

SUMARIO

ANÁLISIS - OPINIÓN

ESENER-2, LA ENCUESTA SOBRE LOS RIESGOS NUEVOS Y EMERGENTES EN LAS EMPRESAS EUROPEAS.

SÍNTESIS GLOBAL DE RESULTADOS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



ESENER-2, la encuesta sobre los riesgos nuevos y emergentes en las empresas europeas. Síntesis global de resultados.

En el presente artículo procedemos a realizar una exposición de la síntesis de resultados globales derivados de la Encuesta europea ESENER-2 sobre riesgos nuevos y emergentes.

Encuesta con la que estamos en franco desacuerdo en lo que atañe a la metodología utilizada, y que desgraciadamente consideramos influye notablemente en la fiabilidad o margen de error de sus resultados.

INFORMACIÓN

AÚN SIN EVALUACIÓN DE RIESGOS?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

DOCUMENTO - ANÁLISIS

LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO:

DETERMINANTES SOCIALES

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



TABLÓN DE ANUNCIOS

EDITA:

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

Por una parte, el hecho de seleccionar a las personas encuestadas entre aquellas que "supuestamente" son las que más conocimiento tienen en la empresa en esta materia, con el evidente sesgo -difícilmente corregible- que este sistema de selección puede acarrear, consecuencia de la orientación natural de las empresas a designar personas de "confianza" identificadas con la dirección, en el ánimo de preservar dentro de lo posible la imagen pública de las mismas en esta materia, y por otra, la inexistencia de un sistema de verificación o comprobación que permita corroborar la pertinencia y exactitud de la información y datos aportados. Cuestiones estas nada baladíes, que finalizan a nuestro entender por poner en seria cuestión la correspondencia de los resultados obtenidos con la auténtica realidad preventiva de las empresas europeas; especialmente en lo que atañe a las empresas españolas y a las empresas gallegas de las que tenemos un más directo y exhaustivo conocimiento.

Desconfianza esta fundamentada no sólo en una metodología "inopinadamente" inadecuada, por su poco rigor y exigua fiabilidad en la obtención de los datos, sino también por el hecho constatable de encontrarnos delante de una todopoderosa Comisión Europea, de mayoría conservadora y marcada ideología neoliberal que, aparte de promover la reducción y eliminación sistemática de derechos, libertades y bienestar social del conjunto de la población en favor de los grandes poderes económicos, tuvo a bien contribuir significativamente a un grave deterioro de la situación preventiva y de salud laboral en el conjunto de las empresas europeas.

El forzado retraso de prácticamente dos años, en la puesta en marcha de la nueva Estrategia Europea de Seguridad y Salud Laboral, o la sistemática connivencia con los lobbys de todo pelaje y condición, favoreciendo y protegiendo los intereses económicos de las multinacionales y transnacionales frente al principio de precaución y la preservación del derecho a la salud de los/as trabajadores/as europeos/as, no fue, no es, ni está siendo una casualidad. Los conflictos y discrepancias entre el Parlamento Europeo y la Comisión Europea en estas importantes cuestiones son constantes y evidentes, provocando que muchos países tengan que tomar iniciativas propias de carácter nacional, con motivo de preservar y garantizar la salud de su población, frente a una Comisión Europea empeñada en proteger a los grandes poderes económicos, por encima de todas las cosas y situaciones.

Metodología

ESENER-2 es la segunda encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes realizada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA).

Efectuada en verano/otoño del año 2014, a través de la misma se encuestaron en 36 países europeos, un total de 49.320 empresas de todos los sectores productivos con cinco o más empleados/as. Los países fueron los que conforman la Europa de los Veintiocho (EU-28), más Albania, Islandia, Montenegro, la antigua República Yugoslava de Macedonia, Serbia, Turquía, Noruega y Suiza.

Los datos se recopilaron mediante el sistema de encuesta telefónica asistida por ordenador (CATI).

Se procedió a estudiar en detalle cuatro ámbitos de la seguridad y la salud en el trabajo (SST), a través de entrevistas realizadas a personas de cada empresa, que se consideraba que eran las que “más sabían” en esta materia:

- a) El enfoque general de la empresa en la gestión de la SST.
- b) Como se aborda el aspecto «emergente» de los riesgos psicosociales.

- c) Los principales factores impulsores y obstáculos para la gestión de la SST.
- d) Como se aplica en la práctica la participación de los/as trabajadores/as en la gestión de la SST.

LA GESTIÓN DE LA SST

La seguridad y la salud en el trabajo (SST) es una materia multidisciplinar que engloba todo lo referente a la protección de la seguridad, la salud y el bienestar de las personas que efectúan un trabajo. La naturaleza cada vez más compleja de los procesos de trabajo y los cambios en las condiciones de trabajo provocan la aparición de nuevos tipos de riesgos, así como la evolución de los riesgos existentes. Por eso, la SST necesita un enfoque nuevo y sistemático. Se requieren soluciones que permitan a los/as empresarios/as integrar los principios de seguridad y salud en todos los niveles operativos y en todos los tipos de actividad, a fin de concretarlos en medidas apropiadas y de carácter permanente.

Riesgos Laborales

En el actual contexto de cambio económico y social, el sector servicios está experimentando un crecimiento continuo ganando cada vez más peso en el conjunto de la economía de los distintos países de la UE. Los factores de riesgo que son identificados con mayor frecuencia en las empresas de este sector (58%), son los **conflictos relacionales** como consecuencia del trato o las prestaciones realizadas a clientes, alumnos/as y/o pacientes, seguidos de las posturas forzadas y los **movimientos repetitivos** de manos y brazos (52%).

Los **factores de riesgo que derivan en trastornos musculoesqueléticos (TME)** son comunes en todas las actividades y sectores productivos y presentan un alto nivel de incidencia.

El **riesgo de accidentes con maquinaria o herramientas manuales** es el factor de riesgo más frecuente en las empresas de construcción, de gestión de residuos y de suministro de agua y electricidad (82 % de las empresas del sector en la Europa de los Veintiocho), y en la agricultura, la silvicultura y la pesca (78 %), y la industria manufacturera (77 %).

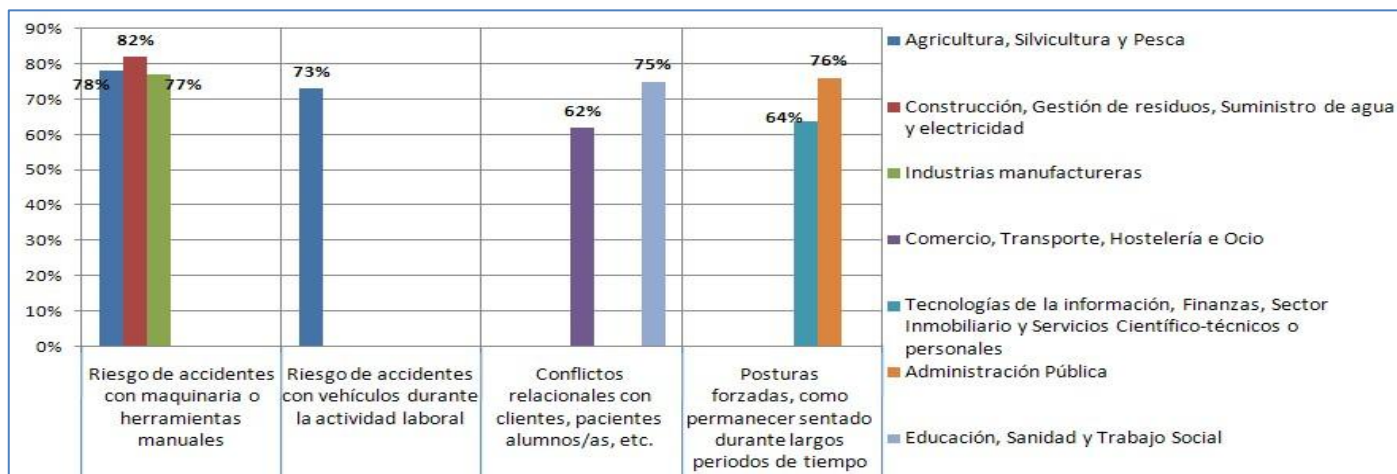
Los dos factores de riesgo registrados con mayor frecuencia en las empresas, por sectores (porcentaje de empresas, EU-28)

SECTOR	PRIMER FACTOR	SEGUNDO FACTOR
Agricultura, Silvicultura y Pesca.	Riesgo de accidentes con maquinaria o herramientas manuales (78 %).	Riesgo de accidentes con vehículos durante la actividad laboral (73 %).
Construcción, Gestión de residuos, Suministro de agua y electricidad.	Riesgo de accidentes con maquinaria o herramientas manuales (82 %).	Elevación o desplazamiento de personas o cargas pesadas (71 %).
Industrias manufactureras.	Riesgo de accidentes con maquinaria o herramientas manuales (77 %).	Movimientos repetitivos de mano y brazo (58 %).
Comercio, Transporte, Hostelería y Ocio	Conflictos relacionales con clientes, pacientes, alumnos/as, etc. (62 %).	Movimientos repetitivos de manos y brazos (49 %)
Tecnologías de la información, Finanzas, Sector Inmobiliario y Servicios Científico-técnicos o personales.	Posturas forzadas, como permanecer sentado durante largos periodos de tiempo (64 %)	Conflictos relacionales con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (56 %)
Administración Pública	Posturas forzadas, como permanecer sentado durante largos periodos de tiempo (76 %)	Conflictos relacionales con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (68 %)
Educación, Sanidad y Trabajo Social	Conflictos relacionales con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (75 %)	Posturas forzadas, como permanecer sentado durante largos periodos de tiempo (61 %)

Los **conflictos relacionales** con clientes, alumnos/as, pacientes, etc., son el factor de riesgo más común en la educación, la sanidad y el trabajo social (75 %), así como en el comercio, el transporte, la hostelería y el ocio (62 %). Al igual que todos los demás factores de riesgo psicosocial, son los que se observan con mayor frecuencia en la Administración Pública y en el sector de los servicios.

