



1. Trabajo digno, ergo... seguro y saludable

Salud laboral: ¿eje central o “maría sindical”?

Manuel Garí

“Cuando un médico visita la casa de un trabajador (...) deberá tomar tiempo para su examen y a las preguntas recomendadas por Hipócrates añadirá una más: ¿cuál es su trabajo?”

Bernardo Ramazzini,
Tratado de las enfermedades de los artesanos, 1700.

Una pregunta tan elemental como la que se hacía Ramazzini hace más de tres siglos sigue sin figurar en los protocolos y en la práctica médica actuales. Pareciera que el ser humano no es el mismo individuo fuera y dentro del trabajo. Al igual que -a la vista de algunos reconocimientos clínicos que diseccionan la exploración del “paciente” por partes- podría parecer que el bazo, el cerebro y las arterias son entes autónomos con vida propia al margen del individuo que los “porta” reducido a la postre a la categoría de mecano articulado por ensamblaje de órganos y tejidos. Al contrario de esas apariencias el ser humano -y por tanto su salud- tiene una realidad individual integral que interactúa con su entorno.

La salud ¿asunto individual o proceso social?

Para responder a la pregunta formulada será preciso realizar un ejercicio de reflexión sobre la realidad y de convención sobre las palabras. Comencemos por delimitar que entendemos por salud humana. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “*un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad*”. Más literaria y sugerente es la definición que realizó el *X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* al afirmar que la salud es una “*manera de vivir autónoma, solidaria y alegre*”, con lo que establece una dimensión social que el salubrista Julio Frenk explicita al afirmar que: “*La salud es un cruce de caminos. Es un lugar donde convergen los factores biológicos y sociales, el individuo y la comunidad, la política social y la económica*”.

Podemos inferir que el fenómeno de la salud (y de la enfermedad) forma parte de un proceso social y colectivo, no es meramente una cuestión médica (y de los mé-

dicos) ni una asunto de expertos, aunque evidentemente es necesario el concurso de expertos, médicos, ingenieros, psicólogos, sociólogos, etc. para comprender y construir todas sus dimensiones. Precisamente porque sobre la base física, química y biológica de la materialidad individual humana actúa la dimensión social y cultural que condiciona en todos los aspectos a la persona, Last (Diccionario de Epidemiología) define la salud como “*equilibrio dinámico en el cual los individuos y los colectivos tienen capacidad óptima para afrontar las condiciones de la vida*”.

Enfermedad y clase social

Esta imbricación y realimentación entre los aspectos de la salud individuales y colectivos por un lado y entre los biológicos y socioculturales por otro, ha sido recientemente reconocida por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (SHCD) de la OMS en 2007. Este organismo ha establecido la existencia de una relación directa entre la salud individual y factores personales como la clase socioeconómica, el género y el grupo étnico de pertenencia en el marco de una estructura social y jerarquías dadas. Por ello SHCD califica la discriminación como uno de los determinantes de la salud de la persona.

Las evidentes y crecientes desigualdades sociales existentes en todo el mundo tienen su correlato en la esperanza de vida, la probabilidad de sufrir incapacidades y la prevalencia de diversas enfermedades. Incluso las manifestaciones y trastornos pueden variar según la clase de pertenencia. Podemos ilustrarlo en el caso de la UE con ejemplos relacionados con la exposición a sustancias químicas de los componentes de cada clase social (e incluso diferentes estratos de la clase obrera) ya que el contacto con agentes químicos es un factor discriminante de las desigualdades sociales respecto a la salud.

La encuesta francesa *Sumer* (Herna Le Roy, 1994) concluyó que a principios de la década de los noventa el 54% de los trabajadores manuales galos estaban expuestos a agentes químicos, frente a un 27% de los técnicos, un 21% de los administrativos y únicamente un 8% de los directivos. Hace más de tres décadas que varios investigadores británicos señalaron que la exposición laboral era la causa de un tercio de las diferencias en la mortalidad por cáncer en función de la clase social (Logan, 1982). Varios seguimientos epidemiológicos (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, 1997), coinciden en señalar una distribución desigual de la incidencia del cáncer por clases sociales. La exposición laboral, según este estudio, puede ser decisiva en la aparición de ciertos cánceres como el nasal, el pulmonar o de hígado y sin embargo juega un papel menor en el de próstata.

Respecto a la morbilidad, la exposición laboral es un factor relevante de la desigualdad social ante las enfermedades de piel, las respiratorias, las alergias y los efectos para la salud de reproductiva.

Inseguridad contractual, inseguridad laboral

Carlos Aníbal Rodríguez describe gráficamente la situación actual de las grandes mayorías: “*Sufrimiento en el trabajo y miedo a perder el empleo son dos componentes*

importantes de las relaciones actuales con el trabajo”, a la vez que afirma que “*las prácticas laborales en boga (...) se centran principalmente en las fuerzas para doblegar a la gente*” (Rodríguez, 2005). A más frágil, más pobre. A más pobre, más problemas.

