

El lugar de la ergonomía en las estrategias de prevención de la Comunidad Europea

Laurent Vogel

Hay una gran ambigüedad en todo lo relativo al lugar que ocupa la ergonomía en las estrategias de prevención de la Unión Europea. Esta ambigüedad se debe a diferentes factores. Paradójicamente, los cambios en el trabajo implican un crecimiento considerable de patologías para las que se reconoce que la ergonomía debe jugar un papel fundamental. Este artículo examinará el marco legislativo comunitario, los elementos relativos a riesgos y patologías, la organización de los servicios de prevención, el reconocimiento de enfermedades profesionales y, para terminar, analizará algunos de los retos de la ergonomía.

EL MARCO LEGISLATIVO COMUNITARIO Y LA ERGONOMÍA: LEGISLACIÓN SOCIAL

La definición del marco legislativo comunitario de finales de los años ochenta se basa en una visión de la prevención caracterizada por:

- la prioridad concedida a la prevención y no a la indemnización por perjuicios en el trabajo;
- el paso de una visión centrada en el individuo (que habría que adaptar, “normalizar”, readaptar o declarar no apto) a condiciones colectivas saludables;
- el paso de un enfoque técnico, en el que las reglas heterónomas elaboradas por especia-

listas indicarían lo que es la salud y la seguridad, a un enfoque socio técnico en el que los trabajadores dejan de ser considerados como objetos para convertirse en sujetos principales de la prevención;

- el paso de un enfoque por riesgos o categorías de riesgos, a un enfoque global en el que la organización del trabajo se considera en su conjunto.

Este marco implica a la vez una visión multidisciplinaria de la prevención y un papel creciente de la participación de los trabajadores y de sus organizaciones. En un marco de este tipo, se podría suponer un reconocimiento explícito del papel de la ergonomía en el desarrollo de la prevención.

Paradójicamente, la legislación actual sigue siendo reservada en lo referente a la ergonomía. Los términos “ergonomía” y “ergonómico” están prácticamente desterrados en el lenguaje de las directivas comunitarias. No se encuentran ni en el marco directivo que fija los principios generales de prevención, ni en la directiva sobre los lugares de trabajo. No aparecen nunca en las directivas relativas a los riesgos químicos, físicos o biológicos. No aparecen en la directiva de 1989 dedicada a los equipamientos de trabajo.

Un artículo específico referente a la ergonomía fue introducido por enmienda en 1995. Es el único artículo, entre todas las disposiciones de derecho comunitario dedicadas a la prevención en lugares de trabajo, que trata exclusivamente de ergonomía. Cualquier alusión a la ergonomía es evitada en la directiva de mujeres embarazadas así como en la directiva de protección sanitaria de jóvenes trabajadores. En cambio, el término “ergonomía” o “ergonómico” aparece de manera moderada (en general en dos o tres ocasiones, a menudo en anexos) en relación a equipos de protección individuales, manipulación manual de cargas, trabajo con pantallas y a obras móvi-

les o temporales. A primera vista se podría decir que se trata de un capricho lingüístico del legislador y que las directivas integran la ergonomía en su visión aunque sean reticentes a utilizar el término.

Mi hipótesis es que esta ausencia no se puede atribuir a una simple particularidad del lenguaje del legislador comunitario. No se trata de incompetencia lingüística. La omisión casi completa de los términos esconde una dificultad política real. Recientemente, en los debates que preparaban la nueva “estrategia comunitaria” para el periodo 2007-2012, un representante gubernamental finlandés pidió que se mencionara la importancia de la ergonomía, y patronos y algunos gobiernos le reprobaron la referencia a un término que no era políticamente correcto. ¿Será la ergonomía subversiva? La explicación principal podría ser la siguiente: el patronato considera que la introducción de disposiciones relativas a la ergonomía deja paso a un mayor control por parte de los trabajadores de la organización del trabajo.

Si dejamos el campo de la terminología para examinar el contenido de las directivas, podemos ver que la visión implícita de la ergonomía resulta limitada y reductora.

El asunto de las molestias músculo-esqueléticas ilustra esta tendencia.

El marco legislativo europeo está compuesto por las directivas: 89/654 (lugares de trabajo), 89/655 y su modificación 95/63 (equipamientos de trabajo), 90/269 (manipulación manual), 90/270 (pantalla de visualización) y 2002/44 (vibraciones). Este marco no es completamente adecuado.