Las **posturas forzadas**, como permanecer sentado durante largos periodos de tiempo, son los principales factores de

riesgo en la Administración Pública (76 %) y en los sectores de la tecnología de la información, las finanzas, el sector inmobiliario y otros servicios científico-técnicos o personales (64 %). Cabe señalar que, como es también el caso de los movimientos repetitivos de mano y brazo, se registran con frecuencia en empresas de todos los sectores, lo que confirma que los factores de riesgo de trastorno musculoesquelético (TME) son comunes en todas las actividades.



Factores de Riesgo por Sectores

Si se analizan por factores de riesgo, los sectores que encabezan la lista, la agricultura, la silvicultura y la pesca registran las cifras más altas de cinco factores de riesgo: calor, frío o falta de agua (65 % de empresas del sector, en la Europa de los Veintiocho); sustancias químicas o biológicas (63 %); movi-

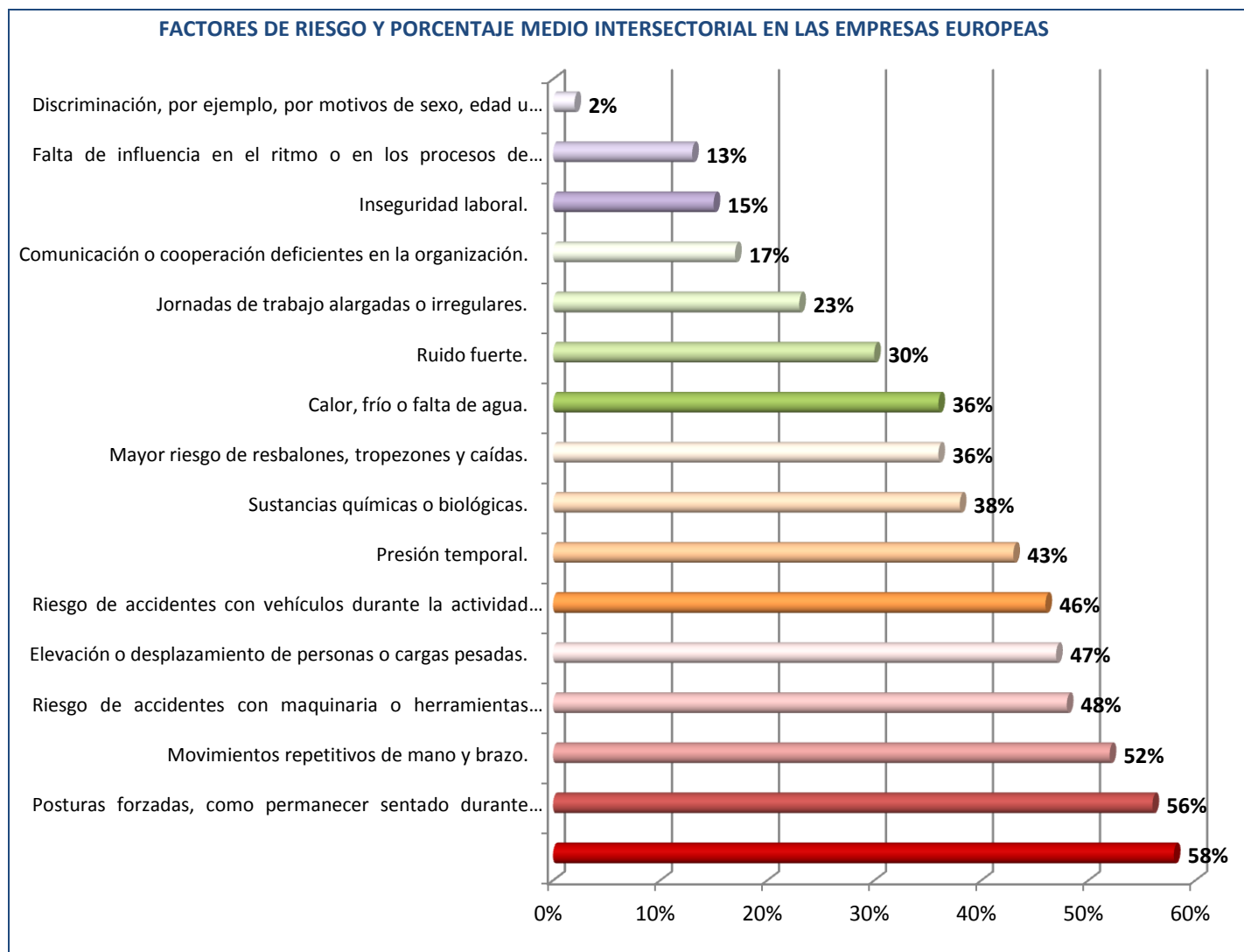
mientos repetitivos de mano y brazo (63 %); jornadas de trabajo prolongadas o irregulares (35 %); y los riesgos de accidentes con vehículos durante la actividad laboral anteriormente mencionados (73 %). Estos resultados ponen de relieve las importantes exigencias físicas del trabajo en estos sectores.

Factores de riesgo y sector en el que se observan con mayor frecuencia (porcentaje de empresas, EU-28)

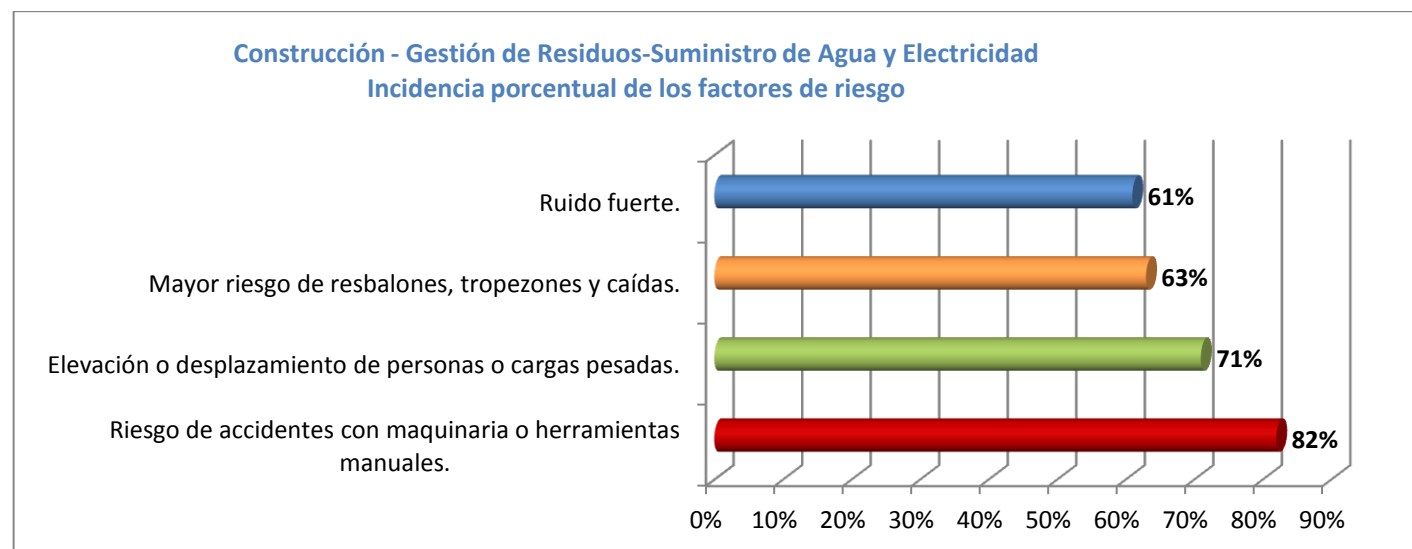
FACTOR DE RIESGO (porcentaje de empresas de la EU-28 en todos los sectores)	SECTOR EN EL QUE SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA (porcentaje de empresas de la EU-28 en el sector)
Conflictos relacionales con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (58 %)	Educación, Sanidad y Trabajo Social (75 %)
Posturas forzadas, como permanecer sentado durante largos periodos de tiempo (56 %)	Administración Pública (76 %)
Movimientos repetitivos de mano y brazo (52 %)	Agricultura, Silvicultura y Pesca (63 %)
Riesgo de accidentes con maquinaria o herramientas manuales (48 %)	Construcción, Gestión de Residuos, Suministro de Agua y Electricidad (82 %)
Elevación o desplazamiento de personas o cargas pesadas (47 %)	Construcción, Gestión de residuos, Suministro de Agua y Electricidad (71 %)
Riesgo de accidentes con vehículos durante la actividad laboral (46 %)	Agricultura, Silvicultura y Pesca (73 %)
Presión temporal (43 %)	Educación, Sanidad y Trabajo Social (50 %)
Sustancias químicas o biológicas (38 %)	Agricultura, Silvicultura y Pesca (63 %)
Mayor riesgo de resbalones, tropezones y caídas (36 %)	Construcción, Gestión de Residuos, Suministro de Agua y Electricidad (63 %)
Calor, frío o falta de agua (36 %)	Agricultura, Silvicultura y Pesca (65 %)
Ruido fuerte (30 %)	Construcción, Gestión de Residuos, Suministro de Agua y Electricidad (61 %)
Jornadas de trabajo alargadas o irregulares (23 %)	Agricultura, Silvicultura y Pesca (35 %)
Comunicación o cooperación deficientes en la organización (17 %)	Administración Pública (26 %)
Inseguridad laboral (15 %)	Administración Pública, Educación, Sanidad y Trabajo Social (19 %)
Falta de influencia en el ritmo o en los procesos de trabajo por parte del trabajador/a (13 %)	Administración Pública (18 %)
Discriminación, por ejemplo, por motivos de sexo, edad u origen étnico (2 %)	Educación, Sanidad y Trabajo Social (4 %)

