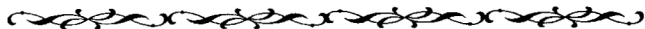


CARLOS RUIZ FRUTOS



TRABAJO Y SALUD
Hacia una nueva cultura preventiva

*LECCIÓN INAUGURAL
CURSO ACADÉMICO
1997-98*



Universidad de Huelva

TRABAJO Y SALUD
Hacia una nueva cultura preventiva

334.Y
RUIZ
C.W.

CARLOS RUIZ FRUTOS
PROFESOR TITULAR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
UNIVERSIDAD DE HUELVA

TRABAJO Y SALUD

Hacia una nueva cultura preventiva

LECCIÓN INAUGURAL CURSO ACADÉMICO
1997-98



Universidad
de Huelva



Septiembre, 1997
© SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA
© CARLOS RUIZ FRUTOS

Impreso en España, Printed in Spain
ISBN: 84-88751-59-1

Imprenta Beltrán, S. L.

Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Andalucía
Excmo. Sr. Consejero de Educación y Ciencia
Excmo. y Mgfc. Sr. Rector de la Universidad de Huelva
Excma e Ilmas. Autoridades
Queridos Miembros de la Comunidad Universitaria
Sras. y Sres.:

Quiero empezar agradeciendo al Excmo. y Mgfc. Sr. Rector de la Universidad de Huelva por la distinción con que me honra al invitarme a pronunciar esta lección inaugural.

La elección del tema ha venido determinada por cuanto mi especialidad, dentro de la salud pública, es la salud laboral. He contemplado diferentes aspectos, algunos de los cuales no suelen incluirse, en consideración a las distintas titulaciones a las que imparto docencia.

Es mi intención abordar un tema técnico como éste de una forma general y así, tras una breve introducción, analizaremos las patologías más frecuentes y los indicadores más utilizados, después veremos varios ejemplos de las consecuencias para la salud de la falta de trabajo, seguido de los aspectos normativos, la calidad y el papel de los agentes sociales y Administración, para finalizar con las perspectivas de futuro.

INTRODUCCIÓN

El trabajo, al igual que otros factores, tales como la vivienda, la alimentación, el medio ambiente, la educación o las actividades de ocio, configuran el nivel de salud de una persona. Sin embargo, los rendimientos del trabajo condicionan la adquisición del resto de los factores y así el trabajo es considerado como una fuente para obtener los recursos económicos que necesitamos para vivir, siendo considerados unos privilegiados los que además de obtener un salario disfrutan con su trabajo.

Que la ocupación está íntimamente relacionada con la salud del hombre se conoce desde siempre y así ya Hipócrates (460 años antes de Cristo) hablaba del “cólico saturnino”¹ o Bernardino Ramazzini, médico de Padua, en el año 1700 escribió el libro “Enfermedades de los artesanos” siendo precisamente éste autor considerado como el padre de la salud laboral². Pero que la

falta de trabajo puede incidir en una pérdida de salud es un fenómeno sólo estudiado en fechas relativamente recientes.

Tradicionalmente los problemas de salud han intentado solucionarse mediante la medicina clínica. La historia nos ha enseñado que enfermedades de tanta trascendencia en el pasado como la tuberculosis o el cólera sólo pudieron ser controladas una vez que se mejoraron las condiciones de las viviendas, alcantarillado o alimentación. La introducción de las técnicas de salud pública a los problemas de salud laboral nos puede evitar el caer en errores similares.

La epidemiología laboral, como área de la salud pública que nos permite identificar los factores que originan o predisponen los problemas de salud laborales, debe ayudarnos a conocer las diferentes alternativas preventivas que podemos tomar³. Un proceso similar, desde actuaciones meramente reparadoras a otras preventivas, ha sido experimentado por las otras técnicas afines, como la higiene industrial o la seguridad en el trabajo.

El trabajo puede incidir negativamente mediante la aparición de accidentes o enfermedades, de igual forma que la salud del trabajador condiciona la productividad y la calidad del producto o servicio realizado.

EL TRABAJO COMO GENERADOR DE ENFERMEDADES

Patologías más frecuentes

En la actualidad siguen presentándose enfermedades profesionales tradicionales como la silicosis, asbestosis e intoxicaciones por mercurio o plomo, algunas de ellas siguen ocupando los primeros lugares en cuanto a frecuencia, como son los casos de sorderas por ruido o dermatosis, aunque han aparecido otras nuevas patologías que representan un mayor reto para su prevención.

