser indemnizados según los criterios que se detallan en la normativa de desarrollo (arrêté royal du 27 avril 2007 y arrêté royal principal, du 11 mai 2007). La condición para todo ello es que la exposición haya tenido lugar en el territorio de Bélgica.

Al igual que en Francia, la aceptación de la indemnización por el AFA implica la renuncia a las acciones civiles contra los responsables del daño (por ejemplo el empresario en el caso de trabajadores por cuenta ajena) salvo que se pruebe la presencia de dolo, pero el afectado puede elegir entre el AFA y la litigación ante los tribunales.

Una vez efectuadas las comprobaciones oportunas por parte del fondo acerca del derecho del solicitante a ser indemnizado, el esquema de las indemnizaciones es muy simple.

Los afectados de mesotelioma perciben una pensión de 1.500 euros mensuales. Esta pensión es compatible con las que se puedan percibir del Fondo de Enfermedades Profesionales (FMP)

Los afectados de asbestosis o engrosamientos pleurales difusos bilaterales perciben una pensión mensual cuyo importe en euros es el resultado de multiplicar el porcentaje de incapacidad física diagnosticado por 15. En este caso, si el afectado recibe otras prestaciones sociales por la misma enfermedad, la pensión se reducirá en un 50%.

Con respecto a los derechohabientes, el derecho a la indemnización nace cuando fallece una persona que había sido indemnizada como víctima por el AFA o bien cuando el difunto había sido reconocido por el FMP como afectado por alguna de las patologías que el AFA indemniza.

También se admiten demandas por parte de los derechohabientes de personas fallecidas no incluidas en ninguno de los dos grupos anteriores siempre que aquellos presenten su petición dentro de los seis meses siguientes al fallecimiento.

En todo caso la condición para ser indemnizado es que se pruebe que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de alguna de las enfermedades indemnizadas por el fondo AFA.

En este caso las indemnizaciones abonadas por el fondo lo son en forma de capital, y según los importes siguientes en el caso de que el fallecimiento sea consecuencia de un *mesotelioma*:

- ▣ 30.000 euros para el cónyuge o pareja de hecho.
- ▣ 15.000 euros para el ex cónyuge o ex pareja de hecho.
- ▣ 25.000 euros para cada hijo menor de edad.

Si el fallecimiento es consecuencia de asbestosis o espesamientos pleurales bilaterales estas indemnizaciones, que están exentas de impuestos, se reducen a la mitad.

Todas las cantidades expresadas son actualizables según el coste de la vida; las cifras que hemos dado son las que corresponden al momento de la puesta en marcha del AFA.

En los tres años transcurridos desde la creación del AFA hasta el 30 de marzo de 2010, se han reconocido 578 víctimas de mesotelioma y 443 víctimas de asbestosis. De los demandantes por asbestosis, más de un 50% de las solicitudes son rechazadas, pues los afectados sólo padecen de placas pleurales.

### 4.3 EL INSTITUUT ASBESTSLACHTOFFERS – IAS DE HOLANDA

En Holanda, donde no existe un aseguramiento específico para los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por lo que los afectados por el problema de las enfermedades relacionadas con el amianto empezaron a pleitear contra los empresarios con resultados relativamente favorables a sus intereses: durante la década de los noventa se presentaron alrededor de un millar de demandas, pero la mayoría no llegaron a juicio, al lograrse acuerdos amistosos.

En 1995 se creó el *Comite Asbestslachtoffers* (Comité para las Víctimas del Amianto) con el objetivo de dar apoyo a las víctimas para lograr una compensación. La actuación del Comité, junto con presiones políticas y el sentimiento generalizado de que el Estado (como legislador y como empresario) no había reaccionado adecuadamente ante las evidencias de la alta capacidad cancerígena del amianto, condujo, en el año 2000, a la creación del *Instituut Asbestslachtoffers* - IAS (Instituto para las Víctimas del Amianto), encargado de gestionar un sistema específico de compensación. Desde entonces, el número de procedimientos judiciales ha disminuido considerablemente.

La compensación se aplica únicamente a las víctimas de mesotelioma e incluye tanto a los propios afectados como a sus parientes próximos que conviven con ellas. En caso de muerte, la esposa y los hijos menores tienen derecho a una pensión, pero si la empresa presuntamente causante ha desaparecido, la demanda debe haberse presentado en vida del afectado. En caso contrario sólo se indemnizan los daños patrimoniales.

El IAS, gestionado conjuntamente por empresarios, sindicatos, compañías aseguradoras y el gobierno, actúa de mediador entre el afectado y su antiguo empleador, que debe hacer frente a la compensación si el IAS establece su responsabilidad, lo que ocurre frecuentemente. Puesto que las indemnizaciones a pagar están fijadas de antemano, los empresarios, en general, prefieren aceptar (y pagar) la mediación del IAS, que pleitear. Como es habitual, el demandante renuncia a posibles acciones legales posteriores, pero es compatible con cualesquiera otras prestaciones públicas por enfermedad o incapacidad.