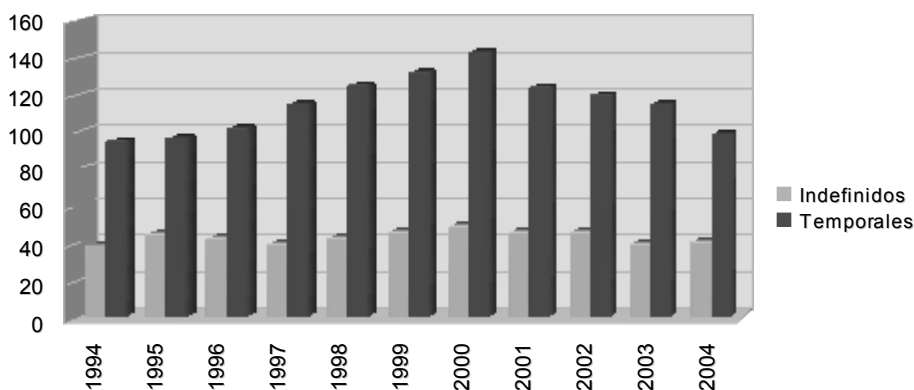
Un caso paradigmático de las diferencias en seguridad y salud en el seno de la clase trabajadora es la incidencia de la siniestralidad según el tipo de relación contractual laboral que mantienen los diferentes colectivos. Son palpables las diferencias entre fijos y eventuales en el número y gravedad de accidentes laborales. La siniestralidad guarda una correlación con los diferentes grados de precariedad a la vista de los siguientes datos.

Un estudio sistemático de las series de accidentes laborales en España del período 1988 a 1995 reveló una tendencia estable: la tasa de incidencia por cada mil trabajadores era 2,47 veces mayor para los eventuales que para los fijos. Entre 1996 y 2002 la situación empeoró. El índice de frecuencia de accidentes laborales de los trabajadores eventuales fue de 101 a 121 por cada mil trabajadores y por el contrario la evolución de la tasa entre los fijos fue de 42 a 45 por cada mil.

Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2005 el índice de mortalidad laboral de los emigrantes fue del 8,4 por 100.000 frente al 6,3 del conjunto de la población trabajadora, por lo que superó el índice español en un 30%. En el caso de accidentes en la industria los emigrantes con 15.009 accidentes por cada 100.000 superaron en un 40% el índice del conjunto de la población que se situó en 10.174 por 100.000.

La siguiente gráfica habla por sí sola respecto a la citada correlación total existente entre accidentes y precariedad el caso español. Es una prueba evidente de que los contratos indefinidos y los temporales además de asegurar o no la continuidad laboral también comportan diferencias en experiencia, acogimiento, información y formación en lo relativo la seguridad.

Incidencia de lesiones traumáticas no mortales por accidentes de trabajo en jornada según el tipo de contrato. Estado español, 1994-2004



Excluidas las lesiones “naturales” y recaídas. Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Accidentes de trabajo. 1994-2004. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa, 2º trimestre 1994-2004.

La salud y seguridad individuales son inseparables de la realidad social. La integridad física y psíquica de la persona son el resultado tanto de la genética o de las experiencias afectivas como de su vida laboral, del medio ambiente general, de su alimentación, de las condiciones materiales de existencia y de las relaciones sociales históricamente determinadas. El trabajo es uno de los aspectos centrales en lo referente a las relaciones sociales y es determinante en las condiciones materiales de existencia.

Salud y trabajo: ¿términos antagónicos?

En los centros de trabajo de las empresas se produce una actividad que tiene dos dimensiones. La visible y evidente es la generación de productos y/o servicios que ofertar al mercado. La dimensión invisible y ocultada es que esa misma actividad se produce en unas condiciones de trabajo dadas que condicionan, sino determinan, la vida de las y los trabajadores. El trabajo en la sociedad actual comporta y materializa unos riesgos laborales que pueden acarrear daños para la salud como efecto de accidentes (lesiones, muertes...) y enfermedades (profesionales, laborales, de origen laboral o agravamiento de las adquiridas por otras causas). El accidente de trabajo es la parte más visible del daño laboral y es un asunto central para la clase trabajadora. Tan visible que a veces oculta otros problemas también centrales y graves como las enfermedades profesionales cuya relación causa-efecto es menos evidente a primera vista y que muchas veces se enmascaran tras la “enfermedad común”.

Las condiciones de trabajo están en función de:

- a) los lugares dónde se desarrolla la actividad laboral por lo que debe tenerse en cuenta la estructura del ámbito (espacios, edificios, ubicación), los equipos (máquinas, herramientas, utensilios...) y el microclima (temperatura, ventilación, humedad...);
- b) los contaminantes presentes que pueden clasificarse como agentes físicos (ruido, radiaciones ionizantes, no ionizantes y otras, vibraciones...), agentes químicos (tóxicos, cancerígenos, irritantes...) y agentes biológicos (bacterias, virus...); la carga física (posturas, movimientos, esfuerzos...);
- c) los factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo (horarios, turnos, ritmo...), la organización de las tareas (autonomía, control, exigencias...) y también con las recompensas, la promoción, el *mobing*, el acoso sexual, y muy particularmente con dos aspectos: la doble presencia -fundamental para las mujeres- y el binomio participación/exclusión de las plantillas en las decisiones fundamentales que les afectan.

De entrada parece que la primera respuesta a la pregunta es que trabajo y salud son antagónicos.