En los últimos años se ha producido un incremento espectacular de las enfermedades de tipo alérgico, manifestándose en casos de asma o enfermedades de la piel. De las investigaciones realizadas se deduce que un porcentaje bastante alto de estos procesos, aún por determinar, puedan tener un origen laboral, aunque dificultades legales impidan calificarlas como enfermedades profesionales.

La patología osteo-articular es una de las más emergentes, estimándose que el 80% de los trabajadores sufrirá algún tipo de lumbalgia o dolor de espalda en su vida laboral y que al menos un 30% concurrirá con episodios repetidos⁴. La causa de éstos trastornos no tiene porqué estar relacionado con la manipulación de cargas, sino también puede deberse al mantenimiento de posturas no anatómo-fisiológicas, entre las que se encuentra el estar sentado⁵.

Los plaguicidas son un buen ejemplo del problema de garantizar la salud de los trabajadores expuestos a los miles de productos químicos que anualmente se incorporan al mercado laboral. Las intoxicaciones agudas son sólo una parte pequeña del problema, por cuanto los efectos a medio y largo plazo, que se manifiestan en neoplasias y alteraciones embrionarias o genéticas, son más difíciles de asociar a una etiología laboral, por la distancia en el tiempo entre la exposición y el efecto.

Los plaguicidas son también un buen ejemplo del impacto ambiental del trabajo, por los efectos para la salud de los residuos de productos fitosanitarios en alimentos y la contaminación de aguas de abastecimiento.

La incorporación de la informática ha generalizado el uso de ordenadores (pantallas de visualización de datos) obligando a estudiar los riesgos asociados con dicha actividad (molestias oculares, de columna, etc.) y ha establecido una reciente normativa específica para su prevención⁶.

Tal vez sean los problemas asociados con la organización del trabajo los que van a representar en el futuro el mayor problema de salud laboral, dado el incremento de trabajadores encuadrados dentro del sector servicios. Estos riesgos laborales se manifiestan como estrés laboral y como se ha puesto de manifiesto depende más de la propia organización del trabajo que de las características individuales de cada trabajador⁷. Los efectos del estrés se pueden observar tanto en la salud de los trabajadores como en la salud de la organización. Los efectos en la organización se manifiestan: en primer lugar, mediante un aumento de absentismo y bajo aprovechamiento del tiempo (estrategias de huida); en segundo lugar, por una disminución de la productividad y de la calidad del trabajo; en tercer lugar, por un aumento de los comportamientos de riesgo (aumento de accidentes), y en último lugar, por un aumento en las quejas de los clientes. Los efectos del estrés en los trabajadores se

manifiesta por un aumento de los trastornos psicosomáticos, ansiedad e insatisfacción laboral⁸.

Si tomamos, como ejemplo, al colectivo de trabajadores de centros docentes, vemos como los docentes tienen un riesgo tradicional por el uso continuado de la palabra, siendo los maestros y profesores de enseñanzas básicas, por el alto número de horas docentes, los que tienen un mayor riesgo. La combinación de la respiración diafragmática con la torácica es una de las medidas sencillas que pueden ayudar a reducir ésta patología.

La investigación o el uso de laboratorios para prácticas representa un riesgo asociado al posible uso de productos químicos, agentes físicos o uso de animales, con las enfermedades derivadas de la exposición a dichos agentes, así como el importante riesgo de tratamiento y eliminación de los residuos tóxicos que utilizan⁹. Muchos de estos temas han sido objeto de nuevas normativas que las regulan^{10,11}.

El personal que se ubica mayoritariamente en oficinas, presenta riesgos relacionados con el microclima del trabajo (temperatura, iluminación, humedad, etc), los ligados a la organización y los asociados al uso de ordenadores o fotocopiadoras.

Tampoco hay que olvidar que existen colectivos tan importantes como los trabajadores de la limpieza con unos riesgos muy definidos, tales como los derivados del uso de productos tóxicos para la limpieza, riesgos biológicos o problemas de columna por levantamiento de cargas o mantenimiento de posturas forzadas durante el trabajo.

Otros riesgos, como el de incendio, son más o menos genéricos a un gran número de trabajadores. De forma similar, el excesivo consumo de alcohol, tabaco y otras drogas constituye un problema de salud de enorme magnitud y trascendencia para las empresas, aunque tradicionalmente ha sido considerado como una competencia de la Administración Sanitaria. El ser un problema bastante complejo y conflictivo, con claras implicaciones culturales y sociales, no debe llevarnos a intentar ocultar una realidad que ya ha sido abordada por algunas grandes empresas y universidades, en colaboración con las autoridades sanitarias¹². Estas experiencias deben servirnos como guía para iniciar programas preventivos consensuados por todos los interlocutores sociales, dado que suponen un importante porcentaje del absentismo y accidentalidad, repercutiendo también en las familias de los afectados.