Las compensaciones a pagar, en el caso de que la empresa siga existiendo (cifras de 2006) ascienden a un monto fijo de 52.701 euros, correspondientes a la reparación del daño moral (47.429 euros), 2.636 por daño patrimonial y 2.636 euros para gastos funerarios. Estas dos últimas cantidades pueden ser aumentadas según las circunstancias, pero la indemnización por daño moral es fija.

Las víctimas cuyo empleador ha desaparecido, como es habitual en el caso de pequeñas empresas dedicadas al aislamiento en astilleros, la compensación es de sólo 16.476 euros. Normalmente el procedimiento dura menos de seis meses, y es posible obtener un adelanto sobre el importe de la indemnización.

En el año 2004 se presentaron 271 solicitudes, de las que fueron aprobadas un 46%.

## 5. UNA PROPUESTA PARA ESPAÑA: LA REALIDAD DE EUSKADI

### 5.1 LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

Hoy en día existen evidencia considerables de que la incidencia del mesotelioma, la más grave de las patologías inequívocamente asociadas a la utilización de amianto, está directamente relacionada con la intensidad del consumo de este material unos treinta años antes (Tossavainen, 2008), como se observa en la Tabla 5.

País	Consumo de amianto toneladas/año	Casos de mesotelioma/año	Toneladas/caso
<b>Australia</b>	70.000 (1970)	678 (2001)	100
<b>Finlandia</b>	11.000 (1970)	75 (2002)	150
<b>Francia</b>	143.000 (1970)	870 (2000)	170
<b>Alemania</b>	230.000 (1975)	1094 (2001)	210
<b>Reino Unido</b>	170.000 (1970)	1862 (2002)	90
<b>Italia</b>	140.000 (1975)	1050 (2000)	130
<b>Holanda</b>	49.000 (1976)	389 (2000)	130
<b>Nueva Zelanda</b>	8.000 (1970)	60 (2000)	130

<b>Noruega</b>	8.000 (1970)	57 (2000)	140
<b>Suecia</b>	20.000 (1970)	149 (2003)	130
<b>Estados Unidos</b>	552.000 (1975)	280 (2000)	200
<b>TOTAL</b>	1.401.000	9.084	130

TABLA 5. CONSUMO DE AMIANTO E INCIDENCIA DE MESOTELIOMA. FUENTE: TOSSAVAINEN 2008

En España el consumo de amianto fue estudiado con detalle en el año 2001 (Solá 2001) a partir de los datos de importaciones, concluyéndose que en conjunto se habían importado en el siglo XX unas 2.600.000 toneladas de amianto (Figura 13).



FIGURA 13. IMPORTACIÓN DE AMIANTO EN ESPAÑA. FUENTE: SOLÁ 2001

La mayor parte de dicho amianto, alrededor de unas tres cuartas partes fue destinado a la fabricación de fibrocemento (Solá, 2001), un porcentaje similar al de otros países (Virta 2006) y se empleó en los distintos sectores en las proporciones que se indican en la Figura 14.

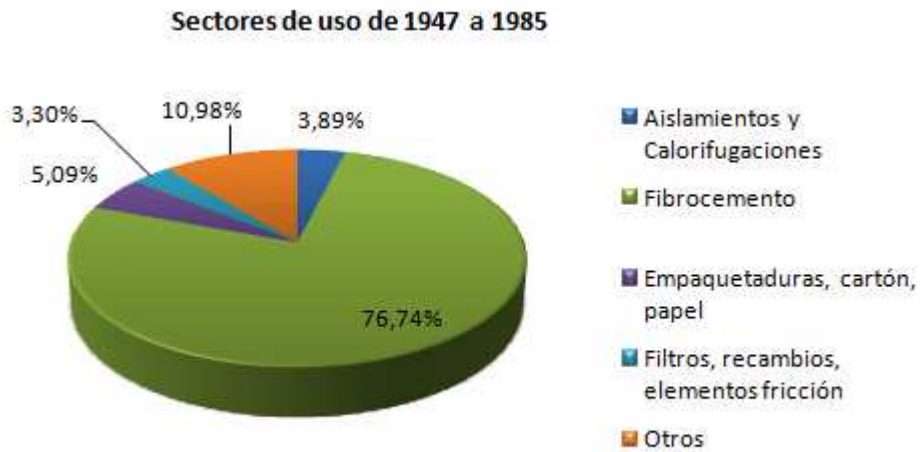


FIGURA 14. UTILIZACIÓN DEL AMIANTO EN ESPAÑA. FUENTE: SOLÁ, 2001

En Francia el consumo de amianto siempre fue superior al de España, en especial hasta los años setenta (Figura 15), aunque a partir de esa fecha las cifras fueron menos distintas.