La directiva 90/270/CEE relativa al trabajo con pantalla de visualización olvida los factores que inducen a posturas inadecuadas causantes de “nucalgias” y lumbalgias y no trata la prevención de fenómenos musculares dolorosos por alteraciones de fibras sometidas a

tensiones musculares en cargas físicas moderadas, incluso en ausencia de cualquier carga física pero con una carga mental, social o sensorial y presencia de elementos estresantes (trabajo con ordenador, sobre todo). Para el cuidado de la salud la atención se limita a la vista, cuando el problema principal son las molestias musculoesqueléticas. En la práctica, a menudo esta directiva se aplica sólo a algunas características de base del puesto de trabajo (iluminación, disposición de equipos, ...), sin entrar a debatir sobre el contenido del trabajo y la adecuación entre el contenido y los factores organizativos y materiales del trabajo.

La directiva sobre la manipulación manual es también moderada y no muy precisa. Es demasiado limitada porque no permite tratar de manera general el trabajo repetitivo ni las tensiones posturales. Es poco precisa porque hace referencia a principios ergonómicos sin intentar definirlos.

La directiva sobre vibraciones se refiere, de forma aislada, a una de las causas de las molestias músculo-esqueléticas mientras que las otras directivas citadas son mucho más generales.

Se pueden hacer dos críticas al marco actual:

- El enfoque estratégico de los problemas derivados de los trastornos músculo-esqueléticos no se puede limitar a partes concretas del cuerpo humano: un enfoque por zona anatómica (nuca-hombros, miembros superiores, espalda o miembros inferiores) no es deseable, va contra los mecanismos fundamentales de prevención que no obedecen a principios integradores de multidisciplinariedad y de participación de actores. El cuerpo en el trabajo actúa hasta tal punto globalmente que los trabajadores intelectuales no se quejan del cerebro sino de la espalda (ver texto de la Comisión) y en cambio, el olvidar la carga mental del trabajo manual puede llevar a errores enormes en la concepción de tareas.

- La organización del trabajo es el factor central más ampliamente olvidado por las directivas.

LAS REGLAS DEL MERCADO Y LA ERGONOMÍA

A estas directivas relativas a los lugares de trabajo, hay que añadir las relativas a las reglas de mercado. Estas últimas directivas definen las condiciones planteadas por la concepción de diferentes equipamientos presentes en el mercado de la Unión Europea.

Las reglas del mercado desempeñan un papel importante en la salud en el trabajo. La eficacia de la prevención en las empresas depende, al menos parcialmente, de los productos y los equipamientos presentes en el mercado, la información que los acompaña y la eventual capacidad de las empresas que los utilizan para influir en las elecciones técnicas de los productores.

A partir de los años 80, se puso de manifiesto que la existencia de reglamentaciones nacionales divergentes seguía segmentando el mercado de la Comunidad Europea. La Comisión intentó invocar el principio de reconocimiento de equivalencia de situaciones nacionales como principio general que permitiría unificar el mercado. Quiso que se reconociera ese principio en un asunto relativo a la importación de máquinas para madera por parte de Francia. El Tribunal de Justicia rechazó el argumento de la Comisión y reconoció que había una restricción justificada al comercio puesto que la reglamentación francesa buscaba un interés superior (la defensa de la salud de los trabajadores), no era discriminatoria (las máquinas alemanas tenían que cumplir los mismos requisitos que las máquinas fabricadas en Francia) y era proporcionada (la exigencia de una homologación para máquinas particu-

larmente peligrosas no era nada incoherente). (Sentencia “Máquinas para madera”, Comisión, c/France, 28 de enero 1986).