Tampoco me gustaría acabar éste apartado sin comentar los problemas de salud asociados a los estudiantes y aunque no sea un colectivo incluido en la normativa de prevención de riesgos laborales, es susceptible de recibir programas específicos de ayuda en éste sentido.

Patologías asociadas al subempleo

Como un ejemplo de las consecuencias del subempleo podemos señalar el que afecta principalmente a los jóvenes que buscan su primer empleo que, por la falta de trabajo, se ven obligados a aceptar un puesto de trabajo muy por debajo de su nivel de cualificación. Esta situación puede aceptarse, sin consecuencias para el equilibrio psicológico de la persona, durante períodos muy cortos de tiempo, no así si se prolonga en el tiempo. Las consecuencias se observan tanto en una pérdida de salud del trabajador como en la productividad de la empresa.

INDICADORES DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DEL TRABAJO PARA LA SALUD

Siniestralidad laboral

El indicador más tradicional para conocer el nivel de salud laboral de una población es la frecuencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y cuya suma conforman la siniestralidad laboral.

España ocupa uno de los primeros puestos de Europa en relación a la tasa de accidentes de trabajo¹³, aumentando durante el primer semestre de 1997 un 8,7% respecto al mismo período del año anterior y con un coste económico estimado oficialmente en 2,3 billones de pesetas anuales o el 3,5% del producto interior bruto¹⁴.

Por el contrario, con respecto a las enfermedades profesionales, con sólo 5.489 declaradas el año 1993, estamos entre los de menor frecuencia, con una tasa 20 ve-

ces inferior a Bélgica o 13 veces inferior a Dinamarca. La única explicación ampliamente aceptada es que están claramente infranotificadas en nuestro país¹⁵.

El alto número de accidentes de trabajo mortales en sectores como la construcción o la minería suele motivar que aparezcan como noticia de prensa y sirven para que los políticos y la sociedad se acuerden de los otros riesgos para la salud asociados con el trabajo. El reciente incremento puede ser explicado, entre otros factores, por el alto número de trabajadores eventuales que ocupan puestos de especial riesgo sin una formación específica sobre cómo prevenirlos. No obstante, los accidentes de trabajo no son más que la punta del iceberg de las patologías relacionadas con el trabajo.

Absentismo

El absentismo laboral, con un coste estimado en subsidios superior a los 400.000 millones anuales, es otro indicador tradicional para medir la falta de salud de los trabajadores, pérdida de salud que sólo en una pequeña proporción puede atribuirse al trabajo, pero cuyo resultado es una incapacidad para trabajar.

Hay que modificar la idea tradicional de que para reducir el absentismo, se debe actuar controlando la duración de los episodios, dado que es más eficiente prevenir las causas que lo producen. Entre las actuaciones más rentables se encuentra la de mejorar las condiciones de trabajo, potenciando su nivel de participación y estimulando que el trabajador pueda modificar su propio trabajo, como medio de facilitar su identificación con los objetivos de la empresa¹⁶; siendo también efectivos los programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo¹⁷.

EFFECTOS PARA LA SALUD DE LA AUSENCIA DE TRABAJO

Podemos plantearnos en que medida el trabajo es un riesgo para la salud o, por el contrario, una fuente de salud. En primer lugar deberíamos distinguir entre las personas no ocupadas por propia voluntad, que denominaremos ociosas y las que se encuentran en dicha situación por no encontrar un puesto de trabajo y que llamaremos desempleados.

Es absurdo valorar la magnitud de los riesgos laborales sin enmarcarlo en una sociedad en la que existen otros colectivos, que se derivan de la falta de trabajo, en los que también están presentes factores de riesgo para su salud.

Desempleo

Es atribuido a Galeno la frase de que “el trabajo es el mejor tratamiento natural de la enfermedad”. El trabajo

proporciona a la persona una organización del día que permite dividir perfectamente entre horas laborales y horas de ocio. La pérdida de éste esquema produce una sensación de desorientación y confusión que lleva a un estado en el que el tiempo no tiene sentido. De igual forma, el trabajo nos organiza unas relaciones sociales extrafamiliares y nos da un estatus social. La inseguridad de encontrar un empleo antes de perder el subsidio y la obligación de redefinir la función de papeles dentro del núcleo familiar contribuyen a predisponer una pérdida de salud en las personas que acceden a la situación de desempleo.

