



Salud laboral

Ocho áreas de acción
prioritarias para
la política europea



Département HESA
5 bd du Roi Albert II
B-1210 Bruxelles
Tel.: +32 2 224 05 60
Fax: +32 2 224 05 61
hesa@etui-rehs.org
<http://hesa.etui-rehs.org>

Salud laboral

Ocho áreas de acción prioritarias
para la política europea

Laurent Vogel

Responsable de investigación de BTS

Sumario

	Introducción	3
1.	La salud y seguridad en el trabajo Un importante campo para reducir las desigualdades sociales en materia de salud	6
2.	La estrategia comunitaria para el período 2002-2006 ¿Recursos para cumplir con nuestras tareas?	10
3.	Los sistemas preventivos Por una estrategia coherente	13
4.	La organización del trabajo Una mezcla de importantes factores	15
5.	El riesgo químico La principal causa de mortalidad en el trabajo	22
6.	La precariedad Un problema grave	27
7.	Salud reproductiva y maternidad Aumentar los conocimientos para mejorar la prevención	29
8.	El reconocimiento de las enfermedades profesionales Aprendiendo de los errores	32

Introducción

Más de cien mil personas pierden la vida cada año en la Unión Europea como resultado de accidentes laborales o enfermedades provocadas por las malas condiciones de trabajo. A decir verdad, esto no es más que un cálculo aproximado, ya que no se pueden ofrecer cifras específicas. Es una estimación conservadora a la que se confiere poca atención. Cada vez que las autoridades o los investigadores han intentado determinar el impacto cuantificable de las condiciones de trabajo sobre algún aspecto de la salud, se ponen de manifiesto nuevos problemas. Los trabajadores y trabajadoras no necesitan especialistas para eso. Las encuestas nos hablan de fatiga, dolor, incapacidad y enfermedades que sufren a escala masiva. El Buró Técnico Sindical Europeo para la Seguridad y Salud en el Trabajo (BTS)* fue creado hace quince años precisamente para que la percepción y los puntos de vista de los trabajadores sean tenidos en cuenta, como una fuente real de conocimientos. El BTS intenta conocer mejor la realidad a través de las redes sindicales y sus contactos con los agentes preventivos. Intenta conocer la realidad para transformarla. Es por ello que una de las actividades del BTS es asistir a la CES y las organizaciones a ella afiliadas en la lucha por la salud en el trabajo. En el transcurso de estos quince años hemos intervenido en diversos campos: la seguridad de las máquinas, la prevención del cáncer, la ergonomía, el funcionamiento de los servicios de prevención, desde los debates políticos en el Parlamento Europeo hasta las iniciativas de los delegados sindicales en los comités de empresa europeos. Poco a poco, tanto las autoridades públicas como los profesionales de la prevención han reconocido la importancia del trabajo realizado por un pequeño equipo cuyo principal cometido es asociar los conocimientos técnicos a un compromiso con los trabajadores y sus representantes.

La salud laboral es un tema que carece dramáticamente de visibilidad. En raras ocasiones aparece en los titulares de prensa. Las investigaciones en este campo llaman poco la atención de las autoridades públicas. Para poner sólo un ejemplo, se dedican recursos considerablemente más importantes a las investigaciones genéticas del cáncer comparados con los escasos recursos dedicados a investigar la importancia de la exposición profesional a agentes cancerígenos.

* Desde el 1-4-05, el BTS forma parte de una nueva entidad: el Instituto Sindical para la Investigación, la Formación, la Salud y la Seguridad: ETUI-REHS.

Con frecuencia existe un falso concepto, según el cual los problemas de salud en el trabajo son principalmente de orden técnico. Nosotros, al contrario, pensamos que la salud laboral es desde el principio una cuestión política que refleja las opciones sociales.

Este folleto intenta ofrecer una visión general y amplia de algunos de los debates abiertos sobre salud y seguridad en el trabajo en la Unión Europea.

No intentamos que sea un análisis exhaustivo y completo. Se pueden encontrar estudios más detallados en otras publicaciones del BTS y en los informes específicos publicados en nuestra página web. Con él pretendíamos ofrecer una guía simplificada de lo que puede ser una complicada red de argumentos. Para abreviar y llegar a lo esencial algunos temas no se han tratado, no porque carezcan de importancia, sino porque ya existen publicaciones del BTS sobre dichos temas como debates sobre el diseño de maquinarias, normalización técnica o vigilancia de mercado.

La política comunitaria de salud y seguridad en el trabajo es a menudo difícil de seguir, ya que está enmarcada en una complicada estructura institucional. Los debates pueden parecer poco esclarecedores, pero han tenido un gran impacto en las políticas nacionales de salud y seguridad en el trabajo y pueden ayudar a mejorar las prácticas preventivas en el lugar de trabajo. Otras políticas comunitarias también han tenido un impacto en la salud en el trabajo hasta cierto punto. Las políticas de privatización de los servicios públicos y la promoción de la competitividad han tenido un efecto negativo. Las políticas sobre sustancias químicas y mercados de maquinarias determinan en gran medida de qué información pueden disponer las empresas para llevar a cabo su política preventiva. Es esencial que se revisen todas estas políticas y que se defina una estrategia sindical común para ayudar a modificarlas.

Este folleto forma parte de un esfuerzo continuo del BTS para conferir una mayor visibilidad a los debates políticos y a los mecanismos de toma de decisión. Está dirigido a los sindicalistas y activistas de la prevención en general e intenta explicar los aspectos más importantes de los debates políticos.

Algunos aspectos tienen que ver directa y únicamente con la prevención de riesgos laborales. Otros abarcan diferentes áreas, pero tendrán un gran impacto en la salud en el trabajo. Algunos de los debates se comenzarán en el año 2006 o más tarde. Los aspectos clave son:

- El proyecto REACH para la reforma de la normativa sobre sustancias químicas que ha sido objeto de virulentos ataques por parte de la industria química y la administración Bush.
- La propuesta de revisión de la directiva sobre Tiempo de Trabajo presentada por la Comisión en 2004 que podría significar un retroceso social.
- La propuesta de enmienda a la directiva sobre protección de los trabajadores expuestos a cancerígenos para incluir agentes mutágenos y tóxicos para la reproducción. Esto significará un gran paso de avance para la protección de la salud reproductiva.
- La discusión del seguimiento de 2004 de la aplicación práctica de la Directiva Marco de 1989 y otras cinco directivas sobre salud y seguridad en el trabajo.

- La discusión del futuro informe de la Comisión, sobre la evaluación de la estrategia comunitaria de salud y seguridad a medio plazo.
- La discusión de la futura comunicación de las iniciativas comunitarias para prevenir los trastornos músculo-esqueléticos.
- La propuesta de Directiva sobre liberalización de los servicios (a veces llamada la “Directiva Bolkestein”) que puede afectar los niveles de salud y seguridad en muchos sectores (en particular los sectores de la construcción y cualquier otro sector que utilice plantillas subcontratadas o eventuales).

Un análisis de las estrategias preventivas aplicadas por los diferentes Estados dará como resultado que surjan cuestiones de índole común a todos los países de la UE. Los sindicatos deberán exigir a las instituciones comunitarias que dichas cuestiones sean debatidas y que dichos debates produzcan propuestas concretas. Nos referimos a las siguientes cuestiones:

- El impacto de la salud y seguridad en los empleos eventuales de corta duración.
- La necesidad de un enfoque basado en la igualdad de género, que garantice un equilibrio de género en todos los trabajos, en condiciones que conlleven a una salud duradera.
- Mejores controles del mercado de equipos de trabajo a través de la aplicación práctica de la directiva sobre máquinas (cuya revisión está a punto de concluir).
- Los vínculos entre las políticas comunitarias de salud y prevención de riesgos laborales, en especial con el objetivo de reducir las desigualdades sociales en el campo de la salud.

Desde el comienzo, el BTS ha intentado a través de los intercambios de experiencia y la cooperación entre las organizaciones sindicales que la intervención comunitaria se nutra constantemente de las experiencias nacionales y de lo que nos pueden aportar los éxitos y los fracasos.

Los retos se intensifican ya que la ampliación de la Unión Europea ha creado un contexto más diverso y complejo. Los nuevos Estados miembros han tenido que asimilar en muy pocos años el Aquis Comunitario (conjunto establecido de leyes y normativas). Una nueva Comisión ha entrado en funciones en noviembre de 2004. Hace sólo unos meses que se ha renovado el Parlamento Europeo. La ampliación de la Unión Europea no significa que va a haber mejoras, ni retrocesos sociales de manera automática. Todo depende de la dinámica política y social de cada Estado miembro y cómo se acoplen éstas a las políticas comunitarias. La salud en el trabajo es un área donde las vidas cotidianas de las personas y las grandes decisiones políticas están en constante interacción. Esta publicación tiene como objetivo ayudar a los sindicalistas y a todos los que están involucrados en la protección de la salud en el trabajo a influir en las políticas de la UE. De esta manera quiere formar parte de una dinámica general que ayude a construir la Europa del futuro.

Marc Sapir

Director del BTS
Noviembre 2004

1. La salud y seguridad en el trabajo

Un importante campo para reducir las desigualdades sociales en materia de salud

Las desigualdades sociales son aún evidentes e incluso empeoran en toda la Unión Europea. La esperanza de vida, la probabilidad e invalidez y la prevalencia de muchas enfermedades y trastornos varían según la clase social del individuo.

Las malas condiciones de trabajo son unas de las mayores causas de estas grandes lagunas de salud. Esas condiciones constituyen un factor coadyuvante en la reducción de la esperanza de vida, ya sea de manera directa a través de accidentes o enfermedades mortales, o indirecta contribuyendo al empeoramiento de la salud. El estrés derivado del trabajo, por ejemplo, está asociado con una serie de enfermedades y trastornos, entre ellos enfermedades coronarias.

¿Por qué es importante la acción comunitaria?

La Unión Europea es un mercado común. Garantiza la libre circulación de capital, servicios, trabajadores y productos. Esto significa a su vez que hay que desarrollar un marco legal para armonizar las legislaciones nacionales. El principal objetivo de dicha armonización es evitar la competencia incontrolada a costa del deterioro de las condiciones de trabajo y los daños para la salud y seguridad de los trabajadores que de ello se derivan.

Desde su creación, y en particular desde la puesta en vigor del Acta Única Europea de 1986, la Unión Europea ha elaborado un amplio marco legislativo en cuanto a prevención de riesgos laborales. Junto a las disposiciones sobre igualdad de género, este es el campo más desarrollado de la política social europea.

