

De la indemnización a la prevención de enfermedades profesionales: el mayor desafío para las estrategias de salud en el trabajo en Europa

Laurent Vogel

“The «Three Generation Law» was now well established in the mills, potteries, and mines. In one generation a hazard is introduced; in the next the hazard may be recognized; and in the third a law may be introduced to control it. It then may take a fourth generation before the hazard is properly controlled; but whatever the event, the law is always late arriving”.

Charles Clutterbuck; Industrial Ill Health in the United Kingdom¹

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo, unas 160.000 personas mueren cada año por un accidente o una enfermedad causada por el trabajo en los 27 países de la Unión Europea. De este total, los accidentes mortales de trabajo suponen menos de un 10 % de las muertes. Las enfermedades relacionadas con el trabajo constituyen los daños más frecuentes y más graves. En particular, los casos de cáncer relacionados con

el trabajo están en el origen de importantes desigualdades sociales en salud y contribuyen a un alejamiento creciente en la esperanza de vida entre los trabajadores manuales y los sectores sociales más privilegiados². Generalmente estas desigualdades son subestimadas. El paso de la indemnización a la prevención de enfermedades profesionales sigue siendo un punto débil de los sistemas de prevención en Europa. Hay un cierto número de dificultades

1 En Navarro y Berman (1982), p.145.

2 Ver Mengeot, 2007.

inherentes al concepto mismo de enfermedades profesionales (sección I) que separa a partir de un peritaje socialmente construido (sección II) cierto número de patologías del resto de los daños a la salud. La reforma de los sistemas de prevención que comenzó en los años setenta y que se volvió a lanzar con una puesta en marcha de las directivas comunitarias (sección III) ha quedado inacabada. Un enfoque coherente de la prevención implica la puesta en marcha de vínculos más estrechos entre las prácticas relacionadas con el reconocimiento y la indemnización y las políticas de prevención (sección IV). Semejante esfuerzo no debe sin embargo ocultar que, en determinados puntos, la prevención implica que se vaya más allá del concepto de enfermedades profesionales (sección V).

SECCIÓN I. UN CONCEPTO EXTRAÑO A LA PREVENCIÓN

El concepto de enfermedades profesionales no fue creado con el fin de prevenir. Refleja un compromiso puesto en marcha hace más de un siglo alrededor de la indemnización en accidentes de trabajo. Este compromiso ha ido extendiéndose progresivamente a un número ilimitado de patologías cuyo origen profesional era indiscutible. Las características esenciales de este compromiso se pueden resumir de la manera siguiente.

1. El punto de partida lo constituyen los accidentes de trabajo definidos como sucesos imprevistos y súbitos que provocan lesiones corporales. Lo propio de estos sucesos es que sean considerados como “accidentales”, es decir desligados del curso ordinario y previsible del trabajo. Esta representación permite “normalizar” los daños a la salud, atribuyendo gran

parte de ellos (la parte más visible) a la fatalidad e, incluso, al error humano. Hay una relación estrecha entre la puesta en funcionamiento de sistemas de indemnización de accidentes de trabajo y la consolidación de las “prerrogativas del patrono” en la organización de la producción.

La traducción de esta relación, en muchos países supone una salida del derecho común de la reparación de daños causados por un error. A la presunción de causalidad, que juega a favor de los trabajadores, se contraponen generalmente las exigencias exorbitantes que impiden la puesta en marcha de la responsabilidad civil. Entre las condiciones requeridas por unos países u otros podemos citar: su ausencia inexcusable en el derecho francés, su ausencia intencionada en el derecho belga, la puesta en marcha de la responsabilidad civil subordinada a una condena penal por el hecho que haya provocado el accidente o la enfermedad en el derecho italiano, etc. El derecho británico parece ser en este aspecto una excepción: separa completamente el régimen de la responsabilidad civil del de la indemnización por riesgos profesionales con un seguro específico. En caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, la víctima puede obtener una indemnización siguiendo las dos vías y sin que ningún obstáculo particular se oponga a la acusación, según el derecho común de la responsabilidad civil. Ésta es objeto de un seguro obligatorio desde el *Employers' Liability (Compulsory Insurance) Act* de 1969. Uno de los objetivos del *Social Security Act* de 1989 fue no obstante el limitar el contencioso en responsabilidad civil, haciendo los procedimientos más complicados, pero no puso en tela de juicio el principio de la doble vía de indemnización.

A nivel técnico y científico, el refuerzo de las prerrogativas del empleador en la organización de la producción ha estado acompañado por la atención particular que la investigación y las políticas de prevención han concedido al error humano como causa de accidente. Es principalmente a partir de esta base cómo se han constituido un conjunto de disciplinas de seguridad a partir de principios del siglo XX³.

2. La indemnización por daños es global y está relacionada con la pérdida de capacidad en el trabajo. Aunque los sistemas de puesta en marcha difieren entre los diferentes países y han conocido evoluciones complejas, estas dos grandes características siguen siendo esenciales. Los sistemas específicos de indemnización de enfermedades profesionales nunca aseguran una indemnización íntegra (siguiendo las reglas de responsabilidad civil). El criterio central, en base al cual será calculada a continuación la indemnización, es el de la incapacidad parcial o total. En la mayoría de los sistemas nacionales, se crea así una relación entre el nivel de indemnización y los ingresos salariales. Por regla general, la indemnización se situará en “alguna parte” entre la indemnización máxima que haya podido obtener en base a la responsabilidad civil y la indemnización mínima representada por las prestaciones del seguro de enfermedad relacionadas con una baja laboral por enfermedad o una invalidez.

3. La extensión de las reglas relativas a los accidentes de trabajo a las enfermedades

profesionales se hizo principalmente después de la Primera Guerra Mundial en la mayor parte de los países industriales⁴. La convención n° 18 de la OIT relativa a la reparación en las enfermedades profesionales tuvo un papel determinante en la materia. Esta convención introducía la noción de cuadros. En una columna se describen patologías y sustancias. En la otra se indican las profesiones o las industrias “correspondientes”. Para obtener una indemnización hay que establecer una doble constatación: la de la patología y la de la actividad profesional correspondiente. Esta doble constatación permite hacer intervenir la presunción de causalidad. La convención de 1925 se limitaba a tres grupos de enfermedades: intoxicación por plomo, intoxicación por mercurio e infección carbonosa. Otras enfermedades cuya difusión y orígenes eran conocidas ya en esa época habían sido descartadas (particularmente la silicosis). En 1935 la convención de la OIT fue revisada. Los cuadros se extendieron a 10 grupos de enfermedades. Por primera vez la silicosis formaba parte de ellas. La noción de profesiones e industrias se extendió también a los procedimientos. En lo relativo a la silicosis, la convención no iba demasiado lejos puesto que sólo cubría “las industrias o procedimientos reconocidos por la legislación nacional que incluyan la exposición con riesgo de silicosis”.

4. La extensión de las reglas relativas a los accidentes de trabajo hacia las enfermedades profesionales suponía varias dificultades. La definición del accidente no implica-

3 Para un análisis crítico de la representación del accidente de trabajo como suceso fortuito y de las ideologías de la seguridad en el trabajo, ver Dwyer (1991 y 1992), Nichols (1997) y Bilbao (1997).

4 Gran Bretaña tuvo un papel precursor al extender su legislación sobre accidentes de trabajo a algunas enfermedades profesionales a partir de 1906.

ba que se precisara el tipo de suceso susceptible de provocar una lesión. Es la lesión la que prueba el accidente, sin importar mucho si éste viene del funcionamiento defectuoso de una máquina, de la caída de un objeto, del movimiento poco afortunado de un compañero, etc.... A partir de entonces, todo lo que ocurra durante la ejecución de un trabajo puede constituir el hecho generador de un accidente. Es cierto que sigue habiendo verdaderas dificultades cuando las circunstancias particulares replantean la presunción de causalidad (una falta intencionada por parte del trabajador, por ejemplo) o cuando la lesión pudiera estar relacionada con una secuencia de sucesos que no se puedan reducir a un suceso repentino (ver la abundante jurisprudencia relativa a los accidentes cardíacos, por ejemplo). En cambio, las enfermedades profesionales comportan generalmente una doble dimensión temporal: pueden ser el resultado de una exposición más o menos prolongada a factores patógenos que no permitan identificar un suceso repentino. El desarrollo mismo de la patología puede extenderse a periodos que en ocasiones son muy largos. La relación de causa a efecto, tal como ha sido comprendida por la medicina occidental a finales del siglo XIX en base a conocimientos adquiridos en la lucha contra las epidemias, era poco operatoria para patologías no “causadas” por un agente biológico contagioso.

5. Esta dificultad de carácter médico y científico se relacionaba con una dificultad social y política. Incluso cuando las prerrogativas del empleador en la organización del trabajo no cesaban de precisarse jurídicamente y de reforzarse en la práctica, no resultaba nada fácil justificar una intervención legislativa que habría im-

puesto límites a este poder. Lo cual explica las dos limitaciones mayores de los sistemas puestos en marcha: la indemnización sólo está muy raramente relacionada con la prevención; las enfermedades tenidas en cuenta no constituían más que una ínfima parte del conjunto de enfermedades causadas por el trabajo.

6. La puesta en marcha de sistemas de indemnización para enfermedades profesionales probablemente ha contribuido a frenar las estrategias de prevención. El que las reivindicaciones obreras reclamaran la eliminación de factores nocivos (huelgas para la prohibición del fosfato blanco en las cerillas, lucha contra la cerusa, etc.) implicaba la puesta en funcionamiento de un control social en las modalidades de producción. La indemnización iba unida a una banalización del riesgo. Hay profesiones o industrias en las que la exposición a riesgos que causan daños irreversibles a la salud es presentada como inevitable. Por otro lado, la lista de enfermedades reconocidas es tan reducida que va a obligar al mundo obrero a gastar unas enormes energías en un terreno peligroso. Se trata de hacer entrar nuevas enfermedades en listas basándose en unos criterios de reconocimiento implícito a ellas mismas: un agente causal determinado asociado a una patología específica. Ahora bien, la salud en el trabajo no se limita a la lucha contra estas enfermedades.