Ocultación de la realidad, realización de ganancias

El subregistro de las enfermedades profesionales por la falta de reconocimiento como tales de muchas dolencias de origen laboral es un hecho en todos los países de la UE, si bien es especialmente grave en el nuestro. Las consecuencias graves son la menor visibilidad del problema por no considerar sus causas en el desempeño profesional,

lo que provoca su no inclusión en las prioridades preventivas. Mención especial merece la subvaloración generalizada y sistemática de la dimensión de género en las enfermedades profesionales.

Además se está produciendo una transferencia masiva de recursos financieros a favor de los patronos. Por un lado porque buena parte de los costes van a cargo de las víctimas: consecuencias económicas de las incapacidades, parte o totalidad de los gastos de atención sanitaria, pérdidas salariales por cambios de puesto de trabajo, pérdidas de empleo, etc. Por otro porque una parte de los costes los asumen los presupuestos sanitarios generales y/o el sistema de salud pública: cobertura de las enfermedades por la seguridad social, incapacidad, desempleo, etc. Los males profesionales los acaba pagando el sistema de salud público financiado con las cuotas obreras y los impuestos generales. De esa manera el cáncer de pulmón, el asma por inhalación de partículas, la fibrosis pulmonar como la silicosis, el mesotelioma (cáncer de la pleura) y un largo etcétera son atendidos por el conjunto de contribuyentes y no por quienes deben hacerse cargo.

En el caso español empresarios y Mutuas niegan el origen laboral de gran parte de las enfermedades que sufren trabajadoras y trabajadores cuando no les culpan de los accidentes que sufren. En su discurso la enfermedad se genera únicamente extramuros de la empresa, la relacionan con hábitos privados de vida o consumo, nunca con la ocupación profesional. Ni siquiera reconocen que externalizan los costes sanitarios derivados de la explotación de su mano de obra. Las cargas de nuestros males no las asumen los empresarios que reciben las plusvalías de nuestro trabajo, ni en muchos supuestos las Mutuas que reciben fondos públicos dotados con nuestras cuotas para atender las contingencias laborales.

El tándem patronal procura reducir su actuación a los mínimos insoslayables: accidentes no ocultables, algunos riesgos higiénicos y otros pocos ergonómicos. Y pese a tanta evidencia de gestión ineficiente, corrupta y antiobrera de la prevención, de la salud y de la IT laboral, las Mutuas se han hecho cargo recientemente por encargo del actual gobierno Zapatero de la gestión de la IT por contingencia común (originadas por enfermedades comunes no laborales), lo que las convierte en la nueva Agencia Pinkerton que nos vigila en caso de ausencia al trabajo por gripe.

El maldito caso español

El modelo productivo español está basado en un crecimiento de las actividades muy intensivas en mano de obra con bajos salarios, escasos requerimientos formativos, baja cualificación profesional y nula cultura preventiva, en los que tiene un gran peso la economía informal laboral y fiscalmente desregulada. En este momento hay 19.973.000 personas ocupadas, de las que en torno a 17 millones trabajan por cuenta ajena. La construcción, el comercio, la hostelería y el servicio doméstico acapararon el 75% del empleo creado en 2006 y más del 70% de los nuevos empleados en dichos sectores son emigrantes que están más desprotegidos y en muchos caso ocupan los puestos de alto riesgo.

El subregistro de casos de la siniestralidad y de las enfermedades profesionales enmascara estadísticamente la realidad que es peor que lo reflejado por las cifras oficiales, de ahí la necesidad de recurrir a estudios científicos solventes auspiciados por los sindicatos y entidades universitarias. En el caso de las enfermedades el listado oficial es muy incompleto pues no recoge dolencias directamente vinculadas al desempeño profesional. Aún más, el fenómeno del subregistro también falsea el propio listado oficial. Las razones de esta tropelía picaresca radican en la codicia empresarial y las prácticas chantajistas en muchos sectores productivos, las condiciones laborales precarias que atenazan a miles de personas que temen perder lo poco que tienen, la connivencia con empresarios y Mutuas de ciertos profesionales de la prevención faltos de ética, la presión de las Mutuas para que las contingencias comunes cubran enfermedades y accidentes laborales para evitarse costes, etc.

En el Estado español según un estudio ¹ realizado por dos investigadores del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), en 2004 murieron a causa del trabajo 17.584 personas, de las cuales 16.125 por enfermedad y 1.459 por accidente (García y Gadea, 2005).

Según Fernando Benavides, Director del Observatorio de la Salud Laboral, en 2006 más de tres millones de personas declararon estar expuestas en su trabajo “a cada uno de los siguientes riesgos: manipulación de cargas pesadas, movimientos repetitivos con brazos y manos, inhalación de productos tóxicos o caídas al mismo nivel y de objetos, además de a todos los riesgos psicosociales relacionados con la organización” (Benavides, 2007). En el mismo informe señala que un 64% de enfermedades ocasionadas por el trabajo no se declaran como tales.

Una docena de datos valen más que mil palabras, por lo que basta con reflejar algunas tablas y gráficos sobre siniestralidad, morbilidad y mortalidad en España que la sitúan como la última de la clase en prevención y a la cabeza de enfermedades y accidentes en el contexto de los denominados “países de su entorno”.