Pero este conjunto legislativo no ha sido suficiente para garantizar la mejora en las condiciones de trabajo. Este es un factor esencial para el progreso en los países comunitarios, pero continúa siendo frenado por una serie de fallos e imprecisiones. Además, el trabajo ha cambiado. Algunos riesgos que no eran tenidos en cuenta en el pasado emergen ahora con más fuerza. Aparecen nuevos problemas o empeoran algunos factores, mientras que otros permanecen ocultos. Mejoran los datos técnicos y científicos y cambian las expectativas de los trabajadores. Es por ello que la legislación comunitaria en prevención de riesgos sigue siendo un espacio “en construcción”. El gran impulso legislativo que se

produjo entre 1989 y 1992 ha decaído y ahora es necesario de recuperar el terreno perdido.

Pero la acción comunitaria consiste en algo más que aprobar leyes. Debe estar apoyada por una estrategia general matizada por una serie de funciones, como el seguimiento de la aplicación práctica y la evaluación constante de las situaciones, la elaboración de políticas y medidas de presión dirigidas a los Estados miembros que no cumplan sus obligaciones, la información, la investigación, la extensión de los conceptos de prevención de riesgos laborales a otras esferas de la política comunitaria, etc.

La acción conjunta de las diversas instituciones y agencias comunitarias –como la Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo con sede en Bilbao, la Fundación Dublín, el Comité Consultivo Tripartito de Luxemburgo, así como otros órganos especializados menos conocidos, como el SLIC (Comité Superior de Inspectores de Trabajo) y el SCOEL (Comité Científico para el estudio de los Límites de Exposición Laboral)– es un elemento clave.

Datos sobre el impacto de las condiciones de trabajo en la salud humana

Las condiciones de trabajo pueden analizarse en base a diversos criterios, como lo demuestra la encuesta de la Fundación Dublín sobre condiciones de trabajo realizada en 2000. En términos de percepciones inmediatas, el 27% de los trabajadores en la Europa de los Quince considera que su trabajo pone en riesgo su salud y seguridad. Desde el punto de vista de la sostenibilidad, la situación parece aún más crítica: el 42% de los trabajadores de la UE consideraban que eran incapaces o no deseaban mantenerse en su actual puesto de trabajo hasta los 60 años. Las cifras de los nuevos Estados miembros son aún más preocupantes.

La encuesta sobre la fuerza de trabajo en la Unión Europea incluía un módulo sobre salud laboral. La encuesta arrojó como resultado que de 100.000 participantes, 5,372 tenían un problema de salud causado o agravado por sus condiciones de trabajo actuales o anteriores, que no incluían accidentes de trabajo. Una consecuencia de esta situación es que se pierden 350 millones de jornadas laborales al año.

Para que este trabajo conjunto sea satisfactorio, la Unión Europea tiene que dedicar esfuerzos y recursos a la salud en el trabajo. Tanto el Parlamento Europeo como el Comité Económico y Social han expresado en repetidas ocasiones su inquietud por los recortes en la financiación y asignación de recursos humanos disponibles en la Comisión dedicados a impulsar las políticas preventivas y a asegurar que las Directivas sean traspuestas adecuadamente por parte de los diferentes Estados miembros. La ampliación de la Unión Europea a 25 Estados ha acentuado la necesidad de ampliar dichos recursos. Hasta el momento no se ha hecho nada para solucionar esto. No creemos que la noción transversal de la seguridad y salud en el trabajo dentro de otras políticas sociales sea suficiente. Sin una línea central básica enfocada exclusivamente en la salud laboral, la política corre el riesgo de tener agujeros a través de los cuales se perdería toda su coherencia.

Algunos aspectos básicos

La legislación en prevención de riesgos laborales puede considerarse una cuestión muy técnica

que sólo los especialistas pueden comprender totalmente. Sin embargo, la base de esa legislación está vinculada a opciones sociales básicas. Desde el comienzo mismo de la revolución industrial, ha existido una polémica sobre cuál es la responsabilidad de las autoridades si la acumulación de riquezas por parte de unos cuantos causa graves daños a la vida y la salud de la mayoría de la población. El movimiento obrero ha combatido la postura liberalista de “dejar hacer, dejar pasar”. Aparentemente no

bastaba con la autorregulación por parte de las empresas que actuaban de acuerdo a sus intereses económicos a largo plazo o a sus sentimientos de compasión o responsabilidad social. El Estado tuvo que intervenir y establecer unas condiciones y unos límites. Desde la primera mitad del siglo XIX, se establecieron leyes para eliminar el trabajo infantil, garantizar unas condiciones mínimas de seguridad de las máquinas y observar la higiene en los lugares de trabajo.

Cada vez que ha existido legislación para proteger la salud y seguridad en el trabajo, las reformas propuestas han sido violentamente atacadas más por su coste putativo que por su contenido. Las estimaciones alarmistas han tachado siempre la legislación como una amenaza a la economía. Los empresarios del siglo XIX predecían que la eliminación del trabajo infantil en las minas sería el comienzo de una caída de la economía europea. Incluso hoy, los que se oponen a la legislación comunitaria en salud y seguridad en el trabajo, exageran los posibles costes, para no mencionar sus predicciones sobre la pérdida de empleos. No debemos olvidar que los costes de la prevención producen beneficios sustanciales para la sociedad y los trabajadores protegidos.

Obviamente no es posible legislar todos los problemas, pero ese es un punto esencial para comenzar. Sin la normativa, siempre existirá la competencia entre empresarios motivados por los beneficios a cualquier precio –incluso la muerte de los trabajadores– y otros más preocupados por la prevención.

El sentido de la legislación es su aplicación práctica, de manera que la estrategia en salud laboral debe estar enmarcada a nivel comunitario y en cada Estado miembro. Dicha estrategia deberá contar con los recursos necesarios, potenciar el trabajo en conjunto entre las partes involucradas y poner en vigor sistemas de control y vigilancia. No podrá elaborarse sin consultar a los sindicatos y deberá evaluarse periódicamente para poder introducir los cambios necesarios a tiempo cuando surjan nuevos problemas o se detecten fallos.

La salud no puede imponerse desde fuera. Se preserva de manera individual y colectiva por medio de la acción diaria. Eso es lo que convierte a los sindicatos en agentes esenciales en el proceso preventivo. La existencia de una red nutrida y activa de representantes de los trabajadores en materia de salud y seguridad es la clave del éxito de cualquier estrategia preventiva. Hoy se le niega a un gran número de trabajadores europeos el derecho a cualquier tipo de representación por motivos de tamaño de la empresa, estatus laboral (por ejemplo: trabajadores eventuales subcontratados) o de cualquier otra índole.

Otros materiales para profundizar en el tema

- Eurostat, *Work and health in the European Union - A statistical portrait*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
Consultable on:
<http://europa.eu.int/comm/eurostat> > Publications
- European surveys on work-ing conditions done by the Dublin Foundation. See : <http://www.eurofound.ie/working/surveys/index.htm>.
- On the contribution of psycho-social factors to social inequalities in health: special issue of *Social Science and Medicine*, Vol. 58 (2004).

2. La estrategia comunitaria para el período 2002-2006 ¿Recursos para cumplir con nuestras tareas?

En marzo de 2002, la Comisión adoptó una comunicación que definía la estrategia en el campo de la salud y seguridad en el trabajo para el período 2002-2006.

El análisis de dicho documento suscita ciertas dudas sobre la coherencia de las acciones propuestas.

La comunicación de la Comisión contiene diversos elementos de análisis interesantes. Las proposiciones prácticas son por el contrario débiles y no se fijan plazos de cumplimiento, una evaluación rápida a finales de 2004 muestra que no han abundado las iniciativas.

Podemos tomar como ejemplo las lesiones músculo-esqueléticas (LME). Se trata de un conjunto de patologías que afecta masivamente a los trabajadores europeos. La comunicación de la Comisión hace un justo llamamiento para declararlas prioritarias en el campo de la prevención de riesgos laborales, pero en lugar de proponer iniciativas específicas, la Comisión anunció en 2002 que presentaría una comunicación sobre las LME. Dicha comunicación debería examinar las causas y proponer modificaciones o nuevas disposiciones legislativas en aquellos ámbitos que no estaban suficientemente cubiertos. En la práctica, a finales de 2004 no se había emprendido iniciativa alguna y no se ha presentado la comunicación.

El aspecto fundamental que pretende evitar la comunicación de la Comisión es el siguiente: en materia de salud y seguridad en el trabajo, las directivas constituyen el principal instrumento de intervención comunitaria. Este punto fue aceptado por unanimidad por los Estados que eran miembros de la UE después de la revisión del tratado por el Acta Única Europea de 1986. Todos los progresos logrados hasta el momento han sido posibles sólo en aquellos campos en los que las directivas comunitarias ofrecen un punto de referencia común de obligado cumplimiento. En todos los otros campos donde no existen referencias obligatorias, sino recomendaciones, como es el caso del reconocimiento de las enfermedades profesionales, el fracaso ha sido evidente.

El entusiasmo con el que la Comisión ha impulsado la “soft law” (un paquete de medidas que no tienen carácter obligatorio) y la imprecisión de sus intenciones en lo relativo a una nueva disposición legislativa, han despertado dudas sobre si existe realmente una estrategia

comunitaria de salud y seguridad en el trabajo para el actual período. Después de 2002, las iniciativas de la Comisión Prodi han sido escasas y cuestionables. Se han propuesto algunas mejoras (se trata principalmente de un proyecto de revisión de la directiva sobre agentes cancerígenos), numerosos dossiers han sido bloqueados (sobre todo el de lesiones músculo-esqueléticas), la revisión de la directiva sobre trabajadoras embarazadas no se ha producido a pesar de la demanda insistente de las organizaciones sindicales y del Parlamento Europeo y a pesar del compromiso político que se asumió en 1992.

En cuanto al tiempo de trabajo, la Comisión ha cedido a las presiones patronales e intentó iniciar un retroceso. En momentos cruciales la Comisión tiende a hacer un llamamiento a la “buena voluntad de los agentes sociales”, antes que adoptar una postura clara que pueda inquietar a la patronal o a algunos gobiernos. Por otro lado, los debates en marcha sobre la reglamentación del mercado de las sustancias químicas (REACH) y la revisión de la directiva sobre máquinas demuestran que la salud en el trabajo no está integrada adecuadamente a la política comercial. Ciertas propuestas en otros campos, como la Directiva sobre liberalización de los servicios (Directiva Bolkestein) podrían tener un impacto muy negativo en la salud y seguridad en el trabajo.

¿Cómo puede la acción sindical ayudar a que mejore la legislación comunitaria?