A mediados de los años 80, la Comisión fue consciente del fracaso de las dos estrategias que había previsto: por un lado una armonización total y detallada a través de las directivas de las reglas del mercado, por otro una des-regularización por el principio de equivalencia de situaciones. Fue en ese contexto donde apareció la noción de “nuevo enfoque”. El giro de la política comunitaria hacia el nuevo enfoque fue regularizado con la Resolución del Consejo del 7 de mayo de 1985 (J.O.C.E. n° C136 del 4 de agosto de 1985). La aportación del “nuevo enfoque” se puede resumir en tres puntos:

- Reconocimiento del papel de la normalización como instrumento auxiliar de reglamentación (remisión a las normas, prioritariamente europeas y nacionales cuando fuera necesario, de manera transitoria, con el objetivo de definir las características técnicas de los productos).
- Definición de un nuevo tipo de directivas centradas en las exigencias esenciales a las que tienen que responder los productos para poder circular libremente en el mercado comunitario.
- Apertura hacia una política de evaluación de la conformidad (este punto, el más flojo del conjunto, fue añadido más tarde).

De esta forma la armonización legislativa se limita a la adopción de exigencias esenciales de sanidad y de seguridad a las que deben conformarse los productos que están el mercado y que deben, por ello, beneficiarse de la libre circulación en la Comunidad Europea. Las especificaciones técnicas detalladas deben precisarse en normas de armonización elabo-

radas en el seno de los organismos europeos de normalización y acreditados por la Comisión. Estas normas armonizadas no son de carácter apremiante pero a los productos conformes a las normas de armonización se les confiere una presunción de conformidad si sus referencias aparecen en el Boletín Oficial y han sido traspasadas a normas nacionales. Si un producto es concebido sin respetar las normas armonizadas (o sólo las respeta en parte) o en ausencia de normas, su conformidad a las exigencias esenciales tendrá que ser evaluada y, llegado el caso, certificado por un organismo notificativo según los procedimientos más o menos obligatorios con respecto al nivel de riesgo inherente al producto. Los procedimientos de certificación que el fabricante tiene que respetar se precisan en cada una de estas directivas.

Unas veinte directivas han sido adoptadas por el Consejo en el marco del nuevo enfoque. En lo que respecta a la salud en el trabajo, la más importante de ellas es la directiva 89/398 del 14 de junio de 1989 relativa a las máquinas (enmendada en diferentes ocasiones y sujeto de una versión consolidada por la directiva 98/37). Una nueva versión fue adoptada en el 2006¹. Entre las otras directivas que presentan un interés especial para el ámbito del trabajo, podemos señalar:

- La directiva 89/106 del 21 de diciembre de 1988 relativa a los productos de construcción.
- La directiva 89/686 del 21 de diciembre de 1989 relativa a los equipamientos de protección personal.

La directiva para máquinas no define de manera precisa cuáles son las que deben adoptar las obligaciones de seguridad. Son los Estados miembros los que deberán tomar

1 Directiva del 25 de abril de 2006, Boletín Oficial de la Unión Europea, L157 del 9 de junio de 2006.

“todas las medidas útiles” para que las máquinas y los dispositivos de seguridad respondan a los criterios de la directiva.

Las reglas del mercado presentan varios problemas cuando se examina su impacto en el desarrollo de la ergonomía en las diferentes actividades de prevención:

1. En ellas la referencia a la ergonomía es escasa incluso si con el tiempo se ha extendido. El enfoque de las directivas sigue siendo un enfoque de seguridad muy tradicional. La interacción entre los equipamientos y los operarios es tratada sobre todo bajo un ángulo de seguridad intrínseca.
2. Las directivas sólo contienen disposiciones con un carácter muy general. Para entender su impacto es necesario consultar las normas técnicas.
3. Las normas técnicas las elaboran principalmente ingenieros representantes de las grandes empresas productoras. Algunas normas técnicas intentan también crear un referente común de léxico y criterios en el que se abordan asuntos ergonómicos. El Comité Europeo de Normalización ha creado un comité técnico que trata las cuestiones de ergonomía. Este comité técnico (TC 122) que empezó a trabajar en 1985 ha contribuido a la elaboración de varias normas. A pesar de su contribución, el trabajo de normalización no ha conseguido integrar plenamente en su actividad el análisis ergonómico. (Ver Ringelberg y Voskamp, 1996 y Ringelberg y Koukoulaki, 2002).
4. La experiencia de los verdaderos utilizadores (los trabajadores) prácticamente no es tenida en cuenta en la elaboración de normas técnicas (Ringelberg y Koukoulaki, 2002).
5. A excepción de las normas relativas al vocabulario y los métodos de análisis, el

campo de la normalización técnica tiende a reducirse a las limitaciones materiales de los equipamientos de trabajo. La interacción con los operadores tiende a limitarse a un análisis del balance entre un dispositivo técnico y sus características biomecánicas.