7. No obstante podemos observar diferencias importantes entre dos modelos de seguros para riesgos profesionales. En el modelo alemán, los organismos de seguros para riesgos profesionales tienen confiadas las tareas en materia de prevención desde su puesta en funcionamiento a lo largo del último tercio

del siglo XIX⁵. Éstos contribuirán a la definición de las políticas de prevención, dispondrán de un poder normativo y llevarán a cabo misiones de control. Este tipo de modelo ha sido adoptado en gran medida en Austria, Suiza y Luxemburgo. Después de la Segunda Guerra Mundial, también tuvo una influencia en el sistema de prevención francés: la rama de la seguridad social encargada de la indemnización por enfermedades profesionales y por accidentes de trabajo tiene responsabilidades de inspección y un poder normativo. En España las mutuas de riesgos profesionales se han inspirado en el modelo alemán, aunque no dispongan de poder normativo ni de organismos de inspección. En otros países (Bélgica, Italia, Portugal, Reino Unido, países escandinavos), los sistemas de seguros —ya sean privados o estatales— nunca han sido llamados a contribuir de manera importante a las políticas de prevención. En el primer grupo de países, se constata que las políticas de prevención puestas en marcha son a menudo tergiversadas por la prioridad que se concede a la reducción de costes del seguro. No es excesivo el considerar que, al menos hasta los años setenta, la prevención ha estado completamente subordinada a las lógicas de la indemnización. En cuanto a la indemnización, se mantendría en el marco de un equilibrio

financiero que implicaba, en lo relativo a las enfermedades profesionales, fuertes trabas a su completo reconocimiento.

SECCIÓN II. BREVES OBSERVACIONES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN EUROPEA DEL PERITAJE

Siguiendo una representación común, la definición de enfermedades profesionales se encuentra en la confluencia entre dos maneras de comprender la realidad. Una de ellas es social, política y jurídica. Ésta define objetivos, condiciones de reconocimiento y procedimientos basados en un conjunto de compromisos. Refleja ampliamente un cierto número de valores y de relaciones de fuerza⁶. La otra es médica. Sería objetiva. Respondería a una racionalidad científica que se basa en otras disciplinas (toxicología, biología, etc.). Tal representación de la realidad no da cuenta de los determinantes sociales en la construcción del peritaje científico en sí mismo. Estos determinantes han sido sacados a la luz por cierto número de estudios, a menudo apasionantes, publicados en Estados Unidos a lo largo de los últimos 10 años⁷ que muestran cómo el discurso médico sobre patologías relacionadas con el trabajo ha podido variar⁸. Tales variaciones siguen resultando inexplica-

5 Así, el artículo 78 de la ley alemana de 1884 sobre seguros contra accidentes, confía un valor normativo a los Berufsgenossenschaften en lo relativo a la prevención de accidentes de trabajo.

6 Para un análisis del sistema francés, ver Thébaud-Mony, 1991.

7 Rosner y Markowitz (1991), Dembe (1996), Clark (1997), Kome (1998). Podemos citar también el artículo precursor de Barbara Ellen Smith, Black Lung: *The Social Production of Disease* en Navarro y Berman, 1982, pp. 39-54

8 Hay que citar también el estudio de Cottreau (1978) sobre la tuberculosis en París, que plantea claramente la cuestión de las lógicas sociales en el modo de producción de conocimientos médicos. El autor apunta "Tratándose de epidemiología de la tuberculosis, el deslizamiento se ha producido bajo las siguientes coacciones. A partir del momento en que la terapia de descanso era una imposibilidad para las relaciones sociales dominantes, el diagnóstico del desgaste en el trabajo se convertía a su vez en un peligro mayor. Reconocer los efectos del desgaste, suponía reforzar la legitimidad del descanso preventivo o curativo. Desde ese momento, los diagnósticos tomaron una dirección diferente. La tuberculosis fue atribuida a la mala higiene de la vivienda, del taller y del medio urbano".

bles para una historia edificante del progreso científico. Solamente se aclaran cuando se tienen en cuenta los conocimientos-acciones acumulados colectivamente por los sujetos que son víctimas de enfermedades causadas por el trabajo. La historia de los conocimientos naturales sobre los contratiempos que sufren los cuerpos expuestos a riesgos o a molestias no es comprensible si no se tiene en cuenta la historia de los conflictos alrededor de la salud en el trabajo. La medicina se ha construido también con estos conflictos. A partir del siglo XIX, podemos encontrar las premisas de una epidemiología obrera militante basada en una alianza entre movimientos sociales y una minoría del cuerpo médico. Los debates sobre el amianto, sobre la silicosis o, más recientemente sobre los trastornos músculo-esqueléticos, se desarrollan bajo un doble registro: el del discurso científico con sus modalidades propias de legitimación (tanto de lo verdadero como de lo falso) y el de la acción social.

En la historia del movimiento obrero podemos encontrar numerosas iniciativas en las que el conocimiento de las patologías está ligado a un combate político por su reconocimiento, su prevención y contra los discursos médicos dominantes⁹.

En Bélgica¹⁰, la silicosis no fue reconocida como enfermedad profesional hasta diciembre de 1963. La importancia de la producción carbonera en el desarrollo económico y los daños masivos provocados entre los mineros

por la silicosis, permiten medir lo que está en juego en los debates a cerca de la silicosis. El retraso particular de Bélgica (sin duda uno de los últimos países industrializados que posee minas y reconoce la silicosis) se explica, claro está, por la fuerte oposición del patronato minero pero también por una composición particular del proletariado minero con una participación masiva de obreros emigrantes. En los años cincuenta, lo esencial de la lucha por el reconocimiento se basará en las iniciativas de los mineros italianos, reclutados masivamente a partir de 1946¹¹. Habrá una articulación entre las luchas llevadas a cabo a nivel médico (con la alianza de los médicos que trabajan generalmente en clínicas creadas por el movimiento obrero), a nivel jurídico, a nivel político y a nivel sindical (contra las reticencias de los sectores más conservadores del aparato sindical que consideran que la “batalla del carbón”, en vistas a la reconstrucción económica, bien valía algunos sacrificios y se comportaron sobre todo como buenos gestores del equilibrio financiero de los sistemas de indemnización por riesgos profesionales). Hasta principios de los años sesenta, el tema es considerado lo suficientemente subversivo como para provocar la intervención de organismos de seguridad del Estado en la vigilancia de dirigentes mineros implicados en esta campaña¹².

La experiencia italiana de los años setenta es una de las más ricas en este sentido. En un contexto de fuertes movilizaciones obreras

9 Sobre la experiencia de los sindicatos británicos, ver Fox y alii, 1982.

10 Los datos relativos a la silicosis en Bélgica provienen de IHOES, 1998.

11 La importación masiva de mineros italianos a las minas belgas se hizo basándose en el acuerdo entre Bélgica e Italia del 20 de junio de 1946. En este marco se organizaron ochenta y cinco caravanas con más de 62.056 personas. En principio, el conjunto de los trabajadores debían trabajar en las minas. Se trataba de hacer frente a la disminución masiva en el número de mineros belgas (de 136.530 mineros de fondo belgas en abril de 1940 a 87.566 en 1945). En un primer momento, el empresariado minero pudo beneficiarse del trabajo de los prisioneros de guerra alemanes y de los contingentes que venían de los campos de personas desplazados del UNRRA

12 IHOES, 1992, pp.129-133.

que ponen en tela de juicio la organización del trabajo, los sindicatos desarrollaron instrumentos de análisis específicos para la salud en el trabajo. El manual de la federación unitaria de los trabajadores de la metalurgia (Oddone, 2001) sirvió de referencia a muchas experiencias. Se trataba al mismo tiempo de: analizar las características del ciclo de producción con las diferentes características de riesgo que conlleva, de determinar su impacto para la salud, y de socializar las iniciativas de movilización destinadas a combatir los riesgos en su origen. El conocimiento es en este caso no se puede separar de la acción. La acción crea una cohesión colectiva y llega un momento en que se efectúa en las mejores condiciones la puesta en común de las experiencias individuales. El conocimiento del ciclo de producción permitía a la vez ir al origen de las causas de las patologías y dominar mejor la organización de las empresas para poder practicar formas de lucha más eficaces con el fin de paralizar la producción y crear así la relación de fuerzas necesaria para una política de prevención basada en las necesidades autónomas de los colectivos de trabajo. Es significativo que los archivos sindicales constituyan, tratándose de los años setenta, una de las fuentes más importantes para conocer los problemas de salud en el trabajo en Italia. Los archivos centrales del CRD (Centro de Investigación y de Documentación creado en acuerdo por las tres grandes confederaciones sindicales) contiene 5.690 informes de consejos de fábricas, de los delegados sindicales o de los organismos de lucha, que describen las condiciones de trabajo, analizan los riesgos y las patologías y señalan la estrategia que han seguido en la negociación colectiva incluso a través de establecimientos de formas de con-

trol obrero (Marri en: Grieco y Bertazzi, 1997, pp. 255-285).

La magnitud de este tipo de peritaje fue examinada después de su dimensión de clase. Sobre este punto, el estudio de Karen Messing (1998) tiene el mérito de recorrer la mayor parte de las cuestiones de salud en el trabajo y de demostrar hasta qué punto la investigación científica sigue centrada en los colectivos masculinos. Su evaluación es categórica: *“El sistema de salud y seguridad en el trabajo es un universo masculino, donde la biología, la situación social y los empleos de las mujeres son ajenos a los que los juzgan. Las condiciones que les hacen sufrir no se suponen peligrosas, su palabra se pone en tela de juicio y ellas pueden encontrar delicado el hablar de órganos afectados (...). La ausencia de datos científicos pertinentes refuerza esta situación”* (1998, p. 208).

SECCIÓN III. LA APORTACIÓN DEL DERECHO COMUNITARIO

A) EL FRACASO DE LAS TENTATIVAS DE ARMONIZACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Las primeras iniciativas comunitarias en salud del trabajo tenían como objetivo la armonización de los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales y la creación de un marco común para la medicina del trabajo¹³. Cobraron forma de recomendaciones de la Comisión adoptadas en base a los artículos 117 y 118 del Tratado.

