

D E B A T E S

Nuevas perspectivas para la estrategia comunitaria de salud en el trabajo 2007-2012

Introducción

El objetivo de esta publicación es contribuir a los debates sobre la nueva estrategia comunitaria en salud y seguridad en el trabajo para el período 2007-2012. En un momento en el que las estrategias comunitarias de salud y seguridad en el trabajo deberán aportar respuestas a numerosos y complejos problemas. Una lista exhaustiva de los mismos sería demasiado larga, pero podemos citar algunos de ellos: la precarización del trabajo está privando a millones de trabajadores de los medios de acción en lo que a salud laboral se refiere. La intensificación del trabajo y los nuevos métodos de gestión empresarial son los causantes del aumento de las lesiones músculo-esqueléticas y de los problemas psicosociales. Un gran número de trabajadores está expuesto a sustancias químicas peligrosas y la mortalidad por riesgo químico supera en gran medida a las muertes por accidentes de trabajo. Como regla general las sustancias peligrosas, en especial las cancerígenas, no son sustituidas por alternativas seguras. La ampliación de la UE en 2004 y las futuras ampliaciones aumentan las diferencias entre las situaciones nacionales. Los riesgos laborales continúan siendo ignorados en muchas situaciones, debido a la perspectiva estereotipada de género, lo que hace imposible un equilibrio de género que propicie la intervención en salud laboral.

Podríamos añadir muchos más problemas a esta lista. Es vital desarrollar una estrategia que realmente mejore las condiciones de trabajo e identifique las medidas prioritarias. Sólo el fortalecimiento sistemático de los sistemas preventivos como tal puede generar un nuevo impulso. En pocas palabras, es más importante crear una infraestructura que garantice una actividad continua en la eliminación de los riesgos que responder a los riesgos de manera aislada. La participación de los trabajadores es fundamental para lograr este objetivo. Sin una extensión de la democracia participativa a los trabajadores, en especial de la capacidad de éstos de controlar las situaciones en el trabajo, no se podrá lograr un avance sostenible de la prevención.

Este objetivo sólo se logrará ampliando los sistemas de representación de los trabajadores en salud y seguridad. Las autoridades públicas en esta materia también tienen un papel muy importante. El fortalecimiento de la inspección en materia de prevención de riesgos se ha convertido en una política comunitaria básica. Los partidarios de la liberalización sin límites del mercado utilizan la ampliación de la UE y otros factores como el lugar que ocupa Europa en la economía mundial para entrar en el debate de la desregularización, lo que llevaría a la Unión Europea a una política neoliberal, en la que las condiciones de vida y de trabajo no sólo no se armonizarían, sino que se convertirían en una variable de ajuste mediante la cual algunos países acelerarían su competitividad, y esto llevaría inevitablemente al aumento de las desigualdades.

La armonización de las condiciones de trabajo es para los sindicatos un requisito esencial para alcanzar la justicia social y la igualdad. Es por ello que la acción sindical intenta crear vínculos entre las estrategias preventivas nacionales y la estrategia comunitaria.

En la mayor parte de los casos, una política eficaz requiere de acciones combinadas a varios niveles: el lugar de trabajo, los sectores, las regiones y los países de la Unión Europea. El Departamento de Salud y Seguridad de ETUI-REHS, que desempeña las actividades del antiguo BTS, aportará el máximo de sus recursos a la lucha sindical por la salud laboral.

Ya desde 2001, entramos en el debate con una publicación que analizaba las propuestas sindicales para una política comunitaria en salud laboral*. Buena parte de ese análisis es aún de gran utilidad. Esta contribución parte de la conclusión de que la estrategia aplicada en el período 2002-2006 carecía de objetivos concretos y estaba debilitada por frecuentes declaraciones poco precisas sobre lo que era necesario hacer. La nueva estrategia necesita ser más concreta y precisa, establecer medidas prioritarias, asignar recursos que satisfagan las necesidades y que sean auditados a intervalos regulares.

Esta publicación contiene dos contribuciones. La primera, escrita por Laurent Vogel, investigador del Departamento de Salud y Seguridad de ETUI-REHS, resume la esencia de los debates que llevaron a acabo los representantes sindicales en el seno del Comité Consultivo de Salud y Seguridad de Luxemburgo, en el que sindicalistas de veinticinco países discutieron durante un período de varios meses sobre una estrategia común. El resumen de lo debatido allí indica la capacidad del movimiento sindical para definir objetivos concretos que tomen en cuenta los problemas de salud laboral detectados en los diferentes países. Este informe contiene una serie de principios clave que cuentan con el apoyo total de la CES. Aunque está dirigido a las instituciones europeas, también nos implica en la acción. Los ejes fundamentales tratados en esta declaración constituirán los temas de las futuras campañas sindicales comunes. Serán incluidos a iniciativa nuestra en el programa de movilizaciones sindicales, en las diferentes instancias de representación sindical y en la labor cotidiana de nuestras organizaciones.

También pedimos a Pascal Paoli que elaborase un resumen de las encuestas sobre condiciones de trabajo y su impacto en la salud en Europa. Pascal Paoli fue uno de los arquitectos de la Encuesta Europea de la Fundación de Dublín. También ha contribuido a la creación del Observatorio de Riesgos de la Agencia de Bilbao. Ha aceptado amablemente hacer una reseña de los principales problemas de la salud laboral basada en las encuestas nacionales y europeas, por lo que le estamos sinceramente agradecidos.

Walter Cerfeda, secretario confederal CES

Marc Sapir, director del Departamento de Salud y Seguridad ETUI - REHS

* Ver: *Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail*, Bruxelles, CES/BTS, 2001.

Índice

Introducción	PÁGINA 1
Nuevas perspectivas para la estrategia comunitaria de salud en el trabajo 2007-2012	
<i>Laurent Vogel</i>	PÁGINA 5
Importancia de la política comunitaria en salud laboral	PÁGINA 5
Balance de los resultados obtenidos	PÁGINA 6
Una breve evaluación del último período (2002-2006)	PÁGINA 8
Nuestra propuesta para la nueva estrategia comunitaria	PÁGINA 10
La primera prioridad: consolidar los sistemas preventivos	PÁGINA 11
Segunda prioridad estructural y estratégica: lograr que la ampliación de la UE sea un éxito	PÁGINA 18
Reforzar la coherencia de las políticas preventivas con respecto al riesgo químico	PÁGINA 20
Intervenir de manera más eficaz en la organización del trabajo, particularmente en la prevención de las lesiones músculo-esqueléticas (LME)	PÁGINA 22
Movilizar a todos los agentes	PÁGINA 23
La dimensión internacional de la política comunitaria en salud laboral	PÁGINA 29
Generar diferentes instrumentos	PÁGINA 30
La contribución del movimiento sindical	PÁGINA 33
La salud laboral en Europa. Balance de la situación a través de las encuestas sobre condiciones de trabajo	
<i>Pascal Paoli</i>	PÁGINA 35
Las encuestas sobre condiciones de trabajo: origen y desarrollo	PÁGINA 35
Situaciones y tendencias	PÁGINA 38
Importantes impactos en la salud	PÁGINA 48
Algunas conclusiones	PÁGINA 51

Nuevas perspectivas para la estrategia comunitaria de salud en el trabajo 2007-2012

Laurent Vogel, investigador del Departamento de Salud y Seguridad de ETUI-REHS

La mejora de las condiciones de trabajo continúa siendo una de las prioridades del movimiento sindical. Es por ello que en el Comité Consultivo de Luxemburgo, en el marco de preparación de la nueva estrategia comunitaria en salud y seguridad, los representantes sindicales de los 25 países de la Unión Europea (UE) definieron sus prioridades juntos. La siguiente declaración explica de manera resumida esa visión común. Otros documentos que realizan una contribución más profunda sobre aspectos específicos serán publicados más adelante.

Importancia de la política comunitaria de salud laboral

La política comunitaria en salud laboral ejerce una influencia real y positiva en los diferentes Estados miembros. En especial la Directiva Marco de 1989 ha contribuido a crear una nueva dinámica, pero el balance general requiere ser matizado. El potencial que ofrece la política comunitaria no se aprovecha plenamente. Los sistemas preventivos se siguen caracterizando por importantes carencias. Por otro lado, los avances sociales y tecnológicos han modificado parcialmente las condiciones concretas en las que se aplican las políticas preventivas. Ciertos riesgos pueden disminuir y otros aumentar. Una evaluación regular de la eficacia de estas políticas es pues indispensable y debe resultar en los cambios necesarios para modificar el marco legislativo.

Tras la victoria del "no" en el referéndum sobre la Constitución Europea en Francia y Holanda, las fuerzas políticas conservadoras han hecho una interpretación manipuladora del significado de ese voto. Han afirmado que los ciudadanos rechazaban una Europa en la que la reglamentación intervendría de manera demasiado sistemática en su vida cotidiana y han exigido una drástica reducción de la legislación en todos los campos. Tal interpretación no se corresponde con la realidad. Que las personas desconfíen de la burocracia no significa que aprueben la ley de la jungla. En el campo social y medioambiental, las demandas de los ciudadanos están más dirigidas a la mejora de las disposiciones comunitarias para lograr una armonización de las condiciones de vida y de trabajo en Europa.

Las organizaciones sindicales de los diferentes países de la UE han reafirmado su oposición a la desregularización en el campo de la salud laboral y a cualquier tentativa de establecer una "pausa legislativa". También rechazan la mayor parte de argumentos a favor de la "simplificación" legislativa o de una "mejor reglamentación" que en realidad sea una manera de debilitar el marco normativo.

La Directiva Marco y sus diferentes directivas específicas constituyen textos legislativos comunitarios básicos. Su aplicación constituyó una de las condiciones para la puesta en marcha de un mercado único europeo. La legislación comunitaria sobre salud y seguridad en el trabajo es relativamente simple en su planteamiento y su aplicación es indispensable para proteger la vida y la salud de los trabajadores. Sus exigencias a los empresarios y en menor medida a las autoridades están completamente justificadas con relación a los objetivos perseguidos. El grupo que representa a los trabajadores en el Comité Consultivo considera que no existen motivos fundamentados para iniciar un programa de simplificación legislativa en el campo de la salud laboral.

Balance de los resultados obtenidos

En los diferentes países de la UE los datos muestran que las desigualdades sociales tienden a aumentar. Las condiciones de trabajo juegan un importante papel en las desigualdades sociales en el campo de la salud. Así por ejemplo, la mortalidad por ciertos tipos de cáncer presenta notables diferencias según el grupo profesional y refleja importantes niveles de exposición a riesgos químicos en el trabajo. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares también está distribuida de manera desigual entre los grupos profesionales. Dichas diferencias se explican en gran medida por la falta de autonomía de los trabajadores en la organización de su trabajo y por el estrés. También pueden citarse como influyentes otros factores como la precariedad del empleo o el trabajar en empresas donde se producen despidos masivos.

Si sólo tenemos en cuenta las causas directas de mortalidad, alrededor de 130.000 ciudadanos europeos mueren cada año en un accidente laboral o a causa de una enfermedad profesional, según estimaciones realizadas en 2005 por la OIT. Estos datos muestran el enorme precio que pagan los trabajadores por la falta de prevención y por la gradual transformación de los problemas de salud laboral. De hecho los accidentes mortales no son más que una parte muy limitada del conjunto (entre el 4 y el 5%, con grandes diferencias según el país). Sólo la exposición a sustancias químicas peligrosas provoca cuatro veces más muertes que los accidentes de trabajo. Estos datos permiten concluir que los avances tecnológicos y científicos no se traducen automáticamente en mejora de las condiciones de trabajo. Sigue habiendo un gran desnivel entre las posibilidades de la prevención y la situación de la salud laboral en nuestras sociedades.

La Fundación Dublín comenzó en septiembre de 2005 la realización de su cuarta encuesta sobre condiciones de trabajo en la Unión Europea. Los resultados permiten medir el camino recorrido desde la primera encuesta realizada en 1990. Dichos resultados se dieron a conocer durante el primer semestre de 2006. Llegaron de manera oportuna para contribuir al debate sobre el nuevo plan estratégico para el período 2007 -2012.

Pero aún sin conocer los resultados, los datos nacionales provenientes de numerosos países comunitarios permiten ya observar algunas tendencias predominantes. Las directivas comunitarias, en particular la Directiva Marco de 1989, han ayudado a los Estados a mejorar su situación en el campo de la salud laboral. Aunque su aplicación práctica en los lugares de trabajo deja mucho que desear, se han podido observar ciertos avances, sobre todo con respecto a la reducción de los accidentes de trabajo. Este progreso sigue siendo frágil y se ve amenazado por la precarización laboral, los métodos de gestión

que reducen la capacidad de los trabajadores para controlar sus condiciones de trabajo y por una intensificación significativa del trabajo.

Los trabajadores siguen pagando un precio muy elevado por la falta de prevención. De los datos recientes de las encuestas nacionales, podemos citar los siguientes ejemplos:

- En **Francia**, entre 1994 y 2003, la exposición de los trabajadores a la mayoría de los riesgos muestra una tendencia creciente. Pero esta valoración general muestra tendencias divergentes en las que algunos riesgos aumentan y otros disminuyen, algunos de manera significativa. Las largas jornadas laborales son menos frecuentes y las tareas repetitivas están menos difundidas, pero los problemas de organización y las lesiones físicas aumentan. La exposición a riesgos biológicos se mantiene estable, pero la exposición a sustancias químicas aumenta. En general, los riesgos y penalidades aumentaron para los trabajadores menos cualificados, así como para los de la agricultura y la construcción.
- En **España**, la quinta encuesta nacional de condiciones de trabajo, realizada en 2003, ofrece resultados contradictorios. Los recursos dedicados a la prevención han aumentado de manera significativa, pero las condiciones de trabajo no han mejorado. En comparación con la encuesta anterior realizada en 1999, ha habido indudables avances cuantitativos en la organización de la prevención. El porcentaje de empresas que cuentan con delegados de prevención ha aumentado de un 12,8 a un 41,6%. En 1999 el 24% de las empresas no contaban con ningún servicio de prevención. Este porcentaje se redujo a un 9% aproximadamente en 2003, pero ese desarrollo de la prevención fue contratado con servicios externos que tienen una influencia mínima en las opciones estratégicas de la empresa. Los factores relacionados con la organización del trabajo suscitan quejas crecientes: casi un 10% de los trabajadores se queja de ritmos excesivos de trabajo, un 6% de falta de autonomía. Las consecuencias para la salud son visibles: un 15,7% de los trabajadores acudió al médico durante el año anterior por problemas de salud relacionados con el trabajo (esta cifra era de un 13% en la encuesta de 1999). La encuesta revela además que un 16,8% de los trabajadores toma analgésicos frecuentemente (frente a un 12,5% en 1999).
- En **Suecia**, uno de cada cuatro trabajadores sufría alguna enfermedad de origen laboral en 2005, según la última encuesta sueca sobre trastornos de la salud vinculados al trabajo. Dicha encuesta indica, por otra parte, que el 28% de las mujeres y el 22% de los hombres declaran haber sufrido problemas de salud derivados del trabajo en los 12 meses anteriores a la encuesta. Los problemas de salud más frecuentes son los causados por posturas incómodas en el trabajo, la manipulación de cargas pesadas, el trabajo repetitivo, el estrés, el acoso y la violencia en el trabajo. En cuanto a los accidentes de trabajo, se ha producido una disminución regular: en 2004 se registraron 30.484 (trabajadores por cuenta ajena y autónomos) frente a los 39.334 registrados en 2000. Se perciben notables diferencias. En lo que se refiere a la mano de obra femenina, 34% de las trabajadoras que manejaban maquinaria informaron de problemas de salud laboral en 2005. Otros sectores muy afectados son los servicios y el sector de la salud pública. Entre los hombres, los trabajadores manuales presentan el porcentaje más elevado de problemas de salud (un 25%). En esta categoría, los carpinteros y ensambladores encabezan la lista con un 31%. Algunos de los afectados creen que se han tomado medidas para mejorar la situación. De los traba-

ADORES que registraron problemas, el 7% de los hombres y el 9% de las mujeres declararon que se habían realizado cambios en sus tareas para mejorar las condiciones. Se redujo el volumen de horas de trabajo para un 3% de los hombres y un 5% de las mujeres. Alrededor de un 2% de los trabajadores declaró haber sido transferido a otro puesto en la misma empresa y aproximadamente un 3% abandonó el trabajo. Las medidas de prevención colectivas han sido también poco sistemáticas. Sólo un 31% de las mujeres y un 24% de los hombres indican que se han adoptado medidas para evitar que la situación empeore o se repita.

Los esfuerzos realizados en los últimos quince años deben consolidarse en un marco estratégico más coherente. Esto implica una reflexión crítica sobre los resultados y un replanteamiento de las políticas de salud laboral, tanto a nivel nacional como comunitario. El objetivo de armonizar la mejora de las condiciones de trabajo fijado en 1986 se mantiene vigente y es en función de ese objetivo que se debe elaborar la nueva estrategia comunitaria para el período 2007-2012.

Una breve evaluación del último período (2000-2006)

En marzo de 2002, la Comisión Europea adoptó una comunicación dedicada a la estrategia comunitaria en salud laboral, que pretendía ser un instrumento de adaptación a los cambios sociales y laborales. La comunicación hacía un análisis general correcto, pero era muy vaga en lo referente a iniciativas y un calendario concretos. Lejos de constituir un plan de trabajo preciso, la estrategia primaba los planteamientos generales sobre la necesidad de combinar diferentes enfoques e instrumentos. La drástica reducción de los recursos humanos de la unidad de salud laboral en la Comisión Europea, al igual que la pasividad por parte del Consejo de Ministros y un contexto políticamente desfavorable, agravaron esta situación.

Cuatro años más tarde, un rápido análisis de lo realizado demuestra que no se sobrestimaron las deficiencias de la estrategia para el período 2002-2006. Se produjeron avances reales en dos campos de la legislación comunitaria: el amianto y los agentes físicos. La aprobación de la Directiva 18/2003, de 27 de marzo de 2003, constituye un avance en cuanto al amianto. En la práctica prohíbe la fabricación de materiales que contengan amianto para la exportación. Entre los otros aspectos positivos se puede citar la reducción del valor límite de exposición a 0,1 fibra/cm³ y la ampliación del campo de aplicación de la directiva a ciertas categorías de trabajadores anteriormente excluidas.