6. La participación de las organizaciones de trabajadores (sindicatos) en los procesos de normalización sigue siendo circunstancial.

En algunos países ni existe.

En algunos casos, la debilidad del enfoque ergonómico en el trabajo de normalización tiene consecuencias negativas incluso a efectos de seguridad. Eso es lo que ha sido cuestionado por la ergo toxicología, que muestra que no siempre las normas técnicas de equipamientos de protección personal contra los riesgos químicos permiten, en la práctica real del trabajo, los resultados anunciados a partir de las pruebas hechas en laboratorio. (Mohamed-Brahim y al. 2003).

ERGONOMÍA Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD EUROPEA

Después de haber examinado las directivas, es útil analizar las prácticas de prevención. Por las limitaciones de este artículo sólo vamos a analizar la manera en que los actores principales de los sistemas centrales de prevención integran en sus actividades la ergonomía.

A) LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

El marco directivo no define las competencias requeridas para constituir un servicio de prevención². Confía la labor a las legislaciones

2 Para un análisis más detallado, ver Vogel, 2003.

nacionales. Se puede constatar que parte de los Estados miembros de la Unión Europea no ha respetado esta regla. En lugar de definir con precisión las competencias, dejan libertad a los patrones para adoptar las competencias a las que haya que hacer referencia. Es el caso claramente de Suecia, Reino Unido e Irlanda.

En otros países las competencias han sido definidas aunque no siempre incluyan la ergonomía. En cierto número de países la prevención sigue estando organizada a partir de un modelo dualista. Se prevé la intervención de especialistas en seguridad y médicos de trabajo. Es el caso de Alemania, Austria, Grecia y, en gran parte, sigue siendo el caso en Francia.

Algunos países han definido un conjunto de competencias que incluyen la ergonomía. Es el caso notablemente de Bélgica, Países Bajos y España.

Otros países han adoptado fórmulas más ambiguas. Por ejemplo, Italia requiere que los responsables de los servicios de prevención tengan una formación de base, bastante concisa, que incluye algunos elementos de ergonomía.

Sin embargo, que la ergonomía se defina como una de las competencias requeridas en los servicios de prevención no significa automáticamente que la ergonomía esté reconocida como elemento esencial en todo enfoque multidisciplinario. A menudo se observa una especie de división del trabajo entre diferentes disciplinas que siguen estando encerradas en sí mismas y se reparten los diferentes terrenos como antaño las potencias europeas se repartían las colonias. Para los higienistas, el riesgo químico; para los ingenieros y los técnicos de seguridad, los riesgos de seguridad, los riesgos de accidente y, más particularmente, los riesgos relacionados con máquinas; para los psicólogos, el acoso; para los ergonomistas, algunos aspectos del trabajo relacionados, principal-

mente, con trastornos músculo-esqueléticos; para los médicos, la salud personal de los trabajadores. Una división semejante en las prácticas de prevención resulta poco eficaz. A menudo se refleja en análisis de riesgos superficiales en los que cada categoría de riesgo se trata por separado. Frecuentemente estas prácticas dejan de lado sus determinantes esenciales: las relaciones sociales de clase y tipo de trabajo, la precariedad bajo diferentes formas (trabajo temporal, subcontratas, etc.), el incremento de trabajo, etc...

Es difícil medir los “índices de influencia” del enfoque ergonómico en las prácticas de prevención. El único posible indicador, en algunos países, sería el número de ergónomos que trabajan en el servicio de prevención, pero sería un indicador muy limitado por diferentes razones. No existe una definición europea común de las competencias que defina a un ergónomo. En la práctica hay un gran número de situaciones diferentes: desde especialistas en prevención, como médicos o ingenieros que han recibido una formación bastante restringida en ergonomía, hasta especialistas reconocidos a nivel nacional con una base de formación de varios años. El porcentaje de ergónomos presentes en los servicios de prevención no informa del “status social” de su contribución a la actividad general de dichos servicios. La contribución puede ser entendida de manera restrictiva y expresarse con estereotipos (“los ergónomos sirven para intervenir en casos de trastornos músculo-esqueléticos o en trabajo con pantallas”). Entre la simple yuxtaposición de varias disciplinas, sin ningún diálogo entre ellas, y un enfoque multidisciplinario, se pueden encontrar muchas variantes. Si sólo nos basamos en el indicador, reductor y ambiguo, del porcentaje de ergónomos en los servicios de prevención, hay que constatar que su presencia sigue siendo escasa en el mayor número de países que tienen esta-

