

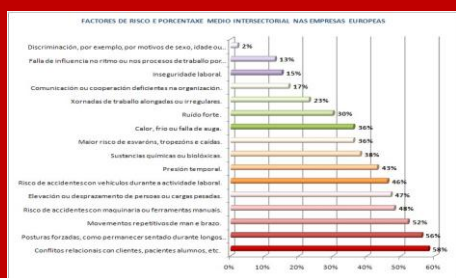
### SUMARIO

#### ANÁLISE - OPINIÓN

#### ESENER-2, A ENQUIA SOBRE OS RISCOS NOVOS E EMERXENTES NAS EMPRESAS EUROPEAS.

#### SÍNTESE GLOBAL DE RESULTADOS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



#### INFORMACIÓN

#### AÍNDA SEN AVALIACIÓN DE RISCOS?

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

#### DOCUMENTO - ANÁLISE

#### AS DESIGUALDADES NA SAÚDE E NO TRABALLO:

#### DETERMINANTES SOCIAIS

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



#### TABOLEIRO

EDITA:

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

## ESENER-2, a enquisa sobre os riscos novos e emerxentes nas empresas europeas. Síntese global de resultados

No presente artigo procedemos a realizar unha exposición da síntese de resultados globais derivados da Enquisa europea ESENER-2 sobre riscos novos e emerxentes.

Enquisa coa que estamos en franco desacordo no que atinxe á metodoloxía utilizada, e que desgraciadamente consideramos inflúe notablemente na fiabilidade ou marxe de erro dos seus resultados.

Por unha banda, o feito de seleccionar ás persoas enquisadas entre aquelas que "supostamente" son as que máis coñecemento teñen na empresa nesta materia, co evidente sesgo -difícilmente correxible- que este sistema de selección pode carrexar, consecuencia da orientación natural das empresas a designar persoas de "confianza" identificadas coa dirección, no ánimo de preservar no posible a imaxe pública das mesmas nesta materia, e por outra, a inexistencia dun sistema de verificación ou comprobación que permita corroborar a pertinencia e exactitude da información e datos aportados. Cuestións estas nada baladís, que rematan ao noso entender por poñer en sería cuestión a correspondencia dos resultados obtidos coa auténtica realidade preventiva das empresas europeas; especialmente no que atinxe ás empresas españolas e ás empresas galegas das que temos un máis directo e exhaustivo coñecemento.

Desconfianza esta fundamentada non só nunha metodoloxía "inopinadamente" inaxeitada, polo seu pouco rigor e exigua fiabilidade na obtención dos datos, senón tamén polo feito constatable de atoparnos perante unha todopoderosa Comisión Europea, de maioría conservadora e marcada ideoloxía neoliberal que, aparte de promover a redución e eliminación sistemática de dereitos, liberdades e benestar social do conxunto da poboación en favor dos grandes poderes económicos, tivo a ben contribuír significativamente a un grave deterioro da situación preventiva e de saúde laboral no conxunto das empresas europeas.

**O** forzado retraso de practicamente dous anos, na posta en marcha da nova Estratexia Europea de Seguridade e Saúde Laboral, ou a sistemática conivencia cos lobbys de todo pelaxe e condición, favorecendo e protexendo os intereses económicos das multinacionais e transnacionais fronte ao principio de precaución e a preservación do dereito á saúde dos/as traballadores/as europeos/as, non foi, non é, nin está a ser unha casualidade. Os conflitos e discrepancias entre o Parlamento Europeo e a Comisión Europea nestas importantes cuestións son constantes e evidentes, provocando que moitos países teñan que tomar iniciativas propias de carácter nacional, co gallo de preservar e garantir a saúde da súa poboación, fronte unha Comisión Europea empeñada en protexer aos grandes poderes económicos, por enriba de todas as cousas e situacións.

### Metodoloxía

ESENER-2 é a segunda enquisa europea de empresas sobre riscos novos e emerxentes realizada pola Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA).

Efectuada no verán/outono do ano 2014, a través da mesma enquisáronse en 36 países europeos, un total de 49.320 empresas de todos os sectores produtivos con cinco ou máis empregados/as. Os países foron os que conforman a Europa dos Vinte e oito (EU-28), máis Albania, Islandia, Montenegro, a antiga República Iugoslava de Macedonia, Serbia, Turquía, Noruega e Suíza.

Os datos recompiláronse mediante o sistema de enquisa telefónica asistida por computador (CATI).

Procedeuse a estudar polo miúdo catro ámbitos da seguridade e a saúde no traballo (SST), a través de entrevistas realizadas a persoas de cada empresa, que se consideraba que eran as que “máis sabían” nesta materia:

- a) O enfoque xeral da empresa na xestión da SST.
- b) Como se aborda o aspecto «emerxente» dos riscos psicosociais.

- c) Os principais factores impulsores e obstáculos para a xestión da SST.
- d) Como se aplica na práctica a participación dos/as traballadores/as na xestión da SST.

### A XESTIÓN DA SST

A seguridade e a saúde no traballo (SST) é unha materia multidisciplinar que engloba todo o referente á protección da seguridade, a saúde e o benestar das persoas que efectúan un traballo. A natureza cada vez máis complexa dos procesos de traballo e os cambios nas condicións de traballo provocan a aparición de novos tipos de riscos, así como a evolución dos riscos existentes. Por iso, a SST necesita un enfoque novo e sistemático. *Requírense solucións que permitan aos empresarios/as integrar os principios de seguridade e saúde en todos os niveis operativos e en todos os tipos de actividade, a fin de concretalos en medidas apropiadas e de carácter permanente.*

### Riscos Laborais

No actual contexto de cambio económico e social, o sector servizos está a experimentar un crecemento continuo gañando cada vez máis peso no conxunto da economía dos distintos países da UE. Os factores de risco que son identificados con maior frecuencia nas empresas deste sector (58%), son os **conflitos relacionais** como consecuencia do trato ou as prestacións realizadas a clientes, alumnos/as e/ou pacientes, seguidos das posturas forzadas e os **movementos repetitivos** de mans e brazos (52%).

Os **factores de risco que derivan en trastornos musculoesqueléticos (TME)** son comúns en todas as actividades e sectores produtivos e presentan un alto nivel de incidencia.

O **risco de accidentes con maquinaria ou ferramentas manuais** é o factor de risco máis frecuente nas empresas de construción, de xestión de residuos e de sumministración de auga e electricidade (82 % das empresas do sector na Europa dos Vinte e oito), e na agricultura, a silvicultura e a pesca (78 %), e a industria manufacturera (77 %).

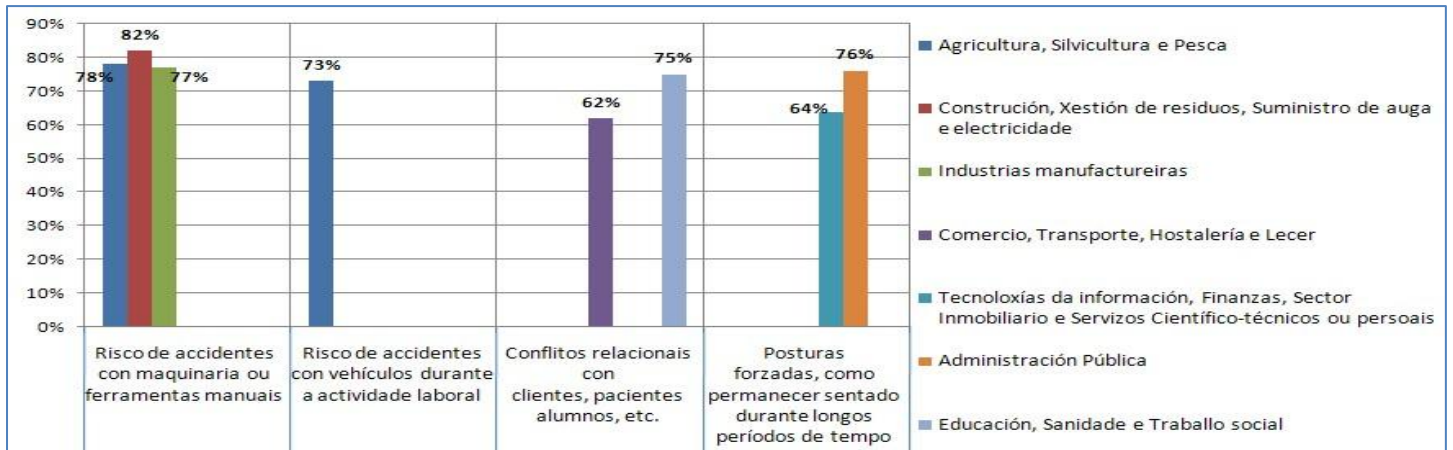
Os dous factores de risco rexistrados con maior frecuencia nas empresas, por sectores (porcentaxe de empresas, EU-28)

Sector	Primeiro factor	Segundo factor
Agricultura, Silvicultura e Pesca	Risco de accidentes con maquinaria ou ferramentas manuais (78 %)	Risco de accidentes con vehículos durante a actividade laboral (73 %)
Construción, Xestión de residuos, Suministro de auga e electricidade	Risco de accidentes con maquinaria ou ferramentas manuais (82 %)	Elevación ou desprazamento de persoas ou cargas pesadas (71 %)
Industrias manufactureras	Risco de accidentes con maquinaria ou ferramentas manuais (77 %)	Movementos repetitivos de man e brazo (58 %)
Comercio, Transporte, Hostalería e Lecer	Conflitos relacionais con clientes, pacientes, alumnos/as, etc. (62 %)	Movementos repetitivos de mans e brazos (49 %)
Tecnoloxías da información, Finanzas, Sector Inmobiliario e Servizos Científico-técnicos ou persoais	Posturas forzadas, como permanecer sentado durante longos períodos de tempo (64 %)	Conflitos relacionais con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (56 %)
Administración Pública	Posturas forzadas, como permanecer sentado durante longos períodos de tempo (76 %)	Conflitos relacionais con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (68 %)
Educación, Sanidade e Traballo social	Conflitos relacionais con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (75 %)	Posturas forzadas, como permanecer sentado durante longos períodos de tempo (61 %)

Os **conflictos relacionais** con clientes, alumnos/as, pacientes, etc., son o factor de risco máis común na educación, a sanidade e o traballo social (75 %), así como no comercio, o transporte, a hostalería e o lecer (62 %). Do mesmo xeito que todos os demais factores de risco psicosocial, son os que se observan con maior frecuencia na Administración Pública e no sector dos servizos.

