

# Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 70

NÚMERO 4

Julio-Agosto 1996

## EDITORIAL

La salud pública y la salud de los trabajadores. **JJ Francisco Polledo. 363**

## COLABORACIONES ESPECIALES

Conflictos y orientaciones éticos en la relación entre salud y trabajo. **G Berlinguer. 367**

La seguridad y salud en el trabajo desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. **J Gómez-Hortigüela Amillo. 385**

Los sistemas de información y la vigilancia en salud laboral. **M García Gómez, E Gil López. 393**

Prevención y control del riesgo de los productos químicos. **F Vargas Marcos. 409**

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: datos para la reflexión. **M Zimmermann Verdejo, J Maqueda Blasco, A Almodóvar y MV de la Orden Rivera. 421**

El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales. **M Gallo Fernández. 431**

Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco. OSALÁN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. **A Martínez Castillo y G Achútegui Basagoiti. 437**

La salud laboral en la estructura de la salud pública. Experiencia de la Comunidad Valenciana. **JV Martí Boscá. 445**

El punto de vista de los agentes sociales sobre el marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. **M Díaz Ojeda, A Hernández Nieto y AM Montilla Fernández. 453**

Salud Laboral y Ley de prevención de Riesgos Laborales. **AC Cárcoba. 463**

Las obligaciones empresariales en la materia de prevención de riesgos laborales. **F Manzano. 469**

Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el trabajo. **Ch Pinnagoda. 485**

## EDITORIAL

## LA SALUD PÚBLICA Y LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

**Juan José Francisco Polledo.**

Director General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

*En efecto, es necesario reconocer que, a veces, de ciertas profesiones se les derivan a los que las practican males no pequeños, de modo que en donde esperaban obtener recursos para su propia vida y para el mantenimiento de su familia, no pocas veces contraen gravísimas enfermedades y, maldiciendo el oficio al que se habían entregado, acaban por abandonar la compañía de los vivos. [.....]. Muchas son las cosas que el médico, al atender a un enfermo, debe tratar de averiguar, bien sea a través del mismo paciente, bien a través de los que le atienden: «cuando estés ante un enfermo, conviene que le preguntes, qué le duele, cuál es el motivo, desde hace cuántos días, si hace de vientre y qué alimentos toma». Palabras son éstas de Hipócrates en su libro «De las afecciones»; permítaseme añadir también esta pregunta «y qué oficio desempeña».*

*De morbis artificum diatriba  
Bernardino Ramazzini, 1700.*

El trabajo no es nunca neutro frente a la salud: o es patógeno o es un promotor privilegiado de salud. Por su parte, la salud es una dinámica que pone en práctica no sólo defensas contra las agresiones (lucha contra las condiciones patógenas), sino que pasa también por una dimensión positiva (satisfacción, estima de sí mismo, integración social, etc.). El trabajo aparece como un integrador social importante (razón de los efectos frecuentemente devastadores del paro sobre la salud) y toda insatisfacción en el trabajo salpica al con-

junto de las condiciones que hacen posible la construcción de la salud. Es el mismo individuo el que se encuentra en los centros de trabajo y en todos los otros lugares de su vida, y hay interacción entre este conjunto de condiciones.

Uno de los aspectos de la Salud Pública, es el de la prevención social. La prevención social va más lejos que la prevención de tipo médico, es pluridisciplinar porque la salud y la enfermedad son el producto de un conjunto de factores de naturaleza muy diversa, que constituyen nuestras *condiciones y modos de vida*. La prevención social consiste, entonces, en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la producción de la enfermedad y sus consecuencias, así como a la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio social humano.

Toda política de prevención debe buscar, por tanto, mejorar el medio social y las condiciones de vida del hombre. La prevención y la protección de la salud son *responsabilidades individuales* (conocimientos, actitudes, comportamientos, participación en la salud colectiva), y, sobre todo *responsabilidades sociales*, del Estado, organizaciones sociales, empresarios, etc.

Actualmente, existe en España un escaso desarrollo de políticas de Salud Laboral desde las Administraciones Sanitarias, y ello a pesar de que la necesidad de las

mismas es evidente. Desconocemos la magnitud real de los problemas de salud de los trabajadores derivados de sus condiciones de trabajo, pero aún así las estadísticas oficiales muestran un número suficientemente importante de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como para concluir que el desarrollo de aquéllas es imprescindible.

Además, la presencia de trabajadores autónomos, de trabajadores en paro, y el aumento durante los últimos años de la relación laboral de carácter temporal, y por consiguiente el cambio frecuente de puesto de trabajo, hace que tengan menos sentido las políticas centradas en los lugares de trabajo (políticas laborales) y más las que tutelan la salud de los trabajadores fuera de él (políticas de Salud). La atención a este colectivo de trabajadores se ve facilitada en el Sistema Sanitario Público, que se construye con las aportaciones de todos y sirve a las necesidades esenciales de todos, y parte del reconocimiento de que la protección de la salud y el acceso a los servicios sanitarios es un derecho constitucional. Todo ciudadano accede a él por el mero hecho de serlo, al margen de la situación laboral, de la cotización a la Seguridad Social o de la declaración de la renta.

Desde esta concepción de atención a la salud de un modo integral y teniendo en cuenta el derecho a la misma de todos los ciudadanos, la salud de los trabajadores no constituye ninguna excepción a este principio. Es inconcebible querer definir una política de salud coherente en relación a la población de 16-65 años sin reconocer el lugar central que ocupa el trabajo en la construcción y la destrucción de la salud.

Este número monográfico de la Revista Española de Salud Pública sobre Salud Laboral, se dedica íntegramente a analizar la situación actual y perspectivas de desarrollo de la Salud Laboral en nuestro país, con el ánimo de aportar elementos de conocimiento y reflexión a los profesionales sa-

nitarios, de cuyos cuidados y dedicación tanto necesita la salud de los trabajadores.

El enfoque adoptado es fundamentalmente divulgativo, del marco normativo actual, de programas específicos en curso, de diferentes modelos de intervención desde las instituciones, así como del punto de vista de los agentes sociales, sin faltar determinadas aportaciones personales y datos para la reflexión, que se caracterizan por su carácter interdisciplinario, elemento fundamental en Salud Laboral.

Desde esta perspectiva, el monográfico comienza con un precioso artículo de Giovanni Berlinguer, de la Universidad de Roma «La Sapienza», en el que diserta acerca de los principios morales que afectan a la relación entre trabajo humano, economía y salud, analizando varios tipos de conflictos entre valores e intereses distintos.

El segundo artículo se centra de lleno en la realidad de nuestro país, con un análisis detallado de la recientemente promulgada Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por parte de Javier Gómez-Hortigüela, Director del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En él describe los principales contenidos de esta nueva legislación, la cual marca un punto de inflexión en la evolución de la seguridad y salud en el trabajo en España.

Montserrat García, Jefa de Servicio de Salud Laboral de la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, y Enrique Gil, Subdirector de la misma, abordan el problema de la invisibilidad social de los efectos del trabajo sobre la salud, analizando las fuentes de datos existentes en España para hacer visibles estos efectos, y los recursos disponibles para prevenir los riesgos de origen laboral.

El artículo de Francisco Vargas, Subdirector General de Sanidad Ambiental, analiza la prevención y control de los riesgos asociados al uso de productos quí-

micos. Comenta también la legislación europea y nacional en materia de clasificación y etiquetado de productos químicos, y describe las principales organizaciones y fuentes de información relativas al tema.

Los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 1993, sirven para la reflexión sobre la situación actual de las condiciones de trabajo en nuestro país, que realizan Marta Zimmermann y sus compañeros del Servicio de Estudios e Investigación del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

El proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas supone la asunción por parte de las mismas de la gestión de los Servicios de Salud, así como de un buen número de competencias relativas a la capacidad legislativa en materia de Salud Pública y Planificación Sanitaria. Cada Comunidad Autónoma, en razón de sus necesidades y su propia estructura socioeconómica, puede adoptar modelos organizativos diversos. De hecho, en el tema que nos ocupa, las Administraciones Sanitarias de las Comunidades Autónomas están desplegando estructuras y actividades específicas de Salud Laboral. Al objeto de conocer diferentes modelos de desarrollo de la intervención en Salud Laboral en el Estado de las Autonomías, la segunda parte del número monográfico incluye la descripción de tres de estos modelos.

El trabajo «El Instituto Navarro de Salud Laboral: una experiencia de colaboración entre competencias sanitarias y laborales», es descrito por Mariano Gallo, Director de

dicho Instituto. La Salud Laboral en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y la reciente creación de OSALAN: Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales son explicados en el artículo de Amaia Martínez y Gregorio Achútegui. Finalmente, José Vicente Martí, de la Comunidad Valenciana, da cuenta del desarrollo de la Salud Laboral desde las estructuras de Salud Pública en esa Comunidad.

En una publicación que quiere abordar con rigor el tema de la Salud Laboral no puede faltar el punto de vista de los agentes sociales sobre la nueva etapa que se abre en nuestro país, con un nuevo marco legislativo en cuya elaboración han participado. Así, Matilde Díaz, Antonio Hernández y Ana M<sup>a</sup> Montilla, de la Unión General de Trabajadores, Ángel Cárcoba, de Comisiones Obreras, y Felipe Manzano, de la CEOE, analizan en un tercer bloque de contenidos, las posibilidades que ofrece este nuevo marco, que, aunque no permite la co-gestión en estas materias, asegura la participación de los agentes sociales y los ratifica como actores de la prevención junto a los empresarios.

Finalmente, Chandra Pinnagoda, Jefe de Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la Oficina Internacional del Trabajo-OIT, nos describe los problemas relativos a la salud y seguridad de los trabajadores comunes a todos los países, que es necesario abordar a fin de lograr una coherente y continuada seguridad de los trabajadores, analizando los cambios globales y las tendencias en seguridad y salud en el trabajo.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****CONFLICTOS Y ORIENTACIONES ÉTICOS EN LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y TRABAJO\*****Giovanni Berlinguer.**

Universidad La Sapienza. Roma.

**RESUMEN**

Los principios morales que afectan a la relación entre trabajo humano, economía y salud han obtenido muchas veces, en las últimas décadas, claras y autorizadas definiciones. Sin embargo, los adelantos de la ciencia, las reglas del mercado, las leyes civiles y penales, las normas deontológicas de las profesiones sanitarias, no dan respuestas actualizadas a los problemas éticos que se manifiestan en muchos aspectos del trabajo moderno. En este artículo se desarrollan varios tipos de conflictos entre valores e intereses distintos. El conflicto entre el derecho a la vida, la salud y la seguridad de los trabajadores, y el derecho de las empresas a «maximizar» la producción. Los conflictos que afectan a la información: derecho de los trabajadores a conocer los riesgos, derecho de las empresas al secreto industrial y comercial, derechos y deberes de los expertos profesionales. Los conflictos entre producción y ambiente externo, entre trabajadores y población. Los conflictos entre trabajadores, y finalmente, los conflictos entre trabajo, salud reproductora y reproducción de la vida.

**Palabras clave:** Salud y Seguridad en el Trabajo. Bioética. Información. Medio ambiente. Reproducción.

**ABSTRACT****Conflicts and Ethical Guidance in the Relationship between Health and Work**

In recent decades, the main morals that affect the relationships between human work, the economy and health, have often obtained clear and authorised definitions. However, scientific breakthroughs, market forces, civil and penal laws and the ethical codes of the health profession, do not provide updated answers to the ethical problems that arise in many aspects of modern work. This article develops several types of conflict between interests and values. The conflict between the right to live, health and the safety of the workers, and the right of companies to «maximise» production. The conflicts that affect information: the rights of the workers to be aware of risks and hazards, the rights of the companies to industrial and commercial secrecy, the right and duties of professional experts. The conflicts between production and external environment, between workers and the population. The conflicts between workers themselves, and finally, the conflicts between work, reproductive health and reproduction of life.

**Key words:** Occupational Health and Safety. Bioethics. Information. Environment. Reproduction.

**INTRODUCCIÓN**

La relación entre trabajo y salud se sitúa en la *interface* entre la biología humana y la economía, es decir entre dos campos en los que se manifiesta un creciente interés por la ética. En el campo biológico, al hilo de este

interés, ha nacido una nueva disciplina, la bioética, como era previsible a causa de los extraordinarios, pero también desconcertantes, progresos de las ciencias biomédicas. Era poco previsible, por el contrario, que el Sr. John Shad, presidente de la SEC, el organismo de control de los mercados fi-

\* Este trabajo es la reelaboración de la conferencia: *Salud y trabajo desde el punto de vista bioético*, dictada el 16 de abril de 1993 en el Instituto de Medicina Legal y Social «Oscar Freire» de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo de Brasil. Traducción de Nicolò Messina, Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

nancieros americanos, diese treinta millones de dólares a la Harvard Business School, para crear una nueva materia de enseñanza: *Ética y negocios*. G.Rossi, que ha sido el homólogo italiano del Sr. Shad, ha escrito en el *Corriere della sera*, el diario propiedad de Fiat: «El problema de la relación entre la ética y la actividad económica ha supuesto siempre el foco de las meditaciones más angustiadas del pensamiento antiguo y moderno. Ese problema se pone al orden del día, siempre que asoman períodos de crisis o transición... Invocar la ética es el indicio de que en el mundo de la economía occidental se echa en falta o está en crisis el derecho y están maduros por tanto los tiempos para introducir radicales reformas de la ordenación»<sup>1</sup>. Si esto es cierto para la economía de Occidente, lo es con mayor razón para el resto del mundo, que está influido por ella.