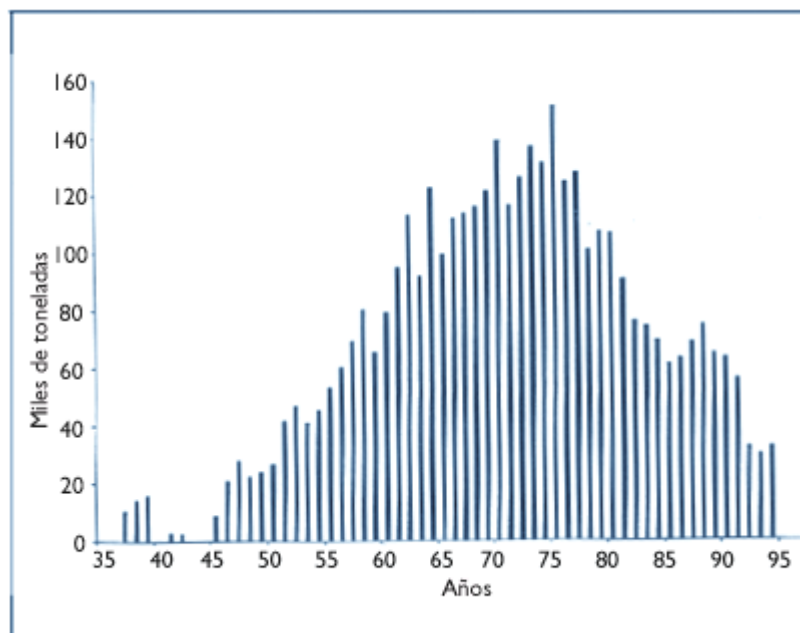


FIGURA 15. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE AMIANTO EN FRANCIA. FUENTE: INVS 2010

Una comparación entre ambos patrones temporales de consumo se muestra en la Figura 16, elaborada a partir de las dos anteriores.

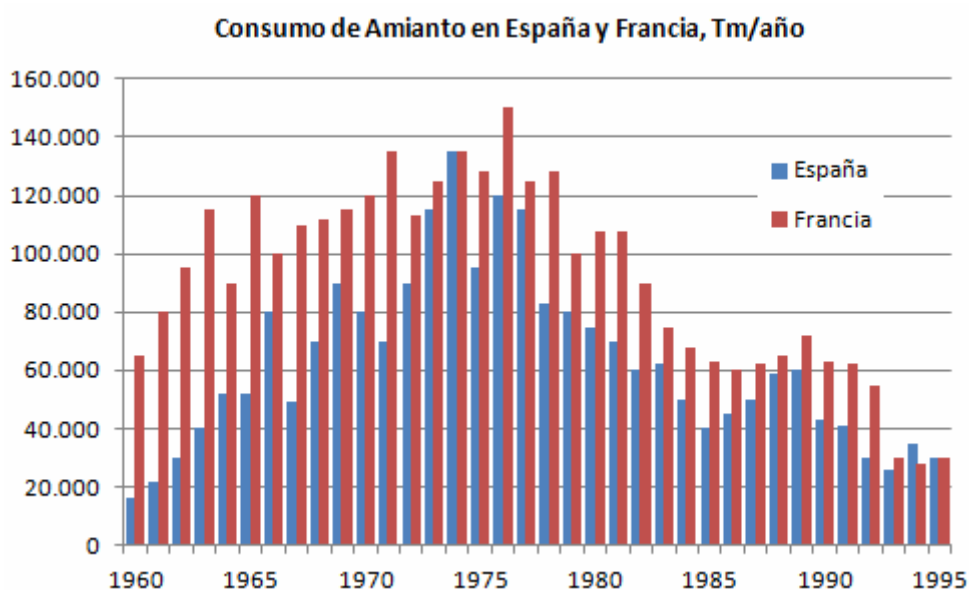


FIGURA 16. COMPARACIÓN ENTRE LA EVOLUCIÓN DE LAS IMPORTACIONES DE AMIANTO EN FRANCIA Y ESPAÑA.

De los datos anteriores se deduce que en el período 1960-1995 en Francia se consumieron 3.300.000 toneladas de amianto y en España 2.300.000 toneladas, alrededor de un 30% menos, por lo cual el número de mesoteliomas esperable en España a partir de los años 90 debería ser del orden del 30% inferior al de Francia, a menos que la distribución del consumo entre las distintas aplicaciones fuera muy distinta.