En cuanto a los agentes físicos, se han aprobado una serie de directivas específicas para proteger a los trabajadores frente a los riesgos asociados a vibraciones mecánicas (Directiva 2002/44/CE), al ruido (Directiva 2003/10/CE), a los campos electromagnéticos (Directiva 2004/40/CE) y a la radiaciones ópticas artificiales (Directiva 2006/25/CE).

El acuerdo europeo sobre estrés firmado entre organizaciones sindicales y patronales, el 8 de octubre de 2004, podrá llevar a avances sustanciales siempre que se transponga y desarrolle en los diferentes Estados miembros. Es aún pronto para abordar una evaluación de las negociaciones nacionales con vistas a la transposición del acuerdo. Es en función de sus resultados concretos que podremos considerar la posibilidad de otras actuaciones basadas en la negociación colectiva a nivel europeo.

Los obstáculos son numerosos, en su mayoría condicionados por el contexto político. Los temas pendientes incluyen: la revisión de la Directiva sobre trabajadoras embarazadas y la elaboración de valores límite para los principales agentes cancerígenos. Sigue existiendo incertidumbre en otros campos como la revisión de la Directiva sobre agentes cancerígenos que deberá incluir los agentes tóxicos para la reproducción. En otros temas, a finales de 2006, las iniciativas de la Comisión seguían siendo muy limitadas, sobre todo en lo que respecta a las lesiones músculo-esqueléticas y la violencia en el trabajo. Por otro lado, un síntoma preocupante lo constituye la proposición por parte de la Comisión de que se revise la Directiva de tiempo de trabajo, lo que constituye un ejemplo sin precedentes de retroceso social. El objetivo de proteger la salud en el lugar de trabajo ha sido relegado a un segundo plano en la revisión de esta directiva.

El debilitamiento de la intervención comunitaria en el campo de la salud laboral se ha justificado a veces por la integración de las exigencias en salud laboral con normas legales de otras áreas (*mainstreaming*). Pero esta integración ha sido bastante irregular.

En lo que respecta a los equipos de trabajo, la revisión de la Directiva sobre maquinaria deberá concluir en breve. Dicha revisión constituye un avance en general, pero no es suficiente para resolver las cuestiones relacionadas con la deficiente vigilancia del mercado y con el proceso de elaboración de normas técnicas por parte del Comité Europeo de Normalización (CEN), un organismo que sigue estando controlado por la industria. La actividad de los citados organismos también es preocupante, debido al escaso control por parte de los poderes públicos.

En el campo de la fabricación y comercialización de productos químicos, la propuesta inicial de reforma REACH contenía principios que podían mejorar significativamente la salud de los trabajadores. Pero la propuesta presentada por la Comisión en Octubre de 2003 debilitó varios puntos importantes con relación al contenido del Libro Blanco de 2001. Existe una gran incertidumbre en cuanto al contenido final de REACH y cuál será su impacto en la mejora de las políticas preventivas, siendo uno de los aspectos más preocupantes el del respeto al principio de sustitución obligatoria de las sustancias más peligrosas, reafirmado por el Parlamento Europeo en noviembre de 2005¹.

La propuesta de Directiva de la Comisión sobre trabajo temporal, presentada en 2002, no aborda los importantes problemas de salud y seguridad que observamos en este sector. Al parecer la Comisión está dispuesta a abandonar cualquier perspectiva de aprobar una normativa general sobre trabajo temporal en la Unión Europea.

En otros campos, la integración de los problemas de salud laboral es nula y hay iniciativas comunitarias que cuestionan directa o indirectamente el derecho de los trabajadores a proteger su vida y su salud. La propuesta de Directiva sobre servicios (conocida como Directiva Bolkestein) es un ejemplo de iniciativa legislativa de carácter económico que emana de la Comisión sin tener en cuenta la salud laboral.

De la misma manera, las únicas propuestas de la Comisión sobre el trabajo portuario han estado motivadas por la voluntad de abrir el sector a una mayor competitividad. Esta propuesta se tropezó con una oposición encarnizada por parte de los estibadores y

¹ Nota del editor español: este texto se escribió con anterioridad a la aprobación del REACH (18/12/06).

sus organizaciones sindicales. Afortunadamente, el Parlamento Europeo rechazó nuevamente la propuesta en enero de 2006.

Una de las mayores debilidades de las acciones emprendidas entre 2003 y 2006 es no haber tenido en cuenta los cambios en el mercado del trabajo y en las relaciones laborales. Se puede hablar de fracaso en tres cuestiones particularmente importantes:

- A pesar del compromiso de integrar la dimensión de género en las medidas preventivas, las políticas seguidas en la práctica no han cambiado y las cuestiones de igualdad de género en salud laboral siguen siendo ignoradas en gran medida. El informe sobre la aplicación práctica de la Directiva Marco y cinco directivas específicas presentado por la Comisión en 2004 ilustra muy bien esta tendencia. Hay una necesidad urgente de definir métodos de evaluación sensibles a la dimensión de género. Del mismo modo, en los debates sobre REACH nunca en la práctica se ha abordado la dimensión de género en la exposición a sustancias químicas. Numerosos estudios demuestran que las mujeres trabajadoras se concentran en sectores o profesiones donde dichas exposiciones son claramente menos controladas que en la industria química básica.
- Tampoco se ha abordado la precarización del trabajo como una cuestión prioritaria. El trabajo precario se sigue presentando con frecuencia como una modalidad de acceso al mercado laboral, aunque se puede observar que a medio y largo plazo puede constituir un factor de exclusión del trabajo debido a los daños a la salud.
- Las cuestiones relativas al tiempo de trabajo han sido abordadas desde una perspectiva que favorece las exigencias de mayor flexibilidad formuladas por la patronal.

Nuestra propuesta para la nueva estrategia comunitaria

A comienzos de 2005, la nueva Comisión presentó su nueva Agenda Social que se centraba en dos objetivos prioritarios: el pleno empleo y la igualdad de oportunidades. En esta comunicación, titulada: *Una nueva dinámica para las relaciones industriales*, la Comisión anunció la preparación de una nueva estrategia de salud laboral para el período 2007-2012 que debería estar orientada a los nuevos riesgos, la salvaguarda de los niveles mínimos de protección y la cobertura de los trabajadores que carecen de la adecuada protección.

El compromiso de la Comisión de trabajar en este campo es más que bienvenido. La armonización mínima de los niveles de protección implica la adopción de directivas que definan un marco común de derechos de los trabajadores europeos. Para que sea eficaz, dicho programa deberá hacer un balance de los recursos públicos disponibles (reglamentarios, financieros y humanos) dedicados a la salud laboral en cada uno de los Estados miembros. Si hemos aprendido algo de la aplicación de la política comunitaria en los últimos quince años, es la importancia del vínculo entre las estrategias preventivas nacionales y las comunitarias. A menudo, los Estados creen que su papel se limita a la transposición formal de las directivas a su legislación sin dedicar recursos a su verdadera aplicación.

La nueva estrategia deberá establecer objetivos más concretos y planificarlos en el tiempo. Las organizaciones sindicales esperan que su enfoque sea más concreto que en la anterior, se centre en objetivos específicos y defina las medidas a tomar y los plazos. Las evaluaciones periódicas deberían verificar si las medidas planificadas se han transfor-

mado en medidas prácticas y la necesidad de completar el programa inicial con nuevas medidas en aquellos en los que la evolución de la situación en materia de salud laboral lo justifique.

Algunas de las prioridades que defendemos son estructurales y estratégicas, dado que están vinculadas al conjunto de estrategias y sistemas preventivos, independientemente de los riesgos y prioridades transversales vinculadas a una amplia categoría de riesgos delimitados por un origen común.

El conjunto de prioridades definidas deberá integrar la dimensión de género, es decir, deberán ser elaboradas, aplicadas, evaluadas y redefinidas periódicamente teniendo en cuenta el objetivo de la igualdad entre hombres y mujeres.

Se deberán tener en cuenta tres objetivos en particular:

1. asegurar a hombres y mujeres el acceso al empleo en condiciones que no atenten contra su salud;
2. garantizar condiciones de trabajo sostenibles, es decir compatibles no sólo con la protección de la salud a corto plazo, sino también con la defensa de la salud a lo largo de la vida de las personas;
3. tener en cuenta las interacciones entre el trabajo remunerado y el no remunerado en el conjunto de las políticas preventivas.

Esto implica que el conjunto de indicadores utilizados y las evaluaciones han de integrar la dimensión de género, lo que es poco habitual actualmente. Por otro lado se debería combatir la fuerte discriminación de género que caracteriza los sistemas nacionales de reconocimiento de enfermedades profesionales a través de una armonización mínima de los mismos. Más de cuarenta años después de la aprobación de la primera recomendación relativa a este tema, es hora de sacar conclusiones sobre el fracaso de un sistema de armonización que carece de instrumentos adecuados, es decir como textos jurídicos vinculantes.

La primera prioridad: consolidar los sistemas preventivos

La primera prioridad estructural y estratégica es consolidar los sistemas preventivos teniendo en cuenta los cambios en el mundo del trabajo. Partimos del análisis de que una estrategia nacional de salud laboral se apoya necesariamente en un sistema preventivo. Los sistemas preventivos están compuestos por una serie de agentes, instituciones y mecanismos. El buen funcionamiento y la coordinación entre los mismos son requisitos imprescindibles para aplicar una estrategia preventiva eficaz.

Podemos considerar que los agentes de un sistema preventivo se distribuyen en dos niveles. El primer nivel incluye a un conjunto de agentes que intervienen de manera regular en las empresas. Son normalmente el empresario, los trabajadores, sus organizaciones en el lugar de trabajo y sus representantes, los servicios de prevención internos o externos. El segundo nivel agrupa a una serie de agentes que actúan "por encima" de las empresas. Las autoridades e instituciones públicas tienen aquí un importante papel, pero otras organizaciones, como los sistemas aseguradores de riesgos laborales, las organizaciones empresariales y sindicales, los organismos paritarios y las asociaciones profesionales, también pueden desempeñar una labor importante.

Las directivas comunitarias cubren esencialmente las relaciones entre empresarios y trabajadores, pero prácticamente no contienen ninguna disposición sobre los agentes que intervienen a mayor escala. Esta limitación es en parte inevitable. Los sistemas preventivos nacionales se caracterizan por tener diferencias importantes y están vinculados a sistemas de relaciones industriales, salud pública y seguridad social igualmente diferentes. Sería ilusorio intentar armonizar el conjunto de componentes de dichos sistemas preventivos, pero debería ser posible encontrar un punto medio entre la casi total ausencia de política comunitaria y la armonización total.

El problema puede plantearse de la siguiente manera: una política de armonización que afecte las condiciones de trabajo sólo puede ser efectiva si existe un vínculo entre la aplicación de las disposiciones legislativas y la adopción de estrategias preventivas nacionales coherentes. Como norma general, los problemas que hemos encontrado en la aplicación de las directivas comunitarias se deben más a la ausencia de una estrategia preventiva nacional coherente que a una transposición inadecuada. Con mucha frecuencia las disposiciones más importantes de la legislación se convierten en meros papeles burocráticos, debido a que la Inspección de Trabajo carece de los recursos necesarios para una intervención eficaz o porque el apoyo público a la información, la formación y la investigación es insuficiente.

La nueva estrategia comunitaria deberá permitir llevar a cabo una política más activa para estimular las estrategias preventivas nacionales en cada uno de los Estados miembros y definir unos criterios mínimos para los elementos más importantes de los sistemas preventivos nacionales.

Consideramos que se deberá hacer un especial énfasis en los siguientes aspectos:

1. El fortalecimiento de la Inspección de Trabajo

Numerosos estudios demuestran la importancia de un buen funcionamiento de la Inspección de Trabajo. Desde comienzos del siglo XX, se ha podido observar que las leyes sociales corren el riesgo de ser inútiles si los poderes públicos no establecen un sistema de inspección competente, independiente y dotado de suficientes poderes.

En la mayoría de los países de la UE, la Inspección de Trabajo está infradotada (tanto en recursos materiales como humanos). El desequilibrio entre las necesidades y los recursos sigue creciendo. Las necesidades tienden a aumentar debido a una serie de factores. El ámbito de la prevención se ha ampliado e incluye ahora factores tradicionalmente ignorados, como los riesgos psicosociales, el acoso moral y los efectos a largo plazo de la exposición de sustancias químicas. Los procedimientos formales se han hecho más específicos sobre todo al incorporar la evaluación de riesgos y la planificación de las actividades preventivas. La fragmentación de la actividad productiva y la aparición de cadenas de subcontratación cada vez más complejas dificultan aún más el control del cumplimiento de la normativa.

Esta evolución requiere mayores recursos y al mismo tiempo un mayor desarrollo de las capacidades que tenga en cuenta las nuevas dimensiones de la labor de la inspección. Muchos Estados miembros permiten que se produzca una situación extremadamente peligrosa al reforzar sobre el papel las obligaciones preventivas de los empresarios, pero debilitando la credibilidad de los sistemas de control. Por otra parte, en

algunos países se observa un cuestionamiento del papel de la Inspección de Trabajo. Para los gobiernos más liberales, la principal misión de la Inspección de Trabajo es el control eficaz del cumplimiento de la ley por parte de los empresarios. En esta perspectiva la inspección deberá orientarse cada vez más hacia una labor de consulta y asesoramiento a "clientes". La certificación de procedimientos por parte de entidades privadas es utilizada en ocasiones para reducir el papel de la Inspección de Trabajo a un mero control administrativo de los certificados, aunque en la práctica se ha demostrado que éstos no corresponden necesariamente a una mejora real de las condiciones de trabajo.

2. Aplicación de sanciones eficaces, disuasorias y proporcionales

La impunidad empresarial en el campo de la salud laboral constituye un enorme obstáculo para la prevención. La escasa probabilidad de sanción y las multas, con frecuencia ridículas, representan una ventaja para las empresas que no cumplen sus obligaciones preventivas. Incluso en casos de accidentes mortales son raras las sentencias condenatorias. En lo que respecta a la exposición a productos químicos, cuyas consecuencias suelen manifestarse a largo plazo, la impunidad empresarial es aún más sistemática. En el Reino Unido, el gobierno lleva diez años dándole vueltas a un proyecto que permitiría aplicar sanciones penales en caso de "*homicidio corporativo*" (homicidio de empresa). A pesar de las repetidas promesas, no se ha aprobado legislación alguna hasta el momento.

La implantación de un sistema eficaz de sanciones está vinculada a una serie de condiciones:

- Un mejor funcionamiento de la Inspección de Trabajo.
- Mayor atención a la delincuencia patronal por parte de los órganos encargados de esta labor (policía, fiscales, jurisdicción penal). Por poner sólo un ejemplo, en las obras de la construcción se pueden identificar visualmente numerosas irregularidades que afectan la seguridad en el trabajo. En la mayoría de los países, la policía no recibe formación, ni adiestramiento práctico para intervenir de manera eficaz en este campo. En casi toda la UE, raramente las actuaciones de la Inspección de Trabajo desembocan en procedimientos penales. Es por ello que en algunos casos, como por ejemplo en España, se han comenzado a crear unidades especiales en el ámbito de la fiscalía para atender los casos relacionados con la salud y seguridad en el trabajo.
- Con frecuencia es difícil iniciar un proceso judicial contra una gran empresa donde las decisiones no dependen de un solo individuo. Varios países europeos han introducido reformas judiciales que permiten perseguir a las personas morales.
- Para que las multas tengan un efecto disuasorio deberán ser proporcionales a los beneficios de la empresa. Otras sanciones, como la prohibición de ciertas actividades o la inhabilitación para firmar contratos públicos, pueden tener también un efecto disuasorio.
- Los sistemas legales de algunos Estados miembros aún presentan obstáculos que dificultan las demandas civiles contra los empresarios por daños producidos por accidentes o enfermedades profesionales. En Bélgica, por ejemplo, los empresarios disfrutan de una casi total inmunidad en este aspecto.

Los sistemas sancionadores son en esencia una responsabilidad de los Estados miembros y no de la estrategia comunitaria, pero esto debería no constituir un motivo para

que dicha política no aborde el problema, ni se dote de los medios necesarios para el seguimiento de las prácticas nacionales. De hecho, la existencia de sanciones eficaces, disuasorias y proporcionales es uno de los requisitos para la transposición correcta de las directivas comunitarias. El control de estas condiciones está totalmente dentro de las competencias comunitarias, aunque no incluya medidas de armonización.

3. La cobertura de todos los trabajadores por parte de los delegados de prevención

La representación de los trabajadores por parte de los delegados de prevención es un elemento fundamental para cualquier política preventiva, pero en la mayoría de los países europeos un número importante de trabajadores no cuenta con esa representación. En algunos países incluso ha habido un retroceso (Reino Unido, Dinamarca). La existencia de una estructura de representación de los trabajadores es un requisito indispensable para la participación de los trabajadores en la prevención. Numerosas encuestas han demostrado el vínculo directo entre la existencia de la representación de los trabajadores en la empresa y la calidad de la política preventiva aplicada en las mismas. Es cierto que la mera existencia de dicha representación no es suficiente para que la participación sea efectiva, pero la experiencia demuestra que cuando ésta no existe, las formas de participación colectiva directa que promueven en ocasiones los empresarios no son más que "cortinas de humo". En algunos países de la UE se han adoptado reglamentos con vistas a organizar ese tipo de "participación directa", sin mecanismos de representación, en las empresas. Tal es el caso del Reino Unido y de Bélgica. Estos reglamentos no han producido ningún resultado positivo. La Directiva Marco de 1989 garantiza el derecho a la representación colectiva de los trabajadores.

Por ello consideramos que la cobertura de todos los trabajadores por formas de representación en salud laboral constituye uno de los objetivos centrales del próximo período. Deberá prestarse una especial atención a las PYME así como a las diferentes modalidades de empleo precario. La estrategia comunitaria deberá aportar los medios necesarios para asegurar un seguimiento regular de la evolución en este campo. En los sectores donde existe una proporción muy elevada de pequeñas empresas, la adopción de sistemas de representación territorial puede contribuir de manera eficaz a la implantación de la representación en las empresas, como lo demuestra el caso de Suecia.