Se conoce bien que el desempleo provoca múltiples efectos negativos para la salud del trabajador y la de su familia. Entre los efectos más llamativos se encuentran la depresión, los trastornos psiquiátricos, las enfermedades psicosomáticas, la pérdida de autoestima, la mayor probabilidad de muerte prematura, o la pérdida de relaciones sociales y desestructuración del tiempo libre¹⁸. Esta circunstancia repercute también en un aumento de los gastos sociales, por la mayor demanda sanitaria; así como en un aumento de la conflictividad y empeoramiento de la convivencia, creciendo el número de divorcios y los problemas de escolaridad de los hijos.

La falta de empleo no afecta por igual a todos los colectivos y así entre los denominados grupos vulnerables tenemos a los jóvenes en busca del primer empleo, adultos cercanos a la edad de retiro, mujeres con cargas familiares, obreros con bajo nivel de cualificación, personas con minusvalía física o psíquica e inmigrantes.

Es evidente que la forma de vivir ésta situación difiere entre los diferentes grupos de parados y así un joven en busca del primer empleo difiere de un desempleado de larga duración que trata de encontrar un reemplazo, al igual que observamos diferencias entre un desempleado rural o urbano. A los jóvenes que buscan su primer empleo se les obliga a seguir dependiendo económicamente de sus padres, obstaculizando la vida en pareja o la llegada del primer hijo; por el contrario, los cambios en los estilos de vida que sufren los que pierden su empleo les lleva a modificar sus hábitos alimenticios o sus relaciones sociales. Por ello, no es extraño encontrarnos diferencias en la forma y tiempo de enfermar entre los grupos de desempleados y estos importantes cambios sociales y demográficos nos llevan a afirmar que estamos ante un importante problema de salud pública¹⁹.

Tampoco podemos obviar los efectos del desempleo juvenil en su ideología política. Como observa Banks nos encontramos ante la negación de la negación, entendida como la actitud reactiva de los jóvenes (negación) ante un sistema político que niega (negación) su plena integración en la sociedad, impidiéndoles la autorrealización personal y el paso de la adolescencia a la etapa adulta y que sólo puede realizarse mediante la consecución de un puesto de trabajo²⁰.

Pero el colectivo de parados es sólo uno de los afectados por la ausencia de trabajo.

Jubilación anticipada

La jubilación anticipada sigue siendo considerada una de las mejores soluciones para las reconversiones laborales y para la incorporación de jóvenes al mercado laboral, imaginando que ofrecer un salario sin tener que realizar un trabajo para conseguirlo aumentará el nivel de salud de dichos trabajadores. Más aún en un país como el nuestro en el que la influencia judeo-cristiana contempla el trabajo como una actividad que implica un esfuerzo que justifica el premio que se recibe (ganarás el pan con el sudor de tu frente).

La realidad ha sido otra, por cuanto hemos olvidado que la mayoría de las personas, en nuestro país, no han recibido una educación para el ocio y que descanso era sinónimo de tomar unas copas con los amigos en el bar o salir de paseo con la familia.

La libertad para estructurar el tiempo libre les exige asumir una responsabilidad a la que no están acostumbrados y redefinir su papel dentro de la familia, organizando unas actividades de ocio que les permitan justificar su utilidad ante la sociedad.

Los efectos negativos en la salud de éste colectivo se han empezado a constatar aunque al tratarse de un fenómeno relativamente reciente lo veremos en mayor medida en el futuro, salvo que previamente no consigamos que éste colectivo se adapte a su nueva situación encontrando actividades de ocio que suplan su actividad laboral²¹.

Personas con cargas familiares y jóvenes estudiantes

Las personas con cargas familiares, generalmente mujeres, es sólo un ejemplo de los colectivos que desde un primer momento y comprobando las pocas posibilidades de encontrar un empleo que se adapte a sus necesi-

dades desisten de buscarlo, marginándose del colectivo de personas que oficialmente busca trabajo. En países como Holanda se han experimentado con éxito nuevas modalidades de trabajo a tiempo parcial para ayudar a incorporar al mercado de trabajo a éstos colectivos con dificultades para acceder a un puesto de trabajo a tiempo completo y que representan en dicho país un 30% de sus trabajadores.

Los jóvenes estudiantes que desean compatibilizar sus estudios con una actividad laboral, que les ayude a costear su formación, son otro grupo a los que la modalidad de trabajo a tiempo parcial puede ser de gran utilidad. No obstante, y como analizaremos más adelante, hay que valorar los efectos negativos que dicha modalidad de trabajo pudiera tener, antes de proponerla como solución idónea.