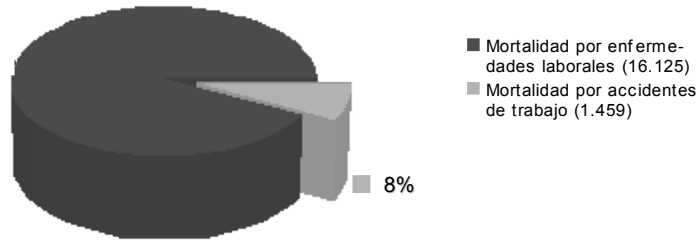
A) Mortalidad por enfermedades.

Grupos de causas de muertes por enfermedad de la población española en el año 2004	Total muertes población	Muertes por exp. laborales	% RA (riesgo atrib.)
Tumores	100.026	8.402	8,4
Enfermedades aparato circulatorio	29.535	3.662	12,4
Enfermedades aparato respiratorio	39.020	1.600	4,1
Enfermedades sistema genitourinario	8.526	699	8,2
Enfermedades sistema nervioso	13.881	430	3,1
Trastornos mentales	11.683	415	3,5
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.464	217	8,8
Enfermedades del aparato digestivo	3.951	83	2,1

Tabla de mortalidad. Impacto de las enfermedades laborales en España (2004).

¹ Este informe será publicado próximamente en las ediciones de la Cátedra Trabajo, Ambiente y Salud de la Universidad Politécnica de Madrid con los datos actualizados a 2005. Una parte importante de los datos sobre enfermedades y siniestralidad en España 2004 que aparecen en éste artículo han sido tomados de diversos papeles de trabajo y presentaciones de Ana María García.

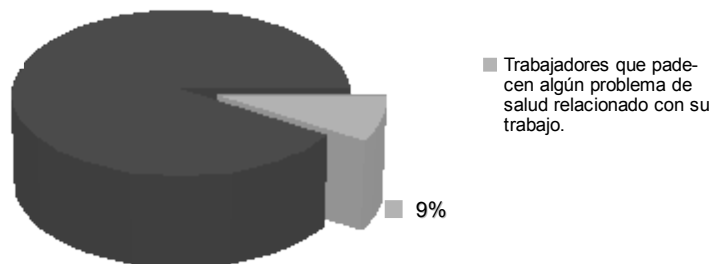
B) Comparación por causas de la mortalidad de origen laboral en 2004.

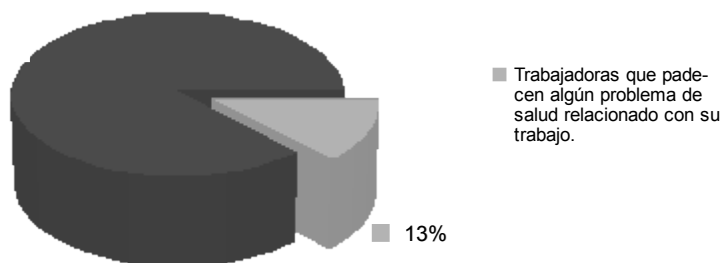


C) Incidencia, casos nuevos anuales.

Enfermedades	N
Enfermedades osteomusculares	27.826
Enfermedades de la piel	11.291
Hipoacusia o sordera por ruido	10.184
Enfermedades respiratorias	8.281
Alteraciones mentales	7.423
Enfermedades del sistema nervioso	5.503
Tumores malignos	5.199
Enfermedades infecciosas	2.090
Enfermedades cardiovasculares	1.090
Enfermedades de los ojos	590
Enfermedades gastrointestinales	7
TOTAL	79.484

D) Prevalencia, casos acumulados.

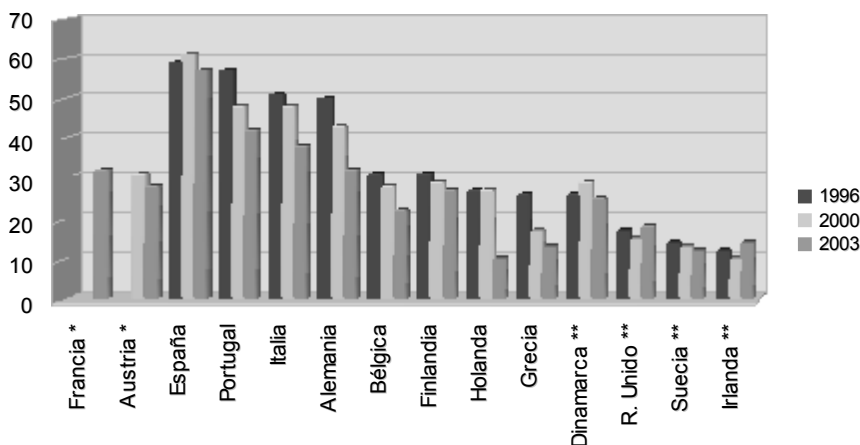




E) Comparación con UE en accidentes no mortales

Si en el caso de los accidentes mortales encabezamos la lista negra en el ámbito europeo, también lo hacemos en el de lesiones traumáticas sin resultado de muerte que producen tantos y tantos sufrimientos cotidianos. En este caso también las Empresas y Mutuas escamotean las notificaciones para evitar sus desembolsos por prestaciones de bajas.

