

# *De la seguridad e higiene a la salud laboral*

## *Algunos elementos críticos a la luz de los 10 años de la LPRL*

Ángel Cárcoba Alonso

### INTRODUCCIÓN

En todo análisis de procesos sociales de los que uno ha formado parte, se corre el riesgo de que la historia produzca un cierto descoloque y uno no acierte a interpretar los acontecimientos de acuerdo a los cánones de lo políticamente correcto. Corren tiempos de científica euforia tecnológica, de proliferación de expertos y grupos de sabios que sirven de coartada para justificar todo aquello que los políticos de turno, como simples intermediarios del poder económico, necesitan, propiciado por la ausencia de ideologías (de izquierdas, por supuesto). En tiempos de epidemias globalizadas, de sufrimientos y males globalizados, de muertes y enfermedades globalizadas, de desigualdades, guerras y hambrunas globalizadas, de enfermedades y muertes en el trabajo socialmente aceptadas, todos los indicadores me hacen observar la

realidad con cierto pesimismo y colocarme en el campo de los indignados, frente a los indignos, pese al desprestigio a que es sometida la indignación.

Dejo, pues, para los optimistas, para los “grupos de sabios” y “expertos acreditados” la lectura y los análisis positivos de la salud laboral a la luz de los diez años de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

No se analizan los contenidos de la Ley. Esto ya se hizo en su momento y es mucho lo escrito hasta el presente. Me voy a limitar a señalar algunos elementos críticos del estado de salud de los trabajadores y algunas perversiones del sistema advirtiendo que se equivocan quienes vean en el presente trabajo una posición “anti”. Como mucho, puede llegar a ser “alter” en un intento de dar sentido a la memoria histórica más reciente, en unos momentos en que dicha memoria está siendo

secuestrada por los nuevos gurús, los nuevos inventores o mercaderes de la salud laboral. Que nadie busque propuestas en el presente trabajo. Creo que la base indispensable para la elaboración de estrategias frente al fundamentalista del mercado, reside en una adecuada política de la memoria y en la reconstrucción de contrapoderes en base a la suma de las propuestas de activistas, científicos, sindicalistas, profesionales, delegados de prevención, trabajadores, partiendo de un consenso mínimo entre aquellos que piensan que otra organización del trabajo, que un trabajo sin riesgo es posible.

## CONVIENE RECORDAR. HISTORIA DE UNA LEY

### A) DE LA ORDENANZA GENERAL DE SEGURIDAD E HIGIENE A LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Uno de los problemas con que nos encontramos al llegar la democracia consistía en la pervivencia de un sistema normativo sobre seguridad e higiene, calificado de antiguo, ineficaz, mercantilista, paternalista, propio de la dictadura. Consideraba el riesgo inevitable, sólo compensable.

Hay que decir que estuvimos demasiado tiempo anclados en la seguridad e higiene y las cosas no fueron bien. Intentamos ir hacia la salud laboral, hacia la salud de los trabajadores, por que esto era lo que estaba y está en juego. Tardamos en llegar a la prevención. Cuando creíamos haber llegado, nos damos cuenta que nos habíamos quedado de nuevo en la seguridad y salud en el trabajo. Los expertos de la CEOE lo tenían muy claro. En las negociaciones de la LPRL no hubo consenso sobre el título mismo de la Ley porque

ellos se negaban a aceptar conceptos como “salud laboral”, “salud de los trabajadores”, o “condiciones de trabajo”.

Pero el parto de un nuevo marco normativo fue lento, pleno de incumplimientos sistemáticos de promesas y acuerdos de los Gobiernos de turno. Hubo que esperar casi 20 años (1977-1996) para dotarnos del actual marco normativo.

El 1 de diciembre de 1982, en el acto de investidura como presidente del Gobierno, Felipe González afirma: “Proyectamos para 1983 una nueva ley de Higiene y seguridad Laboral”.

El 14 de noviembre de 1984, el entonces ministro de Trabajo Joaquín Almunia anunciaba en el marco del X Congreso Nacional de Seguridad e Higiene, en Granada la “inminente presentación al Parlamento de un Proyecto de Ley sobre Seguridad Laboral”.

El 2 de diciembre de 1987 todos los medios de comunicación recogían en grandes titulares: “El Gobierno aprobará en 1988 una ley que mejore la seguridad en el trabajo” (Cinco Días). “Chaves anuncia una nueva Ley de seguridad en el trabajo” (El País).

En junio de 1988 en la Asamblea General de la OIT, Felipe González vuelve a prometer “la inmediata aprobación de una nueva Ley que sustituya a la obsoleta Ordenanza General de Seguridad e Higiene.”

Hubo dos hechos fundamentales que obligaron al Gobierno a abrir un proceso de negociación sobre un nuevo marco normativo. La huelga general del 14 de Diciembre de 1988 (14-D) y la aprobación de la Directiva Marco por parte de las Comunidades Europeas con procedimientos de infracción contra los Estados miembros que nos traspongan en plazo (Diciembre 1992) tanto la Directiva marco como las derivadas.

La huelga del 14-D dio lugar a un gran acuerdo entre CC.OO. y UGT denominado “Propuesta Sindical Prioritaria” (PSP), firmada por

Nicolás Redondo y Antonio Gutiérrez el 5 de octubre de 1989. El punto 16 de la PSP trataba de “Comités de salud en las empresas, maternidad y protección del medio ambiente”. El desarrollo de este punto contenía, entre otras, las siguientes cuestiones:

1. *Sustituir los actuales comités de seguridad e higiene por Comités de salud y seguridad de trabajo.*
2. *Se constituirán estos Comités en todo centro de trabajo de más de 50 trabajadores y en aquellos otros de menor plantilla, con actividad de especial riesgo. En aquellas empresas no obligadas a constituir comités, los trabajadores elegirán un delegado de prevención.*
3. *Creación de la figura del delegado territorial de salud y seguridad elegido por los sindicatos representativos para promover la mejora de las condiciones de trabajo, fundamentalmente en la pequeña y mediana empresa”.*

Los apartados 4 y 5 de la PSP desarrollaban las competencias de los Comités. El apartado 6 se dedicaba a la protección de la maternidad y del 7 al 10 a la protección del medio ambiente.

La PSP puso en marcha diversas mesas de negociación acordadas entre los secretarios generales de UGT y CC.OO. con el presidente del Gobierno. Una de esas mesas fue la de Salud Laboral.

El 20 de enero de 1992, tras año y medio de negociaciones se llega a un acuerdo entre Gobierno, patronal y sindicatos sobre una nueva Ley de Salud Laboral.

La patronal se vuelve atrás de este acuerdo días más tarde y el Ministro de Economía bloquea el proyecto de ley. En diversos medios de comunicación del 4 de diciembre de 1992 se puede leer: “El Vicepresidente del Gobierno, Narcis Serra, ha decidido congelar el proyecto de ley de salud laboral ante la oposición irreductible del Ministerio de Economía y Hacienda. Solchaga considera que la ley, tal y como está concebida incrementará fuertemente los costes de las empresas justo en la coyun-

tura económica menos propicia” (El País, y Expansión de 4.12.92).

Una vez más, la salud de la economía y los criterios empresariales se imponen a la salud de la población y a los intereses de los trabajadores. Habrá que esperar 4 años más para que definitivamente entre en vigor una Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), que sin ser la que los sindicatos querían, se valoró por éstos de forma positiva. Queda claro de quien es la responsabilidad de que se tardara casi 6 años en aprobarse la LPRL.

El listado de promesas y acuerdos incumplidos es interminable. Es evidente que se podrían haber evitado miles de muertes, enfermedades y sufrimientos en el trabajo, si



el Gobierno socialista hubiera cumplido sus promesas de 1982.

Durante este largo período no nos quedamos en la denuncia y exigencia de nuevas leyes. La práctica diaria en los centros de trabajo era acompañada por una intensa actividad institucional, legal y parlamentaria.

- Entre 1982-1986 modificamos toda la normativa sobre ruido, plomo, benceno, amianto, consiguiendo que se prohibiera la utilización de la crocidolita o amianto azul.
- En 1983 elaboramos una Proposición de Ley sobre el trabajo ante pantallas de visualización de datos, que fue rechazada con los votos de PSOE.
- En 1986 negociamos el Reglamento sobre el Ruido.
- En 1989 elaboramos sendas proposiciones de Ley sobre Salud Laboral y Servicios de Salud en el Trabajo, que fueron presentadas en las Cortes a través de IU-IC el 26.01.89 y rechazadas de nuevo con los votos en contra de PSOE-CIU.
- De 1990 a 1996 (proceso de negociación de la LPRL) utilizamos todos los medios a nuestro alcance (manifestaciones, presión mediática, denuncias ante la Comisión Europea, reuniones con todos los grupos parlamentarios, preguntas e interpelaciones...) para trasponer en tiempo y forma la Directiva Marco y las Directivas derivadas.

## B) NEGOCIACIÓN DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (LEY DE SALUD LABORAL)

En el contexto definido en el apartado anterior la Administración hace entrega a los agentes sociales en julio de 1990 del primer borrador del Proyecto de Ley de Salud Laboral.

Se abre un gran debate social. En este período, desde Universidades y Colegios profesionales,

hasta comités de empresa, en toda España se organizan encuentros y debates sobre los diferentes borradores de Ley. CC.OO. contribuye a liderar este debate social entre los trabajadores y la comunidad científica.

Toda esta actividad hizo posible que nos dotáramos de una amplia información y lleváramos a las mesas de negociación propuestas rigurosas, razonadas y previamente debatidas tanto en el interior del sindicato como con colectivos de profesionales interesados en el tema.

Así, entre julio de 1990, cuando el Gobierno nos entrega el primer borrador de anteproyecto, y enero de 1992 hubo más de un centenar de reuniones, miles de horas que dieron lugar a un texto que mereció el apoyo y consenso de todos los negociadores (Gobierno, patronal y sindicatos).

El 19 de enero de 1992 hay acuerdo pleno sobre un texto de Ley. Así lo recogen al día siguiente todos los medios de comunicación: El País, 20.01.92 a dos columnas titulaba: "Gobierno, sindicatos y patronal acuerdan el contenido de la ley de salud laboral". ABC: "Trabajo, sindicatos y CEOE llegaron a un acuerdo sobre el proyecto de salud laboral". Europa Press: "Respaldo de CEOE y sindicatos al proyecto de ley de salud laboral".