4. El funcionamiento de los servicios de prevención

Los recursos dedicados a la prevención han aumentado de manera significativa tras la adopción de la Directiva Marco. En la mayoría de los países comunitarios, el número de profesionales que trabajan en los servicios de prevención ha crecido notablemente. Sin embargo, estamos lejos de lograr los objetivos de la Directiva Marco.

Consideramos que se deben tener en cuenta los objetivos siguientes para la estrategia 2007-2012:

- Asegurar una cobertura integral de los trabajadores por parte de los servicios de prevención.
- Garantizar una intervención multidisciplinar. Esto requiere de normativas nacionales y/o de sistemas de control que definan claramente las calificaciones esenciales, lo

que significa que los especialistas de la prevención de las diferentes disciplinas (medicina del trabajo, seguridad, higiene industrial, ergonomía, psicología, etc.) intervienen de manera estable en el sistema y aseguran que sus acciones se complementan como parte de una estrategia global.

- Una intervención multidisciplinar coherente implica una confrontación real de los conocimientos de los expertos en los diferentes campos de la prevención con el conocimiento de los trabajadores, sus prioridades y percepciones.
- Garantizar la complementariedad entre la intervención de un servicio interno y uno externo que intervendría cuando se necesiten competencias de las que no dispone el servicio interno. Es especialmente importante evitar una excesiva externalización de las actividades preventivas.
- Garantizar una intervención centrada en la prevención y acorde a la jerarquía de las medidas preventivas. Esto significa que hay que luchar contra las intervenciones que se centran más en prioridades inmediatas para reducir costes a la empresa que en la mejora de las condiciones de trabajo. La experiencia en algunos países donde la reducción del absentismo se considera una prioridad, demuestra que existe un riesgo real de transformar los servicios de prevención en servicios de selección de personal basados en perfiles de salud, o en servicios de control.
- El vínculo entre la gestión preventiva realizada por el empresario y las actividades de los servicios de prevención es un aspecto fundamental.
- Definir los criterios de vigilancia de la salud de manera que se puedan vincular de manera más eficaz a la prevención. Deberá existir una legislación comunitaria que prohíba las pruebas (*screening*) genéticas en el marco de las relaciones laborales.
- Asegurar la independencia de los especialistas de la prevención de los empresarios a través de medidas eficaces de protección (en especial contra los despidos).
- Garantizar una formación continua y facilitar los vínculos entre los especialistas de la prevención y las instituciones dedicadas a la investigación.
- Establecer modalidades de control social de sus actividades por los representantes de los trabajadores. En el caso de los servicios de prevención externos, reforzar los vínculos entre los representantes de los trabajadores de las empresas cubiertas por los mismos y los representantes sindicales de los órganos de control de estos servicios.
- Establecer modalidades de control público de dichos servicios, principalmente a través de acuerdos. Es importante fijar criterios de calidad que tengan en cuenta la misión pública de estos servicios y los conflictos de intereses entre el cliente aparente (el empresario) y el usuario final (los trabajadores).
- Asegurar la socialización de las experiencias preventivas en el marco de una política pública de salud laboral. Una experiencia como la encuesta SUMER, en Francia, demuestra el inmenso potencial que implica dicha socialización. Se trata de una encuesta nacional sobre condiciones de trabajo y su impacto en la salud realizada voluntariamente por 1.800 médicos del trabajo a través de entrevistas detalladas a 50.000 trabajadores.

5. Cobertura adecuada de los trabajadores con contratos precarios

La necesidad de asegurar el mismo nivel de protección para todos los trabajadores implica que hay que abordar la salud y seguridad de los trabajadores con empleos precarios como una prioridad. El aumento de la precariedad está provocando graves daños a la salud en toda Europa y las disposiciones comunitarias en vigor actualmente son insuficientes en este campo.

El método a seguir no debe legitimar la utilización del trabajo precario. Dicho de otra forma, hace falta elaborar mecanismos específicos que protejan la vida y la salud de los trabajadores precarios y a la vez reforzar las formas de control público y social para combatir la precariedad.

Se debe prestar especial atención a las empresas de trabajo temporal (ETT). Este tipo de contratación ha experimentado un crecimiento bastante rápido en toda la UE, aunque la situación varía de un país a otro. Una investigación de la Fundación Dublín estima que en los "antiguos" 15 Estados miembros hay entre 2,5 y 3 millones de trabajadores contratados bajo esta modalidad. En los nuevos Estados miembros es más difícil establecer una cifra exacta, pero se puede observar un aumento sostenido de esta forma de empleo. Los datos nacionales relativos a accidentes de trabajo indican que los trabajadores contratados por ETT están más expuestos a riesgos de accidentes. No existen datos sistemáticos sobre estos trabajadores al margen de las estadísticas basadas en los accidentes registrados. Esta omisión revela la ineficacia de las políticas preventivas públicas. Existen, sin embargo, algunos estudios que demuestran que los trabajadores temporales están generalmente expuestos a condiciones de trabajo que representan un daño para su salud.

La Directiva 91/383 aborda la salud y la seguridad de dos categorías de trabajadores: los trabajadores con un contrato de duración determinada y los trabajadores temporales. Esta directiva ha sido elaborada en un contexto especial. Es el resultado del desmembramiento de una propuesta inicial mucho más ambiciosa que abarcaba el conjunto de condiciones de trabajo de los trabajadores temporales o con contratos de duración determinada. Debido a dificultades en el ámbito político que impedían su aprobación (en los años ochenta requería una aprobación unánime), el texto de la misma se extrajo de un proyecto más amplio. Por otra parte esta directiva presentaba problemas de coherencia con relación a la Directiva Marco, ya que sólo reflejaba parcialmente las directrices generales. La principal deficiencia de la Directiva 91/383 es su imprecisión en cuanto a los mecanismos que se deberían implantar para que las disposiciones de la Directiva Marco tuviesen una aplicación verdaderamente equivalente. Además nunca fue transferida correctamente a la legislación de los diferentes Estados. La Comisión ha demostrado mucha pasividad en el control de las transposiciones. Los informes sobre su aplicación en la práctica son superficiales y obvian una realidad innegable: los trabajadores temporales están en la práctica privados de una parte importante de los mecanismos preventivos y de protección de su salud.

La nueva estrategia comunitaria deberá fijar como objetivo asegurar realmente un nivel de protección de la salud y seguridad a todos los trabajadores por igual. Deberá ser coherente desde el punto de vista de la jerarquía de las medidas de prevención y prever la prohibición del trabajo temporal en circunstancias en las que la experiencia demuestre que los mecanismos preventivos no permiten asegurar dicha protección. Podemos observar que numerosos países comunitarios no autorizan el trabajo temporal en tareas que impliquen la exposición a cancerígenos. Bélgica, por ejemplo, ha aprobado una ley que interviene en el campo de las relaciones comerciales entre las empresas usuarias y las ETT. La ley prohíbe la contratación los servicios de una ETT cuando se sepa que ésta no cumple sus obligaciones en materia de salud laboral. Los procedimientos de registro y autorización de las ETT deberán incluir su política preventiva.

Entre los elementos que requieren una atención prioritaria y que justifican una revisión de la directiva de 1991, hay que mencionar:

- Un control previo por parte de los delegados de prevención de la necesidad de recurrir al trabajo temporal con el fin de evitar que los peligros de las tareas de alto riesgo sean asumidos por trabajadores temporales.
- La organización de una vigilancia de la salud eficaz, vinculada a la evaluación específica de los riesgos por puesto de trabajo en los que se acepta a trabajadores temporales.
- Una formación adecuada y una información previa basadas en una evaluación detallada de los riesgos.
- El acceso a los servicios de prevención.
- La representación de los trabajadores temporales en materia de salud laboral.

Otros factores de la precariedad a tener en cuenta son:

- El trabajo doméstico remunerado. La estrategia 2007-2012 deberá extender el campo de aplicación de las directivas comunitarias de manera que se ponga fin a la discriminación que existe actualmente con respecto a los trabajadores (en su inmensa mayoría trabajadoras) de este sector.
- Numerosas formas atípicas de empleo que se inscriben a veces en una especie de zona gris entre el trabajo por cuenta ajena y el trabajo autónomo.
- El trabajo autónomo, ya que en ocasiones puede estar asociado a formas de precariedad (un fenómeno que se observa con frecuencia en el sector de la construcción).
- La subcontratación puede inducir a factores de precariedad sin afectar necesariamente las formas de empleo.
- El trabajo a tiempo parcial es con frecuencia un factor específico de precarización del trabajo de las mujeres. Se encuentra asociado frecuentemente a trabajos menos cualificados y una importante flexibilidad horaria.

Estos diferentes elementos demuestran que una prevención eficaz implica la existencia de disposiciones jurídicas que no se limiten sólo a las relaciones entre empleadores y asalariados; y hasta ahora la Unión Europea ha sido muy tímida en lo que a superar este límite se refiere. Salvo la Directiva sobre obras de construcción temporales o móviles, no se ha adoptado ninguna disposición restrictiva que impusiera obligaciones preventivas en las relaciones comerciales contractuales.

6. Trabajadores inmigrantes

Numerosos datos demuestran que los trabajadores migrantes son víctimas de daños a la salud con más frecuencia que los que trabajan en su país de origen. En cierta medida esta conclusión puede aplicarse a trabajadores que pertenecen a grupos étnicos minoritarios derivados de la inmigración.

Hay una serie de factores que contribuyen a esa situación:

- Existe una división étnica del mercado laboral que reproduce a gran escala la discriminación de los trabajadores inmigrantes y en ocasiones de los trabajadores descendientes de inmigrantes. Los sistemas educativos y la discriminación en la contratación laboral tienden a reproducir esta división étnica de generación en generación. Esto provoca a veces que los trabajadores inmigrantes se concentren en trabajos con condiciones insalubres o con altos niveles de riesgo. Por otro lado, la representación po-

lítica y sindical de estos trabajadores es generalmente mucho más débil que las de los no inmigrantes.

- Las trabajadoras inmigrantes se enfrentan a una división social del trabajo aún más rígida que la de los hombres. En el trabajo asalariado conocen una fuerte segregación que tiende a concentrarlas en una gama muy estrecha de profesiones o sectores (con frecuencia el trabajo doméstico remunerado, los servicios a personas, etc.). En la esfera del trabajo no remunerado están sometidas a una estructura familiar aún más desigual.
- Los trabajadores inmigrantes originarios de países no comunitarios se ven sometidos a menudo a un estatus discriminatorio. Los que se encuentran en situación irregular, son generalmente víctimas de una explotación inescrupulosa. La legislación en algunos países permite a los solicitantes de asilo quedarse, pero no trabajar y limita de manera drástica su acceso a las prestaciones sociales. De esta manera pone a disposición de los empresarios un colectivo laboral fácil de someter a constantes violaciones de sus derechos.
- Se pueden plantear problemas específicos en el campo de la formación y de la información debido a las dificultades lingüísticas.

La mejora de las condiciones de trabajo de los trabajadores inmigrantes sobrepasa con creces los límites tradicionales de la prevención y pasa necesariamente por la lucha contra las discriminaciones sociales. Por otro lado implica una atención más sistemática a sectores que con frecuencia son ignorados en las políticas de salud laboral: el empleo doméstico y el servicio a personas, la hostelería, el trabajo agrícola y en especial los temporeros, etc.

7. Hacer cumplir la obligación de seguridad en las empresas complejas, las subcontratas y las situaciones de transnacionalidad

La Directiva Marco establece de manera justa y correcta la obligación del empresario de garantizar la salud y seguridad de los trabajadores en el lugar de trabajo. La práctica demuestra que dicha obligación no debe limitarse a los trabajadores con los que el empresario tiene un vínculo legal a través de un contrato laboral. Hay que hacer respetar la obligación de seguridad teniendo en cuenta las condiciones reales del proceso de trabajo.

En nuestra opinión, existen por lo menos tres campos en los que la obligación patronal se debe ampliar y definir más claramente:

- En el ámbito de la subcontratación, de manera que se responsabilice a los empresarios a través de la cadena de subcontratación hasta llegar al empresario principal.
- En las grandes empresas (de estructura compleja con centros de trabajo dispersos o teletrabajadores) para evitar que la dirección diluya sus responsabilidades a través de mecanismos de delegación de la autoridad.
- En las empresas transnacionales, para permitir la eficacia del control y de las sanciones.

Segunda prioridad estructural y estratégica: lograr que la ampliación de la UE sea un éxito

La ampliación de la UE que tuvo lugar en 2004 es un hecho sin precedentes en la historia por varias razones:

1. El número de países y la población afectada (más de 75 millones de personas, un poco menos del 20% de la población de los 15 Estados miembros antes de 2004).

2. La diversidad de situaciones ha aumentado sustancialmente. El PIB per cápita de los nuevos Estados miembros alcanzaba, en 2001, la mitad del de los antiguos Estados miembros. Existen igualmente importantes diferencias en cuanto a condiciones de trabajo, como evidencian los resultados de la encuesta europea sobre condiciones de trabajo realizada por la Fundación Dublín en 2000-2001.
3. Ocho de los nuevos diez Estados miembros han pasado por una rápida y brutal transición, de una economía controlada por el Estado hacia el capitalismo, desde 1989 hasta hoy. La situación política, económica y social aún es inestable.

Existe un riesgo real de que la competitividad deteriore las condiciones de trabajo. En ese contexto, cualquier pausa o moratoria de la actividad comunitaria tendría consecuencias desastrosas.

La experiencia de los últimos años ha demostrado que el proceso de privatización en los países del antiguo bloque soviético ha tenido como resultado un empeoramiento brutal de las condiciones de vida y de trabajo. Numerosas estructuras en el campo de la salud pública y la Inspección de Trabajo se han debilitado significativamente. La alianza entre un sector del capitalismo nacional emergente y las multinacionales se ha forjado en base a extremas exigencias neoliberales de que se desmantelen los derechos sindicales. Esta alianza se apoya en la ausencia de participación democrática de los trabajadores en el lugar de trabajo en la época del poder unipartidista. Los derechos sociales se consideran un freno a la libertad empresarial y un obstáculo a las reglas de la libre competencia.

A pesar de las características específicas de los nuevos Estados, los aspectos fundamentales de salud laboral no son esencialmente diferentes de los que existen en los antiguos Estados miembros. Puede que se manifiesten con mayor fuerza en ciertos campos, pero no justifican que se aborde el tema de manera diferenciada en lo que respecta al marco legislativo.

Por el contrario, el contexto general implica que la simple transposición jurídica de las directivas comunitarias no es más que un primer paso. La cuestión decisiva es el desarrollo de estrategias preventivas nacionales que reconozcan el derecho de todos los trabajadores a la salud y la seguridad, que estimulen su propia intervención en la empresa para mejorar las condiciones de trabajo y que asignen a las organizaciones sindicales un papel más decisivo. La democracia social en las empresas constituye una exigencia prioritaria después de cuatro décadas de política unipartidista y quince años de hegemonía extrema del neoliberalismo.

El éxito de la ampliación pasa por la asignación de suficientes recursos a la mejora de las condiciones de trabajo. Es importante movilizar los fondos sociales comunitarios en programas específicos que aborden los lugares de trabajo. La selección de los proyectos deberá hacerse de acuerdo a un estricto criterio tripartito.

Por otra parte, la aplicación de un sistema comunitario de seguimiento en el campo de las condiciones de trabajo y su impacto en la salud constituye también una cuestión prioritaria. A nivel nacional, numerosos Estados miembros no disponen de los instrumentos que permiten una observación regular de las condiciones de trabajo. Esta carencia representa un serio obstáculo para la definición y evaluación de las estrategias preventivas nacionales.

Deberán tenerse en cuenta diversos aspectos, sobre todo en las estrategias nacionales, los cuales deberán encontrar apoyo en la estrategia comunitaria:

1. En varios de los nuevos Estados miembros, la proporción de trabajadores autónomos ha aumentado significativamente en otros sectores, aparte del sector agrícola y el comercio minorista. Generalmente, los trabajadores autónomos no están cubiertos por la legislación en materia de salud laboral. Esta situación demuestra que la política seguida hasta el momento por la Unión (que se limita a una recomendación en este campo) ya no se corresponde con las necesidades.
2. La negociación colectiva entre las organizaciones sindicales y la patronal y otras diversas formas de diálogo social están frenadas por una serie de obstáculos. Las organizaciones patronales son a menudo poco representativas y en ocasiones muy fragmentadas. Los sindicatos están muy debilitados en el sector privado. Existen altos porcentajes de trabajadores que no están cubiertos por los convenios colectivos y no cuentan con ninguna representación.
3. Los bajos salarios crean un contexto favorable para que los trabajadores recurran a horas extraordinarias. La jornada laboral real está muy por encima de la de los antiguos Estados miembros. Las primas de riesgo que aparecen como complemento indispensable a las bajas remuneraciones son un obstáculo para la prevención.
4. La situación de las mujeres ha empeorado mucho más que la de los hombres. Su tasa de empleo se reduce con frecuencia. El vínculo entre la vida profesional y el trabajo no remunerado se ha hecho más difícil debido al dismantelamiento parcial de las infraestructuras colectivas y la exaltación de modelos familiares tradicionales, que son fuertemente sexistas.
5. Los sistemas de protección social establecen niveles muy bajos para combatir la pobreza y esta situación favorece sectores informales de la economía y obliga a muchas personas jubiladas a continuar trabajando, a menudo en condiciones muy precarias.