Incidencia de las lesiones traumáticas no mortales por accidentes de trabajo con baja de más de 3 días por cada 1.000 trabajadores. Unión Europea, 1996, 2000 y 2003



(*) Datos no disponibles de Francia para 1996 y 2000, y Austria para 1996.

(**) Países donde la notificación no está relacionada con la prestación económica de la baja.

Fuente: Eurostat Data. Population and social conditions. 1996, 2000 y 2003.

De leyes, reglamentos, directivas y autoridades laborales

La causa de esta trágica situación es la ausencia de una cultura y una práctica preventivas reales y efectivas. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) vigente desde 1996 en nuestro país, es una muestra más de que una norma -por buena que sea y ésta lo es formalmente, a la vez que también es manifiestamente mejorable- no basta para solucionar los problemas de salud y seguridad de las y los trabajadores. La LPRL se importó de las directrices europeas, pero no formaba parte de la evolución real de las patronales españolas. Ni siquiera algunos sindicatos en ocasiones han des-

plegado todo el potencial que les abría la ley, que por otra parte necesita de mejoras y actualizaciones. Todavía es necesario articular una potente acción sindical que junto a la demanda de mejoras legales explote todos los recursos de representación, denuncia, participación, organización y control que la vigente norma establece.

Durante un primer periodo y dado que partíamos de muy atrás a causa de la dictadura franquista, se produjeron importantes cambios positivos en el terreno de la salud y la seguridad derivados de las transposición de directivas europeas. Actualmente el avance neoliberal que también alcanza a la Comisión Europea temerosa de los grupos de presión empresariales y rehén del conservadurismo de los gobiernos no augura buenas nuevas. Efectivamente el recorte de algunos aspectos del REACH, el reglamento que regula el mercado de las sustancias químicas, el tipo de revisión de la directiva sobre máquinas y el enfoque de los debates habidos sobre la Directiva sobre la liberación de los servicios (conocida como directiva Bolkestein) que puede tener efectos devastadores para la precarización y la salud de decenas de miles de mujeres y hombres, suponen el final de ciertas ilusiones ingenuas sobre el progresismo de todo aquello que viniera del ámbito comunitario en materia de salud y seguridad. La confrontación de clases también se refleja en los planes preventivos en colusión en el seno de las mismas instituciones europeas. No cabe lugar para el inocente y acrítico angelismo europeísta.

La existencia de la Inspección de Trabajo, con ser necesaria, es a todas luces insuficiente aunque aumentara -que debe aumentarlas- sus actuaciones. La judicatura acaba de estrenarse y en general no sabe ni contesta. Los manidos planes de formación que acuerdan y financian las diversas instancias tripartitas no están dando los resultados necesarios en la eliminación y erradicación de la siniestralidad y morbilidad laborales ni están creando las bases de una nueva y eficiente gestión empresarial de los riesgos.

Leyes sí, pero no bastan

Hace falta un cambio en la cultura preventiva del conjunto de la sociedad, una mayor exigencia a los empresarios para que pongan los recursos financieros y medios técnicos y organizativos necesarios para la eliminación de riesgos y de no ser factible ésta, su evaluación y establecimiento de medidas preventivas. También es imprescindible una actuación política clara e “intervencionista” de los poderes públicos en las empresas. El Estado, tanto desde el gobierno español como desde los gobiernos autonómicos, en definitiva desde la autoridad laboral competente, debe desplegar todos los medios financieros y normativos necesarios y, en su caso, actuar punitivamente frente al fraude empresarial con el objetivo de modificar la realidad. Estos cambios no se darán sin la presión activa, autónoma, constante y mediante todas las formas de lucha del movimiento obrero.

De lo anterior se deduce que la lucha por las reformas y las leyes justas es necesaria, particularmente para asentar conquistas del conjunto social y además cubrir las espaldas de los sectores menos organizados sindicalmente y de los sujetos más

frágiles, pero también se infiere que la clase trabajadora no puede confiar su suerte únicamente al marco legal por perfecto que éste sea. El sindicalismo de clase no puede confiar en los meros cambios legales ni en la acción del estado. En ocasiones tras un discurso supuestamente izquierdista se potencia un sindicalismo dependiente del legalismo e incapacitado para tomar la iniciativa desde el movimiento social de forma independiente respecto al ámbito de la política institucional.

Debemos de partir de una realidad: los riesgos aparecen y se multiplican exponencialmente en función de los cambios tecnológicos, de la evolución en procesos o en organización, y sobre todo en función de las condiciones de trabajo producto de una correlación de fuerzas entre clases. Las leyes aparecen mucho después que el riesgo, no pueden contemplar en tiempo real la diversidad de riesgos y pueden inducir, mediante respuestas técnicas, sobre el papel a falsas confianzas de los trabajadores respecto a que su salud y seguridad están garantizadas por la misma existencia de la norma. La legislación se comporta de un modo reactivo y, por tanto, no puede ser el único método para atajar los problemas.

El movimiento obrero debe de tener capacidad de cambiar las leyes, de hacerlas cumplir y de avanzar e imponer mejoras en la negociación colectiva sobre lo contemplado en la norma. Ello exige establecer la correlación de fuerzas más favorable, lo que conlleva propuesta, organización, participación y lucha. Este giro sólo será posible si las y los trabajadores asumen en sus manos de forma activa la defensa de su seguridad y de su salud e incorporan la prevención de riesgos a la nueva generación de derechos y conquistas laborales que configuran el panorama estratégico del sindicalismo del siglo XXI.