El 20 de julio de 1962, la Comisión adoptó una recomendación relativa a la medicina de

13 Para un desarrollo más amplio, Vogel (1994, pp. 65-93).

trabajo en la empresa¹⁴. El 23 de julio de 1962, adoptaba una segunda recomendación que apuntaba a una armonización del reconocimiento y de la declaración de enfermedades profesionales en los países de la Comunidad Económica Europea¹⁵.

La elección de dichas prioridades se puede explicar por diferentes factores.

- En esa época, en los seis países que formaban la Comunidad Europea, la medicina del trabajo constituía incontestablemente el eje de los sistemas de prevención puestos en marcha por las empresas. La Comisión había constatado importantes disparidades entre las situaciones nacionales.
- La recomendación sobre la medicina de trabajo perseguía el objetivo de facilitar el derecho de establecimiento de médicos del trabajo en la Comunidad Europea. Por esa razón abarcaba a la vez las misiones de la medicina de trabajo y la armonización de su enseñanza.
- La importancia de un sistema homogéneo de reconocimiento de enfermedades profesionales estaba también relacionada con consideraciones económicas. Se trataba, a la vez, de evitar grandes disparidades en la competencia y de facilitar la libre circulación de trabajadores. En este aspecto, el enfoque comunitario de la seguridad social, que se limitaba a organizar una coordinación entre los regímenes existentes, podía parecer demasiado modesta ya que no impedía a un país rechazar el reconocimiento de una enfermedad profesional mientras no hiciera una discriminación entre los naturales de su país y los de otros países. Es así como en Bélgica decenas de millares de mineros italianos estaban afectados por la

silicosis pero no estaba reconocida como enfermedad profesional. Bajo la presión de los partidos de izquierda y del movimiento sindical, Italia se disponía a adoptar la ley n° 1115 del 27 de julio de 1962 para permitir a los mineros que hubieran contraído silicosis en Bélgica beneficiarse de las indemnizaciones de la seguridad social italiana siempre que volvieran a residir en Italia. Esta ley estaba concebida como una medida transitoria hasta que Bélgica reconociera la silicosis como enfermedad profesional.

- Las recomendaciones de 1962 se inspiraban directamente en las Convenciones y Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, que compartían las mismas prioridades a principios de los años sesenta.

La recomendación de 1962 relativa a las enfermedades profesionales se centraba en la indemnización de éstas. Preconizaba el establecimiento de una lista uniforme de enfermedades o agentes que pudieran provocarlas. Paralelamente al establecimiento de esta lista, recomendaba una apertura de los sistemas al reconocimiento de toda enfermedad cuyo origen profesional estuviera suficientemente establecido. También apuntaba a la puesta en marcha de un sistema de declaración de algunas enfermedades que no estaban en la lista, con vistas a permitir una actualización periódica de la lista. En lo relativo a la prevención, la recomendación de 1962 subrayaba la relación entre el reconocimiento y la particular atención con que ésta se refiere al riesgo. La Comisión se mostraba claramente optimista al considerar que a diferencia de la vigilancia de accidentes que consideraba ser “fortuita siempre”, las enfermedades profesionales podrían,

14 *J.O.C.E.*, 31 de agosto de 1962, p. 2181.

15 *J.O.C.E.*, 31 de agosto de 1962, p. 2188.

en casi todos los casos, encontrar remedios preventivos que se acercarán gradualmente a una eficacia absoluta. La recomendación indicaba cuáles serían los aspectos del futuro desarrollo de la intervención comunitaria. Por una parte habría que unificar las condiciones de concesión y el nivel de prestaciones en caso de enfermedad profesional. Por otra parte se trataba de desarrollar estrategias de prevención basadas en mejores conocimientos médicos y científicos. El sistema de declaración comunitaria puesto en marcha tendría que haber permitido establecer comparaciones entre los diferentes países.

Cuatro años más tarde, el 20 de julio de 1966, la Comisión adoptaba una nueva recomendación relativa a las condiciones de indemnización para víctimas de enfermedades profesionales¹⁶. Ésta retomaba el principio de una apertura de los sistemas nacionales al reconocimiento de todas las enfermedades cuyo origen profesional estuviera probado. Procedía a una crítica más precisa de los cuadros existentes y retomaba las diferentes indicaciones que en ellos se podían encontrar. La recomendación de 1966 indicaba claramente: “teniendo en cuenta el estado actual de conocimientos en lo relativo a la medicina de trabajo y los medios de investigación cada vez más desarrollados puestos a disposición de los expertos, se ha hecho necesario eliminar la mayor parte de las condiciones que limitaban de manera imperativa el derecho a la indemnización”. Precisaba que “las condiciones restrictivas actuales” son “generalmente arbitrarias como lo prueba de hecho el que para una misma enfermedad profesional, existan determinadas condiciones en diferentes legislaciones nacionales, pero que éstas no sean idénticas”. La

recomendación trataba también del establecimiento de un sistema mixto. Sobre este punto, aunque la carga de la prueba se basa en la víctima, la recomendación preconiza que el organismo asegurador tome sistemáticamente “todas las iniciativas necesarias a la investigación del origen profesional de la enfermedad”. La recomendación de 1966 deseaba poner en marcha un sistema de relaciones establecido por los Estados miembros cada dos años, para permitir una revisión periódica de la lista europea.

El 27 de julio de 1966, la Comisión adoptaba también una recomendación relativa al control médico de los trabajadores expuestos a riesgos particulares¹⁷. Esta recomendación se basaba en la lista de 1962 y preconizaba controles médicos periódicos. La recomendación precisaba el contenido de los exámenes médicos pero no mencionaba nada relativo a una evaluación de las condiciones colectivas de trabajo. De igual manera, nada estaba previsto en lo relativo a la utilización de datos resultantes de los controles médicos.

La lectura de estas recomendaciones sigue siendo instructiva hoy en día. Las críticas que hacen a los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales apenas han perdido actualidad. Aunque los sistemas mixtos se hayan puesto en marcha con enormes retrasos, su funcionamiento sigue siendo insuficiente. La mayoría de las listas nacionales de enfermedades profesionales son menos completas que las listas de recomendaciones comunitarias.

Se pueden sacar dos lecciones de la no aplicación de las recomendaciones de 1962 y 1966. La primera es relativa a una cierta ingenuidad en la visión comunitaria, que quería tener en cuenta inmediatamente los progresos científi-

16 *J.O.C.E.*, 9 de agosto de 1966, p. 2696.

17 *J.O.C.E.*, 17 de agosto de 1966, p. 2754.

cos sin plantearse las condiciones sociales de su acción. La segunda es relativa a la inadecuación total de los instrumentos utilizados: una recomendación no permitía alcanzar un objetivo tan exigente como lo era la armonización en el progreso. Por eso, cuando el artículo 118A sea introducido en el Tratado en 1986, se establecerá la relación entre este objetivo y un medio de acción más eficaz, la adopción de directivas. En los años sesenta, se puede pensar que la ingenuidad constituyó una especie de enfermedad infantil de la política comunitaria en salud en el trabajo. Cuando la Comisión, después de haber constatado el fracaso prolongado de su política para la armonización en materia de enfermedades profesionales, adopta una nueva recomendación el 22 de mayo de 1990, es difícil atribuir esta elección a la simple ingenuidad. La nueva recomendación exhortaba, una vez más, a los países miembros a aplicar los principios definidos más un cuarto de siglo antes. Actualizaba la lista europea por primera vez en 24 años aunque se hubiera hablado de una actualización periódica cada dos o tres años. También se actualizaba la lista complementaria de enfermedades sometidas a declaración por su origen profesional sospechoso. Constatava que la mayoría de los países comunitarios no siempre aplicaba el sistema mixto, sólo Dinamarca y Luxemburgo parecían aplicar un sistema conforme a las indicaciones de las recomendaciones de 1962 y 1966.

La elección de una simple recomendación resultaba entonces sorprendente. Ciertamente es que existían obstáculos jurídicos reales. Proponer una directiva habría implicado que había que convencer al Consejo de Ministros. Numerosos Estados miembros consideraban

que armonizar las disposiciones en materia de declaración y reconocimiento de enfermedades profesionales salía del campo de aplicación del artículo 118A del Tratado. No obstante, la recomendación contenía una exhortación final según la cual “la Comisión ruega a los Estados miembros informar de las medidas adoptadas o previstas para dar seguimiento a la presente recomendación en un plazo de tres años. La Comisión examinará entonces el estado de la presente recomendación en el seno de los diferentes Estados miembros en vistas a determinar la necesidad de proponer una disposición legislativa apremiante”.

El 20 de septiembre de 1996, la Comisión adoptó una comunicación sobre la lista europea de enfermedades profesionales¹⁸. Esta comunicación disimulaba mal la escasez del balance. Reconocía “el importante esfuerzo” emprendido por los Estados miembros para integrar en sus sistemas nacionales la lista europea. Pasaba por alto las condiciones limitativas que seguían existiendo en la mayoría de los Estados comunitarios. Reafirmaba, una vez más, que “la introducción más amplia en los Estados miembros del sistema mixto de reparación (...) podría ser positiva”. Concluía que era “prematureo proponer en este momento una disposición legislativa apremiante para reemplazar la de 1990”. La Comisión preveía “no obstante examinar esta posibilidad cuando se ponga al día la lista europea de enfermedades profesionales”.

La elaboración de una nueva recomendación tomó de nuevo varios años y la revisión de las listas europeas siguió siendo modesta. De hecho, la Comisión adoptó el 19 de septiembre de 2003 una nueva recomendación sobre enfermedades profesionales¹⁹ que sustituía a la de

18 Documento COM (96) final.

19 *J.O.C.E.*, L 238 del 25 de septiembre de 2003.

1990. La estructura de la nueva recomendación era comparable a la de la antigua. Se basaba en dos listas. La primera lista (anexo 1) contenía las enfermedades profesionales que tenían que ser reconocidas por el conjunto de los Estados-miembros. La segunda lista (anexo 2) se refería a las enfermedades cuyo origen profesional se sospechaba que pudiera ser objeto de notificación para permitir que eventualmente se incluyeran en el futuro en la primera lista.