Nuevas incorporaciones se suman a la ampliación de 2004. Las desigualdades continuarán creciendo en la próxima década independientemente de las situaciones nacionales. La población de los países candidatos sobrepasa los 100 millones de habitantes, cuyas condiciones de vida y de trabajo son generalmente menos favorables que las de los Estados de la UE. El "modelo social europeo" se enfrenta a desafíos sin precedentes. Es importante preparar las adhesiones venideras desde ahora, en lo que a estrategia preventiva se refiere. En países donde la prohibición del amianto no se ha decidido aún, esto constituye una exigencia inmediata junto a un conjunto de medidas destinadas a contrarrestar las consecuencias de su utilización en el pasado (registro de edificios que contienen amianto, criterios para su retirada, indemnizaciones y compensaciones financieras a las víctimas, una transición justa para los trabajadores de las empresas que producen derivados del amianto, etc.). Además de esa prioridad urgente, los programas comunitarios deberán apoyar los sistemas preventivos nacionales.

Reforzar la coherencia de las políticas preventivas con respecto al riesgo químico

El riesgo químico constituye una de las principales causas de daños a la salud. La mortalidad por exposición a sustancias químicas peligrosas es muy superior en cifras a la mortalidad por accidentes de trabajo. Una de las prioridades de la estrategia 2007-2012 será retomar el debate sobre el reconocimiento de las enfermedades profesiona-

les de manera que existan unos criterios mínimos de armonización. En ese marco se deberá conceder una atención especial a las diferentes patologías causadas o agravadas por la exposición a agentes químicos.

La reforma del marco legislativo relativo a la fabricación y comercialización de sustancias químicas constituye una oportunidad importante para elaborar una estrategia común para fortalecer la prevención. REACH deberá aportar información importante para mejorar la prevención, impulsar la sustitución de las sustancias más peligrosas y estimular el intercambio de información entre los fabricantes, usuarios y poderes públicos. Es demasiado ingenuo pretender que REACH produzca espontáneamente beneficios preventivos. Han de tomarse diferentes medidas, tanto a nivel comunitario, como en las estrategias nacionales para que su potencial sea aprovechado plenamente. El intercambio de experiencias surgidas en los lugares de trabajo es uno de los factores clave para el funcionamiento de REACH. Esto significa que hay que vincular la evaluación de riesgos con las diferentes obligaciones de los fabricantes de sustancias químicas de manera que su "deber de vigilancia" se concrete por medio de reevaluaciones regulares de los productos comercializados y de la sustitución de las sustancias más peligrosas.

A nivel comunitario, la Directiva de 1998 sobre agentes químicos constituye una buena base, pero en la práctica se ha demostrado que son necesarias otras disposiciones para que su aplicación sea totalmente eficaz.

La elaboración de los valores límite comunitarios avanza muy lentamente. Se elaboró una lista inicial de 62 valores límite establecida por la Directiva de la Comisión de 8 de junio de 2000, tras lo cual se aprobó una segunda lista el 7 de febrero de 2006. Dicha lista contiene 33 valores límite (en lugar de los 44 que aparecían en la propuesta inicial elaborada en 2002). Las presiones patronales para retirar de esa lista el monóxido de hidrógeno tuvieron éxito. Las mismas presiones habían llevado anteriormente a eliminar el dióxido de nitrógeno (NO_2) de la primera lista. Esto constituye un retroceso en la prevención de enfermedades respiratorias causadas por la exposición laboral. Esta situación ha sentado un precedente muy negativo que amenaza el proceso mismo de establecimiento de los valores límite. La nueva estrategia debería reafirmar sin ambigüedad alguna que los valores límite indicativos deberán definirse en base a las más recientes evidencias científicas y establecer los umbrales de exposición por debajo de aquellos que puedan significar efectos nocivos para la salud.

El establecimiento de los valores límite obligatorios, que en este momento son una excepción en la legislación comunitaria, también encuentra dificultades similares. El Consejo de Ministros ha subrayado que existe un vacío legal en cuanto a la protección de los trabajadores frente a los agentes cancerígenos. La adopción de un valor límite obligatorio para los cristales de sílice es una prioridad y este es uno de los principales agentes cancerígenos al que están expuestos los trabajadores en Europa.

El movimiento sindical se pronuncia por la adopción de valores límite obligatorios que abarquen las principales sustancias peligrosas. En todos los casos, los valores límite comunitarios deberán al menos estar por debajo de los valores límite adoptados en uno de los Estados miembros (incluidos los países del Espacio Económico Europeo). Los límites de exposición deberán complementarse con los valores biológicos utilizados para la vigilancia de la salud de los trabajadores, cuando sea necesario. Estos valores límite deberán revisarse periódicamente en base a las más recientes evidencias científicas. Esto

hace, por ejemplo, que la revisión del valor límite del plomo, establecido en 1982, se convierta en una cuestión prioritaria.

Las sustancias más peligrosas deberán ser objeto de una política preventiva reforzada, en la que predomine el criterio de sustitución. En este ámbito apoyamos la extensión del campo de aplicación de la directiva actual sobre cancerígenos a los agentes mutágenos y tóxicos para la reproducción.

En el campo de la salud reproductiva, la revisión de la Directiva sobre trabajadoras embarazadas es una necesidad, confirmada durante años tanto por el Parlamento Europeo como por las organizaciones sindicales. La retirada preventiva de trabajadoras embarazadas de la zona de exposición no constituye un motivo para no desarrollar medidas de prevención colectivas mediante la sustitución de sustancias peligrosas para la reproducción.

Intervenir de manera más eficaz en la organización del trabajo, particularmente en la prevención de las lesiones músculo-esqueléticas (LME)

La organización del trabajo constituye un elemento determinante para las políticas preventivas en las empresas. A pesar de ello, en la práctica, este aspecto continúa siendo una prerrogativa casi exclusiva de los empresarios. No creemos que puedan lograrse avances significativos en salud laboral si no hay un progreso real de la democracia en las empresas y si no se amplían las posibilidades de que los trabajadores, sus representantes y sus organizaciones ejerzan un control efectivo de los aspectos determinantes de la organización del trabajo.

El impacto de la organización del trabajo se hace sentir en todos los problemas de salud laboral. La magnitud del problema de las lesiones músculo-esqueléticas (LME) demuestra la necesidad de situar la organización del trabajo en el eje central de las estrategias preventivas.

Las actuales directivas no ofrecen un marco adecuado para afrontar estas lesiones. Es necesario elaborar una directiva que aborde el conjunto de factores que contribuyen a que se produzcan las lesiones músculo-esqueléticas, desde una perspectiva ergonómica global de las situaciones laborales.

De la misma manera, la mejora de la prevención en otros campos pasa necesariamente por una evaluación crítica de la organización del trabajo. Las diferentes formas de violencia física y psíquica en el marco de las relaciones laborales no pueden atribuirse únicamente a conductas individuales, sino que reflejan las relaciones jerárquicas de dominación aplicadas a la organización del trabajo. La dimensión de género de estas relaciones de poder justifica ampliamente que se aborde el acoso sexual de manera que abarca todas las formas de violencia en el trabajo y anteponga los métodos colectivos de prevención a la resolución de conflictos individuales.

El aumento acelerado del acoso moral y otras formas de violencia física y psicológica como problemas de salud laboral se debe fundamentalmente a las transformaciones en la organización del trabajo. Los nuevos métodos de gestión tienden a fomentar la competitividad entre personas y departamentos. Esta cultura, en la que prevalecen los intereses personales, estimula las conductas más negativas.

Sin entrar en un análisis detallado podemos subrayar ciertos aspectos:

- Los nuevos métodos de gestión incorporan frecuentemente una "autonomía controlada" de los trabajadores que se apoya en exigencias contradictorias: un margen de maniobra relativamente más amplio en cuanto a los métodos de trabajo y un endurecimiento del control de los resultados de dichos procedimientos. Estas formas de gestión debilitan considerablemente la solidaridad colectiva. Parte de las limitaciones se ejercen directamente en el colectivo de trabajadores.
- El compromiso de participación en el trabajo que se exige en la mayor parte de las empresas implica una especie de subordinación ilimitada de las necesidades individuales a los imperativos productivos.
- La intensificación del trabajo implica necesariamente la eliminación de los "períodos de inactividad" (desde el punto de vista de la rentabilidad inmediata) que constituyen a su vez tiempo que los trabajadores necesitan para controlar sus condiciones de trabajo.
- La intensificación del trabajo origina patologías diferentes según el individuo. El hecho de que algunos trabajadores sufran una crisis depresiva a causa del estrés, provoca desconcierto y confusión entre sus compañeros, que se sienten a su vez amenazados y tienden a negar los problemas.

La prevención de las diferentes formas de violencia en el trabajo debería ser una prioridad de la estrategia comunitaria para 2007-2012.

Movilizar a todos los agentes

Uno de los puntos débiles de las políticas preventivas nacionales es la falta de coordinación entre los numerosos agentes implicados. Esta carencia existe también a nivel comunitario.

La tragedia del amianto demuestra claramente las desastrosas consecuencias de esta falta de coordinación. Frente a la labor sistemática de un lobby de la patronal al que sirvieron de interlocutor muchos gobiernos, las instituciones europeas dudaron durante un cuarto de siglo antes de prohibir definitivamente el amianto. Dicho retraso ha significado decenas de miles de muertes que hubiesen podido evitarse. La falta de coordinación entre las diferentes Direcciones Generales de la Comisión, aunque no fue el único motivo, jugó un papel innegable en este proceso. El amianto era una cuestión que afectaba diversos ámbitos tales como la regulación del mercado interno, la salud laboral, la política medioambiental y la salud pública.

Aún en estos momentos, la gestión de los problemas vinculados a la utilización masiva del amianto en el pasado sigue estando marcada por una deficiente cooperación entre las diferentes Direcciones Generales y por interpretaciones que con frecuencia restringen demasiado las competencias comunitarias. No se han adoptado medidas indispensables como la elaboración de un registro de los edificios que contienen amianto y la Directiva sobre trabajadores expuestos al amianto no cubre a los autónomos.

La Comisión

La Comisión juega un papel esencial. Es la única institución que puede formular propuestas de directiva. Este órgano juega un papel determinante en el control de la aplicación de las normas comunitarias. Puede impulsar políticamente la acción comunitaria. Es pre-

cisamente la Comisión la encargada de coordinar la intervención de los diferentes agentes y de integrar las exigencias en materia de salud laboral a las otras políticas. Los recursos internos de los que dispone la Comisión para gestionar las políticas de salud laboral son dramáticamente insuficientes, constituyendo una amenaza para la credibilidad de sus intervenciones. Debido a que los temas cubiertos por la política comunitaria en salud laboral se han multiplicado y que el número de Estados miembros de la UE ha pasado de 12 a 25, los efectivos de la Comisión en el grupo dedicado a la salud laboral ha disminuido notablemente en relación al comienzo de la década de los 90. Esto explica en parte la lentitud de los procedimientos de actuación contra el incumplimiento en la transposición de las directivas y los retrasos en la evaluación de la aplicación de las mismas.

Los aspectos cuantitativos se ven agravados por la falta de atención a los problemas de salud laboral en otros servicios de la Comisión, incluida la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Aunque la creación de una unidad específica encargada de la coordinación ha desempeñado un papel positivo, los problemas de salud laboral continúan siendo ignorados en las propuestas legislativas o en las políticas promovidas por la Comisión. El debate sobre REACH se ha caracterizado por una pasividad significativa por parte de la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. La estrategia 2007-2012 deberá definir mecanismos y procedimientos que tengan en cuenta las exigencias en salud laboral en el conjunto de las políticas comunitarias, con un énfasis especial en los siguientes aspectos:

- Mercado interno.
- Medio ambiente.
- Investigación.
- Cohesión social.
- Entre hombres y mujeres.

Por otra parte, es responsabilidad de la Comisión velar por la coherencia de las políticas basadas en el acervo comunitario. En varias ocasiones en los últimos años la Comisión ha cedido a las presiones de los Estados miembros y aceptado enmiendas contrarias a los principios de la Directiva Marco. Tal fue el caso de la enmienda a la Directiva sobre protección de los trabajadores expuestos al ruido, que prevé que el nivel de exposición puede calcularse teniendo en cuenta la reducción del ruido resultante del uso de EPI. De la misma manera, el apoyo inmediato de la Comisión en septiembre de 2005 a la enmienda del Parlamento Europeo para que la radiación solar fuese excluida del ámbito de aplicación de la nueva Directiva sobre radiaciones no ionizantes, ilustra la falta de coherencia de la política comunitaria en materia de salud laboral.

El Consejo

El Consejo de Ministros refleja los equilibrios políticos entre los gobiernos de los 25 Estados miembros. La salud laboral no ha sido un aspecto prioritario en el transcurso de los últimos años. Numerosas propuestas de la Comisión han sido “descafeinadas” por el Consejo. El hecho de que las discusiones en el Consejo se desarrollen a puerta cerrada no facilita el control democrático de los gobiernos. A menudo es difícil saber cuáles han sido las posiciones defendidas y sobre la base de qué compromiso se han elaborado. Sólo algunos Estados miembros (principalmente Suecia y Dinamarca) han puesto en marcha mecanismos que aseguran una mayor transparencia en lo que respecta a las posiciones defendidas por sus representantes en el Consejo.

El Parlamento Europeo

El Parlamento Europeo generalmente tiende a reforzar las propuestas presentadas y ha rechazado muchas enmiendas para proteger las políticas preventivas. También ha habido que lamentar algunas excepciones en esta tendencia, en especial en el caso de la exclusión de las radiaciones solares del ámbito de aplicación de la Directiva sobre radiaciones no ionizantes.

Como legislador, el Parlamento tiene una importante responsabilidad en lo que respecta al seguimiento de la aplicación de los textos aprobados. Hasta el momento su papel en este campo ha sido limitado. La adopción de una nueva estrategia para el período 2007-2012 podría significar una oportunidad de organizar un debate político de fondo sobre los problemas de salud laboral en Europa.

El Comité Económico y Social europeo

El Comité Económico y Social europeo ha jugado un papel dinámico importante en algunos ámbitos, sobre todo en lo referente al amianto. Una atención más sistemática a los problemas de salud laboral podría contribuir a que los mismos se tuviesen más en cuenta en el resto de las políticas comunitarias.

El Tribunal de Justicia

Durante el período 2002-2006, el Tribunal de Justicia dictó una serie de sentencias sobre la interpretación de las directivas sobre salud laboral.

Un análisis de esta jurisprudencia nos permite llegar a ciertas conclusiones:

- Ha habido muchos menos procedimientos por incumplimiento que los que se esperaban. Esto refleja un debilitamiento de la capacidad de la Comisión de controlar de manera eficaz las transposiciones nacionales de las directivas. No se han iniciado procedimientos en algunos casos de flagrantes omisiones en la aplicación de algunas directivas (excepto en los casos de total incumplimiento). A modo de ejemplo podemos citar la Directiva sobre tiempo de trabajo, la Directiva sobre salud y seguridad de trabajadores con un contrato de duración determinada y trabajadores temporales, la Directiva sobre salud y seguridad de trabajadoras embarazadas.
- El análisis de cuestiones prejudiciales han permitido precisar la interpretación de ciertas directivas. La jurisprudencia más abundante corresponde a la Directiva de tiempo de trabajo. Esta experiencia demuestra la importancia de la intervención sistemática para definir cuestiones prejudiciales estratégicas.

El Comité Consultivo de Luxemburgo

El Comité Consultivo de Salud y Seguridad en el Trabajo, con sede en Luxemburgo, tiene un papel clave al ser el órgano de consulta tripartito especializado en salud laboral. La experiencia demuestra que una simple consulta previa a la elaboración de una directiva no es suficiente para asegurar la gestión tripartita de la intervención comunitaria en

salud laboral. En muchos casos, la propuesta inicial puede ser objeto de considerables transformaciones y el Comité Consultivo debería poder discutirlos, lo que se ha visto claramente en las diferentes directivas relativas a agentes físicos. En el caso de la Directiva sobre ruido, una de las disposiciones adoptadas es incompatible con la jerarquía de las medidas de prevención prevista en la Directiva Marco.

Por otro lado, el Comité de Luxemburgo debería intervenir de manera más sistemática en el seguimiento de las directivas aprobadas. En especial, debería desempeñar plenamente su papel en la preparación del cuestionario para la redacción de un informe único de los Estados miembros sobre la aplicación de las directivas comunitarias y debería examinar dicho informe.

También debería ser informado de las iniciativas emprendidas por la Comisión en lo relativo al incumplimiento por parte de los Estados. Un intercambio de informes periódicos entre el Comité de Luxemburgo y los órganos especializados (ver más adelante SLIC y SCOEL) permitiría igualmente reforzar la política comunitaria.

Los Estados miembros

Ninguna estrategia comunitaria en salud laboral tendrá resultados sostenibles si los Estados miembros no aplican estrategias nacionales coherentes. La definición de dichas estrategias implica una consulta tripartita y debería apoyarse en una evaluación detallada de cada situación nacional. Actualmente, sólo un pequeño grupo de Estados miembros dispone de instrumentos que permiten un seguimiento regular de la evolución de las condiciones de trabajo y de su impacto en la salud. Muchos países carecen incluso de los datos más elementales. Esta situación reduce considerablemente la eficacia de los instrumentos legislativos adoptados para transponer las directivas.

La racionalización del sistema de informes sobre la aplicación práctica de las directivas comunitarias de salud laboral debería permitir un debate de fondo sobre las estrategias nacionales. Debemos aprovechar plenamente la oportunidad de elaborar un informe general. Este nuevo método no debe ser considerado una simplificación del trabajo administrativo, sino que, por el contrario, deberá conducir a un debate tripartito en profundidad sobre las políticas adoptadas y su eficacia.

La Agencia de Bilbao

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, con sede en Bilbao, dispone de un amplio presupuesto que dedica esencialmente a la difusión de información. Basándonos en las últimas experiencias creemos que el trabajo de la Agencia podría mejorarse considerablemente si se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Los puntos focales nacionales suministran una parte importante de la información. Un buen funcionamiento tripartito de estos puntos focales es vital para que la información sea completa y no infravalore los problemas. Los puntos focales deben jugar un papel más activo en la difusión de la información a los trabajadores en colaboración con los sindicatos. Observamos a veces cierta reticencia por parte de los organismos gubernamentales a difundir información sobre los problemas no resueltos y las lagunas del sistema preventivo.