Salud laboral un asunto sindical

Trabajo y salud hoy son términos antagónicos dadas las condiciones en que se desarrolla la actividad laboral, pero es posible construir otro sistema de condiciones y superar el antagonismo. No hay maldición bíblica: hay relaciones de producción, formas de propiedad, modos de producción y modelos de organización social. Hoy el trabajo es tiempo de no libertad para la mayor parte de los seres humanos. Mañana el trabajo puede realizarse como cooperación entre libres e iguales.

Mientras tanto no cabe esperar, podemos comenzar a luchar y a conquistar en el presente mejoras sustantivas para la salud y seguridad de la clase obrera. Conquistas que, además, pueden contribuir a poner en cuestión el modelo de organización del trabajo y el modelo de jerarquía en el seno de la empresa y con ello ayudar a socavar los fundamentos de legitimación del poder del capital.

En ese proceso de lucha cabría describir la salud laboral como el esfuerzo organizado de la sociedad para proteger, promover y restablecer la salud de las y los trabajadores. Sus prioridades son eliminar los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales y sus objetivos, por tanto, son la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mediante dos elementos estratégicos: la acción preventiva y la vigi-

lancia de la salud. El resultado que buscamos es la desconexión entre actividad laboral y enfermedad/siniestralidad.

La naturaleza del proceso preventivo es descrita con precisión por el epidemiólogo Pere Boix: *“Muchas veces nos referimos a la prevención de riesgos laborales utilizando el concepto de “proceso socio-técnico”. Con ello tratamos de expresar que la prevención no es la resultante directa del progreso técnico sino que depende sobre todo de una acción social orientada a la democratización y al control colectivo de las condiciones de trabajo”* (Boix, 2005).

La salud laboral por tanto resulta de la combinación e interacción de las reivindicaciones, actividad y organización de la clase trabajadora y de sus organizaciones y representantes con los conocimientos científicos, habilidades técnicas y convicciones dirigidas al mantenimiento y a la mejora de la salud de todas las personas que participan en la actividad productiva.

Concepción sindical de la prevención

Los criterios rectores de la prevención para el sindicalismo son dos: hacer visible lo invisible y partir de la percepción del riesgo que tienen las y los trabajadores cuya participación en la erradicación del mismo es imprescindible. Tal como plantea el experto de la Confederación Europea de Sindicatos (CES) Laurent Vogel *“La salud no puede imponerse desde fuera. Se preserva de manera individual y colectiva por medio de la acción diaria. Esto es lo que convierte a los sindicatos en agentes esenciales en el proceso preventivo”* (Vogel, 2005).

La prevención de riesgos laborales tiene como objetivo la protección y promoción de la salud de los trabajadores mediante profundos cambios en las condiciones de trabajo. Por tanto no valen abordajes de “corta y pega” con recetas clónicas. La prevención deberá partir del puesto de trabajo concreto, de la persona concreta que tiene un sexo, raza, peso y edad y que parte de un estado de salud concreto. Al partir de lo singular se invalidan los TLV y otras medidas pretendidamente válidas de forma universal y que realmente parten de los supuestos umbrales saludables de un varón, blanco, anglosajón, de 85 Kgs. y 1,80 m. de altura. Se invalidan las evaluaciones de riesgo cuyo valor es únicamente el precio del peso del papel del informe. Y se hace necesario introducir nuevas dimensiones como la de género o la cuestión de la organización del trabajo que se tratan en sendos artículos de este Plural.

Ello supone la construcción de un sistema organizado con objetivos temporalizados y procesos claros, transparentes y evaluables que solamente serán eficaces si hay participación activa de la clase trabajadora como sujeto central de la prevención en todo su recorrido (qué, cómo, cuándo y quién...).

La planificación preventiva debe concretar la obtención de resultados prácticos que sean verificables mediante indicadores sencillos, comprensibles y accesibles. Por ejemplo algunos se obtienen mediante operaciones aritméticas elementales, como, por ejemplo, la disminución del número de los accidentes, discapacidades, muertes y enfermedades de origen laboral. Otros requieren de metodologías más

elaboradas pero también sencillas y de comprensión intuitiva, como es el caso del incremento de la salud y el bienestar en el trabajo por disminución de los riesgos laborales y el aumento de ambientes saludables y de comportamientos seguros en el trabajo (por tanto saludables) basados en la formación e información de todas las personas de la empresa para obtener las mejoras de salud que se persiguen.

Ello comporta una vigilancia constante sobre los riesgos y los daños mediante la identificación de los mismos, de las personas afectadas y del modo de afección, así como de los puestos de trabajo y circunstancias en los que se producen. Una vez identificado un peligro hay que erradicarlo. En los casos en los que no fuera todavía posible hay que realizar la evaluación de los riesgos no eliminados, hacer seguimiento y control de los daños y establecer la vigilancia de la salud y la adopción de medidas que articulen la acción preventiva para disminuir los riesgos modificando las condiciones de trabajo. Por lo tanto la prevención no se produce puntualmente el día D, se plasma en un papel y se da por cumplido el trámite. La acción preventiva supone un proceso permanente de diagnóstico, intervención, control.