La nueva recomendación se adaptaba en general a las propuestas iniciales formuladas en 2001 por la Comisión. La mayoría de las propuestas de mejora de la Confederación Europea de Sindicatos habían sido rechazadas. No obstante algunas fueron aceptadas:

- las estadísticas nacionales relativas a las enfermedades profesionales tenían que indicar el sexo de las víctimas;
- se pedía una implicación mayor de los sistemas de salud pública y del personal médico en la declaración de enfermedades profesionales;
- se incluían explícitamente, en las listas de enfermedades profesionales, nuevas patologías relativas a los trastornos músculo-esqueléticos: síndrome del canal carpiano y tres categorías de bursite.

En determinados puntos, las propuestas iniciales se redujeron por las presiones patronales que habían recibido el apoyo de varios gobiernos. El retroceso más chocante afecta a los cánceres de laringe provocados por la exposición al amianto. En un principio había sido prevista su inclusión entre las enfermedades que tenían que ser reconocidas por los Estados miembros (primera lista). Estos cánceres no figuraban en la segunda lista cuyo origen profesional fuera sospechoso. Nada justifica esta

posición cuando los cánceres de laringe provocados por exposiciones al amianto son reconocidos como enfermedades profesionales en diferentes países de la Unión Europea.

Otro retroceso grave afecta a las patologías de la columna vertebral provocadas por el porte de cargas. Aparentemente la Comisión había olvidado el contenido de la directiva sobre la manipulación manual de cargas! Ésta establecía claramente la relación entre el porte de cargas y las patologías dorso-lumbares. Por otra parte esta relación se confirmaba por la experiencia de centenas de millares de víctimas de tales enfermedades en sectores como la construcción, el trabajo hospitalario, etc.

Para la Comisión, el origen profesional de dichas enfermedades ni se intuye. La postura económica es evidentemente importante: son sumas considerables de las que se hacen cargo los sistemas de salud y las víctimas, en vez de hacerlo los sistemas de indemnización de enfermedades profesionales.

Así, más de cuarenta años después de la adopción de la primera recomendación, la creación de un marco armonizado obligatorio para el reconocimiento de las enfermedades profesionales de la Unión Europea sigue sin estar al orden del día. Esto contribuye a explicar por qué la nueva estrategia comunitaria de salud en el trabajo para los años 2007-2012 adopta un objetivo cuantitativo solo en lo relativo a la reducción de accidentes de trabajo (Vogel, 2007).

B) EL VIRAJE DECISIVO HACIA LA PREVENCIÓN: POTENCIAL E INCERTIDUMBRES

Entre las recomendaciones de los años sesenta²⁰ y finales de los años setenta, la política

20 La última recomendación de esta etapa es relativa a los jóvenes en el trabajo. Data del 31 de enero de 1967 (*J.O.C.E.*, 13 de febrero de 1967).

comunitaria relativa a salud de trabajo atravesó un largo periodo de estancamiento. Este decenio corresponde al periodo más fecundo de movilizaciones sociales en el campo de las condiciones de trabajo. Incontestablemente se ahondó la separación entre una política comunitaria reducida a constatar su impotencia con respecto a los escasos objetivos de armonización que se había propuesto, y la vitalidad de las luchas sociales que desembocaron, bajo diferentes formas, en reformas importantes de los sistemas de prevención. Hubo que esperar a 1974, con la adopción del primer programa de acción social, para que la Comunidad se lanzara a nuevas iniciativas. La primera etapa se dedicó a una armonización de las reglas relativas a la higiene industrial (teniendo como elemento central la primera directiva-marco sobre riesgos unidos a una exposición a agentes químicos, físicos o biológicos del 27 de noviembre de 1980²¹). Este programa tuvo que ser abandonado por las dificultades políticas que acompañan la elaboración de valores-límites obligatorios. La imposibilidad de adoptar una directiva sobre el benceno ratificó este nuevo fracaso.

Pero mientras tanto el marco legislativo había evolucionado con la adopción del artículo 118A (1986). El contexto político era más favorable. La puesta en funcionamiento del Mercado Único justificaba ciertas concesiones al movimiento sindical. El abandono del programa de adopción de valores-límites obligatorios no supuso un nuevo paso en el vacío. La reorientación de la política comunitaria no tardó y desembocó en la directiva-marco de 1989.

En las directivas relacionadas con el proyecto de armonización de reglas de higiene industriales, cierto número de disposiciones se referían a la vigilancia de la salud. La directiva-marco de 1980 prevé una vigilancia de la salud en caso de exposición a agentes químicos, físicos o biológicos susceptibles de suponer un riesgo para la salud. Esta vigilancia de la salud debe estar sujeta a procedimientos de registro. En lo relativo a una serie limitada de agentes, tomados del anexo I de la directiva, la vigilancia de salud deberá asegurarse periódicamente (incluyendo, eventualmente, una vigilancia que continúa después de la exposición) y los trabajadores y/o sus representantes deberán poder acceder a los resultados colectivos anónimos de los análisis biológicos relativos a las exposiciones. No obstante, este tipo de medidas no son formuladas de forma incondicional. De hecho, la directiva prevé que los Estados tengan que adoptar las medidas de prevención previstas en la directiva cuando adopten las disposiciones relativas a un agente. Lo que significa que si no se adopta ninguna disposición, los Estados no tienen que volver a adoptar el conjunto de medidas de prevención mencionadas por la directiva. La directiva sólo decreta medidas apremiantes incondicionales para un pequeño número de agentes tomados del anexo II. Sólo dos agentes, el plomo y el amianto, implican obligatoriamente la puesta en marcha de una vigilancia de salud adecuada. Las otras directivas anteriores a la directiva-marco de 1989 y relativas a riesgos específicos²² contienen, cada una, disposiciones relativas a la vigilancia de salud. El contenido de los reconocimientos médicos a veces se precisa de forma detallada.

21 *J.O.C.E.*, L 327, p. 8 del 3 de diciembre de 1980.

22 Se trata de la directiva del 29 de junio de 1978 relativa al cloruro de vinilo monómero (*J.O.C.E.*, L 197, 22 de julio de 1978, p. 12.), de la directiva del 28 de julio de 1982 relativa al plomo metálico (*J.O.C.E.*, L 247, 23 de agosto de 1982, p. 12.), de la directiva del 19 de septiembre de 1983 relativa al amianto (*J.O.C.E.*, L 263, 24 de septiembre de 1983, p. 25) y de la directiva del 12 de mayo de 1986 relativa al ruido (*J.O.C.E.*, L 137, 24 de mayo de 1986, p. 28).

La directiva-marco del 12 de junio 1989 constituyó una ocasión perdida de fijar la relación entre la vigilancia de salud y la puesta en marcha de un programa de prevención en la empresa. Su artículo 14, relativo a la vigilancia de salud, es uno de los más concisos. Como ocurre a menudo, cuando el legislador comunitario duda ante la dificultad que tiene para armonizar sistemas nacionales muy diferentes, se remite a las legislaciones y prácticas nacionales. Es verdad que se trata de garantizar una “vigilancia de salud adecuada”, pero el contenido de este calificativo no se precisa. La única indicación concreta es relativa a la posibilidad para cada trabajador de beneficiarse de una vigilancia de trabajo a intervalos regulares si lo desea. En cambio el artículo 7, relativo a los servicios de prevención, no precisa cuál podría ser el papel de la medicina del trabajo en su seno. El artículo 6 detalla las obligaciones generales del patrono sin indicar si debería tener en cuenta los resultados de la vigilancia de la salud para evaluar los riesgos. El artículo 9 trata de la documentación que debe de tener el patrono. Menciona la evaluación de riesgos, el plan de prevención y los documentos relativos a los accidentes de trabajo (lista e informes) pero en cambio no trata de la información relativa a las enfermedades profesionales. Aunque determinadas directivas de la directiva-marco de 1989 contienen disposiciones relativas a la vigilancia de salud, habrá que esperar a la directiva de 1998, relativa a los agentes químicos, para encontrar soluciones coherentes respecto a la visión dada por la directiva-marco.

Un primer paso se dio con la directiva sobre agentes cancerígenos del 28 de junio de 1990²³. Su artículo 14 relativo a la vigilancia

médica indicaba: “En caso de que un trabajador sufra una anomalía que pueda ser resultado de su exposición a agentes cancerígenos, el médico o la autoridad responsable de la vigilancia médica de los trabajadores, podrá exigir que otros trabajadores que hayan sufrido una exposición análoga sean objeto de una vigilancia médica. En este caso, se procederá a una nueva evaluación del riesgo de exposición (...)” Sin embargo, el papel del médico o de la autoridad responsable de la vigilancia médica sigue centrado en el individuo (ver el párrafo 4 del art. 14).

El artículo 10 de la directiva contra los riesgos relacionados con agentes químicos²⁴ relaciona la vigilancia de salud con los resultados de la evaluación de riesgos hecha por el patrono. Determina las tres condiciones que deben reunirse para que la vigilancia de salud sea considerada apropiada: relación entre una exposición y una patología; riesgo de contracción de esa patología en las condiciones de actividad del trabajador; técnica de investigación que presente riesgos leves para los trabajadores. La vigilancia de salud es obligatoria cuando un valor concreto apremiante haya sido fijado (en la práctica, sólo es el caso para el plomo). Algunas precisiones son relativas a la teneduría de informes que deben ser puestos a disposición de las autoridades competentes. En caso de aparición de una patología o de superación de un valor-límite biológico apremiante, el patrono tendrá que reevaluar los riesgos y adoptar nuevas medidas de prevención. Este último punto es esencial. Es la primera vez que una directiva comunitaria indica explícitamente que las tareas médicas relativas a la detección precoz de enfermedades profesionales no deben limitarse a medi-

23 *J.O.C.E.*, L 196, 26 de julio de 1990, p. 1.

24 *J.O.C.E.*, L 131, 5 de mayo de 1998, p. 11.

das individuales sino servir a reevaluar la prevención colectiva.