Economía sumergida

Los trabajadores encuadrados en la denominada economía sumergida son otro de los grupos que aumentan en los períodos con un exceso de mano de obra y aunque realmente no puede encuadrarse entre los grupos sin empleo, oficialmente no son trabajadores en activo. Es evidente que los trabajadores integrados en éste co-

lectivo renuncian a todos los derechos laborales, incluyendo los de disponer de medidas que actúen frente a los riesgos laborales, por lo que se puede presumir que sus condiciones de trabajo son peores a las de cualquier empresa legalizada.

Analizando el porcentaje de personas que se engloban en todos estos colectivos vemos que superan al de trabajadores en activo.

Es por ello que en la sociedad actual en la que es difícil encontrar un primer empleo y aún más difícil reintegrarse al mundo laboral tras un despido, los riesgos asociados al trabajo se relativizan y pierde fuerza el reivindicar individualmente el derecho a trabajar sin riesgo a perder la salud.

NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO Y SALUD

El trabajo nocturno o a turnos son unas modalidades de trabajo en los que se ha estudiado ampliamente los efectos para la salud^{22, 23}. Una de las consecuencias es que han sido catalogados como un trabajo poco apropiado para las trabajadoras embarazadas o los menores de edad. De igual forma deberían iniciarse estudios epidemiológicos que valorarán las nuevas modalidades de trabajo y sus efectos en la salud.

Trabajo a domicilio: el teletrabajo

El trabajo a domicilio, o en casa, es una de las formas tradicionales de la economía sumergida, abarcando a grandes porcentajes de los trabajadores encuadrados dentro de algunos sectores laborales como los del calzado, textil o cuero; y previéndose entre las nuevas modalidades de trabajo que presumiblemente se potenciarán en un futuro próximo²⁴.

El trabajo a distancia utiliza las tecnologías de la información y comunicación para permitir el contacto entre la empresa y sus trabajadores, que suelen estar ubicados en su domicilio particular, denominándose trabajo electrónico a domicilio o teletrabajo; aunque también pueden estar en su automóvil, denominándose en dicha situación trabajo móvil.

Se ha estimado que a principios de 1996 existían 100.000 españoles que trabajaban como autoempleados en la modalidad de teletrabajo y que dicho número se multiplicará por 10 en el año 2000. Entre las profesiones más idóneas para adquirir dicho tipo de empleo se encuentran los profesionales de la banca, seguros, editoriales, traductores, programadores, telecomunicaciones, docencia y servicios en general.

A pesar del coste inicial para adquirir los equipos de comunicación o los asociados a la organización y supervisión, cuenta con grandes ventajas para la empresa, entre las que se puede señalar una mayor productividad, la descentralización y movilidad o el ahorro económico en alquiler de locales, materiales, seguridad o protección social. El trabajador también tiene ventajas por cuanto dispone de una mayor autonomía, flexibilidad

horaria que le permite compatibilizar con otras actividades o ahorrarse el desplazamiento al trabajo. Se han ensayado, con éxito, programas en las que mediante ésta modalidad de empleo se incorporaba al mercado laboral a personas con minusvalía o residentes en zonas rurales aisladas²⁵.

No obstante y tras esas ventajas aparentes se encuentran otra serie de peligros que ahora se están poniendo de manifiesto. El aislamiento del trabajador o las dificultades para la protección social y defensa de sus intereses son sólo algunos de los problemas que favorecen la explotación del colectivo.

Entre las medidas propuestas se encuentran la conveniencia de realizar un período preliminar de formación en la empresa matriz, orientar la actividad hacia los resultados y no al número de horas trabajadas o proporcionar posibilidades de promoción dentro de la empresa y, en cuanto al lugar de trabajo, separar claramente dentro del domicilio la zona de trabajo, que debe estar situado cerca de la entrada, del resto de la casa, al objeto de crear una barrera física y psicológica entre el hogar y el trabajo²⁶.

Es otra forma de romper con el prototipo de empresa tradicional y en la que tendrá un mayor valor la cultura preventiva que se les transmita mediante los medios de comunicación, incluido la misma red que utiliza para su trabajo, dado que las medidas legislativas parecen menos efectivas por cuanto la mayoría de estos trabajadores tendrán la condición de autónomos.

El trabajo a tiempo parcial

El trabajo a tiempo parcial es defendido por servir para crear empleo, incorporar a colectivos especiales, como las personas con cargas familiares, cercanos a la edad de jubilación o estudiantes, y compatibilizar las necesidades e intereses de empresarios y trabajadores. Por el contrario, es condenado por cuanto representa una amenaza a los trabajos a jornada completa, precarizando el empleo, y una forma de discriminación de la mujer trabajadora²⁷.