Los datos franceses disponibles (INVS 2010), que se muestran en la Tabla 6, ponen de manifiesto que la distribución del consumo en las distintas aplicaciones es razonablemente parecido al español, lo cual nos permitirá utilizar las cifras francesas para contrastar las estimaciones españolas respecto a la incidencia de patología debida al amianto.

**Consommation d'amiante brut en France par secteur d'activité : moyennes quinquennales en tonnes (1951-1975)**

	1951-1955	1956-1960	1961-1965	1966-1970	1971-1975
Amlante-ciment	38 450	59 320	78 030	93 600	103 900
Revêtement de sol	1 830	5 060	8 060	9 190	12 140
Filature	1 970	3 440	3 060	3 670	4 160
Cartons/papiers	2 360	3 485	6 265	7 560	10 103
Joints	790	995	1 160	1 560	1 935
Garnitures de friction	645	1 175	2 055	2 970	4 180
Objets moulés et calorifuges	2 260	2 180	2 730	2 790	2 715
Autres	1 150	1 680	1 915	2 450	3 600

Source: Association française de l'amiante, 1996.

TABLA 6. CONSUMO DE AMIANTO EN FRANCIA SEGÚN SUS DISTINTAS APLICACIONES. FUENTE: INVS 2010

Las más recientes estimaciones efectuadas en Francia sobre el número de casos de mesotelioma (Cherie-Chaline 2012) indican que, en la actualidad, se producen

entre 800 y 1.200 casos al año (promedio 1.000 casos/año), con una tendencia a la estabilización en los últimos años (INVS 2010). De ello, según la proporción indicada más arriba (el 30% menos en España respecto a Francia), se deduciría que en España el número de casos debería situarse entre 560 y 840 casos al año (promedio 700 casos), con una tendencia estable a medio plazo y descendente posteriormente a la vista de la evolución del consumo de amianto.

Las estimaciones hechas a partir de datos de mortalidad españoles por Pitarque y otros (2008) condujeron a concluir que el número de fallecimientos por mesotelioma en el período 2002-2006 se situó en España en una banda entre 120 y 250 casos/año, cantidad que prevén que vaya aumentando lentamente hasta situarse como *máximo* en unos 300 casos/año, en el período 2007-2016.

Ahora bien, puesto que las estimaciones de Pitarque se basan en los registros de mortalidad, que podrían contener un subregistro apreciable, y a fin de situarnos en el peor de los casos en relación con los costes de un hipotético sistema de compensación, aceptaremos como estimación del número de fallecimientos por mesotelioma en España el nivel mínimo que se deduce de los niveles de consumo de amianto, que como ya hemos dicho es de 560 casos al año.

Una estimación del número de casos del resto de patologías asociadas al amianto en Francia puede efectuarse a partir de los datos de las indemnizaciones pagadas por el FIVA (2009). En efecto, a partir del importe global de las indemnizaciones pagadas a las víctimas de cada una de las patologías que indemniza el FIVA (Figura 9) y de la indemnización media para cada una de ellas (Figura 10) puede estimarse el número de casos indemnizados (Figura 17).

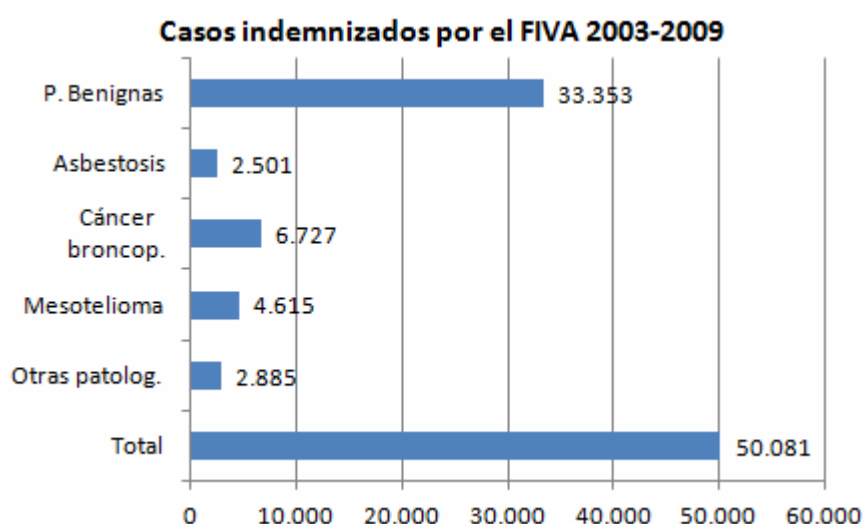


FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN POR PATOLOGÍAS DE LOS CASOS INDEMNIZADOS POR EL FIVA. ELABORADO A PARTIR DE FIVA (2009).