As **posturas forzadas**, como permanecer sentado durante longos períodos de tempo, son os principais factores de risco

na Administración Pública (76 %) e nos sectores da tecnoloxía da información, as finanzas, o sector inmobiliario e outros servizos científico-técnicos ou persoais (64 %). Cabe sinalar que, como é tamén o caso dos movementos repetitivos de man e brazo, rexístranse con frecuencia en empresas de todos os sectores, o que confirma que os factores de risco de trastorno musculoesquelético (TME) son comúns en todas as actividades.



### Factores de Risco por Sectores

Se se analizan por factores de risco, os sectores que encabezan a lista, a agricultura, a silvicultura e a pesca rexistran as cifras máis altas de cinco factores de risco: calor, frío ou falta de auga (65 % de empresas do sector, na Europa dos Vinte e oito); substancias químicas ou biolóxicas (63 %); movementos

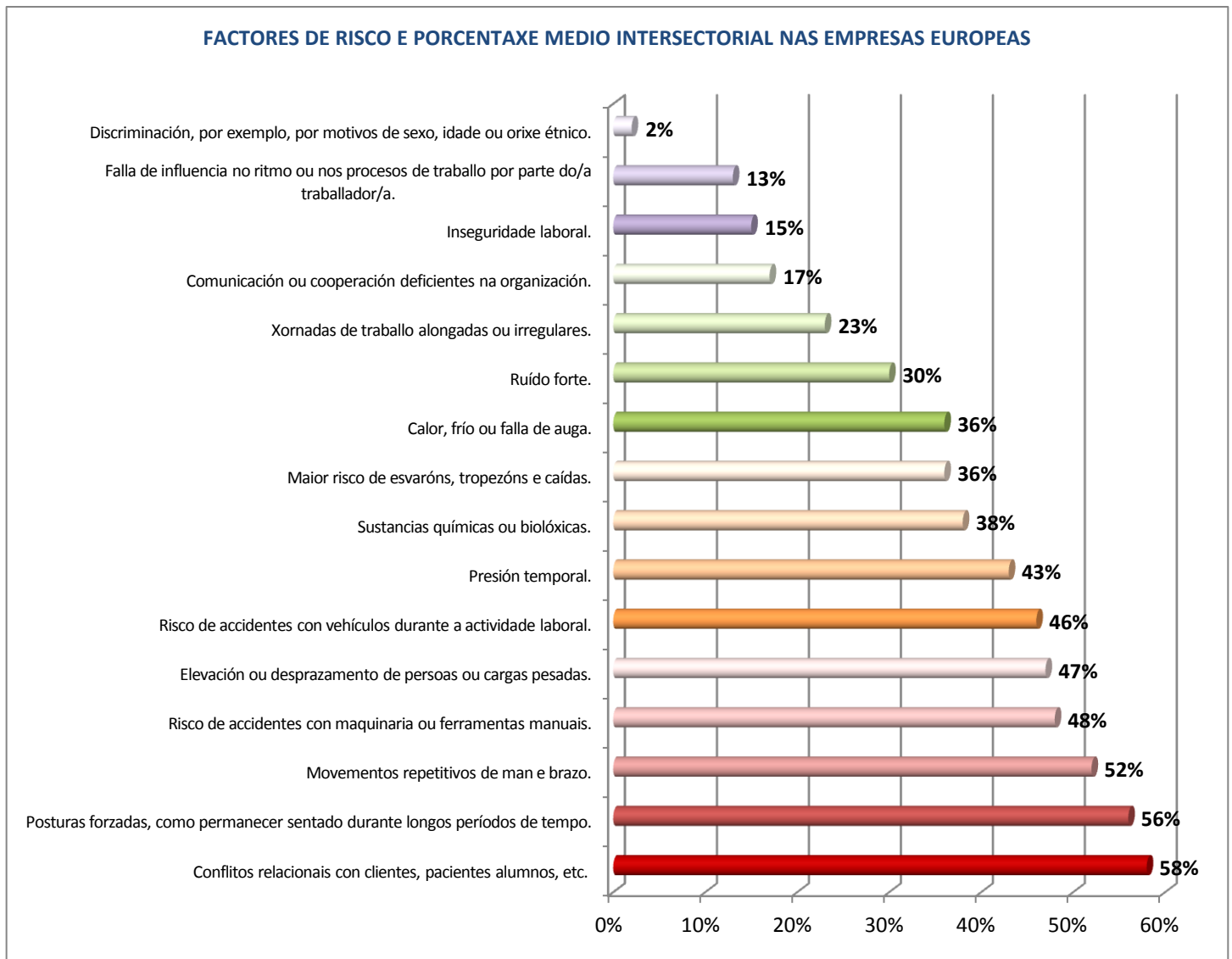
repetitivos de man e brazo (63 %); xornadas de traballo prolongadas ou irregulares (35 %); e os riscos de accidentes con vehículos durante a actividade laboral anteriormente mencionados (73 %). Estes resultados poñen de relevo as importantes esixencias físicas do traballo nestes sectores.

Factores de risco e sector no que se observan con maior frecuencia (porcentaxe de empresas, EU-28)

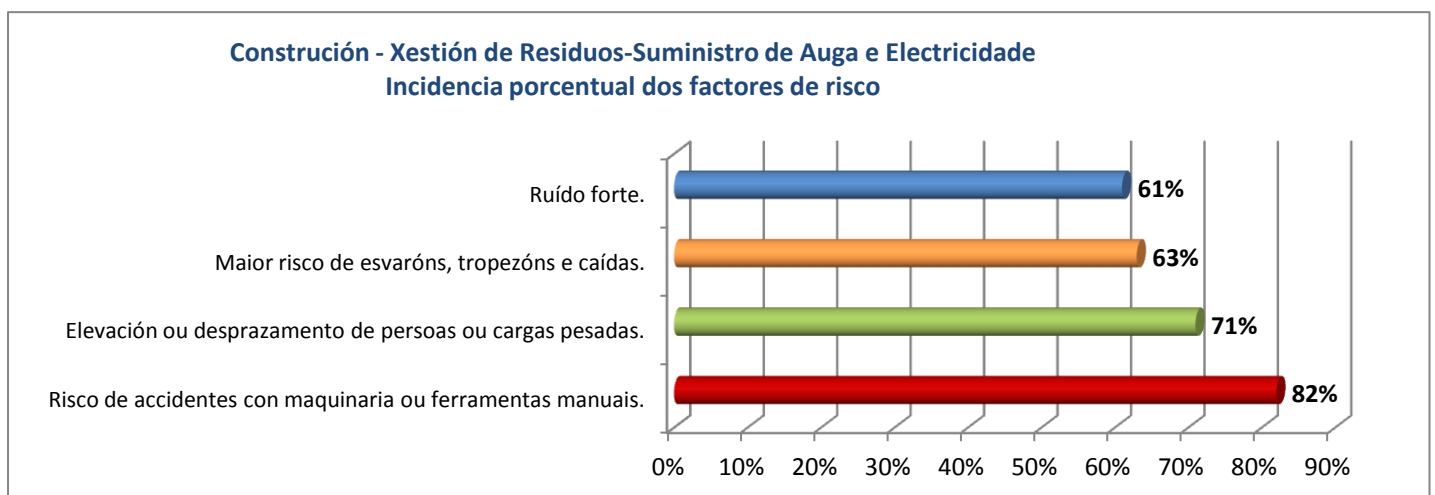
FACTOR DE RISCO (porcentaxe de empresas da EU-28 en todos os sectores)	SECTOR NO QUE SE OBSERVA CON MAIOR FRECUENCIA (porcentaxe de empresas da EU-28 no sector)
Conflictos relacionais con clientes, pacientes alumnos/as, etc. (58 %)	Educación, Sanidade e Traballo Social (75 %)
Posturas forzadas, como permanecer sentado durante longos períodos de tempo (56 %)	Administración Pública (76 %)
Movementos repetitivos de man e brazo (52 %)	Agricultura, Silvicultura e Pesca (63 %)
Risco de accidentes con maquinaria ou ferramentas manuais (48 %)	Construción, Xestión de Residuos, Suministro de Auga e Electricidade (82 %)
Elevación ou desprazamento de persoas ou cargas pesadas (47 %)	Construción, Xestión de residuos, Suministro de Auga e Electricidade (71 %)
Risco de accidentes con vehículos durante a actividade laboral (46 %)	Agricultura, Silvicultura e Pesca (73 %)
Presión temporal (43 %)	Educación, Sanidade e Traballo Social (50 %)
Sustancias químicas ou biolóxicas (38 %)	Agricultura, Silvicultura e Pesca (63 %)
Maior risco de esvaróns, tropezóns e caídas (36 %)	Construción, Xestión de Residuos, Suministro de Auga e Electricidade (63 %)
Calor, frío ou falla de auga (36 %)	Agricultura, Silvicultura e Pesca (65 %)
Ruído forte (30 %)	Construción, Xestión de Residuos, Suministro de Auga e Electricidade (61 %)
Xornadas de traballo alongadas ou irregulares (23 %)	Agricultura, Silvicultura e Pesca (35 %)
Comunicación ou cooperación deficientes na organización (17 %)	Administración Pública (26 %)
Inseguridade laboral (15 %)	Administración Pública, Educación, Sanidade e Traballo Social (19 %)
Falla de influencia no ritmo ou nos procesos de traballo por parte do/a traballador/a (13 %)	Administración Pública (18 %)
Discriminación, por exemplo, por motivos de sexo, idade ou orixe étnico (2 %)	Educación, Sanidade e Traballo Social (4 %)