dísticas. De ese modo, en una encuesta británica sobre las especialidades de prevención que intervienen en las empresas, las tres categorías más representadas son las responsables de la seguridad (45% de empresas donde interviene al menos un especialista), médicos (29%, no siempre especializados en medicina de trabajo) y enfermeras (29%). Incluso en aquellos países en los que la ergonomía es una de las disciplinas cuya presencia se requiere para formar un servicio de prevención, su importancia es reducida. Por ejemplo en los Países Bajos, ni una cuarta parte de las empresas (24%) que tienen un contratado un servicio externo de prevención lo solicitan para un análisis ergonómico, mientras que más de un tercio solicitan la intervención de fisioterapeutas y formadores en la “escuela de la espalda” (36%) (Erdem y Samadhan, 2004).

B) LA INSPECCIÓN DE TRABAJO

La inspección de trabajo vive una situación difícil en la mayoría de los países europeos. La fragmentación del tejido productivo y la complejidad de las redes de subcontratación exigiría un refuerzo considerable de los medios de los que dispone. Por otra parte, las legislaciones adoptadas a partir del marco directivo son mucho más completas. Cuentan con que la inspección de trabajo sea capaz de organizar un control de calidad de los elementos de gestión (como evaluación de riesgos, participación de trabajadores, formación o jerarquía en medidas de prevención). Está claro que ello supondría nuevos métodos de inspección, competencias más sistemáticas y un incremento de tiempo. En la mayoría de los países de Europa, los recursos de la inspección de trabajo están estancados y las competencias profesionales de los inspectores no siempre permiten cubrir todos los aspectos de las condiciones de trabajo en los que interviene la

reglamentación. Una encuesta reciente, llevada a cabo por el Instituto Sindical Europeo, muestra que una de las competencias menos presentes es justamente la ergonomía. La mayoría de los países contesta que la presencia de ergónomos entre los inspectores de trabajo varía entre 2 (mínimo nivel) y 0 (ningún ergónomo entre los inspectores de trabajo). Lógicamente, las inspecciones de trabajo en la mayoría de los países consideran que su propia capacidad de intervención en trastornos músculo esqueléticos es escasa. Por otra parte se constata que en la práctica las medidas obligatorias y las sanciones de la inspección de trabajo son mucho más frecuentes en lo relativo a la seguridad que en lo relativo a la ergonomía. Para muchos inspectores las disposiciones legales son demasiado vagas, escuetas y calificativas, y no permiten que la política de control se lleve a cabo de manera sistemática.

C) LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Una de nuestras hipótesis centrales es que la toma de conciencia de un enfoque ergonómico en la prevención está directamente relacionada con los niveles de participación y de control de los trabajadores. Esta hipótesis se basa en diferentes consideraciones.

Históricamente se puede comprobar que el deseo de una contribución de la ergonomía a la vida de las empresas no es fruto de una solicitud directa de los trabajadores. Durante muchas décadas la ergonomía ha sido considerada por la dirección de las empresas como la búsqueda de un compromiso óptimo entre: el aumento de productividad y de la calidad del producto final, por una parte, y la “gestión de recursos humanos” destinada a garantizar la continuidad a largo plazo a través de un uso eficaz que no ponga en peligro la salud y la seguridad, por otra. Con esta visión es

raro que el enfoque ergonómico esté integrado en una estrategia sistemática de prevención. Aparece a menudo en iniciativas paralelas, independientes del proceso normal de prevención en el que la hegemonía siguen teniéndola el sector médico o técnico científico (higiene, seguridad). A menudo no es más que un “peritaje externo” a disposición de los ingenieros que organizan la producción.