Es fácil perderse en el laberinto de las instituciones comunitarias. Las instancias de decisión están desvinculadas de las preocupaciones de los ciudadanos. Con frecuencia esto produce la sensación de que no se puede hacer nada al respecto. Incluso a nivel nacional, no es fácil que los ciudadanos tengan una participación activa en la política. Pero existen ciertos precedentes positivos que la movilización sindical puede ser decisiva a la hora de modificar las opciones políticas. El ejemplo que describimos brevemente aquí se refiere a legislaciones que podrían haber perjudicado seriamente las condiciones de vida y de trabajo.

El intento de liberalizar de manera forzosa el trabajo en los muelles hubiese creado serios riesgos para la

salud y seguridad de haber tenido éxito. Los sindicatos del transporte han iniciado una campaña sistemática desde el anuncio de la propuesta de liberalización por parte de la Comisión Europea. Uno de los aspectos más preocupantes de la reforma es lo que hizo llamar el principio de autoasistencia que permite a los propietarios de los buques elegir al personal que deseen para la carga y descarga de buques, con personal subcontratado para dichas tareas o miembros de la tripulación con poca experiencia en las labores de carga y descarga. Este principio arriesgaba los puestos de trabajo y la seguridad de los estibadores y creó una competencia que redujo los salarios y empeoró las condiciones de trabajo. A continuación presentamos una breve cronología de los hechos.

Cronología de los debates parlamentarios y movilizaciones sindicales relacionados con el trabajo portuario

- **13 de febrero 2001.** La Comisión Europea publica su propuesta de Directiva sobre acceso al mercado de los servicios portuarios.
- **25 de septiembre 2001.** Primer llamamiento a la movilización por la Federación Europea de Trabajadores del Transporte. Protestas de los obreros portuarios británicos, españoles y belgas.
- **14 de noviembre 2001.** El Parlamento Europeo enmienda la directiva, pero deja intacto el principio de auto-asistencia.
- **13 de diciembre 2001.** Varios miles de trabajadores se suman a la manifestación de la CES en la Cumbre Europea de Laeken.
- **19 de febrero 2002.** La Comisión Europea presenta una nueva propuesta que ignora los cambios exigidos por el Parlamento.
- **14 de marzo 2002.** Los trabajadores portuarios tienen una participación destacada en la cumbre europea de la CES en Barcelona.
- **Junio 2002.** Primeras huelgas en seis países (incluso en Noruega) contra las propuestas de la Comisión Europea.
- **25 de junio 2002.** El Consejo de Ministros adopta una postura común que incluye disposiciones aún más perjudiciales sobre la autoasistencia.
- **Enero de 2003.** Segundo día de acción con huelgas de 24 horas en 17 países.
- **17 de febrero 2003.** 500 trabajadores portuarios de 13 países europeos responden al llamamiento de protesta de la Federación Europea de Trabajadores del Transporte frente al edificio del Parlamento Europeo en Bruselas.
- **18 febrero 2003.** La Comisión de Transporte del Parlamento Europeo desarrolla un compromiso que limita los aspectos más peligrosos de la directiva, pero que acepta la auto-gestión en ciertas condiciones.
- **20 de febrero 2003.** 250 portuarios se manifiestan en Antwerp contra la visita de la comisaria europea de Transporte, Loyola de Palacio.
- **10 de marzo 2003.** 3.000 trabajadores portuarios se manifiestan frente al edificio del Parlamento Europeo en Estrasburgo con el eslogan "Dejadlo a los especialistas, es nuestro trabajo".
- **12 de marzo 2003.** El Parlamento Europeo vota la directiva en segunda lectura con el requerimiento de que la autogestión esté sujeta a autorización previa.
- **15 de abril 2003.** El Consejo de Ministro rechaza las enmiendas del Parlamento Europeo. Comienza un proceso de conciliación.
- **9 de septiembre 2003.** Huelgas en los puertos belgas y holandeses
- **29 de septiembre 2003.** Protestan en Rotterdam 9.000 obreros portuarios de 12 países (incluida una delegación de los EE.UU.). Paralización de jornada en los puertos belgas, franceses y holandeses. Los estibadores del sur de Europa organizan una marcha de protesta en Barcelona.
- **30 de septiembre 2003.** El proceso de conciliación da como resultado un texto que permite la autogestión en ciertas condiciones. La votación es muy cerrada en el seno de la delegación del Parlamento Europeo. El mismo día la Federación Europea de Trabajadores del Transporte rechaza los resultados de la conciliación y anuncia más acciones de los estibadores contra la directiva que aún tiene que ser aprobada en sesión plenaria por el Parlamento.
- **17 de noviembre 2003.** Se hace entrega de una petición avalada por 16.000 firmas al presidente del Parlamento Europeo contra el compromiso derivado del procedimiento de conciliación. En los puertos belgas, los trabajadores comienzan el descanso una hora antes. Envío masivo de e-mails a los parlamentarios europeos.
- **20 de noviembre 2003.** El Parlamento Europeo rechaza la directiva emanada del procedimiento de conciliación por 209 votos a favor, 229 en contra y 16 abstenciones. Es la tercera vez en 10 años que un texto derivado de la conciliación se vota en sesión plenaria en el Parlamento Europeo.

Materiales para profundizar en el tema

- Las propuestas sindicales para una nueva estrategia comunitaria están en "A new impetus for Community Occupational Health policy". VOGEL, Laurent, Bruselas, CES-BTS, Junio 2001.
- SMISMANS, S., "¿Hacia una nueva estrategia comunitaria en salud y seguridad en el trabajo? Atrapados en la red de procedimientos institucionales". Publicado en The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations, vol. 19/1. Primavera de 2003, pp. 55-84.
- Página web del BTS [http://hesa.etui-rehs.org/fr>dossiers.Main topics>Community strategy](http://hesa.etui-rehs.org/fr>dossiers.Main%20topics>Community%20strategy) (en inglés y francés).

3. Los sistemas preventivos

Por una estrategia coherente

Uno de los fallos de las leyes preventivas aprobadas entre los comienzos de la revolución industrial y la década de los 60 del siglo XX era que estaban enmarcadas como respuestas específicas a los riesgos identificados. La legislación solía aparecer después de los riesgos, e intentaba dar una solución técnica para eliminarlo o reducirlo. Los fallos de este método eran:

- se trataba de un método más reactivo que preventivo: la legislación aparecía generalmente mucho después que el riesgo;
- su desarrollo era muy lento y no se adecuaba a todas las situaciones;
- no tenía en cuenta muchos riesgos y la opción más común era ignorarlos;
- creaba el falso concepto de que un grupo de respuestas técnicas específicas era suficiente para garantizar la salud y seguridad de los trabajadores.

En la década de los 60 comenzaron a surgir otros enfoques en el campo de la salud y seguridad en el trabajo, enmarcados en una estrategia con conexiones a diferentes niveles:

- una estrategia preventiva nacional con un vínculo más estrecho entre salud en el trabajo, salud pública y protección del medio ambiente; una reglamentación más estricta del mercado de los equipos de trabajo y los productos químicos; sistemas de seguimiento, alerta, control, sanción y detección de los problemas;
- estrategias sectoriales y territoriales que recogían las diferentes características de un sector industrial específico o de un área geográfica;
- integración de las exigencias en el campo de la salud y seguridad en el trabajo a la gestión y las estrategias empresariales;
- participación activa de los trabajadores y organizaciones sindicales en la planificación y aplicación de las políticas preventivas.

La legislación comunitaria ha estado dirigida fundamentalmente a los dos últimos niveles de intervención. Ha establecido las normas para asegurar que toda empresa adopte una política preventiva coherente. No ha abordado sistemáticamente el papel de las autoridades públicas, ni el contenido de las estrategias preventivas nacionales. Dicho de otro modo, hay un vínculo esencial entre la estrategia general y la puesta en vigor de modificaciones específicas en los lugares de trabajo.

Por ejemplo, los exámenes médicos realizados como parte del sistema de vigilancia de la salud, tienen muy poco efecto, si no están apoyados en el seguimiento general de la salud de los trabajadores a escala nacional, la investigación epidemiológica y el desarrollo de soluciones preventivas, que en muchos casos sobrepasan los límites de la empresa.

La Inspección de Trabajo es un elemento esencial en la aplicación de las estrategias preventivas nacionales. Su actividad debe garantizar que todos los trabajadores disfruten de iguales derechos en cuanto a la protección de su salud y seguridad, pero la falta de recursos materiales y humanos que afectan actualmente a las Inspecciones de Trabajo de los países de la UE reduce su eficacia en un contexto caracterizado por la segmentación extrema de la producción y la expansión de la subcontratación y la contratación eventual.

A principios de 2004, la Comisión publicó su primer informe sobre la aplicación práctica de la Directiva Marco de 1989 y cinco directivas específicas. En dicho informe se refleja que las estrategias preventivas nacionales han sido erróneas. En muchos casos los Estados han convertido las directivas en leyes, pero no han garantizado los recursos para su aplicación práctica adecuada.

En el orden del día...

- Muchos países comunitarios están enfrascados en debates nacionales sobre prioridades preventivas. Dichos debates pueden ser de valor informativo para posteriores discusiones del informe de la Comisión sobre la aplicación práctica de la Directiva Marco de 1989 y las cinco directivas específicas. Esta puede ser una oportunidad para crear una estrategia general comunitaria y estrategias nacionales en salud y seguridad en el trabajo.
- Es importante apoyar las iniciativas para poner en marcha un seguimiento más sistemático de las condiciones de trabajo y su impacto en la salud, así como actividades preventivas. Esto ya se está llevando a cabo a nivel comunitario por parte de diferentes organizaciones (la Fundación Dublín, La Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo de Bilbao, el Eurostat, etc.). El seguimiento nacional es muy desigual de un país a otro.
- En 2005, la Comisión presentó una comunicación sobre la aplicación de la estrategia comunitaria en el período 2002-2006.
- Es importante incorporar la dimensión de género a las estrategias preventivas. El objetivo clave es el equilibrio de género en los sectores y puestos de trabajo, en condiciones de trabajo que no afecten la salud de mujeres u hombres a lo largo de su vida.
- Es conveniente mejorar la integración de las prioridades preventivas a otras políticas, sobre todo a la protección del medio ambiente, a la comercialización de equipos de trabajo y sustancias químicas, la igualdad de género, la salud pública y los programas de investigación.

Otros materiales para profundizar en este tema

- Preventive Services, Special Report, TUTB Newsletter, No. 21, June 2003, pp. 19-37. Disponible en la website del BTS: <http://hesa.etui-rehs.org/fr>newsletter> (informe del BTS sobre los servicios de prevención en inglés y francés).