### ¿Qué sucedió para que se abortara este acuerdo?

Fue una opción política del Ministerio de Economía y Hacienda que fue sensible a las presiones y pretensiones de la patronal española bajo el argumento de que "el proyecto de ley acordado incrementaría los costes empresariales justo en la coyuntura económica menos propicia" (prensa de la época).

Tres días después de que la patronal respaldara públicamente el Proyecto de Ley, la CEOE elabora un documento de 16 páginas

sobre los costes empresariales de la LPRL. Hace un cálculo del coste de las horas retribuidas a los Delegados de Prevención, estimándolo en 273.384 millones de pesetas/mes<sup>1</sup> En base a estos datos y por otras razones no menos importantes, el 23 de enero de 1992 la CEOE hace público un documento que los medios de comunicación recogen de la siguiente manera:

“La CEOE rechaza el texto de la futura ley de salud laboral por importantes discrepancias” (El País 23/01/92). Este era el titular, para añadir en letra pequeña que la CEOE rechazaba el proyecto de ley por los costes empresariales que suponía su puesta en marcha y “por el control de los trabajadores sobre las condiciones de trabajo” que les confiere dicho proyecto.

Más alto se puede decir, más claro imposible. Sin desdeñar las razones económicas, las verdaderas razones de la CEOE para oponerse al Proyecto acordado, residían en el control de los trabajadores de las condiciones de trabajo. Con estos argumentos inician una fuerte campaña de presión a los poderes públicos (fácticos) y consiguen que el Consejo de Estado rechace el proyecto de Ley sobre salud laboral, debido a que “los delegados de prevención podrían colisionar con las funciones de los comités de empresa” (La Vanguardia 4/04/92).

Finalmente el Ministerio de Economía y Hacienda paralizaría definitivamente el Proyecto acordado, como ha quedado de manifiesto anteriormente.

A partir de aquí, el Parlamento se disuelve, se convocan elecciones generales y a empezar de

nuevo. Los sindicatos desarrollan diversas iniciativas ante la Comisión Europea, Parlamento Europeo, Tribunales de Justicia, etc. Se consigue que el 12 de marzo de 1993 la Comisión de las Comunidades Europeas abra un procedimiento de infracción contra el Estado español debido a la no trasposición de directivas en materia de salud y seguridad.

Lanzamos una campaña bajo el eslogan “LEY DE SALUD LABORAL ¡YA!, no podemos esperar”.

Nos entrevistamos con todos los grupos parlamentarios. Situamos la muerte y la enfermedad en el trabajo en el campo mediático. “¿Cuántos muertos son necesarios para una nueva ley?”.

Así, el 21 de junio de 1994, el pleno del Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que inicie de nuevo las negociaciones con los agentes sociales. Comienza una nueva ronda de negociaciones que culmina el 16 de diciembre de 1994, fecha en que el Consejo de Ministros envía al Parlamento el Proyecto de Ley.

Hay un plazo de enmiendas durante el que nos volvemos a reunir con todos los grupos parlamentarios en un último intento de mejorar el texto. El 22 de junio de 1995 se aprueba por unanimidad en el pleno del Parlamento. El 3 de octubre se aprueba en el Senado. Vuelve al Parlamento donde se aprueba el texto definitivo el 27 de octubre de 1995. El 10 de noviembre se publica en el BOE para su entrada en vigor el 10 de febrero de 1996.

Respecto al análisis sobre los contenidos de las propuestas de unos y otros, porcentaje de

---

1 “Incidencia de las horas retribuidas a los representantes de los trabajadores en las empresas”. CEOE, 23 de Enero de 1992. Este documento consta de tres puntos y un resumen: 1. Cálculo de las horas retribuidas a los delegados de personal y miembros de Comités de Empresa. 2. Cálculo de las horas retribuidas a los delegados sindicales. 3. Cálculo de las horas retribuidas a los delegados de prevención en las empresas (anteproyecto de ley de prevención de riesgos laborales). 4. Resumen.

enmiendas y propuestas aceptadas e incorporadas al texto de cada una de las partes, será motivo de otro trabajo futuro.

Disponemos de los borradores entregados por la Administración y de las enmiendas y propuestas de cada una de las partes intervinientes en el proceso de negociación

Pero está claro que los empresarios nunca quisieron ninguna norma sobre salud laboral y en coherencia con esto se han negado a cumplirla sistemáticamente. Este es su papel histórico. Pero lo más lamentable fue la postura de un Gobierno que bajo el paraguas ideológico de la izquierda truncó toda posibilidad de aprobar una ley de salud de los trabajadores, plegándose totalmente a las exigencias de la patronal y en su lugar salió un escuálido ratón. Cuando creíamos haber llegado a la salud laboral, nos encontramos de nuevo en la seguridad e higiene.

## BALANCE PREOCUPANTE

Después de 10 años de entrada en vigor de la LPRL casi todos los indicadores en salud laboral muestran que el conjunto de las condiciones de trabajo, que las formas de enfermar y morir en el trabajo se han modificado, pero no han disminuido, pese a los intentos de ingeniería estadística de algunos. Muy por el contrario las desigualdades sociales en salud laboral han aumentado.

No seré yo quien responsabilice a la LPRL. Esta es la que es. Con ésta y con la mejor ley del mundo creo que las cosas no serían diferentes. El problema reside en la ausencia de políticas públicas de salud laboral, con estrategias, proyectos, programas y recursos.

El análisis de la relación proceso de producción de bienes y servicios y salud es un terreno privilegiado para entender como se destruye la salud y el medio ambiente a pesar de

una riqueza social sin precedentes y de unos recursos técnicos insospechados. De ahí la necesidad de dejar bien sentado desde el inicio, nuestro convencimiento de que la enfermedad y la muerte en el trabajo no tiene justificación ética, social ni económica.

En los últimos diez años más de 15.000 trabajadores encontraron la muerte donde fueron a buscar un sustento para sí y su familia. Las jornadas no trabajadas por accidentes de trabajo han pasado de 15,5 millones de media cada año, entre 1991-1997, frente a más de 20 millones de media/año en los seis años siguientes. En ese mismo período las jornadas no trabajadas por huelga disminuyeron en más del 15%.

En este último período el crecimiento económico fue de un 17,3% frente a un 51,7% de incremento de los accidentes de trabajo con baja. Todo esto nos lleva a una primera conclusión: las estadísticas del crecimiento casi siempre se corresponden con las estadísticas del sufrimiento.

Muy a nuestro pesar, hay que decir que no se han cumplido las expectativas que abrió la puesta en marcha de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Y siendo una de las Leyes más avanzadas de la Unión Europea, no cabe atribuir a la misma las causas de las altas tasas de siniestralidad. La responsabilidad recae en los empresarios y en la Administración. Unos empresarios instalados en la desobediencia e insumisión permanente a la normativa vigente, con un grado de incumplimiento que supera el 70%, acompañado de la ineficacia del sistema sancionador. Ni jueces, ni fiscales persiguen de oficio o condenan los atentados a la vida y a la salud en el trabajo. Es evidente que la prevención es esencial y prioritaria, pero si no va acompañada de las medidas de protección social a las víctimas cuando el daño se ha producido y de una sanción proporcional al derecho fundamental conculcado poco avanza-

remos. A esto hay que añadir otros factores impuestos por los Gobiernos de turno, como la intensificación del trabajo, la precarización generalizada y el sometimiento de derechos fundamentales a las leyes del mercado.

No olvidemos que el accidente de trabajo es la punta del iceberg de unas condiciones de trabajo provocadoras de miles de muertes silenciosas, de enfermedades y sufrimientos que no aparecen en las estadísticas. A título de ejemplo, se estima que entre 5.000 y 8.000 trabajadores mueren cada año en España por exposición a productos químicos cancerígenos.

A nivel mundial, en los últimos 12 meses, más de 2 millones de trabajadores y trabajadoras perdieron sus vidas debido a malas condiciones de salud y seguridad; más de 1,2 millones de personas sufrieron heridas graves y más de 160 millones de personas contraerían enfermedades en el trabajo.

Mortalidad por accidentes y enfermedades del trabajo: Estimación de muertes relacionadas con el trabajo en 1990: 1.100.000; Estimación de muertes relacionadas con el trabajo en 2000: 2.000.000; Accidentes de trabajo mortales: 355.000; Accidentes de trabajo mortales en trayecto: 158.000; Enfermedades mortales relacionadas con el trabajo: 1.574.000. Fuente: OIT.- junio/1993. Estos datos ponen de manifiesto que el fundamentalismo del mercado es el que más muertes y sufrimientos provoca en el mundo.

Junto a las enfermedades originadas por exposición a riesgos clásicos (ruidos, humos, polvos, gases...) están apareciendo nuevas formas de enfermar y morir con caracteres epidémicos. Un 50% de los trabajadores europe-

os sufren alteraciones musculoesqueléticas y otro 48% alteraciones psíquicas. Más del 56% de dichos trabajadores declaran estar sometidos a ritmos de trabajo elevados<sup>2</sup>.

Según estas mismas fuentes, 41 millones de trabajadores europeos están afectados por el estrés, con un coste de 20.000 millones de euros. Tres millones se ven afectados por la violencia física en el trabajo y otros 6 millones padecen violencia externa. Tres millones son objeto de acoso sexual y trece millones sufren acoso e intimidación en el trabajo. Es decir, más de 66 millones de trabajadores y trabajadoras de la Unión Europea forman parte del grupo de riesgo psicosocial.

Según el sistema CAREX el 23% de la población empleada en los 15 países de la UE, aproximadamente 32 millones de trabajadores, están expuestos en el trabajo a agentes o combinados clasificados como cancerígenos<sup>3</sup>. Frente a esta realidad, la Comisión Europea, bajo la presión de Gobiernos y empresarios, lo único que proponen es alguna recomendación y guías orientativas. Nada de responsabilidades de los poderes públicos, nada de normas o directivas.

El crecimiento del trabajo precario, el recurso sistemático a la subcontratación y el trabajo a tiempo parcial confirma una estrecha relación entre la intensificación del trabajo y la producción masiva de accidentes, incapacidades y muertes. Las perspectivas son sombrías para las próximas décadas. Según la OIT, serán las décadas del "malestar de la globalización", donde predominarán las angustias, depresiones, suicidios y enfermedades de la fatiga. La globalización de la economía produce también epidemias globalizadas y

2 Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Trabajo. III Encuesta Europea. Dublin.-2000

3 CAREX (CARcinogen exposure) es un sistema internacional de información profesional sobre cancerígenos conocidos y probables creado con el apoyo del Programa Europa contra el Cáncer de la UE.



una fatiga generalizada que los expertos denominan “fatiga de civilización”.