- La información debería ser cotejada por un equipo de expertos en la materia. Las publicaciones de la Agencia suelen estar muy cuidadas en los aspectos gráficos, pero la calidad de sus contenidos es bastante desigual. Algunas publicaciones, como las hojas informativas (*fact sheets*), son generalmente útiles. Otras aportan muy poco (como, por ejemplo, el informe de la Agencia: *The State of Occupational Health in Europe*).
- La Agencia debería evaluar regularmente la utilidad de sus publicaciones y su página Web para mejorarlas, tomando en cuenta las necesidades de sus usuarios.
- La Agencia debería analizar hasta qué punto ayuda realmente a resolver problemas prácticos. Muchas de las “buenas prácticas” describen situaciones ideales o idealizadas que no se pueden reproducir en los lugares de trabajo.
- La Agencia debería ser fiel a su principal misión de ayudar a mejorar el entorno laboral a través de la información. En los últimos años, a menudo daba la impresión de trabajar en aras a aumentar la productividad, lo que no forma parte de sus funciones y que podría entrar en contradicción con su principal tarea. Su preocupación central debería ser la situación real de los trabajadores y su necesidad de medidas preventivas.
- El Observatorio de Riesgos que se ha creado en la Agencia deberá jugar un papel importante en el apoyo de las estrategias comunitarias en los próximos años. Deberá disponer de suficientes competencias internas para procesar datos que con frecuencia son poco homogéneos procedentes de una amplia gama de fuentes nacionales y comunitarias.

La Fundación Dublín

Desde su creación, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, con sede en Dublín, ha realizado la labor única de hacer el seguimiento y el análisis de las condiciones de trabajo. En particular, la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo es una referencia esencial para la política comunitaria en salud laboral. La cuarta encuesta, realizada en septiembre de 2005, posibilita medir los cambios ocurridos en los últimos quince años y ofrece una base para comparar la situación en los diferentes Estados miembros de la UE. La encuesta abarca actualmente 31 países.

Las organizaciones sindicales consideran esencial que la Fundación Dublín continúe con su trabajo y elabore análisis secundarios detallados basados en los datos de la encuesta en diferentes campos. La dimensión de género, el impacto del trabajo precario, los problemas vinculados a la organización del trabajo son algunos de los temas que requieren un seguimiento regular y en profundidad. Por otro lado, el vínculo entre las condiciones de vida y las de trabajo es otra de las áreas en las que el trabajo de la Fundación Dublín puede ser de gran utilidad al posibilitar que se aborde la cuestión de la relación del trabajo doméstico no remunerado con la igualdad de género y una serie de cuestiones vinculadas al tiempo de trabajo.

Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo (SLIC)

El SLIC agrupa a los altos responsables de la Inspección de Trabajo de los diferentes países de la UE. Su papel es muy importante, ya que el buen funcionamiento de la Inspección

ción de Trabajo determina la aplicación de las directivas comunitarias de igual manera a todos los trabajadores europeos. El SLIC organiza regularmente campañas comunes durante las cuales las inspecciones coordinan durante un tiempo determinado su actuación en un tema prioritario, como por ejemplo las obras de construcción. El SLIC ha formulado además los principios comunes para la Inspección de Trabajo. En el marco del SLIC, un equipo de inspectores de un país puede evaluar el funcionamiento de la inspección en otro a fin de formular propuestas de mejora. Una de las tareas a realizar por el SLIC en los próximos años es mejorar la cooperación entre las inspecciones en aquellos casos en los que una empresa actúa fuera de su país de origen. En marzo de 2005, el SLIC expresó su justificada preocupación por los riesgos que implica la propuesta de Directiva de servicios (Directiva Bolkestein).

Es necesario que exista un mayor vínculo entre las actividades del SLIC y del Comité Consultivo de Luxemburgo. El SLIC debería hacer un mejor uso de los órganos tripartitos asociados al funcionamiento de las Inspecciones de Trabajo a nivel nacional.

Por otro lado sería útil que el SLIC contribuyese a la elaboración de una estrategia común en cuanto a la relación entre la inspección de los lugares de trabajo y la vigilancia de mercado. En algunos países europeos, un mismo órgano (la Inspección de Trabajo) ejerce ambas funciones, pero en otros la vigilancia del mercado está desvinculada de las funciones de la inspección y puede realizarse de diferente forma en el caso de las sustancias químicas o equipos de trabajo.

El Comité Científico sobre Límites de Exposición Profesional (SCOEL)

El papel del SCOEL es fundamental en la definición de los valores límite. En el caso de los valores límite indicativos la Comisión no puede objetar los valores límite establecidos por el SCOEL en base a criterios sanitarios. Los debates políticos sobre el establecimiento de valores límite vinculantes diferentes a los valores indicativos son remitidos a cada uno de los Estados miembros para que sean aprobados a nivel nacional. La elaboración de las dos primeras listas de valores límite indicativos ha suscitado inquietudes justificadas. En ambas listas, las presiones del lobby del sector industrial llevaron a la Comisión a eliminar de la lista valores sobre los que ya se había pronunciado el SCOEL. Es inadmisibles que la Comisión permita que la industria química ejerza el veto a valores establecidos por expertos competentes e independientes del SCOEL.

El Comité Europeo de Normalización (CEN)

El CEN juega un importante papel en la aplicación práctica de la Directiva sobre maquinarias y otras directivas que afectan a los equipos de trabajo (especialmente los EPI). Desde 1989 la Directiva sobre maquinaria pretende implicar a los sindicatos a participar en el proceso de normalización tanto a nivel comunitario como en los Estados afectados por la norma europea (lo que afecta también a los Estados del Área Económica Europea).

El Buró Técnico Sindical para la Salud y Seguridad (BTS) fue creado por la CES para impulsar dicha participación. El Departamento de Salud y Seguridad del Instituto Europeo para la Investigación, la Formación y la Salud y Seguridad (ETUI-REHS) asumió esta labor

desde abril de 2005. La participación sindical en las actividades de normalización está organizada de manera muy desigual en cada país. En sentido general dicha participación es aún marginal y no permite un intercambio sistemático de experiencias entre los lugares de trabajo y los órganos normalizadores. Los datos derivados de los accidentes de trabajo y de los problemas de salud prácticamente no se utilizan en el proceso de desarrollo de las normas. Si bien los Estados miembros pueden determinar libremente las modalidades de apoyo a los sindicatos en las actividades de normalización, corresponde a la Comisión verificar si dicha participación tiene lugar realmente y si los objetivos comunitarios formulados en la Directiva sobre maquinarias se han cumplido en los diferentes países.

Es necesario mejorar la calidad de la normalización técnica para que se tengan en cuenta realmente las situaciones reales en el trabajo para contrarrestar la tendencia errónea de producir numerosas normas técnicas en otras áreas. Es importante limitar el ámbito de la normalización técnica para garantizar la calidad desde el punto de vista de la salud laboral. Contrario a la tendencia tecnocrática, el campo de las relaciones laborales no debe estar regulado por normas técnicas. El movimiento sindical considera que el aspecto esencial de las reglas de salud y seguridad en los lugares de trabajo está fuera del ámbito de la normalización técnica y se opone a que organismos como el CEN o la Organización Internacional para la Normalización (ISO) definan normas sobre los sistemas de gestión de la prevención en las empresas.

La futura Agencia para las Sustancias Químicas

Aún es pronto para conocer sus competencias, recursos y demás características de esta futura agencia que tendrá su sede en Finlandia. Esta agencia está llamada a desempeñar un papel esencial en la aplicación de la nueva normativa sobre producción y comercialización de productos químicos. Entre las misiones importantes de la agencia cabe mencionar la elaboración de criterios que permitan organizar sistemáticamente intercambio de experiencias entre el lugar de trabajo y los fabricantes para mejorar las evaluaciones iniciales de riesgos. La agencia deberá disponer de recursos suficientes que le permitan contar con expertos independientes de la industria química. Es importante que vincule sus actividades con las diferentes autoridades nacionales encargadas de controlar el mercado de los productos químicos. El movimiento sindical está a favor de que la agencia integre también a representantes sindicales en sus órganos de dirección.

La dimensión internacional de la política comunitaria en salud laboral

Toda política de salud laboral debe tener una dimensión internacional si pretende contrarrestar el retroceso de las condiciones de trabajo por la competitividad. Las competencias en esta área a nivel internacional corresponden a la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El fortalecimiento de la cooperación entre la Unión Europea y la OIT deberá ser una de las prioridades de la estrategia para 2007-2012.

Dicho fortalecimiento implicaría:

1. La ratificación de los convenios de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo por los Estados miembros de la UE. En ese sentido la situación sigue siendo muy insatisfac-

toria. Un reducido número de Estados miembros no ha ratificado convenios tan importantes como el Convenio 155 sobre salud y seguridad de los trabajadores (1981) y el Convenio 161 sobre los servicios de salud laboral (1985). La situación también es preocupante con respecto a los convenios específicos de salud laboral, aprobados en los últimos veinte años, como el Convenio 167 sobre salud y seguridad en la construcción (1988), Convenio 170 sobre sustancias químicas (1990), el Convenio 174 sobre prevención de grandes accidentes industriales (1993), el Convenio 176 sobre salud y seguridad en minas (1995), el Convenio 183 sobre protección de la maternidad (2000) y el Convenio 184 sobre salud y seguridad en la agricultura (2001).

2. El respeto de lo estipulado en los convenios de la OIT a la hora de redactar la legislación comunitaria. La propuesta de revisión de la Directiva sobre tiempo de trabajo contradice las normas internacionales, al no considerar como tiempo de trabajo efectivo el tiempo de "permanencia" (disponibilidad en las guardias).
3. Los gobiernos de la UE deberían defender en la OIT los principios reconocidos en las directivas sobre salud y seguridad.
4. Los convenios de la OIT sobre salud y seguridad deberían servir como referentes para la política de cooperación con otras regiones del mundo.

La UE debería jugar un papel más activo en la prohibición mundial del amianto. Actualmente las principales potencias económicas se encuentran divididas en cuanto a esta cuestión. El lobby del amianto cuenta con el apoyo de Canadá, Rusia, China, Brasil y se beneficia de las ambigüedades de la política de EE.UU. Por otro lado, la UE es el único bloque regional que se ha pronunciado claramente por la prohibición del amianto. Un número creciente de países de América latina, África, Asia y Oceanía apoyan esta posición. Asia es el continente que más utiliza el amianto y su situación es más problemática, aunque cabe señalar que se han logrado ciertos avances sobre todo en Japón, donde se ha prohibido esta sustancia cancerígena. La UE debería dotarse de instrumentos de intervención en las organizaciones internacionales más sistemáticos, para promover la prohibición del amianto, asegurando al mismo tiempo que las multinacionales europeas abandonen sus prácticas de "doble rasero" y dejen de producir, comercializar y utilizar el amianto en otras partes del mundo.

Generar diferentes instrumentos

La política de salud laboral de la Unión Europea se ha desarrollado de manera progresiva. El primer programa específico en este campo data de 1977, es decir casi dos décadas después de la firma del Tratado de Roma. El Acta Única Europea de 1986 constituyó una etapa importante. En el contexto de la preparación del mercado único de 1992, los Estados miembros introdujeron una nueva disposición en el Tratado que fijaba como objetivo la armonización en el desarrollo de las condiciones de trabajo. Ya en ese momento había quedado claro que la política comunitaria debería traducirse en instrumentos vinculantes que cubriesen a todos los trabajadores. Es por eso que la armonización se lleva a cabo a través de una serie de directivas. Por otro lado, la normativa de salud laboral aparece como un elemento complementario en relación a las diferentes normas que organizan el mercado único. Este paralelismo en la generación de la normativa es una característica importante de la construcción europea que la diferencia de otras entidades regionales. De manera simbólica, la aprobación casi simultánea de la Directiva Marco de 1989 y de la Directiva sobre maquinarias es una muestra importan-

te de hasta qué punto el mercado único europeo debe estructurarse en torno a una serie de normas que protejan la salud y la vida.

La armonización legislativa en salud laboral responde a un triple objetivo:

1. garantizar la protección de los trabajadores frente a los riesgos;
2. evitar que la competitividad provoque un deterioro de las condiciones de trabajo;
3. permitir a las empresas desarrollar sus actividades en un marco jurídico ampliamente armonizado dentro del mercado único europeo.

Tras alcanzar los objetivos del mercado único de 1992, no han faltado intentos de cuestionar esta política comunitaria. En el transcurso de los últimos 10 años, se han organizado campañas de manera casi ininterrumpida en favor de la desregulación. La presidencia holandesa de la Unión Europea durante el segundo semestre de 2004 se caracterizó por la virulencia de los ataques contra la legislación comunitaria en salud laboral. Más recientemente, las orientaciones de la Comisión sobre una "mejor regulación" y la "simplificación del entorno reglamentario" contienen directrices antirregulatorias formuladas más diplomáticamente, pero igualmente inaceptables.

La necesidad de asegurar un nivel mínimo de protección equivalente para todos los trabajadores de la UE significa que el marco legal comunitario compuesto por las directivas de salud laboral debe mantenerse y mejorarse de manera que cubra las lagunas actuales y tenga en cuenta los cambios en las condiciones de trabajo, el conocimiento científico-técnico y las expectativas de los trabajadores en salud laboral. La UE debe dotarse de medios para controlar la aplicación real en los Estados miembros. La aplicación de la legislación comunitaria implica la articulación entre instrumentos nacionales y comunitarios. La pertinencia de los distintos instrumentos debe evaluarse en función de la experiencia práctica y esa experiencia parece demostrar que las recomendaciones raramente son un instrumento eficaz de salud laboral. Más de 40 años después de la aprobación de la primera recomendación sobre enfermedades profesionales, estamos lejos de alcanzar los objetivos que marca la misma. El balance de otras recomendaciones sobre salud y seguridad de los trabajadores autónomos o sobre la ratificación del Convenio 177 de la OIT sobre el trabajo doméstico no ofrece conclusiones diferentes.

La negociación colectiva, tanto a nivel comunitario como nacional, puede contribuir significativamente en áreas en las que predominan las relaciones industriales. Esta contribución depende de ciertas condiciones:

- que las reglas básicas de la protección de la vida y la salud sean determinadas por la vía legislativa (sería absurdo pretender definir una lista de sustancias cancerígenas a través de la negociación colectiva);
- que existan los mecanismos necesarios para que los efectos de la negociación colectiva lleguen a todos los trabajadores afectados por los temas negociados. Este objetivo está lejos de ser alcanzado en los países de la UE donde el porcentaje de trabajadores cubiertos por la negociación colectiva puede variar considerablemente.

Sería un error considerar la negociación colectiva, tanto sectorial como intersectorial, como una alternativa a la legislación. La salud laboral rebasa con frecuencia los estrechos límites de las relaciones entre trabajadores y empresarios y requiere de una intervención sistemática por parte de las autoridades públicas como las encargadas de la sanidad y el medio ambiente. La negociación colectiva es un complemento de la legislación y facilita su aplicación.

La definición de “directrices” comunitarias puede jugar un papel muy útil para favorecer una interpretación común y coherente del contenido de las directivas y para valorar las experiencias preventivas más avanzadas. Se deberá emprender un esfuerzo importante en este campo. Existen numerosas áreas en las que las directivas comunitarias se limitan a definir ciertos principios generales y donde las “directrices” podrían ser útiles para esclarecer algunos aspectos.

Podemos citar entre otras:

- El funcionamiento de los servicios de prevención y la organización de la vigilancia de la salud (incluidos los registros de exposición).
- La relación entre la legislación sobre el mercado de las sustancias químicas (REACH) y la prevención en el lugar de trabajo.
- Tener en cuenta los valores límite de exposición en la prevención.
- La realización de evaluaciones de riesgos en diferentes áreas tomando en cuenta la experiencia de los trabajadores y la integración de un enfoque multidisciplinar.

El establecimiento de sistemas de información comunitarios deberá ser también uno de los aspectos prioritarios de la estrategia para el período 2007-2012. De hecho, en muchas áreas las disposiciones generales de las directivas no se aplican por falta de información sistemática, suficiente e independiente.

Entre las áreas en las que los sistemas de información comunitarios serían especialmente útiles están:

- la creación de bases de datos sobre equipos de protección individual, criterios de selección que tengan en cuenta sus prestaciones reales, las condiciones de uso y su posible sustitución por medidas preventivas de carácter colectivo;
- la creación de un sistema de información que permita el intercambio de experiencias en lo relativo a equipos de trabajo con vistas a facilitar su selección teniendo plenamente en cuenta las exigencias de salud y seguridad. Dicho sistema constituiría un importante apoyo a la vigilancia del mercado y deberá organizarse de manera que integre la experiencia de los trabajadores;
- la creación de un sistema de información sobre productos químicos. Se trata de uno de los requisitos a cumplir si se quiere aplicar de manera eficaz la reforma de las reglas del mercado (REACH) y de la correcta aplicación de las directivas de salud y seguridad en los lugares de trabajo;
- la creación de bases de datos sobre la sustitución de sustancias peligrosas.

Por otro lado, los temas de salud laboral deberán tenerse en cuenta en la creación de sistemas de información comunitaria de salud pública. Es esencial en la lucha contra el cáncer sistematizar los datos existentes sobre la relación entre la exposición laboral y los casos de cáncer. Se podrían organizar iniciativas similares en lo relativo a la salud reproductiva y las enfermedades respiratorias.

La estrategia para el período 2007-2012 deberá incluir nuevas iniciativas sobre la adopción de indicadores específicos de salud y seguridad y el establecimiento de objetivos comunes (referentes) cuando sea necesario. Los indicadores convencionales (estadísticas oficiales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales reconocidas) son insuficientes y difíciles de comparar. Deberán tenerse en cuenta los indicadores de medios (por ejemplo, en lo relativo a los recursos y el funcionamiento de la Inspección de Trabajo, la representación de los trabajadores, las evaluaciones de riesgos, etc.). Tam-

bién existe la posibilidad de incluir indicadores de exposición. El desarrollo de indicadores y de objetivos en el marco de la coordinación de las políticas de los Estados miembros no deberá debilitar la intervención comunitaria, es decir la armonización de las condiciones de trabajo basada en las directivas.