SECCIÓN IV. PARA UNA MEJOR ARTICULACIÓN ENTRE EL DISPOSITIVO JURÍDICO RELATIVO A LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES Y LA PREVENCIÓN

Durante mucho tiempo las disposiciones relativas a las enfermedades profesionales se han concentrado en una idea de indemnización. Como resultado la mayoría de ellas tratan de casos individuales. Se refieren generalmente a la vigilancia médica de personas expuestas a riesgos susceptibles de provocar una enfermedad profesional así como a cierto número de reglas de higiene industrial que supuestamente constituirían instrumentos de prevención eficaz. Lo esencial de los cometidos de la medicina del trabajo se definía alrededor de la vigilancia médica. Ésta se relacionaba con la detección precoz de enfermedades, con procedimientos de declaración, con consejos para evitar un posterior deterioro del estado de salud, con un conjunto de procedimientos relacionados con la aptitud (declaración de inaptitud o de aptitud bajo condiciones), con eventuales modalidades de adaptación, de reclasificación o de readaptación. La reforma de las políticas de prevención, que comenzó a partir de los años setenta, no modificó radicalmente el dispositivo jurídico relativo a las enfermedades profesionales y a la vigilancia médica. Es cierto que se introdujeron cambios a veces importantes, pero siguieron siendo más limitados que en el

campo de la seguridad²⁵. La reactivación de reformas en los años noventa, bajo el impacto de la transposición de directivas comunitarias, no permitió la puesta en marcha de sistemas de prevención coherentes. Esto se explica en parte por algunas lagunas en la construcción del derecho comunitario, en parte por la reticencia de los Estados miembros a tener en cuenta plenamente las nuevas orientaciones del derecho comunitario. La dificultad no es meramente técnica. Se relaciona con el control social ejercido en los procesos de producción. Introducir una lógica de prevención en materia de enfermedades profesionales implica que se trastorne el compromiso existente alrededor del reconocimiento y la indemnización.

A. LA CUESTIÓN DE LA VISIBILIDAD DE LOS DAÑOS A LA SALUD

Hay una relación directa entre la prevención y la visibilidad de los daños a la salud. Éstos son numerosos y no siempre suscitan el mismo nivel de reprobación social. En salud en el trabajo, seguimos constatando un desfase entre la atestación médica de una patología provocada por el trabajo, el descubrimiento de una solución médica y la puesta en marcha práctica de la prevención en los lugares de trabajo. La elaboración de indicadores pertinentes contribuye ciertamente a reforzar la presión social en vistas a la prevención. Un estudio de Eurogip ilustra las enormes disparidades entre sistemas nacionales de declaración y reconocimiento de enfermedades profesionales y permite medir las desigualdades sociales que éstas implican.

25 Para centrarnos en un ejemplo, en la mayoría de los países comunitarios, el derecho de alarma y de retirada se constituyó basándose en una interpretación de la noción de “peligro grave e inminente” que se reduce a la hipótesis de un accidente que hay que evitar. El que el peligro grave lo pueda constituir una exposición prolongada sigue estando excluido en el derecho actual.

cendido al 3,03%, debido principalmente a la disminución de las notificaciones de brucelosis de origen profesional.

13. ATENDIENDO A LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES NOTIFICADAS EN INMIGRANTES SEGÚN DIAGNÓSTICO, CARÁCTER DEL DIAGNÓSTICO Y GRADO DE GRAVEDAD

Para la clasificación de las enfermedades profesionales notificadas se ha seguido el cuadro español de enfermedades profesionales aprobado por el R.D. 1995/1978⁸.

Considerando la totalidad de ambos períodos, años 2000 a 2006, ambos inclusive, tanto en hombres como en mujeres inmigrantes las enfermedades profesionales notificadas se han clasificado mayoritariamente en el *Grupo E* que incluye las EE.PP. producidas por agentes físicos. Este *Grupo E* incluye, entre otros, el *Subgrupo E6b*, de enfermedades profesionales debidas a fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas. En este *Subgrupo E6b* se han encuadrado la mayoría de las EE.PP. notificadas tanto en trabajadores inmigrantes como en autóctonos.

Para la clasificación de los diagnósticos se ha seguido la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE.9. MC ⁹.

El diagnóstico más frecuente en ambos colectivos y tanto en hombres como en mujeres ha sido la tendinitis de muñeca y/o mano (código CIE. 9 727.05).

Durante el período 2000-2003, tanto en hombres como en mujeres inmigrantes, el diagnóstico clínico más frecuente ha sido la tendinitis

de muñeca y/o mano (código CIE. 9 727.05), aunque con un porcentaje de presentación bastante distinto según sexo: mientras que en los hombres representaba el 26,47% del total, en las mujeres, representaba más de la mitad de los diagnósticos (52%). La incidencia de la tendinitis de muñeca y/o mano para el período, ha sido de 210,3 por cada cien mil trabajadores autóctonos, y de 159,8 por cada cien mil trabajadores inmigrantes.

Especialmente llama la atención, que el segundo diagnóstico más frecuente en los hombres durante este período, haya sido el de "brucelosis" (código CIE.9 023.9), representando el 12,75% de los diagnósticos. Esto puede deberse a que en este período un porcentaje importante de las plantillas de los mataderos estén ocupadas por hombres inmigrantes, en especial de origen marroquí. El índice de incidencia global del período, para la brucelosis, ha sido de 33,5 casos por cada cien mil trabajadores afiliados, frente a un índice de incidencia global de 5,7 en trabajadores autóctonos. Con este estudio, no puede precisarse, si las brucelosis declaradas en hombres inmigrantes, han sido diagnosticadas por primera vez en la región, o si algunos de los casos, han sido recaídas de procesos anteriores contraídos en su país de origen. Se observó que el 78,12% de las brucelosis notificadas se habían declarado en una única empresa dedicada al sacrificio de ganado, por tanto, la incidencia de la brucelosis de origen ocupacional en la región durante el período 2000-2003, no ha sido un hecho generalizado en toda la Región de Murcia, sino que más bien la enfermedad se ha localizado prácticamente, en una sola empresa.

8 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1995/1978 por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE núm 203, 25/8/1978.

9 Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE.9.MC. Actualización 4ª Edición 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con el Boletín Oficial del Estado.

En el colectivo de mujeres inmigrantes, el segundo diagnóstico más frecuente, han sido las dermatitis profesionales, incluyendo en este epígrafe la dermatitis alérgica a plantas (código CIE.9 NCOC 692.6), y las dermatitis ocupacionales no filiadas (código CIE.9 692.5).

El tercer y cuarto lugar de los diagnósticos en hombres inmigrantes es debido a tendinitis de codo y/o rodilla (10,78%) y a tenosinovitis de la estiloides radial (7,84%), mientras que en las mujeres inmigrantes el tercer diagnóstico más frecuente vuelve a estar ocupado, entre otros, por dermatitis ocupacionales, en este caso no filiadas.

En el Gráfico 2 se representan los diagnósticos de EE.PP. en hombres y mujeres inmigrantes durante el período 2000-2003.

En el período 2004-2006, el diagnóstico más frecuentes en hombres inmigrantes también ha sido la tendinitis de muñeca y/o mano (código CIE.9 727.05) que .ha representando el 40,15%, seguido de la tendinitis de hombro (código CIE.9 726.0) con el 11,36%.

El tercer diagnóstico más frecuente han sido las dermatitis de contacto ocupacional (código

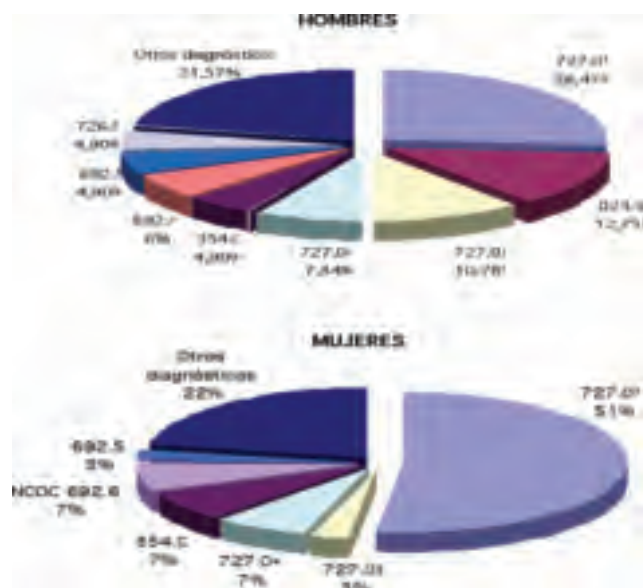
CIE.9 692.5), 7,57%. De estas dermatitis, el 50% han sido diagnosticadas como dermatitis de contacto con cemento y/o caucho. El cuarto diagnóstico más frecuente se ha debido a dos patologías distintas, por un lado la epicondilitis lateral de codo (código CIE.9 726.32), y por otro la tendinitis de codo/rodilla (código CIE.9 727.09), respectivamente cada uno de estos diagnósticos ha representado el 6,81%.

Los diagnósticos más frecuentes en las mujeres inmigrantes también han sido las tendinitis. La tendinitis de muñeca y/o mano (código CIE.9 727.05) ha representando un porcentaje mayor que en los hombres con el 53,09%, seguido de la tendinitis de hombro (código CIE.9 726.0) con el 10,61%, porcentaje similar al de los hombres. En el caso de las mujeres, el tercer diagnóstico más frecuente ha sido el síndrome del túnel del carpo (código CIE.9 354.0), que ha supuesto el 7,07%.

En el Gráfico 3 se representan los diagnósticos de EE.PP. en hombres y mujeres inmigrantes durante el período 2004-2006.

Según el carácter del diagnóstico, se ha constatado que en el período 2000-2003,

GRÁFICO 2. DIAGNÓSTICOS EN INMIGRANTES 2000-03.