Paralelamente la intensificación del trabajo pasa por la “caza de tiempos muertos”, que son también tiempos sociales indispensables. El tiempo de trabajo determina el resto de tiempos de la existencia humana. Trabajo asalariado y vida fuera del trabajo. Tiempo de trabajo y tiempo de vida. Frente a los tiempos lineales y predecibles de hace 20 años, asistimos a los tiempos impredecibles y desestructurados.

La dimensión de género es otro elemento fundamental, siendo las mujeres trabajadoras las más afectadas por las denominadas “enfermedades emergentes”.

Es necesario extender el campo legislativo y las prioridades de actuación a los colectivos

socialmente desprotegidos (inmigrantes, mujeres, precarios...)

El accidente y la enfermedad laboral nos señala una escisión entre la conciencia social que nos indica que el riesgo en el trabajo es evitable, prevenible e inaceptable y la racionalidad económica que lo sitúa en el campo de lo inevitable.

## LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ¿TUTELADA POR EL MERCADO?

Frente a la situación descrita en el punto anterior, los poderes públicos hacen dejación de sus responsabilidades en la tutela de derechos fundamentales, transfiriéndolas al mercado.

El Estado del Bienestar pasa de víctima a culpable y es acusado de los males de la economía, llegando incluso a conclusiones moralizantes: el Estado del Bienestar desincentiva y niega el esfuerzo y la competitividad personal (algo así como la esencia del espíritu capitalista), al imponer un igualitarismo estatista, al radical individualismo y la absoluta desigualdad (ante el mercado) de hombres y mujeres. El fundamentalismo del mercado impone una concepción de la economía y de la vida que coloca a las mercancías por encima de las personas. Hay una mayor preocupación estructural y política por la salud de la economía en detrimento de la salud de las poblaciones. Esto provoca profundas desigualdades ante la enfermedad y la muerte.

## DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD LABORAL

La desigualdad ante la muerte no es más que la manifestación de las desigualdades ante la vida. El que es pobre, el trabajador de menor cualificación muere antes y enferma más que

el rico o el ejecutivo. La distribución porcentual de accidentes de trabajo, según profesión en España, nos indica que los peones sufren el 21% de los accidentes, frente al 0,3% de los directivos de su misma empresa. El reloj biológico interno parece correr mucho más deprisa para los pobres que para los ricos. A cualquier edad cronológica cuando se es pobre la vida pasa más rápido: se nace antes, se deja de estudiar antes, se tiene hijos antes, los cuerpos se estropean antes, se envejece antes y se muere antes. Las condiciones de empleo, trabajo, paro y el consumo impuestas por el mercado son un buen indicador de estas desigualdades.

Se ha documentado que los obispos, clérigos, profesores universitarios y científicos son los más longevos y que los peones, mineros, electricistas y radiólogos enferman más y mueren antes.

“Somos desiguales incluso en la gestación y el parto. Baste comparar el peso y las defensas orgánicas de un bebé rico con uno pobre” (Frei Betto). Se ha documentado que la mortalidad por enfermedades infecciosas y del aparato respiratorio son cinco veces más comunes entre obreros no cualificados que entre ingenieros y ejecutivos de su misma empresa.

Existen desigualdades sociales hasta en la posibilidad de verificar o diagnosticar si se está enfermo. Al tiempo dedicado a la anamnesis, a la diagnosis y al tratamiento entre las clases alta, media, trabajadores manuales y pobres oscila entre una hora para los primeros y cinco minutos para los últimos.

Lo mismo sucede con el acceso a los medicamentos: “el 80% de los productos farmacéuticos comercializados solo atienden a las enfer-

medades que afectan al 20 % de la población que son los ricos. La actual I+D no atiende a los enfermos pobres” (Dra. Nora Uranga).

En 1960 había en el mundo un rico por cada 30 pobres. Hoy la proporción es de uno a 80. Como dice el citado Frei Betto, “la globocolonización provoca tan enormes desigualdades que Bill Gates, Paul Allen, Warren Buffett y Larry Ellison, poseen juntos una fortuna superior a la del PIB de 42 países con 600 millones de habitantes”. Son insaciables estos mercaderes.

Desde hace años se asiste a un fuerte movimiento antireglamentista para eliminar las “**rigideces del mercado**”.

La Comisión Europea nos dice que es necesaria una “**pausa legislativa**” y que hay que ir hacia una “simplificación, racionalización, modernización, flexibilización y codificación del marco normativo”<sup>4</sup>.

Las organizaciones empresariales europeas dicen que hay un “**empacho legislativo**” y lo que procede es sustituir el exceso de normas por “**códigos de buenas prácticas**”, “gestión de la prevención” y por una mayor “cultura de la prevención” y por la **autoregulación o responsabilidad social de las empresas**. Aquí nos encontramos de nuevo con la entronización de las grandes mentiras a las que me referiré más adelante.

El siguiente paso será privatizar parte de las funciones de la inspección de trabajo a través de una “alianza” entre las empresas del mercado que producen, venden, certifican y auditan normas, con los poderes públicos que quieren huir de sus responsabilidades. En algunos países se está llegando a una situación en la que las empresas que tienen un sistema de gestión de salud laboral reciben la

---

4 Resolución del Consejo de 3 de Junio de 2002 sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006) (DOCE 5.7.2002).

Hay que decir que desde el Tratado de Maastrich hasta la actualidad se ha producido una parálisis normativa. Toda norma ha de venir determinada por su eficacia económica en términos de flexibilidad, competitividad y empleo.

garantía de que no van a ser inspeccionadas por los poderes públicos. Si Nike, por ejemplo, certifica que trabaja en todas sus empresas con un sistema de gestión, por qué ha de cumplir con legislaciones complicadas, de países diferentes. Pero no hace falta acudir a ejemplos de multinacionales tan conocidas. El 30 de mayo de 2003 podíamos leer en Servimedia la siguiente noticia: “El consejero de Interior del Gobierno Vasco, Javier Balza, pretende que la Ertzaintza realice las detenciones con “certificación de calidad” a través de ISO 9002 en todas sus comisarías, con un coste de 8.057 euros por comisaría.” Parece que el control de la “calidad” de las detenciones que realice la policía ya no corresponde al Poder Judicial, sino a ISO-AENOR.

La normalización de la gestión es un instrumento más de la globalización, cuyo objetivo es reducir las barreras técnicas que se alzan contra el libre comercio.

No hay ningún límite para estas prácticas abusivas. En una economía globalizada, siempre habrá alguien dispuesto a ir más lejos, recurriendo a trabajo de presos, al trabajo infantil, a inmigrantes.

Es aterrador el desprecio por las normas de salud y seguridad y la ausencia de recursos públicos destinados a la prevención de riesgos.

Hay un serio intento de la ISO a través de sus agencias nacionales (AENOR-España) para hacerse con la responsabilidad de “codificar” las normas mundiales relativas a la salud y seguridad en el trabajo, ocupando el lugar de la OIT, como organismo tripartito de Naciones Unidas.

El caso AENOR en España es bien elocuente al respecto. Se trata de una entidad privada, sin ánimo de lucro, con una cuota de merca-

do superior al 75%, en régimen de cuasi monopolio y una facturación de más de 20 millones de Euros/año. A pesar de su carácter privado, percibe 2 millones de euros/año del Ministerio de Industria y una cantidad sin especificar del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

AENOR no está sometida a ningún control social. En otras palabras, el conjunto del sistema de normalización en España carece del tripartismo y participación de los agentes sociales.

AENOR en definitiva forma parte del mercado-negocio a costa de la salud de los trabajadores.

A esto se une el intento globalizador de dejar en manos de la Organización Mundial del Comercio (OMC) el arbitraje y tutela de las normas de salud y seguridad. En la OMC todos los países tiene derecho de voto, pero jamás se vota.

La salud de los trabajadores queda tutelada por el mercado. Las conquistas obreras sobre derechos fundamentales a la vida, a la salud y al trabajo quedan en entredicho. Como dice Eduardo Galeano, “¿qué debe leerse, por ejemplo, donde dice : “libertad de trabajo”? Debe leerse: derecho de los empresarios a arrojar al tacho de la basura dos siglos de conquistas obreras. Se trabaja el doble a cambio de la mitad: horarios de goma, salarios enanos, despidos libres y que Dios se ocupe de los accidentes, las enfermedades y la vejez. Las principales empresas multinacionales, Wal-Mart y McDonald's, prohíben expresamente los sindicatos. Quien se afilia a un sindicato pierde su empleo en el acto. En el mundo de hoy, que castiga la honestidad y recompensa la falta de escrúpulos, el trabajo es objeto de desprecio<sup>5</sup>.

---

5 Eduardo Galeano: “Los Valores sin precio. III Foro social Mundial. Porto Alegre, enero 2002.

¿Dejamos que el mercado funcione libremente? ¿La instancia de legitimación de cualquier norma jurídica ha de ser su eficacia económica? ¿Donde situamos los límites a la libertad empresarial?, ¿qué papel ha jugado y juega la LPRL?

Hay dos fuentes principales de control de las actividades económicas: la acción y la organización de los trabajadores que establecen sus criterios sobre lo que es aceptable o no y la mediación y control ejercido por el Estado, a través de normas y sistema de sanciones. Pero observamos que ambas fuentes han entrado en crisis.

Todo este proceso está liderado por los **neoliberales**, que con la etiqueta de **nuevo**, como si de un detergente se tratara, pretenden convertir toda la sociedad en un inmenso supermercado. Todo ello viene impuesto por el modelo de desarrollo impuesto a los países llamados en “vías de desarrollo”. ¿Qué hacemos?, se pregunta François Brune en “Le Monde Diplomatique” de junio de 2003. “¿Poner en tela de juicio los modelos de desarrollo que les prescribimos como los mejores?. Ni pensarlos. Dado que nuestras formas de ayuda con nuestros ingenieros, nuestros preséramos, nuestras ONG... se revelaron hasta el momento tan constantemente efímeras, les proponemos de ahora en adelante, un desarrollo “sostenible” que perpetuará el fracaso de sus economías perpetuando el modelo”.

Multinacionales convertidas en ONGs, –empresarios sin fronteras– que nos prometen ayudas y desarrollo sostenible pero que siempre cobrarán con altos intereses, aquello que aparentemente regalan.