Los principios morales que afectan a la relación entre trabajo humano, economía y salud han obtenido muchas veces, en las últimas décadas, claras y autorizadas definiciones. Me refiero, como ejemplos, a tres textos de fuente distinta.

Un primer texto es la Encíclica *Pacem in terris*, promulgada hace justo treinta años (11 de abril de 1963) por el papa Juan XXIII. El capítulo *Derechos relativos al mundo económico* empieza por estos dos puntos:

17. A los seres humanos les es inherente el derecho a la libre iniciativa en el campo económico y el derecho al trabajo.

18. A esos derechos está unido indisolublemente el derecho a condiciones de trabajo que no dañen la sanidad física y las buenas costumbres, y no obstaculicen el desarrollo integral de los seres humanos en formación; y, por lo que a las mujeres se refiere, el derecho a condiciones de trabajo conciliables con sus exi-

gencias y sus deberes de esposas y madres.

Otro es la *Declaration on Worker's Health* emanada en Washington el 6 de febrero de 1992, por autorizadas personalidades de la economía, la política y la ciencia, reunidas por iniciativa de la Pan-American Health Organization (PAHO), el año en que la misma lo ha dedicado a la seguridad y la higiene en el trabajo. Tras destacar «el alto coste de la invalidez y las vidas perdidas por patologías relacionadas con el trabajo, por condiciones insalubres de trabajo y por graves condiciones de riesgo, que se podrían eliminar y controlar», la declaración subraya dos aspectos éticos de la relación entre trabajo y salud:

Los objetivos del progreso económico están justificados sólo si el mismo se centra en los seres humanos y su bienestar social; para asegurar un desarrollo posible y soportable, es esencial que los trabajadores disfruten de buenos niveles de salud.

Existen conocimientos sobre las estrategias y las técnicas aptas para eliminar, reducir y controlar los factores de riesgo en el trabajo; la aplicación de dichos conocimientos no sólo resulta útil para los trabajadores; la misma lleva también a una sociedad más justa, estable y productiva.

El último documento afecta directamente a los que tratan el problema como profesionales. En 1992, la International Commission on Occupational Health (ICOH) ha publicado, tras amplias consultas, un *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*, que consta de 26 párrafos. El ICOH ha resumido su sentido en tres puntos:

1. La actividad para la salud de los trabajadores se debe desempeñar según los más altos estándares profesionales y principios éticos. Los profesionales

tienen que servir a la salud y el bienestar social de los trabajadores, como individuos y como colectivo. Ellos contribuyen también a la salud del medio ambiente y las poblaciones.

2. Los deberes de los profesionales incluyen la tutela de la vida y la salud de los trabajadores, el respeto a la dignidad humana, la promoción de los más altos principios éticos en las elecciones y los programas sanitarios. La integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección del secreto de los datos y la privacidad de los trabajadores forman parte de estos deberes.
3. Los profesionales de la salud de los trabajadores son expertos que tienen que gozar de una independencia plena en el desempeño de sus funciones. Ellos tienen que adquirir y mantener la competencia necesaria para con su función.

Las orientaciones que surgen de estas citas parecen diáfanas y lineales. Parecen. Entre el parecer y el ser encontramos, sin embargo, dos dificultades que resumiré brevemente, si bien más adelante, desarrollaré sólo la primera.

Esta estriba en que los adelantos de la ciencia, las reglas del mercado, las leyes civiles y penales, las normas deontológicas de las profesiones sanitarias no dan respuestas actualizadas a los problemas éticos que se manifiestan en muchos aspectos del trabajo moderno. Hablo sobre todo de los conflictos entre valores e intereses distintos, ninguno de los cuales puede anular los demás, porque cada uno de ellos puede pretender, en cierta medida, una propia justificación ética. Me refiero, concretamente a los puntos siguientes, cada uno de los cuales configurará un capítulo de este trabajo: (1) el conflicto entre el derecho a la vida, la salud y la seguridad de los trabajadores, y el derecho de las empresas a «maximizar» la producción; (2)

los conflictos que afectan a la información: derecho de los trabajadores a conocer los riesgos, derecho de las empresas al secreto industrial y comercial, derechos y deberes de los expertos profesionales; (3) los conflictos entre producción y ambiente externo, entre trabajadores y población; (4) los conflictos internos entre trabajadores; (5) los conflictos entre trabajo, salud reproductora y reproducción de la vida.

La segunda dificultad es que, mientras intentamos profundizar en temas bioéticos, que forman parte del presente técnico-científico y, en algún que otro caso, más del futuro que del presente, vemos con angustia que en muchos países no sólo permanece, sino que se difunde el tipo de explotación más antiguo e inhumano. Hablo de la esclavitud y la servidumbre, es decir de prácticas laborales moralmente superadas desde hace siglos y declaradas ilegales desde la *Slavery Convention* de 1926, que promovió la League of Nations. El *World Labour Report* de 1993<sup>2</sup> dedica el primer capítulo a una alarmada descripción de las varias formas de *forced labour* hoy existentes: la esclavitud tradicional (Mauritania y Sudán); el *bonded labour*, donde el trabajador está vinculado de por vida a la empresa por inextinguibles deudas (Pakistán, India, Perú); el trabajo forzado de personas que son arrancadas de sus raíces, trasladadas y mantenidas trabajando bajo amenazas armadas (Brasil, República Dominicana); las *corvéés* de tipo comunitario, la entrega de reclusos como mano de obra a empresas privadas, el trabajo servil de los menores de edad. El *Report* no habla de otras coacciones, como las que sufren los trabajadores inmigrados en países desarrollados (incluyendo a Italia). Sin embargo, de todas formas, el cuadro es impresionante y justifica la afirmación inicial del propio *Report*: «A finales del siglo XX, muchos piensan que la esclavitud ha sido desarraigada. Lamentablemente, no es así».

Quiero señalar aquí que preparando este ensayo he consultado la amplia literatura

bioética sobre el tema «trabajo humano», sin encontrar un solo artículo que remitiera al problema, desde hace tiempo conocido y ahora documentado en el *Report*. Lo cual confirma que existe en esta disciplina una profunda deformación cultural<sup>3</sup>, que consiste en que la atención se concentra en temas que afectan a las fronteras más avanzadas de la ciencia en los países desarrollados, mientras se descuidan las implicaciones morales (que afectan a todo ciudadano del mundo) de la vida cotidiana en los territorios, las capas sociales y las personas que padecen con toda seguridad los mayores sufrimientos. Yo mismo me doy cuenta de que lo que diré adolece en alguna medida de esta distorsión.

## 1. CONFLICTOS ENTRE TRABAJADORES Y EMPRESAS

Ha existido siempre un conflicto entre las exigencias de salud y seguridad de los trabajadores y la tendencia de las empresas a la máxima producción con mínimos costes. Este conflicto ha cambiado de forma en las varias épocas y sociedades y ha sido engañoso pensar que el mismo desapareciese cuando la propiedad pública de las empresas hubiese sustituido a la privada. La relación entre estos valores e intereses a veces coincidentes pero más a menudo enfrentados, ha sido habitualmente reglamentada en base a tres factores: lo que se ha definido de forma brutal (pero también, bastante realista) como «relación de fuerzas» entre las partes sociales; las leyes del Estado; los principios éticos. Estos últimos pueden incluso ser antitéticos, como se desprende de dos formulaciones típicas. Una se encuentra en el propio título de un afamado artículo de M. Friedman, *The social responsibility of business is to increase its profits*: La responsabilidad social de los negocios es aumentar sus beneficios<sup>4</sup>. La otra, en la ya citada declaración de la PAHO, según la cual las finalidades del progreso económico se justifican sólo si el mismo está orientado hacia los seres humanos.

Me pararé a considerar sobre todo que en la reglamentación de las relaciones entre los trabajadores y las empresas, además de los tres factores indicados (relaciones de fuerzas, leyes, ética), influye cada vez más un cuarto factor: el conocimiento científico, sus implicaciones técnicas, las orientaciones de las profesiones. Muchas decisiones, que antes se tomaban en base a evaluaciones empíricas, ahora pasan por esta criba.

Un ejemplo típico es la selección de los trabajadores a la hora de la contratación y luego en las comprobaciones periódicas. La contratación se realizaba en el pasado *ad nutum*, con un movimiento de mano del capataz, que juzgaba y elegía a los más idóneos para la tarea a desempeñar. Luego se introdujo el reconocimiento médico, los test de aptitud y, a continuación, unos *screening* más complejos que implican la genética, la identificación de los sujetos hipersensibles a determinados riesgos, la medicina preventiva, el monitoreo biológico de los trabajadores, la valoración de condiciones y comportamientos extralaborales que puedan ocasionar mayor morbosidad y más ausencias del trabajo (obesidad, tabaquismo, escasa actividad físico-deportiva).

En el plano ético surgen dos problemas: la tutela de la privacidad de los trabajadores y la relación entre sujeto y ambiente en la prevención de los riesgos profesionales. La violación de la «privacidad genética» puede suponer muchos peligros. Ha escrito al respecto S. Rodotà: «Vivimos en una época en la que en todo momento parece que se traben los mecanismos de aceptación de quienes parezcan distintos. Sin embargo, las viejas formas de discriminación y estigmatización, las que impulsaban a arremeter contra *drogadictos*, *homosexuales*, *comunistas*, corren el riesgo de hacerse cosas de poca monta frente al énfasis que recobra la diversidad genética. A quien recibía aquellas odiosas acusaciones, sin embargo, se le concedía una oportunidad de redención: en la desintoxicación, en la abstinencia sexual,

en la abjuración ideológica. Esta oportunidad se ha perdido frente a una diversidad genética que rehuye el dominio de la voluntad individual, que constituye la estructura profunda de la persona, que marca un destino, no una elección. La condena, así, corre el riesgo de ser definitiva»<sup>5</sup>. Se puede añadir, citando una observación de Harris, que en el plano subjetivo es probable «que los trabajadores identificados como «a riesgo» (expuestos a riesgo) sean angustiados por su condición y las consecuencias que de ella derivan y que esta situación de angustia quizás siga para el resto de su vida, que puede incluso ser larga y sana»<sup>6</sup>.

Una investigación gubernamental en los Estados Unidos ha demostrado que el 75% de las empresas ha emprendido o tiene la intención de emprender, programas de «screening» genético aplicados a los trabajadores<sup>7</sup>, también por impulso de las compañías de seguros, que requieren en las pólizas estipuladas con las empresas una selección previa del personal dependiente. Es probable, pues, que esta tendencia se difunda a otros países. La justificación moral es que, de esta forma, se ayuda a aquellos aspirantes-trabajadores quienes, una vez contratados, encontrándose expuestos a sustancias químicas a las que fueran hipersensibles, correrían riesgos más elevados. Esto puede ser cierto y a veces necesario, pero se pueden hacer varias objeciones: (1) que de hecho los casos de hipersensibilidad genética son extremadamente raros; (2) que quienes se ven excluidos en base a estos «screening», corren un mayor riesgo de quedarse en paro y, por ende, de enfermar por esta condición; (3) que, si el sistema se generalizara, sólo sujetos superresistentes serían contratados; ni el propio Superman, tal vez, podría serlo, porque (si mal no recuerdo) él era genéticamente vulnerable a la cryptonita; (4) que «screening» en la contratación basados no en la idoneidad para el trabajo, como es legítimo, sino en la mayor resistencia a los factores nocivos presentes en el medio ambiente, se pueden considerar sustitutivos de las me-

didias de prevención primaria y constituir, por ello, un obstáculo a su introducción: prácticamente, «la posibilidad de escoger a los empleados a riesgo puede disminuir la obligación de hacer el lugar de trabajo o el ambiente físico seguros y sanos, convirtiendo así el mundo, en general, en un lugar más peligroso y desagradable»<sup>8</sup>.

Me detendré también en otras antinomias que se manifiestan en este campo: monetización de riesgo *versus* transformaciones productivas, promoción de la salud *versus* control de los comportamientos, riesgos *versus* beneficios.

En cuanto a la primera antinomia existe en Italia una amplia experiencia, porque por largo período de tiempo, hasta mediados de los años sesenta, las empresas ofrecían (y los sindicatos pedían) aumentos de salario como compensación monetaria a la nocividad y los riesgos laborales. Una de las consecuencias fue que, no existiendo ningún estímulo a la prevención, la cantidad de accidentes creció desde un promedio de 171 casos por mil obreros-año en 1951-1955 hasta un máximo de 231 casos en 1963; análoga tendencia al aumento se dio en las enfermedades profesionales. Sólo entonces las organizaciones sindicales emprendieron un movimiento que tuvo por su motivación ético-política la afirmación «la salud no se vende», y por objetivo el de negociar y modificar el ambiente y la organización del trabajo, para hacerlos más saludables y seguros<sup>9</sup>. En términos concretos el movimiento que se desarrolló con vigor por unos quince años consiguió tres resultados: los accidentes y las enfermedades profesionales se redujeron a una tercera parte, y los muertos por estas causas se redujeron a la mitad; las leyes fortalecieron el derecho de los trabajadores a conocer y controlar el ambiente productivo; la innovación tecnológica fue estimulada y las actividades industriales obtuvieron de ello ventajas.