La contribución del movimiento sindical

Los sindicatos constituyen un agente clave en la aplicación de las políticas de salud laboral. La mayor portación sindical se realiza a través de la organización en los lugares de trabajo. La existencia de cientos de miles de representantes de los trabajadores en materia de salud laboral es un factor decisivo para la aplicación práctica de las políticas preventivas. La inmensa mayoría de estos representantes son militantes sindicales y reciben apoyo de las organizaciones sindicales de múltiples formas: formación, información, campañas sobre temas específicos, organización de redes de salud laboral, apoyo político y legal en los conflictos con los empresarios, etc.

A nivel comunitario los sindicatos participarán activamente en las consultas tripartitas y formularán sus propuestas en el seno del Comité Consultivo de Luxemburgo. También asegurarán que los diferentes órganos de diálogo social (sectorial e intersectorial) tengan en cuenta plenamente las exigencias de salud laboral. Las federaciones sindicales europeas también tienen un papel importante en el desarrollo de las actividades de los comités de empresa europeos dedicados a temas de salud laboral. Las organizaciones sindicales organizarán campañas comunes para alcanzar objetivos prioritarios que se han definido en esta declaración.

La acción de las organizaciones sindicales a nivel comunitario estará mejor organizada que en el pasado con las estrategias sindicales de salud laboral definidas. El desarrollo de una representación de los trabajadores en salud laboral bien estructurada constituye una prioridad. Se perseguirán dos objetivos a través de la mejora de la legislación, la negociación colectiva y el apoyo sindical: la total cobertura integral de todos los trabajadores por parte de los delegados de prevención y la dinamización de la contribución de dichos delegados al desarrollo de la prevención.

La salud laboral en Europa. Balance de la situación a través de las encuestas sobre condiciones de trabajo

Pascal Paoli, experto en salud y seguridad en el trabajo

Las encuestas sobre condiciones de trabajo: origen y desarrollo

Las encuestas sobre salud y condiciones en el lugar de trabajo realizadas en muchos Estados miembros de la UE y también a nivel comunitario constituyen un conocido instrumento para describir, analizar y realizar un seguimiento de las condiciones de trabajo. La primera encuesta hecha en Finlandia data de 1977; en Francia de 1978; en España y Dinamarca de 1987 y en Suecia de 1989. La primera encuesta europea armonizada se realizó en 1990. La repetición de estas encuestas nos permite hoy observar la evolución del mundo del trabajo en el transcurso de los últimos 25 años.

El valor de los contenidos de estas encuestas y el interés que han suscitado sus resultados han, estimulado a otros países a seguir el ejemplo² y el intercambio de información tanto a nivel metodológico (al adoptar ciertos países preguntas validadas por la experiencia de sus vecinos) como de contenido (análisis comparativo).

Al preguntar a los trabajadores sobre las condiciones en las que realizan su trabajo, las encuestas permiten a la vez describir dichas condiciones y establecer un vínculo con las cuestiones relativas a la salud laboral. En este aspecto constituyen un complemento indispensable de las estadísticas sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales recogidas por la administración (cuyos límites se verán más adelante). Resulta significativo que las autoridades de varios Estados miembros reconozcan desde hace algún tiempo la necesidad de desarrollar y financiar este tipo de instrumentos. El caso de Finlandia es un buen ejemplo: las encuestas se utilizan para identificar cuestiones relativas a las condiciones de trabajo con vistas a extender la edad de jubilación y mantener a los trabajadores activos por más tiempo (el concepto finlandés de "capacidad de trabajo").

Las encuestas tanto europeas como nacionales permiten hoy hacer un balance de situación de las condiciones de trabajo en Europa y de los principales cambios en los últimos 15 o 20 años.

² Las primeras encuestas nacionales en Portugal (2000), el Reino Unido (2002) y Bulgaria (2005) acaban de ver la luz. Suiza, Noruega y los países candidatos a miembros de la UE aparecen en la cuarta encuesta europea.

Debilidades y fortalezas de las encuestas

La encuesta europea 2000/2001, que abarca el conjunto de los 25 Estados miembros, incluye una muestra representativa de 31.500 personas con empleo. La encuesta francesa se realizó a 22.000 personas, la española a 9.290 (de ellas 5.236 trabajadores y 4.054 empresarios/directivos) y la encuesta finlandesa a entre 3.000 y 6.500 personas según el año.

Los **métodos de encuesta** varían. La mayoría son encuestas a domicilio. Se refieren a la situación en el trabajo y se realizan cuando los encuestados se encuentran fuera de sus empresas. Algunas, como la encuesta española sobre condiciones de trabajo, o la francesa de 1997 sobre cambios en la organización y la informatización, se realizan en las empresas. Estos métodos tienen una aportación positiva ya que establecen un vínculo entre las condiciones de trabajo y las políticas preventivas. La parte negativa es que las respuestas de los trabajadores pueden estar influidas por el temor de ser identificados por el empresario.

En ocasiones se utilizan otros métodos menos comunes, como la encuesta británica de médicos del trabajo o la encuesta SUMER en Francia realizada por médicos del trabajo a 50.000 participantes para definir la exposición de los trabajadores.

Una pregunta muy debatida es **qué miden realmente las encuestas**. En general, los indicadores utilizados intentan que los encuestados describan su empleo y condiciones de trabajo (tipo de contrato, número de horas trabajadas, problemas de salud, etc.) de la manera más objetiva posible, evitando al máximo los juicios de valor y las evaluaciones subjetivas. Obviamente, es difícil elaborar algunos indicadores significativos para algunas cuestiones. La exposición al ruido es un buen ejemplo: en lugar de preguntar a los encuestados si están expuestos al ruido, se les pregunta si pueden hablar en el trabajo sin levantar la voz. Aún así muchas respuestas están sesgadas por la propia valoración del encuestado sobre la situación: ¿de qué manera medir el estrés debido al trabajo o la intensidad del trabajo? En lugar de preguntarlo directamente, algunas encuestas utilizan una batería de preguntas indirectas. (Ver el cuestionario español sobre estrés más adelante).

En cualquier caso los encuestados siempre estarán bajo la influencia de su contexto social o cultural. El mejor ejemplo de esto son las situaciones de acoso, cuya percepción no se realiza de la misma manera por un trabajador finlandés y uno italiano. El análisis debe tener en cuenta esto y las comparaciones entre países deben abordarse cuidadosamente.

Otras de las debilidades de las encuestas es que no recogen el historial laboral de los encuestados, en especial el número de años durante los cuales han estado expuestos a diferentes factores. Para disponer de **datos longitudinales** reales, se pueden constituir cohortes de representantes de población activa y encuestarlos con intervalos de algunos años. Estos métodos descritos por la encuesta ESTEV en Francia son muy costosos, pero son un ejemplo del tipo de estudios que deben llevarse a cabo a nivel europeo.

El trabajo en Europa: ¿de dónde partimos?

La **población empleada** en el primer trimestre de 2005 era de 192 millones en la UE-25 (164 millones en la UE-15)³. La proporción de asalariados era de un 85% (es decir 163 millones). En 1995, esta cifra alcanzaba el 82,6%, por lo que tiende a aumentar, contrariamente a algunas teorías. Podemos pensar que esa tendencia se mantendrá a pesar de la influencia del trabajo autónomo, especialmente en la agricultura, en algunos nuevos Estados miembros como Polonia (22% comparado a la media europea del 17%).

Las **mujeres** constituyen el 42% de la población trabajadora (46% en los nuevos Estados miembros). Están sobrerrepresentadas en los servicios, el trabajo administrativo y ventas e infrarrepresentadas entre los mandos, la artesanía y el trabajo en la industria.

Aumenta el trabajo a tiempo parcial: 18,6% en 2005, contra un 17,8% en 2004, desigualmente distribuido entre hombres (7,5%) y mujeres (32,6%) y entre países (Holanda 46,1%, Reino Unido 26,4%, Alemania y Suecia 24,3% y Bélgica y Dinamarca 22%).

El trabajo precario aumenta en la UE-25: El 13,8% de los asalariados (22 millones) eran trabajadores con contrato por obra y servicio o contratados por empresas de trabajo temporal en 2005⁴, contra un 13,1% en 2004. En la UE-15 el porcentaje aumentó de un 13 a un 13,5%. Los sectores más afectados fueron la agricultura (29,5%) y la construcción (19,9%). Los países con peores indicadores fueron España (31,9%), Polonia (24,1%) y Portugal (19,1%), mientras que en Estonia, Eslovaquia e Irlanda este fenómeno afectaba a menos de un 5% de los trabajadores. La subcontratación se acentúa más en los trabajadores menos cualificados, los jóvenes (32,6% del grupo de edad entre 15 y 24 años) y las mujeres (13,7% contra un 12% de hombres).

La evolución de la distribución de la mano de obra **por sectores y profesiones** da una imagen de los futuros empleos y los riesgos que implican. La población trabajadora en la UE-15 ha aumentado un 10% entre 1995 y 2002, pero un 47% en los servicios inmobiliarios, un 18% en el sector de la sanidad (el tercer sector en importancia en cuanto a empleo después de la industria y el comercio), un 16% en la hostelería, un 13% en la educación, un 12% en el transporte y un 9% en la construcción. El empleo ha aumentado por lo tanto esencialmente en el sector de los servicios. Por el contrario, ha disminuido en la minería (-22%), en la agricultura (-18%), en la distribución de energía (-11%). Se mantiene estable en la industria, el sector más importante en cuanto a cifras de empleo.

En los nuevos Estados miembros, el empleo aumentó entre 2000 y 2003 en un 22% en el sector inmobiliario, en un 4% en la hostelería, en un 3% en la administración pública y en un 2% en la educación; disminuyó en un 17% en la minería, en un 14% en las finanzas, en un 8% en la agricultura, en un 6% en la distribución de la energía, en un 5% en la construcción y el transporte, y en un 4% en la industria; se mantuvo estable en todos los demás sectores.

³ Los datos de esta sección corresponden a la encuesta sobre mano de obra de 2005.

⁴ La encuesta sobre mano de obra no distingue entre estos dos tipos de contratos.

Riesgos por sector

Se ha elaborado un perfil de riesgo por cada sector en base a las estadísticas de las encuestas europeas. Es evidentemente difícil establecer una jerarquía de los riesgos que van desde las exposiciones físicas a largas jornadas laborales y el trabajo a turnos, pasando por los riesgos psicosociales. Sin embargo, este mapa de riesgos define la relativa importancia de los grandes grupos de riesgo y la importancia de los servicios entre los sectores de riesgo. En orden descendente, los sectores más expuestos a riesgos son: el transporte, la hostelería, construcción y textil, en los que encontramos una combinación de riesgos físicos y psicosociales.

Fuente: *Sectorial profiles of working conditions*, 2002, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Disponible en www.eurofound.eu.int

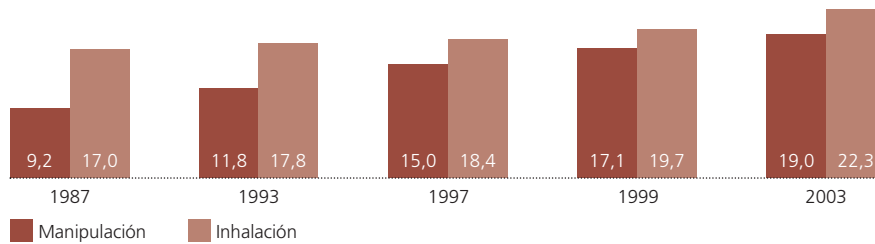
Situaciones y tendencias

La primera conclusión extraída de las encuestas es que las condiciones de trabajo en Europa no mejoran y continúan siendo un tema vigente: la intensificación del trabajo, la precarización de las relaciones laborales, la flexibilización de los tiempos de trabajo y la persistencia de las exposiciones típicas conducen a un aumento de los problemas de salud, en especial las lesiones músculo-esqueléticas y el estrés en el trabajo. El principal mérito de este grupo de encuestas es que demuestran la persistencia del deterioro de las condiciones de trabajo, mientras se extiende la creencia de que dichas condiciones mejoran de manera casi natural, en particular gracias a los avances científicos técnicos y el aumento del empleo en el sector de los servicios.

Un indicador muy ilustrativo de este fenómeno es el de la "durabilidad del trabajo", es decir, la posibilidad o voluntad de seguir trabajando, en particular en el mismo trabajo. En las **encuestas europeas**, el 42% de los trabajadores manifestaron que no podían o no querían continuar en el mismo trabajo hasta los 60 años. Las **encuestas finlandesas** indican que el 56% de los trabajadores querían acogerse a la jubilación anticipada. De hecho, el factor que realmente impulsó el desarrollo de las encuestas finlandesas era determinar si eran las condiciones de trabajo las que llevaban a los trabajadores a no querer o no poder continuar en su trabajo.

Las condiciones de trabajo en Europa se caracterizan por la persistencia de la exposición a los riesgos físicos clásicos (ruido, vibraciones, productos peligrosos, manipulación de cargas pesadas, posturas forzadas e incómodas) que se asocian generalmente a la actividad industrial, aunque el empleo en el sector industrial disminuye y en el sector servicios crece. En realidad se observa una transferencia de los riesgos industriales hacia los empleos en el sector de los servicios.

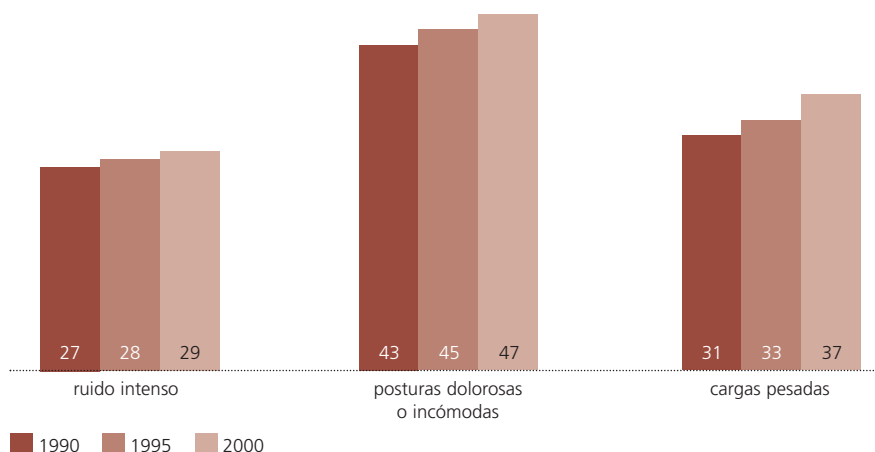
Las **encuestas europeas** indican que la exposición a riesgos físicos como el ruido, las vibraciones, las variaciones extremas de temperatura, la manipulación de cargas pesadas, las posturas forzadas, la inhalación de polvos, vapores, olores y la manipulación e inhalación de productos o sustancias peligrosas no disminuyen, sino que aumentan. La proporción de trabajadores expuestos a posturas inadecuadas o dolorosas, pasó de un 43% en 1990 a un 45% en 1995 y a un 47% en 2000. El porcentaje de trabajadores que manipulan cargas pesadas pasó de un 31% en 1990 a un 37% en 2000.

FIGURA 1 Evolución de la exposición a sustancias o productos tóxico o dañinos en España (%)

Fuente: Ediciones sucesivas de la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo (ECNT), Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Las **encuestas francesas** ilustran el mismo fenómeno: según la encuesta SUMER, realizada en Francia por médicos del trabajo a más de 50.000 trabajadores, entre 1994 y 2003, la exposición de los trabajadores a la mayor parte de los riesgos laborales tuvo una tendencia a aumentar.

Si bien las largas jornadas laborales son menos comunes y el trabajo repetitivo tiende a disminuir, los riesgos derivados de la organización del trabajo y los riesgos físicos tienden a aumentar. La exposición a agentes biológicos no ha cambiado, pero la exposición a sustancias químicas ha aumentado. Así, en 2003, 2.370.000 personas (el 13,5% de los trabajadores) estaban expuestas a agentes cancerígenos y unos 186.000 trabajadores a agentes mutágenos, en particular trabajadores manuales hombres, un tercio no estaba cubierto por ninguna medida de protección colectiva.

FIGURA 2 Trabajadores expuestos a riesgos físicos, 1990-2000 (%)

Fuente: D. Merliè y P. Paoli, *Diez años de condiciones de trabajo en la UE*, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, p. 2.

En **Finlandia**, el porcentaje de trabajadores que declararon estar sometidos a un trabajo físico intenso aumentó de un 34% en 1977 a un 36% en 1997. Entre 1977 y 1997 la exposición al ruido aumentó de un 38% a un 44%, el trabajo en posturas forzadas de un 21% a un 31% y el trabajo monótono y los movimientos repetitivos de un 22% a un 30%.

La exposición al ruido: un ejemplo claro

La exposición al ruido es un ejemplo característico de la extensión de ciertos riesgos laborales: aunque el porcentaje de trabajadores expuestos a niveles elevados de ruido se mantiene relativamente constante con el paso del tiempo, el número de trabajadores expuestos a niveles medios de ruido va en aumento. Las encuestas europeas indican que los trabajadores expuestos a ruidos aumentaron de un 27% en 1990 a un 28% en 1995 y un 29% en 2000. La exposición al ruido no se ha reducido en la última década en Holanda. Las encuestas españolas indican que la exposición a altos niveles de ruido disminuyó de un 10% a un 9% entre 1999 y 2003, pero la exposición a niveles medios aumentó de un 37% a un 40%. Las encuestas francesas muestran la misma tendencia: la encuesta SUMER indica que en 2003, el 7% de los trabajadores estaban expuestos a niveles dañinos de ruido (exposición de más de 20 horas semanales a ruido por encima de los 85 dba) y un 25% estaba expuesto a altos niveles de ruido que afectan la salud. También se detectó una sobreexposición de los trabajadores temporales a ruidos nocivos (20,2%).

Estos hechos son paradójicos si se tiene en cuenta la disminución del empleo en la industria. Estas cifras, que señalan exposiciones constantes o crecientes, en realidad ocultan un cambio cualitativo de la exposición a altos niveles de ruido de una población esencialmente masculina en la industria a una exposición a niveles medios y altos de ruido que afecta más a las mujeres de la esfera de los servicios. Las cifras estables en realidad ocultan un cambio en la composición de la población expuesta y los empleos afectados.