Los efectos para la salud y, por tanto, el que pueda ser considerado una solución idónea, va a depender de factores tales como: si la elección del trabajo a tiempo parcial se hace por voluntad y no por la poca disponibilidad de empleos a jornada completa, de que la remuneración sea proporcional a las horas que se trabajan en

igualdad de condiciones que a tiempo completo, con los mismos derechos sociales y laborales, y si es posible volver a la jornada completa tras optar por la jornada parcial. En caso contrario estaríamos hablando de trabajo en precario, con los problemas de salud inherentes a ello.

NUEVO MARCO NORMATIVO

La incorporación a la Unión Europea, al igual que ha ocurrido en otros temas, nos ha obligado a modificar nuestro marco normativo sobre la seguridad y salud en los lugares de trabajo, incorporando unos requisitos mínimos equiparables al del resto de países de la UE. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, de noviembre de 1995, y su posterior desarrollo, suponen el principio de una nueva forma de abordar los riesgos en el trabajo²⁸.

Los cambios a realizar más significativos se pueden resumir en que:

a) En primer lugar, como indica el nombre de la Ley, el objetivo principal es el de prevenir los riesgos, actuando sobre el origen de estos, frente a la normativa antigua basada en la indemnización de los lesionados por un accidente o una enfermedad.

b) En segundo lugar, todos los puestos de trabajo, en todos los sectores productivos, deben ser evaluados para conocer los riesgos a los que están expuestos los trabajadores; con posterioridad los trabajadores tienen derecho, con carácter voluntario, a realizarse un examen de salud específico y en función a los riesgos encontrados.

c) En tercer lugar, la nueva normativa no hace distinciones, como hasta ahora, entre los derechos de los trabajadores con contrato laboral y los funcionarios o estatutarios. De igual forma, contempla de forma específica a colectivos como las trabajadoras embarazadas o los menores.

d). En cuarto lugar, se crea la figura del Delegado de Prevención, reforzando la participación de los trabajadores al exigir una dedicación y formación específica de los representantes de los trabajadores dedicados a la prevención.

e) En quinto lugar, se transforman los servicios médicos en las empresas, con actividades esencialmente asistenciales, en servicios de prevención integrados por grupos interdisciplinarios de profesionales (médicos, ingenieros, químicos, etc.) y con unas actividades esencialmente preventivas.

f) Por último, potencia la formación, no sólo en el ámbito de la empresa sino fomentando la introducción de la cultura preventiva en todos los niveles educativos, empezando por la escuela y terminando en la universidad.

CALIDAD Y SALUD

Para alcanzar la calidad de un producto o servicio es obligatorio que todas y cada una de las etapas de producción, desde el diseño del producto hasta la comercialización del mismo, posean el mismo nivel de calidad. Los trabajadores son usuarios directos de los procesos productivos, por lo que es difícil alcanzar la calidad de estos sin calidad en la vida laboral, como subsistema de la calidad total.

Es a la hora de plantearnos como obtener productos de una mayor calidad cuando vemos la necesidad de disponer de trabajadores bien formados y con un buen nivel de salud, observando como la salud no sólo es un derecho sino un valor cuantificable dentro del sistema productivo²⁹.

PAPEL DE LOS AGENTES SOCIALES

La ausencia de cultura preventiva dificultan que la mayoría de los empresarios, ubicados en pequeñas y medianas empresas, actúen por propia iniciativa y que lo hagan exclusivamente por el miedo a ser multados por la Administración Laboral. Las grandes empresas españolas son las primeras en comprender que nuestra incorporación al mercado europeo nos exige una inversión que garantice la seguridad en los productos que se fabrican y la salud de los trabajadores³⁰.

De igual forma, la incultura preventiva de muchos representantes de los trabajadores les ha llevado en un gran número de casos a utilizar las inversiones en prevención como moneda de cambio para conseguir incrementos salariales, rompiendo con el principio de que la salud no se vende. Prueba de ello es que todavía se reivindica un plus de peligrosidad que debería estar destee-

rado, salvo en contadísimas ocasiones, exigiendo que dicho dinero se invierta en eliminar o reducir los riesgos.

Los trabajadores deben valorar la obtención de salarios de calidad, por cuanto los complementos por aceptar unas condiciones inseguras o insanas son propios de países del tercer mundo en los que la salud o la vida valen muy poco y el cambiar dinero por salud está condicionado por la necesidad e incultura de los trabajadores de dichos países.

La participación de los trabajadores es fundamental en la prevención de los riesgos, dado que no sólo es un derecho, sino algo necesario y eficaz. No obstante, la creciente flexibilidad y precariedad en el trabajo dificultan dicha participación³¹.

PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN

Con independencia de que la actual normativa deja claro que el empresario es el responsable de la prevención en la empresa, la Administración debe garantizar el derecho a la salud en el trabajo, recogido en el artículo 40.1 de la Constitución. La Administración Laboral debe actuar en su función de inspección y asesoramiento de los centros de trabajo, la Administración Sanitaria asesorando en temas sanitarios y complementando las actividades que realizan los Servicios de Prevención en las empresas, dado que en numerosas ocasiones -trabajadores en paro, autónomos, empleadas de hogar, etc.- no será posible desarrollar actividades preventivas en el lugar de trabajo³².

Un indicador del grado de sensibilidad de la Administración para desarrollar la normativa de prevención de riesgos laborales lo tendremos en la medida en que

establezca unos buenos servicios de prevención que ve-
len por la salud de los trabajadores de organismos y em-
presas públicas, asumiendo su papel ejemplarizador
como mayor empresa del país.

La Administración también tiene la obligación de fo-
mentar estudios epidemiológicos que analicen los efec-
tos en salud de las nuevas modalidades de trabajo y co-
lectivos pasivos.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Hemos visto en éstos últimos años un cambio significativo con respecto a la preocupación por una mejora del medio ambiente, acercándonos a los países europeos con un mayor nivel cultural. Por el contrario, en otras facetas como la prevención de riesgos en el trabajo o el respeto por los animales estamos a gran distancia.


La Organización Mundial de la Salud en el año 1985 señalaba al desempleo como la principal catástrofe epidemiológica para muchas sociedades³³. Ese mismo año la OMS también planteó que una de las metas a alcanzar en el año 2000 es la de que “todos los ciudadanos alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”, introduciendo una nueva dimensión del concepto de salud, la equidad³⁴.

Si admitimos que la ausencia de trabajo o los riesgos presentes en el trabajo son un factor de desigualdad ante la salud el mantener la situación actual corrobora que alcanzar la igualdad no se encuentra entre nuestras metas más prioritarias.

Queda poco tiempo para que podamos cumplir con ésta meta, pero si pusiéramos el mismo esfuerzo que estamos poniendo para cumplir con los objetivos marcados para integrarnos en la moneda única europea seguramente no nos parecería tan utópico el alcanzarlo. La diferencia de prioridad entre ambas metas se basa en el valor que damos a la salud frente a la moneda única.

Los legisladores y agentes sociales deben requerir el asesoramiento de profesionales de la salud pública para que antes de que se adopten decisiones económicas y sociolaborales se valoren las consecuencias para la salud en los colectivos implicados directa o indirectamente.

Paradójicamente la aparición de la nueva Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha coincidido con un rebrote importante de la siniestralidad laboral, confirmando que la legislación por sí mismo no garantiza un cambio de la situación y que los efectos de los pro-



gramas necesitan un cierto tiempo para ver sus resultados. No obstante, debemos ser optimistas y pensar que en un futuro rentabilizaremos la inversión educativa iniciada, dado que al aumentar el valor que damos a la salud, al igual que ocurre en los países europeos más desarrollados, obligará a la Administración a cumplir y hacer cumplir con la normativa.


Muchas gracias a todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hunter D. Enfermedades laborales. Barcelona: JIMS, 1985.
2. Ramazzini B. Tratado de las enfermedades de los artesanos (Reedición traducida del tratado editado en 1700). Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.
3. Ruiz-Frutos C, Asua J, Fernández A. Epidemiología laboral. En: Benavides FG, Ruiz-Frutos C, García A (eds). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson, 1997.
4. Del Barrio A. Influencia de las condiciones de trabajo sobre la patología lumbar en una empresa química de Huelva. [Proyecto Final de Master]. Sevilla: II Master en Salud Laboral y Condiciones de Trabajo. Universidad de Sevilla, 1997.
5. Real Decreto 487/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores (BOE: 23-4-97).

6. Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización (BOE: 23-4-97).
7. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *AJPH* 1981; 71: 694-705.
8. Moncada S, Artazcoz L. Organización del trabajo. En: Benavides FG, Ruiz-Frutos C. García A. (eds.). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, 1997.
9. World Health Organization. *Concern for Europe's tomorrow: health and the environment in the WHO European Region*. Stuttgart: WHO European Centre for Environment and Health, 1995.
10. Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos (BOE: 24-5-97).
11. Real Decreto 665/1997 de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo (BOE: 24-5-97).
12. Comisionado para la Droga de la Consejería de Trabajo y AASS. Junta de Andalucía y Servicio de Salud Laboral de la Universidad de Sevilla. *Las drogas y el trabajo (cinta de video)*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995.