4. La organización del trabajo

Una mezcla de importantes factores

No son sólo las cosas tangibles como los equipos de trabajo y las sustancias químicas las que causan problemas en el lugar de trabajo. Las cuestiones intangibles como la duración de la jornada laboral, el ritmo, la distribución, cómo se adecuan al trabajo la formación, información y otras formas de apoyo, la cohesión entre trabajadores, la dignidad, etc., también juegan un papel importante.

Tradicionalmente las políticas preventivas han ignorado muchos aspectos de la organización del trabajo. Durante más de un siglo y medio sólo existió normativa sobre jornada laboral, y sin embargo la organización del trabajo es un ámbito clave para mejorar la prevención. A continuación comentamos algunos de los aspectos a tener en cuenta.

Tiempo de trabajo: duración y organización

Existen grandes diferencias entre los países de la Unión Europea en cuanto a horas de trabajo. En el Reino Unido existe una práctica muy extendida de acuerdos individuales en cuanto a la duración máxima de la jornada laboral semanal que impone jornadas muy largas con consecuencias negativas para la salud y seguridad de los trabajadores. El gobierno británico ha informado que hay unos 3.742.000 personas que trabajan más de 48 horas a la semana. Eso significa casi un 20% de los trabajadores empleados a jornada completa¹. Esto no es un problema únicamente de Gran Bretaña. La encuesta de la Fundación Dublín sobre condiciones de trabajo informa que en la Europa de los Quince, el 14% de los trabajadores hacían más de 45 horas semanales en el año 2000 y aproximadamente uno de cada tres trabajadores tenía jornadas largas (de más de 10 horas diarias). La media de horas de trabajo en los nuevos Estados miembros está por encima de la de la Europa de los Quince.

La duración de la jornada de trabajo no es el único factor relevante en la relación entre el tiempo de trabajo y la salud. La compatibilidad de las horas de trabajo con las demás actividades de la persona fuera del trabajo es también un factor importante. Ciertos horarios atípicos (el trabajo nocturno o los fines de semana) pueden reducir la vida social e interferir en el equilibrio de la vida laboral. Estos horarios de trabajo también son incompatibles con los biorritmos humanos. La nocturnidad

¹ Fuente: Department for Trade and Industry, Working Time – "Widening the debate" Londres, junio 2004 (Ampliando el debate) disponible en inglés en <http://www.dti.gov.uk/consultations/files/publication-1252.pdf>.

más específicamente está vinculada a trastornos digestivos, trastornos del sueño, enfermedades cardíacas, etc.

Un tercer factor de importancia es la regularidad y previsibilidad de los horarios. Los cambios frecuentes de horario, pasar de períodos de trabajo largos a otros reducidos y sobre todo la incertidumbre en cuanto a los horarios de las semanas y meses próximos tienen efectos desastrosos para la salud. Estas situaciones son cada vez más comunes como resultado de la política de flexibilidad horaria que subordina a las personas a las necesidades inmediatas de la producción, de manera que los períodos en que el empresario exige que el trabajador esté disponible no pueden compararse al tiempo libre en términos de calidad del descanso, organización de las tareas domésticas, opciones de ocio, etc. Aunque la directiva actual sobre tiempo de trabajo dista mucho de cumplir las expectativas de los trabajadores, la propuesta de revisión apunta a un retroceso social. Esto sentaría un precedente muy peligroso de recorte en las normas de protección de los trabajadores.

Es por ello que la revisión de la directiva será una prueba definitiva para el futuro de la política social europea.

La prueba de la revisión de la Directiva sobre tiempo de trabajo

La Directiva sobre tiempo de trabajo de 1993, incluía algunas disposiciones mínimas destinadas a mejorar la salud y seguridad en el trabajo (artículos 3 al 13). Era probablemente la única directiva comunitaria que dedicaba más espacio a una complicada serie de cláusulas de flexibilidad, derogación y excepción, que se parecía mucho a la tela de Penélope. Todo lo que los legisladores habían tejido para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, podía ser deshecho fácilmente por los empresarios o los gobiernos: algunas de las derogaciones y excepciones fueron adoptadas de manera provisional a propuesta del Reino Unido y se entendía que una directiva más coherente sería elaborada tras un período de transición de siete años.

Desde el principio la directiva fue objeto de innumerables conflictos. El Reino Unido intentó anularla, pero el Tribunal de Justicia rechazó el recurso.

Una serie de cuestiones preliminares de tipo judicial permitieron resolver las dificultades de inter-

pretación de las disposiciones y sancionaron los casos de transposición incorrecta. Aunque conocía bien los innumerables abusos que propiciaban las derogaciones individuales, la Comisión no inició recurso alguno contra ningún Estado miembro, privando así a los ciudadanos comunitarios de la garantía de igualdad de derechos sociales y laborales fundamentales. El único avance significativo fue la extensión del ámbito de las disposiciones comunitarias a trabajos y sectores que permanecían excluidos de la directiva original.

En septiembre de 2004, la Comisión presentó las propuestas de revisión de la directiva. A las empresas se les permite una mayor flexibilidad en cuanto a la duración máxima de la jornada semanal de 48 horas. El período de referencia para calcular las horas de trabajo semanales puede extenderse a un año.

La propuesta aún permite derogaciones individuales por parte de los empresarios. En algunos

Carga de trabajo

La carga de trabajo es un factor determinante en la salud de los trabajadores. También constituye un aspecto de la organización del trabajo en el que las políticas preventivas siguen siendo débiles.

La carga de trabajo es una cuestión muy compleja que resume tanto el esfuerzo físico como el intelectual y las implicaciones fisiológicas y emocionales. Está muy vinculada al control de los individuos sobre sus tareas, las formas de cooperación entre la persona y sus compañeros, el apoyo ofrecido a través de la formación y la información, la adecuación de los equipos a las tareas, etc.

En general, ha habido un aumento creciente de la intensificación del trabajo en los últimos años. Entre 1990 y 2000, el número de personas trabajando a ritmos acelerados ha aumentado de un 48% a un 56%, mientras que el número de personas que trabajan para cumplir con plazos muy cerrados ha aumentado de un 50% a un 60% (según datos de la Fundación Dublín).

casos, pero no todos, las derogaciones requieren de un acuerdo colectivo previo. La propuesta acepta tan claramente que esos abusos se van a producir, que se ve obligada a establecer un segundo cupo máximo de horas semanales de 65 horas. Este no es un máximo obligatorio: será posible aplicar otras derogaciones a través de acuerdos entre empresarios y trabajadores o de acuerdos colectivos.

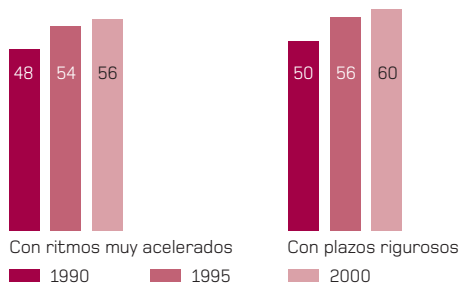
La propuesta contiene la definición de "trabajo a solicitud" que permite a los empresarios obligar a sus empleados a presentarse en el lugar de trabajo a su disposición sin que dicho tiempo cuente como tiempo de trabajo. ¡Esta disposición viola las normativas internacionales establecidas por la OIT desde 1930! El Convenio nº 30 de la OIT sobre horas de trabajo (Comercio y Oficinas) dispone: "el término horas de trabajo significa el tiempo durante el cual los empleados están a disposición del empresario". Dicho Convenio nº30 fue ampliamente refor-

zado por el Convenio nº 67 sobre Horas de Trabajo y Períodos de Descanso (Transporte por carreteras) de 1939.

Si una cajera de supermercado tiene que estar en su trabajo de 9.00 h a 20:00 h, pero sólo realiza actividades relacionadas con su trabajo durante 5,2 horas, la nueva disposición permite considerar que sólo ha trabajado la mitad del tiempo que debería permanecer en su puesto de trabajo a disposición del empresario. Los trabajadores podrían terminar soportando la carga que significa una organización irregular del trabajo, derivada de las demandas de los clientes o del flujo productivo.

La propuesta de revisión de la Directiva de tiempo de trabajo es pues una gran prueba que determinará la futura política social europea. Las dos opciones básicas están entre la liberalización, la cual aumentaría las desigualdades sociales, o la mejora de las condiciones de vida y de salud para todos.

Trabajadores sometidos a ritmos acelerados y plazos rigurosos
1990-2000 (en %)



Fuente: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2000.

Esta intensificación tiene muchos efectos adversos para la salud:

- Aumento del estrés y los trastornos psicológicos derivados (fatiga general, insomnio, depresión, irritabilidad, etc.);
- Problemas psicosomáticos que aumentan significativamente muchos trastornos físicos;
- Un aumento significativo de una serie de dolencias denominadas “lesiones músculo-esqueléticas”;
- La intensidad del ritmo de trabajo es también un factor vinculado a los accidentes laborales. El trabajo “urgente” no siempre permite afrontar adecuadamente las circunstancias imprevistas.

La intensidad del trabajo es uno de los factores decisivos en la exclusión de los trabajadores de mayor edad.

En el caso de las mujeres que tienen dificultades para combinar el trabajo asalariado con las responsabilidades domésticas, puede servir como factor excluyente o elemento de segregación al trabajo a tiempo parcial.

El trabajo monótono y repetitivo que multiplica los efectos nocivos de la intensificación. La encuesta de la Fundación Dublín destaca el efecto dañino del trabajo repetitivo para la salud. La rápida propagación de las lesiones músculo-esqueléticas demuestra el daño para la salud como resultado de la combinación de los siguientes factores:

- intensificación del trabajo;
- volumen de trabajo monótono y tareas repetitivas;
- mala organización del trabajo, equipos de trabajo ergonómicamente inadecuados
- estrés de origen laboral

La actual legislación comunitaria no ofrece unas directrices lo suficientemente eficaces para guiar las políticas preventivas en materia de lesiones músculo-esqueléticas. Las directivas existentes solo abarcan una parte del problema (trabajo con PVD, basado en los problemas de visión, manipulación manual de cargas). Un análisis de género demuestra que los fallos de la legislación afectan especialmente a las mujeres trabajadoras que tienden a realizar actividades que implican movimientos repetitivos, posturas inadecuadas y poca autonomía para organizar su propio trabajo.

