

Salud en el trabajo. Política de prioridades seleccionadas para la Comunidad Europea

Laurent Vogel

SALUD EN EL TRABAJO: UNA LLAVE PARA REDUCIR LA DESIGUALDAD SOCIAL EN LA SALUD

Desigualdades sociales relacionadas con la salud son todavía una evidencia y, a menudo, van a peor a lo largo de toda la Comunidad Europea. La esperanza de vida, la probabilidad de incapacidad, y la prevalencia de muchas enfermedades y trastornos difieren a nivel individual en las clases sociales. Las condiciones laborales son una de las principales causas de estos huecos en la salud. Precarias condiciones de trabajo son un hecho en reducir la expectativa de vida, además de causar accidentes mortales o enfermedades o, indirectamente, contribuyendo a un empeoramiento general de la salud. El estrés relacionado con el trabajo, por ejemplo, está asociado con una clasificación de enfermedades

y desórdenes no menores que las de una enfermedad coronaria.

La Unión Europea es un mercado único. Asegura el libre movimiento de capitales, servicios, trabajadores y bienes. Esto significa el desarrollo legal de la estructura de la sociedad para armonizar las leyes nacionales. Un objetivo principal de dicha armonización es prevenir incontroladas competencias explotadoras con el coste de empeorar las condiciones laborales y, además, la salud y seguridad de los trabajadores. Desde que se estableció, y especialmente, desde la reunión europea de 1986, la Unión Europea ha estructurado un gran cuerpo sobre salud laboral. Junto con las disposiciones de igualdad, es el más alto desarrollo de la política social de la Comunidad.

Pero este cuerpo legislativo no ha sido todavía suficiente para rendir mejoras significativas en las condiciones laborales. Ha sido un hecho real de progreso en los países de la Comunidad,

DATOS SOBRE LA SALUD EN CONDICIONES LABORALES

Las condiciones laborales pueden analizarse con criterios diferentes, como ha sido mostrado por la encuesta de la Fundación de Dublín en condiciones de trabajo en el 2000. En términos de percepciones inmediatas, el 27% de los trabajadores en la Europa de los Quince, consideró que su salud y seguridad estuvieron en peligro a causa de su trabajo. Desde una perspectiva de “mantenimiento del puesto de trabajo” la situación se vuelve más crítica todavía: el 42% de los trabajadores en la Europa de los Quince piensa que será incapaces o no está dispuestos a seguir realizando el mismo tipo de trabajo hasta los 60 años de edad. Los datos en los nuevos Estados miembros, tienden incluso a ser peor.

La encuesta de 1999 en la Unión Europea forzó a incluir un módulo en salud laboral. Reveló que de 100.000 encuestados, 5.372 tuvieron un problema causado o empeorado por sus condiciones laborales presentes o pasadas, no estando incluidos los accidentes de trabajo. Una consecuencia de esta situación son los 350 millones de días de trabajo perdidos al año.

pero existen todavía defectos y huecos. También el trabajo está cambiando. Algunos riesgos pasados por alto en el pasado están volviendo a la superficie como un castigo. Nuevos problemas están apareciendo o empeorando, mientras otros van desvaneciéndose en el pasado. Datos técnicos y científicos están mejorando. Las expectativas de los trabajadores están cambiando. Por esta razón, la legislación sobre

la salud en el trabajo es un trabajo en progreso. El gran surgimiento legislativo entre 1989 y 1992 se detuvo bruscamente y, en la actualidad, ha perdido posiciones.

Pero el movimiento comunitario es más que sólo ir redactando leyes. Debe estar complementado por una estrategia general, sostenida con una clasificación de funciones como en el seguimiento de la puesta en práctica y control de las situaciones, normalizando y reforzando las acciones hacia los Estados que no cumplen sus obligaciones, información, investigación, mantenimiento de la salud laboral a través de otras políticas comunitarias, etc.

Agrupando acciones entre las diferentes instituciones comunitarias y organismos especializados –como la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Bilbao, la Fundación de Dublín, el Comité tripartito de Luxemburgo, al mismo tiempo que los también especializados, pero no tan conocidos organismos como SLIC (Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo) y SCOEL (Comité Científico para la Exposición Límite Laboral)– son particularmente aquí la clave.

Hay todavía una gran cantidad de trabajo por hacer en cuanto a salud y seguridad en el trabajo. Este informe es una guía para algunas cuestiones prioritarias para la puesta en marcha comunitaria.

ALGUNOS FUNDAMENTOS

La legislación de la salud laboral puede ser vista como un asunto altamente técnico que

LECTURA ADICIONAL

- Nuevo informe TUBT (en preparación) sobre “¿Quién hace esto?”.
- Eurostat: Trabajo y salud en la Unión Europea - Un retrato estadístico - Incluye referencia web.
- Estudios Europeos sobre las condiciones de trabajo realizados por la Fundación de Dublín. Ver: <http://www.eurofound.ie/working/survey/index.htm>
- Contribución de las desigualdades de los factores psicosociales en la salud: destaca el trabajo de Ciencia Social y Medicina. Vol. 58 (2004).

sólo los especialistas pueden controlar completamente. Y todavía las bases de esta legislación están aún por hacer en cuanto a derechos sociales fundamentales.

Desde los inicios de la revolución industrial, la pregunta fue: “¿qué responsabilidades tienen las autoridades públicas si la acumulación de la salud de unos pocos daña seriamente la vida y la salud de la mayoría de la población?”

Las acciones de los movimientos sindicalistas analizaron el acercamiento de los economistas liberales “dejar hacer, libertad para todo”. Se hizo aparente que la mera y simple regulación de las empresas, actuando en sus propios intereses económicos, o por sentimientos de compasión o responsabilidad social, no era suficiente. El Gobierno tuvo que intervenir, y fijar condiciones y límites. Desde la primera mitad del siglo XIX se formularon reglas para prohibir el trabajo infantil, se crearon condiciones mínimas para asegurar la seguridad en las maquinarias, y una política higiénica en el trabajo.

Obviamente no es posible legislar todos los problemas existentes, pero es esencial el punto de partida. Sin perfilar reglas, habrá siempre enfrentamientos entre trabajadores motivados por el beneficio a cualquier precio –incluyendo la muerte de los trabajadores– y otros más orientados hacia la prevención.

El punto clave de la legislación es ponerlo en práctica. Por eso una estrategia de salud laboral debe estar regulada a nivel comunitario y en cada Estado miembro. La estrategia debe resolverse hábilmente, promover trabajos conjuntos entre las autoridades pertinentes, fijar políticas y sistemas. No puede llevarse a cabo sin consultar a los sindicatos, y debe estar evaluado regularmente para permitir que se hagan cambios a medida que afloran nuevos problemas o cuando se identifican fallos

La salud no puede ser impuesta desde el exterior. Se preserva individual y colectiva-

mente en el día a día. Esto es lo que hace crucial la existencia de interlocutores sindicalistas en la salud laboral. La existencia de una densa y activa red de los trabajadores representa la salud y seguridad como una llave para lograr una estrategia exitosa en la salud laboral.

¿HAY UNA ESTRATEGIA COMUNITARIA PARA EL PERIODO 2002-2006?

¿Hay una estrategia comunitaria para el periodo 2002-2006? Por un lado, la respuesta es “sí”. La Comisión presentó una nueva estrategia comunitaria de Salud y Seguridad



Extraído del libro DANGER.
Autor: Andersen, Peer. Viena (Austria). 1925-1937.
“Recógete el pelo”.

en marzo del 2002. Sin embargo, una lectura detallada de este documento deja sus dudas. La comunicación de la Comisión contiene análisis muy interesantes. Pero las propuestas prácticas son muy flojas, y no tienen un marco específico con fechas límite. A corto plazo, a finales del 2004, las medidas han sido menos de las esperadas.

Tomemos por ejemplo los trastornos músculo-esqueléticos. El informe de la Comisión le da una prioridad en cuanto salud y seguridad en el trabajo. Pero en vez de proponer medidas específicas, la Comisión redacta un Informe que busca entre las causas y propone enmiendas y provisiones legales en campos en los cuales la cobertura está todavía incompleta. En realidad, no se ha tomado todavía ninguna casi a finales del 2004.

El gran asunto del Informe de la Comisión trata de eludir esto: las Directrices son el instrumento principal de actuación sobre salud laboral en la Comunidad. Lo que fue aceptado por todos los Estados miembro de la UE cuando el Tratado constitutivo fue revisado en el Acta Unica Europea en 1986. Aunque se han realizado progresos hasta la fecha, han sido sólo en áreas donde las directrices comunitarias han fijado cotas que hay que cumplir. Por otra parte, allí donde no se han fijado cotas (Recomendaciones), el reconocimiento de enfermedades laborales por ejemplo, el fracaso es obvio. El entusiasmo de la Comisión por una "ley suave" (una mezcla de medidas no obligatorias) y sus planes no definidos para una nueva legislación conlleva serias preguntas sobre si realmente hay una estrategia sobre la salud en la Comunidad para el periodo actual. Las ini-

¿QUÉ PAPEL JUEGA EL PARLAMENTO EUROPEO?

El Parlamento Europeo es una mezcla de cuerpo legislativo conjunto que elabora leyes sobre la salud laboral. Las enmiendas que pasan pueden ayudar a generar legislaciones más coherentes y más efectivas.

Pero su papel no está solo limitado a hacer leyes.

Puede examinar asuntos de importancia bajo iniciativa propia, e identificar necesidades en las que el hecho o la acción en la Comunidad está justificada. En el pasado, el Parlamento Europeo ha sido receptivo para dar importancia a una cuestión concreta (como los desórdenes músculo-esqueléticos)

El Parlamento también juega el papel de evaluar la implantación de la legislación y los resultados en políticas comunitarias.