Los sectores de la construcción, la gestión de residuos y el suministro de agua y electricidad encabezan la clasificación de **riesgo de accidentes con maquinaria o herramientas manuales** (82 %); elevación o desplazamiento de personas o cargas pesadas (71 %); un mayor riesgo de resbalones,

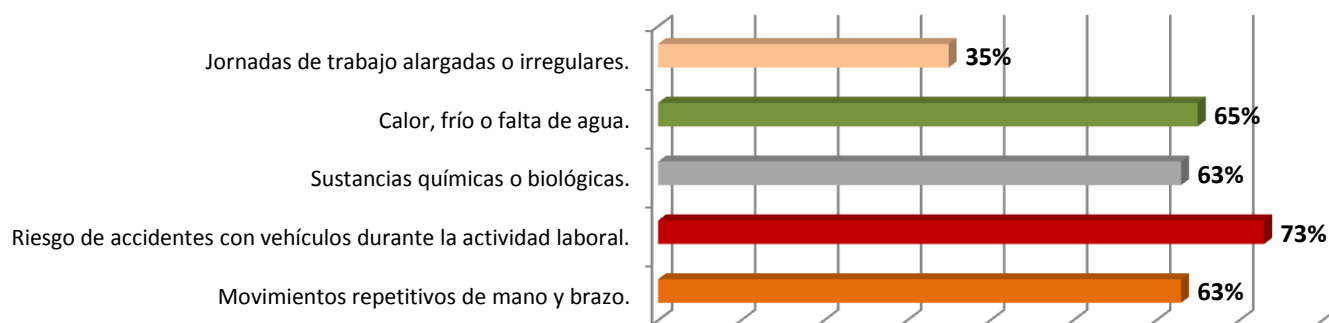
tropiezos y caídas (63 %) y ruido elevado (61 %). La Administración Pública y la Educación, la Sanidad y el Trabajo Social van a la cabeza en los siete factores de riesgo restantes.



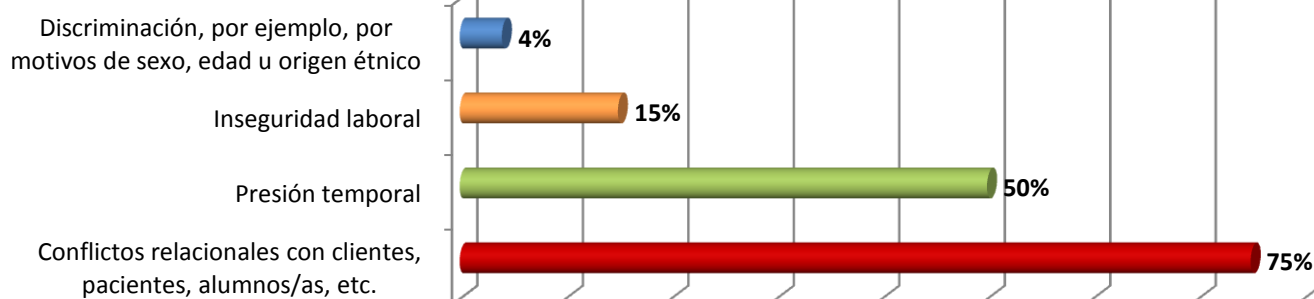
El factor de riesgo observado con menor frecuencia en todos los sectores es la discriminación.



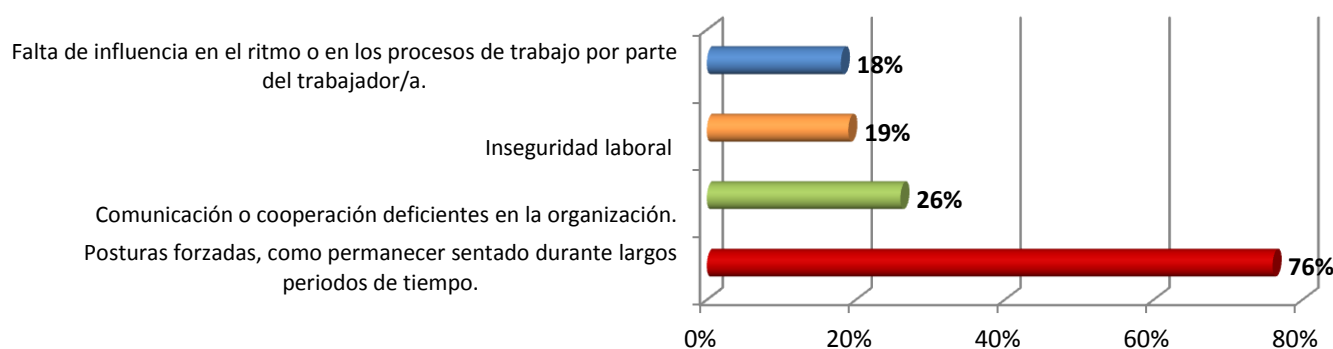
Agricultura - Silvicultura - Pesca Incidencia porcentual de los factores de riesgo



Educación - Sanidad - Trabajo Social Incidencia porcentual de los factores de riesgo



Administración Pública Incidencia porcentual de los factores de riesgo



Evaluación del riesgo

La realización de comprobaciones periódicas de la seguridad y la salud laboral en los lugares de trabajo en el marco de las evaluaciones de riesgos, son un elemento fundamental del enfoque europeo para la SST (Directiva 89/391/CEE).

El 76% de las empresas europeas afirman realizar **evaluaciones de riesgos periódicas**; de las cuales el 69% corresponden a empresas entre 5 y 9 trabajadores/as, y el 96% a empresas de más de 250 trabajadores/as.

Las diferencias resultantes entre los distintos países en relación a la **proporción de empresas que realizan la evaluación de riesgos con medios propios** o con servicios de prevención ajenos (SPA), son considerables y altamente significativas. Así, mientras Dinamarca (76%), Reino Unido (68%) y Suecia (66%), encabezan el ranking de los países cuyas empresas realizan las evaluaciones de riesgos a través de los servicios de prevención propios, en el otro extremo a la cola de dicho ranking se sitúan Eslovenia (7%), Croacia (9%) y España (11%).

Que sólo el 11% de empresas realicen las evaluaciones de riesgos con medios propios, sitúa claramente al **Estado Español en el grupo de los países europeos con un menor nivel de integración de la prevención en sus empresas**, factor altamente preocupante en términos de calidad, eficiencia y resultado de las políticas preventivas que en ellas se desenvuelven.

A pesar de la correlación existente que nos indica que las empresas de mayor tamaño, mayores posibilidades de encontrarnos con que estas realicen las evaluaciones de riesgos con medios propios; o que en principio, las evaluaciones de riesgos realizadas por SPA no tienen por que tener una menor calidad que las realizadas con medios propios, lo cierto y evidente es que **cuándo es el propio personal que trabaja y desarrolla las tareas productivas, el que se implica en la evaluación y control de los riesgos que directamente les afectan, los resultados son significativamente mejores**, tanto en términos de identificación de los riesgos, adecuación de las medidas adoptadas, implicación directa de los/as trabajadores/as en su propia prevención, y como consecuencia una mayor eficacia y eficiencia preventiva que en última instancia constituye el objetivo esencial de toda política de SST.

- Los **factores de riesgo evaluados con mayor frecuencia por las empresas europeas** fueron: a) La seguridad de la maquinaria, equipos e instalaciones con un 84%; b) posturas forzadas, exigencias físicas del trabajo y movimientos repetitivos con un 75%.
- En el marco de las nuevas tendencias de organización del trabajo, el 13% de las “empresas”, de las cuales el 40% corresponden a la Administración Pública, tienen empleados/as que trabajan en sus hogares, y de estos sólo en un **29% de los casos se realizó la evaluación de riesgos del lugar de trabajo cuando este es la vivienda del trabajador/a**.
- Sólo un 62% de las empresas reconocen tener incluido en las evaluaciones de riesgos a los **trabajadores/as subcontratados/as, autónomos/as o a aquellos/as procedentes de agencias de trabajo temporal**.
- El 90% de las **empresas que realizan evaluaciones periódicas de riesgos** consideran estas de gran utilidad para gestionar adecuadamente la seguridad y la salud laboral.
- Del conjunto de las **empresas (24%) que no realizan evaluaciones periódicas de riesgos**, el 83% alegan como motivo conocer los riesgos y los peligros inherentes a su actividad, y el 80% alega que no les afectan riesgos de importancia.

Gestión general de la seguridad y la salud en la empresa

- El 90% de las empresas europeas dicen poner la disposición de los/as trabajadores/as **documentación explicativa de las responsabilidades y los procedimientos en materia de seguridad y salud laboral**, no existiendo diferencias significativas entre sectores, mas sí entre países.