Tabla 1 Problemas de salud derivados de los movimientos repetitivos - 2000 (%)

	Dolores de espalda	Dolores musculares de cuello y hombros	Dolores musculares de las extremidades superiores	Dolores musculares de las extremidades inferiores
Movimientos repetitivos	48	37	24	21
Movimientos no repetitivos	19	11	4	5
Media	33	23	13	11

Tabla 2 Problemas de salud derivados de los ritmos intensos de trabajo - 2000 (%)

	Dolores de espalda	Estrés	Dolores musculares de cuello y hombros	Lesiones
Ritmo acelerado y continuo	46	40	31	10
Ausencia de ritmo acelerado	25	21	15	5

Tabla 3 Problemas de salud derivados de plazos de trabajo rigurosos - 2000 (%)

	Dolores de espalda	Estrés	Dolores musculares de cuello y hombros	Lesiones
Ritmo acelerado y continuo	42	40	31	10
Ausencia de ritmo acelerado	27	20	17	5

Violencia, acoso y estrés: indicadores alarmantes de la carga psicosocial

Varias encuestas nacionales y europeas han detectado un aumento de los problemas asociados a la violencia tanto física como psicológica, diferentes formas de acoso (sexual y psicológico) y el estrés en el trabajo. Los motivos de esto son:

- Problemas que ya existían, pero eran soportados en silencio y aislamiento, ahora están siendo develados.
- Deshumanización de las condiciones de trabajo, lo cual resultaba en un aumento de la demanda productiva y en la subordinación de las personas a las exigencias productivas.
- Sistemas de gestión que creaban competencia entre los trabajadores y destruían las formas de cooperación al estimular las rivalidades entre los mismos.

Existen varios problemas importantes en los que la prevención de riesgos psicosociales constituye un factor esencial:

- La acción en este campo no es posible si no se cuestiona la organización del trabajo, pero los empresarios consideran que este factor les atañe exclusivamente a ellos, determinado por sus intereses (que normalmente son los beneficios de los accionistas).
- El análisis de los aspectos psicosociales implica necesariamente tener en cuenta las relaciones de poder en la empresa. La creación de competencia entre trabajadores, la “gestión a través del estrés”, la discriminación racial y la autoridad dominación masculina son aspectos específicos de las relaciones de poder.
- Las prácticas multidisciplinarias no están extendidas en los servicios de prevención.
- La dirección de la empresa se inclina por la perspectiva individual de la gestión de los conflictos en lugar de la gestión colectiva para modificar las condiciones de trabajo, como lo demuestran claramente las prácticas de la gestión del acoso sexual y la intimidación.

Sin entrar en un análisis detallado de estas cuestiones, no cabe duda de su prioridad en las actividades preventivas actuales. Una visión de la prevención de riesgos laborales enfocada a los riesgos físicos no es suficiente. La CES ha negociado con las organizaciones empresariales un acuerdo marco europeo en materia de estrés para impulsar la práctica preventiva. El acuerdo se firmó en octubre de 2004. Su efecto dependerá en gran medida del alcance de las disposiciones adoptadas por los diferentes países de la UE.

En el orden del día...

- Verificar que la revisión de la Directiva sobre tiempo de trabajo no implique un retroceso social.
- Lograr que la Comisión presente una propuesta de directiva sobre prevención de lesiones músculo-esqueléticas y ampliar la política y legislación nacional en este campo.
- Asegurar que el acuerdo europeo sobre estrés pase a la negociación colectiva nacional. Si las conversaciones fallan en aquellos países donde todos los trabajadores no están protegidos por acuerdos colectivos, asegurar que la legislación se convierte en garantía de protección de todos los trabajadores.
- Trabajar para mejorar la legislación y las políticas preventivas nacionales en materia de riesgos psicosociales, y en especial actuar de manera positiva contra la violencia, el acoso y la discriminación en el trabajo.

La existencia de un acuerdo marco no significa que los legisladores comunitarios estén exentos de responsabilidad en este campo. Las relaciones laborales varían en gran medida en Europa y el mecanismo de negociación colectiva nacional no garantizará por sí solo una igual protección para todos los trabajadores de la UE.

Referencias para profundizar en el tema

- BOISSARD, Pierre et al., Tiempo y trabajo, intensidad de trabajo, Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002. Consultable en: <http://www.eurofond.eu.int/publications/files/EF0248EN.pdf>.
 - DAUBAS-LETOURNEUX, Véronique, THÉBAUD-MONY, Annie, *Organización del trabajo y salud en la Unión Europea*, Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2002. Consultable en: <http://www.eurofond.eu.int/publications/files/EF0206EN.pdf>.
 - Estrés en el trabajo, edición especial del boletín BTS, nº 19-21, Septiembre 2002.
 - ¿Trabajando sin límites? Reorganizando el trabajo y examinando la salud de los trabajadores, Edición especial del boletín BTS, nº15 –16, febrero 2001 (disponible en inglés y francés).
 - Lesiones músculo-esqueléticas en Europa, informe especial, boletín BTS, nº 11-12, junio 1999, pp.11-40.
- Todos los boletines del BTS se pueden consultar en: <http://hesa.etui-rehs.org/fr>newsletter>.

5. El riesgo químico

La principal causa de mortalidad en el trabajo

Los riesgos químicos son hoy una de las mayores causas de muerte de los trabajadores en la Unión Europea y son mucho más mortales que los accidentes. Una reciente investigación realizada en España² estimaba de manera conservadora que las enfermedades laborales eran la causa de unas 15.000 muertes en el país. La principal enfermedad causante de estas muertes era el cáncer y su principal fuente eran los riesgos químicos. Otros estudios nacionales sobre mortalidad vinculada al trabajo han arrojado conclusiones similares³.

La exposición a agentes químicos es un factor esclarecedor de las desigualdades sociales en salud. Investigadores británicos ya habían señalado hace unos 30 años que la exposición laboral era la causa de un tercio de las diferencias sociales en la mortalidad por cáncer en función de la clase social⁴. En general todos los datos disponibles apuntan a una distribución desigual de la incidencia del cáncer por clases sociales⁵. Dependiendo del tipo de cáncer, la exposición laboral puede jugar un papel decisivo (es el caso del cáncer nasal, pulmonar, de hígado, por ejemplo) o relativamente menor (cáncer de próstata).

En cuanto a la morbilidad, la exposición laboral es un factor significativo en las desigualdades sociales para las enfermedades respiratorias, de la piel y las alergias. También tiene un gran efecto en la salud reproductiva.

Los indicadores de exposición disponibles muestran que grandes cantidades de trabajadores están expuestos al riesgo químico. La encuesta francesa Sumer de 1994⁶, por ejemplo, indicaba que un 54% de los trabajadores manuales, un 27% de los técnicos y el personal asociado, un 21% de los trabajadores administrativos y sólo un 8% de los directivos estaban expuestos a sustancias químicas. El 15% de los trabajadores expuestos (alrededor de unas 610.000 personas) sufrían exposición a más de cinco sustancias diferentes. Un millón de trabajadores en Francia están expuestos a cancerígenos conocidos, más de un 22% de ellos durante más de 20 horas a la semana.

Existen tres orientaciones básicas en la legislación comunitaria en cuanto a riesgo químico:

- **Normativa relativa a lugares de trabajo** —que delimita las obligaciones de los empresarios con respecto a los trabajadores.

² 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.

³ NURMINEN, M.; KARJALAINEN, A. Estimación epidemiológica de la proporción de muertes vinculadas a factores ocupacionales en Finlandia, Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2001, vol.27, nº 3 pp. 161-213 (en inglés).

⁴ LOGAN, W.P.D. Mortalidad por cáncer según la profesión y la clase social, Lyon, IARC, 1982.

⁵ Ver Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, Cáncer y desigualdades sociales, Lyon, 1997.

⁶ HERAN —LE ROY, O., SANDRET, N. Encuesta nacional SUMER 94, Primeros resultados, París, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- **Normativa relativa a la comercialización** –que delimita las obligaciones de los fabricantes e importadores de sustancias químicas⁷ y de las autoridades nacionales competentes.
- **Normativa relativa a accidentes (Directivas Seveso)** –que impone a las empresas obligaciones en cuanto a seguridad frente a las amenazas al medio ambiente y la seguridad de las comunidades situadas cerca de las plantas de fabricación o almacenamiento de sustancias químicas.

La legislación comunitaria sobre sustancias químicas se desarrolló en dos etapas.

Entre 1978 y 1988, la metodología consistió en desarrollar límites de exposición de obligatorio cumplimiento. La primera Directiva Marco de 1980 fue el eje central de la legislación. El intento de desarrollar una serie de límites de exposición obligatorios fracasó, como lo demostró el rechazo de la propuesta de Directiva para el benceno. De las disposiciones adoptadas en este período, sólo la Directiva sobre el amianto (revisada varias veces) sigue en vigor. Por eso la adopción de valores límites de exposición indicativos, previstos a partir de 1988 por la revisión de la Directiva Marco de 1980, fue el paso siguiente.

Desde 1989, la adopción de la Directiva Marco significó un cambio decisivo en la metodología. Se adoptaron una serie de directivas específicas sobre prevención del riesgo químico sobre la base de la Directiva Marco relativas a:

- Cancerígenos (primera directiva adoptada en 1990 y revisada en varias ocasiones).
- Trabajadoras embarazadas (1992). Esta Directiva no se pronunció claramente en cuanto a si eliminar los riesgos en origen o promover medidas para gestionar los riesgos según situaciones individuales. Su aplicación práctica ha demostrado en qué medida se subestiman los riesgos reproductivos dentro de la política preventiva global.
- Riesgo químico (1998). Esta es la directiva más completa con un enfoque coherente de las disposiciones de la Directiva Marco de 1989.

Mientras tanto, el trabajo para la adopción de valores límite indicativos continúa. Aunque el instrumento escogido es una directiva, el hecho de que los valores límite sean sólo indicativos, hace que en la práctica sea no vinculante. La definición y uso de los límites de exposición constituyen aún unas de las mayores discrepancias entre los diferentes Estados de la UE.

Se pueden identificar algunas tendencias generales en el cumplimiento de la normativa de seguridad química.

- **La jerarquía de las medidas preventivas continúa siendo ignorada en gran medida**

Las sustancias peligrosas sólo son sustituidas excepcionalmente por sustancias menos peligrosas, a no ser que exista una disposición o requerimiento expreso o exista una fuerte presión oficial (como es el caso del amianto). Predominan las medidas de protección individual en lugar de la protección colectiva ante el riesgo.

⁷ Para abreviar el término sustancia química se aplica en este documento, tanto a las sustancias, como a los compuestos.