Cualquier MEP puede tabular preguntas escritas dirigidas a la Comisión y al Consejo acerca de temas relacionados con acciones comunitarias o la integración de las Leyes y prácticas nacionales con las de la UE

ciativas de la Comisión Prodi desde el 2002 han sido pocas y cuestionables. Algunos logros se han conseguido (sobre todo en la revisión de la directiva sobre carcinógenos) pero muchos otros temas están atascados (especialmente los desordenes músculo-esqueléticos), la revisión de las Directrices para las trabajadoras embarazadas todavía no se ha realizado, a pesar de las recomendaciones de los Sindicatos y del Parlamento Europeo y la promesa política dada en 1992. Sobre la jornada laboral, la Comisión Prodi giró bajo la presión de los empresarios y trató de eliminar los logros. También los debates actuales para el Registro,

LECTURA ADICIONAL

- Las propuestas sindicales en la nueva estrategia están en la publicación "Un nuevo ímpetu..."
- Referencia sobre el TUTB (European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety) en la página web//tutb.etuc.org
- Smismans S. ¿Hacia una nueva estrategia Comunitaria en Salud y Seguridad en el trabajo? Recogido en la web Institucional de Procedimientos, Diario Internacional sobre Comparativa de Leyes Laborales y Relaciones Industriales, Vol. 19/1, primavera 2003, pp. 55-84.

Evaluación y Autorización de Sustancias Químicas (REACH) y la revisión de las Directivas sobre máquinas muestran que la salud laboral no tiene realmente una política en la agenda comunitaria.

SISTEMAS DE PREVENCIÓN: PARA UNA ESTRATEGIA COHERENTE

Un fallo en las antiguas leyes de los primeros días de la revolución industrial y los años 60, fue que estuvieron enfocadas a respuestas específicas sobre riesgos concretos. La legislación se presentaba algún tiempo después del riesgo, y buscaba proveer soluciones técnicas para eliminar o reducir el mismo. Los inconvenientes fueron:

- era más reactivo que preventivo: la legislación surgía después que el riesgo emergiese.
- se desarrollaba demasiado lentamente, y no era apropiado para todas las situaciones en el trabajo.
- hacía caso omiso de numerosos riesgos en vez de paliarlos como opción preferible.
- se creía en el concepto falso que un conjunto de respuestas específicas técnicas era suficiente para asegurar la salud de los trabajadores.

En los años 60, empiezan a emerger nuevos planteamientos en salud laboral, enfocándolo en una estrategia completan interactuando en diferentes niveles:

- una estrategia preventiva nacional, con una unión continua entre salud laboral, salud pública y protección ambiental; estricta regulación en el mercado del trabajo, equipos y químicas, vigilando las alarmas precoces, la normativa y los sistemas de observancia forzosa.
- estrategias sectoriales y territoriales que acomoden las distintas características de un sector específico industrial o área geográfica;

- principales requerimientos de salud laboral en todas las áreas empresariales y elecciones estratégicas.
- participación activa de los trabajadores y organizaciones sindicales en elaborar e implementar políticas preventivas.

La legislación comunitaria principalmente dirigió los dos últimos niveles de acción. Sobre todo derogó leyes para asegurar que cada empresa adoptase una política preventiva coherente. No tuvo en consideración el papel sistemático de las autoridades públicas y tampoco las estrategias preventivas nacionales. No obstante, los recientes debates han aclarado que el único camino para aplicar las previsiones en el trabajo es a través de una estrategia preventiva nacional. En otras palabras, hay una conexión esencial entre la existencia de una estrategia total y la puesta en marcha de arreglos específicos.

Por ejemplo, los chequeos médicos realizados para el seguimiento de nuevos planteamientos de la salud tienen una efectividad limitada, al menos que se impulsen hacia una salud laboral a nivel nacional, investigaciones epidemiológicas y el desarrollo de medidas preventivas, las cuales, en muchos casos continúan más allá de las puertas de la fábrica.

A principios del 2004, la Comisión publicó su primer informe sobre la implantación de la Directiva marco de 1989 y cinco directivas individuales. Muestra que las estrategias preventivas están profundamente dañadas. En muchos casos, los Estados han llevado las Directivas a la Ley, pero no han tenido recursos para su implantación en la práctica.

ORGANIZACIÓN EN EL TRABAJO: UNA MEZCLA DE FACTORES IMPORTANTES

No son sólo las cosas tangibles como los equipos de trabajo y materiales químicos que cau-

san problemas de salud en el trabajo. Hechos intangibles –como horas de trabajo, mediciones, promociones, entrenamiento apropiado, información y otras formas disponibles de soporte para la realización de trabajos, cohesión entre los trabajadores, dignidad, etc–, también juegan un papel importante.

Tradicionalmente las políticas preventivas han pasado por alto muchos aspectos organizativos en el trabajo. Sólo el horario laboral ha estado regulado después de un siglo y medio.

Y todavía la organización en el trabajo es clave para mejorar la salud laboral.

Algunos de los aspectos que necesitan tenerse en cuenta se consideran a continuación.

HORARIO LABORAL: DURACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Hay grandes diferencias entre los países de la Unión Europea en cuanto a las horas de trabajo. En un país como el Reino Unido, la práctica muy extendida de exenciones individuales para el máximo de horas semanales, reglas vigentes fuerzan a millones de personas a trabajar demasiadas horas, lo que es perjudicial para su salud y seguridad. La encuesta de la Fundación de Dublín sobre las condiciones de trabajo demostró que, en la Europa de los Quince, el 14% de los trabajadores trabajaron más de 45 horas a la semana en el 2000, y aproximadamente uno de cada tres trabajadores tuvieron largas jornadas de trabajo (más de 10 horas al día).

Además, la duración de la jornada no es el único factor importante en relación con la salud. Como las horas de trabajo influyen en los

individuos otras actividades no laborales que deben también considerarse. Algunas horas de trabajo “no-standars” (trabajo nocturno, trabajos de fin de semana) pueden reducir la vida social, e interferir en un equilibrio trabajo-vida. Estas jornadas de trabajo son también incompatibles con los biorritmos de los seres humanos. El trabajo nocturno en particular está también implicado en los desórdenes de sueño y digestivos, enfermedades cardíacas, etc.

Un tercer factor importante es la regularidad y predictibilidad de la jornada de trabajo. Variaciones frecuentes en las jornadas, cambios de turno de largos a cortos, especialmente, cuando no se conocen los turnos con semanas y meses de antelación, son consecuencias de políticas flexibles que subordinan a la gente ante necesidades urgentes de producción.

La Directiva actual sobre la jornada laboral es menos amplia que lo que reclaman los trabajadores, pero las propuestas para reinstaurarla tratan de reducir las ganancias obtenidas. Tratan más bien de conseguir que las necesidades humanas sean un aditamento de las operaciones de negocios y podrían fijar un precedente muy peligroso forzando hacia abajo los estándares de protección de los trabajadores (al menos rompiendo la convención de la Organización Internacional del Trabajo).

Es por ello que la Directiva debería revisar los tests para el futuro de la política social de la Unión Europea.

RENDIMIENTO

El rendimiento es un factor importante en la salud de los trabajadores, presentando tam-

LECTURA ADICIONAL

- Boisard P y otros. Tiempo y trabajo: intensidad del trabajo, Fundación Dublín, 2002. Incluye una referencia Web.
- Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A. Organización y Salud en el trabajo en la Unión Europea, Fundación Dublín, 2002. Incluye una referencia Web.
- Vinculaciones especiales del TUBT Newsletter en MSD, trabajo organizativo y estrés.

bién un aspecto organizativo en el que la política de prevención es generalmente inefectiva. El rendimiento es un asunto muy complejo que involucra esfuerzos físicos e intelectuales, a la vez que psicológicos y emocionales. Está muy relacionado con el control individual sobre como se realiza el trabajo, formas de cooperación entre el individuo y sus compañeros, ayudas previstas a través de entrenamientos e información, la conveniencia de buenos equipos para la realización de trabajo, etc.

En general, ha habido en los últimos años, un rápido desarrollo en la intensificación del trabajo. Entre 1900 y 2000, el número de personas que trabajaban a gran ritmo ha aumentado del 48% al 56%, mientras que el número que trabajaban con plazos muy ajustados han pasado del 50% al 60% (datos de la Fundación Dublín). Esta intensificación tiene diversas consecuencias contra la salud:

- aumenta el estrés asociándolo con desórdenes psicológicos (fatiga general, insomnio, depresión, irritabilidad, etc).
- problemas psicosomáticos que incrementan muchos desórdenes físicos.
- un significado aumento en una clasificación de condiciones médicas denominadas conjuntamente como “trastornos músculo-esqueléticos”.
- La intensidad del trabajo es también un factor relacionado con los accidentes. el número trabajando a límites muy ajustados El “trabajo apresurado” no siempre deja espacio para hacer frente a circunstancias imprevistas.

El trabajo intensivo puede ser también un factor excluyente para personas de edad avanzada en particular. Para las mujeres que ya tienen dificultades en compaginar la vida laboral con las impagadas tareas domésticas, pueden excluirlas del trabajo remunerado, o apartarlas de una jornada partida.

Trabajo repetitivo y monótono tiende a incrementar los efectos perjudiciales en la intensificación del trabajo. La encuesta de la Fundación de Dublín, subraya los efectos nocivos de los trabajos repetitivos en la salud.

RIESGOS QUÍMICOS: CAUSA PRINCIPAL DE MORTALIDAD RELACIONADA CON LA SALUD LABORAL

Los riesgos químicos son hoy en día la causa principal de mortalidad en los países de la Unión Europea, y un gran causante de muertes, más que los accidentes de trabajo. Una reciente encuesta española (García A., Gadea R., 2004) mostró que las enfermedades relacionadas con el trabajo fueron la causa de 15.000 muertes en un año en España. La enfermedad principal fue el cáncer, y la causa principal los riesgos químicos. Otros estudios nacionales relacionados con el de la mortalidad en el trabajo tienen conclusiones similares (Nurminen y Karjalainen, 2001, Finlandia).