- Sólo un 41% de las empresas establecen un **presupuesto específico anual para la implementación de las políticas de seguridad y salud laboral**, aumentando este porcentaje cuanto mayor es la empresa y destacando por sectores en este capítulo la Administración Pública (63%).
- En el 61% de las empresas europeas sus **directivos/as debaten periódicamente cuestiones de seguridad y salud laboral**, aumentando esta proporción cuanto mayores son las empresas.
- El 73% de las empresas afirma **proporcionar formación en materia de gestión de la SST a sus mandos intermedios, jefes/as de equipo y personal con responsabilidades**, aumentando esta proporción cuanto mayores son las empresas.
- Los **servicios de prevención más utilizados por las empresas europeas** son: los/as médicos/as del trabajo en un 68% de los casos, los/as médicos/as generalistas del servicio de prevención en un 63%, y los/as Técnicos/as de prevención en un 52%.
- En relación a los riesgos psicosociales, **sólo en un 16% de las empresas europeas hacen uso de la figura del psicólogo/a**.
- En materia de **medidas para la promoción de la salud entre los/as trabajadores/as**, las empresas europeas aplican con mayor frecuencia las siguientes: en un 35% actuaciones para la prevención de adicciones; en un 29% información y sensibilización nutricional, y en un 28% promoción de la práctica deportiva fuera del horario de trabajo. Estas medidas se ejecutan con mayor frecuencia en los sectores de Enseñanza, Sanidad y Trabajo Social.
- En relación a las medidas de prevención relacionadas con TMEs, el 85% de las **empresas con riesgos de elevación o desplazamiento de cargas pesadas o personas**, dicen contar con equipaciones de ayuda para la realización de estas tareas pesadas; circunstancia esta más habitual en los sectores de la industria manufacturera, en la construcción, en el agropecuario y en la suministración de carácter industrial.

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU GESTIÓN

Los importantes cambios introducidos en el mundo del trabajo en relación a las tipologías de contratación, los ajustes salariales, la organización y gestión del trabajo, o la inseguridad laboral, están provocando la aparición de riesgos psicosociales emergentes que en muchos de los casos desembocan en un

mayor nivel de estrés y en un incremento del riesgo de grave deterioro de la salud física y mental de los/as trabajadores/as.

- Los dos factores de riesgo psicosocial observados con mayor frecuencia en las empresas europeas son: a) Con un 58% los conflictos relacionales con clientes, pacientes o alumnos/as, y b) La presión temporal para el desarrollo de las tareas y la resolución de las cargas de trabajo con un 43%. Ambos son los dos factores más prevalentes en el sector de la Enseñanza, la Sanidad, el Trabajo Social y la Administración Pública.

Gestión de los riesgos psicosociales

- Casi una de cada cinco empresas europeas afirman tener conflictos relacionales con clientes o sufrir presión temporal, manifestando carecer de los instrumentos e información suficiente para abordar con eficacia los riesgos psicosociales.
- Por sectores, las empresas que más observan una carencia de información y de instrumentos acomodados para abordar eficazmente los riesgos psicosociales son Administración Pública, Finanzas, Inmobiliario, Servicios científico-técnicos y personales, Enseñanza, Sanidad y Trabajo Social.

La encuesta ESENER-2 obtuvo información sobre la gestión que hacen las empresas europeas en materia de riesgos psicosociales fundamentalmente a través de dos preguntas: a) planes de acción y procedimientos utilizados para hacer frente al estrés, el acoso moral, el hostigamiento, las amenazas, los abusos y las agresiones, y b) las medidas específicas que han adoptado en los tres últimos años.

- El 33% de las empresas europeas con más de 20 trabajadores/as afirman contar con un plan de acción para prevenir el estrés laboral. Cifra que aumenta con el tamaño de la empresa y es más frecuente en los sectores de la Enseñanza, la Sanidad y el Trabajo Social.
- De las empresas con 20 o más trabajadores/as que declaran tener conflictos relacionales con clientes, alumnos/as y pacientes, el 55% afirman contar con un procedimiento para abordar este tipo de riesgo. Porcentaje que aumenta hasta el 72% en los sectores de la Enseñanza, la Sanidad y el Trabajo Social.
- Las medidas más frecuentes implementadas por las empresas europeas para el abordaje de los riesgos psicosociales son: a) La reorganización del trabajo para reducir las exigencias y presiones laborales (38%), y b) El asesoramiento confidencial a los trabajadores/as (36%).
- Sólo el 53% de las empresas europeas dice contar con información suficiente sobre cómo incluir los riesgos

psicosociales en la evaluación de riesgos, incrementándose este porcentaje cuanto mayor es la empresa.

FACTORES IMPULSORES Y OBSTÁCULOS

Los factores que impulsan e incluso determinan que las empresas se ocupen o no de la gestión de la SST y los riesgos psicosociales son variados: el cumplimiento de leyes y normativas, la comprensión de las ventajas comerciales o de los costes de la no prevención, la asunción de criterios de racionalidad, etc. A la vez podemos afirmar que existen determinados factores que actúan como importantes impulsores de la gestión de la SST y los riesgos psicosociales: el nivel de sensibilización y priorización, el compromiso de la dirección de la empresa o la participación de los/as trabajadores/as.

Factores Impulsores

- Para el 85% de las empresas europeas, el cumplimiento de las obligaciones jurídicas es el principal motivo para gestionar la SST.
- El segundo factor impulsor para gestionar la SST es el cumplimiento de las expectativas de los/as trabajadores/as o de sus representantes con un 79%.

Atrancos

- Las empresas europeas, especialmente las de menor tamaño, observan que las principales dificultades para la gestión de la seguridad y salud en el trabajo son la complejidad jurídica (40%) y la burocracia (29%), asociando a estas dificultades la falta de tiempo y personal, así como la falta de recursos económicos.

La constatación de la carencia de información así como de herramientas de prevención en materia de riesgos psicosociales, evidencia las dificultades para gestionar este tipo de factores, algunos de ellos muy presentes en las empresas, tales como los conflictos relacionales con pacientes, clientes y/o alumnos/as y la presión temporal.

- En el 30% de las empresas europeas, la reticencia a hablar de estas temáticas se muestra como la mayor dificultad para abordar los riesgos psicosociales, seguida de la falta de sensibilización del personal.

PARTICIPACIÓN DE LOS/AS TRABAJADORES/AS

La participación formal o institucional a través de organismos y representaciones oficiales de los/as trabajadores/as (comités de empresa, delegados/as sindicales, etc.) en concordancia con los marcos jurídicos de cada estado, cuando se combina con la participación informal (entendida esta como la implicación activa y no regulada de los/as trabajadores/as) en el marco del diálogo social, es indicativa de una buena calidad del trabajo en las empresas, así como de una mejor gestión de la SST y los riesgos psicosociales.

Consultas

De las empresas europeas que en los tres últimos años aplicaron **medidas preventivas en materia de prevención de riesgos psicosociales**, el **63%** indicaron que **los/as trabajadores/as participaron en la elaboración y aplicación de dichas medidas**; promedio sometido a una importante variabilidad según el país de origen de estas empresas.

- Según la encuesta ESENER-2, **en el 81% de las empresas los/as trabajadores/as participan en la elaboración y aplicación de las medidas derivadas de las evaluaciones de riesgos** realizadas en sus empresas.
- El 56% de las empresas, especialmente las de mayor tamaño, afirman **debatir y analizar cuestiones de seguridad y salud laboral con los/as representantes de los/as trabajadores/as** de una forma periódica. En las empresas de menor tamaño, un 41% de las mismas dicen debatir estas cuestiones sólo cuando surge un problema concreto; tendencia que se acentúa cuanto menor es la empresa.
- El 70% de las empresas europeas afirma que “prácticamente nunca” se producen **controversias en materia de SST**. Cuando estas se producen versan en un 56% de los casos sobre las medidas preventivas que deben adoptarse, y en un 45% sobre las inversiones en equipaciones.

Representación formal de los/as trabajadores/as

- Según la encuesta ESENER-2, sólo el 25% de las empresas, especialmente las de mayor tamaño, cuentan con un comité de empresa; produciéndose una gran variabi-

lidad entre los países nórdicos con el mayor porcentaje, y los países del este de Europa con un menor porcentaje.

Representación formal en materia de SST

- El **delegado/a de prevención** con un 58%, es la figura más presente en las empresas europeas, que se queda en un 21% cuando se trata de **Comités de Seguridad y Salud Laboral**, especialmente presente en las empresas de mayor tamaño.
- De las empresas europeas que tienen algún delegado/a de prevención, el 80% (sobre todo las de mayor tamaño) afirma facilitarles **formación en materia de SST dentro de la jornada laboral** para facilitarles el desempeño de sus funciones.

Los cambios económicos, sociales y tecnológicos están provocando a su vez cambios importantes y trascendentes en el mundo laboral y en los lugares de trabajo, con fuertes implicaciones entre otras en materia de riesgos laborales y por lo tanto en materia de seguridad y salud de los/as trabajadores/as. Así por ejemplo y **según se deriva de la encuesta ESENER-2, hoy por hoy los/as trabajadores/as con 55 años o más, representan más de un cuarto de la plantilla en el 21% de las empresas europeas**; proporción que sin duda se irá incrementando progresivamente en un corto lapso de tiempo; al mismo tiempo por ejemplo, el 13% de las empresas manifiestan que tienen trabajadores/as que trabajan desde su casa de manera regular. Estos nuevos contextos y situaciones laborales plantean nuevos desafíos que exigen la adopción de medidas que garanticen la seguridad y la salud en el trabajo.

PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA ESENER-2

Los factores de riesgo identificados con mayor frecuencia son: los conflictos relacionales con clientes, alumnos/as y pacientes (58%); las posturas forzadas o extenuantes (56%) y los movimientos repetitivos de manos y brazos (52%).
Los factores de riesgo psicosocial son considerados como los más difíciles de gestionar, al considerar las empresas que carecen de la información y los instrumentos adecuados para su abordaje.
La evaluación de riesgos se realiza periódicamente por el 76% de las empresas, existiendo una correlación positiva con el tamaño de la empresa.
Las evaluaciones de riesgo periódicas son consideradas de gran utilidad para gestionar la SST entre aquellas empresas que las realizan.
Las evaluaciones de riesgo realizadas con medios propios están sometidas a una gran variabilidad entre los distintos estados, situándose el estado español en los últimos lugares (11%).
Entre las empresas que no realizan evaluaciones periódicas de riesgos , el 83% alegan que ya <i>conocen los riesgos y los peligros</i> y el 80% que <i>no existen problemas importantes</i> .
El 90% de las empresas afirman disponer de un documento que explica las responsabilidades y procedimientos en materia de SST , especialmente en las más grandes.
En el 61% de las empresas europeas, los altos directivos debaten periódicamente cuestiones de SST .
El 73% de las empresas europeas afirman facilitar formación en materia de gestión de la SST a los jefes/as de equipo y personal con cargos de responsabilidad , aumentando la proporción con el tamaño de la empresa así como en los sectores con mayores riesgos asociados a su actividad.
Las razones que motivan a las empresas a gestionar la SST son: 1ª) El <i>cumplimiento de las obligaciones jurídicas</i> (85%); 2ª) El <i>cumplimiento de las expectativas de los/as trabajadores/as</i> o de sus representantes (79%).
La principal dificultad (30%) que manifiestan las empresas europeas para abordar los riesgos psicosociales es la reticencia existente para hablar abiertamente de estas cuestiones.
Sólo el 53% de las empresas europeas encuestadas dicen contar con información suficiente sobre como incluir los riesgos psicosociales en las evaluaciones de riesgos , variando más los resultados por tamaño de la empresa que por sector de procedencia.
En las empresas europeas los/as profesionales más utilizados de los servicios de prevención son: con un 68% los/as médicos/as del trabajo; con un 63% los/as médicos/as generalistas de los servicios de seguridad y salud laboral, y con un 52% los/as técnicos/as de prevención de riesgos laborales. En relación a los riesgos psicosociales, sólo el 16% de las empresas hacen uso de la figura del psicólogo/a.
En relación con la representación de los/as trabajadores/as , la figura más recurrida en las empresas con un 58% es la de los/as delegados/as de prevención.
De las empresas que aplicaron medidas para prevenir los riesgos psicosociales en los últimos tres años , el 63% de las mismas indican que los/as trabajadores/as participaron en la elaboración y aplicación de dichas medidas.

Aún sin evaluación de riesgos?

Según la encuesta ESENER-2, que se analiza en este número del boletín, un 76% de las empresas europeas afirman realizar evaluaciones de riesgos. Otro dato extraído de la misma encuesta: un 69% de las empresas que tienen entre 5 y 9 trabajadores/as tienen evaluación de riesgos por un 96% de las que tienen más de 250 trabajadores/as. Si consideremos que los datos son correctos, esto significa que un 34% de las empresas, sobre todo pequeñas y medianas, no tienen evaluación de riesgos...

La Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales, que lleva ya en vigor nada menos que 20 años, en su artículo 14 establece que los/as trabajadores/as tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo y que ese derecho supone un correlativo deber del empresario/a de protección de los/as trabajadores/as frente a los riesgos laborales. Ahondando en este deber de protección, la Ley indica que, en el marco de sus responsabilidades, el empresario/a realizará la prevención de riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de las medidas necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los/as trabajadores/as, entre las que se incluye la evaluación de riesgos.

La evaluación de riesgos constituye el núcleo de toda la actividad preventiva en la empresa, como así lo reconoce la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales en su artículo 16 en el que la define cómo “instrumento esencial para la aplicación del plan de prevención de riesgos”.

Debe ser considerada como un proceso **dinámico** que permite a las empresas y organizaciones adoptar una política activa de gestión de riesgos en el lugar de trabajo. Una evaluación de riesgos adecuada garantiza que en las actividades que se realizan en relación al puesto de trabajo se tengan en consideración los riesgos a los que están expuestos trabajadores/as, que se propongan y adopten medidas encaminadas a eliminar o minimizar los riesgos encontrados, que se compruebe la eficacia de las medidas de seguridad adoptadas, que se documenten los resultados y que se realicen las revisiones periódicas oportunas para asegurar la vigencia de la evaluación.

La evaluación permite **identificar** los riesgos existentes en cada puesto, así como **estimar la magnitud** de aquellos riesgos que no pudieron ser evitados, con el fin de **aportar información precisa** para que el empresario/a adopte las **medidas preventivas oportunas**.

Según el RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención, la evaluación de riesgos **deberá ser realizada** por personas competentes en la materia, es decir con la capacidad necesaria en función de la complejidad de la evaluación (ver Capítulo VI). En cualquier caso y siempre que se cuente con la formación exigida, podrán realizar la evaluación el propio/a empresario/a (en aquellas empresas de menos de 25 trabajadores/as cuya actividad no esté incluida en el Anexo I del RD 39/1997), trabajadores/as designados/as, el servicio de prevención propio o un servicio de prevención ajeno.

Existen muchos métodos para llevar a cabo una correcta evaluación de riesgos y para presentar los resultados obte-

nidos, aunque todos siguen una estructura de trabajo que abarca las fases de *preparación, ejecución, documentación y registro y control*.



En la fase de **preparación** se recabará información sobre la actividad o actividades que se van a evaluar, lo que permitirá a los/as técnicos/as decidir el enfoque y las pautas a seguir; la información obtenida contendrá datos sobre la empresa, actividad a la que se dedica, procesos que se realizan, condiciones y organización del trabajo, instalaciones, puestos de trabajo y personas que los ocupan, tareas por puesto, equipos, herramientas y productos empleados en el trabajo .

La fase de **ejecución** combina las actividades de identificación de peligros y de estimación del riesgo (para lo cual se sopesan tanto la probabilidad de que se materialice el peligro como las posibles consecuencias que tendría esa materialización); esta estimación o valoración de los riesgos se realizará según criterios objetivos definidos previamente y permitirá “medir” los riesgos derivados de la actividad de la empresa. La valoración de los riesgos resulta especialmente importante puesto que indicará la prioridad de las actuaciones que conduzcan a evitar o minimizar aquellos riesgos que no pudieron ser evitados. De manera habitual los riesgos se clasifican en tolerables, moderados, importantes e intolerables, aunque es posible encontrar en las evaluaciones de riesgos otras clasificaciones (numérica por ejemplo) igualmente válidas. En este punto, se procederá a la planificación de las medidas a implantar, priorizando estas en función de los resultados obtenidos en la evaluación, con el fin de eliminar o, en todo caso, reducir los riesgos encontrados.

Tan importante como identificar y evaluar los riesgos es establecer un plan de prioridades, que dependerá de los riesgos presentes en la empresa y de su valoración, en el que se especifique claramente las **tareas a realizar, responsables** de llevar a cabo las actuaciones precisas, **tiempo de ejecución** y **medios** (materiales, personales, organizativos) que se destinan.

Registro y documentación: se basará en plasmar en un documento el trabajo realizado tanto en la fase de preparación como en la de ejecución. Este documento, que contendrá asimismo una explicación del método empleado en la evaluación de los riesgos, será la hoja de ruta de la actividad preventiva, ya que en él quedará reflejada la información relativa a los riesgos a tener en cuenta en la actividad laboral, su valoración así como la priorización de las medidas destinadas a eliminar o reducir los riesgos. Como decíamos anteriormente, la evaluación es un proceso dinámico, por lo que el documento deberá estar en continua revisión.

Con el fin de facilitar a empresarios/las de pequeñas empresas el cumplimiento del deber de realizar y mantener actualizada la evaluación de riesgos de su propia empresa, organismos públicos, como el Instituto Nacional de Seguridad y Higiene en el Trabajo o la Agencia Europea de Seguridad y Salud Laboral, tienen en marcha proyectos como **Prevención 25 u OiRA**; en ambos casos, se trata de herramientas informáticas interactivas y gratuitas que ayudan a los/as usuarios/as a realizar una identificación y evaluación de riesgos, orientan en la planificación de acciones preventivas así como en el seguimiento y documentación del proceso.

CONTENIDO MÍNIMO QUE DEBE CONTENER LA DOCUMENTACIÓN DE UNA EVALUACIÓN DE RIESGOS
Identificación del puesto de trabajo
La relación de trabajadores/as afectados/as
Los riesgos existentes
El resultado de la evaluación para cada riesgo detectado
Medidas preventivas procedentes para cada riesgo detectado
Referencia a los criterios y procedimientos empleados en la evaluación, así como de los métodos de medición y análisis empleados.

No menos importante que las anteriores es la **Fase de control**, en la que se llevarán a cabo las actividades de seguimiento de las medidas propuestas, verificando su pertinencia, el grado de aplicación o posibles necesidades de ajuste, los resultados obtenidos después de ser aplicadas las medidas correctoras, la observación de posibles cambios en las condiciones tenidas en cuenta para la realización de la evaluación que indiquen la necesidad de revisión,...

En los casos en los que de la evaluación se desprenda la necesidad de adoptar medidas preventivas, se deberá eliminar o reducir el riesgo mediante medidas de prevención **en el origen** del riesgo, que serán de tipo organizativo, de protección colectiva, de protección individual y de formación e información a los/as trabajadores/as. Así mismo, se deberán controlar periódicamente las condiciones de trabajo y el estado de salud de los/as trabajadores/as.