Una reducción general del tiempo de trabajo, que oculta importantes irregularidades y diversos arreglos horarios.

La tendencia a largo plazo señala a una reducción general y regular del tiempo de trabajo. En 2005, la semana laboral media era de 37,4 horas. Pero esta disminución oculta importantes disparidades a diferentes niveles:

- entre países: 38,19 horas en 2000 para la UE-15 y 44,4 horas para los nuevos Estados miembros (NEM) y los países candidatos;
- entre hombres y mujeres: 40,8 horas para los hombres y 33 horas para las mujeres;
- entre trabajadores por cuenta ajena y autónomos: 46 horas para los autónomos y 36,5 horas para los trabajadores por cuenta ajena;
- entre categorías profesionales.

Estas disparidades plantean a la vez dos problemas, el de la elección de la jornada (sobre todo en el trabajo a tiempo parcial, donde predominan las mujeres) y el de la salud en la medida en que las largas jornadas laborales están claramente asociadas a riesgos para la salud (tanto por fatiga como por largas exposiciones a ciertos factores de riesgo).

Podemos observar que, en efecto, una quinta parte de la población europea⁵ trabaja a tiempo parcial, lo que significa menos de 30 horas a la semana: la mayoría son mujeres (80%), quienes aceptan estos horarios porque no tienen otra alternativa⁶. En el otro extremo aproximadamente una quinta parte (21%) de los trabajadores (en su mayoría hombres) trabaja más de 45 horas a la semana (38% en los NEM).

⁵ El 17% en la UE-15 y un 10% en los NEM.

⁶ El 31% de los trabajadores encuestados desearía trabajar un número de horas diferente.

Segundos empleos

Las encuestas se centran en la descripción de las condiciones de trabajo en los empleos principales, en los que los trabajadores pasan más horas, pero no se tienen en cuenta las condiciones de trabajo en los segundos empleos. Sin embargo, el impacto en la salud humana de la acumulación total de los empleos puede ser significativo: el 6% de los trabajadores de la UE-15 y el 10% de los trabajadores de los NEM declararon tener un segundo empleo. La media de horas trabajadas en los segundos empleos es de 17,8 horas en los NEM y 12,1 horas en los Estados de la UE-15.

Organización horaria

Las principales transformaciones se observan en la organización del tiempo de trabajo, que se caracteriza por una creciente flexibilidad. Los horarios de trabajo varían de una semana a otra para un 25% de los trabajadores, y de un día a otro para un 40% de ellos. El 20% de los trabajadores trabaja a turnos (19% trabaja al menos una noche al mes), y uno de cada cuatro trabajadores trabaja los domingos (un 27% trabaja al menos un domingo al mes). El problema no radica tanto en la flexibilidad horaria como en los avisos de cambios de horarios y la falta de posibilidad de consulta y negociación de los horarios de trabajo. En el sector de la distribución se puede observar que los cambios de horario se notifican el día anterior e incluso el mismo día.

Para una nueva definición del tiempo de trabajo

En lo que respecta a la salud, una ampliación de la definición del tiempo de trabajo permitiría ofrecer una mejor perspectiva. Ésta incluiría:

1. tiempo de trabajo remunerado;
2. tiempo de desplazamiento;
3. tiempo de trabajo no remunerado (doméstico), y
4. el tiempo utilizado en segundos empleos si éstos existen (que pueden resultar muy significativos, como hemos visto anteriormente).

En cuanto a la calidad del tiempo, los cuatro aspectos necesarios para conformar un indicador sintético son:

1. duración;
2. previsibilidad (¿con cuánto tiempo de antelación se conocen los horarios?);
3. la variabilidad (horarios variables);
4. el control (que tienen los trabajadores sobre la organización de su tiempo).

Además de la gran diversidad en la organización del trabajo, las encuestas señalan los diferentes impactos que dichas formas de organización tienen en las condiciones de trabajo y en especial en la salud a través de factores como el estatus de empleo, la distribución de las tareas, la autonomía permitida a los trabajadores, los ritmos de trabajo, la consulta, habilidades/calificación.

La reestructuración industrial y la organización del trabajo: dos sectores ilustrativos: el transporte por carretera y los mataderos

La industria europea ha sufrido y sigue sufriendo un proceso de grandes transformaciones. Examinaremos estos cambios a través de dos casos, el transporte por carretera y los mataderos. Ambos casos ilustran cómo está cambiando la organización del trabajo y las responsabilidades que tienen los agentes políticos y económicos en dicho cambio.

La reorganización de la industria cárnica en Europa

La industria cárnica sufrió una profunda reestructuración en los países de la UE en el transcurso de la década 1980-1990. La concentración llevó a la desaparición de los pequeños mataderos y a la creación de un número limitado de grandes centros. Esto provocó profundos cambios en la organización y en las condiciones de trabajo. De un trabajo diversificado (cada operario tiene que realizar múltiples tareas en la línea de despiece) se pasó a trabajar en una cadena especializada de trabajo repetitivo, al aumento del ritmo de trabajo y en consecuencia a la desaparición de la calificación de los trabajadores y al aumento de las lesiones músculo-esqueléticas.

Fuente: Informe de la Fundación Dublín, 1996.

Reorganización del sector de transporte por carretera

El transporte por carretera ha estado en proceso de reestructuración durante varios años, desde la apertura del mercado que trajo la competencia de las empresas transportistas de los países del Este de Europa a las operaciones a gran distancia, y desde la extensión de modelos de flujo hacia las empresas clientes. Esto ha provocado las concentraciones de empresas de transporte con capacidad de generar encargos y la proliferación de pequeños subcontratistas con frecuencia autónomos y en muchos casos antiguos trabajadores a los que el ex empleador alquila los medios de transporte. Los efectos de dichas transformaciones han afectado las condiciones de trabajo, reduciendo las remuneraciones y alargando las jornadas, lo que aumenta el riesgo de accidentes y provoca una mayor disrupción de la vida social y familiar. Es un sector ya afectado por el envejecimiento de su mano de obra y que difícilmente atrae a los jóvenes. El recurso a una mano de obra en la que predominan trabajadores inmigrantes con menos formación ilustra la pobre imagen del sector.

Fuente: Informe de la Fundación Dublín, 2003.

Organización del trabajo y salud

La organización del trabajo ha cambiado radicalmente en las sociedades industrializadas en los últimos veinte años. Las encuestas evidencian una amplia gama de modalidades de organización del trabajo. Podemos observar que no existe una convergencia hacia una *mejor modalidad*, el llamado modelo *lean production* (múltiples habilidades, trabajo en equipo, flujos productivos bajo la aplicación de los métodos *justo a tiempo -just in time-*). Las llamadas *organizaciones que aprenden*, que valoran los procesos de aprendizaje e iniciativa de los trabajadores, siguen siendo muy importantes, especialmente en Dinamarca, Suecia y Holanda. Los trabajadores de estas empresas tienen una considerable autonomía de procedimientos en su trabajo y menos restricciones horarias.

Por otro lado, las modalidades *tayloristas* de organización están aún muy vigentes y continúan siendo la regla para una gran parte de los trabajadores, especialmente los menos cualificados, quienes como resultado se ven expuestos a altos ritmos de trabajo, poca autonomía y trabajos monótonos y repetitivos.

Una de las grandes enseñanzas que se derivan es que existe una estrecha relación entre las formas de organización y los métodos de gestión de los recursos humanos (formación, remuneración, consulta). Este hecho tiene que ver con la diversidad de las situaciones nacionales y refuerza la idea de que las condiciones de trabajo y la salud laboral se pueden moldear a través de opciones organizativas sin perjudicar la capacidad de la empresa, siempre que se utilicen los instrumentos adecuados.

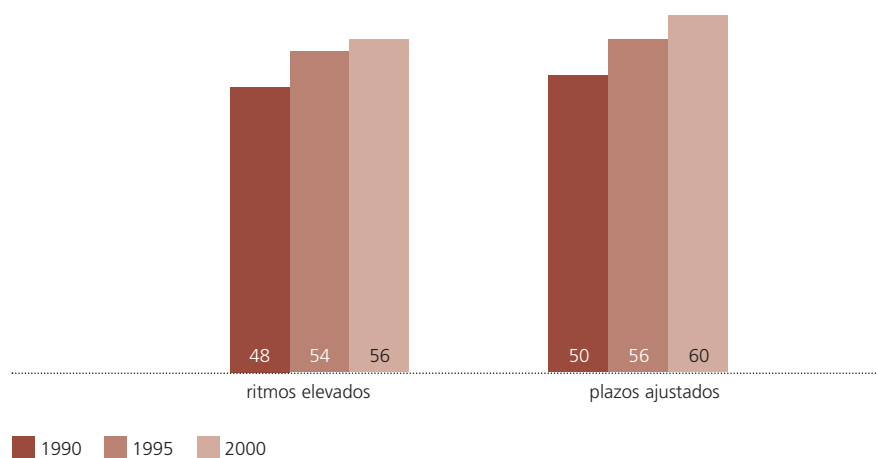
Para más información consultar:

E. Lorenz y A. Valeyre, "Organisational Innovation, Human Resource Management and Labour Market Structure. A Comparison of the EU-15", *Journal of Industrial Relations*, vol. 47. nº 4, p. 424-442, diciembre de 2005 (disponible en inglés).

La intensificación del trabajo es sin duda uno de los mayores fenómenos que han afectado al mundo laboral en las últimas décadas. Es una tendencia generalizada en todos los países, sectores y categorías profesionales. Si bien se ha observado una cierta ralentización del fenómeno en los últimos años, la intensificación sigue siendo el factor determinante del estrés en el trabajo y de las lesiones músculo-esqueléticas.

Las encuestas europeas indican muy claramente la intensificación del trabajo en la última década. En el año 2000 más de la mitad de los trabajadores declararon trabajar a ritmos elevados y con plazos muy estrictos. Más del 40% de los trabajadores considera que no tiene suficiente tiempo para realizar su trabajo. Los ritmos elevados son una de las principales causas de las lesiones músculo-esqueléticas y el estrés. Este último es producto de las exigencias laborales, sobre todo ritmos, junto al escaso margen de maniobra y la falta de autonomía para gestionar el tiempo de trabajo y las tareas.

FIGURA 3 Trabajadores con ritmos de trabajo elevados y plazos ajustados, 1990-2000 (%)



Fuente: D. Merllié y P. Paoli, op. cit., p. 3.

En **Francia**, las encuestas confirman esa evolución. Revelan una fuerte degradación de las condiciones de trabajo declaradas por los trabajadores en el transcurso de los últimos 20 años, paralelamente a una intensificación importante de los ritmos de trabajo. La explicación está en la multiplicación del ritmo de trabajo para todas las categorías, así como de las exigencias de tipo industrial (ritmo de las maquinarias, trabajo en cadena, normas de producción a cumplir, etc.) y las dependientes del mercado (ritmo de trabajo impuesto por la demanda externa). Estas exigencias afectaban al 28% de los trabajadores en 1984 para alcanzar un 54% en 1998. Por otro lado observamos una difusión de nuevas exigencias de ritmo de trabajo a grupos que no estaban habituados a ellas: los mandos tienen más exigencias industriales y los obreros, más exigencias comerciales. El análisis de estas encuestas revela que la intensificación del trabajo está te-

niendo profundos efectos adversos en las condiciones de trabajo, particularmente en las PYME que operan con plazos muy cortos para abastecer a los clientes en el marco de la subcontratación.

En **España**, el porcentaje de trabajadores que declaran trabajar a ritmos elevados pasó de un 35% en 1999 a un 40% en 2003. Esto se combina con una absoluta falta de control sobre el trabajo para un gran número de trabajadores: en 2003 el 19% no tenía posibilidad de modificar o escoger la secuencia de sus tareas, el 29% no controlaba los métodos de trabajo, el 25% no controlaba las cadencias y el 26% no tenía posibilidad de hacer una pausa cuando sentían, necesidad. Un 44% de ellos dependía directamente de la demanda de los consumidores.

En **Finlandia**, el porcentaje de trabajadores sometidos a trabajos con altas exigencias mentales (presión temporal, exigencias contradictorias) pasó de un 45% en 1977 a un 51% en 1997. Como en toda Europa, la intensificación del trabajo es particularmente marcada: de un 46% de trabajadores expuestos en 1977 a un 62% en 1997, sin una diferencia entre hombres y mujeres significativa. Por otro lado, aunque ambos sexos atribuyen esta intensificación de la carga de trabajo, las mujeres señalan más como causa la falta de personal, y los hombres, los altos objetivos de producción.

La creación de empleo en Europa está en su mayor parte caracterizada por el empleo precario. En 2000, menos de la mitad de los trabajadores contratados en los últimos 12 meses tenían un contrato indefinido. Estas formas de empleo están asociadas a peores condiciones y a una mayor exposición a los riesgos.

El aumento del trabajo precario

La distribución entre asalariados y no asalariados no ha cambiado, poniendo en evidencia la creencia de moda durante un tiempo de que desaparecería el trabajo asalariado. En contraste, las dos últimas décadas han significado un ascenso acusado del trabajo temporal por cuenta ajena. En 2000, el 10% de los trabajadores en la UE-15 tenían contrato temporal y un 2% eran trabajadores temporales contratados por ETT. En los nuevos Estados miembros, el 3% de los trabajadores eran contratados por empresas de trabajo temporal en 2001 -una modalidad de empleo desconocida a principios de los años 90-. Existen grandes diferencias entre países. Se observan elevados porcentajes de trabajadores con contrato precario en España (30%), Letonia (23%) y Lituania (17%). Este aumento del trabajo precario es más fuerte allí donde las leyes laborales ofrecen garantías en caso de despido. Es sintomático que las tasas más débiles de contratos temporales y de empleo a través de ETT se observen en el Reino Unido, donde el despido es más fácil. Parece pues que el principal motor de la creación de empleo en Europa sea el trabajo temporal, lo que va en contra de los Objetivos de Lisboa en cuanto a empleo y calidad.

Relación entre el tipo de empleo y la exposición

Los resultados de las encuestas indican que existe un estrecho vínculo entre la precariedad y el aumento de la exposición a los riesgos. Pero la precariedad no es la única causa de la sobreexposición a riesgos laborales. Hay que tener en cuenta los factores estructurales: los trabajadores temporales suelen trabajar en puestos de trabajo donde las condiciones son peores. Sin embargo, la precariedad indudablemente es un factor agravante (siempre es mejor ser fijo que temporal). Los empleos más peligrosos y con

mayor exposición, y en cualquier caso aquellos con mayor grado de dificultad o con peores condiciones, son los que ocupan los trabajadores temporales.

Este análisis muestra la indudable importancia de la legislación europea para asegurar a los trabajadores temporales los mismos derechos que los demás, y de la misma manera la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo en dichos empleos.

A pesar de los pronunciamientos oficiales, la discriminación entre hombres y mujeres sigue siendo una realidad en el trabajo y es a la vez horizontal (hombres y mujeres desempeñan diferentes empleos, con diferentes condiciones de trabajo) y vertical (en una misma profesión, los hombres tienden a ocupar los puestos más altos). Ambos tipos de segregación son marcadamente menos pronunciados en los nuevos Estados miembros. Esta segregación crea diferentes situaciones laborales que llevan a exposiciones diferenciadas a los riesgos y por otra parte a elaborar políticas preventivas adaptadas. La distribución desigual de la “doble carga” de trabajo entre hombres y mujeres refuerza la necesidad de políticas adaptadas que combinen la investigación, la evaluación de riesgos y la prevención.

La situación de las mujeres difiere de la de los hombres desde una doble perspectiva:

1. en el trabajo, debido a la segregación horizontal y vertical;
2. fuera del trabajo remunerado, las mujeres se ven más implicadas en las tareas domésticas y familiares.

Esta doble diferenciación tiene un impacto en la salud. No vamos a entrar a analizar la situación fuera del trabajo, que no ha sido muy abordada en las encuestas, excepto las europeas, que demuestran claramente que las mujeres realizan la mayor parte del trabajo doméstico y familiar además de su actividad remunerada.

En el trabajo las principales diferencias son:

- un trabajo de mayor relación con el público. Las encuestas europeas indican que entre 1995 y 2000, la proporción de mujeres cuyo ritmo de trabajo depende de la demanda externa (“menos controlable”) aumentó de un 71% a un 75%, mientras que para los hombres se mantuvo en un 64%;
- menos control sobre el trabajo y la organización del trabajo, incluida la organización horaria, lo que hace que el trabajo de las mujeres sea aún más estresante;
- más trabajo a tiempo parcial, concentrado sobre todo en las profesiones menos cualificadas, peor pagadas y una menor duración del trabajo;
- intensificación del trabajo, que aumentó más rápidamente en la década de los 90 para las mujeres;
- menor exposición a los riesgos físicos tradicionales;
- las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud derivados del trabajo, en particular lesiones músculo-esqueléticas de las extremidades superiores y estrés.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de algunas encuestas, los indicadores no siempre reflejan las características específicas del trabajo femenino, y se siguen centrando en el trabajo masculino y el industrial.

La exposición a riesgos y las peores condiciones de trabajo no están distribuidas de manera igual.

Utilizando las cifras de las encuestas, se pueden desarrollar varias categorías e identificar grupos de trabajadores (*clusters*), a partir de características comunes de sus condi-

ciones de trabajo y de los riesgos a los que están expuestos. Los resultados muestran que alrededor de un 10% de los encuestados, es decir unos 20 millones de trabajadores en Europa, están expuestos de manera sistemática a condiciones de trabajo malas o dañinas para la salud.

La **encuesta europea** identifica diez grupos, que se pueden clasificar en tres categorías:

1. trabajadores sin problemas específicos y cuyas condiciones laborales pueden considerarse como "satisfactorias" por la baja exposición a todos los riesgos. Este grupo representa aproximadamente al 50% de los trabajadores encuestados;
2. trabajadores "sobreepuestos a riesgos específicos" (riesgo químico, trabajo nocturno o jornadas largas). Esta categoría incluye ocho grupos y representa al 40% de los encuestados,
3. y por último trabajadores con "condiciones de trabajo penosas" debido a una sobreexposición a todos los factores de riesgo. Este grupo representa a un 9% de los trabajadores (18 millones de personas en Europa).