La exposición a sustancias químicas es el mayor causante de injusticias sociales en la salud. Un estudio británico relacionado con la mortalidad por cáncer en 1971 encontró que las exposiciones laborales eran responsables de un tercio de las diferencias sociales conjuntas en mortalidad relacionada con el cáncer (Logan, 1982). En general, todos los datos disponibles señalan una desigual distribución en la incidencia del cáncer por clases sociales. Dependiendo del tipo de cáncer, la exposición en el trabajo puede causar un papel decisivo (cáncer nasal, pulmonar, de hígado por ejemplo), o uno relativamente menor (cáncer de próstata).

En cuanto a las enfermedades corrientes, las exposiciones químicas en el trabajo son un factor significativo en las desigualdades de la



Extraído del libro DANGER.

Autor: J. E. F. Finlandia. 1925-1937.

"Pensaba que la corriente estaba desconectada. ¡No lo estaba! ¡Cierra el interruptor y así estarás seguro!".

incidencia en la salud en cuanto a enfermedades respiratorias, dérmicas y alérgicas.

Los indicadores disponibles muestran que un gran número de trabajadores están expuestos a riesgos químicos. La encuesta del verano de 1994 en Francia, por ejemplo, mostró que el 54% de los trabajadores manuales, el 27% de técnicos y profesionales asociados, el 21% de administrativos y sólo el 8% de directivos senior, estuvieron expuestos a sustancias químicas. El 15% de los trabajadores expuestos (cerca de 610.000 personas) estuvieron expuestos a más de cinco componentes químicos diferentes. Un millón de trabajadores en Francia estaban expuestos a componentes cancerígenos demostrados y más del 22% de ellos más de 20 horas semanales.

Hay tres importantes cabos en la legislación comunitaria en cuanto a riesgos químicos:

- reglamentación en los lugares de trabajo: establece los deberes de los empresarios hacia sus trabajadores;
- reglamentación en marketing: establece las obligaciones de manufacturación e importaciones de sustancias químicas, y las competencias de las autoridades nacionales;
- reglamentación en los riesgos de accidentes más importantes (directrices Seveso): impone las obligaciones de las empresas para los tratamientos ambientales planteados y la seguridad de la población que viven cerca de almacenamientos.

La legislación comunitaria en riesgos químicos en el lugar de trabajo se ha desarrollado en dos etapas:

Entre 1978 y 1988: se trató de desarrollar las exposiciones limitadas como base de un conjunto de obligaciones. La primera Directiva marco de 1980 es la clave. Se llevó a cabo un intento de proponer un conjunto de disposiciones obligatorias reflejadas en las propuestas para las Directivas del Benceno. En las conclusiones adoptadas en esta etapa, sólo la Directiva del Amianto (revisada varias veces) permanece en vigor. Sin embargo, la adopción de propuestas sobre exposiciones límite continua todavía en esta etapa, planeada desde 1988, aún después de la revisión de la Directiva marco de 1980.

Desde 1989: La adopción de una Directiva marco señaló un punto de arranque de este paso. Una serie de medidas específicas en la prevención de riesgos químicos fueron adoptados. Están relacionadas con:

- carcinógenos (primera Directriz adoptada en 1990 y revisada repetidamente);
- trabajadoras embarazadas (1992). Esta Directriz es altamente dudosa en cuanto a agentes químicos. Falla en cuanto a pronunciarse claramente entre la eliminación

de riesgos en origen o las medidas para manejar los riesgos en referencia a situaciones individuales. Aunque mejorada, en la práctica muestra lo infravalorados que están los riesgos reproductivos en relación a una política general de prevención.

Mientras tanto, la adopción de índices para los límites de exposición continuó adelante. El instrumento elegido fue una Directiva, pero como los límites de exposición son sólo indicativos, no es un instrumento obligatorio en la práctica. La definición y los límites de exposición mantienen todavía importantes contradicciones entre los diferentes países de la Unión Europea.

Algunas orientaciones generales pueden estar orientadas hacia la aplicación de medidas de seguridad químicas.

1. LA JERARQUÍA DE MEDIDAS PREVENTIVAS ESTÁ AMPLIAMENTE IGNORADA

Sustancias peligrosas están excepcionalmente siendo reemplazadas por otras seguras o menos peligrosas al menos que se trate de un requerimiento expreso estatutario o bajo presión oficial (como con el amianto). También medidas personales de protección tienden a ser favorecidas sobre los controles colectivos.

2. HAY GRANDES VACIOS ENTRE SECTORES, POR NO HABLAR DE ACTIVIDADES Y/O TRABAJOS EN EL MISMO SECTOR

El foco de medidas colectivas de control parecen disminuir con cada paso que se da en el sector químico básico. Esto es así de llamativo en industrias de usos químicos donde, por varias razones, hay una tradición pasiva de aceptación de los riesgos químicos. Hay una evidencia empírica en la escala de

problemas unidos a riesgos químicos en granjas, textiles, algunos sectores de manufacturación, industria alimentaria, pero también en servicios de limpieza, garajes, distribución de fuel, peluquerías, y centros de belleza. Esto no quiere decir que los niveles preventivos en las industrias químicas sean necesariamente satisfactorias, como muestran los fallos de medidas para la prevención a largo plazo a los efectos de exposición (carcinógenos, reprotoxinas, etc).

3. ESCASA ATENCIÓN PRESTADA A LARGO PLAZO EN TRABAJADORES EXPUESTOS A EFECTOS QUÍMICOS

La totalidad de los trabajadores expuestos a carcinógenos en el trabajo soportan ser testigos de este problema. Y la situación es todavía peor para los genes-mutantes y los persistentes contaminantes orgánicos. Algunos mecanismos que pueden ayudar a prevenir accidentes de trabajo hacen poco o nada en cuanto a prevenir daños a largo plazo. Es un problema que puede ser peor por la imposibilidad de reconocer muchas enfermedades relacionadas como enfermedades profesionales.

4. INDIFERENCIAS EN LAS POLÍTICAS PREVENTIVAS ANTE HECHOS QUE NO SON INMEDIATOS Y SERIOS

Se ha dado poca importancia a los efectos vinculados a un nivel bajo y a exposiciones continuadas. Es un área donde la conformidad con las exposiciones límite permite poca protección y no hay un *feedback* sistemático de vigilancia de la salud que informe de los riesgos y esto no incluye los planes de prevención. Muchos países de la Unión Europea no tienen un sistema de vigilancia para los trabajadores expuestos a peligros químicos, porque los peligros de exposición no son recono-

cidos por su patrón. Este es un punto importante de la Directiva comunitaria de 1998 que subraya la necesidad de interacción entre prevención en la salud y un proceso continuo de la valoración del riesgo, que hace que la vigilancia preventiva tenga una importancia primordial. Si la valoración inicial falla en identificar los síntomas sobre la salud y no tiene un fundamento sólido, no habrá prevención, la equivocación no será corregida, y hará su aparición un círculo vicioso. La previsión puede mejorarse dando al representante de los empleados el derecho de exigir vigilancia en cuanto a la salud cada vez que haya un indicio de que exista un riesgo que haya sido ignorado en su valoración.

5. ACTIVIDADES PREVENTIVAS QUE NO ESTAN PROPIAMENTE ENFOCADAS A LOS PROBLEMAS DE RIESGOS QUÍMICOS

Sólo una minoría de trabajadores hoy en día disfruta de acceso a servicios multidisciplinares dedicados a la higiene en la industria, y de prevención. En la mayoría de los países de la UE lo que los servicios preventivos hacen es seguir dos criterios principales: sector y tamaño de la compañía. Estos criterios son inapropiados en delimitar cómo los riesgos químicos están ampliamente dispersados entre la fuerza laboral.

6. REACH: UN GRAN ASUNTO PARA LA SALUD LABORAL

¿Cuáles son las conexiones entre la regulación del mercado y los fallos en la prevención en el lugar del trabajo?

La prevención en el puesto de trabajo depende mucho de la información disponible en el mercado. Los riesgos químicos no necesariamente son visibles a simple vista, y en la

mayoría de los casos el nivel real de medidas preventivas depende de la información aportada con el producto, cómo la clasificación, hojas con fecha de seguridad, descripción de riesgos, etc.

Los trabajos preliminares para el Libro Blanco químico identificaron una serie de errores en la información, como desclasificación de algunos hechos omitidos realizados por industrias, que fallan en la maquinaria de evaluación pública, etc. Hay una lamentable falta de información en materias que son clave para mejorar las políticas preventivas.

En particular, el caso trágico de la muerte de 6 trabajadores textiles en España (el caso Ardystil) y problemas relacionados con el glicol-éter en Francia muestran cómo el mercado no proporciona la información necesaria para la prevención.

Mejorar las reglas del mercado no comunican un choque en todos los aspectos de prevención en el trabajo, es la práctica habitual de las que dictan el nivel de prevención. Pero reformando algunas reglas en el mercado se crearían mejores condiciones para propiciar una actividad preventiva.

¿Cómo puede la propuesta REACH mejorar la prevención en el lugar de trabajo?

1. Los beneficios clave del REACH en relación a la información de mercado. El deber de registrarlo va emparejado en distintas formas con una obligación de evaluación. Las reformas propuestas deberían reducir pasos para la desclasificación (que casi siempre significa una infravaloración de los riesgos).
2. Surge una información más dinámica y sistemática. Un sistema de evaluación sólo mostrará resultados en términos preventivos si se dirige positivamente. Una evaluación inicial muestra decisiones (clasifica-

AMIANTO: LAS TRÁGICAS CONSECUENCIA EN LA REGULACIÓN INDUSTRIAL

El amianto aparece para su uso a escala industrial en el último tercio del siglo XIX. La primera señal de alarma fue la gran mortalidad entre los trabajadores expuestos al amianto, que empezó a aparecer a comienzos del siglo XIX.