Derivado del trabajo con nuevos materiales (nanomateriales, productos químicos,...), nuevos procesos o nuevas formas de organización, resulta cada vez más frecuente encontrar riesgos para los que no existe una legislación específica. En estos casos será necesario acudir a normas o guías técnicas en las que se indique el procedimiento a seguir en la evaluación o los niveles máximos de exposición recomendados. En cualquier caso el/a técnico/a que realice la evaluación deberá observar un principio de prudencia cuando se enfrente a estas nuevas condiciones de trabajo.

Consulta y participación

El/a empresario/a consultará, con la debida antelación, a los/as representantes de los/as trabajadores/as sobre el procedimiento de evaluación de riesgos a emplear en la empresa, así como sobre las fórmulas de información a los/as trabajadores/as sobre los riesgos en el trabajo, tanto los que afectan a toda la empresa como los específicos de cada puesto de trabajo.

Los/as delegados/as de prevención tendrán acceso a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el ejercicio de sus funciones, entre la que se encuentra la evaluación de riesgos, y podrán sugerir la corrección de omisiones o incumplimientos; asimismo podrán acompañar a los/as técnicos/as que realicen la evaluación, pudiendo formular ante ellos las observaciones que estimen oportunas.

CUANDO REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE RIESGOS	
Al inicio de la actividad	En todos los puestos de trabajo de la empresa. (*)
Periódicamente	Según lo establezca una disposición específica
	En el caso de detectarse daños en la salud de los/as trabajadores/as
	En el caso de constatar que las actividades preventivas son inadecuadas o insuficientes.
En cualquier momento en el que un puesto se vea afectado por	Cuando así lo acuerden empresa y representantes de los/as trabajadores/as.
	Cambio en los equipos de trabajo.
	Cambio o introducción de preparados o sustancias químicas.
	Introducción de nuevas tecnologías.
(*) Al realizar la evaluación por puesto, hay que considerar si existe alguna posibilidad de que el trabajador/a que lo ocupe o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible, por sus características personales o estado biológico conocido, a alguna de las condiciones presentes o previstas del puesto.	

Documentos de referencia

- Directiva marco 89/391
- Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales y normativa que la desenvuelve
- <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/oira>
- <https://www.prevencion10.es/site-web/home.seam?conversationId=1038834&conversationPropagation=join>



Las desigualdades en la salud y en el trabajo: Determinantes Sociales

El proceso general de la globalización -especialmente en los últimos años-, viene caracterizándose por el amplio y masivo desarrollo de políticas neoliberales de carácter socioeconómico, con devastadoras consecuencias en términos de pobreza, desigualdad y pérdida de derechos.

Aunque tanto en estudios de carácter nacional como internacional se han abordado los efectos de las políticas neoliberales sobre las condiciones económicas de las personas, no sucede lo mismo en relación a los efectos que tiene el trabajo sobre las desigualdades en la salud. En este sentido, las líneas de trabajo, investigación o estudio en materia de salud laboral, vienen centrándose en los factores de riesgos existentes en los centros o lugares de trabajo, obviando el papel que a todas luces juegan los determinantes sociales relacionados con el empleo en la generación de desigualdades y su relación con la vida y la salud de las personas.

El análisis de los problemas de salud con el denominado **enfoque de los determinantes sociales** es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estamos hablando de un campo de estudio nuevo aun no suficientemente delimitado, que en ocasiones tiende a confundirse con el tradicional enfoque de factores de riesgo.

En la asamblea del año 2004, la OMS promovió la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales de la salud, con motivo de desarrollar una estrategia que había relacionado el conocimiento científico existente con las causas socio-estructurales de los problemas de salud del conjunto de la población, con la intención de recuperar un enfoque de salud universal fundamentada en la Atención Primaria.

Desde aquel año 2004 se sucedieron múltiples trabajos en forma de artículos, informes y estudios, a través de los cuales el concepto terminó por adquirir una doble significación, por una parte los factores sociales que bien promueven o bien deterioran la salud de las personas y de los grupos sociales; y por otra, los procesos que subyacen a la desigual distribución de esos factores entre los distintos grupos sociales.

Así **el campo de conocimiento de los determinantes sociales se fundamenta en el análisis de las desigualdades**, entendidas estas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas: ingresos, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, atención sanitaria, educación, ocio, etc.

El actual y exponencial incremento de las desigualdades sociales que están la generar las políticas neoliberales, tanto a niveles de territorios como de clases sociales, tienen como consecuencia directa las condiciones de salud que sufren los distintos segmentos de la población; constatándose que en términos estadísticos, la prevalencia e incidencia del conjunto de las enfermedades crónicas y agudas correlacionan directamente con la estructura social, afectando en mayor medida cuanto más abajo se está en esa estructura.



Perspectivas teóricas y complementarias del origen de las desigualdades en la salud

La explicación del origen de las desigualdades en términos de salud entre los distintos grupos sociales, se fundamenta básicamente en tres perspectivas teóricas complementarias entre sí, a saber:

La teoría psico-social: afirma que la autopercepción en relación a la jerarquía o el estatus que se ocupa en sociedades profundamente desiguales, cuando este es bajo es percibido como discriminatorio, genera tensiones y mayor propensión a las enfermedades finalizando por originar en muchos casos importantes daños a la salud. Sociedades profundamente desiguales que provocan que las personas más desfavorecidas tiendan a comparar su estatus, posesiones, salario o prestigio profesional, generando en muchos de los casos un sentimiento de desvalimiento, minusvaloración y autodesprecio, con consecuencias científicamente comprobadas en términos de afectación del sistema neuroendocrino. Deterioro de la salud que en estos casos también puede verse afectada y agudizada, como consecuencia de la ruptura de los vínculos sociales y el desmantelamiento de las redes sociales de apoyo que provocan este tipo de sociedades.

Esta teoría se ve empíricamente respaldada por ejemplo, por la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad que sufre la población afrodescendiente en países de origen anglosajón, a pesar de tener razonablemente satisfechas tanto sus necesidades básicas como salariales, en entornos sociales que mantienen profundas desigualdades.

La teoría de la producción social de la enfermedad: sostiene que los escasos ingresos de algunas personas y grupos sociales provocan una falta de los recursos que necesitarían para superar los factores que afectan a su salud y terminan por producir enfermedad.

Esta teoría afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder, se logran sacrificando el bienestar y el estado de salud de los menos aventajados de la

sociedad. Esta perspectiva no niega la teoría de los factores psicosociales.

La teoría ecosocial: reuniendo elementos de las dos anteriores teorías, afirma que cada organización social y biológica constituye en sí misma un ecosistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud, de tal manera que tanto el contexto social como el medio ambiente físico (laboral, habitacional,...) interactúa con la biología de las personas afectando de una o de otra manera a su salud. Este proceso en su conjunto, configura determinados “estilos de vida” colectivos no basados en decisiones individuales, mas sí altamente definidos por las oportunidades proporcionadas por el medio social en el que se vive.

Desigualdades sociales y mala salud

Se puede considerar que de facto existe consenso entre los distintos investigadores en este campo, que **las desigualdades en el contexto social cumplen un papel esencial en el estado de salud de las personas.**

Las causas sociales actúan de manera indirecta a través de determinantes específicos que se configuran como precursores o desencadenantes -especialmente en aquellas personas que ocupan un estatus socioeconómico bajo en la estructura social- que en la práctica actúan como factores intermedios: bienes materiales, hábitos de vida y de salud, factores biológicos y factores psicosociales.



Factores más relevantes de las Teorías de los determinantes sociales en la generación de desigualdades en la salud

Sin tener disponible hasta ahora una metodología que nos permita determinar el peso específico que puede tener cada factor en la generación de

las desigualdades en la salud, las distintas teorías -complementarias entre sí- anteriormente expuestas, inciden cada una de ellas según su enfoque, en aquellos factores que consideran más determinantes.

Así la **Teoría psico-social** expone como determinantes la falta de redes de apoyo y asistencia social, y los eventos traumáticos que los individuos (con una lógica mayor prevalencia de los pobres) pueden haber experimentado en su vida. Esta tesis se sustenta en el hecho constatado de que, las sociedades socialmente más cohesionadas, participativas y democráticas, con redes públicas de apoyo y protección social efectiva, presentan unos mejores niveles de salud, independientemente de sus ingresos de renta por habitante.

La **Teoría de la producción social** sostiene que la precariedad de las condiciones materiales en materia de: alimentación, vivienda o condiciones de trabajo, generan riesgos diferenciales en los distintos estratos sociales con consecuencias directas en las desigualdades de salud. Al mismo tiempo defienden que las personas con mejores condiciones materiales, tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivo-educativos, lo que les permite prevenir mejor los daños en su salud.

La **Teoría del curso de la vida** incide en la tesis de que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las distintas etapas de la vida de las personas, pudiendo llegar a afectar a su salud como consecuencia de circunstancias (malnutrición, carencias de todo tipo, infecciones, hábitos, etc.) presentes o pasadas, cuyos efectos y consecuencias se pueden manifestar en forma de enfermedad de manera inmediata o con posterioridad a lo largo de la vida del sujeto.

Otras tesis con menor predicamento y aval científico en relación a la importancia de los factores determinantes que proponen, afirman que los hábitos de vida perjudiciales para la salud tienen una extraordinaria importancia en las desigualdades en la salud, siendo más

prevalentes en grupos y personas con bajo estatus socioeconómico.

Tipos de Determinantes Sociales

En los Determinantes Sociales podemos distinguir entre determinantes estructurales y determinantes intermedios en relación a las desigualdades en la salud.

Los **determinantes estructurales** hacen referencia al contexto político y socioeconómico, en relación a factores que determinan y/o influyen en la estratificación social, así como en la distribución de recursos y poder dentro de la misma.