13. Sheila P, Nossent S, de Groot B, Verboon F. European working environment in figures. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1996.
14. Subsecretaría de Trabajo y Seguridad Social. Anuario de Estadísticas Laborales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1994.
15. Benavides FG. Las funciones de la Administración Sanitaria en Salud Laboral. Gac Sanit 1997; 11: 153-156.
16. Mira M. Absentismo laboral. En: Benavides FG, Ruiz-Frutos C, García A. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson, 1997.
17. Wynne R. A manual for developing training for workplace health promotion. With contributions from the users' network. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.
18. Del Llano J, San Martín R, Espinosa L, Costa M, Ruiz M. Desempleo y salud. Revisión de la literatura y análisis crítico de los diferentes diseños de investigación utilizados. Revisión de Salud Pública 1993; 3: 215-242.
19. Del Llano J, Aracil E, Del Llano M, González JL, Fernández F, Román B, Esquivias M. Una enfermedad llamada paro: la trastienda del desempleo de larga duración. Gac Sanit 1996; 10: 73-80.

- 
20. Banks MH. En: Bergere J, Alvaro JL. Desempleo, salud, trabajo e ideología política. XI Congreso Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo (1-4 diciembre de 1987). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 1992; (Tomo II): 197- 203.
 21. Ruiz-Frutos C. Paro: problema de salud pública. En: XI Congreso Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1992 (Tomo II): 205- 208.
 22. Nogareda S. (Coordinadora). Ergonomía. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1994.
 23. Gabinete de Salud Laboral CCOO-PV. Guía Sindical de Salud Laboral nº 15. Turnicidad /nocturnidad. Valencia: Gabinete de Salud Laboral de CCOO-PV, 1993.
 24. Oficina Internacional del Trabajo. Trabajo a domicilio. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Serie Condiciones de trabajo nº3), 1992.
 25. Oficina Internacional de Trabajo. Trabajo a distancia. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Serie Condiciones de trabajo nº4), 1992.
 26. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. El teletrabajo: la nueva revolución silenciosa (Editorial). Erga Noticias 1996: 43.

27. Oficina Internacional del Trabajo. Trabajo a tiempo parcial. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Serie Condiciones de trabajo nº2), 1991.
28. Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE: 10-11-95).
29. Bestraten M, Nogareda C. (Coordinadores). Evaluación de las condiciones de trabajo en pequeñas y medianas empresas. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1994.
30. European Conference on Costs & Benefits of Occupational & Health (Abstracts). The Hague: Dutch Ministry of Social Affairs and Employment, 1997.
31. Boix P, Voguel L. Participación de los trabajadores. En: Benavides FG, Ruiz-Frutos C, García A. (eds). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson, 1997.
32. García M. La salud laboral y las administraciones sanitarias. Cuadernos de Relaciones Laborales 1995; 7: 95- 109.
33. World Health Organization. Vulnerability among long-term unemployed: longitudinal approaches. Copenhagen: WHO, 1985.
34. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de salud para todos en el año 2000. Copenhagen: OMS, 1985.

INDICE

PREÁMBULO	7
INTRODUCCIÓN	9
EL TRABAJO COMO GENERADOR DE ENFERMEDADES	13
<i>Patologías más frecuentes</i>	13
<i>Patologías asociadas al subempleo</i>	18
INDICADORES DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DEL TRABAJO PARA LA SALUD	
<i>Siniestralidad laboral</i>	19
<i>Absentismo</i>	20
EFFECTOS PARA LA SALUD DE LA AUSENCIA DE TRABAJO	23
<i>Desempleo</i>	23
<i>Jubilación anticipada</i>	26
<i>Personas con cargas familiares y jóvenes estudiantes</i>	27
<i>Economía sumergida</i>	28

NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO Y SALUD	31
<i>Trabajo a domicilio: el teletrabajo</i>	31
<i>Trabajo a tiempo parcial</i>	34
NUEVO MARCO NORMATIVO	37
CALIDAD Y SALUD	41
PAPEL DE LOS AGENTES SOCIALES	43
PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN	45
<u>PERSPECTIVAS DE FUTURO</u>	47
BIBLIOGRAFÍA	51

SE ACABÓ DE
ESTA LECCIÓN INAUGURAL DEL
EN LOS TALLERES DE
CON EL
TRABAJO Y SALUD: HACIA UNA
EL DÍA 24 DE
DE
FESTIVIDAD DE NTRA.

ESTAMPAR
CURSO ACADÉMICO 1997-98
IMPRESA BELTRÁN S. L.
TÍTULO
NUEVA CULTURA PREVENTIVA
SEPTIEMBRE
1997
SRA. DE LA MERCED

UNIVERSIDAD DE HUELVA
BIBLIOTECA



0000030896



Universidad
de Huelva