El amianto principalmente causa tres enfermedades: amiantosis (una silicosis como fibrosis pulmonar que causa grandes problemas respiratorios y que puede ser mortal), cáncer de pulmones y mesotelioma (un tipo de cáncer pleural). También causa otras formas de cáncer.

El amianto ha sido una causa comprobada de grandes problemas respiratorios desde 1920. Ha habido grandes evidencias científicas del carácter cancerígeno del amianto desde 1950. La Organización Mundial de la Salud clasificó al amianto de cancerígeno para la Humanidad en 1977.

La producción y el uso industrial del amianto ha paralizado a las autoridades públicas. Bajo la apariencia de conservar los empleos, han empujado a continuar “responsablemente” la producción de amianto retrocediendo ante

medidas higiénicas, una estrategia de uso controlado que ha fracasado. Lo que ha contribuido a retrasar la condena de amianto, y a forzar al cuidado de miles de muertes evitables en los países de la Unión Europea. Esto todavía sustituye la prohibición del amianto en la mayoría de los países, ahora también en Asia, América Latina y África.

No fue sino hasta 1999 que la Unión Europea decidió la prohibición de todas las variantes del amianto (para el 1 de enero del 2005).

La relación de muertes por amianto ha aumentado considerablemente en accidentes de trabajo producidos en países industriales, y continuará sucediendo en las décadas venideras. Ello se debe a que entre la exposición al amianto en el periodo de lactancia y el desarrollo de mesotelioma puede pasar 40 años. Además, muchos edificios contienen amianto, lo que significa un riesgo para la salud pública. Las medidas preventivas necesarias serán una gran carga para la sociedad en las próximas generaciones.

ción de embalajes, etiquetado, fecha de caducidad) las cuales necesitan ser controladas, ajustadas y modificadas. En general, en los pocos casos en que las autoridades han intervenido, las evaluaciones iniciales de los productores han sido hasta la fecha adecuadas para convertirse en evaluaciones finales. Esta clase de sistema no está basado en la experiencia y no permite devolver los problemas encontrados al lugar de trabajo. REACH debería proporcionar un seguimiento mejor de los impactos de la salud en la producción

3. Incrementar las responsabilidades para todas las personas involucradas. Hoy día existe una clara demarcación entre actividades de producción y consumo. Hay dos

inconvenientes. Los productores están poco inclinados a innovar en salud y protección ambiental. Los consumidores finales, tienden a la aceptación pasivamente, y el riesgo de valoración que de los mismos deberían llevar a cabo como empleados son adecuados para ser superficiales cuando se refiere a riesgos químicos. Una información más sistemática debería conducir a una mayor aceptación de responsabilidad por las partes involucradas. Más específicamente, debería darse un fuerte impulso para valorar los riesgos en el lugar de trabajo.

4. Actitud renovadora de las autoridades públicas. La creación de la Agencia Europea de Productos Químicos y sus conexiones con las autoridades competentes en los

LECTURA ADICIONAL

■ TUBT: informe REACH.

■ REACH página web de TUBT (o BTS).

diferentes Estados miembro, así como los procedimientos de autorización y restricción de ciertas sustancias químicas, debería alentar a las autoridades públicas a llevar un acercamiento más activo.

INSEGURIDAD LABORAL: UNA GRAN CUESTIÓN EN LA SALUD LABORAL

Vigilancia de millones de trabajadores en la Unión Europea en trabajos “no-standard”. Ellos pueden tener los mismos derechos, pero en la práctica, carecen de las garantías de que disfrutan los trabajadores permanentes, con contratos fijos.

La mayoría de las encuestas laborales demuestran que los trabajadores eventuales son los más vulnerables. Sufren un gran porcentaje de accidentes en el trabajo y tienen menos medidas preventivas que los otros. Tienen menor vigilancia preventiva. Tienen menor información y entrenamiento en trabajos de riesgo, y raramente tienen representantes de salud y seguridad. El trabajo eventual ha resistido a menudo como remedio frente el desempleo. Pero en realidad, no ofrece una ruta a largo plazo para muchos trabajadores en el mercado laboral. Incluso a algunos puede conducirlos hacia una espiral descendente de exclusión social y tipo de vida rayando en los límites de pobreza.

Cada vez más frecuentemente las condiciones de inseguridad laboral no se deben exclusivamente al trabajo eventual. Los subcontratos llevan a menudo a tipos de inseguridad, que incluyen también a los trabajadores permanentes, por llevar las condiciones de trabajo bajo una constante presión de costes competitivos y controles exteriores de los clientes. Los recientes desastres en fábricas, como AZF en Toulouse y Repsol en España, han resalta-do los peligros creados por la subcontratación. La contratación independiente de uno mismo como autónomo, es otra gran inseguridad como forma de trabajo.

Queda todavía un gran trabajo por hacer en cuanto a trabajo eventual. Las pocas reglas comunitarias que existen fallan en cuanto a la definición de la escala de los problemas. Este tema aumenta su urgencia y la agudeza por la amplitud de inseguridad en el trabajo en los nuevos Estados miembros.

ORGANISMOS DE EMPLEO Y SEGURIDAD: ALGUNOS DATOS NACIONALES

En España, se ha observado una gran correlación entre trabajo eventual y altos porcentajes de accidentes. La mayoría de la información disponible no distingue entre trabajo temporal con una empresa (en contratos a corto plazo) y con empresas de empleo temporal.

PORCENTAJE COMPARATIVO DE ACCIDENTES ENTRE TRABAJADORES TEMPORALES Y EL TOTAL DE TRABAJADORES EN BÉLGICA

	Empleados manuales		No manuales		Manual 66.5%+No manuales 33.5%	
	Todos	Temp.	Todos	Temp.	Todos	Temp.
Frecuencia	61,7	124,56	7,25	15,03	41,25	87,27
Gravedad real	1,4	2,41	0,14	0,25	0,98	1,66
TOTAL	2,65	6,48	0,265	0,67	1,86	4,45

Fuente: servicio de prevención social para accidentes de trabajo dados por empresas de trabajo temporal en el 2002. La comparativa está entre trabajadores temporales en 2002 y todos los trabajadores en 2001.

Un estudio estadístico sistemático de accidentes de trabajo para el periodo de 1988 a 1995 revela una tendencia constante: en los ocho años de análisis, el porcentaje de incidencia de accidentes por mil trabajadores era 2,47 veces más alto para los trabajadores temporales que para los fijos. Otra encuesta ha mostrado que las agencias de trabajo temporal tienen porcentajes significativamente más altos que otros tipos de trabajadores temporales. El porcentaje de accidentes fatales era 1,8 más alto (Boix y otros, 1997). Alguna investigación ha reflejado que los empleados de empresas de trabajo temporal tienen significativamente más accidentes que otros tipos de trabajadores temporales, pero el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Laboral no tiene estadísticas específicas de las plantillas de las empresas de trabajo temporal. Un estudio estadístico realizado en el 2003 para

el periodo 1996-2002 (UGT, 2003) mostró que la situación estaba empeorando aún, la frecuencia de accidentes laborales está aumentando más rápidamente entre los trabajadores eventuales que entre los permanentes. Entre 1996 y el 2002, la tasa de los trabajadores temporales creció de 101 a 121 por mil trabajadores, comparado con los 42 a 45 por mil de trabajadores permanentes. La tabla de la página anterior muestra la frecuencia de accidentes laborales en trabajadores temporales en Bélgica.

SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNIDAD

Los ambientes de trabajo albergan muchos factores de riesgo reproductivo. Como ejemplo se incluyen componentes químicos cuya

LOS GLICOL-ÉTER

Los glicol-éter se encuentran en una amplia extensión productos de consumo, de rápido crecimiento al igual que en los lugares de trabajo. Se usan en productos de limpieza domésticos, adhesivos, barnices y pinturas, aires acondicionados, cosméticos, medicinas y demás. Una legislación comunitaria reciente ha penalizado algunos conocidos glicol-éter para uso de consumo doméstico, pero nada se ha hecho acerca de las exposiciones tóxicas en el trabajo. Como resultado de las acciones legales llevadas a cabo por trabajadores en los Estados Unidos, se realizó una encuesta sindical entre los trabajadores de una fábrica de IBM en Corbeil (Francia) en el 2000. Se descubrieron 11 casos de cáncer testicular, 17 de otros tipos de cáncer, y 10 casos de taras en recién nacidos. Los juicios contra IBM, la cual expuso a los trabajadores a glicol-éter entre 1970 y 1995 se archivaron. Mina Lamrani trabajó como embotelladora de glicol-éter y usó el éter para limpiar cajas utilizadas para almacenar sellados de silicona en tiendas

sin ventilación de una empresa subcontratada por IBM dió a luz un niño con profundas anomalías en la cara. Thierry Garofalo trabajó con glicol-éter en la fábrica de Corbeil. Ahora sufre esterilidad y dolores musculares profundos. La presión de los sindicatos y grupos de soporte a las víctimas forzaron a cuestionar el uso del glicol-éter en Francia, y se está planeando una nueva legislación comunitaria. Casos evidentes de 157 trabajadores de diferentes fábricas de IBM en los Estados Unidos mostró que la multinacional había sido alertada por las autoridades federales a principios de los 80 de que algunos glicol-éter causaban serias deformaciones fetales en animales y podía presentar un riesgo para la reproducción humana. Los casos en los tribunales de US apuntaban que la exposición a algunos glicol-éter como causa de cáncer entre los trabajadores (especialmente cánceres testiculares) y severos defectos de nacimiento (independientemente de que fuera el padre o la madre el que hubiera estado expuesto).

toxicidad no ha sido evaluada correctamente, y factores físicos como el calor, radiaciones ionizantes, etc. La organización del trabajo por sí misma puede plantear riesgos. Las largas jornadas de trabajo y el trabajo nocturno, por ejemplo, han implicado abortos, problemas de desarrollo fetal (especialmente poco peso al nacer) y nacimientos prematuros. El estrés relacionado con el trabajo acelerado también afecta negativamente a menudo al estímulo sexual. Existen dos temas:

- El trabajo relacionado con riesgos en la salud reproductiva está bajo investigación. Hay grandes lagunas en los datos. Sólo un puñado de regiones europeas (la Toscana en Italia es una) guardan registros en los que se pueden correlacionar anomalías con las exposiciones laborales. La industria química es muy reacia a hacer valoraciones comprensivas en los riesgos que sus producciones plantean en este área
- Incluso cuando existen datos, las políticas del lugar a menudo no tienen en cuenta prevenciones de primera línea (en particular, la eliminación de riesgos) en favor de actuaciones individuales, aunque sea sólo y exclusivamente durante la duración del embarazo.