Algunas de estas experiencias (que en los años ochenta se ensombrecieron, con la

consecuencia de que se ha vuelto a la «monetización» del riesgo y, recientemente, ha habido una nueva tendencia al aumento de los accidentes y las enfermedades) han tenido repercusiones también en otros países. El movimiento sindical brasileño, por ejemplo, ha presentado reivindicaciones análogas, que han sido acogidas, en alguna medida, también en las normas del Estado; entre ellas, la disposición n. 5 del *Departamento Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*, de 17 de agosto de 1992, la cual fija para las empresas la obligación de elaborar los «mapas de riesgo» y darlos a conocer a todos los trabajadores.

He descrito brevemente los efectos prácticos de este movimiento, pero aquí hay que resumir también sus significados éticos:

- a) la prioridad del valor de la vida y la salud, frente a la compensación monetaria de la pérdida de las mismas;
- b) la realización, por iniciativa de los trabajadores, del principio moral (recogido, por ejemplo, en el artículo 41 de la Constitución italiana), según el cual la actividad económica «no puede desarrollarse en contra de la utilidad social o de forma tal como para dañar la seguridad, la libertad, la dignidad humana»;
- c) el paso de los trabajadores de la «conciencia de explotado», o de «vendedor de fuerza-trabajo», a la «conciencia de productor», es decir la de ser sujeto consciente e innovador del progreso tecnológico;
- d) la construcción de un modelo de control de las condiciones ambientales «desde abajo», que arranca de la experiencia laboral, de las condiciones ambientales, y que tiene en su centro, como finalidad, la salud y la vida, y, como método, la comunicación y el intercambio entre el universo cognitivo de los trabajadores y el de los expertos profesionales (técnicos de la

producción, médicos, químicos, psicólogos, etc.).

La antinomia entre promoción de la salud y control de los comportamientos ha sido analizada sobre todo en los Estados Unidos. Ella surge del propio concepto de promoción de la salud, que consiste en unir el compromiso individual a la acción colectiva, la educación sanitaria a la prevención. Sobre esta base muchas empresas estadounidenses han empezado a ofrecer incentivos monetarios a los trabajadores que adoptasen comportamientos más saludables. Por ejemplo, un premio a quien dejase de fumar (para devolverlo en caso de recaída); o bien una compensación por cada kilo de peso perdido para los trabajadores obesos (ésta también reversible); o también un estímulo para quien desarrollase actividad físico-deportiva, graduándolo en céntimos o dólares según los kilómetros recorridos y el medio empleado: en bici, andando, nadando. Como estos comportamientos pueden efectivamente ser provechosos para la salud habría una ventaja, sea para los trabajadores, sea para las empresas que tendrían menores pérdidas por ausencia de los trabajadores a causa de enfermedades, y gastarían menos en seguros sanitarios.

La utilidad no de estas prácticas sino de su imposición con incentivos monetarios o métodos más o menos abiertamente coercitivos, se puede cuestionar también desde un punto de vista práctico. Es casi seguro que renunciar a fumar favorezca a casi todo el mundo; sin embargo, no es igualmente cierto que la pérdida de peso o la actividad físico-deportiva sean para todo el mundo ventajosas. Esas elecciones hay que hacerlas con cuidado, tienen que ser personalizadas, adoptadas con criterios de competencia; si no, se corre el riesgo de que, para corregir un desequilibrio, se cree otro, de tipo físico o psíquico.

Sin embargo, las objeciones principales son de naturaleza ética y, a su vez, tienen implicaciones sobre la salud. Una de ellas la

han expuesto con claridad Allegrante y Sloan en un editorial en *Preventive Medicine*<sup>10</sup>; y surge de la constatación «a percibir el mundo como un lugar justo, donde la gente consigue lo que se merece y merece lo que consigue». El resultado puede ser el siguiente: «Si alguien enferma, tendemos a atribuir las causas de su enfermedad a él y su comportamiento. De este modo, al menos psicológicamente, nos sentimos protegidos frente a la posibilidad de que padezcamos nosotros mismos la misma enfermedad. Siguiendo esta lógica, se hace conveniente orientar la promoción de la salud hacia los individuos en vez de que hacia la organización social, porque los individuos son vistos como la causa de sus enfermedades».

Esta tendencia conlleva dos consecuencias. Una se define *blaming the victim*: concentrar la atención (y la condena) más sobre las víctimas que, al contrario, sobre las circunstancias y el problema. Aunque sea cierto que algunas enfermedades, por ejemplo las cardiovasculares, están influidas por los comportamientos personales, es asimismo cierto que estos últimos son condicionados a menudo por el status social y el nivel de instrucción. Es típico el ejemplo del fumar, que tiende hoy a ser más difuso en las clases pobres. Como desde hace tiempo viene subrayando Minkler, es cierto que históricamente la culpa predominante de las enfermedades y los accidentes se ha atribuido a los trabajadores, en vez de a las empresas, más poderosas e inmutables<sup>11</sup>. Una malentendida promoción de la salud puede acentuar esta tendencia. La otra consecuencia es la siguiente: «Los trabajadores expuestos a sustancias cancerígenas en su trabajo *tienen que aprender a no fumar*, para reducir su riesgo de tumor; los hipertensos que trabajan en condiciones de continuo estrés *tienen que aprender a relajarse*». En otras palabras, la imposición de comportamientos personales, estimados saludables, se considera una alternativa menos costosa y comprometedora para las empresas, frente a la

asunción de medidas preventivas de carácter técnico, organizativo y ambiental.

La conclusión a la que llegan Allegrante y Sloan es la siguiente: «No mantenemos que los individuos no tengan ninguna responsabilidad personal en los nexos causales de la enfermedad; afirmarlo sería falso e irresponsable. Sin embargo, por ejemplo, la culpa de los tumores pulmonares no puede atribuirse sólo a un individuo, al que agreden los mensajes persuasivos de la publicidad, o que trabaja cada día con sustancias cancerígenas... Las estrategias de cambio de los comportamientos tienen que equilibrarse con prácticas eficaces, orientadas a modificar los factores organizativos que contribuyen a los riesgos contra la salud»<sup>12</sup>. A estas apreciaciones se pueden agregar otras preguntas con implicaciones éticas: ¿quién decide y por quién, estas estrategias? ¿quién informa y quién es informado? ¿según qué certezas se asumen las orientaciones? La última pregunta evoca cuestiones complejas y contradictorias, que me limito a mencionar: la relación entre nociones y prejuicios en el conocimiento científico; la facultad de los médicos (y concretamente de los epidemiólogos) de determinar los comportamientos de los sanos; el derecho de cada uno de escoger su propio «estilo de vida».

La tercera antinomia, que afecta no sólo al trabajo, sino también, en general, a la relación hombre-ambiente, es la antinomia entre riesgos y beneficios. Ella se corresponde con un dilema objetivo, pero puede también considerarse como una formulación típica de la ética utilitarista, según la cual el juicio sobre cada acción humana hay que asumirlo en base a sus consecuencias, no en base a criterios absolutos de valor y teniendo en cuenta, concretamente, el alcance del mayor beneficio para el mayor número de personas.

Una aplicación de este principio al trabajo humano la tenemos en la definición de los MAC (*maximum admittable concentra-*

tion) y luego de los TLV (*threshold limit value*). En teoría, ellos tienden a establecer qué concentraciones de sustancias nocivas son inocuas para la salud. En la práctica, sin embargo, como los valores con el paso del tiempo se han bajado constantemente, tras más profundizadas investigaciones sobre los efectos dañinos de concentraciones consideradas bajas, se puede decir que MAC y TLV sirven a establecer qué riesgo es aceptable para determinados trabajadores, sin perjuicio de la continuidad productiva, la cual se considera una ventaja para la mayoría. Sobre este tema se han desencadenado numerosas controversias científicas y jurídicas<sup>13</sup>.

Las dificultades pueden ser dramáticas para los trabajadores cuando su poder es escaso, cuando el Estado se queda inerte, cuando las empresa basan su actividad en la ausencia de reglas y respeto hacia la vida humana. Cuando, por el contrario, esas condiciones cambian, los riesgos se atenúan; en algún caso, incluso, pueden volverse inferiores a los que cualquiera pueda sufrir fuera de la actividad laboral. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, se plantean difíciles problemas éticos. Uno estriba en la asimetría: casi siempre el riesgo, en efecto, corre a cargo de algunos sujetos, siendo el beneficio para otros. Sin embargo, aunque «los otros» son más numerosos, es difícil justificar, por ejemplo, que los mineros tengan que trabajar en condiciones especialmente no saludables, porque los minerales pueden servir a todo el mundo<sup>14</sup>. Otro problema estriba en la dificultad de establecer un término de parangón para valores que son todo menos homólogos. Se ha hecho el intento de asumir como término el dinero, y de valorar según esta escala las vidas humanas «a rischio» (expuestas a riesgo) o pérdidas; pero ello ha parecido cuestionable en principio, y poco aprovechable en sentido práctico, por la dificultad de calcular de un lado las ventajas alcanzables por la mayoría y, del otro, el valor de cada vida arriesgada o perdida. Este valor, además, es abso-

luto para el sujeto y es muy variable según las condiciones económicas y culturales de cada sociedad. No me parece que la ética utilitarista sea capaz de solucionar estos problemas.

## 2. LOS CONFLICTOS SOBRE EL DERECHO A CONOCER

El conocimiento de cada cual frente a sus propias actividades se puede considerar como un componente intrínseco de la naturaleza humana, que se ha formado a través de la evolución biológica y, luego, a través de la ciencia. La complejidad del trabajo moderno y la distinción entre trabajo y propiedad de la empresa pueden restar inmediatamente a este conocimiento, y constituir en cierto sentido la expropiación de una facultad congénita en el hombre y la mujer, sobre todo cuando esa expropiación conlleva un riesgo o un daño psico-físico.

Para reaccionar a esta tendencia, se ha afirmado, antes como exigencia humana y luego como norma jurídica, el derecho a conocer cada aspecto de la actividad laboral. En cuanto a la salud, este derecho afecta: a) a la recogida de datos relativos a las consecuencias sanitarias y ambientales de las actividades productivas, sea hacia cada individuo sea hacia la colectividad; y b) a la disponibilidad y el acceso a estos datos por todos quienes puedan tener por él un legítimo interés.

En una nota de V. Navarro<sup>15</sup> se hace la relación de algunas dificultades en la aplicación de este derecho. Una es que son los propios trabajadores quienes deben promocionar la petición de informaciones, y que existen muchas formas brutales o sutiles de impedirlo. Otra es que ellos, muchas veces, parecen no tener razones para pedirlos, en cuanto varias enfermedades profesionales se manifiestan tras años de exposición (por ejemplo, los tumores), o bien no son específicas (por ejemplo, las bronquitis crónicas y el enfisema), o bien pueden ser subclínicas

y/o insidiosas por años (por ejemplo, los efectos neurocomportamentales del plomo). El derecho a conocer puede a menudo ir en contra del secreto industrial, que las leyes de toda economía competitiva reconocen. En la nota de Navarro se añade que, en Estados Unidos, la Corte Suprema ha protegido ulteriormente este secreto, afirmando que las inspecciones no pueden realizarse sin previo aviso a la empresa, lo que consiente corregir o enmascarar las condiciones insaludables o peligrosas antes de las visitas de inspección.

En todo caso, sin embargo, como ha acontecido incluso en los países desarrollados, donde los trabajadores han adquirido casi por doquier leyes que establecen su derecho a ser informados, se aplica escasamente el correspondiente deber, por parte de la empresa, de facilitar no sólo informaciones formales (etiquetas, lista de las sustancias utilizadas, datos ambientales y sanitarios), sino también noticias inmediatamente útiles a fines de prevención. En algunos países, como Italia, se ha afirmado el derecho de los trabajadores a acceder a competencias profesionales de su propia confianza, para obviar que los especialistas responden de su actuación a las empresas, cuyos intereses inmediatos pueden no coincidir o contrastar con los de los trabajadores.

A ello se puede añadir que, cuando los conocimientos empíricos de los propios trabajadores o las investigaciones científicas llevadas a cabo por especialistas, han revelado la nocividad de determinadas sustancias o procedimientos, fuertes intereses han intentado a menudo ocultar los hechos o dar de ellos interpretaciones evasivas, para no tener que indemnizar a los trabajadores afectados o realizar transformaciones productivas. Muchos casos modélicos se han descrito en la literatura científica.

El caso de la exposición al radón en las minas de uranio y el otro de los posibles efectos cancerígenos de los herbicidas clo-

rofenoxiacéticos, los ha comentado O. Axelson<sup>16</sup>. El del asbesto, lo han estudiado detenidamente, también en base a investigaciones de archivo, Lilienfeld y Engin<sup>17</sup>. De la reconstrucción de los conocimientos sobre la pneumoconiosis y los tumores ocasionados por esta sustancia, se desprende que los dos médicos de empresa que identificaron esas patologías, respectivamente Lanza y Gardner, por largo tiempo no tuvieron la oportunidad de hacer públicos los resultados de sus investigaciones. Aquellas sobre los posibles efectos cancerígenos del asbesto se habían emprendido en 1936 con un protocolo consensuado entre las empresas productoras y el Saranac Laboratory, donde estaba escrito: «Los resultados alcanzados se considerarán propiedad de los que han facilitado las financiaciones; ellos decidirán si los resultados se publican, hasta qué punto y de qué forma».