Los distintos ejes de desigualdad, como la clase social, la edad, la etnia, la raza, el territorio de origen, residencia o el género, acaban por determinar jerarquías de poder dentro de la estructura social que a su vez influyen en las posibilidades de tener una mala o buena salud en función de la exposición a los llamados **determinantes intermedios** que, bien directa o indirectamente junto con la posición de poder, acaban por tener un significativo impacto en la salud. Recursos materiales; condiciones de empleo y de trabajo: situación laboral, precariedad, desempleo, exposición a riesgos físicos, ergonómicos, químicos o psicosociales, sobre cargas de trabajo, horarios excesivos, bajos salarios; calidad habitacional, equipaciones disponibles en la zona de residencia, etc.; factores estos y otros que acaban por influir significativamente en importantes procesos psicosociales tales como el autocontrol, la autorrealización, la frustración o la satisfacción personal, con importante incidencia y repercusión en los comportamientos individuales asociados a la salud.

No siendo los servicios sanitarios el factor determinante en la generación de desigualdades, es indudable el efecto amortiguador de los mismos, cuando estos tienen una cierta calidad y son accesibles para los grupos sociales más desfavorecidos.

Perspectiva sociolaboral

La historia de las relaciones laborales se referencia en las diferencias de

poder y el persistente conflicto entre capital y trabajo, hoy por hoy evidenciado por un proceso de globalización en el que tanto las reformas laborales de los gobiernos de turno, como las prácticas laborales de empresas y corporaciones multinacionales y transnacionales, enfrentan sus intereses a nivel planetario con los miles de millones de trabajadores/as que sólo poseen su fuerza de trabajo para sobrevivir en dependencia de las condiciones que estas les acaban por imponer. Condiciones impuestas con la colaboración de los gobiernos de la derecha neoliberal, en materia de estándares laborales, normativas de seguridad y salud laboral, o de cada vez más limitados niveles de libertad y derechos laborales, que en definitiva afectan decisivamente a la salud y la calidad de vida de la gran mayoría de la población trabajadora.

No cabe duda que las desigualdades en la salud en relación al empleo, actúan como un indicador especialmente explicativo en relación a la distribución del bienestar y la justicia social, y por lo tanto del nivel y la calidad democrática que disfruta una sociedad.

En términos sociológicos podemos afirmar que **el origen de las desigualdades** en la salud en relación al empleo, no es en sí misma una práctica neutra y desprovista de juicios de valor; más al contrario, es el resultado directo de un flagrante conflicto de intereses entre los segmentos sociales que históricamente detentan el poder: grandes propietarios de bienes y empresas, directivos al servicio de estas y gobiernos influidos por determinadas ideologías, frente a una amplia mayoría social representada por el conjunto de los/as trabajadores/as.

Es evidente que si el problema es social, la solución debe ser social y por lo tanto política. En este campo, las soluciones pasan necesariamente por un mayor equilibrio de poder en las relaciones laborales entre empresas y trabajadores/as, y una mayor y mejor participación de estos últimos en la toma de decisiones en el seno de las

empresas, como elemento de garantía para mejorar la protección de su salud y seguridad laboral. **Resulta extraordinariamente ingenuo pensar que aquellos que promovieron, consolidaron y defendieron las medidas de reforma y ajuste que nos llevaron a esta situación de retroceso social, así como de derechos y libertades, puedan promover desde su atalaya institucional los cambios legislativos y socioeconómicos necesarios.**

Los tipos de empleo, las condiciones de trabajo y el propio desempleo tienen una implicación directa sobre la salud de los/as trabajadores/as afectados/as, así como en el desarrollo de las desigualdades asociadas a la clase social o al género. **Para crear empleo y que este sea justo o digno, para mejorar y reducir las desigualdades en materia de salud, se hace imprescindible restituir un equilibrio de poder más equitativo en las relaciones laborales.**



En un sistema político-económico capitalista y globalizado, las decisiones adoptadas por determinadas instituciones y corporaciones internacionales, terminan por condicionar en gran medida importantes cuestiones de normativa laboral o de seguridad y salud en el trabajo que finalmente afectan a millones de trabajadores/as. Al mismo tiempo una gran cantidad de empresas generan empleos precarios con condiciones de trabajo realmente deplorables, sin por eso ser socialmente visibles ni controlables. **En esta tesitura es evidente que no puede ser el mercado ni los actores que de él se benefician los que regulen el empleo y el trabajo digno en idóneas condiciones.**

Las condiciones de trabajo, incluido el modelo organizativo del mismo, determinan el abanico de riesgos a los que se está expuesto en el lugar de

trabajo. Condiciones materiales como el ambiente físico, químico o biológico; las condiciones ergonómicas y biomecánicas, o las condiciones organizativas y jerárquicas: gestión, control del trabajo, ritmos y cargas de trabajo, tareas y responsabilidades, relaciones de poder y dependencia, la discriminación sociolaboral o la participación de los/as trabajadores/as en la toma de decisiones, determinan en definitiva la presencia de importantes factores con relevante importancia en materia de salud laboral.

Trabajo digno y empleo decente

La reclamación del establecimiento de condiciones dignas de trabajo y de un empleo decente, tiene que ser reconocida como una prioridad irrenunciable en el marco de la declaración universal de derechos humanos. En esta línea vamos a enumerar las características mínimas que debería reunir un empleo digno:

- a) Empleo libre de todo tipo de coacción y presiones al trabajador/a.
- b) Empleo seguro y estable en términos de contratación y condiciones de trabajo.
- c) Empleo suficientemente remunerado para llevar una vida digna en la que se cubran con suficiencia las necesidades básicas del trabajador/a y su familia.
- d) Empleo socialmente protegido y con beneficios sociales, que garantice una renta de jubilación suficiente, y contemple medidas para facilitar la conciliación entre la vida laboral y familiar.
- e) Valorización, respeto y dignidad en el trabajo, garantizando la no discriminación por razones de género, etnia, raza, ideología, religión o clase social.
- f) Derecho a un marco regulado en materia de relaciones laborales, que garantice la participación de los/as trabajadores/as en sus empresas, así como como la negociación colectiva de las condiciones de trabajo a

través de sus representantes sindicales electos/as.

- g) Que el empleo proporcione no sólo un medio digno y suficiente de sustento, sino que como parte integral de la realidad vital, dentro de lo posible no constriña ni reduzca las capacidades humanas, productivas y creativas de trabajador/a.

Las desigualdades en la salud derivadas del empleo están estrechamente relacionadas con otras e importantes desigualdades sociales: la educación, la participación política o la riqueza que se posee entre otras. En este sentido la regulación de las relaciones laborales cobran una extraordinaria importancia, ya que pueden influir decisivamente en la redistribución de recursos entre los distintos estratos sociales, proporcionar oportunidades de bienestar y creación de un proyecto vital sólido, facilitar una idónea atención sanitaria, o por el contrario propiciar y favorecer la exposición a los riesgos y las enfermedades.

Desempleo, un veneno para la salud y la igualdad. El caso español

Si abordamos el caso español tras la brutal reforma laboral llevada a cabo por el PP en estos últimos años, con tremendas consecuencias en parámetros de desempleo y desprotección social, nos encontramos en primer lugar con un modelo de cómputo y registro de los/as trabajadores/as en situación de paro, pensado para minimizar y maquillar las cifras reales de esta situación con motivo de ahorrar costes económicos en protección social y minimizar dentro de lo posible los costes políticos de esta extraordinaria tragedia social.

Parámetros estos que excluyen a amplios grupos de población que perfectamente podrían ser considerados como parados o infraempleados, si nos atenemos a las consecuencias derivadas de su situación real y no a criterios de carácter formal: grandes segmentos de trabajadores/as pobres con empleos precarios e ingresos bajos e irregulares; trabajadores/as a tiempo parcial

sin la oportunidad de un empleo estable a tiempo completo, despedidos/as hastiados/as y desmotivados/as que ya no buscan activamente empleo, progenitores con dificultades para acceder al empleo por falta de guarderías y otros dispositivos facilitadores de la conciliación laboral y familiar, miles y miles de trabajadores/as atrapados en la economía informal contra su voluntad, autoempleados/as precarios/as desesperados/las por conseguir cuando menos un medio mínimo de subsistencia, trabajadores/as parados/as que asisten a cursos de formación, etc., etc., etc.

El análisis del impacto que las condiciones del empleo/desempleo tienen sobre la salud de los/as trabajadores/as, requiere del análisis de la precariedad, del trabajo informal y la economía sumergida, del trabajo intermitente, del trabajo a tiempo parcial, la inseguridad contractual,... y otras condiciones de empleo que a todas luces modulan la intensidad y el alcance de ese impacto.

Definición de precariedad en el empleo

La precariedad del empleo puede considerarse como un constructo multidimensional definido según seis dimensiones:

- 1) La temporalidad del contrato (inestabilidad/inseguridad).
- 2) El poder de decidir sobre las condiciones de trabajo.
- 3) La vulnerabilidad (indefensión) al abuso o malos tratos.
- 4) El nivel de los salarios (bajos o insuficientes).
- 5) Los derechos legales (ausencia o insuficiencia).
- 6) La incapacidad de los trabajadores para ejercer derechos legales.

Tanto en el Estado español como especialmente, si cuadra, en Galicia, el desempleo puede ser considerado como una enfermedad social con carácter epidémico, con múltiples consecuencias para la salud y amplios y nefastos efectos sociosanitarios.

A la vista está que **la actual situación de desempleo agravada por la reforma laboral y los recortes económicos en servicios y protección social, han incrementado de manera exponencial las desigualdades entre las personas:** la pobreza, la inseguridad laboral, los desahucios habitacionales, la imposibilidad de realizar estudios universitarios o la dificultad para crear y desenvolver un proyecto vital y familiar entre otras muchas consecuencias.