La Directiva del 19 de octubre de 1992 para promover en el trabajo la mejora de la seguridad y salud de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en período de lactancia, es ambigua y defectuosa en la llamada estrictamente salud ocupacional y en la protección de derechos (contra el despido, pérdida de salario, etc.).

La Directiva de valoración de riesgos es fundamental, pese a que sólo establece medidas preventivas no específicas y sóloamente da unos informes incompletos sobre factores de riesgo los cuales deberán considerarse cuando se decidan medidas preventivas. Desgraciadamente la Directiva es poco clara en cuanto a la valoración del riesgo que debe realizarse.

¿Pueden los empresarios aplazar la valoración de un riesgo hasta que hayan sido informados del estado de una trabajadora embarazada, o deben todos los empresarios evaluar, eliminar o reducir los riesgos antes de que una trabajadora les informe de su condición? Creemos que debería ser la última, pero la Directiva no está demasiado clara.

Una valoración del riesgo llevado a cabo después de que una trabajadora haya informado al empresario de su embarazo no puede ser una base para una efectiva política de prevención. La literatura científica indica que el feto está más en peligro en los primeros meses de gestación. En la mayoría de los casos, la prevención de los riesgos en el momento en que el empresario ha sido informado del embarazo es demasiado tarde. Incluso cuando las condiciones laborales favorecen una rápida notificación, la media de tiempo de información al empresario es de 7,5 semanas después del embarazo. El riesgo de malformaciones fetales es más alto entre la 3ª y la 8ª semana de embarazo, con picos en diferentes momentos según los órganos afectados. Para la gran mayoría de mujeres, esto significa que las medidas preventivas de exposición a los teratógenos serán ineficaces incluso aunque se apliquen inmediatamente después de que el empresario haya sido informado del embarazo.

El artículo 5 de la Directiva establece una jerarquía de medidas a tener en cuenta. El primer requerimiento es cumplir una serie de medidas preventivas (eliminación de riesgos y prevención en origen son prioritarias), seguido por ajustes temporales en las condiciones de trabajo. Si no es técnica y/u objetivamente posible, el empresario debe trasladar a la trabajadora a otro puesto. Si el traslado a otro puesto no es técnica y/u objetivamente posible, a la trabajadora se la debe conceder una baja laboral durante el período necesario para proteger su salud. La Directiva no ofrece criterio para juzgar lo que no es

factible objetivamente. ¿Son los costes fundamentales para que un empresario se exima de tomar medidas?

La opción más común en la práctica es cambiar a una trabajadora en un puesto de alto riesgo hacia otro. Esto condiciona que el embarazo justifique la exclusión del trabajo. Hay dos asuntos relacionados. Uno es que la falta de ingresos garantizados signifique presiones financieras y conduzca a que un número de trabajadoras estén en puestos peligrosos. El otro es que una primera línea de prevención de riesgos no está vista como una prioridad.

A diferencia de las otras Directivas de salud en el trabajo, la Directiva de 1992 no ha previsto la consulta a los representantes de las trabajadoras sobre medidas preventivas. Parece que soportar los riesgos de protección de seguridad y salud de las mujeres embarazadas es un asunto que se refiere más a temas individuales puestos en situaciones anómalas que a asuntos colectivos de salud laboral en las empresas. La actividad de los grupos representativos de empleados se ha visto que juega en la práctica con una gran efectividad en los controles de inspección del trabajo.

Otro gran fallo de la Directiva es su fracaso en prever suficientes garantías de ingresos de manutención durante la maternidad, puesto que la protección contra las provisiones de despido, puede fácilmente ser despreciada por el empresario simplemente recurriendo a motivos desconectados del embarazo.

La aprobación de la Directiva causó un gran entusiasmo entre los Estados miembro. Italia sólo la votaría en su totalidad supeditandola al compromiso de mejorarla lo antes posible. Fue incluida en forma desvaída en el artículo 14,6 de la Directiva, condicionado a que la Comisión la revisaría y la submitiría a propuesta de enmienda en octubre de 1997 como muy tarde. El informe remitido a la



Extraído del libro DANGER.

Autor: Schwarz. Viena (Austria). 1925-1937.

“¡La precaución evita los accidentes!”.

Comisión en 1999 patinó ampliamente sobre asuntos de salud en el trabajo. Prefirió describir las medidas nacionales más que analizar los problemas presentados por la práctica implantación de la Directiva. En julio de 2000, el Parlamento Europeo analizó la práctica implantación de la Directiva y planteó su revisión. La resolución del Parlamento fijó algunos de los cambios que eran necesarios en la Directiva. Pero todavía la Comisión ha fracasado en seguir adelante con cualquier tipo de propuestas para mejorarlas.

La prevención más efectiva ha sido para limitar la protección de la maternidad hacia una clasificación de condiciones específicas de embarazo (sobre todo en áreas ergonómicas, horario, y celeridad en el trabajo, al mismo

tiempo que mejorando la protección contra ciertos patógenos y radiaciones ionizantes). Y al mismo tiempo haciendo hincapié en unir políticas de prevención basadas en riesgos químicos, en la eliminación y reemplazamientos de sustancias que son peligrosas para la reproducción (tanto en hombres, como en mujeres) y, en casos en que la eliminación no sea técnicamente viable, controlando las medidas efectivas para reducir la exposición a los niveles mínimos. A este respecto, la propuesta de la Comisión de incluir sustancias químicas que son arriesgadas para la reproducción dentro del alcance de la Directiva carcinogénica es un primer paso en la dirección correcta. Pero sólo será efectiva si las reglas de clasificación química en el mercado son suficientemente rigurosas como para cubrir apropiadamente los riesgos de reproducción. La propuesta de normativa REACH puede ser una oportunidad para llevar las cosas hacia delante en este frente.

RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES LABORALES

No hay una convergencia real visible entre los sistemas nacionales ni en los datos completos resumidos en la tabla siguiente, ni en relación a las enfermedades más importantes. La dife-

EL FRACASO DE LA POLÍTICA COMUNITARIA EN CIFRAS

Un estudio EUROGIP reconoció en el 2002 grandes fallos entre sistemas nacionales de información y reconocimiento de enfermedades laborales, y la escala de desigualdades que originan.

Los Estados de la UE reconocieron la diferencia de proporción de enfermedad laboral del 3,3 por 100.000 trabajadores en Irlanda, a un alto 177 en Francia.

rencia entre los extremos ha permanecido sin cambios desde hace diez años, exceptuando Suecia. Pero la tendencia de estos diez años revela amplias diferencias entre países. Los países escandinavos, Austria e Italia han mostrado una significativa caída en el número de enfermedades laborales reconocidas (con un ligero ascenso en Italia y Suecia en los últimos dos ó tres años). Las políticas restrictivas han sido un factor determinante. Algo menos notorio ha ocurrido en Bélgica. Pero lo contrario ha ocurrido en Francia y España, que muestran firmes aumentos en el número de enfermedades reconocidas, atribuidas a las mejoras en el reconocimiento de desórdenes músculo-esqueléticos y enfermedades relacionadas con el amianto en Francia. En Alemania el número de enfermedades reconocidas aumentó entre 1990 y 1996, disminuyendo ostensiblemente desde 1997 en adelante. En el Reino Unido, el número de enfermedades laborales es muy bajo comparado con otros Estados de la UE. No hay cambios significativos en todo ello desde 1990, que promedian más de 3.000 enfermedades pulmonares y entre 4.000 y 5.000 enfermedades reconocidas al año. En los años más recientes (1998-2000) se muestra una aguda caída en el reconocimiento de enfermedades pulmonares y ningún otro cambio en las demás enfermedades.

Fijar prioridades preventivas con la base de información y reconocimiento de enfermedades laborales en Europa sería en muchos casos disparatado, ya que la evidencia disponible nos dice que hay más acerca de prácticas de encubrimiento que sobre la realidad de la salud en el lugar de trabajo

Para el reconocimiento de enfermedades laborales comunes en todos los países de la Unión Europea, las consecuencias más importantes son:

- Menor visibilidad para muchas enfermedades que no están vistas como una prioridad para la política preventiva.

INFORME Y RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES LABORALES EN 12 PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA DE 1990 AL 2000

País	Nuevos casos de enfermedad laboral reflejada sobre 100.000 trabajadores			Nuevos casos de enfermedad laboral reconocida sobre 100.00 trabajadores (% de casos)		
	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 (40.5%)
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	1.242 (81.5%)	258 (41.3%)	138 (45%)

Fuente: Eurogip, 2002.

● Mayor transferencia de los beneficios del empresario, compartiendo una parte de los costes con las víctimas (por ej. falta de pago como consecuencia de una reclasificación de exceso de mano de obra, más otras consecuencias de incapacidades laborales, etc), y en general presupuestos para la salud (cobertura de enfermedades por la seguridad social, incapacidad y desempleo, sistemas nacionales de salud, etc).