Os sectores da construción, a xestión de residuos e a subministración de auga e electricidade encabezan a clasificación de **risco de accidentes con maquinaria ou ferramentas manuais** (82 %); elevación ou desprazamento de persoas ou

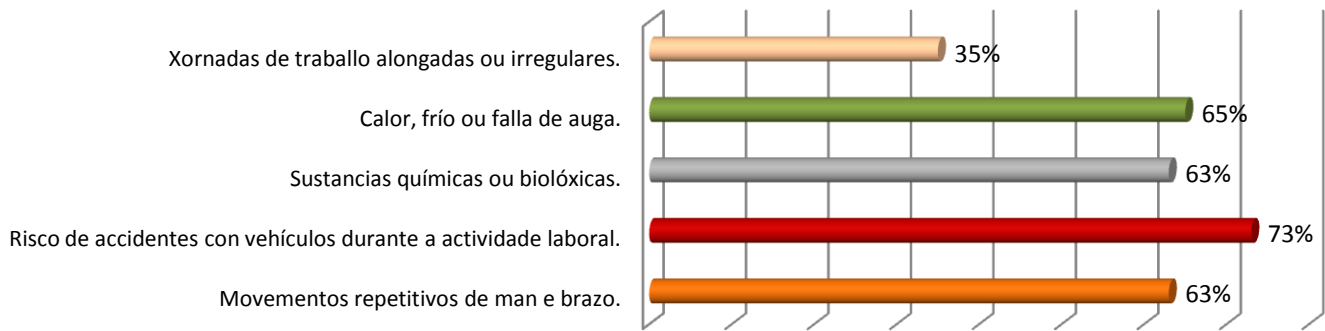
cargas pesadas (71 %); un maior risco de esvaróns, tropezos e caídas (63 %) e ruído elevado (61 %). A Administración Pública e a Educación, a Sanidade e o Traballo Social van á cabeza nos sete factores de risco restantes.



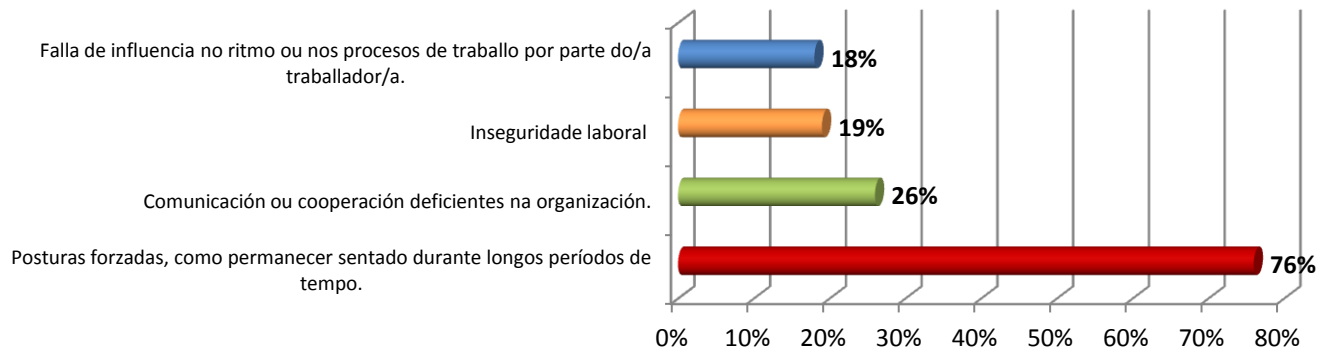
O factor de risco observado con menor frecuencia en todos os sectores é a discriminación.



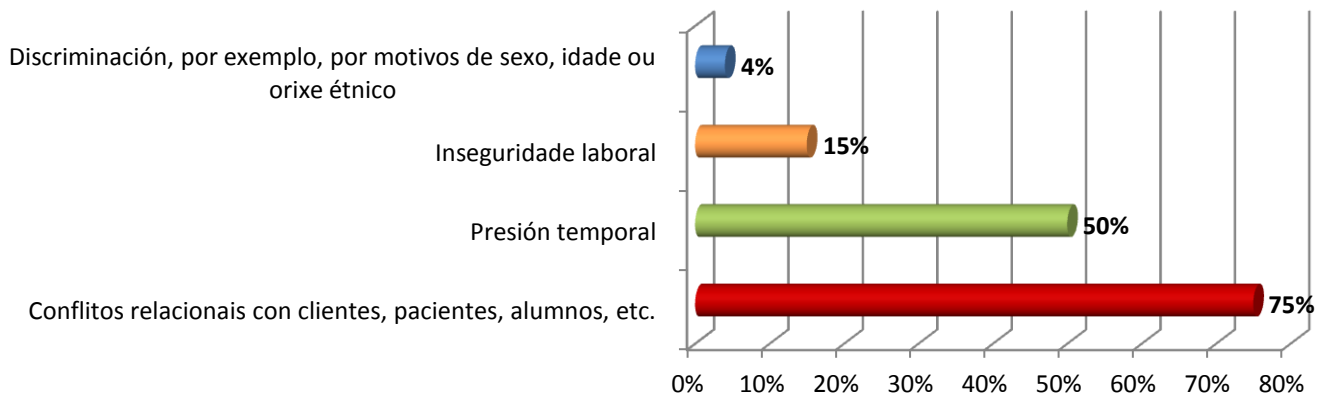
### Agro - Silvicultura - Pesca Incidencia porcentual dos factores de risco



### Administración Pública Incidencia porcentual dos factores de risco



### Enseño - Sanidade - Traballo Social Incidencia porcentual dos factores de risco



#### Avaliación do risco

A realización de comprobacións periódicas da seguridade e a saúde laboral nos lugares de traballo no marco das avaliacións de riscos, son un elemento fundamental do enfoque europeo para a SST (Directiva 89/391/CEE).

O 76% das empresas europeas afirman realizar **avaliacións de riscos periódicas**; das cales o 69% corresponden a empresas entre 5 e 9 traballadores/as, e o 96% a empresas de máis de 250 traballadores/as.

As diferenzas resultantes entre os distintos países en relación á **proporción de empresas que realizan a avaliación de riscos con medios propios** ou con servizos de prevención alleos (SPA), son considerables e altamente significativas. Así, namentres Dinamarca (76%), Reino Unido (68%) e Suecia (66%), encabezan o ranking dos países cuxas empresas realizan as avaliacións de riscos a través dos servizos de prevención propios, no outro extremo á cola de dito ranking sitúanse Eslovenia (7%), Croacia (9%) e España (11%).

Que só o 11% de empresas realicen as avaliacións de riscos con medios propios, sitúa claramente ao **Estado Español no grupo dos países europeos cun menor nivel de integración da prevención nas súas empresas**, factor altamente preocupante en termos de calidade, eficiencia e resultado das políticas preventivas que nelas se desenvolven.

*A pesares da correlación existente que nos indica que as empresas de maior tamaño, maiores posibilidades de atoparnos con que estas realicen as avaliacións de riscos con medios propios; ou que en principio, as avaliacións de riscos realizadas por SPA non teñen por que ter unha menor calidade que as realizadas con medios propios, o certo e evidente é que **cando é o propio persoal que traballa e desenvolve as tarefas produtivas, o que se implica na avaliación e control dos riscos que directamente lles afectan, os resultados son significativamente mellores, tanto en termos de identificación dos riscos, adecuación das medidas adoptadas, implicación directa dos/as traballadores/as na súa propia prevención, e como consecuencia unha maior eficacia e eficiencia preventiva que en última instancia constitúe o obxectivo esencial de toda política de SST.***

- Os **factores de risco avaliados con maior frecuencia polas empresas europeas** foron: a) A seguridade da maquinaria, equipos e instalacións cun 84%; b) posturas forzadas, esixencias físicas do traballo e movementos repetitivos cun 75%.
- No marco das novas tendencias de organización do traballo, o 13% das “empresas”, das cales o 40% corresponden á Administración Pública, teñen empregados/as que traballan nos seus fogares, e destes **só nun 29% dos casos realizouse a avaliación de riscos do lugar de traballo cando este é a vivenda do/a traballador/a.**
- Só un 62% das empresas recoñecen ter incluído nas avaliacións de riscos aos **traballadores/as subcontratados/as, autónomos/as ou a aqueles/as procedentes de axencias de traballo temporal.**
- O 90% das empresas que realizan avaliacións periódicas de riscos consideran estas de **gran utilidade para xestionar axeitadamente a seguridade e a saúde laboral.**
- Do conxunto das **empresas (24%) que non realizan avaliacións periódicas de riscos**, o 83% alegan como motivo coñecer os riscos e os perigos inherentes á súa actividade, e o 80% alega que non lles afectan riscos de importancia.

#### **Xestión xeral da seguridade e a saúde na empresa**

- O 90% das empresas europeas din poñer a disposición dos/as traballadores/as **documentación explicativa das responsabilidades e os procedementos en materia de seguridade e saúde laboral**, non existindo diferencias significativas entre sectores, mais si entre países.