- Existen amplias diferencias entre sectores y entre las diferentes actividades y profesiones de un mismo sector

- Hay una gran falta de visibilidad social de los efectos a largo plazo de las exposiciones a sustancias químicas

La prioridad de las medidas de control colectivas parece suavizarse a medida que la actividad se aleja del sector químico básico. Esta situación se produce en industrias que utilizan sustancias químicas, donde por diversas razones existe una aceptación pasiva del riesgo. Existen evidencias empíricas de este hecho en labores como la agricultura, la industria textil, algunos sectores industriales, la industria de alimentos, así como en actividades de servicio como la limpieza, los talleres de vehículos, las peluquerías y la sanidad. Eso no significa que los niveles preventivos en la industria química básica sean satisfactorios, eso lo demuestra el fracaso de las medidas para prevenir los efectos a largo plazo de la exposición (cancerígenos, tóxicos para la reproducción).

- Se presta escasa atención a los efectos a largo plazo de la exposición

El gran número de trabajadores expuestos a cancerígenos en el trabajo es un buen ejemplo de este problema. La situación es aún peor en el caso de los mutágenos y contaminantes orgánicos persistentes. Este es un problema que empeora ante la imposibilidad de que se reconozcan muchas enfermedades derivadas del trabajo como enfermedades profesionales.

- Las políticas preventivas no tienen en cuenta muchos efectos graves no inmediatos

Se confiere poca importancia a los efectos de las exposiciones combinadas o a muy bajas dosis. Este es un campo donde el cumplimiento de las normativas sobre valores límites de exposición proporciona un nivel de protección poco satisfactorio y no existe un intercambio de información sistemático con el sistema de vigilancia de la salud para informar sobre las evaluaciones de riesgos y las modificaciones de los planes preventivos. Muchos países europeos no cuentan con un sistema de vigilancia de la salud para los trabajadores expuestos a sustancias peligrosas, porque los peligros de la exposición no son reconocidos por el empresario.

- Las actividades preventivas no se adecuan a los problemas derivados del riesgo químico

Sólo una minoría de los trabajadores disfruta hoy del acceso a servicios preventivos multidisciplinares competentes en el campo de la higiene industrial y de la vigilancia de la salud. En la mayoría de los países de la UE, la actividad de los servicios de prevención se rige por dos criterios fundamentales: el sector de actividad y el tamaño de la empresa. Dichos criterios resultan claramente inapropiados si se tiene en cuenta hasta qué punto está extendido el riesgo químico entre los trabajadores.

REACH: una cuestión importante para la salud laboral

¿Cuáles son los vínculos entre la regulación del mercado y los claros fracasos en la prevención de riesgos laborales?

La prevención de riesgos laborales depende en gran medida de la información disponible en el mercado. Los riesgos químicos no son necesariamente visibles a simple vista y en la mayoría de los casos, el nivel real de actividad preventiva depende de la información suministrada con el producto, como su clasificación, hojas de datos de seguridad, Frases R, etc.

Los preparativos para la elaboración del libro blanco sobre sustancias químicas identificaron una cadena de fallos en dicha información. Clasificación errónea, efectos nocivos que se omitieron en las evaluaciones de riesgos realizadas por los fabricantes, debilidad en los mecanismos de actuación establecidos por las autoridades públicas. Hay un enorme déficit de información que se traduce mayormente en casos especialmente dramáticos como la muerte de 6 trabajadores de la industria textil en España (caso Ardystil) o los problemas con el etil glicol en Francia.

La mejora de las normas del mercado no significará un avance en todos los aspectos preventivos en el lugar de trabajo. Son las condiciones del uso práctico las que dictan el nivel de prevención, pero reformar las normas del mercado podría cerrar las condiciones que propicien la actividad preventiva.

¿Cómo puede REACH mejorar la prevención?

1. El beneficio fundamental de REACH está vinculado a la información del mercado

La obligación de registro está vinculada de diferentes maneras a la obligación de evaluación. Las mejoras propuestas reducirían las posibilidades de errores en la clasificación (lo cual casi siempre resulta en subestimación de los riesgos).

2. Un flujo de información más dinámico y sistemático

El sistema de evaluación sólo dará resultados preventivos si está gestionado de manera positiva. La evaluación inicial produce decisiones (clasificación del empaque, etiquetado, datos de seguridad) que necesitan ser verificadas, ajustadas o modificadas. Sólo en algunos casos en los que las autoridades han intervenido, las evaluaciones de los fabricantes han resultado aptas como evaluaciones finales. Este tipo de sistema no integra las experiencias acumuladas y no posibilita que se tengan en cuenta los problemas detectados en el lugar de trabajo. REACH deberá asegurar un mejor seguimiento de los impactos del trabajo en la salud.

3. Incremento de las responsabilidades de los agentes involucrados

En este momento hay una clara separación entre las actividades de los fabricantes y las de los usuarios. Esta situación presenta dos inconvenientes. Los fabricantes tienen poca tendencia a la innovación en temas de prevención de riesgos laborales y protección medioambiental. Los usuarios finales suelen tener una actitud de aceptación pasiva y las evaluaciones de riesgo que deben realizar como empresarios son con frecuencia bastante superficiales en cuanto a riesgos químicos. Un flujo de información más sistemático deberá garantizar un mayor nivel de responsabilidad por parte de los actores. Específicamente podría revitalizar la práctica de las evaluaciones de riesgo en los lugares de trabajo.

4. Una renovación de la iniciativa por parte de las autoridades públicas

El establecimiento de la Agencia Europea de Sustancias Químicas (European Chemicals Agency) y de sus vínculos con las autoridades competentes de los Estados miembros, así como de los procedimientos para la autorización y restricción, deberán estimular a las autoridades públicas a abordar el tema con nuevas iniciativas.

Amianto: las trágicas consecuencias de la autorregulación por parte de la industria

El amianto comenzó a utilizarse en gran escala en la industria en el último tercio del siglo XIX. Los primeros síntomas alarmantes de la elevada mortalidad entre los trabajadores expuestos al amianto comenzaron a aparecer a finales del siglo XIX.

El amianto causa fundamentalmente tres enfermedades: la asbestosis (fibrosis pulmonar del tipo silicosis que provoca serias dificultades para respirar y puede ser mortal), cáncer de pulmón y mesotelioma (cáncer de la pleura). También provoca otras formas de cáncer. El amianto ha sido declarado causa de serios trastornos respiratorios desde 1920. Existen evidencias científicas suficientes de su carcinogenicidad desde 1950. La OMS ha clasificado el amianto como cancerígeno para los seres humanos desde 1977.

La industria de producción y utilización del amianto ha tenido a las autoridades públicas atadas de manos durante mucho tiempo. Bajo la justificación de la preservación del empleo han continuado la producción de

amianto “de manera responsable” aplicando medidas de higiene industrial, una estrategia de uso controlado que ha fracasado. Dichas estrategia ha obstaculizado la prohibición del amianto y provocado decesos de miles de muertes evitables en los países de la UE y aún sigue siendo un obstáculo a la prohibición en los mayores usuarios del amianto en Asia, América Latina y África. No fue hasta 1999 que la Unión Europea decidió prohibir todas las variedades de amianto (para el 1º de enero de 2005).

La mortalidad vinculada al amianto es ahora mayor que la mortalidad por accidentes de trabajo en los países industrializados continuará siendo así durante décadas. Esto se debe a que el período de latencia entre la exposición y la aparición del mesotelioma puede ser mayor de 40 años. Además muchos edificios aún contienen amianto lo que representa una gran amenaza para la salud pública. Las medidas preventivas significarán un alto coste social para las generaciones venideras.

En el orden del día...

- La adopción del REACH constituye la mayor oportunidad para mejorar las condiciones de salud y seguridad en el trabajo desde la Directiva Marco de 1989. Es importante contrarrestar la campaña de presiones de la industria química con respecto a la pérdida de empleos. El debate sobre REACH mejora las posibilidades de cooperación entre los grupos ecologistas y los sindicatos.
- Reforzar la normativa que se aplica a las empresas “Seveso” incluyendo disposiciones que regulen la subcontratación e incorporando a los delegados de prevención a la adopción de medidas para prevenir accidentes mayores.
- Desarrollar la adopción de valores límites sobre la base de las necesidades preventivas y esforzarse por armonizar dichos valores en función de las mejores prácticas preventivas.

Referencias para profundizar en el tema

- REACH en el lugar trabajo – folleto del BTS publicado en 2004.
- Sitio web del BTS: <http://hesa.etui-rehs.org/fr>Dossiers>Agents chimiques>.

6. La precariedad

Un problema grave

Diez millones de trabajadores en la UE trabajan en formas de empleo “atípicas”. Sobre el papel tienen los mismos derechos legales, pero en la práctica carecen con frecuencia de las garantías de las que disfrutaban los trabajadores fijos con contratos a jornada completa.

La mayoría de los investigadores en materia de riesgos laborales consideran que los trabajadores precarios están entre los más vulnerables. Sufren un mayor índice de accidentes de trabajo y tienen menos acceso a los servicios preventivos que otros trabajadores. La vigilancia de la salud funciona de manera más irregular en este colectivo. Estos trabajadores reciben menos información y formación en riesgos laborales y en raras ocasiones tienen representantes en materia de salud y seguridad en el trabajo.

El trabajo precario se ha presentado siempre como una especie de remedio milagroso contra el desempleo, pero en realidad no ofrece una vía hacia el mercado laboral a largo plazo para muchos trabajadores. Para muchos supone la caída en espiral hacia la exclusión social y

una vida al borde de la pobreza. La precariedad es una de las principales causas del incremento de trabajadores pobres en Europa, es decir personas que viven por debajo del límite de pobreza a pesar de tener un empleo, algo que afecta particularmente a las mujeres y a los jóvenes.

La precarización en el trabajo no está exclusivamente vinculada a las formas de empleo. En muchos casos la subcontratación conlleva a formas de precariedad que afectan incluso a los trabajadores fijos, al situar las condiciones de trabajo bajo una constante presión de la competencia de costes y bajo el control externo de las empresas subcontratadoras. Las más recientes catástrofes como las ocurridas en la planta AZF de Toulouse (Francia) y la de REPSOL en Puertollano (España) han puesto de

En el orden del día...

- Prestar una atención especial en las estrategias nacionales de prevención de riesgos laborales.
- Elaborar mecanismos que permitan a los trabajadores temporales y subcontratados tener acceso a los servicios preventivos y a la representación sindical en materia de salud y seguridad en el trabajo.
- Evitar que los trabajadores subcontratados sean utilizados en los sectores o trabajos de más alto riesgo. Someter el recurso de la subcontratación en todos los otros casos a la supervisión de los representantes de los trabajadores y de las autoridades.
- Llevar a cabo una evaluación crítica de los vínculos entre las políticas de empleo y la salud y seguridad en el trabajo en la Unión Europea.

manifiesto los peligros de la subcontratación. El empleo autónomo/contratación independiente son con frecuencia formas de trabajo precario.