Los asuntos de género relacionados con las enfermedades laborales van dirigidos hacia un análisis. Estas cifras son sistemáticamente

discriminatorias y aguadas en relación a políticas de prevención respecto a enfermedades más corrientes entre mujeres trabajadoras que entre hombres. En la mayoría de los países de la Unión Europea, las mujeres encuentran en un corchete del 25% al 40% de las enfermedades laborales reconocidas. En el Reino Unido, la proporción está por debajo del 10%. En Bélgica, alrededor del 15%.

Y todavía, expresados en equivalentes completos, los datos para la Unión Europea manejados por el sondeo sindical Eurostat para 1999, indicó que en todos los países

encuestados, con la excepción de Grecia, las enfermedades relacionadas con el trabajo prevalecen más entre las mujeres.

FALLOS PREVISIBLES DE UNA POLÍTICA COMUNITARIA

Las primeras iniciativas de la Comunidad sobre salud en el puesto de trabajo intentan armonizar los sistemas de reconocimiento de enfermedades laborales y crear una estructura común para los servicios de medicina laboral. Estuvieron en el formulario de Recomendaciones de la Comisión, por ej. las medidas no obligatorias. La primera fue adoptada el 23 de julio de 1962, y estuvo enfocada hacia enfermedades laborales. Aconsejó la unificación de una lista de enfermedades o agentes responsables de causarlas, que deberían estar por escrito y para garantizar sistemas de reconocimiento de todas las enfermedades en las que pudiera probarse que su origen era laboral. También tuvo la intención de establecer un sistema de medidas para algunas enfermedades no clasificadas, así como para tener las listas actualizadas.

Cuatro años más tarde, en julio de 1966, la Comisión adoptó una nueva Recomendación para la compensación a las víctimas de enfermedades laborales. Lo que avaló los principios de que los sistemas nacionales deberían afrontar el reconocimiento de todas las enfermedades de posible origen laboral. Las conclusiones operativas de las Recomendaciones de 1966 fueron más explícitas que las de 1962, y también animaron a los Estados miembros a remitir informes bienales con la intención de regular y revisar el Programa Europeo.

Las Recomendaciones tanto de 1962 como la de 1966 han sido durante mucho tiempo ignoradas.

El 22 de mayo de 1990, la Comisión adoptó una nueva Recomendación. Otra vez instó a

los Estados miembros a llevar a la práctica los principios convenidos un cuarto de siglo antes. También actualizó el Programa Europeo por primera vez en 24 años, el cual se suponía que iba a ser revisado cada dos o tres años. Concluyó que la mayoría de los países de la Comunidad no están todavía aplicando el sistema mixto: sólo Dinamarca y Luxemburgo parecían cumplir las guías de las Recomendaciones de 1962 y 1966.

La elección de sólo una Recomendación fue sorprendente. Una Directiva sólo puede salir adelante mediante el apoyo del Consejo de Ministros, y muchos Estados miembros estuvieron en contra de comprometerse en este asunto. La Recomendación contiene una petición final en la que “la Comisión pide a los Estados miembros que la informen cada tres años, de las medidas tomadas o previstas en respuesta a esta recomendación. La Comisión entonces examinará cómo la extensión de estas recomendaciones han sido implantadas en los Estados miembros, con el fin de determinar si existe una necesidad para comprometerse con una legislación”. En consecuencia habría sido razonable esperar trabajar en una Directiva que hubiera entrado en vigor alrededor de 1993-1994.

El 20 de septiembre de 1996, la Comisión adoptó una comunicación sobre el programa europeo de enfermedades profesionales. Concluyó que había sido “prematureo hasta el momento proponer una legislación definitiva que reemplazara la Recomendación de 1990”. La Comisión pensó que “sin embargo se le podría dar la posibilidad de consideración en conjunción con cualquier actualización futura de la lista Europea de enfermedades profesionales”. Esta actualización fue llevada a cabo en septiembre de 2003. Mientras que el contenido del Programa mejora, el hecho es que, todavía hoy, una Recomendación plantea serias dudas sobre su efectividad.

CONCLUSIONES

BALANCE DE LA ESTRATEGIA COMUNITARIA DE LA SALUD DEL TRABAJO EN EL CONTEXTO DE LA AMPLIACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA

RESULTADOS LIMITADOS

En marzo de 2002, la Comisión Europea adoptó una comunicación sobre una nueva estrategia comunitaria de la salud y seguridad para el periodo 2000-2006¹.

¿Qué balance puede mostrar su aplicación? ¿Cuáles han sido los resultados? ¿Dónde se sitúan los obstáculos? Y, sobre todo, ¿qué propuestas hay para el futuro?.

Se han realizado progresos en algunos campos (amianto, agentes físicos, transposición de la legislación a los nuevos Estados miembro, acuerdo colectivo europeo sobre el estrés). Pero en numerosas demandas, la situación ha estado marcada por las indecisiones. Una peligrosa inercia ha frenado la puesta en marcha de la estrategia comunitaria. Entre las situaciones bloqueadas hasta el momento, se pueden citar especialmente: la adopción de valores-límites para los agentes químicos, los trastornos músculo-esqueléticos, el reconocimiento de enfermedades profesionales, la revisión de la directiva sobre la rotación de las trabajadoras embarazadas, etc.

Globalmente, se impone una constante. Las realizaciones son en este punto claramente ambiciosas y deseables. La estrategia comunitaria reposaba sobre un análisis global correcto, pero le queda todavía demasiados vacíos sobre las iniciativas concretas y de calendario. Lejos de constituir un plan de trabajo concre-

to, la estrategia privilegiaba las declaraciones generales sobre la necesidad de combinar toda clase de acercamientos y de instrumentos. Un defecto semejante reflejaba el temor, alimentado por las experiencias del pasado, de entrar en conflicto con la patronal y los Gobiernos más hostiles con los trabajadores. La debilidad mayor se sitúa en la definición de estrategias de prevención que integran las relaciones sociales y las mutaciones del mercado de trabajo. Sobre tres cuestiones particularmente importantes, se puede hablar de fracaso:

- A pesar del empeño de integrar la dimensión del género en las iniciativas concernientes a la salud en el trabajo, las políticas seguidas en la práctica no han evolucionado casi, y las cuestiones de igualdad quedan bastante olvidadas en las relaciones con la salud en el trabajo.
- La precariedad del trabajo no ha sido abordada como una cuestión prioritaria. La propuesta de la «Directiva Bolkestein» indicaba un profundo deterioro de las condiciones de trabajo en el sector de servicios en Europa.
- La cuestión del horario laboral ha sido abordada sobre la base de las exigencias de flexibilidad en la mayor parte formuladas por la patronal. Por primera vez en la historia del Derecho social comunitario, la revisión de una directiva ha estado concebida no como un paso hacia adelante, hacia mejores condiciones de trabajo, sino como un instrumento de regresión social. Por otro lado, la Unión Europea administraría la señal de una demora en las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo. Además, la Unión Europea daría la señal para una puesta a punto de las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo.

1 Ver Newsletter del BTS (TUTB) n° 18 (2002).

Además, la estrategia global de prevención en el terreno de riesgos químicos está particularmente amenazada por la reacción negativa de la patronal química a toda tentativa de mejoramiento de las reglas existentes. Se trata de una presión sistemática y multiforme que concierne a un gran conjunto de cuestiones: las reglas del mercado (REACH), la determinación de valores-límite tanto indicativos como obligatorios, la lucha contra los riesgos para la salud reproductiva, el reforzamiento de reglas de prevención contra los agentes cancerígenos, etc. La situación se agravó por la patente insuficiencia de personal dedicado a la prevención de riesgos químicos en el seno de la unidad de salud del trabajo de la Dirección General para el empleo y los asun-

tos sociales. Actualmente existe sólo un funcionario comunitario y dos expertos nacionales que deben gestionar numerosos dossiers. Se comprende que ante estas condiciones de debilidad estructural de los servicios de la Comisión, el lobby muy activo de la industria química se mueva sobre un terreno favorable.

La ampliación de la Unión Europea a 25 países exige, por tanto, una revitalización de las políticas de salud en el trabajo. La diversidad de situaciones se ha extendido. Los riesgos de una competencia que llevaría las condiciones de trabajo hacia niveles más bajos son reales. En este contexto, toda pausa o toda moratoria de la actividad comunitaria tendría consecuencias desastrosas.

EL IMPACTO DE LA AMPLIACIÓN Y LOS NUEVOS DESAFÍOS

Nuestra hipótesis central es la siguiente: la ampliación no modifica de manera radical los problemas que están a la orden del día en salud laboral. Generalmente, las diferencias que se pueden observar en el interior de un país son superiores a las que se pueden observar entre países diferentes en el seno agrandado de la Unión Europea. La precariedad de trabajo ha producido un crecimiento de las desigualdades en cada Estado miembro. Ciertas categorías de trabajadores están particularmente afectadas por las exposiciones elevadas y una combinación de numerosos factores de riesgo. Sería un error creer que dentro de los 15 antiguos Estados miembro, la mayoría de los problemas han sido globalmente resueltos y que disponemos de una clase de modelo en la organización de la prevención. Por regla general, los problemas que conocemos en los 15 antiguos Estados miembro no son cualitativamente diferentes de esos que conocen los 10 nuevos Estados adherentes. Las encuestas



Extraído del libro DANGER.
Autor: desconocido. Helsinki (Finlandia). 1925-1937.
"¡Esto pasa cuando te asomas entre dos vagones!".

sobre las condiciones de trabajo no muestran grandes diferencias. Generalmente, los nuevos Estados miembro están caracterizados por un peso mayor de industrias tradicionales (y, entre ellos, la agricultura y minas), una duración semanal de trabajo más larga, tecnologías menos modernas y una mayor participación de las mujeres en el empleo asalariado. Pero las diferencias en el interior del grupo de nuevos allegados son importantes y, en el interior de cada país, se puede observar una marcada polarización. Unas cuantas viejas empresas públicas han mantenido un cierto nivel de garantías para los trabajadores. En las empresas privatizadas, se produce una diferenciación creciente según los sectores y entre las empresas recompradas por las multinacionales occidentales y las que pertenecen al capital emergente de origen nacional (que es a menudo el resultado de una alianza entre la vieja «nomenklatura» y el capital mafioso). La atomización de la estructura productiva es uno de los elementos más preocupantes si se piensa que las estructuras de la base de prevención son generalmente inexistentes en las micro-empresas. En 1999, el número total de PYME en los 13 países candidatos rondaban los 6 millones. Al final, los trabajadores de estas PYME eran casi 30 millones, o sea, el 72% de la población activa de esos países. Un porcentaje significativo entre ellos (40%) trabajaban en micro-empresas que contaban con menos de 10 personas.