Los conflictos sociales que agitan las empresas a partir de finales de los sesenta, modifican sustancialmente las condiciones de intervención de una parte de los ergónomos³. La evolución de una parte de la ergonomía de lengua francesa muestra la doble transformación de la ergonomía en las cuatro últimas décadas: una transformación interna a través de un examen profundo de los métodos de análisis y, más concretamente, a través de la preocupación por dar más importancia al trabajo real que al trabajo prescrito, y una transformación externa. La ergonomía se alimenta de la contribución de las intervenciones participativas. Construye su legitimidad en base a una visión nueva de la solicitud social de una humanización de las condiciones de trabajo. Se abre a una interacción, cada vez más sistemática, con los otros actores de la prevención.

Cada vez que las organizaciones de trabajadores asumen la responsabilidad de intervenir directamente en las condiciones de trabajo (y no se limitan sólo a reivindicar un “control externo” para el respeto de la legislación o de la sanción), estas prácticas integrantes se han caracterizado por un encuentro con la ergonomía. Se ha podido crear un diálogo entre el peritaje científico y el análisis autónomo de los trabajadores.

CONCLUSIÓN: AFRONTAR LA REGULARIZACIÓN DEL TRABAJO

Más allá del argumento histórico hay otro aún más decisivo. La importancia del enfoque ergonómico se evidencia en un análisis de los problemas de salud y de seguridad “no accidentales”. Tradicionalmente, las disciplinas de prevención han privilegiado las intervenciones en casos de “disfunciones”. La organización del trabajo en sí no se ha considerado como fuente principal de problemas de salud en el trabajo. Los preventores se centran en el accidente, el error, el no respeto de la norma. Tanto la sociología como la ergonomía cuestionan semejante visión a partir de perspectivas complementarias. La sociología sitúa los daños a la salud en un contexto de relaciones sociales desiguales caracterizado por la dominación patronal. La ergonomía muestra a la vez la peligrosidad que puede suponer la normalización productiva y la ilusión por un trabajo que podría realizarse con un total respeto a las disposiciones.

Esta observación se confirma en los datos de la mayor parte de las encuestas sobre condiciones de trabajo y su impacto en la salud (Vogel y Paoli, 2006). Más allá de las diferencias en la metodología y de las particularidades nacionales, las encuestas tienden a manifestar que más que las disfunciones en el trabajo, lo que es problemático es su “normalización”. Aparecen dos tendencias dominantes: el incremento de trabajo y su precariedad. El incremento responde a opciones estratégicas en la organización del trabajo. La precariedad responde más a la evolución de las condiciones sociales, el incremento de desigualdades y a una reducción de elementos de contrapoder de los trabajadores y sus organizaciones.

³ Es recomendable leer el artículo muy detallado de Teiger (2006) que analiza la relación entre la construcción y práctica de la teoría y los conflictos sociales en las empresas.

En este marco la ergonomía puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de la prevención. Es así como el análisis ergonómico de la catástrofe en AZP en Toulouse ha podido poner en evidencia los factores de riesgo relacionados con la subcontrata automática para actividades peligrosas en la industria química (Jean, 2002). Esta aportación de la ergonomía está a su vez determinada por tres transformaciones de la disciplina.

1. Una definición más clara de las prioridades de la intervención ergonómica. Tradicionalmente el objetivo final sería el compromiso óptimo entre productividad y salud. Este compromiso no siempre está a la orden del día cuando son los factores de productividad (como el incremento de trabajo) los que ponen en peligro la salud. La calidad de la intervención ergonómica depende de una aclaración frente a este

conflicto. ¿La intervención se puede limitar a medidas de adaptación destinadas a hacer más tolerable la situación, o debe llegar hasta el origen de los problemas?

2. La capacidad para integrar el análisis de los factores sociales en la evaluación ergonómica. Es probablemente el reto principal para la ergonomía. ¿Cómo entender el trabajo sin analizarlo a partir de relaciones de género⁴ y relaciones de clase? ¿Cómo intervenir sin plantearse el tema del poder en la empresa? El asunto del control por parte de los trabajadores de sus condiciones de trabajo está en el centro de los principales problemas de salud en el trabajo.
3. Una renovación de las prácticas de evaluación participativa es, sin duda, el desarrollo metodológico más importante para tener en cuenta los dos retos mencionados anteriormente.

⁴ Ver Messing, 1999 y Vogel, 2006.



"Fertilidad". 1898.
Edvard Munch.
The Museum of Modern Art. Nueva York.