Queda aún mucho trabajo por hacer en cuanto a la precariedad. La escasa normativa comunitaria existente dista mucho de abordar el problema en toda su dimensión. Esta cuestión cobra aún mayor urgencia y agudeza debido a la expansión de la precariedad en el trabajo en los nuevos Estados miembros.

Trabajo precario y seguridad. Algunas cifras nacionales

En España se observa una estrecha relación entre el empleo precario y los índices de accidentes laborales. La mayor parte de los datos disponibles no discrimina entre empleo temporal (en base a contratos de duración determinada) y subcontratación. Un estudio sistemático de las estadísticas de accidentes laborales del período de 1988 a 1995 revela una tendencia estable: en los ocho años estudiados, la tasa de incidencia por cada mil trabajadores era 2,47 veces mayor para los trabajadores eventuales que para los fijos. La tasa de incidencia de accidentes mortales era 1,8 veces mayor. Algunas investigaciones demuestran que los trabajadores eventuales subcontratados presentan índices de accidentes significativamente mayores que el de otros tipos de trabajadores eventuales, excepto el total nacional.

El INSHT no dispone de estadísticas específicas sobre la subcontratación temporal. Un estudio realizado en 2003 sobre estadísticas del período 1996-2002 detectó que la situación empeoraba: el índice de frecuencia de accidentes laborales entre trabajadores eventuales y con contratos cortos, aumentaba de manera acusada en comparación al de los trabajadores fijos. Entre 1996 y 2002, la tasa de trabajadores temporales aumentó de 101 a 121 por cada mil trabajadores, comparada a la cifra de 42 a 45 por cada mil trabajadores fijos.

La siguiente tabla muestra el mayor índice de frecuencia de accidentes de trabajadores eventuales en Bélgica.

La comparación se hace entre subcontratados eventuales en 2002 y la cifra total de trabajadores en 2001.

Tabla 4 Índice de accidentes laborales: trabajadores eventuales subcontratados comparados con el total de trabajadores

	Trabajadores manuales		Empleo no manual		Manual 66,5 % + No manual 33,5 %	
	Conjunto de trabajadores	Trabajadores eventuales	Conjunto de trabajadores	Trabajadores eventuales	Conjunto de trabajadores	Trabajadores eventuales
Índice de frecuencia	61,7	124,56	7,25	15,03	41,25	87,27
Índice de gravedad real	1,4	2,41	0,14	0,25	0,98	1,66
Índice de gravedad añadida	2,65	6,48	0,265	0,67	1,86	4,45

Fuente: Datos del servicio preventivo central belga sobre accidentes laborales registrados por las empresas de trabajo temporal en 2002.

7. Salud reproductiva y maternidad

Aumentar los conocimientos para mejorar la prevención

El medio ambiente de trabajo contiene muchos factores de riesgo reproductivo. Ejemplos de ello son sustancias químicas cuya toxicidad no ha sido evaluada adecuadamente y factores físicos como el calor, las radiaciones ionizantes, etc. Las jornadas de trabajo extensas y la nocturnidad han influido en casos de aborto, problemas en el desarrollo del feto (particularmente falta de peso al nacer) y partos prematuros. El estrés combinado con ritmos intensos de trabajo afecta negativamente la libido.

Etilenglicol

El etilenglicol se encuentra en una variada gama de productos de consumo de amplia circulación, además de en los lugares de trabajo. Se utiliza en productos de limpieza doméstica, adhesivos, barnices y pinturas, ambientadores, cosméticos, medicinas y otros productos.

La reciente legislación comunitaria ha prohibido el uso de ciertas sustancias tóxicas para la reproducción que contienen etilenglicol en productos de consumo, pero no se ha hecho nada con respecto a la exposición laboral en el lugar de trabajo. Como consecuencia de las acciones legales emprendidas por los sindicatos en Estados Unidos, se realizó una encuesta en la planta de IBM de Corbeil (Francia), en 2000. Se detectaron 11 casos de cáncer de testículos, otros 17 tipos de cáncer y 10 casos de malformaciones en recién nacidos. Se inició un proceso legal contra IBM por exposición de los trabajadores al etilenglicol entre 1970 y 1995. Mina Lamrani, que trabajaba embalsando botellas de etilenglicol y utilizaba los éteres para limpiar las cajas donde guardaba arandelas de

silicona en un taller mal ventilado de una pequeña empresa, subcontrata de IBM, dio a luz a un bebé con severas deformaciones faciales. Thierry Garotolo trabajaba con etilenglicol en la planta de Corbeil y ahora sufre esterilidad y fuertes dolores musculares. Bajo la presión sindical y con la ayuda de las asociaciones de víctimas se cuestionó el uso del etilenglicol en Francia y se planifica una nueva legislación comunitaria. Los procesos judiciales abiertos en Estados Unidos a iniciativa de 157 trabajadores de diferentes plantas de IBM del país han puesto de manifiesto que la firma había sido advertida por las autoridades federales a principios de los años 80 de que algunos etilenglicoles producían malformaciones fetales en los animales y podrían representar un riesgo para la reproducción humana. Los juicios en curso en Estados Unidos indican que las exposiciones al etilenglicol han sido la causa de cáncer entre los trabajadores (en particular cáncer de testículos) y de graves malformaciones congénitas de los fetos (cuando uno de los padres ha estado expuesto).

Existen dos cuestiones básicas:

- Los riesgos para la salud reproductiva no se investigan en profundidad. Hay una gran falta de datos. Sólo unas pocas regiones en Europa (la Toscana en Italia, por ejemplo) cuentan con un registro que permite vincular los trastornos a la exposición laboral. La industria química no se muestra favorable a realizar evaluaciones en profundidad de los riesgos que su producción genera en este campo.
- Aun cuando existen datos, las políticas en vigor rechazan la acción preventiva inicial (en especial la eliminación del riesgo) a favor de los controles individuales sólo durante el período que dura el embarazo.

La Directiva de 19 de octubre de 1992 sobre salud y seguridad de las trabajadoras embarazadas y trabajadoras lactantes es ambigua, errónea, ya que aborda estrictamente la salud laboral y la protección de derechos (protección contra el despido, protección salarial, etc.).

La evaluación de riesgos es esencial para esta directiva, que no propone medidas preventivas específicas y se limita simplemente a enumerar exhaustivamente los factores de riesgo. ¿Pueden los empresarios posponer la evaluación de riesgos hasta que se les informe de que una trabajadora está embarazada, o deben evaluar, eliminar o reducir los riesgos antes de que la trabajadora comunique su estado? Creemos que la segunda opción es la correcta, pero la directiva es poco clara al respecto.

Una evaluación de riesgos llevada a cabo después de que la trabajadora ha comunicado al empresario que está embarazada no garantiza una política preventiva eficaz. La literatura científica sobre el tema indica que el feto es más vulnerable en la fase inicial del embarazo. En la mayoría de los casos, cuando se informa al empresario, es demasiado tarde para prevenir los riesgos. Incluso en situaciones favorables a una comunicación precoz del estado de embarazo, dicha comunicación se produce generalmente después de las 7,5 semanas de gestación. El mayor riesgo de malformación fetal se produce entre la tercera y la octava semana del embarazo, con aumentos en diferentes períodos dependiendo del órgano afectado, por lo que para la mayor parte de las mujeres las medidas de prevención contra la exposición a agentes teratógenos resultan ineficaces.

La directiva prevé que el empresario adopte medidas preventivas basándose en la evaluación de riesgos. Se confiere prioridad a la eliminación del riesgo y a la eliminación del mismo en origen. En su defecto el empresario deberá tomar medidas temporales para ajustar las condiciones de trabajo. En caso de imposibilidad técnica u objetiva, el empresario deberá asegurar un cambio de puesto de trabajo y si el cambio de puesto no fuese posible, se deberá garantizar a la trabajadora una baja durante todo el período necesario para la protección de su salud. Pero la directiva no ofrece criterio alguno de lo que puede ser objetivamente imposible. ¿Es que acaso los motivos financieros constituyen una razón para eximir al empresario de cumplir con la obligación de tomar las medidas necesarias?

En la práctica parece que es así. El criterio común más aplicado es cambiar a la trabajadora de un puesto de alto riesgo a otro trabajo. Esto convierte a la maternidad en un trastorno que justifica la exclusión del

puesto de trabajo. Aquí hay dos cuestiones: la primera es que las presiones financieras por la falta de garantías en los ingresos pueden obligar a un grupo de trabajadoras a permanecer en puestos con alto nivel de riesgos. La otra es que la prevención básica que contempla la eliminación del riesgo en origen no se considera una prioridad.

A diferencia de otras directivas sobre salud y seguridad, la de 1992 no contempla la consulta con los representantes de los trabajadores. Esto refuerza la tendencia de considerar la salud y seguridad de las trabajadoras embarazadas como una cuestión de individuos en una situación anormal más que como una cuestión colectiva de la prevención de riesgos en todas las empresas.

La directiva no ofrece suficientes garantías de mantener los ingresos durante la baja por maternidad. Las disposiciones que garantizan protección contra el despido pueden ser fácilmente evadidas por el empresario simplemente alegando motivos ajenos al embarazo.

La adopción de la directiva causó una serie de controversias entre los Estados miembros. Italia sólo votó a favor a condición de que se mejorase la directiva en un período breve. La Comisión debería haber presentado propuestas de modificación en octubre de 1997. En julio de 2000, el Parlamento Europeo realizó una evaluación crítica de la directiva desde el punto de vista de su aplicación práctica y solicitó que se revisara. Hasta hoy, la Comisión no ha presentado propuesta alguna de mejora.

La mejor política preventiva sería limitar la protección de la maternidad a un grupo de condiciones específicas que afectan a las embarazadas (fundamentalmente en el campo de la ergonomía, las horas y el ritmo de trabajo, pero también en el aumento de la protección contra ciertos agentes patógenos y las radiaciones ionizantes) y adoptar una

política mucho más estricta en la prevención del riesgo químico basada en la eliminación y sustitución de las sustancias dañinas para la reproducción (tanto para hombres como para mujeres) y en los casos donde la eliminación sea técnicamente imposible, tomar medidas de control para reducir la exposición a los niveles más bajos posibles. En este aspecto, la propuesta de la Comisión de incluir las sustancias dañinas para la reproducción en el campo de aplicación de la Directiva sobre cancerígenos constituye el primer paso en una dirección correcta. Pero sólo será eficaz si la industria química tiene la obligación de evaluar adecuadamente los riesgos reproductivos. La propuesta REACH constituye una oportunidad para avanzar en este sentido.