Si las condiciones de trabajo no se caracterizan por grandes diferencias, la ampliación no quiere decir, por tanto, que la situación sea idéntica después del 2004². Lo que ha cam-

biado son, probablemente, las condiciones políticas y sociales para el desarrollo de la prevención. Los gobiernos de los nuevos Estados miembros no consideran que este tema sea una prioridad. Al contrario, ven en las mínimas garantías en materia de salud y ambientales un factor de competitividad destinado a atraer el capital internacional. Sobre este punto, no se observa ninguna diferencia que siga la consigna política del partido en el poder. Se trate de viejos partidos gobernantes procedentes de la tradición estalinista como la socialdemocracia polaca, o de partidos formados por viejos opositores y que reclaman un nacionalismo liberal como en los países bálticos o en Eslovenia, las diferencias en materia social son mínimas. Por ejemplo, los viejos partidarios del general Jaruzelski en Polonia son hoy particularmente favorables hacia políticas de desregulación y de flexibilidad en materia de horarios de trabajo.

UNA PARADOJA: EL DEBATE MÁS IMPORTANTE CONCIERNE A LAS REGLAS DEL MERCADO

Al final de este artículo, querríamos presentar brevemente los debates principales para el periodo 2005-2006³. La adopción de una reforma general de las reglas del mercado que concierne a los productos químicos, constituye claramente uno de los debates más importantes de estos diez últimos años para la salud en el trabajo.

Actualmente, el porvenir de la reglamentación del mercado de productos químicos fue objeto de una intensa polémica a nivel comu-

2 Para una discusión más en profundidad sobre el contexto político y social de la salud laboral en los nuevos Estados Miembro, ver el número especial de la Newsletter de BTS nº 22-23 (abril 2004) y, en particular, el artículo de Charles Woolfson, La Reglamentación del ambiente laboral en los nuevos Estados adherentes de la Unión, pp.8-14

3 Una presentación más sistemática se encuentra en: Vogel, Salud en el trabajo. Ocho formas de acción para la política comunitaria, BTS, Bruselas, diciembre 2004.

nitario⁴. Las proposiciones de la Comisión concernientes a la reforma del sistema actual, se tropezaron con una campaña sistemática del patronato químico ampliamente sustituidos por ciertos gobiernos. La Administración Bush no ha cesado de intervenir de manera muy agresiva para apoyar las posturas de las empresas multinacionales químicas y amenazar a la Unión Europea con una demanda ante la Organización Mundial del Comercio.

Los riesgos químicos constituyen hoy una causa importante de la mortalidad de los trabajadores en los países de la Unión Europea: una causa que provoca más muertes que los accidentes de trabajo. Un estudio español estima que las enfermedades causadas por el trabajo provocan en este país 15.000 muertes por año⁵. Siguiendo esta estimación conservadora, la patología principal concerniente es el cáncer y la causa principal está constituida por el riesgo químico. Otros estudios nacionales que se esfuerzan en evaluar la mortalidad atribuible a las condiciones de trabajo reflejan resultados comparables⁶.

La exposición a los agentes químicos es una de las causas más importantes de desigualdades sociales en la salud. Hace más de treinta años, investigadores británicos ya habían indicado que las exposiciones profesionales constituían la causa de un tercio del total de diferencias sociales de la mortalidad total por cáncer⁷. De manera general, todos los datos disponibles confirman una distribución desigual de cánceres en función de las clases sociales⁸. Según los tipos de cáncer, la parte

atribuible a las exposiciones profesionales pueden ser de una gran importancia (cánceres de garganta, de pulmón, de hígado, por ejemplo) o de una importancia relativamente menor (cáncer de próstata).

En lo que concierne a la enfermedad, las exposiciones profesionales contribuyen de manera significativa a desigualdades sociales de salud para las patologías de vías respiratorias, dermatosis y alergias. Estas juegan igualmente un papel importante en lo que concierne a la salud reproductiva.

La reglamentación comunitaria concerniente a los riesgos químicos comprende las tres partes principales ya citadas antes.

LA PRECARIEDAD DEL TRABAJO: UNA CUESTIÓN CENTRAL

En la Unión Europea, decenas de millones de trabajadores están trabajando bajo formas de empleo «atípicas». Aunque de hecho una igualdad jurídica formal está generalmente redactada en los textos, en los hechos estas formas de empleo privan a menudo a los trabajadores de las garantías habituales de los trabajadores que tienen un contrato de duración indefinida y a tiempo completo.

EL TEST DE LA REVISIÓN DE LA DIRECTIVA SOBRE EL HORARIO LABORAL

La Directiva de 1993 sobre el tiempo de trabajo retoma algunas disposiciones mínimas

4 Se puede seguir este debate en la web BTS (<http://tutb.etuc.org/fr/dossiers/dossier.asp>) y en la web del Despacho europeo del medio ambiente (<http://www.eeb.org>).

5 García, A.M., Gadea, R., Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España, Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 2004, 7 (1), pp. 3-8.

6 Nurminen, M., Karjalainen, A., Epidemiología estimada de la proporción de sucesos relacionados con factores laborales en Finlandia, Periódico laboral Escandinavo, El medio y la salud, 2001, vol. 27, n° 3, pp. 161-213.

7 Logan, W.P.D., Mortalidad del cáncer en relación con el trabajo y la clase social, Lyon, IARC, 1982.

8 Kogevinas M. et al., Desigualdades sociales y cáncer, Lyon, IARC, 1997.

destinadas a mejorar la salud y la seguridad (los artículos 3 al 13). Era probablemente la única Directiva comunitaria que consagraba más espacio a una serie larga y complicada de cláusulas de flexibilidad, de derogaciones y de excepciones (los artículos 16 al 18) que a las disposiciones importantes. En cierta manera parecía el tejer y destejer de Penélope. Lo que el legislador había tejido de día para garantizar la salud y la seguridad podía ser deshecho por la noche por los Estados o por los empresarios. Una parte de las derogaciones y excepciones habían sido adoptadas de manera provisional, según la demanda del Reino Unido y se daba por sentado que una directiva más coherente debería ser propuesta después de un periodo de siete años.

Desde su adopción, la directiva ha originado numerosos conflictos. El Reino Unido ha intentado obtener su anulación, pero la Corte de Justicia ha desestimado este recurso. Diferentes cuestiones prejudiciales han permitido resolver las dificultades de interpretación causadas por diferentes disposiciones y han sancionado las transposiciones insuficientes. Aunque conscientes de los numerosos abusos a los que las derogaciones individuales daban lugar, la Comisión no ha intentado el más mínimo recurso contra el incumplimiento de un Estado miembro, privando a los ciudadanos comunitarios de una garantía igual en la demanda de derechos sociales fundamentales. El único progreso notable ha estado constituido por la ampliación progresiva del campo de aplicación de disposiciones comunitarias en las actividades o en los sectores excluidos por la directiva general.

En septiembre de 2004, la Comisión ha presentado un proyecto de revisión de la directiva. El techo de 48 horas de trabajo semanal está some-

tido a una flexibilización pactada. El período de referencia para calcular la duración semanal del trabajo se podrá considerar de un año.

La propuesta mantiene la posibilidad para los empresarios de recurrir a derogaciones individuales. En algunos casos, estas derogaciones estarán encuadradas por negociaciones colectivas pero no serán obligatorias. La propuesta anticipa ya tal cantidad de abusos que se han sentido obligados a fijar un segundo límite máximo de 65 horas por semana. Este límite no tiene un carácter absoluto: las derogaciones serán posible por vía de convenios o acuerdos colectivos.

La propuesta contiene una definición de «trabajo de guardia» que permite a los empresarios obligar al personal a encontrarse en el lugar de trabajo y a disposición de su jefe sin que este tiempo sea considerado como tiempo de trabajo. Esta disposición viola las normas internacionales de trabajo las cuales han sido redactadas por la Organización Internacional del Trabajo ¡en 1930! En efecto, siguiendo los términos de la Convención n° 30 en relación a la duración del trabajo en el comercio y los despachos «está considerado como duración del trabajo todo el tiempo en el que el personal esté a disposición del empresario»⁹.

Si una cajera de un gran almacén está obligada a permanecer en el lugar de trabajo de 9h a 20h pero no realiza tareas efectivas más que de 5h 30, las nuevas disposiciones propuestas permiten considerar que ella no ha trabajado más que la mitad de tiempo, aunque haya debido estar realmente en su puesto de trabajo y a disposición de su jefe. Las irregularidades en la organización del trabajo unidas a las demandas de la clientela o al flujo de la producción podrían recaer completamente sobre los trabajadores.

⁹ Esta definición de la Convención n° 30 ha estado recuperada por la Convención n° 67 relativa a la duración del trabajo en los transportes por carretera (1939).

CARGA DEL TRABAJO

La carga del trabajo constituye un elemento determinante para la salud de los trabajadores. Es también uno de los aspectos de la organización del trabajo sobre el que las políticas de prevención son menos avanzadas.