Si en el período 2003-2009 se produjeron en Francia alrededor de  $1000 \times 7 = 7.000$  fallecimientos por mesotelioma, pero el FIVA sólo indemnizó 4.615, cabe concluir que la proporción de demandantes se sitúa alrededor del 65% de los

afectados *reales*, un dato importante a efectos de prever el impacto financiero de un hipotético sistema de compensación.

Si admitimos que la tasa de solicitud del 65% afecta por igual a todas las patologías, los datos de la Figura 17 nos pueden servir para efectuar una estimación de los casos reales de afectados por el amianto en España, suponiendo que la distribución entre patologías sea la misma que en Francia, y admitiendo la proporción que ya hemos comentado para los casos de mesotelioma. Los resultados se muestran en la Figura 18.

Queda finalmente por efectuar una evaluación de la distribución territorial de estos casos, para concluir cuántos de ellos podrían darse en el territorio de Euskadi. Esta información puede obtenerse de los datos recopilados por el Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto (PIVISTEA), que tras un acuerdo firmado entre el ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas en el año 2001, desarrollan éstas. Los primeros análisis de los resultados, correspondientes a la información disponible en el año 2008, serán publicados en un número de la revista Gaceta Sanitaria que aparecerá en los primeros meses del año 2012 (García Gómez 2011)

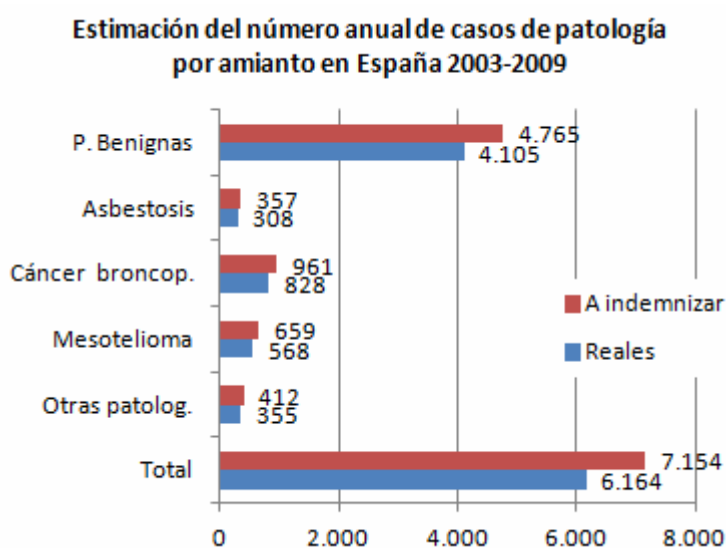


FIGURA 18. . ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA POR AMIANTO EN ESPAÑA.

Según dichos datos, el total de trabajadores que estuvieron expuestos en España al amianto es de 22.158, de los cuales 3.713 (16,7%) viven en Euskadi. Si admitimos que la incidencia de patologías por amianto es proporcional al número de expuestos, ello conduce a la estimación de la Figura 19.

### Estimación del número anual de casos de patología por amianto en Euskadi 2003-2009

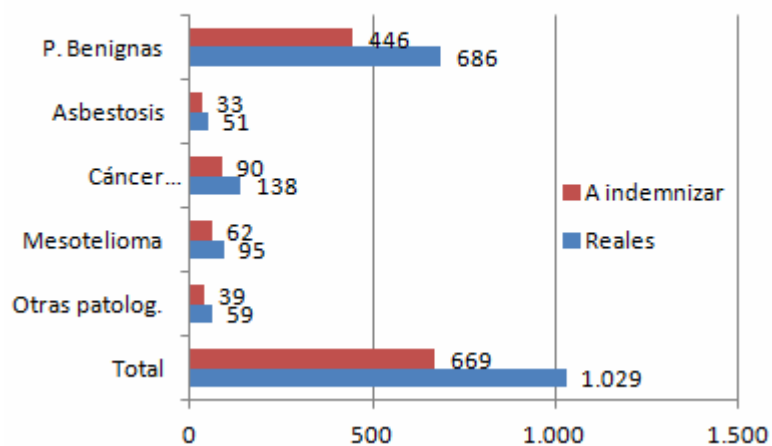


FIGURA 19. . PATOLOGÍA POR AMIANTO ESTIMADA EN EUSKADI 2003-2009

## 6. CONCLUSIONES: OPCIONES PARA LA CREACIÓN DE UN FONDO DE COMPENSACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DEL AMIANTO EN EUSKADI

Si se toman como modelos de referencia los fondos francés, belga y holandés, debe en primer lugar analizarse las patologías indemnizadas por cada uno de ellos (Tabla 7), teniendo en cuenta que en todos los casos se aceptan víctimas que hayan contraído la enfermedad tanto por exposiciones laborales como no laborales.