## FALSO CONSENSO CONCEPTUAL

Quizás pueda pensarse que, al menos desde los presupuestos de las ciencias sociales, términos como trabajo, empleo, mercado, salud,

accidente, enfermedad, paro, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, costes, gestión de la prevención, cultura de la prevención..., están definidos con precisión y tiene un significado convencionalmente aceptado por la “comunidad científica”. Sin embargo, una mirada “aparentemente no científica” por los sentidos de estos términos en las vidas humanas concretas a través de la historia y de las historias de las propias ciencias sociales, quizás nos muestren otras “evidencias científicas” (Juan Blanco).

A lo largo de los diez años de aplicación y desarrollo de la LPRL hemos asistido a la entronización de las grandes mentiras y de consensos suaves en el campo de la salud laboral. Es frecuente encontrarse en una Mesa redonda de cualquier congreso y dar por sentado que desde el representante empresarial al delegado de prevención, todos hablan de la misma cosa. Sin embargo, la confrontación capital-trabajo, plusvalía-enfermedad y muerte tiene un significado diferente.

Cuando un trabajador te cuenta como perdió su mano, o la capacidad para respirar, o como adquirió un cáncer por exposición a productos químicos, o cuando una mujer te cuenta como perdió a su marido o a su hijo en el trabajo, términos como empleo competitividad, productividad, cultura, estadísticas de siniestralidad..., se convierten en conceptos concretos, en dramas individuales vividos en silencio, invisibles. Invisibilidad social impuesta por el pensamiento único, por que la lógica del mercado está en contra y por encima de los dramas individuales. La imparcialidad se vuelve imposible y los conceptos adquieren su pleno significado de clase. Términos como salud, organización del trabajo o tiempo de trabajo no tiene el mismo significado para un ejecutivo, un banquero, un médico de empresa, un ergónomo que para un trabajador o delegado de prevención.

El tiempo de trabajo se rige por el principio “el tiempo es oro” y como tal es objeto de compraventa. Mientras se apoderan de nuestro tiempo de vida, nos vamos diciendo, que llegue el fin de semana, que llegue el puente, las vacaciones, la prejubilación, la jubilación. Este intento de controlar y comprar nuestro tiempo se hace acompañar de la ilusión de que algo cambie a través de la lotería, la quiniela, la primitiva o a través de cualquier golpe de suerte para salir de una vida (vivien- da) hipotecada.

El nivel de aceptación de un ries- go que produce cáncer no es lo mismo para el trabajador expues- to que para el empresario que lo produce. La salud desaparece como derecho y se tiende a la cul- pabilización de la víctima.

## DE LA SEGURIDAD E HIGIENE A LA SALUD LABORAL

Es obvio que en un escenario domi- nado por la segmentación del mer- cado de trabajo y la polarización social, la prioridad se sitúa en los trabajadores y trabajadoras no pro- tegidos socialmente. El referente no sólo ha de ser el lugar de traba- jo, sino y fundamentalmente el tra- bajador, allí donde éste se encuen- tre (inmigrante, clandestino, domici- lio, autónomo, teletrabajo...). De ahí que uno de los retos que tene- mos por delante consista en la capa- cidad de ir de la salud en el trabajo a la salud de los trabajadores. Y es aquí donde adquiere plena vigencia la integración de la salud laboral en las políticas de salud pública.

Desde el movimiento obrero se introdujo el concepto de salud laboral en España a finales de los 70 y la década de los 80. Pero el falso consenso conceptual dio lugar a que, prime- ro, se apropiaran del concepto la “casta de los expertos”, para posteriormente secuestrarlo y vaciarlo de contenido, y, finalmente, regresar a la actual seguridad y salud en el trabajo. Ambos conceptos –seguridad e higiene y salud laboral– hacen referencia a modelos, a métodos y estrategias totalmente diferentes tal y como puede verse en el cuadro adjunto.

### DE LA SEGURIDAD E HIGIENE A LA SALUD LABORAL.

LOS ANTIGUOS PARADIGMAS	LOS NUEVOS PARADIGMAS
Se considera que el riesgo es inevitable, sólo compensable.	Cultura del riesgo y de la prevención.
La salud como ausencia de enfermedad individual.	La salud como bienestar físico, psíquico y social.
Análisis para cada riesgo sin relación con la organización del trabajo.	Análisis global de los riesgos ligados al ambiente, al ciclo productivo y a la organización del trabajo.
El accidente de trabajo como indicador de las condiciones de trabajo.	Toda forma de desgaste que afecte a la salud de los trabajadores.
Determinismo mecanicista entre las causas de riesgo y los daños a la salud.	Fin del mecanicismo determinista.
Intervención ocasional y de bonificación.	Intervenciones programadas planificadas y de concepción.
Dimensión conflictiva de la acción contractual del sindicato.	Nuevas relaciones laborales, desarrollo de la acción contractual y de los procedimientos de participación.
Separación entre los objetivos de seguridad y la higiene.	Intervenciones unitarias e integradoras.
Separación estratégica entre el ambiente de trabajo y de vida.	Unidad de los objetivos de tutela de la salud de los trabajadores y de defensa del ambiente de vida.
Carencia de instrumentos de participación y difusión de análisis de riesgos.	Experimentación de nuevos instrumentos participativos de análisis y evaluación de los riesgos.
El protagonismo reside en los técnicos del Estado y la empresa.	Confluencia entre los saberes científicos y la experiencia obrera.
Denuncia como respuesta a los riesgos.	Disputa de la capacidad de decisión. Mayor democracia en la empresa.
Predominio de la tecnocracia en la evaluación de riesgos.	Autonomía sindical con capacidad de identificar los riesgos, proponer y participar en las soluciones.
Lucha por el reparto de beneficios.	Lucha por mejorar las condiciones de trabajo.
El lugar de trabajo como referente.	La salud de los trabajadores/as como referente.
Trabajador predeterminado (hombre, no extranjero, de gran empresa).	El trabajador en precario, la mujer, los inmigrantes, se convierten en prioridad.

En el modelo de salud laboral hay una serie de elementos estratégicos de gran importancia:

- Disputa al empresario la organización y el tiempo de trabajo.
- Protagonismo de los trabajadores individual y colectivamente (grupo homogéneo).
- El desgaste obrero, consecuencia del consumo de la fuerza de trabajo en el momento de la producción.
- La reproducción de esa fuerza de trabajo en el consumo y la reposición de las energías necesarias para continuar viviendo y volver al proceso productivo.
- La no monetarización de la salud.
- La no delegación y la validación consensual.
- Autonomía en el conocimiento, que posibilita modelo, método y organización propia.
- Las condiciones de trabajo vienen determinadas por las condiciones de empleo.
- La salud del trabajador es inseparable de la salud del ciudadano.
- La dimensión de género y el trabajador en precario se convierten en prioridad.

Conviene recordar que veníamos de una situación –la dictadura– en la que el nivel de participación de los trabajadores era nulo. El trabajo con riesgo era considerado como un elemento de profesionalidad, ante lo que sólo cabía la compensación, no siempre, del daño causado.

A partir de 1978, CC.OO. entendió como un elemento estratégico que había que superar

los estrechos márgenes que la legislación de la época imponía y fue capaz de desarrollar experiencias y llevar a la práctica el eslogan: “La salud no se vende, ni se delega, se defiende”. El sindicato comenzó a discutir temas centrales como: A) La concepción de la organización del trabajo, subrayando los aspectos de la relación antagónica de poder. B) La concepción de la neutralidad de la ciencia y la técnica. C) La división social del trabajo a partir de la fragmentación de la clases obrera. D) Las propias concepciones de la organización sindical en lo referente a problemas de representación, democracia y participación .

En este proceso jugó un papel fundamental el intercambio de experiencias con los sindicatos italianos que nos permitieron incorporar el modelo obrero basado en el protagonismo de los trabajadores a través de la validación consensual, los grupos homogéneos, el mapa de riesgos y la no delegación<sup>6</sup>. Pero hoy nos encontramos con el secuestro de estos referentes metodológicos y estratégicos. Por eso conviene recordar al menos la definición de estos conceptos a pie de página.

Vaya el agradecimiento fraternal a Gastone Marri, Ivar Odone, Giovanni Berlinguer y otros compañeros de la CGIL, verdaderos inventores de un modelo, que nos prestaron para ser desarrollado y aplicado a la realidad española del momento. Un modelo y una

---

6 EL MAPA DE RIESGOS, es la representación gráfica de una de las partes o de todo el proceso productivo de la empresa, donde se registran los riesgos y factores de riesgo a que los trabajadores están expuestos vinculados a la organización y condiciones de trabajo.

Por GRUPO HOMOGÉNEO se entiende la menor unidad social del trabajo existente en una empresa o unidad de trabajo, donde los trabajadores están sometidos a las mismas condiciones resultantes de la organización del trabajo.

LA NO DELEGACIÓN significa ante todo el convencimiento de los trabajadores y sus representantes de no entregar a nadie el control de sus condiciones de trabajo, ni ceder las responsabilidades y derechos que le son propios.

Por VALIDACIÓN CONSENSUAL se entiende el criterio consensuado entre los trabajadores sobre el nivel de bienestar o incomodidad, de aceptabilidad o no de determinadas situaciones de riesgo y sobre las medidas preventivas a adoptar.

Estos cuatro conceptos forman parte de un todo llamado modelo obrero, totalmente diferente del modelo basado en la evaluación de riesgos. Los protagonistas y la metodología de uno y otro son diferentes.

El modelo obrero tiene unos principios metodológicos estructurados en cuatro grandes fases: conocimiento, programación, intervención y control.

metodología que nace en el seno del movimiento obrero y que, posteriormente, es incorporada y asumida por la propia comunidad científica. Una experiencia única, sin parangón posible.

Con estos antecedentes y en aquel contexto, era necesario reconstruir el proceso de trabajo y de la organización del trabajo a partir de la experiencia obrera. La incorporación del saber y la experiencia de los trabajadores permite agrupar los daños a la salud en términos de molestias, síntomas, enfermedades y accidentes, sean o no reconocidos por la legislación. En este proceso juega un papel fundamental la no delegación de la salud y la validación consensual. Se entiende que el problema de la salud de los trabajadores no puede delegarse en los expertos. No se privilegia la opinión de uno o dos técnicos que aparecen un día por la empresa y emiten un informe, sino que es la opinión de la mayoría de los trabajadores la que prevalece. En este proceso hay que huir de quienes afirman que todo ha de ser validado por los expertos y que los trabajadores no saben nada, así como de todo lo contrario, la única fuente de saber es la del trabajador. Creo que en la relación dialéctica entre ambos conocimientos ha de encontrarse la posibles soluciones.