CÓDIGO CIE 9 MC	DIAGNÓSTICO
023.9	Brucelosis
354.0	Síndrome túnel carpiano
692.4	Dermatitis contacto cemento y caucho
692.5	Dermatitis contacto ocupacional
NCOC 692.6	Dermatitis alérgica plantas
726.0	Tendinitis y tenosinovitis hombro
727.04	Tenosinovitis estiloides radial
727.05	Tendinitis muñeca/mano
727.09	Tendinitis codo/rodilla

ENFERMEDADES PROFESIONALES DECLARADAS Y RECONOCIDAS EN 12 PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA ENTRE 1990 Y 2000

Países	NUEVOS CASOS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DECLARADOS POR 100.000 TRABAJADORES			NUEVOS CASOS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES RECONOCIDOS POR 100.000 TRABAJADORES. (PORCENTAJE DE CASOS ACEPTADOS)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Alemania	192	235	211	35 (18,3%)	66 (27,9%)	49 (23,1%)
Austria	151	133	103	78 (51,8%)	52 (39,3%)	42 (41,7%)
Bélgica	431	336	277	186 (43,2%)	204 (60,9%)	112 (40,5%)
Dinamarca	549	669	545	90 (16,4%)	131 (19,6%)	124 (22,8%)
Finlandia	320	331	238	160 (50%)	110 (33,1%)	64 (27%)
Francia	63	103	237	44 (70%)	76 (73,8%)	177 (75%)
Grecia	-	5,3	4,5	-	4,7 (90%)	3,5 (78,1%)
Irlanda	4,4	6,4	7,5	2,3 (52%)	5,5 (87%)	3,3 (44%)
Italia	354	211	160	93 (26,2%)	39 (18,5%)	33 (20%)
Luxemburgo	113	49	82	8 (6,7%)	15 (30,9%)	14 (16,9%)
Portugal	-	57	55	-	42 (73,1%)	27 (48,9%)
Suecia	1.524	642	309	1242 (81,5%)	258 (41,3%)	138 (45%)

Fuente: Eurogip, 2002.

En los Estados de la Unión Europea que cubre este estudio, se va desde un mínimo de menos de cuatro enfermedades reconocidas por 100.000 trabajadores en Grecia, a un máximo de 177 reconocidas en Francia.

Estos datos requieren algunos comentarios.

1. Las disparidades que se observan sólo obedecen a datos globales: el número de enfer-

medades profesionales declaradas y reconocidas con respecto a la población cubierta. Merecería la pena mencionar otras disparidades para demostrar hasta qué punto los sistemas nacionales puestos en marcha contribuyen a ocultar las verdaderas dimensiones de los problemas de salud en el trabajo²⁶.

²⁶ En varios países, se observan disparidades regionales que sólo se explican por las diferencias en la estructura del sistema productivo. Así, en Italia, un 80% del conjunto de los trastornos músculo-esqueléticos se declaran en Emillie-Romagne. En Francia, la tasa de reconocimiento de enfermedades profesionales varía considerablemente de una región a otra, así como en España.

2. La discriminación entre hombres y mujeres es una de las principales características en el conjunto de los sistemas. Se observan las siguientes tendencias²⁷.

- el porcentaje de declaración de enfermedades profesionales es a menudo inferior para las mujeres;
- el porcentaje de rechazo de enfermedades profesionales declarado por mujeres es a menudo superior al porcentaje de rechazo por los hombres;
- en todo caso, el porcentaje neto de reconocimiento (obtenido por los dos factores citados) es siempre inferior para las mujeres;
- las mujeres dependen aún más que los hombres del buen funcionamiento de un sistema de reconocimiento mixto para obtener el reconocimiento de sus enfermedades profesionales en países donde éste no existe.

Se pueden emitir varias hipótesis para explicar esta situación. La segregación sexual ha concentrado a los hombres en sectores en los que siempre se han observado y estudiado las enfermedades provocadas por el trabajo. La movilización social se ha hecho principalmente en organizaciones sindicales en las que los hombres están mejor representados que las mujeres. En consecuencia, las enfermedades de las listas tienden a afectar a una mayoría de hombres. Cuando las condiciones limitativas afectan a sectores y actividades, se observa que conciernen más a menudo a sectores con una fuerte presencia masculina (por ejemplo las lumbalgias pueden ser reconocidas en la construcción y no para las puericultoras). El carácter a menudo menos continuo de la carrera de las mujeres constituye un obstáculo al

reconocimiento de una enfermedad profesional. Una gran parte de las enfermedades se perderá en la morbilidad general (en caso de paro, de interrupción prolongada de carrera, de abandono definitivo del mercado de empleo, etc). En general, las enfermedades relacionadas con la organización del trabajo (intensidad, ausencia de autonomía,...) están consideradas como enfermedades menos específicas que las provocadas por agentes materiales físicos o químicos. Las dificultades encontradas para el reconocimiento de trastornos músculo-esqueléticos ilustran este fenómeno cuya dimensión de género es importante (ver Kome, 1998).

3. Las disparidades afectan a los datos globales pero también a las patologías²⁸. En la mayoría de los países, se constata que un reducido número de patologías concentra la mayoría de las declaraciones y de los reconocimientos. Parece que cada sistema nacional es manifiestamente sensible a patologías determinadas sin que sin embargo haya necesariamente diferencias objetivas en la organización de la producción.
4. En la mayoría de los países, la puesta en marcha de un sistema mixto no ha producido los resultados esperados. Las condiciones que se proponen para el reconocimiento son generalmente demasiado restrictivas, la actitud de los organismos de seguros (ya sean privados o dependan de la seguridad social) es particularmente negativa, los procedimientos administrativos son a menudo largos y complejos. En conjunto, el sistema mixto ha funcionado más como coartada para permitir el mantenimiento de cuadros sin aportar mejoras sustanciales.

²⁷ Para un desarrollo más amplio, ver Vogel (2003).

²⁸ Karjalainen y Virtanen, 1999.

5. Parece que los sistemas de declaración y reconocimiento funcionan en el conjunto de los países examinados como sistemas de ocultación de enfermedades causadas por el trabajo. Esta apreciación la corrobora el conjunto de investigaciones que toman como punto de partida los datos sanitarios, ya sean percibidos por los trabajadores, o registrados por los médicos o extraídos de registros de enfermedades y de muertes. El Health and Safety Executive del Reino Unido no busca medir el impacto de las enfermedades causadas por el trabajo a partir de datos del sistema de indemnización, sino a partir de sistemas de señalización puestos en marcha en base a una colaboración voluntaria entre por una parte médicos generalistas y por otra parte encuestas sobre la percepción del estado de la salud llevadas a cabo entre los trabajadores²⁹. Según los datos de estas encuestas, en 2004/05, aproximadamente 2 millones de personas padecían una enfermedad que atribuían al trabajo. 22.000 nuevos casos eran señalados por médicos especialistas que colaboraban en el sistema de vigilancia de enfermedades profesionales. Pero sólo 6.500 trabajadores se habían beneficiado de una indemnización económica en el marco de la seguridad social. Los trastornos músculo-esqueléticos constituyen el principal daño para la salud constatado (más de un millón de casos) seguidos de los trastornos psíquicos (estrés, ansiedad y patologías asociadas al estrés para más de 500.000 personas).

Estos datos son comparables a otras encuestas llevadas a cabo en otros países europeos.

La cuarta encuesta sobre condiciones de trabajo llevada a cabo por la Fundación de Dublín en 2005 indica que un poco más de un tercio de los trabajadores de la Unión Europea confiesan que el trabajo afecta a su salud. Un 25% se queja de dolores dorsales provocados por el trabajo y más del 22% de un estado de fatiga general³⁰.

Se podrían incluir algunas mejoras inmediatas en el marco de los sistemas existentes. Tendrían que basarse en cuatro puntos principalmente.

- En los marcos que existen, habría que suprimir las condiciones complementarias de reconocimiento que ponen indirectamente en tela de juicio el principio de presunción de causalidad. En la mayoría de los casos no se justifican las limitaciones a actividades o a profesiones³¹. Tampoco, en la mayoría de los casos, los aplazamientos de la toma en cuenta de los plazos de exposición.
- La revisión de los cuadros y el reconocimiento de nuevas enfermedades deberían acelerarse en función de datos epidemiológicos.
- Se deberían de combatir las prácticas administrativas dilatorias o desleales de los organismos encargados del reconocimiento. Se justificaría un control sindical en el funcionamiento de estos órganos puesto que se reconoce que los fondos dedicados a la indemnización de enfermedades profesionales son, en casi todos los países de Europa, una forma de salario socializado.
- Es una prioridad, en toda Europa, la reforma de los procedimientos relacionados con un sistema mixto si se tiene en cuenta la debilidad del mismo. En particular, habría

29 Jones, Huxtable, Hodgson, 2006.

30 A. Parent Thirion y al. 2007.

31 Por ejemplo en Bélgica, ¿Por qué el reconocimiento de peritendinitis tendría que limitarse a los artistas del espectáculo?

que suprimir la exigencia de tener que aportar la prueba de una causalidad individual cuando los datos epidemiológicos demuestran que ciertas actividades profesionales implican un riesgo mayor para ciertas enfermedades.

B. DEL ENFOQUE INDIVIDUAL AL ENFOQUE COLECTIVO: EL PAPEL DECISIVO DE LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

Una mejora en la visibilidad de los daños a la salud no implica automáticamente un avance en la prevención. Probablemente no es más que una de sus condiciones.

La postura decisiva nos parece la siguiente: mientras la prioridad se basaba en la indemnización, las prácticas de prevención seguían estando centradas en el individuo. Se trataba de protegerle, a través de diferentes formas, de una degradación posterior de su estado de salud. Aunque ese tipo de prevención es indispensable, también tiene un alcance limitado. No evita la repetición de los mismos daños a la salud para otros individuos. La detección más precoz posible de todo daño a la salud tendría que cumplir otra función: la de contribuir a la evaluación de riesgos para transformar las condiciones mismas de la producción. Para alcanzar este objetivo se tienen que operar dos transformaciones.

- La vigilancia de la salud no se puede limitar a una vigilancia médica. Tiene que extenderse a una vigilancia de los riesgos y de las exposiciones. En efecto, en la lucha contra los cánceres profesionales, o de manera general contra las patologías para las que existen largos periodos de latencia, la vigilancia de las exposiciones tiene una importancia crucial.
- La segunda transformación se relaciona con la toma en cuenta de la percepción de

los trabajadores. Para cierto número de daños a la salud, los métodos tradicionales de vigilancia médica son insuficientes. Sólo identifican los daños a la salud cuando éstos son relativamente graves o incluso irreversibles. En muchos campos (salud mental, efectos de sustancias neurotóxicas, trastornos músculo-esqueléticos, etc.), la percepción subjetiva permite identificar antes y de manera más completa los daños a la salud.