Está produciéndose un salto adelante en la acción sindical en materia de salud laboral. El movimiento obrero en nuestro país ha roto, por el momento, en un punto con la lógica neoliberal: no acepta la denominada “valorización” del riesgo. En diez años en España se ha pasado de la mercantilización de los riesgos y su monetarización en los convenios colectivos mediante el establecimiento de pluses y primas vinculados a la penosidad o peligrosidad de la actividad laboral, a luchar por la erradicación de los riesgos. En 2007 además de las leyes y reglamentos de alcance general sobre prevención más de diez millones de trabajadores de nuestro país tienen convenios que mejoran lo regulado por las normas. Más de ciento cincuenta mil delegados y delegadas de prevención tienen competencias y derechos específicos para defender la salud y seguridad de sus representados. Es éste un capital del movimiento obrero organizado que puede aprovecharse o desperdiciarse.

Nuevos retos

La lucha por la salud y la seguridad laboral requiere de la elaboración de nuevos criterios sindicales autónomos y sólidos para abordar problemas complejos y también comporta la adquisición / apropiación por parte del movimiento obrero de algunos conocimientos científicos y técnicos. El objetivo no es ni debe ser “atiborrar” de saberes expertos a sindicalistas y clase obrera, pero la acción sindical frente al capital debe ser una acción informada y formada en algunas dimensiones jurídicas y técnicas específicas que abarcan un amplio campo que va desde los efectos de la organización del trabajo o la ergonomía a los impactos de las nanotecnologías y otros riesgos emergentes, pasando por las consecuencias de la exposición a sustancias químicas, disruptores endocrinos o radiaciones de diversa naturaleza. El sindicalismo de clase requiere en este punto de nuevas alianzas con científicos y técnicos que le aporten los análisis y conocimientos que le permitan enriquecer y establecer estrategias adecuadas.

En la UE barajamos en el trabajo y en el consumo más de 100.000 sustancias y productos químicos y de muy pocos de ellos existe ficha de seguridad. Mucho menos se conocen los efectos de la interacción entre estas sustancias sobre nuestra salud. Lo que es particularmente grave ya que estamos poliexpuestos permanentemente. La ausencia de los principios de precaución y prevención es patente en la industria química y en los gobiernos: primero se liberan y ponen en circulación los productos, se realiza la ganancia del capital y luego aparecen los riesgos, los efectos nocivos y las tragedias humanas. Es la historia, por poner algunos ejemplos, del insecticida DDT que iba a generar la revolución verde en la agricultura y acarrió la muerte, o del etilenglicol presente en productos de la limpieza doméstica, adhesivos, barnices, pinturas, ambientadores, cosméticos, medicinas y otros muchos productos que tiene efectos nocivos para la reproducción y la maternidad.

Riesgo químico, una galaxia de problemas

La ausencia de estos principios en la actuación no es exclusiva de la industria química o de las empresas usuarias de los productos químicos, basta recordar el uso masivo de amianto en la industria y en la construcción o ahora la ligereza con la que se han incorporado nanotecnologías a los más diversos campos. La escasa precaución de la industria y los gobiernos resulta más dramática al comprobar que los riesgos químicos motivan la mayor parte de los cánceres de origen laboral que, a su vez, son la principal causa de muerte en el trabajo en la UE, superando en número a las muertes por accidente.

Existe una triple legislación comunitaria respecto al riesgo químico: la normativa relativa a lugares de trabajo que obliga a los empresarios, la referida a comercialización que obliga a fabricantes, importadores y gobernantes y la relativa a accidentes (Directivas Seveso) que obliga a las empresas fabricantes y almacenistas de sustancias y compuestos químicos a ciertas normas de seguridad respecto al entorno de las instalaciones.

Aunque REACH no ha cubierto todas las expectativas del movimiento ecologista y del sindical por presiones de la industria y de algunos gobiernos, cabe destacar, como plantea Tony Musu, la consecución de algunos logros que el movimiento obrero y las organizaciones sociales pueden utilizar. Por ejemplo, se ha producido una transferencia de la carga de la prueba a la industria antes de comercializar un producto, las sustancias más peligrosas necesitarán una autorización específica previa y se impone una mayor transparencia respecto a la información en el etiquetado sobre propiedades, riesgos, etc. Podemos considerar que es un paso corto, pero un paso más en el camino de las políticas de eliminación, reducción y prevención del riesgo e incluso abre tímidas puertas a la estrategia de sustitución de sustancias y productos (Musu, 2007). Para Pickvance, investigador de la Universidad de Sheffield, el REACH podría evitar anualmente si se aplica correctamente 50.000 casos de enfermedades laborales respiratorias y 40.000 de piel y podría suponer un ahorro de 3,5 billones de euros en diez años para el ámbito de la UE-25 (Pickvance, 2005).

El problema no está resuelto porque no se respeta la jerarquía de las medidas, comenzando por la sustitución, no existe atención sobre los efectos a largo plazo de la exposición a sustancias químicas, las consecuencias negativas no son visibles socialmente, las políticas preventivas no tienen en cuenta los efectos graves no inmediatos y las actividades preventivas no se adecuan a los problemas generados por el riesgo químico. Por ello desde las organizaciones sindicales se debe realizar un esfuerzo en la información y formación de sindicalistas y plantillas, impulsar una mayor intervención de la representación sindical, exigir un incremento de la vigilancia de la salud, luchar por mejoras legislativas y movilizar por los problemas más sentidos.