Quedando claro que este caso no tiene la menor relación con el secreto industrial, que vale sólo para impedir la ilícita competencia, se plantean dos problemas éticos y jurídicos. Uno afecta al principio ético fundamental de la ciencia, que es su libertad: la libertad de investigación, pero también, junto a ella, la libertad de comunicación de los conocimientos, sin la cual el científico se convierte en un hombre demediado, deja de existir una «comunidad científica» y la propia ciencia es obstaculizada en su progreso. El otro problema se puede formular con una pregunta: ¿es justo que informaciones que podrían salvar de la enfermedad y la muerte a personas expuestas a un riesgo sean embargadas, se hagan propiedad privada de quien pueda tener interés (para no pagar primas de seguros o indemnizaciones) en mantener las condiciones de insalubridad?

Por otra parte, incluso sin firmar especiales protocolos (como el protocolo sobre el asbesto, que en formas parecidas sigue aplicándose hasta la fecha en las relaciones entre industria y universidades), este embargo de informaciones vitales es frecuente en la práctica. Cuando, por ejemplo en

Seveso, en Italia del Norte, estalló un reactor químico de la factoría ICMESA, y una densa nube que contenía dioxina se difundió en la zona, de la encuesta parlamentaria que siguió el accidente, se desprendió que el nivel de información sobre el problema, en los sujetos afectados, era inversamente proporcional al riesgo. Los directivos de la multinacional Hoffman-La Roche, propietaria de ICMESA, con su sede en Suiza, tenían plena conciencia de los peligros, tanto que la factoría se había implantado allende los Alpes, en Italia; los trabajadores y los ciudadanos de la zona, por el contrario, no sabían siquiera que existiese una sustancia altamente tóxica llamada dioxina. En una escala mucho más amplia, desequilibrios análogos o más graves existen en las relaciones de conocimiento entre el Norte y el Sur del mundo. El asbesto, por ejemplo, continúa siendo extraído, producido y usado en muchos países, sin que los trabajadores y las poblaciones tengan conocimiento de su nocividad.

En la averiguación y la transmisión de la información, el papel más conflictivo se puede tornar el del médico del trabajo. También la normal relación médico-paciente puede resultar condicionada por el diafragma empresarial. ¿Qué informaciones referentes al trabajador puede transmitir el médico a la empresa, y qué informaciones referentes a la empresa debe transmitir al trabajador? Los dilemas éticos y los conflictos profesionales de esta figura peculiar de la medicina son un tema muy debatido en la literatura bioética y médico-legal.

Menos debatidos, pero cada día más apremiantes, son los conflictos éticos que afectan a los investigadores: ya sea quién realiza experimentación biológica sobre la toxicidad, ya sea quien estudia en el campo la epidemiología. Averiguada la nocividad de una sustancia o un procedimiento, ¿a quién y cómo comunicarlo? A veces se calla uno por conveniencia; otras veces, en lo incierto que caracteriza la investigación biológica, pero más a menudo la investigación

epidemiológica, prevalece la tentación de querer «proteger» a los trabajadores de preocupaciones no del todo comprobadas. ¿Hasta qué punto es esta una coartada, impuesta por la desconfianza en la capacidad de los trabajadores de comprender y valorar los datos científicos?

Se puede afirmar, para concluir este punto, que el concepto de «secreto profesional» vale, cuando la divulgación de noticias correspondientes a un trabajador pudiera dañarlo; sin embargo, cuando el daño puede derivar, por el contrario, del mantener reservadas las informaciones sobre actividades nocivas o arriesgadas, debería introducirse el concepto de «divulgación debida», como norma deontológica que debería considerarse tan obligada como el secreto, tanto para los médicos como para los investigadores. Es muy precisa, justo como puente entre estos dos deberes, la formulación del artículo 105 del Código de ética médica de Brasil, que prohíbe «revelar informaciones confidenciales obtenidas durante el examen médico del trabajador, aunque la petición proceda de los directivos de la empresa o de instituciones, a menos que el silencio no pueda dañar la salud de los trabajadores o de la comunidad»<sup>18</sup>.

### 3. EL CONFLICTO ENTRE PRODUCCIÓN Y AMBIENTE, ENTRE TRABAJADORES Y POBLACIÓN

Desde la revolución industrial hasta hace pocas décadas, sólo algunos pensadores y políticos habían alertado ante los peligros de la contaminación ambiental y, más en general, de la alteración de la biosfera. Prevalecía la opinión de que, cuando esos fenómenos se manifestaban, se trataba de un precio inevitable a pagar para el progreso. Las enfermedades más graves habían sido, por largo tiempo, las de origen microbiano, y para éstas se había hipotizado antes y demostrado después la transmisión de la infección, el contagio directo o bien mediatizado

por artrópodos, comida, aire, agua. No se percibía la existencia de otro tipo de contagio, consistente en la difusión de factores patógenos desde la fábrica al ambiente externo, desde el trabajo al consumo, no sólo a través de los productos (el asbesto, por ejemplo) y la emisión de contaminadores en el aire, el agua y el suelo (y de éste en los alimentos, como en el caso de los pesticidas), sino también a través de modelos de organización de la vida, como los consumos energéticos y el ritmo trabajo-descanso, que influyen en el equilibrio sea del ambiente natural, sea de la salud humana.

En el plano histórico, sería de interés analizar los motivos por los que la percepción de este tipo de contagio ha sido tan tardía, con respecto al contagio microbiano, pese a que éste se debe a seres vivos que han quedado por largo tiempo invisibles, mientras el otro, en muchos casos, era directamente asequible con el simple uso natural de uno o más de los cinco sentidos humanos.

Una de las razones puede ser que las ventajas que se derivan del progreso industrial han sido tan relevantes, como para ensombrecer sus daños; pero, incluso en este caso (que evoca la relación entre riesgos y beneficios), el juicio probablemente haya sido influido por una asimetría cultural: quien ha disfrutado de las ventajas, ha tenido voz más fuerte que quien ha sufrido los daños, o de quien los sufriría en un futuro.

Otro análisis, que nos lleva al presente, consiste en valorar las razones de por qué los dos movimientos ambientalistas más importantes de las últimas décadas, el de la salud de los trabajadores y el de la protección de la naturaleza, hayan estado tan lejanos y, a veces, hayan sido conflictivos entre sí. Ello ha parecido especialmente evidente en Italia, donde ambos movimientos han sido amplios e incisivos.

Mientras en los años sesenta y setenta había surgido con vigor el tema del am-

biente de trabajo, que no sólo había unido las fuerzas sindicales, científicas y profesionales, sino que también había creado un sentido moral común en Italia, en los años ochenta se han dado situaciones distintas. En unas factorías, sobretodo químicas, como el ACNA de Cengio [Liguria, *NdT*], la FARMOPLANT de Massa [Toscana], la ENICHEM de Manfredonia [Pullos], la SOLVAY de Rosignano [Toscana], la exigencia de los trabajadores de conservar la actividad productiva se ha contrapuesto al derecho de las poblaciones colindantes a vivir en un ambiente no contaminado. El enfrentamiento ha sido duro y, en algún caso, ha habido incluso dos manifestaciones a la vez ante el Parlamento [nacional]: una de los ciudadanos, pidiendo el cierre de la factoría; la otra de los trabajadores, solicitando la continuidad y el saneamiento de la producción. Las soluciones adoptadas (la FARMOPLANT se ha cerrado, la SOLVAY ha renunciado al desarrollo de las instalaciones proyectadas, la ENICHEM y el ACNA siguen produciendo, pero contaminando algo menos) no han sido por cierto satisfactorias. Ello se debe a la falta de preparación científica, a la inercia y los titubeos de las instituciones, la carencia de leyes adecuadas, la cerrazón de las asociaciones (sean sindicales o ambientalistas) ante las razones ajenas. Pero se debe sobre todo a que esas situaciones son gobernables sólo desde la ideación de las actividades productivas y desde la previsión de su impacto, mientras, si esto no se hace, los costes se tornan luego insostenibles: costes a cuenta de la salud, la naturaleza, la economía e, incluso, de laceraciones sociales y dramas personales. En muchos de los casos citados se han dado, por ejemplo, contraposiciones entre los trabajadores y sus familias.

El problema ético, el del conflicto entre los legítimos intereses de los trabajadores y los de la población, raramente se puede solucionar *a posteriori*, porque ello significaría sacrificar a unos u otros; requiere, como hemos señalado, que el sistema de

valores humanos y naturales se asuma ya en la fase de la ideación y previsión, y se compare con el sistema de las ventajas alcanzables en el terreno de la producción y el consumo. Teniendo naturalmente en cuenta que cuando no hay producción la falta de trabajo y la pobreza provocan, ellas también, enfermedades y degradación ambiental.

Esta orientación de proyecto y previsión podría verse favorecida por un acercamiento de los dos movimientos, que hasta ahora se han mantenido distantes y a veces contrapuestos. Por ese objetivo, según Epelman<sup>19</sup>, hay que superar los prejuicios mutuos: «De un lado, los trabajadores piensan muchas veces que el movimiento ambientalista, en su acción contra la contaminación, amenaza sus fuentes de trabajo. Del otro, los ambientalistas piensan que al movimiento sindical sólo le interesa luchar por sus reivindicaciones económicas». No creo que estos sean sólo prejuicios: muchas veces, son post-juicios que proceden, en ambos casos, de experiencias reales. Sin embargo, es justo subrayar la exigencia de una concepción y una orientación unitaria que puede basarse en sustanciales coincidencias de intereses, es decir en raíces objetivas, hoy en día ensombrecidas por las contradicciones que ha engendrado el tipo de desarrollo que se ha afirmado como dominante.

Hasta aquí he hablado de conflictos y problemas éticos que se manifiestan dentro de muchos países. Al lado de estos, están surgiendo tres temas más complejos, que me limitaré a anunciar.

El primero afecta al *espacio mundial*. Frente a normas y movimientos que tienden a regular, en los países desarrollados, el impacto ambiental y sanitario de las actividades industriales, se está manifestando una creciente tendencia de las empresas multinacionales, pero también de empresas menores, a trasplantar sus actividades a los países pobres. La exportación afecta tam-

bién a los productos prohibidos, como el asbesto y colorantes reconocidos como cancerígenos, y asimismo los desechos tóxicos de las factorías. Se crean así dos sistemas normativos, correspondientes a dos estimaciones distintas del valor del trabajo humano, de la vida, del ambiente<sup>20</sup>. Desde hace tiempo la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) han llamado la atención sobre el tema, sin que se haya dado una inversión significativa de la tendencia.

El segundo afecta al *tiempo generacional*, esto es la influencia de nuestros actos sobre las generaciones futuras y el equilibrio global de la biosfera. La dificultad de asemejar este tema a la existencia de otros derechos, la ha puesto en evidencia Jonas, quien ha escrito que el esquema según el cual «una vez establecidos ciertos derechos ajenos, de ahí deriva también mi deber de respetarlos y posiblemente promocionarlos», no funciona en este caso: en efecto, «quien no existe no tiene ninguna exigencia y ni siquiera puede sufrir una violación de sus derechos»<sup>21</sup>. Sin embargo, él ha afirmado también que hay que enfrentarse al problema, desde un plano ético, porque ha sobrevenido «una responsabilidad metafísica de por sí, desde cuando el hombre se ha convertido en un peligro no sólo para sí mismo, sino también para toda la biosfera»; por consiguiente, «el interés del hombre coincide en el sentido más sublime con el resto de la vida, por ser su morada cósmica». Se puede, pues, recurrir «al concepto guía de *deber hacia el hombre*, sin por eso caer en una visión reductiva antropocéntrica»<sup>22</sup>. Se puede apreciar cuán lejos de estas ideas quedan el método y la sustancia de la política, en su práctica cotidiana. La propia democracia, en cuanto poder de los ciudadanos existentes y votantes, para ser idónea a interpretar estas responsabilidades, tiene que dar voz a quien no puede expresarse: los aún-sin-nacer, que constituyen una mayoría con mucho superior a los hu-

manos vivos, y las otras especies que han coevolucionado y conviven con la nuestra.

El tercer tema afecta al *deber de actuar en la incertidumbre científica*. En muchos casos, en efecto, las consecuencias sanitarias y ambientales de las actividades productivas rehuyen aún el conocimiento científico. En algún caso, sin embargo, puede acontecer que, aun no habiendo la certeza de un daño, haya otra certeza: que, si no se interviene tempestivamente, las acciones reparadoras serán, de todas todas tardías y el daño se hará irreversible. Los ejemplos más notorios son los de las variaciones climáticas a escala planetaria, causadas por las emisiones de anhídrido carbónico, y el de la rarefacción de la «capa de ozono»; pero hay también casos relativos a las sustancias sospechosas de cancerogenicidad laboral y ambiental. El principio médico *in dubio abstine*, orientado a evitar en caso de duda todo acto que pueda dañar al paciente, debería valer como principio ético guía para los gobiernos en toda acción y omisión que puedan ocasionar daños colectivos.

#### 4. CONFLICTOS ENTRE TRABAJADORES

Estos conflictos pueden surgir cuando uno o más trabajadores padezcan enfermedades contagiosas o mentales, o minusvalías psicosensoriales, o tengan comportamientos (como puede pasar en algunos casos de drogadicción) que puedan dañar a los demás. Ello puede acontecer de varias maneras: la transmisión directa de infecciones, el «contagio» de costumbres insaludables hacia otros trabajadores, el aumento de riesgos de accidentes. Estos temas no son nuevos, pero en los últimos años las controversias se han acentuado por dos motivos: la presencia en el trabajo de sujetos seropositivos por VIH y el reconocimiento de los efectos patógenos del «fumar pasivo».