- Só un 41% das empresas establecen un **orçamento específico anual para a implementación das políticas de seguridade e saúde laboral**, aumentando esta porcentaxe canto maior é a empresa e destacando por sectores neste capítulo a Administración Pública (63%).
- No 61% das empresas europeas os seus **directivos/as debaten periodicamente cuestións de seguridade e saúde laboral**, aumentando esta proporción canto maiores son as empresas.
- O 73% das empresas afirma **proporcionar formación en materia de xestión da SST aos seus mandos intermedios, xefes/as de equipo e persoal con responsabilidades**, aumentando esta proporción canto maiores son as empresas.
- Os **servizos de prevención máis utilizados polas empresas europeas** son: os/as médicos/as do traballo nun 68% dos casos, os/as médicos/as xeneralistas do servizo de prevención nun 63%, e os/as Técnicos/as de prevención nun 52%.
- En relación aos riscos psicosociais, **só nun 16% das empresas europeas fan uso da figura do/a psicólogo/a.**
- En materia de **medidas para a promoción da saúde entre os/as traballadores/as**, as empresas europeas aplican con maior frecuencia as seguintes: nun 35% actuacións para a prevención de adicións; nun 29% información e sensibilización nutricional, e nun 28% promoción da práctica deportiva fóra do horario de traballo. Estas medidas se executan con maior frecuencia nos sectores de Ensino, Sanidade e Traballo social.
- En relación ás medidas de prevención relacionadas con TMEs, o 85% das **empresas con riscos de elevación ou desprazamento de cargas pesadas ou persoas**, din contar con equipamentos de axuda para a realización destas tarefas pesadas; circunstancia esta máis habitual nos sectores da industria manufactureira, na construción, no agropecuario e na sumministración de carácter industrial.

#### **OS RISCOS PSICOSOCIAIS E A SÚA XESTIÓN**

*Os importantes cambios introducidos no mundo do traballo en relación ás tipoloxías de contratación, os axustes salariais, a organización e xestión do traballo, ou a inseguridade laboral, están a provocar a aparición de riscos psicosociais emerxentes que en moitos dos casos desembocan nun maior nivel de estrés e nun incremento do risco de grave deterioro da saúde física e mental dos/as traballadores/as.*

- Os dous **factores de risco psicosocial observados con maior frecuencia nas empresas europeas** son: a) Cun 58% os conflitos relacionais con clientes, pacientes ou

alumnos/as, e b) A presión temporal para o desenvolvemento das tarefas e a resolución das cargas de traballo cun 43%. Ámbolos dous son os factores máis prevalentes no sector do Ensino, a Sanidade, o Traballo Social e a Administración Pública.

### Xestión dos riscos psicosociais

- **Case unha de cada cinco empresas europeas afirman ter conflitos relacionais con clientes ou sufrir presión temporal**, manifestando carecer dos instrumentos e información suficiente para abordar con eficacia os riscos psicosociais.
- **Por sectores, as empresas que máis observan unha carencia de información e de instrumentos axeitados para abordar eficazmente os riscos psicosociais** son Administración Pública, Finanzas, Inmobiliario, Servizos científico-técnicos e persoais, Ensino, Sanidade e Traballo Social.

*A enquisa ESENER-2 obtivo información sobre a xestión que fan as empresas europeas en materia de riscos psicosociais fundamentalmente a través de dous preguntas: a) plans de acción e procedementos utilizados para facer fronte ao estrés, o acoso moral, o hostigamento, as ameazas, os abusos e as agresións, e b) as medidas específicas que teñen adoptado nos tres últimos anos.*

- **O 33% das empresas europeas con máis de 20 traballadores/as afirman contar cun plan de acción para prever o estrés laboral.** Cifra que aumenta co tamaño da empresa e é máis frecuente nos sectores do Ensino, a Sanidade e o Traballo Social.
- Das empresas con 20 ou máis traballadores/as que declaran ter **conflitos relacionais con clientes, alumnos/as e pacientes**, o 55% afirman contar cun procedemento para abordar este tipo de risco. Porcentaxe que aumenta até o 72% nos sectores do Ensino, a Sanidade e o Traballo Social.
- **As medidas máis frecuentes implementadas polas empresas europeas para a abordaxe dos riscos psicosociais** son: **a)** A reorganización do traballo para reducir as esixencias e presións laborais (38%), e **b)** O asesoramento confidencial aos traballadores/as (36%).
- Só o 53% das empresas europeas di contar con **información suficiente sobre como incluír os riscos psicosociais na avaliación de riscos**, incrementándose esta porcentaxe canto maior é a empresa.

### FACTORES IMPULSORES E OBSTÁCULOS

*Os factores que impulsan e incluso determinan que as empresas se ocupen ou non da xestión da SST e os riscos psicosociais son variados: o cumprimento de leis e normativas, a comprensión das vantaxes comerciais ou dos custos da non prevención, a asunción de criterios de racionalidade, etc. Á vez podemos afirmar que existen determinados factores*

*que actúan como importantes impulsores da xestión da SST e os riscos psicosociais: o nivel de sensibilización e priorización, o compromiso da dirección da empresa ou a participación dos/as traballadores/as.*

### Factores Impulsores

- Para o **85%** das empresas europeas, o **cumprimento das obrigas xurídicas** é o principal motivo para xestionar a SST.
- O segundo factor impulsor para xestionar a SST é o **cumprimento das expectativas dos/as traballadores/as ou dos seus representantes** cun **79%**.

### Atrancos

- As empresas europeas, especialmente as de menor tamaño, observan que as principais **dificultades para a xestión da seguridade e saúde no traballo** son a **complexidade xurídica** (40%) e a **burocracia** (29%), asociando a estas dificultades a falta de tempo e persoal, así como a falta de recursos económicos.

*A constatación da carencia de información así como de ferramentas de prevención en materia de riscos psicosociais, evidencia as dificultades para xestionar este tipo de factores, algúns deles moi presentes nas empresas, tales como os conflitos relacionais con pacientes, clientes e/ou alumnos/as e a presión temporal.*

- No 30% das empresas europeas, a **reticencia a falar destas temáticas** amósase como a maior dificultade para abordar os riscos psicosociais, seguida da **falla de sensibilización do persoal**.

### PARTICIPACIÓN DOS/AS TRABALLADORES/AS

*A participación formal ou institucional a través de organismos e representacións oficiais dos/as traballadores/as (comités de empresa, delegados/as sindicais, etc) en concordancia cos marcos xurídicos de cada estado, cando se combina coa participación informal (entendida esta como a implicación activa e non regulada dos/as traballadores/as) no marco do diálogo social, é indicativa dunha boa calidade do traballo nas empresas, así como dunha mellor xestión da SST e os riscos psicosociais.*

### Consultas

- Das empresas europeas que nos tres últimos anos aplicaron **medidas preventivas en materia de prevención de riscos psicosociais**, o **63%** indicaron que **os/as traballadores/as participaron na elaboración e aplicación de ditas medidas**; promedio sometido a unha importante variabilidade segundo o país de procedencia destas empresas.
- Segundo a enquisa ESENER-2, **no 81% das empresas os/as traballadores/as participan na elaboración e aplicación das medidas derivadas das avaliacións de riscos** realizadas nas súas empresas.

- O 56% das empresas, especialmente as de maior tamaño, afirman **debater e analizar cuestións de seguridade e saúde laboral cos/as representantes dos/as traballadores/as** dunha forma periódica. Nas empresas de menor tamaño, un 41% das mesmas din debater estas cuestións só cando xurde un problema concreto; tendencia que se acentúa canto menor é a empresa.
- O 70% das empresas europeas afirma que “practicamente nunca” se producen **controversias en materia de SST**. Cando estas se producen versan nun 56% dos casos sobre as medidas preventivas que deben adoptarse, e nun 45% sobre os investimentos en equipamentos.

#### Representación formal dos/as traballadores/as

- Segundo a enquisa ESENER-2, só o 25% das empresas, especialmente as de maior tamaño, contan cun comité de empresa; producíndose unha gran variabilidade entre os países nórdicos coa maior porcentaxe, e os países do leste de Europa cunha menor porcentaxe.

#### Representación formal en materia de SST

- **O/a delegado/a de prevención** cun 58%, é a figura máis presente nas empresas europeas, que se queda nun 21% cando se trata de **Comités de Seguridade e Saúde**

**Laboral**, especialmente presente nas empresas de maior tamaño.

- Das empresas europeas que teñen algún delegado/a de prevención, o 80% (sobre todo as de maior tamaño) afirma facilitarlles **formación en materia de SST dentro da xornada laboral** para facilitarlles o desempeño das súas funcións.

Os cambios económicos, sociais e tecnolóxicos están a provocar á súa vez cambios importantes e trascendentes no mundo laboral e nos lugares de traballo, con fortes implicacións entre outras en materia de riscos laborais e polo tanto en materia de seguridade e saúde dos/as traballadores/as. Así por exemplo e **segundo se deriva da enquisa ESENER-2, hoxe por hoxe os/as traballadores/as con 55 anos ou máis, representan máis dun cuarto do cadro de persoal no 21% das empresas europeas**; proporción que sen dúbida se irá incrementando progresivamente nun curto lapso de tempo; asemade por exemplo, o 13% das empresas manifestan que teñen traballadores/as que traballan dende a súa casa de maneira regular. Estes novos contextos e situacións laborais plantexan novos desafíos que esixen a adopción de medidas que garantan a seguridade e a saúde no traballo.