Por otra parte el paro, y más el paro de larga duración, actúa como un factor fuertemente desmotivador y cercenador en el desenvolvimiento de las carreras o trayectorias profesionales de las personas, introduce tensiones e importantes niveles de deterioro en las relaciones familiares e interpersonales, genera frustración, desesperanza y temor por el presente y por el futuro, aumenta el fracaso escolar de los hijos, reduce sustancialmente la autoestima e incrementa los índices de violencia doméstica y de género. En definitiva, la situación de paro o desempleo triplica los problemas de ansiedad y depresión en relación a las personas con empleo, aumenta las conductas de riesgo y drogadicción, provoca una alimentación de menor calidad, y por lo tanto se incrementa el riesgo de tener peor salud y enfermarse, aumentando incluso las posibilidades de muerte prematura o incrementando significativamente las tasas de suicidio en personas desesperadas por su situación.

Los grupos sociales más afectados por las consecuencias del desempleo son sin duda las clases trabajadoras y dentro



de estas los obreros, los peones, los operarios, los inmigrantes y las familias monoparentales en las que las mujeres son mayoría. Un dato revelador por ejemplo es que un parado "normal" sin subsidio de desempleo tiene tres veces más posibilidades de sufrir problemas de salud mental que un trabajador/a o técnico/a profesional, mas si el parado es un obrero sus posibilidades se multiplican por siete.

En cualquier caso la enorme magnitud del fenómeno del desempleo, hace que este alcance también a una gran parte de la llamada clase media, compuesta por profesionales cualificados/as de todos los sectores, técnicos/as especialistas, pequeños/as empresarios/as, comerciantes y otros/as, que como el resto de los/as trabajadores/as padecen la lacra del desempleo y la inanición político-social.

Algunos datos de la EPA del 1º trimestre del 2016

En el Estado español al término de este primer trimestre del año 2016 estaban computados 22.821.000 activos o personas en edad y con disposición para trabajar. Del total de activos, 18.029.600 tenían un empleo (independientemente de la calidad y precariedad del mismo), y un total de 4.791.400 trabajadores/as estaban despedidos/as.

De estos 4.791.400 parados/as, tan sólo, 2.055.099 trabajadores/as cobran prestación; o dicho de otro modo, 2.736.301 trabajadores/as no cobran la prestación por desempleo. Eso sí, el Gobierno neoliberal del PP en el Estado, bajó los presupuestos mensuales dedicados a los/as parados/as de los 1.794 millones del año anterior a los 1.594 millones de este año, 20.400 millones de euros menos al año.

Otro dato de vital importancia para entender la magnitud de la situación es que la tasa de temporalidad en la contratación se sitúa prácticamente en el 25%, incrementándose progresiva y continuamente desde la reforma laboral del PP, lo que indica que la calidad del empleo creado hasta el momento deja mucho que desear, multiplicándose

se exponencialmente el número de trabajadores/as pobres con empleos precarios y muy mal remunerados.

Por si esto fuera poco, entre enero y marzo pasados, había 719.100 hogares en los que no entraba ningún tipo de ingresos; y en 1.610.900 hogares, ninguno de sus miembros tenía empleo alguno.



En el caso de Galicia, los datos son aún peores. Según la EPA de este primer trimestre del año 2016 el comportamiento del mercado de trabajo gallego sigue siendo peor que el del conjunto del Estado. El mes de abril terminó en nuestro país con 228.153 parados/as registrados en el SEPE, lo que supone una pírrica bajada del 1,57% con respecto a marzo.

Al mismo tiempo, la elevada rotación de los pocos empleos que se crearon y la escasa duración de los contratos son otras de las señales de identidad del mercado de trabajo gallego en este mes; los datos muestran que para tan sólo 3.644 despedidos/as menos se registraron 67.941 contratos, el 91,3% de ellos de carácter temporal.

Habida cuenta cómo están las cosas y que sólo un 46,9% de los/as parados/as gallegos/as ingresaron en el último trimestre algún tipo de ayuda, podemos aventurar que en tanto en cuanto no se derogue la reforma laboral y se lleven a cabo otro tipo de políticas económicas y sociales, el empleo y los salarios serán cada vez más precarios, seguirá aumentando la desigualdad y la injusticia; y todo eso en un contexto político-social de pérdida de

derechos y libertades, mas también de calidad de vida y esperanzas de futuro.

La solución de la OMS

Eradamente solemos pensar influidos por la cultura dominante, que las causas inmediatas de los problemas de salud de las personas tienen que ver fundamentalmente con los malos hábitos alimentarios, comportamientos tóxicos o de drogadicción, o la falta de ejercicio físico, mas siendo esto relativamente cierto, la verdad es que lo que realmente está en el origen de las causas de los problemas de salud de la población tiene mucho que ver con las circunstancias en las que las personas viven, trabajan y envejecen. Circunstancias estas directamente influidas por factores políticos, sociales y económicos que terminan por generar profundas desigualdades de salud política y socialmente evitables.

La pasada historia de crisis y recesiones económicas, nos ha mostrado como en muchísimas ocasiones las políticas aplicadas bajo a excusa de su superación, derivaron en perniciosos efectos de largo plazo para la salud de grandes segmentos de la población. El desempleo y especialmente el desempleo de larga duración, la precarización del empleo, el empeoramiento de las condiciones de trabajo, el deterioro de los servicios públicos de salud y educación, o la reducción a ultranza de los sistemas de protección social, introducen un cambio diferencial y significativo que se traduce en un impacto directo y de gran alcance en términos de desigualdad social y salud para la mayoría social trabajadora.

Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en un 1,3 billones de euros anuales el coste de las desigualdades en Europa sólo en el que atañe a la salud laboral y la falta de prevención. Cifra superior a la mayor parte de los PIB de los distintos estados europeos, resultado de calcular el coste de enfermedades y discapacidades laborales y su impacto en la producción, los impuestos dejados de pagar por esta circunstancia y los costes sociales asumidos por las distin-

tas Administraciones Públicas. Si tuviéramos que dimensionar esta cantidad en relación al coste social y sanitario derivado de las desigualdades en estos ámbitos, su valor sería incommensurable.

La propia OMS plantea a través de este informe la necesidad de actuar decisivamente sobre los determinantes de la

salud, sobre las condiciones sociales en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen como la forma más efectiva de reducir significativamente las desigualdades, por otra parte tan profundamente injustas y evitables. Una actuación fundamentada en políticas públicas que promuevan una especial protección a la infancia; una educa-

ción y formación pública accesible y de mayor calidad; un trabajo justo, estable y seguro; una calidad aceptable de la vivienda; una idónea protección e inclusión social; un envejecimiento en condiciones de igualdad y suficiencia; unas comunidades cohesivas y unos sistemas universales de salud pública.

Documentos de referencia

- **“Determinantes sociales de la salud”.** Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial da Saúde (OMS)
- Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. *Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications.* J Health Soc Behav. 2010.
- Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice).* World Health Organization. 2010.
- Navarro V, Benach J. Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. En: *Las desigualdades sociales en salud en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public.
- **EMPLOYMENT, WORK, AND HEALTH INEQUALITIES - A GLOBAL PERSPECTIVE.** Joan Benach And Carles Muntaner With Orielle Solar, Vilma Santana And Michael Quinlan And The Employment Conditions Network
- *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo.* Luz Stella Álvarez Castaño

TABLÓN DE ANUNCIOS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

Glifosato

A través de una Resolución, el Parlamento Europeo aprobó por **siete años**, en lugar de los quince inicialmente propuestos, y exclusivamente para **uso profesional**, la renovación de comercialización de la sustancia activa denominada glifosato. En la resolución se solicita que se reconsidere este permiso cuando la Agencia Europea de Sustancias Químicas presente la clasificación armonizada del glifosato.

La comisión negociadora del Acuerdo Estatal del Sector del Metal (AESM) firmó el acuerdo que lo transforma en el **Convenio Estatal de la Industria, la Tecnología y los Servicios del Sector del Metal (CEM)**.

Las novedades afectan, entre otras cosas, a la regulación de la Tarjeta Profesional del Sector del Metal (TPSM), la homologación de **actividades formativas en materia de prevención de riesgos laborales**, la **homologación de las entidades formativas** (servicios de prevención ajenos o empresas encuadradas en los sectores de actividad establecidos en el convenio).

Otra vuelta de tuerca al "negocio de la formación en prevención".

Aprobada la revisión de la Directiva sobre diseño y comercialización de equipos de protección individual, a través del **REGULAMENTO (UE) 2016/425 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO** de 9 de marzo de 2016 relativo a los **equipos de protección individual**, por el que se deroga la Directiva 89/686/CEE. La norma establece los requisitos sobre **diseño, fabricación de EPIs** que vayan a **comercializarse** con el fin de garantizar la **protección de la salud y la seguridad** de los usuarios/as y establecer las normas relativas a la libre circulación de los EPIs en la Unión. El texto será directamente aplicable a **fabricantes, agentes importadores y distribuidores** sin pasar por una transposición a la legislación nacional.

EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



www.cigsaudelaboral.org
 Secretaría Confederal de
 Negociación Colectiva
 e Saúde Laboral
 Rúa Gregorio Espiño 47, Entrechán
 36205 Vigo
 Tlf: 986 262 679. Fax 986 262 781

Gabinete Técnico Confederal de
 Saúde Laboral. Ferrol
 Rúa Eduardo Pondal 41/43 entrechán
 15403 Ferrol
 Tlf: 981 359 449. Fax: 981 359 449
saudelaboral@galiziagc.net