Estos conflictos afectan a valores e intereses que tienen cada uno su propia dignidad moral. De un lado, está el derecho al trabajo, que cobra un relieve específico, cuando el propio trabajo puede desempeñar una función de apoyo o terapia hacia sujetos débiles o lábiles: por ejemplo, enfermos mentales, minusválidos, drogadictos. En estos casos, la exclusión y la segregación pueden suponer un agravio. Del otro lado, está el derecho de los trabajadores «normales» o «sanos» a no sufrir daños, y a no ser expuestos a riesgos añadidos por culpa de la condición y el comportamiento de otros trabajadores; a ello se puede añadir que, si bien en raros casos, esas condiciones pueden suponer un peligro para otras personas, por ejemplo, para los pasajeros de trenes y aviones. En ese campo se enfrentan: de un lado, la solidaridad hacia los que sufren y la tolerancia (o, mejor dicho, la aceptación) hacia los «descarrilados», del otro, la seguridad.

Este tipo de conflicto no puede negarse y, en unos casos, son efectivamente necesarias medidas de restricción e, incluso, de exclusión hacia sujetos que, aun sin culpa, sean efectivamente peligrosos. La mayoría de las veces, sin embargo, la cuestión se hace más aguda, porque prevalecen los prejuicios que tienden a agigantar el riesgo e, incluso, a inventarlo donde no lo haya, como sucede en la mayoría de los casos de enfermos mentales y seropositivos VIH. La estigmatización de algunas enfermedades y conductas frente a otras (sólo ahora, por ejemplo, la protesta de las trabajadoras ha sacado a la luz el tema de la violencia y las molestias sexuales por parte de los trabajadores y directivos de empresa varones), altera a menudo los datos objetivos y obstaculiza una síntesis casi siempre posible, entre los valores de la solidaridad y la seguridad.

Es justo reconocer, en pro de Italia, que estas áreas de conflicto entre los trabajadores se han circunscrito suficientemente. Antes, más bien, se han realizado experiencias modélicas de integración al trabajo de

minusválidos físicos y psicosensoriales, de enfermos mentales y también de drogadictos. Los factores que han influido positivamente son antes que nada: el sentido de solidaridad que, cuando ha sido oportunamente estimulado y acompañado por las explicaciones adecuadas, se ha manifestado siempre entre los trabajadores; la actitud abierta de muchos empresarios; las leyes aprobadas en el Parlamento. Entre ellas, es especialmente significativa la ley sobre el SIDA, que impide a las empresas que averigüen la seropositividad y prohíbe que la seropositividad se considere una razón de exclusión del trabajo, menos en poquísimas actividades que supongan un efectivo riesgo para otros trabajadores o para los ciudadanos. Problemas análogos surgen por los intentos de someter a los trabajadores al *drug-testing*. Otra situación que en Estados Unidos, pero también en otros países, ha ocasionado controversias más o menos graves, es la presencia de fumadores en el trabajo, por los riesgos que conlleva el «tabaquismo pasivo»: pero este es un problema de más fácil solución.

Un problema sin solucionar, por el que se divisan pocas mejoras, es, por el contrario, el de las relaciones con los trabajadores inmigrados. Aunque los sindicatos a veces se han comprometido a tutelarlos, siempre queda el hecho de que ellos desempeñan casi siempre las tareas más pesadas y nocivas, tienen retribuciones menores, disfrutan de escasa protección sanitaria y social, viven en viviendas malsanas o inseguras, corren el riesgo de ser despedidos o expulsados del país. Condiciones parecidas existen en otros países de Europa occidental y Estados Unidos. Italia, que es el único de estos países en haber vivido, entre los siglos XIX y XX, la experiencia contraria, aquella de la emigración de masas, ahora que es sede de inmigración, debería, sin embargo, manifestar mayor sensibilidad respecto a todo otro país. Los temas éticos que surgen en este campo son análogos a los ya señalados a propósito de la exportación

de productos, producciones y deshechos tóxicos y nocivos: en este caso también nos encontramos ante dos estimaciones distintas del trabajo y la vida, sobre una base étnica o geográfica.

## 5. CONFLICTOS ENTRE TRABAJO, SALUD REPRODUCTORA Y REPRODUCCIÓN DE LA VIDA HUMANA

Como premisa a este punto, se puede recordar la ya citada afirmación de la *Pacem in terris*, que configura para las mujeres una condición peculiar: «el derecho a condiciones de trabajo conciliables con sus exigencias y sus deberes de esposas y madres». Las intenciones son claras y loables; pero esta formulación (al contrario que muchas otras contenidas en la misma encíclica, que son por el contrario anticipadoras), sólo habla de exigencias y deberes «de esposas y madres», mientras no alude a análogas exigencias y deberes «de esposos y padres».

No tengo la intención de cuestionar aquí la función que la Iglesia Católica otorga tradicionalmente a la mujer. Me detendré, por el contrario, sobre el hecho de que, mientras en el pasado se enfatizaban sólo las consecuencias nocivas para los nascituri, derivadas del trabajo pesado o nocivo de la madre, las investigaciones epidemiológicas y toxicológicas de ahora han demostrado que los daños a la función reproductora, a la fertilidad y el patrimonio genético, pueden derivar en igual medida del sexo masculino. Este tema lo ha desarrollado especialmente I. Figà Talamanca<sup>23</sup>, con lo cual, resumiré sus investigaciones y consideraciones.

Varias manifestaciones patológicas a cargo de la salud reproductora proceden de la exposición a condiciones laborales que normalmente no dañan otros órganos y funciones. En la época anterior a la concepción, por ejemplo, conllevan riesgo las radiaciones ionizantes, los metales pesados, algunos pesticidas como el diclorobromopro-

pano (DBCP), que es causa comprobada de daño a la espermatogénesis y por tanto de esterilidad masculina. Durante el embarazo provocan a veces la muerte prenatal y el aborto los gases anestésicos, las radiaciones ionizantes y otros agentes físicos y químicos presentes en los ambientes de trabajo. Estos factores acrecientan además el riesgo de nacimientos prematuros y en algunos casos de defectos congénitos.

En el plano ético, toda la atención se ha concentrado hasta la fecha en el conflicto entre el derecho de la mujer al trabajo y los derechos del ser por nacer<sup>24</sup>. Por consiguiente, muchas industrias de Estados Unidos han adoptado políticas de «tutela de la maternidad», que obligan a las mujeres en edad fértil a trasladarse a «tareas saludables»; cuando ello no ha sido posible, muchas, sencillamente, han sido despedidas. El sugerente argumento de que, así, se quiere «privilegiar la tutela de las futuras generaciones», no resiste el análisis científico, por tres razones.

La primera es que las investigaciones, por ejemplo sobre los efectos reproductivos del plomo, han demostrado que es igual de peligroso para la reproducción exponer a este metal a un joven varón que a una mujer<sup>25</sup>. Hay además buena evidencia científica del hecho de que la exposición paterna a radiaciones está asociada a las leucemias, pero nadie ha propuesto hasta la fecha excluir a los varones de los trabajos que conllevan este riesgo, para tutelar a sus eventuales hijos. La segunda es que casi nunca se le da a elegir a la mujer entre un trabajo u otro, sino entre el trabajo y el paro, una condición en que los riesgos para el nascituro son con mucho mayores. La tercera es que la tendencia a solucionar los conflictos éticos y prácticos, alejando de los riesgos laborales a los sujetos «más susceptibles», sean varones o mujeres, jóvenes o mayores, fuertes o vulnerables, además de ser una práctica discriminadora, también es un obstáculo a la prevención sea para ellos mismos, sea para todos. En efecto, los

mismos factores nocivos afectan también a los trabajadores considerados «normales», si bien con frecuencia porcentualmente menor; pero en términos absolutos el daño es, de todos modos, alto. Dicho de otra forma, quienes están más expuestos al riesgo, son como los centinelas de un presidio: si los alejamos, se facilita el asalto y la vida de todos peligra.

Sin embargo, la opción de alejar a las mujeres del trabajo en base a políticas de «tutela del feto», se sigue aplicando, a veces con métodos bárbaros. La American Cyanamid Company, coloso de la industria química de Estados Unidos, ha decretado, por ejemplo, la exclusión de los departamentos expuestos a riesgo por plomo, de las mujeres que no sean estériles o estén dispuestas a esterilizarse, ofreciendo gratuitamente la intervención operatoria y proponiendo, en caso de rechazo, el traslado a otro trabajo<sup>26,27</sup>. Sin embargo, sólo siete mujeres entre treinta que debían ser alejadas, consiguieron otro empleo; muchas fueron despedidas y cinco optaron por la esterilización «voluntaria», para poder seguir en el trabajo. La dolorosa opción entre dos valores conflictivos, el trabajo y la maternidad, se ha confiado aparentemente a la decisión de las mujeres; pero, en realidad, la ha tomado la empresa con su rechazo de modificar las condiciones nocivas del ciclo productivo. Se han señalado otros métodos, aún más graves, si cabe, en países subdesarrollados. En Sri-Lanka, por ejemplo, se ha impuesto a las trabajadoras en edad fértil que se sometieran a un test obligatorio de embarazo y a las que les resultaba positivo se les ofrecía, pero en realidad se les imponía, que recurrieran al legado para abortar<sup>28</sup>.

Caben, sin embargo, alternativas entre la esterilización, más o menos obligada, y la pérdida del trabajo. La principal es la prevención ambiental, valedera para todos. Las otras soluciones presentan ventajas y desventajas. En Italia y otros países desarrollados, por ejemplo, las leyes prevén la separación laboral (acompañada de la

prohibición de despido) de las mujeres en los últimos meses de embarazo y los primeros del puerperio. Pero ahora se sabe que los daños más graves se dan en las fases precoces de la gestación, a menudo aún antes de que se compruebe el embarazo. La legislación, por tanto, tendría que actualizarse. En segundo lugar, si se tiene en cuenta que el daño para el ser por nacer puede derivar de causas maternas, pero también paternas, parece difícil una solución del problema con medidas legislativas y controles de tipo personal, por ejemplo de la actividad sexual conyugal, pero también extra-conyugal, de todos los trabajadores varones que estén expuestos a riesgos laborales.

En todo caso, es indispensable que quienquiera sea llamado a decidir en un conflicto de naturaleza tan difícil, sea el legislador, sindicalista o bien trabajador o trabajadora individual, pueda tener acceso a la información científica en términos objetivos y pueda orientarse en base a hechos, no a prejuicios, y asumir en plena libertad sus propias orientaciones.

## CONCLUSIONES

Entiendo que la opción de tratar el tema a través de la enucleación de los conflictos puede suscitar objeciones, porque habría sido también ir por otros derroteros. Por ejemplo, seguir un recorrido histórico con relación a la evolución tecnológica y las orientaciones éticas, que han cambiado mucho desde los tiempos de la esclavitud a la revolución industrial, sobre todo desde que los trabajadores se han asomado al escenario, afirmando sus propios derechos. O bien, asumir como hilo conductor, unos conceptos típicos de la relación entre salud y trabajo, como el riesgo y la relación costes-beneficios. O también, examinar cómo se han enfrentado a este tema las diferentes corrientes bioéticas. He preferido, sin embargo, partir de los conflictos, porque *existen*; porque, si bien a veces se han interpretado de manera

ideológica, los conflictos afectan a intereses y personas que representan valores legítimos, pero a menudo divergentes; porque, finalmente, el único modo de superar los conflictos es el reconocerlos.

A menudo ellos tienen como fundamento una divergencia de conocimientos y un desequilibrio de poder; un poder que se expresa a través de la corporeidad y la dignidad humanas, condicionándolas, someténdolas a riesgo, minando a veces la salud y restando a la vida años y calidad. La única referencia moral segura puede ser, justamente, la corporeidad humana y la dignidad de los individuos. Si no, es fácil resbalar, incluso en la deontología profesional, hacia la tutela de los intereses fuertes que pueden coincidir, pero también colisionar, con los de la colectividad.

Cobra interés, por ese aspecto, la investigación llevada a cabo en Estados Unidos sobre las orientaciones éticas de los médicos del trabajo <sup>29</sup>. Ha destacado, como dato esencial, el contraste entre dos líneas: la conservación de la propia identidad deontológica, que, aún teniendo en cuenta toda otra clase de intereses y valores, tiene su foco en cada trabajador; o bien, la asunción, como criterio-guía, del utilitarismo teleológico. El utilitarismo, empero, no tiene en cuenta, desde el punto de vista del trabajo, las minorías de quienes están expuestos a especiales riesgos, porque su orientación depende de un interés, a veces verdadero, pero más a menudo supuesto, de las mayorías; ni valora, desde el punto de vista del equilibrio ambiental, la mayoría generacional que suponen los pósteros, que serán (a menos de eventuales catástrofes) mucho más numerosos de los actuales seres vivos.

El asumir, por el contrario, como referencia, la corporeidad y la dignidad humanas de cada trabajador, puede estimular transformaciones productivas (materiales, procesos, organización del trabajo, productos) que puedan resultar más idóneas

para el hombre y la mujer, y más respetuosas con la naturaleza. No se puede, desde luego, presumir que, así, los conflictos, cuya lista he facilitado, desaparezcan; pero, en muchos casos, pueden evitarse o atenuarse en sus dimensiones y gravedad.