El riesgo químico, como el derivado de las nanotecnologías, se encuentra en el cruce de caminos entre la defensa del medio ambiente, la salud pública y la salud laboral, por ello el combate contra el mismo constituye un importante factor de configuración del sindicalismo de clase alternativo que en su renovación debe tener como seña de identidad la lucha por un modelo productivo socialmente justo, laboralmente saludable y seguro, y ambientalmente sostenible que genere los bienes y servicios realmente útiles para satisfacer las necesidades humanas en el conjunto del planeta.

La externalización de los riesgos

A nivel mundial y en el caso español la burguesía está imponiendo sus ideas y sus reglas de juego en una cuestión fundamental que afecta de lleno a las relaciones laborales y por tanto a la salud y seguridad: el incremento de flexibilización a la baja de las condiciones de trabajo con el objetivo sagrado de aumentar la competitividad mediante la disminución de costes salariales y si les fuera posible el recorte de derechos sindicales y la limitación de la negociación colectiva.

Como consecuencia del modelo de globalización de la economía y de los cambios tecnológicos se ha disparado la subcontratación de actividades dentro de cada país y fuera del país. La cadena de subcontrataciones en el seno de nuestro país ha disparado los riesgos ya que las grandes empresas los externalizan (*outsourcing*) hacia otras en las que la presencia y organización sindical es menor y la capacidad de ejercer los derechos también. A medio plazo puede tener también efectos negativos para los trabajadores de las empresas externalizadoras ya que disminuye la tensión por lograr mejores sistemas y buenas prácticas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo.

A la vez se está produciendo una masiva externalización de los riesgos laborales hacia terceros países (*world sourcing*) que, al igual que en el caso de la que se produce dentro de cada país traslada los riesgos a los sectores de la clase más vulnerables, la transferencia internacional de riesgos recae sobre poblaciones más frágiles por indefensas y necesitadas y con menos derechos sociales, laborales y ambientales. Actualmente podemos afirmar que en paralelo a las masivas migraciones de personas de los países empobrecidos a los industrializados, se está produciendo una gigantesca migración de riesgos laborales en sentido contrario. Son diversos los informes respecto a la actividad de los grandes consorcios elaborados por la OIT o el

Centro de Naciones Unidas sobre empresas transnacionales que describen la doble vara de medir de esas firmas respecto a los riesgos laborales en los países de la OCDE y en el resto de países tanto en las actividades del acero, como en las de los cromatos, los plaguicidas, el amianto, el cloro o el cloruro de vinilo.

Telegrama de conclusiones

Lograr la salud y seguridad laborales exige profundos cambios en las condiciones de trabajo que pueden poner de actualidad en el movimiento obrero una pregunta central: ¿quién decide qué, con qué y cómo se produce? que junto al interrogante de “para quien” constituye el núcleo duro de la cuestión democrática para la clase trabajadora en el camino de su emancipación social.

El trabajo digno que defiende la OIT y reclaman los sindicatos en todo el mundo es un concepto en permanente construcción a partir de la experiencia del movimiento obrero. En el siglo XXI digno significa retribuido de forma justa, estable, con derechos laborales, sociales y sindicales, en jornada compatible con el resto de las facetas personales que configuran la vida de las gentes, que integre la formación profesional continua y la participación activa de las y los trabajadores en los asuntos que les afectan, vinculado a actividades ambientalmente sustentables y socialmente útiles, pero también seguro, fuente de bienestar y garante de la salud.

Lograr dignificar el trabajo exige el desarrollo de un sindicalismo mundial de clase, internacionalista, solidario, de lucha y alternativo. Esa dignidad es incompatible con el sistema capitalista, luego, el sindicalismo tendrá que combatirlo o no será útil para las gentes de abajo.

Manuel Garí es miembro de la redacción de *VIENTO SUR*.

Bibliografía citada

- Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (1997) *Cáncer y desigualdades sociales*. Lyon: AIIC.
- Benavides, F. G. (2007) “La salud laboral en España a examen: Informe del Observatorio de Salud Laboral 2006”. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 10 (3), 121-122.
- Boix, P. (2005) “Presentación”. En CC OO-ISTAS *La prevención de riesgos en los lugares de trabajo*, CC OO.
- García, A. M. y Gadea, R. (2004) “Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España”. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*.
- Heran Le Roy, O.; Sandret, N. (1995). *Encuesta Nacional SUMER 94, Primeros resultados*, Ministerio de Trabajo.
- Logan, W. P. D. (1982). *Mortalidad por cáncer según la profesión y la clase social*. Lyon: IARC.
- Musu, T. (2007) “¿Cuáles son los beneficios de REACH para los trabajadores?”. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 10(3), 123-124.
- Pickvance, S. (2005) *The impact of Reach on occupational health*. Bruselas: ETUI-REHS.
- Rodríguez, C. A. (2005) *La salud de los trabajadores. Contribuciones para una asignatura pendiente*. Buenos Aires: SRT.
- Vogel, L (2005) *Salud Laboral. Ocho áreas de acción prioritarias para la política europea*. Bruselas-Madrid: ETUI-REHS.