Patología	Francia	Bélgica	Holanda
<b>Mesotelioma</b>	SI	SI	SI
<b>Asbestosis</b>	SI	SI	NO
<b>Espesamientos pleurales</b>	SI	SI	NO
<b>Placas pleurales</b>	SI	NO	NO
<b>Cáncer de pulmón</b>	SI	NO	NO
<b>Otras</b>	SI	NO	NO

TABLA 7. PATOLOGÍAS INDEMNIZADAS POR DISTINTOS FONDOS DE COMPENSACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DEL AMIANTO.

Como se aprecia inmediatamente, el fondo francés es el más “generoso” en cuanto a la aceptación de patologías indemnizables, el fondo belga sólo admite patologías cuya aparición se produce casi exclusivamente como consecuencia de una exposición al amianto, y el fondo holandés se limita a indemnizar la patología más grave, el mesotelioma. Al mismo tiempo, el fondo francés es el más “generoso” en cuanto a las indemnizaciones, seguido del belga y del holandés, como ya hemos visto anteriormente.

Para efectuar una proyección de máximos del coste que podría tener la introducción de un fondo de este tipo en Euskadi combinaremos las estimaciones de casos a indemnizar (Figura 19) con las indemnizaciones medias pagadas en Francia para cada patología (Figura 10) contemplando la hipótesis de que se indemnizaran las patologías que realmente se indemnizan en cada uno de los tres países de referencia. Los resultados se muestran en la tabla 8.

	Casos a indemnizar/año	Indemnización media del FIVA (figura XX)	Coste por el sistema francés	Coste por el sistema belga*	Coste por el sistema holandés
<b>P. benignas</b>	446	20.933	9.237.671		
<b>Asbestosis</b>	33	38.493	1.286.221	1.286.221	
<b>Cáncer broncop.</b>	90	133.523	12.000.126		
<b>Mesotelioma</b>	62	125.788	7.755.574	7.755.574	7.755.574
<b>Otras patolog.</b>	39	43.004	1.657.535		
<b>TOTAL</b>	<b>669</b>	<b>-</b>	<b>32.027.126</b>	<b>9.041.794</b>	<b>7.755.574</b>

TABLA 8. ESTIMACIÓN DEL COSTE ANUAL DE UN SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DEL AMIANTO EN EUSKADI.

\* No se dispone del dato de los engrosamientos pleurales en Bélgica, pero en Francia representan sólo el 6% de los casos, por lo que su incidencia en el coste global es pequeña.

De los datos anteriores se concluye el coste del sistema de indemnización podría situarse entre 8 millones y 32 millones de euros al año, según las patologías a indemnizar, y siempre adoptando los niveles de indemnización utilizados en Francia, que son los más elevados.

Azagra (2011) recomienda la adopción en España de un sistema de compensación similar al francés, si bien limitado al mesotelioma y la asbestosis (similar pues al de Bélgica, pero sin incluir los espesamientos pleurales, relativamente poco frecuentes), que son las patologías graves inequívocamente asociadas a la exposición al amianto. El sistema, según Azagra, debería permitir a los afectados la opción entre acudir a la justicia civil o al fondo.

Respecto a la financiación del sistema, debería tenerse en cuenta:

6. La mayoría de las víctimas *indemnizadas por el fondo* (en Francia, un 80%) presentan patología de origen profesional y *deberían* percibir de la Seguridad Social una pensión por tal concepto. En la medida que se logaran acuerdos adecuados, el reconocimiento del derecho a la indemnización por parte del fondo podría implicar el reconocimiento automático de la enfermedad profesional, con el derecho a percibir la correspondiente pensión, cuyo importe podría deducirse de la indemnización a percibir, si el reglamento del fondo así lo estableciera.
7. Debería considerarse la participación en la financiación del fondo de las grandes empresas que causaron el problema y que, en la actualidad, son objeto de un número creciente de litigios.

Puesto que la aceptación de las prestaciones del fondo debería implicar la subrogación de éste en los derechos del afectado a litigar contra la empresa, una negociación fondo-empresa podría conducir a resultados mutuamente beneficiosos, habida cuenta de que el reconocimiento del origen profesional de la patología por parte del fondo atribuiría una importante presunción de culpabilidad a la empresa y que, para ésta, litigar con el fondo no sería en absoluto equivalente a litigar con un particular.

Entre los posibles acuerdos a establecer podría estar la renuncia del fondo a litigar si la “colaboración” de la empresa fuera juzgada suficiente.

En otras palabras, una gestión hábil de la constitución y el funcionamiento del fondo podría conducir a que la financiación pública del mismo se limitase a las indemnizaciones correspondientes a los afectados cuya patología sea de origen no profesional, siempre y cuando no pudiera localizarse un culpable.