Es lo que, por otra parte, ha acontecido en los lugares y las fases más positivas de la relación entre salud y trabajo. El conflicto entre los trabajadores y las empresas se ha vuelto menos dramático, cuando se ha creado entre los dos antagonistas un mayor equilibrio de poderes. Los conflictos sobre la información a menudo se han resuelto, cuando a todos se les ha garantizado el acceso a las noticias útiles a fines de prevención, y cuando se han mantenido reservados los datos personales de cada trabajador. El conflicto entre trabajadores y población, entre producción y ambiente, ni ha surgido siquiera, cuando se ha valorado preventivamente el impacto sanitario y ambiental de nuevas instalaciones. Los conflictos entre trabajadores «peligrosos» y trabajadores «normales» se han reducido a pocos casos, cuando la entidad del riesgo se ha valorado en base a datos objetivos, en vez de prejuicios; y se han convertido en crecimiento mutuo de las dos partes, sea ético o práctico, cuando el espíritu de integración ha prevalecido sobre el *victim blaming* y la segregación. Los conflictos entre trabajo y reproducción de la vida humana se han reducido al mínimo, cuando las reglas de la prevención ambiental han sustituido el despido de las mujeres en edad fértil.

Ciertamente, estas experiencias no pueden valer, por sí solas, para dirimir conflictos entre valores y conflictos de intereses que son, en algún que otro caso, inconciliables, ni para orientar en el plano teórico sobre elecciones contradictorias y difíciles. Pero, cuanto más la reflexión bioética se una a la evolución histórica de la vida cotidiana, más ella encontrará una referencia segura en el propio hombre, en este caso, en el trabajador y la trabajadora considerados como individuos y como sujetos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. G. Rossi: «Si invoca l'etica quando è in crisi il diritto», *Corriere della sera*, 26 de mayo de 1987.
2. International Labour Office: *World Labour Report 1993*, Genève: International Labour office: 1-2 y 9-8.
3. G. Berlinguer. «Bioetica quotidiana e bioetica di frontiera». En: *Questioni di vita*, Torino, Einaudi, 1991: 3-26.
4. *The New York Time Magazine*, 13 de septiembre de 1970, p. 32, citado por W.R. Lee: «Some ethical problems of hazardous substances in the working environment», *B J Ind Med* 1977: 274-80.
5. S. Rodotà: «Test genetici per lavorare», *La Repubblica*, 18 de julio de 1992.
6. J. Harris: «Le biotecnologie nel 2000. Wonderwoman e Superman», *Bioetica* I (1992), 32.
7. OTA, US Congress: *The Role of Gene Testing in the Prevention of Occupational Diseases*, 1983, y M. Cummings: *Human Eredity: Principles and Issues*, West Publishing Co., St. Paul 1988, p. 406, citados por S. Nespor, A. Santosuosso, R. Satolli: *Vita, morte e miracoli*, Milano, Feltrinelli, 1992, pp. 97-112 y notas de p. 112.
8. J. Harris: «Le biotecnologie» cit.
9. Para la reconstrucción de este movimiento, cfr. M.L. Righi: «Le lotte per l'ambiente di lavoro dal dopoguerra ad oggi», *Studdi storici* 2/3 (1992), 619-52. Cfr. también G. Berlinguer: *La salute nelle fabbriche*, nueva edición ampliada, Bari, De Donato, 1977 (1.a ed., 1969).
10. J.P. Allegrante & R.P. Sloan: «Ethical Dilemmas in Workplaces», *Prev Med* 1986: 313-20.
11. M. Minkler: *Ethical Issues in Community Organization*, citado en Allegrante & Sloan, «Ethical Dilemmas...» cit., p. 315.
12. Allegrante & Sloan, «Ethical Dilemmas...» cit., pp. 315-6.
13. Véase, por ejemplo, W.J. Curran, S.M. Hyg & L.I. Boden: «Occupational Health Values in the Supreme Court: Cost-Benefit Analysis», *Am J Public Health* 1989: 1264-J.
14. W.R. Lee: «Some Ethical Problems of Hazardous Substances in the Working Environment», *B J Occup Med* 1977: 274-80.
15. V. Navarro: *An International Study on Ethics and Values in Occupational Medicine*. La nota es una comunicación personal, y constituye la premisa de un proyecto de investigación elaborado en marzo de 1992.

16. O. Axelson: «Ética, política e interpretazione dell'evidenza scientifica dei rischi per la salute dovuti a esposizioni ambientali e professionali», *Epidemiol Prev* 1990: 8-11.
17. D. E. Lilienfeld & M.S. Engin: «The Silence: The Asbestos Industry and Early Occupational Research-A Case Study», *Am J Public Health* 1991: 791-800.
18. Citado por H. Pereira Dias: «Bioethics: Implications for Medical Practice and Deontological and Legal Standards in Brazil», en *Bioethics, Issues and Perspectives*, eds. S. Scholle Connor & H.L. Fuenzalida-Puelma, Pan-American Health Organization, 1990, p. 138.
19. M. Epelman: *Sindicalismo y medio ambiente en Argentina*, texto mecanografiado (enero 1992).
20. P. Comba: «Il rischio ambientale e la salvaguardia della vita umana: aspetti etici», *Protestantesimo* XLVI 4 (1991), 287-300.
21. H. Jonas: *Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Torino, Einaudi, 1990, p. 49.
22. *Ibi*, p. 175.
23. I. Figà Talamanca & G. Berlinguer: *Problemi bio-etici in medicina del lavoro*, ponencia presentada en el Congreso de Medicina del Trabajo, Turín 1992.
24. Cfr., por ejemplo, M. Lavine: «Ethical and Policy Problems», *Environ* 1982: 26-38.
25. M. E. Becker: «Can Employers Exclude Woman to Protect Children?», *J Am Med Assoc* 1990: 2113-7.
26. A. Hricko: «Social Policy Considerations of Occupational Health Standards: The Example of Lead and Reproductive Effects», *Preventive Medicine* 1978: 394-406.
27. W.J. Curran: «Danger for Pregnant Women in the Work Place», *N Engl J M* 1985: 164-J.
28. I. Figà Talamanca: «Zone industriali libere e adolescenti sfruttate», *Salute umana* 1990.
29. P.W. Brandt-Rauf: «Ethical Conflict in the Practice of Occupational medicine», *B J Ind Med* 1989: 63-6.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES****Javier Gómez-Hortigüela Amillo.**

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

**RESUMEN**

La promulgación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales marca un punto de inflexión en la evolución de la seguridad y salud en el trabajo en España. En el presente artículo se describen los aspectos más relevantes de esta nueva legislación, desde los criterios o principios que deben regir la actividad preventiva, hasta las obligaciones y derechos de empresarios y trabajadores, pasando por la cooperación y coordinación de las actuaciones de las distintas Administraciones competentes y la participación de las organizaciones de empresarios y trabajadores, como ejes centrales de la política en materia de prevención de riesgos laborales.

**Palabras clave:** Prevención. Legislación. Derechos y Obligaciones. Empresarios. Trabajadores. Administraciones Públicas.

**ABSTRACT****Occupational Safety and Health, from the Perspective of the Prevention of Occupational Hazards Act**

The passing of the Prevention of Occupational Hazards Act, (Ley 31/1995), constituted a change in direction in the development of occupational safety and health in Spain. This article describes the most salient points of this new legislation, from the criteria and principles that have to govern preventive activities, to the obligations and rights of both employers and workers, together with the co-operation and co-ordination of the activities of the various Administrations which have jurisdiction and the participation of employers' and workers' organisations, as the backbone of policy in matters concerning the prevention of occupational hazards.

**Key words:** Prevention. Legislation. Rights and Obligations. Employers. Workers. Public Administration.

La promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales marca un punto de inflexión en la evolución de la seguridad y salud en el trabajo en España.

Con la Ley se configura el marco global de ordenamiento en torno al cual deben articularse normas de contenido básicamente técnico que garantizan la adopción de las medidas más adecuadas para la prevención de los riesgos. La Ley va a actualizar y dar coherencia y unidad al ordenamiento vigente, caracterizado por su gran amplitud y complejidad, por ser un ordenamiento disperso y fragmentario con una deficiente visión unitaria, todo ello consecuencia de la acumula-

ción en el tiempo de normas de diverso rango y configuración, emanadas desde concepciones sociales y políticas diferentes.

La Ley, ante la confusión y dispersión de la situación normativa a la que se había llegado, clarifica y deslinda las distintas obligaciones y derechos, así como las competencias y mecanismos de promoción, estudio, apoyo, vigilancia y control, sin disgregar los esfuerzos, sino, al contrario, integrándolos de tal modo que se logre su mayor potenciación mutua.

Tal es esta vocación, que el texto articulado antepone esta idea a las demás, defi-

niendo lo que entienden por normativa sobre Prevención de Riesgos Laborales en el mismo primer artículo: Cualquier disposición acerca de la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral. Es decir, las procedentes del ámbito de competencias de Trabajo y Seguridad Social, junto a otras de índole industrial, sanitario, medio ambiental, por ejemplo, siempre que incidan sobre las condiciones de trabajo y supongan una mejora de las mismas, y, en consecuencia, unos mayores niveles de protección de los trabajadores. Y aún más, se incluyen las mejoras y desarrollo que aporten los convenios colectivos, calificando las disposiciones de carácter laboral de prevención de riesgos laborales con el carácter de Derecho necesario mínimo indisponible.

Esta normativa se centra, pues, en las condiciones de trabajo, que impone el empresario a sus trabajadores, en virtud de su relación contractual. Así, junto al derecho de éstos a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, se establece el correspondiente deber del empresario de garantizar dicha seguridad y salud en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Esta cuestión básica, propia del Derecho del Trabajo, se extiende al ámbito de las relaciones de carácter administrativo, equiparando a los funcionarios y personal estatutario al resto de los trabajadores por cuenta ajena, y a las distintas Administraciones Públicas asignándoles las mismas obligaciones que corresponden a los empresarios para con sus empleados.

Conviene destacar los dos principios básicos de la Ley: La prevención de los riesgos y la participación de los trabajadores.

La Ley determina un nuevo enfoque preventivo en el establecimiento de las condiciones de trabajo, cuyos elementos básicos van a ser «la planificación de la prevención desde el momento mismo del diseño del proyecto empresarial, la evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo y su ac-

tualización periódica a medida que se alteren las circunstancias, la ordenación de un conjunto coherente y globalizador de medidas de acción preventiva adecuadas a la naturaleza de los riesgos detectados y el control de la efectividad de dichas medidas». Como punto de partida de todo, la evaluación de los riesgos, obligación general para todos los empresarios, que va a determinar la necesidad de realizar la prevención de los riesgos. Prevención de los riesgos con el sentido dinámico que la propia Ley establece, como actividades o medidas dirigidas a evitar o disminuir los riesgos del trabajo. Prevención que debe estar integrada en el proceso productivo y en la línea jerárquica de la empresa.

Como necesario complemento de toda la normativa anterior centrada básicamente en la regulación de las condiciones materiales de los puestos de trabajo, la Ley incide en la gestión de la prevención, articulando los procedimientos que van a impulsar el cumplimiento de las medidas específicas que aseguran un adecuado control de las condiciones de seguridad y salud en las empresas. Esto constituye la gran novedad que la Ley supone.

La Ley establece los criterios o principios que deben regir la actividad preventiva. Así, la eliminación o reducción de los riesgos en su origen, la prioridad de la protección colectiva frente a la individual, la absoluta y total integración de la prevención a la que ya nos hemos referido, así como la consideración de las capacidades del trabajador en materia de seguridad y salud a la hora de encomendarle trabajos. Todos estos criterios deben ser considerados por el empresario en la realización de la actividad preventiva.

El empresario va a disponer de un conjunto de posibilidades para ejercer la actividad preventiva. Esta va a estructurarse mediante: la designación de uno o más trabajadores; la constitución de un servicio de prevención; y el recurso a un servicio ajeno. La utilización de uno u otro va a depender

del tamaño de la empresa, los riesgos y su distribución en la misma o de la peligrosidad de las actividades. La norma hace compatible esta libertad de elección, con el establecimiento de cautelas que aseguran que la actividad preventiva y el modelo de organización utilizado por las empresas sea la requerida. Así la exigencia de acreditación a las entidades que quieran ejercer la actividad de servicio de prevención, el establecimiento de las condiciones de los trabajadores designados (capacidad, tiempo, medios y número), la protección de la independencia del técnico de prevención y la obligación de las auditorías o evaluaciones externas del sistema preventivo cuando la empresa realice la actividad con medios propios.

El previsto desarrollo reglamentario de la Ley, y en concreto el Proyecto de Reglamento de los Servicios de Prevención que ha realizado el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, va a impulsar la aparición en el mercado de entidades intermedias que van a facilitar la aplicación de la Ley. Estas entidades –servicios de prevención, empresas dedicadas a la formación, empresas auditoras– van a dar respuesta a las demandas y necesidades de las empresas. El referido Proyecto establece las condiciones para poder ejercer la actividad de servicios de prevención, regula las condiciones formativas mínimas para poder realizar actividades preventivas, y establece las obligaciones y condiciones en relación con las auditorías.

El carácter preventivo de la Ley que hemos resaltado en el apartado anterior se completa con la segunda cuestión a destacar: la participación de los trabajadores. La norma, a partir del vigente sistema de representación de los trabajadores establecido en el Estatuto de los Trabajadores, establece con carácter general la obligación de los empresarios de consultar a los trabajadores, antes de la adopción de cualquier decisión, sobre cualquier materia que pueda afectar a las condiciones de seguridad y salud de los

trabajadores. Es una obligación estricta de los empresarios. Obligación que en la Ley guarda un adecuado equilibrio con el poder de dirección de los empresarios. Tanto los principios de la acción preventiva, como el derecho de los trabajadores a la consulta previa y, en definitiva, la participación de los mismos a través de sus representantes en el diseño, adopción y cumplimiento de las medidas preventivas, acotan y equilibran el citado poder de dirección, considerando los derechos del empresario como director y organizador de la actividad y el derecho del trabajador a su integridad física en el desarrollo de su actividad.