#### PRINCIPAIS CONCLUSIÓNS DA ENQUISA ESENER-2

<b>Os factores de risco identificados con maior frecuencia son:</b> os conflitos relacionais con clientes, alumnos/as e pacientes ( <b>58%</b> ); as posturas forzadas ou extenuantes ( <b>56%</b> ) e os movementos repetitivos de mans e brazos ( <b>52%</b> ).
<b>Os factores de risco psicosocial</b> son considerados como os máis difíciles de xestionar, ao considerar as empresas que carecen da información e os instrumentos axeitados para a súa abordaxe.
<b>A avaliación de riscos</b> realízase periodicamente polo <b>76%</b> das empresas, existindo unha correlación positiva co tamaño da empresa.
<b>As avaliacións de risco periódicas</b> son consideradas de gran utilidade para xestionar a SST entre aquelas empresas que as realizan.
<b>As avaliacións de riscos realizadas con medios propios</b> están sometidas a unha gran variabilidade entre os distintos estados, situándose o estado español nos últimos lugares ( <b>11%</b> ).
Entre as <b>empresas que non realizan avaliacións periódicas de riscos</b> , o <b>83%</b> alegan que <i>xa coñecen os riscos e os perigos</i> e o <b>80%</b> que <i>non existen problemas importantes</i> .
O <b>90%</b> das empresas afirman dispoñer dun <b>documento que explica as responsabilidades e procedementos en materia de SST</b> , especialmente nas máis grandes.
No <b>61%</b> das empresas europeas, os altos <b>directivos debaten periodicamente cuestións de SST</b> .
O <b>73%</b> das empresas europeas afirman <b>facilitar formación en materia de xestión da SST aos xefes/as de equipo e persoal con cargos de responsabilidade</b> , aumentando a proporción co tamaño da empresa así como nos sectores con maiores riscos asociados á súa actividade.
<b>As razóns que motivan ás empresas a xestionar a SST son:</b> 1º) O <i>cumprimento das obrigas xurídicas</i> (85%); 2º) O <i>cumprimento das expectativas dos/as traballadores/as</i> ou dos seus representantes (79%).
<b>A principal dificultade (30%) que manifestan as empresas europeas para abordar os riscos psicosociais</b> é a reticencia existente para falar abertamente destas cuestións.
Só o <b>53%</b> das empresas europeas enquisadas din contar con <b>información suficiente sobre como incluír os riscos psicosociais nas avaliacións de riscos</b> , variando máis os resultados por tamaño da empresa que por sector de procedencia.
Nas empresas europeas <b>os/as profesionais máis utilizados dos servizos de prevención</b> son: cun 68% os/as médicos/as do traballo; cun 63% os/as médicos/as xeneralistas dos servizos de seguridade e saúde laboral, e cun 52% os/as técnicos/as de prevención de riscos laborais. En relación aos riscos psicosociais, só o 16% das empresas fan uso da figura do/a psicólogo/a.
<b>En relación coa representación dos/as traballadores/as</b> , a figura máis recurrida nas empresas cun 58% é a dos/as delegados/as de prevención.
Das <b>empresas que aplicaron medidas para previr os riscos psicosociais nos últimos tres anos</b> , o 63% das mesmas indican que os/as traballadores/as participaron na elaboración e aplicación de ditas medidas.



## Aínda sen avaliación de riscos?

**S**egundo a enquisa ESENER-2, que se analiza neste número do boletín, un 76% das empresas europeas afirman realizar avaliacións de riscos. Outro dato extraído da mesma enquisa: un 69% das empresas que teñen entre 5 e 9 traballadores/as teñen avaliación de riscos por un 96% das que teñen máis de 250 traballadores/as. Se consideremos que os datos son correctos, isto significa que un 34% das empresas, sobre todo pequenas e medianas, non teñen avaliación de riscos...

A Lei 31/1995 de prevención de riscos laborais, que leva xa en vigor nada menos que 20 anos, no seu artigo 14 establece que os/as traballadores/as teñen dereito a unha protección eficaz en materia de seguridade e saúde no traballo e que ese dereito supón un correlativo deber do/a empresario/a de protección dos/as traballadores/as fronte aos riscos laborais. Afondando neste deber de protección, a Lei indica que, no marco das súas responsabilidades, o/a empresario/a realizará a prevención de riscos laborais mediante a integración da actividade preventiva na empresa e a adopción das medidas necesarias para a protección da seguridade e a saúde dos/as traballadores/as, entre as que se inclúe a avaliación de riscos.

A avaliación de riscos constitúe o núcleo de toda a actividade preventiva na empresa, como así o recoñece a Lei 31/1995 de prevención de riscos laborais no seu artigo 16 no que a define como “instrumento esencial para a aplicación do plan de prevención de riscos”.

Debe ser considerada como un proceso **dinámico** que permite ás empresas e organizacións adoptar unha política activa de xestión de riscos no lugar de traballo. Unha avaliación de riscos axeitada garante que nas actividades que se realizan en relación ao posto de traballo, se teñan en consideración os riscos aos que están expostos traballadores/as, que se proponhan e adopten medidas encamiñadas a eliminar ou minimizar os riscos atopados, que se comprobe a eficacia das medidas de seguridade adoptadas, que se documenten os resultados e que se realicen as revisións periódicas oportunas para asegurar a vixencia da avaliación.

A avaliación permite **identificar** os riscos existentes en cada posto, así como **estimar a magnitude** daqueles riscos que non puideron ser evitados, co fin de **aportar información precisa** para que o/a empresario/a adopte as medidas preventivas oportunas.

Segundo o RD 39/1997, Regulamento dos Servizos de Prevención, a avaliación de riscos **deberá ser realizada** por persoas competentes na materia, é dicir coa capacidade necesaria en función da complexidade da avaliación (ver Capítulo VI). En calquera caso e sempre que se conte coa formación esixida, poderán realizar a avaliación o/a propio/a empresario/a (naquelas empresas de menos de 25 traballadores/as cuxa actividade non estea incluída no Anexo I do RD 39/1997), traballadores/as designados/as, o servizo de prevención propio ou un servizo de prevención alleo.

Existen moitos métodos para levar a cabo unha correcta avaliación de riscos e para presentar os resultados obtidos,

aínda que todos seguen unha estrutura de traballo que abarca as fases de *preparación*, *execución*, documentación e rexistro e *control*.



Na fase de **preparación** recabarase información sobre a actividade ou actividades que se van avaliar, o que permitirá aos técnicos/as decidir o enfoque e as pautas a seguir; a información obtida conterá datos sobre a empresa, actividade á que se adica, procesos que se realizan, condicións e organización do traballo, instalacións, postos de traballo e persoas que os ocupan, tarefas por posto, equipos, ferramentas e produtos empregados no traballo.

A fase de **execución** combina as actividades de identificación de perigos e de estimación do risco (para o que se sopesan tanto a probabilidade de que se materialice o perigo como as posibles consecuencias que tería esa materialización); esta estimación ou valoración dos riscos se realizará segundo criterios obxectivos definidos previamente e permitirá “medir” os riscos derivados da actividade da empresa. A valoración dos riscos resulta especialmente importante, posto que indicará a prioridade das actuacións que conduzcan a evitar ou minimizar aqueles riscos que non puideron ser evitados. De xeito habitual os riscos clasifícanse en tolerables, moderados, importantes e intolerables, aínda que é posible atopar nas avaliacións de riscos outras clasificacións (numérica por exemplo) igualmente válidas. Neste punto, procederase á planificación das medidas a implantar, priorizando estas en función dos resultados obtidos na avaliación, co fin de eliminar ou, en todo caso, reducir os riscos atopados.

Tan importante como identificar e avaliar os riscos é establecer un plan de prioridades, que dependerá dos riscos presentes na empresa e da súa valoración, no que se especifique claramente as **tarefas** a realizar, **responsables** de levar a cabo as actuacións precisas, **tempo** de execución e **medios** (materiais, personais, organizativos) que se destinan.

**Rexistro e documentación:** basearase en plasmar nun documento o traballo realizado tanto na fase de preparación como na de execución. Este documento, que conterá así mesmo unha explicación do método empregado na avaliación dos riscos, será a folla de ruta da actividade preventiva, xa que nel quedará reflectida a información relativa aos riscos a ter en conta na actividade laboral, a súa valoración así como a priorización das medidas destinadas a eliminar ou reducir os riscos. Como decíamos anteriormente, a avaliación é un proceso dinámico, polo que o documento deberá estar en continua revisión.

CONTIDO MÍNIMO QUE DEBE CONTER A DOCUMENTACIÓN DUNHA AVALIACIÓN DE RISCOS
Identificación do posto de traballo
A relación de traballadores/as afectados/as
Os riscos existentes
O resultado da avaliación para cada risco detectado
Medidas preventivas procedentes para cada risco detectado
Referencia aos criterios e procedementos empregados na avaliación, así como dos métodos de medición e análise empregados.

Non menos importante que as anteriores é a **Fase de control**, na que se levarán a cabo as actividades de seguimento das medidas propostas, verificando a súa pertinencia, o grao de aplicación ou posibles necesidades de axuste, os resultados obtidos logo de seren aplicadas as medidas correctoras, a observación de posibles cambios nas condicións tidas en conta para a realización da avaliación que indiquen a necesidade de revisión,...

Nos casos nos que da avaliación se desprenda a necesidade de adoptar medidas preventivas, deberase eliminar ou reducir o risco mediante medidas de prevención **na orixe** do risco, que serán de tipo organizativo, de protección colectiva, de protección individual e de formación e información aos traballadores/as. Así mesmo, deberanse controlar periodicamente as condicións de traballo e o estado de saúde dos/as traballadores/as.

Derivado do traballo con novos materiais (nanomateriais, produtos químicos,...), novos procesos ou novas formas de organización, resulta cada vez máis frecuente atopar riscos para os que non existe unha lexislación específica. Nestes casos será necesario acudir a normas ou guías técnicas nas que se indique o procedemento a seguir na avaliación ou os niveis máximos de exposición recomendados. En calquera caso o/a técnico/a que realice a avaliación deberá observar un principio de prudencia cando se enfrente a estas novas condicións de traballo.

Co fin de facilitar a empresarios/as de pequenas empresas o cumprimento da obriga de realizar e manter actualizada a avaliación de riscos da súa propia empresa, organismos públicos, como o Instituto Nacional de Seguridade e Hixiene no Traballo ou a Axencia Europea de Seguridade e Saúde Laboral, teñen en marcha proxectos como **Prevención 25** ou **OIRA**; en ambos casos, trátase de ferramentas informáticas interactivas e gratuítas que axudan aos usuarios/as a realizar unha identificación e avaliación de riscos, orientan na planificación de accións preventivas así como no seguimento e documentación do proceso.