La **encuesta española** identifica cuatro grupos idénticos a los de 1999:

1. aquellos con "buenas condiciones de trabajo", que constituyen el 59% de los encuestados, disminuyó en comparación con 1999, cuando eran 63,1%;
2. aquellos con "malas condiciones de trabajo", cuyo porcentaje se mantiene idéntico al de 1999 (6,9%);
3. aquellos afectados por problemas de "carga psicosocial y mental", de un 10,9% en 1999 a un 15,4% en 2003;
4. y por último aquellos afectados "por problemas de carga física" cuyo porcentaje se mantiene estable, 18,7% (19,5 % en 1999).

Los nuevos Estados miembros

La situación en los nuevos Estados miembros (NEM), analizada de manera general en la encuesta europea, se caracteriza por algunas particularidades derivadas de las diferencias en la estructura de la mano de obra. La mano de obra empleada en la agricultura es esencialmente mayor y el sector de los servicios está menos desarrollado. La alineación con la media europea conducirá a profundas transformaciones estructurales en los próximos años, que darán como resultado un cambio en la naturaleza del empleo y del trabajo.

Las diferencias significativas resaltadas por la encuesta europea de 2001 entre los 15 antiguos Estados miembros y los diez señalan que en los NEM existen:

1. Una **organización del trabajo** más industrial y menos comercial, más jerarquizada y en la que los trabajadores disponen de menos autonomía.
2. **Jornadas laborales** significativamente más largas, en parte debido a la relativa importancia del sector de la agricultura y del sector autónomo: el 38% de los trabajadores de los NEM trabajan más de 45 horas a la semana, en contraste con un 21% en la UE-15. Esta situación se ve agravada por el hecho de que un porcentaje más alto de los trabajadores tiene un segundo empleo y por lo tanto trabajan más horas. Las largas jornadas afectan tanto a hombres como a mujeres. El trabajo a tiempo parcial es menos común, un 7% en los NEM contra un 17% en la UE-15, mientras que la nocturnidad y el trabajo a turnos son más comunes.
3. Una **segregación de género** menos pronunciada. Las mujeres presentan una mayor tasa de empleo (46% contra un 42% en la UE-15) que en algunos países, en particular los Estados del Báltico, se acerca a la paridad. Existe una distribución más equilibrada de las mujeres entre las diferentes categorías de empleo y los diferentes sectores. Hay más mujeres ocupando puestos directivos, puestos de ingenieras y técnicas y menos en los sectores de venta y servicios. También hay más mujeres que ocupan puestos de mando. No obstante, las recientes transformaciones en el mundo del trabajo apuntan a una evolución negativa y a una alineación con la situación de la UE-15.
4. Una mayor exposición a **factores de riesgo físico**, como el ruido y las sustancias químicas.
5. Se registran más problemas de salud: un gran porcentaje de los trabajadores (un 40% contra un 27% en la UE-15) considera que el trabajo implica un riesgo para su salud. Existe una mayor prevalencia sistemática de diferentes problemas de salud, en particular la fatiga.

Aunque existan ciertas diferencias significativas entre los Estados miembros que se pueden atribuir a los diferentes contextos socioeconómicos, también se pueden identificar problemas comunes (precariedad, intensificación del trabajo, persistencia del taylorismo, segregación entre hombres y mujeres). Esta observación debería estimular el desarrollo de políticas preventivas europeas en el campo de la salud laboral.

A pesar de la amplia gama de contextos nacionales y sectoriales, las encuestas cuyos resultados hemos analizado anteriormente evidencian tendencias predominantes, comunes a todos los países y trabajadores europeos. Las diferencias observadas son más de grado que de su naturaleza.

Además, las diferencias entre países son, como lo demuestran ciertas simulaciones realizadas a partir de los datos recogidos en las encuestas, consecuencia de las diferencias estructurales en el empleo, lo que significa que son producto tanto de las políticas de empresa (opciones de gestión) como estatales (normas y políticas preventivas). Pero es precisamente en esas áreas que las diferencias entre países son más amplias, y las encuestas, a excepción de la española, aportan pocos datos al respecto.

Importantes impactos en la salud

En el transcurso de los últimos años se ha observado una ligera mejora en la percepción de los riesgos laborales por parte de los trabajadores. Aún así, el 27% de las personas encuestadas en 2000, consideraban que el trabajo implicaba un riesgo para su salud. Esta cifra aumenta a un 40% en los NEM y en los países candidatos. Las diferentes encuestas realizadas en la UE en el transcurso de los últimos 15 años demuestran que las transformaciones en el trabajo tienen consecuencias muy importantes para la salud de los trabajadores.

Las **encuestas suecas** reflejan muy bien el aumento de los problemas de salud durante los años 90, debido principalmente a la intensificación del trabajo. Son sobre todo las mujeres las que lo pagan más caro, en especial en la sanidad pública y en la enseñanza (ver tabla 1).

Podemos agrupar los problemas de salud en tres grandes categorías:

1. los problemas psicosociales (incluido el estrés);
2. las lesiones músculo-esqueléticas;
3. la violencia y el acoso (que también pueden generar estrés).

Existe una correlación significativa entre esos problemas de salud laboral y las características de la organización del trabajo, como las tareas repetitivas y los ritmos elevados.

Las **encuestas europeas** ofrecen una visión de la magnitud de su impacto en la salud: un 28% de los trabajadores encuestados se quejaba de sufrir estrés, el 33% dolor de espalda, el 27% dolores musculares en las extremidades superiores y un 9% declaró haber sido víctima de acoso en el lugar de trabajo en los 12 meses anteriores a la encuesta.

Tabla 1. Suecia: personas que manifiestan tener fatiga mental o física al menos una vez por semana o más (%)

	Fatiga mental		Problemas de sueño		Fatiga física		Incapacidad para relajarse	
	H	M	H	M	H	M	H	M
1989	24	31,8	11,4	14,9	34,5	36,7	34,4	43,6
1991	23,7	33,1	11	14,5	31,5	37,6	36,4	40,3
1993	22,7	28,1	11,9	13,9	35	37,3	41	43,7
1995	28,9	35,9	13,7	16,8	36,9	42	43	48,4
1997	29	39,7	15,1	21,2	37,8	42,3	43,1	50,9

Fuente: *Worklife and Health in Sweden 2000 (Vida laboral y salud en Suecia, 2000)*, Staffan Marklund (ed); Autoridad Laboral Sueca y Arbaetslivinstitutet, 2001.

El estrés de origen laboral

Las encuestas europeas de 1995 y 2000 confirman que el estrés de origen laboral afecta a un porcentaje importante de los trabajadores: un 28% de los mismos declaró sufrir estrés. Esto no sólo representa un alto coste humano, sino también un coste económico para las empresas y para la sociedad que se estima en unos 20.000 millones de euros anuales, según un estudio de la Comisión Europea realizado en 1999.

El estrés en el trabajo es, por una parte, el resultado de exigencias impuestas por el trabajo (ritmo, calidad, objetivos), y por otra de la falta de medios para que los trabajado-

res gestionen dichas exigencias (apoyo, autonomía, etc.). Las altas exigencias combinadas con la falta de medios aumentan la probabilidad de estrés. Esta doble relación se explica en un modelo, llamado modelo Karasek, en honor al investigador que lo creó. Todas las fuentes evidencian que aproximadamente un tercio de los trabajadores no dispone de margen alguno para organizar sus tareas o gestionar su tiempo de trabajo. Es cierto que se observa una mejora, pero ésta es insuficiente para compensar el aumento de las exigencias, particularmente en lo que respecta a la intensificación del trabajo.

Las **encuestas europeas** muestran que entre 1990 y 2000, el porcentaje de trabajadores que declararon ejercer un control sobre los métodos de trabajo pasó de un 60% a un 70%, aunque existen diferencias considerables entre categorías profesionales. Son sobre todo los trabajadores manuales y menos cualificados los que tienen menos control sobre el trabajo que realizan.

En **Finlandia**, el porcentaje de encuestados que tenía influencia sobre sus métodos de trabajo pasó de un 58% en 1984 a un 65% en 1997, mientras que la influencia en el ritmo de trabajo disminuyó de un 59% a un 57%.

Las **encuestas españolas** escogieron identificar el estrés a través de una combinación de al menos tres de los siguientes síntomas de alteraciones de la salud:

- trastornos del sueño;
- irritabilidad;
- pérdida de la concentración;
- pérdida de la memoria;
- cefaleas;
- fatiga continua.

Estos síntomas están asociados frecuentemente a las siguientes situaciones laborales:

- ritmo elevado de trabajo;
- elevada atención;
- trabajo repetitivo;
- trabajo a turnos;
- largas horas de desplazamiento al trabajo (más de dos horas al día).

Las mujeres están también más expuestas al estrés que los hombres.

En la medida en que los factores de estrés tienden a aumentar más rápido que los medios de control suministrados a los trabajadores, se puede prever un aumento del estrés laboral en los próximos años.

Las lesiones músculo-esqueléticas

Los resultados de las **encuestas europeas** indican que las lesiones músculo-esqueléticas constituyen el primer problema de salud: un 33% de los trabajadores se queja de dolores de espalda (30% en 1995), un 23% de dolores musculares en el cuello y los hombros, un 13% en las extremidades superiores y un 12% en las extremidades inferiores.

Las **encuestas españolas** registraron una serie de visitas al médico atribuibles a problemas de salud en el trabajo. En 2003, el 16% de los trabajadores encuestados decla-

ró haber realizado una de esas visitas, un aumento significativo con respecto a otros años (7% en 1993, 12% en 1997, 13% en 1999). Entre los problemas más frecuentes de las visitas al médico por un problema de salud laboral figuraban las afecciones de la espalda (un 47%, un aumento de un 8% con respecto a 1999) dolores de cuello (un 29%, con un aumento del 9%) y dolores en las extremidades superiores (16%, para un aumento del 2%).

Las **encuestas finlandesas** dan como resultado una disminución de los dolores en las extremidades inferiores, pero un aumento del 27% al 37% en las molestias en las extremidades superiores (cuello y hombros).

La violencia y el acoso

La violencia y el acoso son ambos el resultado de determinadas condiciones de trabajo y fuente de problemas de salud (estrés, depresión). En 2000, el 9% de los trabajadores europeos, unos 20 millones, declararon ser víctimas de acoso o intimidación durante el año anterior. Los más expuestos eran las mujeres, los jóvenes, los trabajadores con contratos precarios, y los del sector de los servicios (servicios públicos, bancos, sanidad).

También se observan grandes diferencias entre países (desde un 4% en Italia a un 15% en Finlandia), sin duda debidas a las diferencias de actitud y a la mayor o menor integración de esta cuestión en el debate público. Podemos suponer que en algunos países las cifras subestiman la realidad, particularmente allí donde estas cuestiones no son objeto de una atención especial en la vida pública, o donde los términos o conceptos para definirlos no están desarrollados totalmente. Los casos registrados en Finlandia tal vez reflejen mejor la realidad europea. Las encuestas españolas destacan claramente el importante impacto en la salud de estas situaciones.

El análisis de estas encuestas sugiere que las causas deben investigarse más en el aspecto organizacional que en el individual, destacando el aumento de los factores que contribuyen al crecimiento de las tensiones.

Divergencia entre las encuestas y las enfermedades profesionales registradas

Las estadísticas oficiales de salud laboral basadas en las enfermedades profesionales reconocidas y en los accidentes de trabajo registrados no reflejan bien la realidad laboral.

Podemos observar una **doble discrepancia**: por un lado, entre las exposiciones puestas de manifiesto en diversas encuestas y declaraciones de enfermedades profesionales. Según los tipos de exposición, hay entre 10 y 50 millones de trabajadores expuestos, mientras sólo se reconocen las enfermedades profesionales como máximo en algunos cientos de miles de trabajadores. Por otra parte, entre los problemas de salud declarados por los trabajadores en las encuestas de condiciones de trabajo y las enfermedades profesionales reconocidas.

Las lesiones músculo-esqueléticas son un buen ejemplo de esa divergencia: aunque un tercio de los trabajadores encuestados, unos 50 millones en la UE, declara tener problemas de espalda y un 25% dice tener problemas musculares en el cuello y los hombros, sólo 11.169 casos de estas lesiones (18.490 extrapolados de la UE-15) han sido reconocidos como enfermedades profesionales en Europa (EODS, 2001, UE-12), de los cuales 5.379 corresponden a tenosinovitis de la mano y del puño, 4.157 a epicondilitis del codo y 2.403 al síndrome del túnel carpiano. Si extrapolamos a nivel europeo sólo las cifras españolas de 2002, tendríamos 95.200 casos de tenosinovitis y 83.840 casos de epicondilitis del codo en la UE. Este ejemplo demuestra la diferencia entre los sistemas nacionales de reconocimiento de enfermedades profesionales.

Además, mientras que la mayoría de las enfermedades profesionales reconocidas se atribuyen a trabajadores de la industria (el 79% de los casos reconocidos de tendinitis del codo y el 53% de los casos de síndrome del túnel carpiano), las encuestas revelan una mayor prevalencia de los problemas de salud entre las mujeres y los trabajadores con contrato precario no sólo en la agricultura y en la industria (construcción e industria) sino también en los servicios (transporte, salud pública y hostelería).

Algunas conclusiones

- Las tendencias señaladas destacan la importancia de replantear las cuestiones de salud laboral en el centro de la agenda política europea, dado que un determinado número de problemas es común a todos los países de la Unión Europea.
- Es necesario continuar los debates iniciados por las últimas presidencias belga y sueca (2000/2001) sobre la adopción de indicadores de calidad del trabajo y del empleo como parte integral de las políticas de empleo. Los objetivos de participación de los trabajadores que no incorporen el aspecto de la calidad del trabajo pueden entrar en contradicción con la mejora de las condiciones de trabajo.
- Es necesario revisar las políticas de reconocimiento de las enfermedades profesionales, ya que el número de enfermedades reconocidas está muy por debajo de la escala de exposición a riesgos que reflejan las encuestas nacionales y europeas.
- Las encuestas y análisis descritos revelan la gran necesidad de información e investigación en salud laboral. Tal es el caso, entre otros, de los estudios longitudinales para los cuales el nivel europeo sería el nivel lógico de aplicación.

Las encuestas sobre condiciones de trabajo en Europa

- Unión Europea**
- Encuestas sobre condiciones de trabajo 1990 (EU-12), 1995 (EU-15), 2000-2001 (EU-15+12), 2005 (EU-25): www.erofound.eu.int
 - Encuestas anuales sobre mano de obra + módulo específico 1998: <http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/health>
 - Estadísticas Europeas sobre Enfermedades Profesionales (EODS): <http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/health>
 - Estadísticas Europeas de Accidentes de Trabajo (ESAW): <http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/health>
 - Eurostat: <http://epp.eurostat.cec.eu.int>
- Austria**
- Encuesta Mikrozensus 1980, 1985, 1991, 1994, 1999. www.statistik.at
- Bulgaria**
- Encuesta 2005: www.mlsp.government.bg/en
- República Checa**
- Encuestas 2000 y 2004: www.vupsv.cz
- Dinamarca**
- Encuestas 1990, 1995, 2000: www.ami.dk
- Finlandia**
- Encuestas 1977, 1984, 1990, 1994-1995, 1997, 2000, 2003: www.stat.fi y www.ttl.fi/internet/english
- Francia**
- Encuestas sobre condiciones de trabajo 1978, 1984, 1991, 1998, 2005
 - Encuestas SUMER 1987, 1994, 2003
 - Encuestas ESTEV 1990, 1995
- Para más información consultar www.travail.gouv.fr
- Alemania**
- Encuestas BIBB/IAB 1979, 1985-1986, 1991-1992, 1988-1989: www.bibb.de
- Italia**
- Encuesta 2002: www.isfol.it
- Portugal**
- Encuesta 1999/2000: www.dgeep.mtss.gov.pt
- España**
- Encuestas 1987, 1993, 1997, 1999, 2003: www.mtas.es/insht
- Suecia**
- Encuestas 1989, 1991, 1992, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005: www.scb.se y www.av.se
- Holanda**
- Encuestas TAS 2000, 2002, 2004: www.tno.nl
- Reino Unido**
- Encuesta del HSE 2005: www.hse.gov.uk

Para más información consultar: www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/surveyreports.htm



CES
Confederación Europea
de Sindicatos

La Confederación Europea de Sindicatos está formada, en la actualidad, por 81 organizaciones miembro, 36 de Europa Occidental, Central y del Este, y 12 federaciones sindicales. La CES representa los intereses de 60 millones de trabajadores en Europa.

CES
5 bd du Roi Albert II
B-1210 Bruxelles

Tél. : +32-(0)2-224 04 11
Fax : +32-(0)2-224 04 54/55
etuc@etuc.org

www.etuc.org



Instituto Sindical
Europeo – Investigación,
Formación, **Salud y Seguridad**

El departamento de Salud y Seguridad de ETUI-REHS ofrece a la CES y sus organizaciones afiliadas el apoyo, asesoramiento e investigación en salud y seguridad en el trabajo. Ha creado un Observatorio de la aplicación de las directivas europeas y fomenta las redes de expertos sindicales en materia de normalización técnica (ergonomía, seguridad) y sustancias peligrosas

ETUI-REHS
Département HESA
5 bd du Roi Albert II
B-1210 Bruxelles

Tél. : +32-(0)2 224 05 60
Fax : +32-(0)2 224 05 61
hesa@etui-rehs.org

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

**Nouvelles perspectives pour la stratégie
communautaire de santé au travail 2007-2012**
ETUI-REHS, 2006

© Institut syndical européen – Recherche,
Formation, **Santé-Sécurité**
Département HESA
5 bd du Roi Albert II
B-1210 Bruxelles

ISBN : 2-87452-032-2
D/2006/10.574/19

Imprimé en Belgique



El ETUI-REHS cuenta con el apoyo económico
de la Comisión Europea.

Para la edición española:

Edita: ISTAS
Traducción: Agustín González
Revisión: Isabel Dudzinski
Producción: Paralelo Edición, S.A.
Depósito legal: M-