La participación de los trabajadores se acentúa con la figura del delegado de prevención, su representante especializado y con funciones específicas en materia de seguridad y salud en el trabajo. La Ley establece sus competencias, dirigidas a la colaboración con el empresario, la promoción y fomento de la cooperación, la consulta y la vigilancia y control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, así como las facultades y garantías para poder desarrollar estas funciones. Especial importancia tiene su facultad de recabar la adopción de medidas de carácter preventivo y para la mejora de los niveles de protección de la seguridad y salud de los trabajadores, pues, si bien sus propuestas no son vinculantes para los empresarios, su decisión negativa debe ser motivada y supone, incluso, un criterio de agravamiento a las sanciones ocasionadas por los incumplimientos de la propia Ley (propuestas de corrección sobre deficiencias legales).

La Ley potencia que a través de la negociación colectiva las competencias de los delegados de prevención puedan desarrollarse en ámbitos más amplios que el correspondiente a su propio centro de trabajo, avanzando, así, en el derecho de participación más allá de la empresa.

Otro mecanismo de articulación de la participación de los trabajadores lo consti-

tuye el Comité de Seguridad y Salud, obligatorio en empresas o centros de trabajo a partir de 50 trabajadores, que se configura como órgano de participación, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones preventivas y que va a suponer un foro de encuentro y debate, de carácter paritario entre representantes del empresario y de los trabajadores, y donde se van a discutir la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención. Consecuente con este deseo de diálogo y aportación de todos los conocimientos e iniciativas que puedan ser interesantes, la Ley establece que, además de sus vocales natos ya señalados, puedan participar en sus reuniones con voz aunque sin voto cualquier responsable o trabajador interno o externo a la empresa, cuyos conocimientos puedan ser convenientes a los debates del mismo.

La nueva Ley nace con una vocación de aplicación universal con el fin de garantizar el derecho de todos los trabajadores a una protección eficaz en el desarrollo de su trabajo. En la Ley se articulan mecanismos encaminados a facilitar la aplicación de la Ley. En este sentido el fomento de una mayor cultura preventiva mediante la promoción de la educación y la formación en esta materia en todos los niveles de la enseñanza. Asimismo, el fomento por las Administraciones Públicas de las actividades dirigidas a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y a la reducción de los riesgos. La norma prevé la adopción de programas específicos, que pueden instrumentarse a través de la concesión de incentivos, dirigidos a promover, en las pequeñas y medianas empresas, la mejora del ambiente de trabajo y el perfeccionamiento de los niveles de protección.

En el mismo orden, la creación de una Fundación, dotada de un patrimonio con cargo al Fondo de Prevención y Rehabilitación, procedente de los excedentes de la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, cu-

ya finalidad es promover actividades dirigidas a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, principalmente en las pequeñas empresas.

A continuación se resumen, muy brevemente, otros aspectos relevantes de esta nueva legislación, que es de aplicación prácticamente universal –incluido el personal civil al servicio de las Administraciones Públicas– con muy pocas y bien determinadas excepciones:

- \* Se establece una política nacional en materia de prevención de riesgos, que se desarrollará a través de la acción reglamentaria prevista en la Ley y de la actuación de las Administraciones e instituciones, cuyas competencias se fijan también en la misma. La cooperación y coordinación de las actuaciones de las distintas Administraciones competentes y la participación de las organizaciones de empresarios y trabajadores son ejes centrales de dicha política.
- \* Partiendo de una declaración del derecho general de los trabajadores a una protección eficaz enuncia los derechos concretos que forman parte de éste (información, consulta y participación, formación, paralización de la actividad y vigilancia de la salud) y establece las obligaciones de las empresas para garantizar su efectividad.
- \* La primera obligación empresarial es la de realizar y mantener actualizada una completa evaluación de los riesgos existentes en la empresa. A partir de ahí, la Ley establece una serie de obligaciones que constituyen una verdadera «metodología preventiva» en la que se integran las actividades de reducción de los riesgos, las actividades para su control, incluida la vigilancia de la salud de los trabajadores, la actuación frente a emergencias, y en particular, frente a situaciones de riesgo

grave e inminente, la investigación de los accidentes ocurridos, la formación e información de los trabajadores, etc.

- \* La Ley da un tratamiento especial y diferenciado a los colectivos de trabajadores objetos de especial protección, bien por sus circunstancias personales o bien por aspectos asociados a su relación de trabajo. En este sentido establece que las personas especialmente sensibles a determinados riesgos reciban una especial atención. La protección de la mujer trabajadora en situación de maternidad y la de los trabajadores jóvenes se trata de forma individualizada, concretando la evaluación de los riesgos y las medidas a adoptar como consecuencia de la misma. La Ley también da un tratamiento específico a las relaciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal, con el fin de garantizar un nivel de protección idéntico al de los trabajadores con una relación de trabajo indefinida.
- \* Se regulan las obligaciones de los empresarios respecto a otros empresarios cuando sus respectivos trabajadores coinciden en un mismo lugar de trabajo. Con carácter general se establece la obligación de cooperación en la aplicación de la Ley y en la articulación de los medios de coordinación necesarios para la prevención de los riesgos y la información a los trabajadores. En el caso de existir relaciones de dependencia entre las empresas, se especifican las obligaciones del titular del centro de trabajo, así como de la empresa principal en relación con sus contratadas y subcontratadas.
- \* El empresario debe proporcionar a los trabajadores y a sus representantes la formación y la información necesarias acerca de los riesgos existentes y de las actividades o medidas preventivas que

deben adoptarse, tanto a nivel de cada puesto de trabajo (información directa al trabajador), como a nivel de la empresa en su conjunto (información normalmente canalizada a través de los representantes de los trabajadores).

- \* El derecho de los trabajadores a la vigilancia de su salud, que se deberá efectuar periódicamente a cargo del empresario, y que se llevará a cabo con el consentimiento de aquellos, salvo que dicha vigilancia sea obligada por establecerlo así una disposición legal o imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo en el trabajador o la influencia de su estado de salud en los demás trabajadores. La Ley garantiza el respeto a la intimidad y a la dignidad del trabajador, así como la confidencialidad de la información obtenida y la utilización no discriminatoria de la misma.
- \* Finalmente, en lo referente a esta Ley, cabe señalar que las obligaciones de los trabajadores se establecen según sus posibilidades, y de acuerdo con su formación e instrucciones dadas por el empresario. La Ley contempla un catálogo de obligaciones que pueden agruparse esencialmente en dos: la de autoprotección (velar por su propia seguridad y por la de las otras personas que pudieran sufrir las consecuencias de sus actos u omisiones) y la de cooperación con el empresario (utilizar los medios de trabajo de acuerdo a las instrucciones recibidas, informar sobre los riesgos detectados, etc.).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales es una norma que debe encuadrarse en el ámbito laboral —es una Ley laboral— y completa las otras dos grandes Leyes que inciden sobre la seguridad y salud en el trabajo: la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Industria de 1992. La primera contempla desde las Administraciones sanitarias competentes, las actuaciones en ma-

teria de salud laboral, en particular la promoción con carácter general de la salud integral de los trabajadores y las acciones en los aspectos sanitarios de la prevención de riesgos profesionales, entre otras.

Desde la Ley de Industria, se establecen las responsabilidades de los titulares de las actividades industriales, en orden a procurar que éstas no supongan una amenaza para la seguridad y la salud de las personas y a la integridad de sus bienes, así como a su entorno y al medio ambiente. Así, reglamentos «de industria», tales como, por ejemplo, los de instalaciones contra incendios, al mismo tiempo que tienen como primer objetivo el apuntado en dicha Ley, obviamente tienen en cuenta la presencia de trabajadores y por lo tanto, van dirigidos a su protección al mismo tiempo. En este sentido son normativa sobre prevención de riesgos laborales.

La Ley de Industria también ampara la reglamentación del Mercado Único del Espacio Económico Europeo sobre la seguridad del producto. Sus disposiciones de carácter único, contienen los requisitos esenciales de seguridad y sanidad que deben cumplir los productos para poder circular libremente por todo este vasto territorio. De este modo, los empresarios al incorporar a su proceso productivo tales productos, reciben la garantía del fabricante o el importador de que, utilizados conforme a sus instrucciones, no supondrán una amenaza para el usuario, en este caso, los propios trabajadores. A estos aspectos, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales dedica su Capítulo VI.

Consciente el legislador de las diversas competencias de los distintos niveles de las Administraciones Públicas que inciden en este campo, dedica varios artículos a establecer mecanismos de carácter permanente de colaboración, cooperación, coordinación y mutuo entendimiento entre las distintas Administraciones competentes.

Particularmente son más extendidas las referencias al mutuo entendimiento entre las

dos Administraciones, la Laboral y la Sanitaria, al ser ambas más cercanas a los trabajadores.

Vamos a destacar, a continuación, la especial importancia que en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se da a la coordinación entre las Administraciones con competencia en la materia.

Así, en el ámbito de la Administración General del Estado se exige el establecimiento de una colaboración permanente entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los Ministerios que correspondan, en particular los de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, en la fijación de especialidades y niveles formativos necesarios.

Igualmente se prevén las normas reglamentarias de desarrollo de la Ley y se encomienda que mantengan la debida coordinación con la normativa sanitaria y de seguridad industrial.

A la hora de atribuir funciones al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como órgano científico técnico especializado de la Administración General del Estado, le encomienda velar por la coordinación y apoyar el intercambio de información y experiencias entre las distintas Administraciones Públicas.

Más adelante la Ley dedica todo un artículo a las actuaciones de las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria, las cuales se efectuarán de acuerdo con lo señalado en el Capítulo IV del Título I de la Ley General de Sanidad, el cual se refiere a la salud laboral, precisando los aspectos sanitarios que allí se definen:

- Establecimiento de pautas y protocolos de la actuación sanitaria de los servicios de prevención, así como la evaluación y control de tal actuación.
- Implantación de sistemas de información para la elaboración de mapas de riesgos y estudios epidemiológicos.

- Supervisión de la formación específica del personal sanitario de los servicios de prevención.
- Realización de estudios, investigaciones y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

En relación con la coordinación administrativa, se establece como imprescindible la coordinación de actuaciones de las Administraciones competentes en los ámbitos laboral, sanitario e industrial, especialmente en lo que corresponde a la elaboración de la normativa y al control de su cumplimiento, así como a la promoción de la prevención, la investigación y la vigilancia epidemiológica de los riesgos laborales. Además, particulariza que la información obtenida por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, deberá ser puesta en conocimiento de las autoridades sanitarias e de industria competentes, en lo que respecta a los fines que les atribuye respectivamente las Leyes, General de Sanidad y de Industria.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales crea la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, como órgano colegiado asesor de las Administraciones Públicas y órgano de participación institucional en esta materia preventiva. Formarán parte de ella un representante de cada Comunidad Autónoma y, en igual número, representantes de las distintas instancias competentes de la Administración General del Estado, y, paritariamente con todos ellos, los representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas. Una de las Vicepresidencias recae en el Subsecretario de Sanidad y Consumo. Cometido importante de esta Comisión va a ser mantener de forma sólida y coherente la coordinación entre las Administraciones.

También se exige que toda la documentación que el empresario deberá elaborar y conservar a disposición de la autoridad laboral, en la que se incluyen los datos de los

controles de la salud y los referidos a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como los resultados de las evaluaciones de riesgos y las medidas adoptadas en consecuencia, deberá estar también a disposición de las autoridades sanitarias.

Finalmente se requiere la aprobación de la Administración sanitaria, referida a los aspectos de carácter sanitario, a la hora de acreditar los servicios de prevención.

Estos servicios serán exigidos, en los términos que un futuro reglamento establezca, como un conjunto organizado de medios humanos y materiales necesarios para la realización de las actividades preventivas de la empresa. Tales servicios, un medio para la prevención y no un fin, tienen un carácter interdisciplinario y deberán prestar el asesoramiento y apoyo necesario en lo relativo a:

- Planes y programas de actuación preventiva.
- Evaluaciones de los riesgos
- Determinación de prioridades en la adopción de medidas preventivas.
- Información y formación de los trabajadores.
- Primeros auxilios y planes de emergencia.
- Vigilancia de la salud.

En este sentido se pretende la actuación coordinada y en mutua colaboración de los profesionales sanitarios y no sanitarios, dentro del respeto a las competencias atribuidas al ejercicio de cada profesión y, tal como expresa uno de los principios de prevención establecidos por la Ley ya anteriormente señalado, en cumplimiento de una actuación de prevención de riesgos laborales integrada en todos los aspectos productivos y organizativos de la empresa, con el fin de lograr la máxima eficacia en mantener unas condiciones de trabajo que sean seguras y sanas.

Terminamos como comenzamos, señalando que, ese punto de inflexión que supone la Ley de Prevención de Riesgos

Laborales, constituye un reto para todos los que deseamos una mejora de la seguridad y salud en el trabajo.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y LA VIGILANCIA EN SALUD LABORAL****Montserrat García Gómez y Enrique Gil López.**

Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

**RESUMEN**

La falta de información acerca de los riesgos y daños que afectan a los trabajadores es uno de los problemas más importantes con que se encuentran administradores, profesionales y agentes sociales, que impide la definición de políticas y planes de Salud Laboral eficaces.