**Consulta e participación**

O/a empresario/a consultará, coa debida antelación, aos representantes dos/as traballadores/as sobre o procedemento de avaliación de riscos a empregar na empresa, así como sobre as fórmulas de información aos traballadores/as sobre os riscos no traballo, tanto os que afectan a toda a empresa como os específicos de cada posto de traballo.

Os/as delegados/as de prevención terán acceso á información e documentación relativa ás condicións de traballo que sexan necesarias para o exercicio das súas funcións, entre a que se atopa a avaliación de riscos, e poderán suxerir a corrección de omisións ou incumprimentos; así mesmo poderán acompañar aos técnicos/as que realicen a avaliación, podendo formular ante eles as observacións que estimen oportunas.

CANDO REALIZAR UNHA AVALIACIÓN DE RISCOS	
Ao inicio da actividade	En todos os postos de traballo da empresa. (*)
Periodicamente	Segundo o estableceza unha disposición específica
	No caso de detectarse danos na saúde dos/as traballadores/as
	No caso de constatar que as actividades preventivas son inaxeitadas ou insuficientes.
	Cando así o acorden empresa e representantes dos/as traballadores/as.
En calquera momento no que un posto se vexa afectado por	Cambio nos equipos de traballo.
	Cambio ou introdución de preparados ou substancias químicas.
	Introdución de novas tecnoloxías.
(*) Ao realizar a avaliación por posto, hai que considerar se existe algunha posibilidade de que o/a traballador/a que o ocupe ou vaia a ocupalo sexa especialmente sensible, polas súas características persoais ou estado biolóxico coñecido, a algunha das condicións presentes ou previstas do posto.	

**Documentos de referencia**

Directiva marco 89/391  
 Lei 31/1995 de prevención de riscos laborais e a normativa que a desenvolve  
<https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/oira>  
<https://www.prevencion10.es/site-web/home.seam?conversationId=1038834&conversationPropagation=join>

## As desigualdades na saúde e no traballo: Determinantes Sociais

**O** proceso xeral da globalización -especialmente nos últimos anos-, vén caracterizándose polo amplo e masivo desenvolvemento de políticas neoliberais de carácter socioeconómico, con devastadoras consecuencias en termos de pobreza, desigualdade e perda de dereitos.

Aínda que tanto en estudos de carácter nacional como internacional téñense abordado os efectos das políticas neoliberais sobre as condicións económicas das persoas, non acontece o mesmo en relación aos efectos que ten o traballo sobre as desigualdades na saúde. Neste senso, as liñas de traballo, investigación ou estudo en materia de saúde laboral, veñen centrándose nos factores de riscos existentes nos centros ou lugares de traballo, obviando o papel que a todas luces xogan os determinantes sociais relacionados co emprego na xeración de desigualdades e a súa relación coa vida e a saúde das persoas.

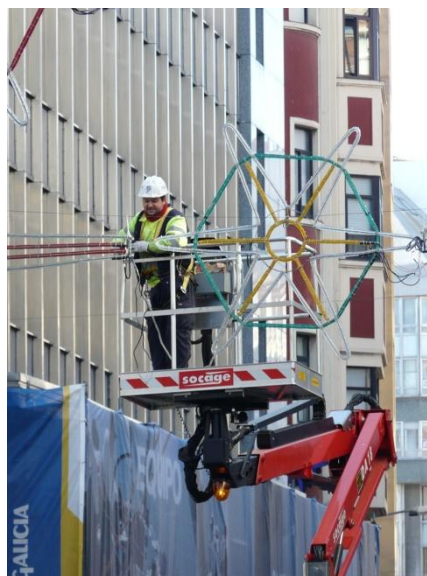
A análise dos problemas de saúde co denominado **enfoque dos determinantes sociais** é un tema central na axenda da Organización Mundial da Saúde (OMS). Estamos a falar dun campo de estudo novo aínda non suficientemente delimitado, que en ocasións tende a confundirse co tradicional enfoque de factores de risco.

Na asemblea do ano 2004, a OMS promoveu a directriz de traballar sobre os determinantes sociais da saúde, co gallo de desenvolver unha estratexia que relacionara o coñecemento científico existente coas causas socio-estruturais dos problemas de saúde do conxunto da poboación, coa intención de recuperar un enfoque de saúde universal fundamentado na Atención Primaria.

Dende aquel ano 2004 sucedéronse múltiples traballos en forma de artigos, informes e estudos, a través dos cales o concepto rematou por adquirir unha dobre significación, por unha banda os factores sociais que ben promoven ou ben deterioran a saúde das persoas e dos grupos sociais; e por outra, os procesos que subxacen á desigual distribución deses factores entre os distintos grupos sociais.

Así logo **o campo de coñecemento dos determinantes sociais fundaméntase na análise das desigualdades**, entendidas estas como aquelas diferenzas no estado de saúde das persoas que son evitables e polo tanto inxustas: ingresos, riqueza, emprego estable, alimentación saudable, hábitos de vida saudables, atención sanitaria, educación, lecer, etc.

O actual e exponencial incremento das desigualdades sociais que están a xerar as políticas neoliberais, tanto a niveis de territorios como de clases sociais, teñen como consecuencia directa as condicións de saúde que sofren os distintos segmentos da poboación; constatándose que en termos estatísticos, a prevalencia e incidencia do conxunto das enfermidades crónicas e agudas correlacionan directamente coa estrutura social, afectando en maior medida canto máis abaixo se está nesa estrutura.



### Perspectivas teóricas e complementarias da orixe das desigualdades na saúde

A explicación da orixe das desigualdades en termos de saúde entre os distintos grupos sociais, fundaméntase basicamente en tres perspectivas teó-

ricas complementarias entre si, a saber:

**A teoría psico-social:** afirma que a autopercepción en relación á xerarquía ou o status que se ocupa en sociedades fondamente desiguais, cando este é baixo, é percibido como discriminatorio, xera tensións e maior propensión ás enfermidades rematando por orixinar en moitos casos importantes danos á saúde. Sociedades fondamente desiguais que provocan que as persoas máis desfavorecidas tendan a comparar o seu status, posesións, salario ou prestixio profesional, xenerando en moitos dos casos un sentimento de desvalemento, minusvaloración e autodesprezo, con consecuencias científicamente comprobadas en termos de afectación do sistema neuroendocrino. Deterioro da saúde que nestes casos tamén pode verse afectada e agudizada, como consecuencia da ruptura dos vínculos sociais e o desmantelamento das redes sociais de apoio que provocan este tipo de sociedades.

Esta teoría vese empiricamente apoiada por exemplo, pola menor esperanza de vida e as maiores taxas de mortalidade que sofre a poboación afrodescendente en países de orixe anglosaxón, a pesares de ter razoablemente satisfeitas tanto as súas necesidades básicas como salariais, en contornas sociais que manteñen profundas desigualdades.

**A teoría da produción social da enfermidade:** sostén que os escasos ingresos dalgunhas persoas e grupos sociais provocan unha falta dos recursos que necesitarían para superar os factores que afectan á súa saúde e rematan por producir enfermidade.

Esta teoría afirma que as prioridades do capitalismo: a acumulación de prestixio, riqueza e poder, lógranse sacrificando o benestar e o estado de saúde dos menos avantaxados da sociedade.

Esta perspectiva non nega a teoría dos factores psicosociais.

**A teoría ecosocial:** reunindo elementos das dúas anteriores teorías, afirma que cada organización social e biolóxica constitúe en si mesma un ecosistema que actúa como un todo e condiciona a situación da saúde, de tal xeito que tanto o contexto social como o medio ambiente físico (laboral, habitacional,...) interactúa coa bioloxía das persoas afectando dunha ou doutra maneira á súa saúde. Este proceso no seu conxunto, configura determinados “estilos de vida” colectivos non baseados en decisións individuais, mais si altamente definidos polas oportunidades proporcionadas polo medio social no que se vive.

### Desigualdades sociais e mala saúde

Pódese considerar que de facto existe consenso entre os distintos investigadores neste campo, que **as desigualdades no contexto social cumpren un papel esencial no estado de saúde das persoas.**

As causas sociais actúan de maneira indirecta a través de determinantes específicos que se configuran como precursores ou desencadenantes -especialmente naquelas persoas que ocupan un status socioeconómico baixo na estrutura social- que na práctica actúan como factores intermedios: bens materiais, hábitos de vida e de saúde, factores biolóxicos e factores psicosociais.



### Factores máis relevantes das Teorías dos determinantes sociais na xeración de desigualdades na saúde

Sen ter dispoñible até agora unha metodoloxía que nos permita determinar o peso específico que pode ter cada factor na xeración das desigualdades

na saúde, as distintas teorías -complementarias entre si- anteriormente expostas, inciden cada unha delas segundo o seu enfoque, naqueles factores que consideran máis determinantes.

Así a **Teoría psico-social** expón como determinantes a falta de redes de apoio e asistencia social, e os eventos traumáticos que os individuos (cunha lóxica maior prevalencia dos pobres) poden ter experimentado na súa vida. Esta tese susténtase no feito constatado de que, as sociedades socialmente máis cohesionadas, participativas e democráticas, con redes públicas de apoio e protección social efectiva, presentan uns mellores niveis de saúde, independentemente dos seus ingresos de renda por habitante.

A **Teoría da produción social** sostén que a precariedade das condicións materiais en materia de: alimentación, vivenda ou condicións de traballo, xeran riscos diferenciais nos distintos estratos sociais con consecuencias directas nas desigualdades de saúde. Asemade defenden que as persoas con mellores condicións materiais, tenden a ter maiores recursos económicos e cognitivo-educativos, o que lles permite previr mellor os danos na súa saúde.