El contexto en que se ha desarrollado la LPRL ha contribuido a modificar los imaginarios y los protagonismos. Sin mitificar el pasado, puedo demostrar documentalmente que la década de los 80 y primera parte de los 90 fue más rica en activismo, participación colectiva, protagonismo obrero, que los tiempos actuales. En el camino que va del mapa de riesgos a la evaluación de riesgos, se han modificado totalmente los protagonistas de la prevención, pasando del trabajador y grupo homogéneo al experto.

Con cierta perspectiva histórica convendría analizar serenamente el proceso que ha conducido desde la seguridad e higiene a la salud

laboral y desde el mapa de riesgos a la evaluación de riesgos, como un ejercicio contra el secuestro de la memoria histórica más reciente de cara a incorporar y adaptar a nuestra actividad diaria lo mejor de cada modelo. Se trata de patrimonializar las experiencias pasadas en la perspectiva de proyectos futuros. La lucha contra los riesgos en el trabajo debe tener como eje de actuación la lucha contra toda forma de destrucción del cuerpo del obrero colectivo en cada etapa histórica.

## MARGINALIDAD DE LA SALUD LABORAL EN LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

Uno de los grandes problemas que, desde mi punto de vista, impiden un mayor control y conocimiento de la salud de los trabajadores, reside en el papel marginal que se la ha dado a la salud laboral respecto a las políticas de salud pública. Hubo un tiempo en que la exigencia del desarrollo del Capítulo IV de la Ley General de Sanidad, aprobada en abril de 1986, formaba parte de las estrategias preventivas más avanzadas en Europa y España. La LPRL vino a consagrar un modelo excesivamente laboralizado. La vigilancia de la salud de la población española comprendida entre 16 y 65 años, quedó bajo la tutela del Ministerio de Trabajo. La descoordinación con la Administración sanitaria ha sido la característica predominante en estos años. Rivalidades personales y gremiales entre ambas Administraciones impedían el desarrollo de programas. El Ministerio de Sanidad a lo más que llega es a la publicación de una serie de protocolos y guías de vigilancia médica, con una carencia absoluta de políticas de Salud para los trabajadores. ¿Desde qué instancias se realiza la vigilancia de la salud de los trabajadores? El 90% de las

acciones de vigilancia queda asumida por Servicios de Prevención Ajenos, muy interesados en la obtención de beneficios económicos y poco o nada en la salud de los trabajadores. Las prácticas médicas irregulares basadas en el control del absentismo, en los reconocimientos preocupacionales, en la utilización de test genéticos, en la realización de pruebas de aptitud, son la norma general.

Frente a la precariedad, frente a la configuración de bolsas de trabajadores de pymes sometidos a una permanente alternancia de riesgos, las autoridades de salud pública siguen considerando los lugares de trabajo como un ámbito privado.

Conviene recordar los principales contenidos de la Ley General de Sanidad<sup>7</sup> pendientes de su aplicación y desarrollo. El art. 21 de esta ley dice, entre otras cosas:

<<La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:

- **Promover** la salud integral del trabajador.
- **Vigilar las condiciones de trabajo y ambientales** que resulten nocivas durante los períodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora.
- Determinar y prevenir los factores de riesgo.
- Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente los factores de riesgo
- **Elaborar junto a las autoridades laborales un mapa de riesgos...** A estos efectos, las empresas tienen la obligación de comunicar a las autoridades sanitarias, las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permite el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.

- Promover la información, formación y participación.

**Todas estas actuaciones se desarrollarán desde las Áreas de Salud>>**

Es indudable que el cumplimiento de estos puntos daría respuesta a los grandes problemas de salud laboral. Pero nada de lo expuesto se ha cumplido y la salud de los trabajadores sigue deteriorándose.

## ALGUNAS PRÁCTICAS MÉDICAS IRREGULARES

La medicina del trabajo debiera tener como centro de actuación prioritaria al hombre y mujer trabajadora. Sin embargo el “médico de empresa”, salvo raras excepciones, históricamente se equivocó de paciente y de cliente. El mercado pide a los médicos que se dediquen a ejercer una medicina de aptitud de cara a establecer quienes son válidos para producir. Esto da lugar a médicos policías que se presentan en los domicilios de trabajadores y trabajadoras para el control de altas y bajas, a la utilización de pruebas genéticas, de sida o de consumo de drogas, sin el consentimiento informado del propio trabajador. ¿Qué capacidad tiene un trabajador en busca de empleo o con contrato en precario de negarse a la realización de estas pruebas?

Como ejemplo de estas éstas prácticas médicas irregulares, se reproduce un escrito de empresas médicas y Servicios de Prevención dirigido a trabajadores para que presten su autorización:

<<“AUTORIZACIÓN PARA RECONOCIMIENTO MÉDICO”

D..... mayor de edad, con DNI ..... declara a los efectos previstos en la

7 Ley General de Sanidad. BOE 28 de Abril de 1986.

*legislación vigente, que consiente en que por el Servicio de Prevención..... le sean efectuadas las pruebas médicas que se consideren necesarias.*

*Consiento y autorizo de forma expresa a que mis datos personales relativos a la salud sean tratados y utilizados por ..... (SP ajeno), manifestando que he sido informado de cuantos derechos me asisten, de las consecuencias de la obtención de los datos y de la negativa a suministrarlos.*

*Fdo. El trabajador >>*

¿Qué trabajador en paro, inmigrante, con contrato temporal, con vivienda hipotecada, etc, se va a negar a firmar esta autorización? Pues este modelo no es una excepción y demuestra la vulneración de códigos éticos, deontológicos y profesionales de médicos y profesionales de Servicios de Prevención. Por otra parte estas prácticas ponen en cuestión la necesaria independencia de estos profesionales.

Otro tema que merece ser tratado es el uso de test de control genético en el trabajo.

## LA DISCRIMINACIÓN GENÉTICA: UN PROBLEMA REAL CON VÍCTIMAS REALES

Es sobradamente conocido que la causa de algunas enfermedades reside en la existencia de genes “defectuosos” en las personas que las padecen. Esta situación ha provocado un debate internacional e impulsado el denominado “Proyecto Genoma Humano”, cuyo objetivo es identificar los genes que están implicados en este tipo de enfermedades.

Uno de los aspectos más controvertidos es el papel que pueden jugar los reconocimientos médicos laborales, especialmente los previos a la contratación y los controles biológicos.

La posibilidad de penetrar en el conocimiento de la realidad genética y biológica de los individuos, está siendo utilizada para susti-

tuir la eliminación de los riesgos en el trabajo, por la selección de trabajadores “resistentes” e inmunes.

Veamos algunos puntos controvertidos del problema:

1. El uso de los test de control genético en el trabajo para la detección de personas susceptibles a ciertos riesgos es altamente peligroso por las consecuencias éticas, sociales y científicas que supone, como la marginación, la selección y discriminación de trabajadores.
2. El estudio del ADN debiera utilizarse para contribuir al bienestar y la salud del trabajador, eliminando los factores de riesgo que le puedan afectar. Sin embargo, se utiliza para apartar al trabajador del proceso productivo con riesgo.
3. El control genético tiene sus aspectos positivos. La información que nos suministra el ADN nos permite conocer la mayor susceptibilidad y vulnerabilidad de las personas a ciertos componentes químicos o a ciertos riesgos físicos o psíquicos, de tal forma que se podría utilizar como un mecanismo de prevención. Sin embargo, si en estos análisis se encuentra que una persona tiene “tendencia” a enfermar por trabajar en determinadas condiciones, la empresa decide no contratarle, no renovarle el contrato o despedirlo.
4. Lo que se pretende es seleccionar a supertrabajadores que no se pongan enfermos, que no se den de baja, que resistan a todo.
5. Se vulneran derechos constitucionales como el de la intimidad, la confidencialidad y el de datos personales.
6. ¿Quién es el propietario de nuestros genes? ¿A quien pertenecen los datos médicos, al paciente (trabajador) o al empresario? ¿Qué responsabilidad contraen los profesionales que utilizan estas pruebas?

Merece la pena reproducir el texto de una carta virtual dirigida a un trabajador después de haber pasado por el correspondiente reconocimiento médico. Dice así:

*“Estimado señor:*

*Tengo el agrado de saludarlo y agradecerle su participación en la selección final y examen médico preocupacional, que como usted conoce, incluye un estudio obligatorio de ADN. Lamento informarle que si bien usted produjo un fuerte impacto en las entrevistas, no podremos contar con sus servicios en base a la susceptibilidad genética encontrada en su examen.*

*Su perfil de ADN nos ha mostrado que si bien usted tiene un gran potencial para la innovación y la creatividad, hechos que fueron evidentes desde nuestra primera entrevista, usted presenta al mismo tiempo un alto riesgo de desarrollar una psicosis maníaco-depresiva, con serio deterioro de su performance y debido a la posición que ocuparía, con riesgo potencial para sus colegas. Al mismo tiempo tiene una susceptibilidad genética para desarrollar enfermedad hepática ante la exposición a varios tóxicos presentes en nuestra empresa.*

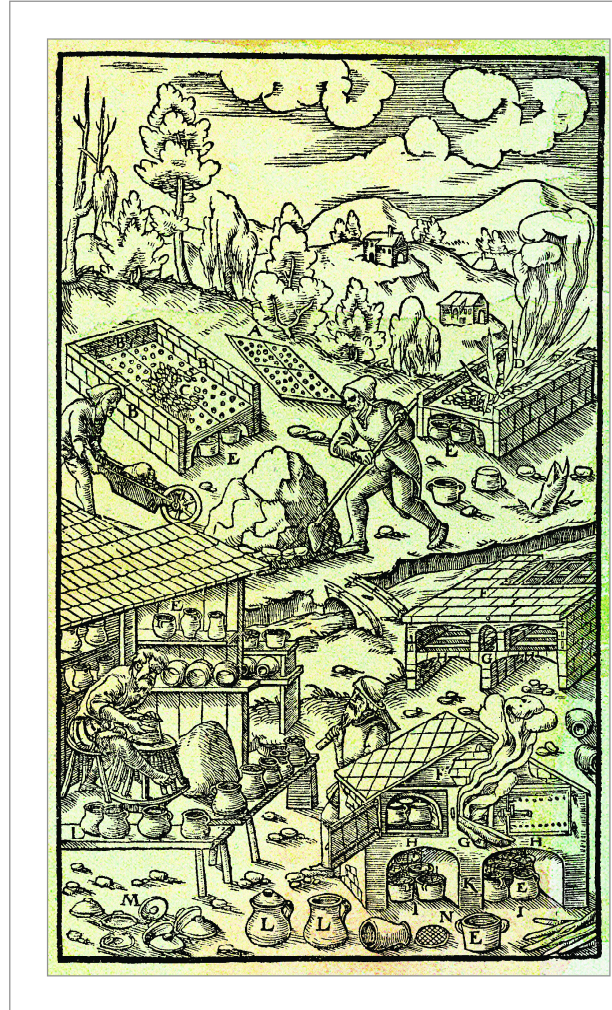
*Lamento, pues, sobre la base de estos resultados, no poder ofrecerle el empleo para el cual postuló, pero estamos seguros de su éxito en el futuro.*

*Saluda a usted atentamente.*

*Frankenstein<sup>8</sup>.*

## MÉTODOS IRREGULARES DE CONTROL DEL ABSENTISMO

Otro de los instrumentos del fundamentalismo del mercado consiste en acortar la evolución natural de los padeceres. Toda enfermedad tiene un curso natural, incluso con el tratamiento, que no puede ser alterado para acortarlo con fines de mayor productividad.