Hasta el momento, las prácticas de vigilancia de la salud siguen estando bastante alejadas de esta evaluación y de la planificación de actividades preventivas. En numerosos países europeos, a pesar de las reformas introducidas a partir de la transposición de la directiva-marco de 1989, la vigilancia de la salud no siempre se integra en el conjunto de actividades de un sistema multidisciplinario de prevención. Algunos países han mantenido un sistema dualista (Alemania, Italia en gran medida puesto que el “médico competente” de la legislación italiana no siempre pertenece a un servicio de prevención). Otros países han dejado reinar una indefinición tal que el patrono podrá determinar de forma discrecional quiénes componen los servicios de prevención (Reino Unido e Irlanda para el conjunto de personal de prevención, Francia para el personal de prevención que no forma parte de los servicios de salud laboral). Por último, en cierto número de países, el lugar que ocupan los sistemas de seguridad privada en la constitución de servicios de prevención puede suscitar algunas inquietudes con respecto a la coherencia de su misión preventiva (España y Países Bajos principalmente). Es cierto que la multidisciplinariedad no garantiza de forma automática el que la experiencia que supone la vigilancia de la salud se integre de forma eficaz en una política de prevención. Es necesario también que esta exigencia se base en

una demanda social cuyo factor determinante se halla en las estrategias de defensa de la salud de los trabajadores.

C. SOBREPASAR LOS LÍMITES DE LA EMPRESA

La integración de la vigilancia de la salud en la evaluación de riesgos no debería tomarse como el único marco de políticas de prevención puestas en marcha en la empresa por la obligación de seguridad de los patronos. Hay diferentes razones para considerar que una prevención dividida, empresa por empresa, nunca permitirá prevenir eficazmente el conjunto de enfermedades provocadas por el trabajo.

- La precariedad del empleo lleva a que una cantidad creciente de trabajadores no permanezcan mucho tiempo en la misma empresa;
- El conocimiento de los riesgos implica que se pueda trabajar a partir de datos globales. Sería absurdo querer realizar estudios epidemiológicos serios en una PME;
- El reconocimiento de la salud laboral como prioridad para las autoridades públicas implica también cierto nivel de socialización de las prácticas.

Se puede constatar que, en cierto número de países, los avances realizados en el reconocimiento de enfermedades profesionales están directamente relacionados con iniciativas que aspiran a su socialización y a su consideración como problema de salud pública.

Por ejemplo, el porcentaje de declaración de enfermedades profesionales es seis veces más elevado en Navarra que en el resto de España³². Cubriendo un 1,53% de la población, Navarra declaraba el 9,6% de las enfermedades profesionales en 1999 mientras que en 1988 se situaba ligeramente por debajo de

la media nacional (con 2,6 enfermedades profesionales declaradas). La explicación de tal fenómeno se debe a la puesta en marcha de una política de salud pública más atenta a las condiciones de trabajo.

Italia es el único país en el que la magistratura desempeña un papel activo en la búsqueda del origen profesional de las enfermedades. A menudo en colaboración con organizaciones sindicales y asociaciones de víctimas, cierto número de magistrados se especializaron en asuntos de salud laboral. Así, en Turín, se creó en 1993 un Observatorio de cánceres profesionales basado en un acuerdo entre el Procurador de la República y las autoridades sanitarias. Empezó investigaciones epidemiológicas basándose en más de 100 casos que le fueron señalados por los hospitales del sistema nacional de salud y que se relacionaban con los cánceres de la aglomeración turinesa. Basándose en un estudio de las correlaciones entre estos cánceres y las actividades profesionales de las víctimas, se iniciaron diligencias contra cierto número de empresas (particularmente contra Michelin por quince antiguos obreros de esta empresa muertos o enfermos de cáncer de vejiga, contra ferroviarias o compañías de electricidad por los cánceres causados por el amianto, etc.). En otra región, en Foggia, fueron los dirigentes de la empresa petroquímica Enichem de Mafredonia los que fueron demandados por la muerte de dieciséis obreros basándose en una encuesta epidemiológica llevada a cabo por la magistratura local. El origen de las muertes estaría relacionado a una exposición a sales de arsénico en los años setenta. El informe de dos epidemiólogos del Instituto superior de la salud, constituye una de las piezas centrales del informe de la acusación. En Véneto, la

32 Artieda (2000).

magistratura inició diligencias contra los dirigentes de Enichem y del grupo Montedison en diciembre de 1996. El punto de partida del expediente judicial lo constituían los datos estadísticos relativos al número elevado de trabajadores fallecidos por cáncer en el polo petroquímico de Porto Marghera. La magistratura examinó las condiciones de trabajo entre 1970 y 1995 y sacó a la luz una organización de la producción incompatible con la salud y el entorno que justificaba la inculpación por masacre (“strage”) y homicidio de un número indeterminado de personas. Estas diligencias desembocaron en la condena de una serie de dirigentes de las principales industrias petroquímicas italianas en diciembre de 2004 por el Tribunal de Apelación de Véneto. Se trata de un ejemplo rarísimo en el que las autoridades judiciales establecieron cómo las exposiciones a sustancias cancerígenas habían provocado la muerte de 150 trabajadores en uno de los principales centros de la industria química italiana³³. Estos datos disponibles muestran que esta situación no era nada excepcional en la producción de PVC. Lo que fue excepcional fueron las condenas penales!

SECCIÓN V. LA NECESIDAD DE LA SUPERACIÓN DEL CONCEPTO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES PARA LA SALUD LABORAL

En la sección precedente, hemos tratado un conjunto de reformas posibles en el marco de los sistemas de reconocimiento de las enfermedades profesionales. Éstas permitirían a la vez reforzar las políticas de prevención y

mejorar la indemnización a las víctimas. Nosotros no pensamos que tales reformas respondan al conjunto de problemas relacionados con la prevención de enfermedades causadas por el trabajo. Lo que querríamos tratar brevemente son algunos aspectos en los que nos parece importante superar el marco conceptual de enfermedades profesionales tal y como se ha desarrollado desde hace cerca de un siglo.

A. MULTICAUSALIDAD Y DAÑOS NO ESPECÍFICOS

El concepto de enfermedad profesional se basa en una representación lineal que relaciona causa y efecto. La exposición a un factor determinado provoca una patología. Es cierto que este modelo de base se puede enriquecer: se puede admitir fácilmente que un mismo factor pueda provocar diferentes patologías. Así podremos encontrar cuadros relativos a afecciones del amianto que incluyen generalmente diferentes cánceres (de los que uno —el mesotelioma— es muy específico de la exposición al amianto y otros se atribuyen a diferentes agentes) y enfermedades pulmonares. Dicho esto, en la práctica vemos que incluso en cánceres de pulmón atribuibles a una exposición al amianto, el nivel de reconocimiento que podemos constatar es siempre inferior a los datos epidemiológicos que sugieren. Conviene tratar los problemas de las enfermedades causadas por el trabajo desde otro “enfoque”: el de las desigualdades sociales ante la salud³⁴. Constatamos fácilmente que cualquiera que sea el parámetro retenido (esperanza de vida, morbosidad general, enfermedades o grupos de enfermedades específicas, percepción

³³ Casson, 2007.

³⁴ Ver Marmot y Wilkinson, 1999.

del estado de salud, indicadores de minusvalía, indicadores de salud mental, etc.), existe una correlación, a menudo muy fuerte, entre grupos profesionales y frecuencia de los daños a la salud. Un mejor conocimiento y reconocimiento de enfermedades profesionales puede aportar ciertos elementos de explicación y determinar políticas de prevención, pero seguirá siendo insuficiente para explicar el conjunto de daños a la salud y la interacción regular que podemos observar entre el lugar ocupado en la escala social y el estado de salud. Es cierto que las condiciones de trabajo no constituyen el único determinante en la construcción social de los daños a la salud. Otros factores desempeñan un papel muy importante: nivel de educación, ingresos, condiciones de alojamiento, estatus familiar, etc. Pero dichos factores no actúan de manera totalmente independiente con respecto al trabajo. Hay un número importante de patologías no específicamente relacionadas con una exposición profesional determinada que no por ello están menos relacionadas con determinadas condiciones de trabajo. Para entender esta relación, hay que aceptar una representación más compleja donde en un polo tenemos factores múltiples y en otro patologías constatadas pero más diversificadas. Así, si el plomo provoca saturnismo, la intensidad del trabajo no se reduce a un factor que se pueda describir fácilmente (más allá de los elementos que se pueden cuantificar con respecto al ritmo, las cadencias o la carga física, habrá que tener en cuenta numerosos elementos como el grado de control sobre las tareas, el tiempo disponible para gestionar tareas imprevistas, etc.) y desemboca en daños múltiples e individuales a la salud³⁵.

Aquí llegamos a un límite intrínseco en el concepto de enfermedad profesional. Más allá de la ampliación de este concepto, nos parece importante subrayar que la prevención debe basarse en la necesidad de proteger a los trabajadores contra todo daño a la salud relacionado con las condiciones de trabajo. Si el personal estresado de una compañía de seguros es más susceptible de coger una gripe en invierno, se trata de un problema de salud laboral cuya solución no dará un debate de carácter profesional sobre las gripes sino más bien la toma en cuenta de lo que el colectivo de trabajo logre elaborar como percepción de sus condiciones de trabajo, por la posibilidad que se les dé de forzar al patrono a adoptar condiciones de trabajo que sean compatibles con su salud.