A **Teoría do curso da vida** incide na tese de que os determinantes sociais operan de xeito diferenciado nas distintas etapas da vida das persoas, podendo chegar a afectar á súa saúde como consecuencia de circunstancias (malnutrición, carencias de todo tipo, infeccións, hábitos, etc.) presentes ou pasadas, cuxos efectos e consecuencias pódense manifestar en forma de enfermidade de xeito inmediato ou con posterioridade ao longo da vida do suxeito.

**Outras teses** con menor predicamento e aval científico en relación á importancia dos factores determinantes que propoñen, afirman que os hábitos de vida prexudiciais para a saúde teñen unha extraordinaria importancia nas desigualdades na saúde, sendo máis prevalentes en grupos e persoas con baixo status socioeconómico.

### Tipos de Determinantes Sociais

Nos Determinantes Sociais podemos distinguir entre determinantes estruturais e determinantes intermedios en relación ás desigualdades na saúde.

Os **determinantes estruturais** fan referencia ao contexto político e socioeconómico, en relación a factores que determinan e/ou inflúen na estratificación social, así como na distribución de recursos e poder dentro da mesma.

Os distintos *eixos de desigualdade*, como a clase social, a idade, a etnia, a raza, o territorio de procedencia, residencia ou o xénero, rematan por determinar xerarquías de poder dentro da estrutura social que á súa vez inflúen nas posibilidades de ter unha mala ou boa saúde en función da exposición aos chamados **determinantes intermedios** que, ben directa ou indirectamente xunto coa posición de poder, rematan por ter un significativo impacto na saúde. Recursos materiais; condicións de emprego e de traballo: situación laboral, precariedade, desemprego, exposición a riscos físicos, ergonómicos, químicos ou psicosociais, sobre cargas de traballo, horarios excesivos, baixos salarios; calidade habitacional, equipamentos dispoñibles na zona de residencia, etc.; factores estes e outros que acaban por influír significativamente en importantes procesos psicosociais tales como o autocontrol, a autorrealización, a frustración ou a satisfacción persoal, con importante incidencia e repercusión nos comportamentos individuais asociados á saúde.

Non sendo os servizos sanitarios o factor determinante na xeración de desigualdades, é indubidable o efecto amortiguador dos mesmos, cando estes teñen unha certa calidade e son accesibles para os grupos sociais máis desfavorecidos.

### Perspectiva sociolaboral

A historia das relacións laborais referénciase nas diferencias de poder e o persistente conflito entre capital e traballo, hoxe por hoxe evidenciado

por un proceso de globalización no que tanto as reformas laborais dos gobernos de turno, como as prácticas laborais de empresas e corporacións multinacionais e transnacionais, enfrontan os seus intereses a nivel planetario cos miles de millóns de traballadores/as que só posúen a súa forza de traballo para sobrevivir en dependencia das condicións que estas lles rematan por impoñer. Condicións impostas coa colaboración dos gobernos da dereita neoliberal, en materia de estándares laborais, normativas de seguridade e saúde laboral, ou de cada vez máis limitados niveis de liberdade e dereitos laborais, que en definitiva afectan decisivamente á saúde e a calidade de vida da gran maioría da poboación traballadora.

*Non cabe dúbida que as desigualdades na saúde en relación ao emprego, actúan como un indicador especialmente explicativo en relación á distribución do benestar e a xustiza social, e polo tanto do nivel e a calidade democrática que disfruta unha sociedade.*

En termos sociolóxicos podemos afirmar que **a orixe das desigualdades** na saúde en relación ao emprego, non é en si mesma unha práctica neutra e desprovista de xuízos de valor; máis ao contrario, é o resultado directo dun flagrante conflito de intereses entre os segmentos sociais que historicamente detentan o poder: grandes propietarios de bens e empresas, directivos ao servizo destas e gobernos influídos por determinadas ideoloxías, fronte a unha ampla maioría social representada polo conxunto dos/as traballadores/as.

É evidente que se o problema é social, a solución debe ser social e polo tanto política. Neste eido, as solucións pasan necesariamente por un maior equilibrio de poder nas relacións laborais entre empresas e traballadores/as, e unha maior e mellor participación destes últimos na toma de decisións no seo das empresas, como elemento de garantía para mellorar a protección da súa saúde e seguridade laboral. *Resulta extraordinariamente inxenuo pensar que aqueles que promoveron,*

*consolidaron e defenderon as medidas de reforma e axuste que nos levaron a esta situación de retroceso social, así como de dereitos e liberdades, poidan promover dende a súa atalaia institucional os cambios legislativos e socioeconómicos necesarios,*

Os tipos de emprego, as condicións de traballo e o propio desemprego teñen unha implicación directa sobre a saúde dos/as traballadores/as afectados/as, así como no desenvolvemento das desigualdades asociadas á clase social ou ao xénero. *Para crear emprego e que este sexa xusto ou digno, para mellorar e reducir as desigualdades en materia de saúde, faise imprescindible restituír un equilibrio de poder máis equitativo nas relacións laborais.*



Nun sistema político-económico capitalista e globalizado, as decisións adoptadas por determinadas institucións e corporacións internacionais, rematan por condicionar en gran medida importantes cuestións de normativa laboral ou de seguridade e saúde no traballo que finalmente afectan a millóns de traballadores/as. Asemade unha gran cantidade de empresas xeran empregos precarios con condicións de traballo realmente deplorables, sen por iso ser socialmente visibles nin controlables. *Nesta tesitura é evidente que non pode ser o mercado nin os actores que del se benefician os que regulen o emprego e o traballo digno en axeitadas condicións.*

As condicións de traballo, incluído o modelo organizativo do mesmo, determinan o abano de riscos aos que se está exposto no lugar de traballo. Condicións materiais como o ambiente físico, químico ou biolóxico; as condicións ergonómicas e biomecánicas, ou

as condicións organizativas e xerárquicas: xestión, control do traballo, ritmos e cargas de traballo, tarefas e responsabilidades, relacións de poder e dependencia, a discriminación sociolaboral ou a participación dos/as traballadores/as na toma de decisións, determinan en definitiva a presenza de importantes factores con relevante importancia en materia de saúde laboral.

### Traballo digno e emprego decente

A reclamación do establecemento de condicións dignas de traballo e dun emprego decente, ten que ser recoñecida como unha prioridade irrenunciable no marco da declaración universal de dereitos humanos. Nesta liña vamos a enumerar as características mínimas que debería reunir un emprego digno:

- Emprego libre de todo tipo de coacción e presións ao traballador/a.
- Emprego seguro e estable en termos de contratación e condicións de traballo.
- Emprego suficientemente remunerado para levar unha vida digna na que se cubran con suficiencia as necesidades básicas do/a traballador/a e a súa familia.
- Emprego socialmente protexido e con beneficios sociais, que garanta unha renda de xubilación suficiente, e contemple medidas para facilitar a conciliación entre a vida laboral e familiar.
- Valorización, respecto e dignidade no traballo, garantindo a non discriminación por razóns de xénero, etnia, raza, ideoloxía, relixión ou clase social.
- Dereito a un marco regulado en materia de relacións laborais, que garanta a participación dos/as traballadores/as nas súas empresas, así como como a negociación colectiva das condicións de traballo a través dos seus representantes sindicais electos/as.

g) Que o emprego proporcione non só un medio digno e suficiente de sustento, senón que como parte integral da realidade vital, dentro do posible non constrinxan nin reduza as capacidades humanas, produtivas e creativas do/a traballador/a.

**As desigualdades na saúde derivadas do emprego están estreitamente relacionadas con outras e importantes desigualdades sociais: a educación, a participación política ou a riqueza que se posúe entre outras.** Neste senso a regulación das relacións laborais cobra unha extraordinaria importancia, xa que pode influír decisivamente na redistribución de recursos entre os distintos estratos sociais, proporcionar oportunidades de benestar e creación dun proxecto vital sólido, facilitar unha axeitada atención sanitaria, ou pola contra propiciar e favorecer a exposición aos riscos e as enfermidades.

#### **Desemprego, un veneno para a saúde e a igualdade. O caso español**

Se abordamos o caso español tras a brutal reforma laboral levada a cabo polo PP nestes últimos anos, con tremendas consecuencias en parámetros de desemprego e desprotección social, atopámonos en primeiro lugar cun modelo de cómputo e rexistro dos/as traballadores/as en situación de paro, pensado para minimizar e maquillar as cifras reais desta situación co gallo de aforrar custos económicos en protección social e minimizar no posible os custos políticos desta extraordinaria traxedia social.

Parámetros estes que exclúen a amplos grupos de poboación que perfectamente poderían ser considerados como parados ou infraempregados, se nos atemos ás consecuencias derivadas da súa situación real e non a criterios de carácter formal: grandes segmentos de traballadores/as pobres con empregos precarios e ingresos baixos e irregulares; traballadores/as a tempo parcial sen a oportunidade dun emprego estable a tempo completo, desempregados/as hastiados/as e desmotivados/as que xa non buscan acti-

vamente emprego, proxenitores con dificultades para acceder ao emprego por falta de garderías e outros dispositivos facilitadores da conciliación laboral e familiar, miles e miles de traballadores/as atrapados na economía informal contra a súa vontade, autoempregados/as precarios/as desesperados/as por conseguir cando menos un medio mínimo de subsistencia, traballadores/as parados/as que asisten a cursos de formación, etc., etc., etc.

A análise do impacto que as condicións do emprego/desemprego ten sobre a saúde dos/as traballadores/as, require da análise da precariedade, do traballo informal e a economía sumerxida, do traballo intermitente, do traballo a tempo parcial, a inseguridade contractual, ... e outras condicións de emprego que a todas luces modulan a intensidade e o alcance dese impacto.

#### **Definición de precariedade no emprego**

*A precariedade do emprego pode considerarse como un construto multidimensional definido segundo seis dimensións:*

- 1) A temporalidade do contrato (inestabilidade/inseguridade).
- 2) O poder de decidir sobre as condicións de traballo.
- 3) A vulnerabilidade (indefensión) ao abuso ou malos tratos.
- 4) O nivel dos salarios (baixos ou insuficientes).
- 5) Os dereitos legais (ausencia ou insuficiencia).
- 6) A incapacidade dos traballadores para exercer dereitos legais.