La realización de estas prácticas es contrario a los principios de una buena praxis médica y produce iatrogenia (enfermedad producida por el propio médico).

Pues bien, las empresas, acogiéndose al art. 20,4 del Estatuto de los Trabajadores que les permite verificar el estado de salud del trabajador, están cometiendo verdaderas tropelías, vulnerando los derechos a la inviolabilidad del domicilio del trabajador, a la libre elección del médico que deba atenderle y a la confidencialidad de los datos médicos. Y lo más grave es que estas prácticas sean realizadas por los médicos, que invaden los domici-

8 Texto recogido de una Conferencia impartida por Carlos Aníbal Rodríguez. Palma de Mallorca/2001.

lios de trabajadores a altas horas de la noche, les persiguen con cámaras de vídeo, se persanan en los juicios a testificar siempre contra del trabajador, etc. ¿Es esta la función de un médico? En mi práctica diaria es frecuente encontrarme con casos de enfermedades crónicas irreversibles, a las que se despreció en su momento bajo la consideración de rentista, obligando al trabajador a incorporarse al trabajo prematuramente, despreciando el dolor, como si la subjetividad, el sufrimiento fuera lo menos digno del ser humano.

El personal sanitario debe interesarse por el absentismo, como fenómeno humano y de salud, y solo secundariamente como fenómeno económico. Así lo certifican varios instrumentos jurídicos de la OIT (Convenio 161), de la Comisión Europea (Dictámenes y Recomendaciones varias), de la OMS, y de ICOH-CIST, en los que se dice, entre otras cosas, que la función de control por motivos económicos de los trabajadores que están de baja por enfermedad o accidente no corresponde, es incompatible, resulta peligrosamente contraria a la ética profesional, y está reñida con las misiones esenciales que justifican la razón de ser del Servicio de Prevención. Si el personal sanitario en la empresa actuara como un inspector del absentista, solo conseguiría el descrédito del servicio médico, cambiando el fin que debe perseguir del trabajo: de defensor de la salud pasaría a defensor de la economía de la empresa.

Finalmente, a la hora de afrontar el absentismo no podemos abstraernos del contexto de precariedad, de la estructura productiva de la economía (pymes), del sistema de relaciones laborales y de las políticas de empleo.

## INAPTITUD SOBREVENIDA

Otra de las múltiples prácticas médicas irregulares cada vez más extendida consiste en la emisión de certificados de aptos con restric-

ciones que luego sirven como argumento discriminatorio para la empresa llegando hasta la extinción de la relación laboral por “inaptitud sobrevenida”. Aquí la responsabilidad fundamental reside en las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Estas nuevas figuras de “apto con limitaciones” e “inaptitud sobrevenida” se unen a los múltiples instrumentos que la patronal ya tenía para proceder al despido de trabajadores en base al artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores, contraviniendo normas fundamentales y códigos éticos y deontológicos. Por solo citar uno, el art. 24.4 de la LPRL establece como infracción muy grave el incumplimiento del deber de confidencialidad en el uso de datos de la vigilancia de la salud. Estos datos no podrán ser utilizados con fines discriminatorios.

El objetivo para cualquier salubrista es la curación y rehabilitación del trabajador, con la adaptación a un puesto de trabajo si fuese necesario, o a través de la Incapacidad Temporal hasta su recuperación o Incapacidad Permanente cuando se hayan agotado las vías terapéuticas.

La realidad es bien distinta. Dice Siebeck que “no vivimos para estar sanos, sino que estamos sanos y queremos estar sanos para vivir y obrar”.

En los años 80, la OMS se propuso el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”. Hemos superado dicha fecha y cada vez nos alejamos más de ese objetivo y las desigualdades en salud se han incrementado. La salud se mantiene y se pierde allí donde la población vive y trabaja, de tal forma que habitat, trabajo, consumo y contexto cultural determinan perfiles de enfermedad y ponen de manifiesto que el crecimiento económico por sí sólo no siempre, ni en todas partes va acompañado de mejor estado de salud.

## EL GRAN PARQUE TEMÁTICO DE LA PREVENCIÓN

La entrada en vigor del nuevo marco normativo nos hizo concebir esperanzas de mejora de las condiciones de trabajo, entre otras razones por que iba a posibilitar la llegada al mercado de varios miles de técnicos y profesionales de la prevención. A mayores recursos, mejor salud.

Sin embargo, lo que está sucediendo es la disminución de recursos públicos y la externalización de los recursos preventivos en las empresas.

En los últimos diez años el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) ha visto reducidos sus recursos humanos, técnicos y económicos en más de un 35%. Varios de los Gabinetes y Centros transferidos a las Comunidades Autónomas se les ha reconvertido en Servicios de Prevención de las Diputaciones correspondientes.

El Ministerio de Trabajo no sabe que hacer con el INSHT. En 1983, quien esto escribe calificaba la situación de dicho organismo como preocupante y sin políticas, sin programas y sin los recursos necesarios. Una de las razones, escribía entonces, reside en que es un organismo dominado, colonizado y parasitado por la Inspección de Trabajo. Han pasado 20 años y la situación ha ido a peor. Este organismo no visita empresas, no hace investigación de campo, el aparataje técnico y de laboratorio no se ha renovado y los mejores profesionales han tenido que buscarse hueco en otras Administraciones donde se ven mejor valorados profesional y económicamente.

La Inspección de Trabajo se encuentra infra-dotada. Con los actuales recursos serían necesarios más de 20 años para cumplir con las funciones mínimas de vigilancia y control de las condiciones de trabajo en las empresas españolas. Si nos comparamos con países de

nuestro entorno observamos que España dispone de un Inspector de Trabajo por cada 27.000 asalariados, frente a un Inspector por cada 7.000 asalariados de media en la UE.

### NÚMERO DE INSPECTORES DE TRABAJO POR ASALARIADOS EN ALGUNOS PAÍSES DE LA UE

PAÍSES	Nº DE INSPECTORES	Nº DE ASALARIADOS
Bélgica	1 x	14.000
Dinamarca	1 x	7.000
Finlandia	1 x	5.000
Francia	1 x	10.000
Irlanda	1 x	20.000
Holanda	1 x	16.000
Portugal	1 x	11.000
Suecia	1 x	9.500
España	1 x	27.000

Fuente: Departamento Confederal de Salud Laboral de CC.OO.

A la luz de estos datos sigo pensando, que cualquier estrategia en salud laboral pasa por una apuesta decidida por lo público. Esto significa potenciar la Inspección de Trabajo, el INSHT a nivel Central y los Institutos Regionales de Salud Laboral que se han ido constituyendo en las Comunidades Autónomas, dotándolos de recursos suficientes al servicio de unas políticas y programas de Salud Laboral, de planes estratégicos coordinados con la Administración Sanitaria, con la de Educación e investigación, ciencia y tecnología.

Nada de esto se está haciendo y lo privado ha copado el mercado de la salud de los trabajadores.

Las grandes empresas con obligación de disponer de Servicios de Prevención Propios han despedido a más del 70% de médicos, ATS, Ingenieros y Técnicos de Seguridad y Salud, quedándose, en el mejor de los casos, con una o dos disciplinas establecidas por el Reglamento de Servicios de Prevención y subcontratando-externalizando la práctica totalidad de la actividad preventiva.

El mercado vislumbró la posibilidad de negocio. En este contexto de fundamentalismo del mercado, de un lado están los mercaderes de la salud que mueven millones de euros/año y de otro los enfermos, accidentados y muertos por el trabajo.

De esta forma asistimos a la creación del “gran parque temático de la prevención” donde podremos encontrar ofertas de turismo de la salud laboral con viajes a países y lugares exóticos, congresos, jornadas, comidas y cenas de trabajo, reuniones, premios, master, titulaciones curriculares, grupos de sabios y expertos, subvenciones, proyectos temáticos, más subvenciones, publicaciones, cultura de la prevención, empresas socialmente responsables, desarrollos sostenibles, códigos de buenas prácticas y más premios, formación, planes de prevención, vídeos, CD, DVD, carteles, mecheros, agendas, y más premios; Servicios de Prevención a la carta con sus auditorias correspondientes, observatorios, muchos observatorios y más premios e intercambio de premios. Yo te premio a tí en Madrid y tu me premias a mí en Buenos Aires. Ante tanta inflación de premios, las víctimas del trabajo nunca fueron invitadas a este parque temático.

Primero fue la compraventa de masters en Salud Laboral a millón de ptas, hasta hágase técnico de prevención llamando una serie de teléfonos de empresas que se anuncian en emisoras de radio y prensa.

En los últimos nueve años han aterrizado en el campo de la prevención de riesgos cientos de empresas, muy poco interesadas en la salud de los trabajadores y mucho en la obtención de grandes beneficios.

En este negocio encontramos desde “Preveniones Martínez”, hasta multinacionales con capital norteamericano y suizo, con el apoyo de importantes entidades financieras.

En este período se han acreditado más 600 Servicios de Prevención, 134 entidades espe-

cializadas en auditorias y centenares de entidades formativas. (Ver cuadros del Anexo).

El conjunto de Servicios de Prevención, empresas auditoras y entidades formativas mueven al año miles y miles de millones de euros (imposible de calcular) sin que tanto recurso revierta en una mejora sustancial de las condiciones de trabajo.

¿Quiénes forman parte de este negocio? Bancos, entidades financieras y de seguros, Mutuas, bufetes de abogados, economistas, médicos, ingenieros, psicólogos, sociólogos, ergónomos, ISO-AENOR, Asociaciones de profesionales varios, Institutos, Fundaciones, empresas formativas, AISS, OMC, etc.