En el orden del día...

- Lograr que la Comisión presente una propuesta de revisión a la Directiva de 1992 y mejorar la legislación nacional para la protección de la maternidad
- Mejorar la legislación nacional y las políticas de prevención de riesgos relativas a sustancias mutágenas y tóxicas para la reproducción
- Apoyar el proyecto REACH y mejorar sus disposiciones básicas.
- Promover la investigación en el campo de los riesgos reproductivos.
- Realizar un seguimiento de los datos existentes sobre los riesgos para la salud reproductiva en los puestos de trabajo.
- Ayudar a diseñar una estrategia para la salud reproductiva que incluya los riesgos laborales.

8. El reconocimiento de las enfermedades profesionales

Aprendiendo de los errores

Si tuviésemos que definir las prioridades preventivas basándonos en los datos resultantes de la declaración y reconocimiento de las enfermedades profesionales en Europa, podríamos llegar a conclusiones absurdas, ya que las evidencias nos hablan más de prácticas de los sistemas de prevención vigentes dirigidas a ocultar la mayor parte de las enfermedades profesionales que de la realidad en este campo.

El subregistro de las enfermedades profesionales es un hecho común en todos los países de la UE y sus consecuencias más inmediatas son:

- Menor visibilidad en cuanto muchas enfermedades que no son consideradas prioritarias dentro de la política preventiva.
- Una transferencia masiva de recursos en beneficio del empresario. Una buena parte de los costes es asumida por las víctimas (por ejemplo: pérdidas salariales por cambio de puesto de trabajo, la pérdida del empleo, la mayor parte de las consecuencias de la incapacidad, etc.), y otra parte la asumen los presupuestos sanitarios generales (cobertura de las enfermedades por la seguridad social, incapacidad y desempleo, sistema nacional de salud pública, etc.).

El problema de la subvaloración de la dimensión de género en las enfermedades profesionales merece ser analizado. Dicha subvaloración conlleva a una discriminación sistemática que debilita las políticas preventivas con respecto a enfermedades más comunes entre los trabajadores que afectan más a las mujeres. En la mayoría de los países europeos las mujeres se sitúan en un ámbito del 25 al 40% en lo que respecta al reconocimiento de las enfermedades profesionales. En el Reino Unido la proporción es de menos de un 10% y en Bélgica está en torno a un 15%.

Los datos recogidos por la Unión Europea en la Eurostat de 1999 sobre la fuerza laboral indican que en todos los países analizados, excepto Grecia, las tasas de prevalencia de las enfermedades profesionales son superiores entre las mujeres, aunque los datos están ajustados en equivalencia a jornada completa⁸.

El fallo predecible de la política comunitaria

Las primeras iniciativas comunitarias en cuanto a salud en el trabajo tenían como objetivo armonizar los sistemas nacionales de reconoci-

⁸ Ver DUPRÉ, Didier, "La salud y seguridad de hombres y mujeres en el trabajo". *Estadísticas a debate, Población y condiciones sociales*, tema 3-4, Eurostat, 2002.

Disponible en: <http://europe.eu.int/comm/eurostat>
>Publications

El fracaso de la política comunitaria en cifras

Un estudio de EUROGIP (Francia) publicado en 2002 ilustra las enormes disparidades existentes entre los sistemas nacionales para el registro y reconocimiento de las enfermedades profesionales y la escala de desigualdades sociales que éstas originan. Los datos de los Estados de la UE participantes en el estudio varían de 3,3 enfermedades profesionales reconocidas por cada 100.000 trabajadores en Irlanda a 177 en Francia.

No existe realmente una convergencia de los sistemas nacionales, ni en los datos agregados resumidos en esta tabla, ni con respecto a las principales enfermedades. Las diferencias entre ambos extremos no han cambiado prácticamente en 10 años, con la excepción de Suecia. Las evoluciones en el transcurso de los 10 años difieren grandemente. En los países escandinavos, Austria e Italia se observa un acusado descenso en el número de enfermedades profesionales reconocidas (con un ligero ascenso en Italia y Suecia en los últimos dos o tres años).

Las políticas restrictivas han sido un factor clave en

este descenso. En Bélgica se ha producido un descenso real, aunque menos marcado, pero en Francia y España ha ocurrido lo contrario, se observa un ascenso estable en el número de enfermedades reconocidas, atribuible al reconocimiento de las lesiones músculo-esqueléticas en ambos países y al de las enfermedades vinculadas al amianto en Francia. En Alemania, el número de enfermedades profesionales reconocidas aumentó entre 1990-1996, descendiendo luego de manera estable a partir de 1997. En el Reino Unido, el número de enfermedades profesionales reconocidas es muy bajo en comparación con los demás Estados de la UE. No se produjeron cambios significativos durante la década del 90, en la que la media de enfermedades pulmonares alcanzó la cifra de 3.000 y entre 4.000 y 5.000 otras enfermedades reconocidas al año. Los años más recientes (1998-2000) muestran un agudo descenso en el número de enfermedades pulmonares reconocidas, sin cambios en el resto de las enfermedades.

Tabla 5 Enfermedades profesionales registradas y reconocidas en 12 países de la UE - 1990-2000

	Nuevos casos de enfermedades profesionales registradas x 100.000 trabajadores			Nuevos casos de enfermedades profesionales reconocidas por cada 100.000 trabajadores (porcentaje de casos aceptados)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
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%)
Alemania	192	235	211	35 (18,3%)	66 (27,9%)	49 (23,1%)
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.

miento de las enfermedades profesionales y crear un marco común para los servicios de medicina del trabajo. Esto se produjo en forma de recomendaciones, es decir instrumentos no vinculantes. La primera fue adoptada el 23 de julio de 1962 y se centraba en las indemnizaciones por enfermedades profesionales. Requería la elaboración de un listado regular de enfermedades o agentes causantes de las mismas y que los sistemas garantizaran el reconocimiento de todas las enfermedades de origen laboral. También estaba dirigida a establecer un sistema de registro para determinadas enfermedades no incluidas en el listado con vistas a la actualización del mismo.

Cuatro años más tarde, el 20 de julio de 1966, la Comisión adoptó una nueva recomendación sobre las personas afectadas por enfermedades profesionales. Era mucho más específica que la de 1962, y tenía como objetivo que los Estados miembros presentaran informes bienales como base para la revisión periódica de la lista europea.

Ambas recomendaciones (1962 y 1966) han sido ampliamente ignoradas y no se han aplicado.

El 22 de mayo de 1990, la Comisión adoptó una nueva recomendación. Ésta exhortaba a los Estados miembros a aplicar los principios definidos hacía ya más de un cuarto de siglo. También se actualizó la lista europea por primera vez en 24 años, lo que se suponía que debería hacerse cada dos o tres años. La recomendación concluía expresando que la mayoría de los Estados comunitarios aún no habían aplicado el sistema mixto: sólo Dinamarca y Luxemburgo tenían sistemas que parecían cumplir con lo indicado en las recomendaciones de 1962 y 1966.

La nueva recomendación incluía una exhortación final según la cual “la Comisión pedía a los Estados miembros que informasen en un período de tres años de las medidas tomadas o planificadas para responder a la recomendación”, la Comisión examinaría luego hasta qué punto ésta se había aplicado para determinar si había o no necesidad de legislación vinculante. En consecuencia se podría esperar que alrededor de 1993-94 se comenzase a trabajar en la elaboración de una directiva.

En el orden del día...

- Lograr que la Comisión presente una propuesta de Directiva sobre condiciones mínimas para el reconocimiento de las enfermedades profesionales en diferentes Estados de la UE.
- Actuar contra el subregistro sistemático de las enfermedades profesionales específicas de las mujeres trabajadoras en los diferentes Estados de la UE como forma indirecta de discriminación.
- Impulsar la investigación de las enfermedades que se sospecha que sean de origen laboral para mejorar las estrategias preventivas.
- Actuar a nivel nacional para mejorar los sistemas de reconocimiento de las enfermedades profesionales, en especial velar por un mejor reconocimiento del cáncer de origen laboral, las lesiones dorso lumbares y los trastornos psicológicos y mentales derivados del trabajo.

El 20 de septiembre de 1996, la Comisión emitió una Comunicación sobre la Lista Europea de Enfermedades Profesionales. En ella expresaba que “en este momento sería prematuro proponer una disposición legislativa vinculante para sustituir la recomendación de 1990”. La Comisión consideraba sin embargo que “dicha posibilidad podría tenerse en cuenta con ocasión de cualquier futura actualización de la Lista Europea de Enfermedades Profesionales”.

Dicha actualización se produjo en septiembre de 2003. Aunque se modificó la lista, el hecho de que se trate solo de una recomendación cuestiona seriamente su eficacia.

Edita: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)


Autor: Laurent Vogel, Departamento de Salud y Seguridad ETUI-REHS

Traducción: Agustín González García

Revisión: Isabel Dudzinski

Producción: Paralelo Edición, SA

Depósito legal: M-10757-2006

Impreso en papel reciclado 

El principal objetivo del **Departamento de Salud y Seguridad del Instituto Sindical Europeo para la Investigación, la Formación y la Salud y Seguridad (ETUI-REHS)** es la promoción de un mayor nivel de salud y seguridad en el trabajo en Europa. Es el sucesor del BTS (Buro Técnico Sindical) creado en 1989 por la **Confederación Europea des Sindicatos (CES)**.

Se encarga del seguimiento en la elaboración, transposición y aplicación de la legislación europea en materia de salud y seguridad en el trabajo. Ha creado un *Observatorio de la aplicación de las directivas europeas* que realiza análisis comparativos del impacto de la legislación comunitaria en los diferentes sistemas preventivos de los países de la Unión Europea y elabora estrategias sindicales comunes.

El departamento HESA apoya mediante la **asistencia técnica** a los miembros sindicales del Comité Consultivo para la Protección de la Salud y Seguridad en los Lugares de Trabajo con sede en Luxemburgo y de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Bilbao.

Lleva a cabo estudios en materias tales como la evaluación de riesgos, la organización de la prevención, la dimensión de género en el trabajo, la concepción participativa de las herramientas y equipamientos en el trabajo, el amianto, el estrés y la violencia en los lugares de trabajo.

Dinamiza las redes de expertos en materia de **normalización técnica** (ergonomía, seguridad) y de **sustancias peligrosas** (clasificación, evaluación de riesgos y establecimiento de valores límites de exposición).

El departamento HESA es miembro asociado del Comité Europeo de Normalización (CEN).

<http://hesa.etui-rehs.org>