El trabajo monótono y repetitivo acrecienta los efectos negativos de la intensificación del trabajo. Los datos de la encuesta de la Fundación de Dublín sacan a la luz los estragos del trabajo repetitivo sobre la salud. El rápido desarrollo de las enfermedades músculo-esqueléticas muestra los atentados a la salud que resultan a menudo de una combinación de los siguientes factores:

- Intensificación del trabajo;
- Ampliación del trabajo monótono y de tareas repetitivas;
- Mala organización del trabajo e inadecuación de equipos de trabajo desde el punto de vista ergonómico;
- Estrés causado por el trabajo.

La legislación comunitaria actual es muy insuficiente para orientar las políticas de prevención en lo que concierne a los trastornos músculo-esqueléticos. Las directivas existentes no cubren más que una parte de los problemas (trabajo sobre la pantalla con una perspectiva demasiado centrada en la visualización, transportes manuales de carga). Desde una perspectiva de género, las lagunas de esta legislación conciernen particularmente a las trabajadoras concentradas en actividades que implican gestos repetitivos, posturas forzadas y poca autonomía de decisión en lo que concierne a la organización del trabajo.

VIOLENCIA, ACOSO Y ESTRÉS: INDICADORES DE LA CARGA PSICOSOCIAL

Diferentes encuestas, nacionales y europeas, han establecido un aumento de problemas

ligados a la violencia tanto física como psicológica, a las diferentes formas de acoso (sexual o moral) y al estrés en el mundo del trabajo. Estos fenómenos se explican claramente por los siguientes factores:

- Una mejor percepción de fenómenos que existían ya antes pero que se vivían en el silencio y en el aislamiento.
- Una deshumanización de las condiciones de trabajo a menudo relacionadas con las exigencias de aumento de la productividad y una subordinación total del personal a los imperativos de la producción.
- Sistemas de gestión que ponen en competencia a los trabajadores entre ellos y destrozan las formas de cooperación produciendo una guerra de todos contra todos.

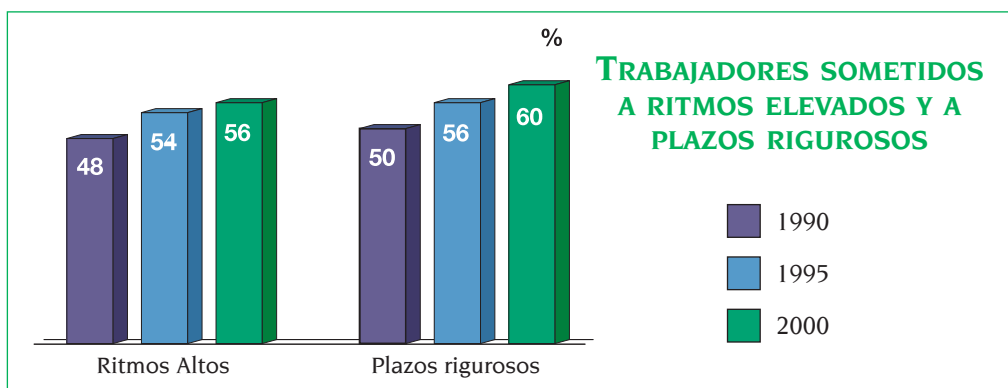
La prevención encuentra dificultades importantes en el terreno de los riesgos psicosociales por varias razones:

- Es generalmente imposible intervenir en este terreno sin poner en cuestión la organización del trabajo. O bien los empresarios consideran que lo deben determinar ellos mismos, en función de sus intereses (generalmente las ganancias del accionista).
- Un análisis de aspectos psicosociales incluye necesariamente el ejercicio del poder en la empresa. La competencia de los trabajadores, la «dirección por estrés», las discriminaciones raciales o la dominación masculina constituyen aspectos particulares de relaciones de poder.
- Las prácticas multidisciplinares quedan bastante limitadas en los servicios de prevención.
- Las directivas de la empresa tiende a agradecer más los acercamientos individuales de gestión de conflictos más que los acercamientos colectivos de transformación de las condiciones de trabajo. Es lo que muestra la práctica en el terreno del acoso sexual y del acoso moral.

PROBLEMAS DE SALUD UNIDOS A GESTOS REPETITIVOS, 2000.

	Dolores dorsales	Dolores musculares en espalda y cuello	Dolores musculares en los miembros superiores	Dolores musculares en los miembros inferiores
Presencia de gestos repetitivos	48	37	24	21
Ausencia de gestos repetitivos	19	11	4	5
Todos los trabajadores	33	23	13	11

Fuente: Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.



PROBLEMAS DE SALUD LIGADOS AL TRABAJO A RITMO MUY ELEVADO, 2000.

	Dolores dorsales	Estrés	Dolores musculares en espalda y cuello	Heridas
Ritmo alto permanente	46	40	35	11
Sin ritmo permanente	25	21	15	5

Fuente: Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.

PROBLEMAS DE SALUD LIGADOS A PLAZOS RIGUROSOS, 2000.

	Dolores dorsales	Estrés	Dolores musculares en espalda y cuello	Heridas
Ritmo alto permanente	42	40	31	10
Sin ritmo permanente	27	20	17	5

Fuente: Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.



Extraído del libro DANGER.
Autor: desconocido. Berlín (Alemania). 1925-1937.
"Bloquea la plataforma".

Sin entrar en un análisis detallado de estas cuestiones, es cierto que hoy constituyen las prioridades para la prevención en los lugares de trabajo. Una aproximación de la salud en el trabajo limitada a los riesgos materiales es ineficaz. Para estimular las prácticas de prevención, la Confederación Europea de Sindicatos ha negociado un acuerdo-marco europeo sobre el estrés con las organizaciones patronales. Este acuerdo se ha firmado en octubre 2004. Su puesta en marcha real depende estrechamente de la capacidad de adoptar las disposiciones en cada país de la Unión Europea.

La existencia de un acuerdo-marco no dispensa a la legislación comunitaria de toda responsabilidad en este terreno. Los sistemas de relaciones industriales son muy variados en Europa y los mecanismos particulares nacionales y de negociación colectiva no permiten nunca garantizar una protección igualada a todos los trabajadores en la Unión Europea.

CONCLUSIÓN: UN PERIODO DECISIVO

A lo largo de estos últimos veinte años, las desigualdades sociales han aumentado en todos los países de la Europa comunitaria. La proporción de los beneficios del capital en la repartición de la riqueza producida ha aumentado en detrimento de los ingresos de los trabajadores. Se asiste igualmente también a un crecimiento de desigualdades sociales de salud¹⁰. El deterioro de las condiciones de trabajo se inscribe en este contexto. Se explica claramente por una puesta en evidencia exagerada ligada a la globalización del capital. La ampliación de la Unión Europea no implica ni progreso ni retroceso de forma mecánica. La Unión Europea proporciona un cuadro reglamentario general para la salud laboral. Por otra parte, este cuadro permite mejorar los sistemas de prevención existentes incluso aunque debiera estar mejorado o completado en diferentes terrenos. Este cuadro reglamentario no desemboca automáticamente en una estrategia eficaz de prevención. El acento puesto sobre la privatización de los servicios públicos, las políticas de empleo favorables a la precarización del trabajo, la libre circulación de capitales en un espacio en el que la homogeneidad social es débil, constituyen

10 Costa, G., Cardano, M., Demaria, M., *Torino. Historia de la salud en una gran ciudad*. Torino, Città di Torino, Oficina de estadística, 1998; Inerm; *Las desigualdades sociales en la salud*, París, Editions La Découverte, 2000; Borrell C et Benach J, *Las desigualdades en la salud en Cataluña*, Barcelona, Editorial Mediterrania, 2002.

algunos de estos factores. En cierto sentido, hay una desviación creciente entre los objetivos declarados sobre política laboral y los resultados de otras políticas que tienen un efecto determinante sobre las condiciones de trabajo. Esta constante puede ser verificada tanto a nivel de la Unión Europea como de cada uno de los Estados miembro. Una estrategia de prevención implica la determinación de prioridades, las asignaciones de recursos para crear los medios de impulsar, de acompañar, de controlar y de evaluar las políticas que han sido adoptadas. Supone considerar los sistemas de prevención de manera crítica para verificar si son una medida de respuesta a los desafíos cambiantes laborales. Y la cuestión más importante concierne el llevarlo a la práctica. Sobre la base de reglas existentes y conocimientos adquiridos en materia de pre-

vención, numerosos atentados contra la salud podrían ser evitados. La capacidad de las organizaciones sindicales de movilizar a los trabajadores alrededor de las cuestiones sobre la salud laboral aparece como un elemento central para un resurgimiento de políticas públicas en este terreno. En efecto, las reformas «de altura» ligadas a la necesidad de trasponer las directivas comunitarias, están desbordadas en gran medida.

Los años 2005-2006 serán años decisivos a tenerse en consideración. Constituirán una clase de test. ¿La ampliación europea será más que un simple gran mercado donde la competencia se hará sobre la base, sacrificando la vida y la salud de los trabajadores? O, por el contrario, ¿la construcción de una Europa social implicará una mejora de las condiciones de vida y de trabajo?

BIBLIOGRAFÍA

- García A.M., Gadea R., Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España, Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 2004, 7(1),pp 3-8.
- Heran-Le Roy O, Sandret N, Encuesta nacional Sumer 94. Primeros resultados, Paris: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Logan, WPD, Mortalidad del cáncer en relación al trabajo y clases sociales, Lyon,IARC,1982.
- Nurminen M, Karjalainen A (2001) Estimaciones epidemológicas de la proporción de fatalidades relacionadas con factores laborales en Finlandia. Prensa de Trabajo Escandinava, Medio Ambiente y Salud, vol.27, n° 3,pp.161-213.
- Boix, P., Orts, E., López, M.J., Rodrigo, F., Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995, Cuadernos de Relaciones Laborales, n° 11, 1997, pp. 275-319.
- Unión General de Trabajadores (UGT), Evolución de la siniestralidad en España 1996-2002, Madrid, 2003.