En este negocio participan incluso funcionarios públicos de las Administraciones Central y Autonómicas, que reciben sobresueldos de más de 10 millones de ptas/año, solo en concepto de actividades formativas a empresas privadas. Esta actividad irregular es conocida y consentida por los gestores de dichas Administraciones.

Estos mercaderes quieren convencernos de que “la salud y seguridad es un buen negocio”. La propia Agencia Europea de Bilbao lanzó una campaña con este eslogan que aún figura en las paredes de los escombros de la fábrica Union Carbide de Bhopal (India) después de provocar la muerte de varias miles de personas.

## LA TECNOCRACIA, EL EXPERTIZAJE Y LA RIESGOLÓGIA

Esta es otra de las características que más se ha desarrollado a partir de la aprobación de la LPRL.

El surgimiento y desarrollo de una nueva casta o género: “los expertos acreditados” en los que reside toda fuente de intervención. Es la derivación tecnocrática que da solo a los expertos acreditados, la legitimidad para

decir e interpretar la realidad en nombre de la ciencia. En el reino del experto, los saberes profanos no tiene legitimidad (A. Thébaud)<sup>9</sup>. La parte del conocimiento sobre los riesgos y daños en el trabajo detentado por los propios trabajadores en su relación diaria y acumulada a lo largo de los años, no es tenida en consideración. Sin embargo, como decía Foucault, “la insurrección de los saberes profanos, de los saberes sometidos, saberes locales de la gente, saberes descualificados mediante los que opera la crítica, inspira nuestra escucha permitiéndonos constatar que podemos construir colectivamente un discurso, unos valores y una vida diferentes”. Como afirma el profesor Alfredo Menéndez, esta nueva casta de expertos basa sus planteamientos en “problema-conocimiento-solución”, y convierte el conocimiento científico sobre los efectos perjudiciales de un proceso productivo o una sustancia en el nudo gordiano de la cuestión. Según este género-casta, una vez alcanzada la “certeza científica” solo sería cuestión de difundir dicha información sobre la población expuesta y regular la exposición y las eventuales compensaciones. Semejante abordaje, además de alimentar una lectura maniquea de la historia, deja indemne la naturaleza social, los determinantes sociales de dicho conocimiento y su función mediadora<sup>10</sup>. No hay más que analizar el papel de los “expertos” en la determinación de Valores Límites de Exposición para algunos agentes químicos y cancerígenos. Durante decenas de años, el tema del amianto, por ejemplo, estuvo secuestrado por los “científicos” influenciados por poderosos *lobbies* industriales y financieros

que conspiraron para guardar bajo siete llaves el conocimiento sobre los efectos cancerígenos del amianto.

La participación en salud laboral se ve restringida por la hegemonía de un paradigma ingenieril y medicalizado de la relación trabajo-salud que coloca como protagonistas activos a los “expertos” en estos campos y asigna un papel pasivo a los trabajadores. En este contexto surge incluso una nueva disciplina: “la riesgología”. Denis Duclos afirma en un reciente trabajo que “por más objetiva que se pretenda que sea la disciplina científica del riesgo, tiene un deje liberticida tan problemático como lo que parece querer regular. Es hora de mostrar los límites de validez, antes de que la neurosis autoritaria encuentre garantía en ella. Aunque solo sea para salvar del desastre a las verdaderas profesiones de la prevención”<sup>11</sup>.

La tecnocracia se ha adueñado de los elementos clave de la prevención de riesgos: evaluación, planificación, formación, vigilancia de la salud, etc. Estos tecnócratas forman parte de los mercaderes, que han convertido en negocio la enfermedad y la muerte en el trabajo.

Los tecnócratas de la salud laboral forman parte del pensamiento único tendente a convertir a la víctima en culpable. La responsabilidad de la enfermedad, del accidente o de la muerte en el trabajo se hace recaer en el propio trabajador. No hay más que ver las campañas institucionales. Ninguna se dirige a quien genera el riesgo: el empresario, bajo cuya dirección y organización, el trabajador está obligado a realizar el trabajo.

El propio Presidente del Gobierno, Aznar, decía unos días antes de la huelga general del

9 Annie Thébaud-Mony y Patrick Herman. “En busca de Ariadna para recoger la pretérita telaraña del lobby del amianto”. Amianto, Salud y Trabajo.-Lima, Marzo/2002

10 Alfredo Menéndez Navarro. Reseña crítica del libro de Tweedale sobre la Turner&Newal. Universidad de Granada/2001.

11 Denis Duclos Director de investigación del CNRS.-”El gran teatro de los expertos del riesgo”. Le Monde Diplomatique.-Junio/2002.

20 de junio de 2002 que “quien no trabaja en España es porque no quiere”. Es decir, el accidente, la enfermedad, al igual que el paro, la pobreza, la marginalidad, la precariedad son avatares que marcan la vida de algunos individuos. Darwinismo social puro y duro.

## CUANDO LA VÍCTIMA ES LA CULPABLE

Otra de las cosas que no hemos sido capaces de modificar con el actual marco normativo es la tendencia a la culpabilización de la víctima. Desde que llegué a la salud laboral éste es uno de los temas que más indignación me produce. Se transfiere la responsabilidad y la culpa. La culpa de la pobreza la tiene el pobre, la de la enfermedad, el enfermo; la del sida, el seropositivo; la de la droga, el drogadicto; la del accidente, el accidentado; la del desempleo, el parado. Es decir, la marginalidad, la enfermedad y la muerte son avatares que marcan la vida de algunos individuos.

En esto no se ha avanzado nada. Veamos algunos ejemplos:

En 1986 un trabajador de Iberduero muere en accidente de trabajo. El entonces Director Provincial de Trabajo de Zamora atribuyó la causa del accidente “al estado emocional del trabajador ante la llegada ya efectuada o a efectuar de unos parientes de América”.

En estas mismas fechas, un grupo de trabajadoras de la empresa OSRAM acuden al Instituto de Medicina del Trabajo (Pabellón 8) que les diagnostica “opresión precordial, sensaciones de ahogo, opresión precordial, prurito en todo el cuerpo, eritema en cuello...” Estas trabajadoras estaban expuestas a cobalto, níquel, cromo, wolframio... Sin embargo los doctores de este organismo público firmaron un informe que decía: “pensamos podría tratarse de un trastorno emocional, fenómeno frecuente en mujeres del

medio laboral y que suele darse en grupo por contagio psíquico, en mujeres con fondo neurótico y por tanto, predisuestas”.

Increíble ¿verdad?. Pues es auténtico.

En noviembre de 2003, el magistrado Álvaro Marcos Martín, titular del Juzgado de lo Penal de Avilés achaca la muerte de un leñador al ser alcanzado por un árbol, a la propia imprudencia del trabajador.

En diciembre de 2003 el titular del Juzgado de Instrucción número tres de Ponferrada culpa a un minero y le obliga al pago de las costas judiciales de su propio accidente laboral y absuelve a la empresa.

Todos nos acordamos de Enrique Pociños, un obrero que se quedó parapléjico tras un accidente laboral y a quien un tribunal de la Audiencia de Barcelona (2004) consideró que él era responsable del accidente por asumir un riesgo cuando no debía hacerlo.

Y así podríamos seguir con una oleada de casos y “sentencias clónicas” culpabilizando siempre a la víctima.

Poco o nada hemos avanzado de cuando se achacaba la silicosis a un problema genético, debido a que en la familia de los mineros había mucha gente que eran “débiles de pecho”.

¿Es esta la nueva cultura de la prevención o la entronización de las mentiras de siempre?.

## GRUPO DE SABIOS

Es el triunfo de la tecnocracia. Cuando los efectos del trabajo en la salud sobrepasan los límites de lo tolerable, convirtiéndose en noticia que molesta a los poderes públicos, se decide crear “grupos de sabios”, compuestos por expertos elegidos en su mayoría por quien los financia. Tras sesudas deliberaciones “emitirán un informe” o “libro blanco”, que nos dirá lo que ya se sabía desde hace tiempo. Cuando se firmó el Acuerdo Económico y Social (AES) a mediados de los 80, también se

acordó elaborar un libro blanco sobre la seguridad e higiene en el trabajo. Estrategia de distracción que no impidió que en los años siguientes se produjera un aumento espectacular de la siniestralidad laboral en España.

El ejemplo más reciente lo tenemos con el llamado “Informe Durán”, por encargo del anterior presidente del Gobierno, que logra silenciar (en parte) el problema de las altas tasas de accidentalidad laboral, mientras el Sr. Durán cobra miles de euros por conferencia o artículo de prensa. Y todos tan felices.

El pragmatismo tiránico, basado en la ausencia de ideologías (se entiende de izquierdas) hará depender el acceso a derechos fundamentales como el trabajo, la información, la sanidad, la vivienda, etc, de la capacidad de compra de cada cual. Para ello los poderes públicos disponen de dictámenes de “grupos de sabios independientes”. El resultado es que cuanto mayor es la sabiduría y la independencia, peor es el dictamen que emiten.

## LAS GRANDES MENTIRAS DE LA PREVENCIÓN

Desde el campo político, empresarial, judicial, mediático y técnico-científico se ha producido una especie de secuestro de la salud de los trabajadores para establecer un estado de legitimidad del pensamiento único. Al igual que en otros campos de la vida política el desarrollo del mercado globalizado exige una forma de pensar y de actuar, en lo que se refiere a la salud laboral también asistimos a la entronización de las grandes mentiras.

Algunas de estas mentiras que ya han sido analizadas en apartados anteriores, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- **La cultura de la prevención.** Es innegable que uno de los déficits de la salud laboral consiste en la ausencia de cultura preventiva. Pero ¿de qué cultura estamos hablando? ¿Se puede hablar de diversidad cultural en prevención de riesgos? ¿Hay una sola cultura de la prevención? ¿Es que entendemos todos lo mismo cuando hablamos del hecho de la enfermedad y la muerte en el trabajo?.

La OIT entiende por cultura de la seguridad en el trabajo “el conjunto de valores, actitudes, normas, sistemas y prácticas de gestión, principios de participación y comportamientos en el trabajo, tendentes a crear un entorno laboral seguro y saludable”<sup>12</sup>.

¿Alguien cree que gobiernos, empresarios y trabajadores tienen los mismos valores, actitudes y principios de participación frente a los riesgos en el trabajo? ¿O acaso la ausencia de ideologías (solo importa la gestión) nos ha conducido ya a un mundo feliz?.