Tanto no Estado español como especialmente se cadra na Galiza, o desemprego pode ser considerado como unha enfermidade social con carácter epidémico, con múltiples consecuencias para a saúde e amplos e nefastos efectos sociosanitarios.

Á vista está que **a actual situación de desemprego agravada pola reforma laboral e os recortes económicos en servizos e protección social, teñen incrementado de maneira exponen-**

#### **cial as desigualdades entre as persoas:**

a pobreza, a inseguridade laboral, os desafiuzamentos habitacionais, a imposibilidade de realizar estudos universitarios ou a dificultade para crear e desenvolver un proxecto vital e familiar entre outras moitas consecuencias.

Por outra banda o paro, e máis o paro de longa duración, actúa como un factor fortemente desmotivador e cercenador no desenvolvemento das carreiras ou traxectorias profesionais das persoas, introduce tensións e importantes niveis de deterioro nas relacións familiares e interpersoais, xera frustración, desesperanza e temor polo presente e polo futuro, aumenta o fracaso escolar dos fillos, reduce substancialmente a autoestima e incrementa os índices de violencia doméstica e de xénero. En definitiva, a situación de paro ou desemprego triplica os problemas de ansiedade e depresión en relación ás persoas con emprego, aumenta as condutas de risco e drogadicción, provoca unha alimentación de menor calidade, e polo tanto se incrementa o risco de ter peor saúde e enfermarse, aumentando incluso as posibilidades de morte prematura ou incrementando significativamente as taxas de suicidio en persoas desesperadas pola súa situación.

Os grupos sociais máis afectados polas consecuencias do desemprego son sen dúbida as clases traballadoras e dentro destas os obreiros, os peóns, os operarios, os inmigrantes e as familias monoparentais nas que as mulleres son



maioría. Un dato revelador por exemplo é que un parado “normal” sen subsidio de desemprego ten tres veces máis posibilidades de sufrir problemas de saúde mental que un traballador/a ou técnico/a profesional, mais se o parado é un obreiro as súas posibilidades multiplícanse por sete.

En calquera caso a enorme magnitude do fenómeno do desemprego, fai que este alcance tamén a unha gran parte da chamada clase media, composta por profesionais cualificados/as de todos os sectores, técnicos/as especialistas, pequenos/as empresarios/as, comerciantes e outros/as, que como o resto dos/as traballadores/as padecen a lacra do desemprego e a inanición político-social.

### Alguns datos da EPA do 1º trimestre do 2016

**No Estado español** ao termo deste primeiro trimestre do ano 2016 estaban computados 22.821.000 activos ou persoas en idade e con disposición para traballar. Do total de activos, 18.029.600 tiñan un emprego (independentemente da calidade e precariedade do mesmo), e un total de 4.791.400 traballadores/as estaban desempregados/as.

Destes 4.791.400 parados/as, tan só, 2.055.099 traballadores/as cobran prestación; ou dito doutro xeito, 2.736.301 traballadores/as non cobran a prestación por desemprego. Iso si, o Goberno neoliberal do PP no Estado, baixou os orzamentos mensuais adicados aos parados/as dos 1.794 millóns do ano anterior aos 1.594 millóns deste ano, 20.400 millóns de euros menos ao ano.

Outro dato de vital importancia para entender a magnitude da situación é que a taxa de temporalidade na contratación sitúase practicamente no 25%, incrementándose progresiva e continuamente dende a reforma laboral do PP, o que indica que a calidade do emprego até de agora creado deixa moito que desexar, multiplicándose exponencialmente o número de traballadores/as pobres con empregos precarios e moi mal remunerados.

Por se isto fora pouco, entre xaneiro e marzo pasados, había 719.100 fogares nos que non entraba ningún tipo de ingresos; e en 1.610.900 fogares, ningún dos seus membros tiña emprego algún.



**No caso da Galiza**, os datos se cadra son aínda peores. Segundo a EPA deste primeiro trimestre do ano 2016 o comportamento do mercado de traballo galego segue a ser peor que o do conxunto do Estado. O mes de abril rematou no noso país con 228.153 parados/as rexistrados no SEPE, o que supón unha pírrica baixada do 1,57% con respecto a marzo.

Ao mesmo tempo, a elevada rotación dos poucos empregos que se crearon e a escasa duración dos contratos son outros dos sinais de identidade do mercado de traballo galego neste mes; os datos amosan que para tan só 3.644 desempregados/as menos rexistráronse 67.941 contratos, o 91,3% deles de carácter temporal.

Tendo en conta como están as cousas e que só un 46,9% dos/as parados/as galegos/as ingresaron no último trimestre algún tipo de axuda, podemos aventurar que en tanto en canto non se derroga a reforma laboral e se leven a cabo outro tipo de políticas económicas e sociais, o emprego e os salarios serán cada vez máis precarios, seguirá a aumentar a desigualdade e a inxustiza; e todo iso nun contexto político-social de perda de dereitos e liberdades, mais tamén de calidade de vida e esperanzas de futuro.

### A solución da OMS

Erradamente adoitamos pensar influídos pola cultura dominante, que as causas inmediatas dos problemas de saúde das persoas teñen que ver fundamentalmente cos malos hábitos alimentarios, comportamentos tóxicos ou de drogadicción, ou a falta de exercicio físico, mais sendo isto relativamente certo, a verdade é que o que realmente está na orixe das causas dos problemas de saúde da poboación ten moito que ver coas circunstancias nas que as persoas viven, traballan e envellecen. Circunstancias estas directamente influídas por factores políticos, sociais e económicos que rematan por xerar fondas desigualdades de saúde política e socialmente evitables.

A pasada historia de crises e recesións económicas, tennos amosado como en moitísimas ocasións as políticas aplicadas baixo a escusa da súa superación, derivaron en perniciosos efectos de longo prazo para a saúde de grandes segmentos da poboación. O desemprego e especialmente o desemprego de longa duración, a precarización do emprego, o empeoramento das condicións de traballo, o deterioro dos servizos públicos de saúde e educación, ou a redución a ultranza dos sistemas de protección social, introducen un cambio diferencial e significativo que se traduce nun impacto directo e de gran alcance en termos de desigualdade social e saúde para a maioría social traballadora.

Un recente informe da Organización Mundial da Saúde (OMS) estima nun 1,3 billóns de euros anuais o custo das desigualdades en Europa só no que incumbe á saúde laboral e a falta de prevención. Cifra superior á meirande parte dos PIB dos distintos estados europeos, resultado de calcular o custo de enfermidades e discapacidades laborais e o seu impacto na produción, os impostos deixados de pagar por esta circunstancia e os custos sociais asumidos polas distintas Administracións Públicas. Se tiveramos que dimensionar esta cantidade en relación ao custo social e sanitario derivado das

desigualdades nestes ámbitos, o seu valor sería inconmensurable.

A propia OMS plantexa a través deste informe a necesidade de actuar decisivamente sobre os determinantes da saúde, sobre as condicións sociais nas que as persoas nacen, viven, traballan e envellecen como a forma máis efec-

tiva de reducir significativamente as desigualdades, por outra banda tan fundamentalmente inxustas e evitables. Unha actuación fundamentada en políticas públicas que promovan unha especial protección á infancia; unha educación e formación pública accesible e de maior calidade; un traballo xusto, es-

table e seguro; unha calidade aceptable da vivenda; unha axeitada protección e inclusión social; un envellecemento en condicións de igualdade e suficiencia; unhas comunidades cohesivas e uns sistemas universais de saúde pública.

#### Documentos de referencia

- *"Determinantes sociais da saúde"*. Comisión sobre Determinantes Sociais da Saúde. 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 Estudos das Desigualdades Sociais en Saúde en España. En: *As desigualdades sociais na saúde 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
- *Os determinantes sociais da saúde: máis aló dos factores de risco*. Luz Stella Álvarez Castaño

## TABOLEIRO

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

**Glifosato**

A través dunha Resolución, o Parlamento Europeo aprobou por **sete anos**, en lugar dos quince inicialmente propostos, e exclusivamente para **uso profesional**, a renovación de comercialización da sustancia activa denominada glifosato. Na resolución se solicita que se reconsidere este permiso cando a Axencia Europea de Sustancias Químicas presente a clasificación harmonizada do glifosato.

A comisión negociadora do Acordo Estatal do Sector do Metal (AESM) asinou o acordo que o transforma no **Convenio Estatal da Industria, a Tecnoloxía e os Servizos do Sector do Metal (CEM)**.

As novidades afectan, entre outras cousas, á regulación da Tarxeta Profesional do Sector do Metal (TPSM), a homologación de **actividades formativas en materia de prevención de riscos laborais**, a **homologación das entidades formativas** (servizos de prevención alleos ou empresas encadradas nos sectores de actividade establecidos no convenio).

Outra volta ao "negocio da formación en prevención".

Non asinaron o acordo ELA, LAB e CIG.

**Aprobada a revisión da Directiva sobre deseño e comercialización de equipos de protección individual**, a través do **REGULAMENTO (UE) 2016/425 DO PARLAMENTO EUROPEO E DO CONSELLO** de 9 de marzo de 2016 relativo aos **equipos de protección individual**, polo que se deroga a Directiva 89/686/CEE. A norma establece os requisitos sobre **deseño**, fabricación de EPI que vaian a **comercializarse** co fin de garantir a **protección da saúde e a seguridade** dos usuarios/as e establecer as normas relativas á libre circulación dos EPI na Unión. O texto será directamente aplicable a **fabricantes, axentes importadores e distribuidores** sen pasar por unha transposición á lexislación nacional.

EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



[www.cigsaudelaboral.org](http://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@galizacig.net](mailto:saudelaboral@galizacig.net)