Los datos disponibles indican que de los aproximadamente 22.000 trabajadores que en España han estado expuestos a amianto en su trabajo, un 16,7% viven en Euskadi, lo que permite estimar que en los próximos años se producirán en Euskadi unos 1.000 casos al año de enfermedades asociadas a la exposición al amianto, incluidas aquellas cuyo origen no es laboral. La mayor parte de dichas patologías (un 70%) son benignas y no generan en sí mismas incapacidad significativa.

El problema social que ello representa, especialmente porque algunas de esas patologías son de extrema gravedad (se producirán alrededor de 90 casos de mesotelioma al año), podría aconsejar el establecimiento de un fondo de compensación para las víctimas del amianto en Euskadi.

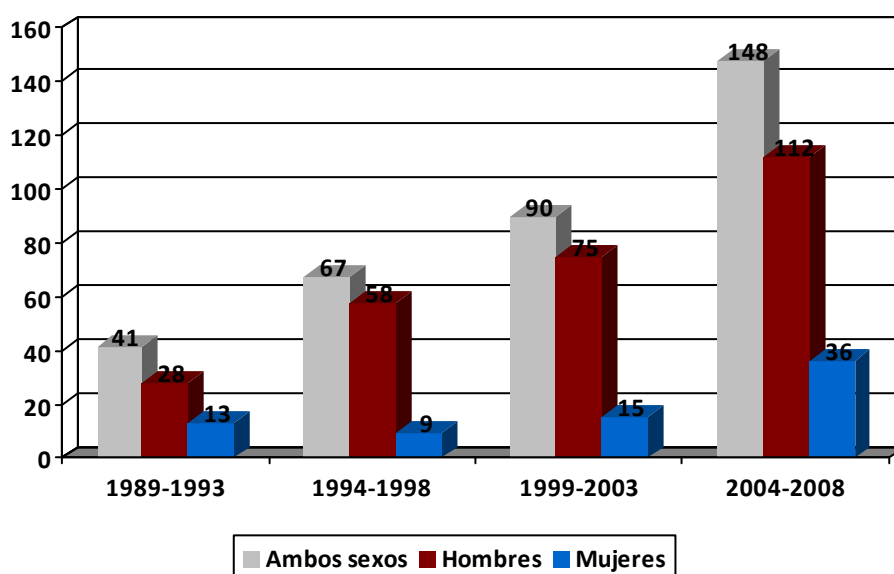


FIGURA 20: CASOS DE CÁNCER DE PLEURA EN LA CAE POR QUINQUENIOS (FUENTE: REGISTRO DEL CÁNCER DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO)

En el gráfico anterior se aprecia que los casos de cáncer de pleura en la CAE están creciendo rápidamente en los últimos años. Hay que recordar que la fracción atribuible al amianto de los casos de cáncer de pleura es entre el 80 y el 90% en los hombres y entre el 27 y el 35 % en las mujeres. Estos porcentajes habría que aplicar a los datos de la figura anterior para realizar una estimación del aumento de casos en el actual y los próximos quinquenios, teniendo en cuenta el porcentaje de crecimiento de los casos entre uno y otro quinquenio.

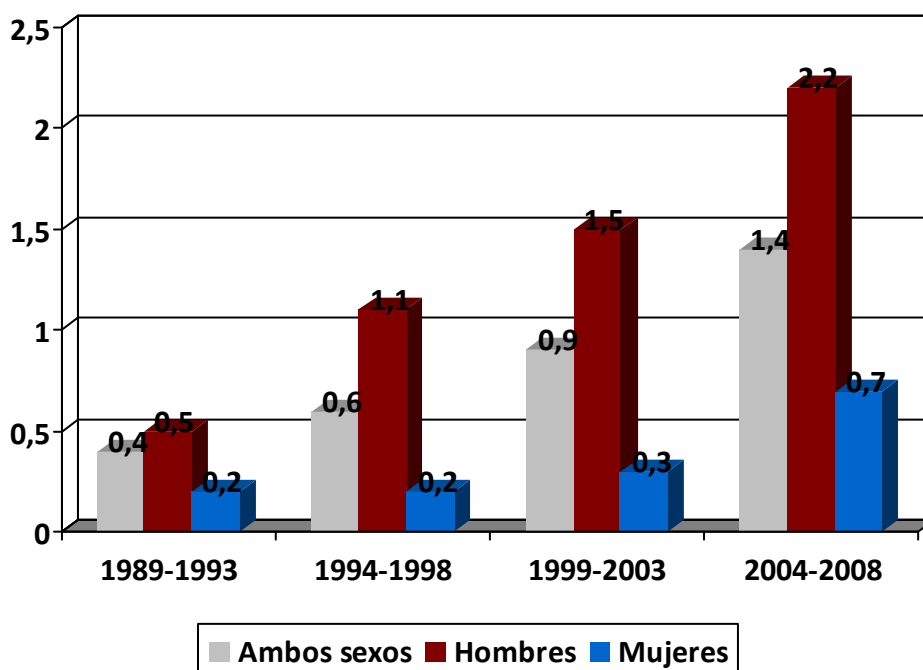


FIGURA 21: TASAS DE CÁNCER DE PLEURA EN LA CAE. ÍNDICE DE INCIDENCIA ANUAL POR QUINQUENIOS (FUENTE: REGISTRO DEL CÁNCER DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO)