Conviene recordar que el concepto de cultura preventiva lo incorporan a su discurso las organizaciones empresariales europeas (UNICE), a la vez que exigen a los poderes públicos la eliminación de las rigideces del mercado y la “codificación” de las normas existentes. En otras palabras, las empresas podrán regirse por códigos de buenas prácticas.

- **Buenas prácticas preventivas.** Es otro concepto muy extendido en el mundillo de la prevención, ligado a sistema de reconocimiento de premios y subvenciones. En realidad, las buenas prácticas forman parte del intento de imponer un modelo anglosajón sustituyendo el cumplimiento de las normas por códigos, guías, directrices y sistemas de gestión. A esto se une el inten-

<sup>12</sup> Oficina Internacional del Trabajo. “Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo”. Informe VI, Ginebra. Junio/2003.

to de introducir el concepto de bonus-malus en los sistemas de aseguramiento. Si no se introduce en este debate elementos de participación y control de los trabajadores y sus representantes, se bonificará y premiará el simple cumplimiento de la norma y no se sabrá a quien se penalizará. Se pretende hacernos creer que **la salud es un buen negocio**. Hay que hacer verdaderos actos de fe para creer en lo que no hemos visto durante dos siglos. ¿Es que los empresarios son tan incapaces que no se han dado cuenta hasta ahora de que invertir en salud es rentable?. Yo no me lo creo.

- **Los sistemas de gestión como solución.** Posiblemente no haya un solo día en que



no oigamos hablar de este tema. Lo primero que hay que decir es que detrás de los sistemas de gestión se está librando una batalla económica y legal entre diferentes países y organismos internacionales, por ver quien se queda con la patente en el mercado. En segundo lugar, lo que se pretende con estos sistemas es que la salud de los trabajadores quede tutelada por el mercado a través de ISO, sacándolo del foro apropiado como es la OIT donde se asegura el tripartismo. Los sistemas de gestión van unidos a la cultura de la prevención, a las buenas prácticas, a la codificación normativa para concluir en la autoregulación empresarial y la responsabilidad social de las empresas.

- **La Responsabilidad Social de las Empresas (RSE)** se ha convertido en doctrina sobre la que hay que hacer un análisis crítico, más allá de lo bien que nos suene el concepto. Hay que decir que la RSE actualmente está impulsada por los *lobbies* vinculados a las grandes multinacionales como respuesta a las exigencias sociales en el campo de la salud y el medio ambiente. La responsabilidad social, ecológica y democrática de las empresas debe superar los discursos huecos, la fraseología, las piruetas publicitarias y obligarlas a ejercitar la transparencia, exigiendo el fortalecimiento de los derechos sindicales y el control de los poderes públicos. Frente al fracaso del desarrollo en los países en vías de desarrollo, se propone un “desarrollo sostenible” que perpetuará el fracaso de sus economías perpetuando el modelo. Pero ¿a que suena bien el concepto-mentira?.
- **Indicadores de salud laboral.** Este tema recorre hoy toda Europa y también forma parte de las mentiras y el falso consenso. Los indicadores en salud deben someterse a una crítica constante y rigurosa. Los

indicadores oficiales forman parte de un ocultamiento escandaloso de los problemas de salud causados por el trabajo.

Las estadísticas de enfermedades profesionales no son un indicador fiable del estado de salud real de los trabajadores. Dichas estadísticas están subordinadas a los sistemas nacionales de indemnización. Los datos concernientes al absentismo y a la invalidez son de difícil interpretación. El absentismo de corta duración no es necesariamente un indicador de malas condiciones de trabajo<sup>13</sup>.

Por otra parte estos indicadores no relacionan las políticas de empleo y la organización del trabajo con las condiciones de trabajo; y de todos es conocido que las condiciones de trabajo vienen determinadas en gran medida, por las condiciones de empleo y la intensificación del trabajo.

A pesar del subregistro a que dan lugar los indicadores tradicionales de salud, la magnitud que están adquiriendo las enfermedades y muertes en el trabajo está llevando a los poderes públicos a reducir las tasas de siniestralidad por procedimientos de ingeniería estadística (al igual que sucede con los indicadores de empleo). El debate en el que nos han metido consiste en distinguir los daños producidos “por el trabajo”, de los daños producidos “en el trabajo”. De esta forma se pretende excluir de la notificación y registro, los accidentes de trayecto, *in itinere*, los infartos, las alteraciones musculo-esqueléticas y psíquicas y las enfermedades con grandes períodos de latencia. Por otra parte, también se pretende que las estadísticas de siniestralidad

tengan un carácter informativo a efectos preventivos, sin derecho a protección social y económica.

De dos años a esta parte se nos quiere convencer de que los accidentes de trabajo están disminuyendo. Para ello se basan en Informes del Ministerio de Trabajo<sup>14</sup> en el que se advierte en portada el siguiente texto: “**IMPORTANTE:**

Debido al cambio de formato del documento de notificación de accidente de trabajo y la coexistencia de los procedimientos electrónico y tradicional, los datos de siniestralidad deben interpretarse con la máxima cautela”.

Lo cierto es que si la base estadística es el parte de accidente y si no se ha declarado-rellenado dicho parte en un porcentaje superior al 30%, el resultado de las estadísticas de siniestralidad de los últimos años, es totalmente engañoso.

Pero el intento de silenciar o dulcificar la realidad no es nuevo. Cuando a mediados de los 80 las tasas de siniestralidad se dispararon, el ministro de Trabajo Manuel Chaves presentó a la opinión pública un informe sobre la evolución de los accidentes de trabajo y decía que “en cuestión de números las cosas claras: los gráficos han sido elaborados ajustando un polinomio de regresión de cuarto orden por mínimos cuadrados, considerándose la hipótesis multiplicativa del método clásico de análisis de series cronológicas”<sup>15</sup>. En base a ello concluía que la evolución de la siniestralidad en los últimos años era satisfactoria.

- **La salud y seguridad es cosa de todos.** Este concepto tan equívoco, posiblemente

13 Laurent Vogel: “La détérioration des conditions de travail dans l’Europe Communautaire”. BTS (Bruselas/2002).

14 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INFORME PROVISIONAL. Informe de siniestralidad Enero-Marzo 2002-2003 (30 de Junio/2003).

15 El País, 12 de Diciembre de 1986.-Sección de economía.

sea la peor de las mentiras-afirmaciones de la prevención. En toda campaña, congreso o jornada sobre salud laboral se parte de esta premisa, lo que da lugar a la dilución de responsabilidades, a confundir derechos con obligaciones y a convertir a la víctima en culpable. Es frecuente oír que todos vamos en el mismo barco, pero se omite que cuando el barco se hunde no todos corren la misma suerte, dando lugar a unas desigualdades escandalosas ante la enfermedad y la muerte.

La serie de conceptos expuestos, sin ser exhaustivos, forman parte de un debate social necesario. Es necesario adueñarse de este debate, dotarse de un discurso y estrategias propias.

Las propuestas para este debate podrían girar en torno a los siguientes elementos estratégicos:

- La construcción de contrapoderes. Cooperación dinámica entre el movimiento sindical, movimientos asociativos, ciudadana, con la comunidad científica y los técnicos de prevención a partir de y en relación a las víctimas del trabajo.
- Reforzar la implicación de los trabajadores y sus organizaciones para promover la calidad en el empleo, el control de la organi-

zación del trabajo y reducción de las desigualdades sociales. Esto implica también el análisis de los impactos de la fragmentación del trabajo, de la intensificación del mismo y sobre todo del tiempo de trabajo como tiempo de vida.

- Establecer estrategias y programas de actuación con la suma de los que piensan distinto. Frente al pensamiento único es necesario consagrar el derecho a la diversidad, incluida la diversidad de clase social.
- Recuperar el concepto de salud laboral como concepto político (de poder).
- Integrar la salud de los trabajadores en las políticas de salud pública.
- Extender el campo legislativo a los colectivos no protegidos socialmente.
- La investigación sobre la salud de los trabajadores ha de constituir un elemento prioritario.
- Recuperar los saberes profanos y el protagonismo de los trabajadores frente a la tecnocracia, el expertizaje y la riesgología.

En definitiva, opción y apuesta clara por lo público frente al desarrollo de los efectos perversos del mercado, que han convertido la salud de los trabajadores en un negocio privado.

## ANEXO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES\*

### SERVICIOS DE PREVENCIÓN ENTIDADES CON ACREDITACIÓN DEFINITIVA (A 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2001	2002	2003	2004
	SERVICIOS DE PREVENCIÓN	SERVICIOS DE PREVENCIÓN	SERVICIOS DE PREVENCIÓN	SERVICIOS DE PREVENCIÓN
ANDALUCÍA	57	79	96	121
ARAGÓN	12	15	16	21
ASTURIAS	18	19	23	29
BALEARES	12	12	11	15
CANARIAS	8	13	10	12
CANTABRIA	7	11	12	14
CASTILLA-LA MANCHA	7	10	10	10
CASTILLA Y LEÓN	15	29	31	37
CATALUÑA	54	67	99	109
EXTREMADURA	5	14	19	21
GALICIA	15	15	23	30
LA RIOJA	1	1	1	3
MADRID	45	65	67	71
MURCIA	23	28	29	28
NAVARRA	3	3	3	5
PAÍS VASCO	21	24	25	21
VALENCIA	42	51	53	65
CEUTA	2	3	3	3
MELILLA	0	0	0	0
TOTALES	347	459	531	615

### AUDITORÍAS ENTIDADES CON ACREDITACIÓN DEFINITIVA (A 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2001	2002	2003	2004
	AUDITORÍAS	AUDITORÍAS	AUDITORÍAS	AUDITORÍAS
ANDALUCÍA	5	5	6	7
ARAGÓN	2	2	2	2
ASTURIAS	3	4	2	2
BALEARES	2	1	1	1
CANARIAS	1	1	1	1
CANTABRIA	4	6	5	5
CASTILLA-LA MANCHA	0	1	1	1
CASTILLA Y LEÓN	1	1	1	1
CATALUÑA	17	24	35	37
EXTREMADURA	0	0	0	1
GALICIA	1	2	2	2
LA RIOJA	1	2	1	5
MADRID	9	17	18	18
MURCIA	1	1	2	2
NAVARRA	4	4	3	4
PAÍS VASCO	7	13	14	17
VALENCIA	15	20	25	28
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	0	0	0	0
TOTALES	73	104	119	134

\* Datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.