B. LA IMPORTANCIA DE UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA

Si el objetivo es reducir las desigualdades sociales en el campo de la salud, nos parece que un enfoque que integre las exigencias de la salud pública será más eficaz para marcar nuevos límites al poder patronal en la organización de la producción. Tal enfoque implica que los servicios de prevención se integren en un sistema público de salud más allá de las diferentes formas de organización que puedan imaginarse. Un reciente estudio italiano puso en evidencia la agravación de las desigualdades sociales de salud en Turín³⁶. Estos datos comparables pueden encontrarse en otros países europeos³⁷. Desde este punto de vista, la precariedad en el trabajo interviene entonces como un factor importante que debería de ser tenido

35 Borg y Kristensen, 2000 constituye un ejemplo de este enfoque.

36 Costa, Cardano, Demaria, 1998.

37 INSERM, 2000.

en cuenta por las políticas de salud pública³⁸. Como en otros campos (medio ambiente, seguridad alimenticia), hay un desfase considerable entre la emergencia de conocimientos (incluso parciales e insuficientes) y unas condiciones políticas desfavorables a un refuerzo de formas de control social sobre la producción.

No obstante, la evolución del trabajo actualiza el debate sobre la integración de la salud pública en salud laboral. Sin disimular el alcance de las enfermedades específicas cuyas causas pueden identificarse con precisión en las condiciones de trabajo, el importante aumento de enfermedades menos específicas es una realidad innegable. Entre los factores que contribuyen a esta evolución se pueden mencionar:

- el desplazamiento de ciertas actividades que implican riesgos particularmente altos hacia países de Asia, África y América Latina o hacia “bolsas” de trabajo altamente precario y a veces clandestino en los países dominantes. Así, el desplazamiento de las principales industrias que utilizan amianto hacia países de Asia, África y América Latina crea una verdadera bomba con efectos retardados para la salud de la población afectada;
- los avances innegables realizados en higiene. Incluso si siguen estando muy por deba-

jo de lo que permitirían los conocimientos técnicos, han reducido la gravedad de cierto número de “riesgos tradicionales”;

- el papel importante desempeñado por la intensificación del trabajo y por el conjunto de cuestiones relacionadas con el trabajo. La intensificación del trabajo se traduce a la vez por el desarrollo rápido de patologías relativamente específicas, como los trastornos músculo-esqueléticos, y un malestar más vago cuyas manifestaciones en términos de perjuicios a la salud pueden ser diversificadas y diferidas en el tiempo.

Un enfoque de salud pública en salud laboral implica, simultáneamente, transformaciones políticas y jurídicas y una ampliación de los campos cubiertos por las acciones preventivas. Plantea el problema de un control social de las condiciones de producción cuyo criterio es la compatibilidad de éstas con la salud humana y con el medio ambiente. Introduce, mucho más de lo que lo había hecho hasta ahora, la noción de duración en la evaluación de las condiciones de trabajo: éstas no tienen que ser consideradas únicamente bajo el ángulo de sus efectos inmediatos, sino bajo el punto de vista de la posibilidad de perseguir una actividad profesional en condiciones que permitan una duración normal de la vida laboral sin que eso dañe la salud.

³⁸ HCSP, 1998.

BIBLIOGRAFÍA

- L. Artieda, *La vigilancia de la salud desde un registro poblacional de enfermedades profesionales*, Rapport présenté aux “Jornadas sobre vigilancia de la salud”, Madrid; ISTAS, 2000.
- Joan Benach C. Muntaner F. G. Benavides M. Amable P. Jódar, Vers de nouvelles stratégies de prévention, *Newsletter du BTS*, n°15-16, février 2001, pp. 31-41.
- F. Benavides, J. Benach J., *Precarious employment and health-related outcomes in the European Union*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1999.
- A. Bilbao, *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*, Madrid: Siglo XXI, 1997.
- V. Borg, T. Kristensen, Social class and self-rated health: can the gradient be explained by life style or work environment, *Social Science and Medicine*, vol 51 (2000), pp. 1019-1030.
- F. Casson, *La fabbrica dei veleni*, Sperling & Kupfer, 2007.
- C. Clark, *Radium Girls. Women and Industrial Health Reform, 1910-1935*, Chapel Hill-London: The University of North Carolina Press, 1997.
- G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, *Torino. Storie di salute in una grande città*, Turin: Città di Torino. Ufficio di statistica, 1998.
- A. Cottureau, La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail?, *Sociologie du Travail*, 1978, n° 2, pp. 192-224.
- A. E. Dembe, *Occupation and Disease. How social factors affect the conception of work-related disorders*, New Haven-London: Yale University Press, 1996.
- T. Dwyer, *Life and Seath at Work. Industrial Accidents as a Case of Socially Produced Error*, New York; Plenum Press, 1991.
- T. Dwyer, The Industrial Safety Professionals. A comparative analysis from World War I until the 1980's, *Industrial Journal of Health Services*, vol. 22, n° 4, pp. 705-727 (1992).
- Eurogip, *Study on Occupational Diseases in Europe. Figures and Trends*, Paris: Eurogip, 1999.
- J. Fox, D. Gee, D. Jones, D. Leon, *Cancer and Work. Making sense of worker's experience*, Londres: City University Statistical Laboratory et General and Municipal Workers Union, 1982.
- A. Grieco, P. A. Bertazzi (ed.), *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Milan: Franco Angeli, 1997.
- S. Geurts, M. Kompier, R. Gründemann, Curing the Dutch disease ? Sickness absence and work disability in the Netherlands, *International Social Security Review*, vol. 53 (2000), 79-103.
- HCSP (Haut Comité de la Santé Publique), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes, éditions ENSP, 1998.
- HSE (Health and Safety Executive), *The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995-96*, s.l.: HSE books, 1999.
- IHOES (Institut d'histoire ouvrière économique et sociale), *Siamo tutti neri ! Des hommes contre du charbon. Etudes et témoignages sur l'immigration italienne en Wallonie*, Seraing: IHOES, 1992.
- Inserm, *Les Inégalités sociales de santé*, Paris: Editions La Découverte, 2000
- J. Jones, C. Huxtable, J. Hodgson, *Self-reported work-related illness in 2004/05: Results from the Labour Force Survey*, HSE books, 2006.
- A. Karjalainen, S. Virtanen, *European Statistics on Occupational Diseases. Evaluation of the 1995 Pilot Data*, Luxembourg: Eurostat, 1999.
- P. Kome, *Wounded Workers. The Politics of Musculoskeletal Injuries*, Toronto: University of Toronto Press, 1998.
- G. Leocata, *Il medico competente. Ruolo, valutazione dei rischi, misure di controllo, malattie professionali, informazione e formazione dei lavoratori*, Milan: Il Sole 24 Ore Pirola, 1997.
- S. Marklund (ed.), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Stockholm: Swedish Work Environment Authority - Arbetslivsinstitutet, 2001.
- M. Marmot, R. Wilkinson R (ed.), *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press, 1999.
- K. Messing, B. Neis, L. Dumais, *Invisible. La santé des travailleuses*, Ed. Gynergy Books, Charlottertown, 1995.
- K. Messing, *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?*, Montréal-Toulouse: Ed. du remue-ménage-Octares, 1998.
- K. Messing (dir.), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles, BTS, 1999.
- E. Montanari, *L'usura del lavoro nell'economia di fine secolo. Inchiesta sulle condizioni delle lavoratrici e dei lavoratori bresciani*, Brescia: CGIL-Camera del Lavoro, 1999.
- V. Navarro, D. Berman, *Health and Work under Capitalism. An International Perspective*, Farmingdale: Baywood Publishing Cy, 1982.
- H. Norin, B. Bengtsson, *Occupational Accidents and Work-Related Diseases in Sweden*, Stockholm: Swedish Work Environment Authority, 2001.

(continúa)

BIBLIOGRAFÍA (continuación)

- T. Nichols, *The Sociology of Industrial Injury*, Londres: Mansell, 1997.
- NCB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten), *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2000*, Amsterdam: Coronel Instituut, 2000.
- S. Nossent *et alii*, *European Working Environment in Figures. Availability and quality of occupational health and safety data in sixteen European countries*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1996.
- I. Oddone, *La dispensa FLM del 1971 sull'ambiente di lavoro*, reproduite sur le site www.cgil.it/saluteesicurezza (2001).
- P. Paoli, *Second European Survey on Working Conditions*, Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1996.
- P. Paoli, D. Merllié, Dix ans de conditions de travail dans l'Union Européenne, *Newsletter du BTS*, n°15-16, février 2001, pp. 25-30.
- A. Parent-Thirion, E. Fernández Macías, J. Hurley, G. Vermeulen, *Fourth European Working Conditions Survey*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007.
- D. Rosner, G. Markovitz, *Deadly Dust. Silicosis and the politics of occupational disease in Twentieth-Century America*, Princeton, Princeton University Press, 1991.
- Syndicalisme et Société, dossier: "L'intensité du travail aujourd'hui", vol. 2, N°2-1999 et vol. 3, n° 1-2000.
- A. Thébaud-Mony, *La reconnaissance des maladies professionnelles. Acteurs et logiques sociales*, Paris: La Documentation française, 1991.
- A. Thébaud-Mony, Santé, travail, précarisation sociale et immigration, *Syndicalisme et société*, vol. 1, n°0, janvier 1998, pp.94-107.
- A. Thébaud-Mony, Travail flexible et santé, *Mouvements*, n° 2, février 1999, pp. 34-36.
- C. Valls-Lloret (préf.), *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias - Congreso internacional "Mujeres, Trabajo, Salud"*, Barcelona, 1996, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.
- L. Vogel, *L'organisation de la prévention sur les lieux de travail. Un premier bilan de la directive-cadre communautaire de 1989*, Bruxelles: Ed. BTS, 1994(a).
- L. Vogel, El descubrimiento del síndrome de Ardstyl: discurso médico y relaciones entre precarización y salud, *Sociología del Trabajo*, n° 23 (hiver 1994-b), pp. 111-127.
- L. Vogel, *La prévention sur les lieux de travail. L'impact des directives communautaires sur les systèmes de prévention en Suède, en Finlande, en Norvège, en Autriche et en Suisse*, Bruxelles: BTS, 1998.
- L. Vogel, *La santé des femmes au travail en Europe. Des inégalités non reconnues*, Bruxelles : BTS, 2003.
- L. Vogel, Lecture critique de la stratégie 2007-2012 de santé et sécurité au travail, *Newsletter HESA*, n° 33/2007, pp. 17-26.



Los bomberos sofocando un incendio.
1850-51. Paris Musée du Petit-Palais.