En todo caso, para poder estimar el coste que supondría un hipotético Fondo de Compensación en el ámbito de la CAE, habría que realizar una estimación de los casos de enfermedades vinculadas con el tóxico y su posible crecimiento en los próximos años hasta el decenio del 2020, en el que si se reproduce la situación de otros países europeos, a partir de los primeros años de ese decenio empezarán a descender los casos de una manera clara y rápida.

El coste anual estimado de un fondo de este tipo, calculado a partir de los datos de existentes en Francia, Bélgica y Holanda y adoptando un nivel alto de indemnizaciones, se situaría entre 8 y 32 millones de euros al año, dependiendo de cuáles fueran las patologías que se decidiera indemnizar.

La financiación de un fondo de este tipo debería contar con fondos públicos, necesarios para indemnizar a las víctimas de exposiciones no laborales, para muchas de las cuales no es posible hallar un culpable, pero también con aportaciones de las empresas que causaron el problema, bien voluntarias bien obtenidas mediante litigación, y de la Seguridad Social, reconociendo el origen profesional de muchas situaciones que hoy se tratan como patologías comunes.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

**Azagra, A. (2011).** Daños del amianto: litigación, aseguramiento de riesgos y fondos de compensación. Madrid. Fundación MAPFRE.

**Chérie-Chaline, L. Imbernon. E. (2012).** Déclaration obligatoire des mésothéliomes. Résultats de la phase pilote et recommandations pour le déploiement. Saint Maurice. Institut National de Veille Sanitaire.

**Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.** Registros del cáncer. (2012)

**Dixon, Li. S. (2011).** Asbestos bankruptcy trusts and tort compensation. Santa Mónica. Rand Co.

**FIVA(Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante) (2010).** 9e Rapport d'activité au Parlement et au Gouvernement. Paris. FIVA.

**GAO (2011).** ASBESTOS INJURY COMPENSATION. The Role and Administration of Asbestos Trusts. Washinton. US. Government Accountability Office.

**García Gómez M. et al. (2011).** Evaluation of the nacional health surveillance program of workers previously exponed to asbestos in Spain (2008) Gac Sanit. 2011 In press.

**Guyton G.P. (1999).** A brief history of worker's compensation. The Iowa Orthopedic Journal, 19, 1999, 106-110.

**Haber SE, Haber JM. (2011).**Malignant Mesothelioma: A clinical Study of 238 cases. Ind. Health 2011, 49 166-172

**Haller JS Jr. (1988).** Industrial accidents-Worker compensation laws and the medical response. West J Med Mar; 148:341-348

**INVS. (2010).** Des indicateurs en santé travail. Risques professionnels dus a l'amiante. Saint Maurice. Institut National de Veille Sanitaire.

**Journal Officiel. (2012).** Décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire . Journal Officiel n° 0015 du 18 janvier 2012

**Kramer, S.N. (1958).** History begins at Sumer. London, Thames and Hudson p. 93

**Léfrand, G. (2009).** Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales sur la prise en charge des victimes de l'amiante. Disponible en : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2090.asp>

**Park, E. et al. (2011).** Global magnitude or frepote adn un reported mesothelioma. Env. Health Pers. 119. 4. Aprl. 2011 514-518

**Parkin, DM (2011).** Cancers attributable to occupational exposures in the UK in 2010. *British Journal of Cancer* (2011) 105, S70–S72

**Parsons, C (2002).** Liability Rules, Compensation Systems and Safety at Work in Europe. *The Geneva papers on Risk and Insurance*. Vol 27 No 3 (July 2002) 358-382.

**Pitarque, S. et al. (2008).** Mesothelioma mortality in men: trends during 1977-2001 and projections for 2002-2016 in Spain. *Occup. Env. Med.* 65: 279-282.

**Solá, C. (2001).** Prospección sobre la presencia de amianto o de materiales que lo contengan en edificios. Madrid. FPRL.

**Tossavainen, A. (2008).** El asbesto en el mundo: producción, uso e incidencia de las enfermedades relacionadas con el asbesto. *Ciencia&Trabajo*. 10, 27, enero-marzo 2008 7-13.

**Virta RL. (2006).** Worldwide asbestos supply and consumption trends from 1900 to 2003. Reston. U.S. Geological Survey.