Se analizan las fuentes de datos existentes en España, y se describen los recursos disponibles para prevenir los riesgos de origen laboral. Se concluye que, con las posibilidades que ofrece el nuevo marco normativo, es posible la implantación de un Sistema de Información en Salud Laboral que permita priorizar problemas y alcanzar los objetivos fijados. Bastaría con aplicar las leyes y utilizar los recursos disponibles.

**Palabras clave:** Sistemas de Información. Accidentes de trabajo. Enfermedades profesionales. Recursos.

**ABSTRACT****Systems of Information and Monitoring in Occupational Health**

A lack of information about the risks and damage that workers are exposed to, is one of the most pressing problems for those who administrate, professional and social workers, and one which constitutes an obstacle to the defining of effective Occupational Health policies and plans. An analysis is carried out of the existing data sources in Spain, and a description is provided of the resources available for preventing occupational hazards. It is concluded that, with the possibilities that are offered by the new framework of standards, it will be possible to implement an Occupational Health Information System which will allow for determining priorities and reaching the objectives that have been set. Applying the laws and using the resources that are available will be sufficient.

**Key words:** Information Systems. Occupational Accidents. Occupational Illnesses. Resources.

*Imagine que sale una mañana para ir al mercado a hacer la compra ¿qué debe comprar?, ¿cuáles son los proveedores más convenientes?, ¿con qué criterios escoger la mercancía?, ¿cuánto dinero debe llevar?, ¿qué medio de transporte será más adecuado?. Son informaciones importantes que debe conocer. No quisiera banalizar, pero estamos ya entrando en un sistema informativo que incluso*

*requiere, a veces, un registro escrito (la lista de la compra).*

*Toda nuestra actividad se construye sobre un intercambio de informaciones. Informaciones que necesitamos e informaciones que damos a los demás. La mayor parte de nuestras actividades, y de las informaciones con ellas relacionadas, no necesitan ser organizadas de forma demasiado complicada; ir a hacer la compra nos resulta natural (al menos a muchos de nosotros).*

*Existen, sin embargo, actividades en las que las informaciones adquieren una importancia tan grande y una complejidad tal que podemos perdernos si no nos organizamos. Sepa, señor lector, que dedicarse a la prevención en el tra-*

*bajo es una de ellas. Si no sabe cómo obtener las informaciones que le van a servir, si no sabe como usarlas, si no las pone a punto según un orden que le sea útil, si no es capaz de suministrarlas a los interesados cuando le preguntan, ¿qué clase de profesional será?. Uno que va a comprar alcachofas en el mes de octubre.*

Marco Biocca (1992)

## INTRODUCCIÓN

La importancia que adquieren unos sistemas de información sanitaria bien organizados, cuya creación responda a la necesidad de establecer sistemas de vigilancia y evaluación del estado de salud de la población, como condición indispensable para una política sanitaria eficaz, se pone periódicamente de manifiesto en los foros de discusión de los profesionales y en el creciente interés mostrado por los estados, administraciones públicas y organizaciones sociales, y se hace eco en las leyes.

En nuestro país este interés tuvo, en la etapa más reciente de nuestra historia, su plasmación en la Ley 14/1986 General de Sanidad, que en sus artículos 7, 8, 18, 21, 23, 40 y Disposición Adicional Segunda, insta a todos los elementos del Sistema Nacional de Salud a la *creación de registros y establecimiento de Sistemas de Información que permitan la adecuación de aquél a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.*

Pese a ello, no tenemos en España ningún sistema de información sanitaria en salud laboral que recoja, analice e interprete los datos sobre la salud de los trabajadores y sus condiciones de trabajo. Los tradicionales «accidentes de trabajo y enfermedades profesionales» no reflejan una realidad socioeconómica cada vez más compleja y un concepto de salud y enfermedad relacionada con el trabajo cada vez más amplio<sup>1</sup>. Aún así, los accidentes de trabajo en España representan un problema de salud pública de primer orden, y, sin embargo, se les ha dado

poca o ninguna importancia desde las administraciones sanitarias, siendo la administración laboral la responsable de la recogida, análisis y difusión de la información sobre siniestralidad laboral (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), por el hecho de ser objeto de protección económica por parte de la Seguridad Social.

La finalidad indemnizatoria del sistema de notificación y registro de accidentes y enfermedades profesionales vigente en nuestro país limita su utilización como sistema de información sanitaria e impide el establecimiento de sistemas de vigilancia y evaluación del estado de salud de los trabajadores, dificultando la definición de políticas eficaces de prevención de riesgos laborales. Efectivamente, en nuestro país el sistema de declaración está basado más en una «lógica aseguradora», que busca la compensación del daño, que orientado hacia un conocimiento de la totalidad del problema y de los factores asociados a la ocurrencia de enfermedades y accidentes de trabajo, necesario para una adecuada intervención sanitaria. Esta óptica no es adecuada para elaborar estrategias preventivas, y constituye, además, una de las razones que explican uno de los principales problemas con que se encuentran los administradores, los profesionales y los propios actores de la Salud Laboral en España al querer definir planes de prevención de riesgos eficaces: la falta de información sobre el daño para la salud asociado al trabajo y los factores de riesgo que lo están provocando<sup>2-4</sup>.

Es necesario disponer de un Sistema de Información en Salud Laboral, entendido como la organización compuesta por personal, material y métodos para recoger, procesar, analizar y transmitir la información necesaria para apoyar la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud<sup>5-7</sup>, léase de las políticas de prevención de riesgos laborales.

En este sentido, opinamos, como White<sup>8</sup>, que el objetivo general de un sistema de información sanitaria es informar al público, a sus

representantes políticos, a las personas con poder decisorio, a los administradores y a los encargados de la prestación de servicios sanitarios, sobre la naturaleza y alcance de los problemas de salud de la población y sobre las repercusiones de una gran variedad de influencias y servicios en la solución de dichos problemas; pero además, teniendo siempre presente que no resulta práctico contar con un enorme volumen de información si no existe un sistema para ponerla a disposición de las personas que la necesitan, en el momento oportuno y en una forma fácil de entender.

«Para que la vigilancia funcione eficazmente a nivel industrial, local o nacional, debe consistir en algo más que la simple recogida y elaboración de datos sobre grupos de individuos. La vigilancia en salud laboral debe utilizar estos datos para proyectar o modificar la política de prevención de riesgos y los programas de intervención»<sup>9</sup>.

De las cinco clases de datos básicos de un sistema de información sanitaria: estado de salud, recursos, utilización, costos y resultados, abordaremos en este artículo las posibilidades existentes para conocer el estado de salud y los riesgos a que están sometidos los trabajadores, así como los recursos disponibles para la protección, promoción y restablecimiento de su salud. Para ello, analizaremos las fuentes de datos existentes, y realizaremos propuestas para la consecución de nuestro objetivo, dejando para el necesario debate en los foros adecuados (profesionales, técnicos, administradores y agentes sociales) el análisis de la viabilidad, concreción y evaluación de la propuesta.

## ANÁLISIS DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EXISTENTES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD LABORAL

### Accidentes de trabajo

Los accidentes proporcionan una información que es necesario aprovechar al

máximo y para ello es primordial que todo lo ocurrido en el entorno del accidente quede reflejado, ordenado y dispuesto para posteriormente apreciar lo que realmente es determinante de riesgo y poder aplicar medidas correctoras.

Por delegación del Instituto Nacional de Estadística, la elaboración estadística de la siniestralidad, la tiene asignada la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (R.D. 530/1985, de 8 de abril).

El parte de accidente y el sistema de notificación y registro fueron modificados en 1987<sup>10</sup>, con el ánimo de facilitar la notificación a las empresas, agilizar la tramitación a las entidades gestoras, racionalizar y disminuir los costes en la elaboración estadística y mejorar los datos estadísticos. Los modelos oficiales que se establecieron son los siguientes:

- *Parte de accidente de trabajo*: deberá cumplimentarse en aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del accidentado del lugar de trabajo de al menos un día, salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente, previa baja médica.
- *Relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica*: deberá cumplimentarse mensualmente en aquellos accidentes de trabajo que no hayan causado baja médica.
- *Relación de altas o fallecimientos de accidentados*: deberá cumplimentarse mensualmente, relacionándose aquellos trabajadores para los que se hubieran recibido los correspondientes partes médicos de alta.

Desde el punto de vista de la prevención no existe diferencia alguna entre accidente de trabajo y accidente laboral, sin embargo desde el punto de vista legal no todos los accidentes laborales se pueden considerar como accidentes de trabajo.

Solamente se consideran accidentes de trabajo a las *lesiones corporales sufridas con ocasión o por consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena*, de acuerdo al artículo 84 del texto refundido de la Ley de la Seguridad Social.

Es más, existen unas condiciones específicas para que, aún siendo trabajador por cuenta ajena, tenga la consideración de accidente de trabajo, y es que debe producirse en su «propio puesto de trabajo» o bien en el trayecto de ida o vuelta al mismo, siempre que ocurra una hora antes del inicio de su jornada habitual o una hora después de finalizada la misma y en su recorrido habitual. A los accidentes de trabajo que ocurren en esta circunstancia se les denomina «in itinere».

Existen a su vez tres situaciones en las cuales, aún no ocurriendo en su puesto de trabajo y siempre siendo trabajador por cuenta ajena, tienen la consideración de accidentes de trabajo: a) cuando el trabajador es mandado por su superior (empresario) a realizar trabajos distintos a los habituales; b) cuando ante una situación de emergencia va en ayuda o auxilio de algún compañero; c) cuando el trabajador es un delegado sindical y está realizando actividad sindical.

Como vemos, la fuente de información utilizable actualmente para conocer la accidentalidad en España es secundaria: los datos son recogidos, procesados y publicados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Como decíamos en la introducción, el sistema no tiene finalidad preventiva y adolece por lo tanto de deficiencias desde el punto de vista sanitario. Algunas de ellas son las siguientes:

- La definición legal de accidente de trabajo deja fuera del sistema a los accidentes de personas que trabajan en condiciones de clandestinidad y a los accidentes de trabajadores autónomos, empleadas del hogar, etc, que

no tienen cubierta esta contingencia por la Seguridad Social.

- Los accidentes no se analizan por edad y sexo, variables de indudable importancia desde el punto de vista sanitario, que estudiadas simultáneamente con la ocupación y la actividad económica contribuirían a conocer mejor la problemática.
- Se contabilizan como accidentes en una categoría separada las denominadas «patologías no traumáticas», que comprenden fundamentalmente infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. La amplitud y heterogeneidad de esta categoría, que está codificada como única, impiden estudiar con más detalle un tema que, por su magnitud, parece tener importancia<sup>3,11</sup>.
- No incluye una definición clara y precisa de los accidentes (forma en que se produjo, descripción de las lesiones, grado de la lesión) y no se utilizan sistemas de codificación estandarizados. Por ejemplo, la calificación de la gravedad de la lesión (leve, grave, muy grave, fallecimiento), dada la falta de criterios y la premura de tiempo con que el parte debe ser enviado, queda a criterio del médico que efectúa la primera asistencia.
- Los accidentes que inicialmente fueron notificados como graves y condujeron posteriormente a la muerte pueden no ser registrados como mortales. Se ha estimado que por este motivo las tasas reales de accidentes mortales podrían estar subestimadas entre un 6 y un 9%<sup>3</sup>.
- La modificación del sistema, supuso un considerable aumento de la notificación de accidentes leves respecto a la situación anterior<sup>12</sup>, no obstante lo cual la subdeclaración sigue siendo importante para los accidentes que

cursan sin baja laboral del trabajador. Como hemos descrito, el nuevo parte obliga a dar una relación de los accidentes sin baja médica, producidos en un mes. La importancia preventiva del estudio y análisis de los incidentes (accidentes sin baja que no producen pérdidas) se puso de manifiesto en un estudio de la International Safety Academy, en el que Bird, estudiando 1.700.000 accidentes en 297 empresas de 21 actividades económicas pudo comprobar que por cada accidente con incapacidad (lesión grave), ocurrían 10 accidentes sin incapacidad (lesión leve), 30 accidentes con pérdidas y 600 incidentes<sup>13</sup>.

A pesar de estas limitaciones, no ignoramos la dimensión del problema; muy al contrario, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales publica periódicamente<sup>14</sup> una exhaustiva información del número de accidentes de trabajo que se producen en nuestro país, desagregados por varias variables y con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo en cuanto al cálculo de los índices de frecuencia relativa, constituyendo como decíamos, un importante problema de salud en términos de lesiones, invalideces y muertes.

### **Enfermedades profesionales**

Las enfermedades profesionales comparten el sistema de notificación, registro, explotación y difusión de los accidentes de trabajo, por parte de la Administración Laboral y al margen de la Administración Sanitaria: las empresas cumplimentan el Parte de Enfermedades Profesionales y el Boletín Estadístico de Enfermedad Profesional, que son remitidos a la autoridad laboral de la provincia donde radique el Centro de Trabajo del trabajador accidentado, desde donde se envían a la Subdi-

rección General de Estadística del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Las enfermedades profesionales no compartieron la modificación del sistema de notificación y registro, y el propio parte, que para los accidentes de trabajo entró en vigor el 1 de enero de 1.988, tal y como describíamos antes.

La última modificación para las enfermedades profesionales tuvo lugar en 1978, fecha en que se aprobó el Cuadro de Enfermedades Profesionales<sup>15</sup>, actualmente en vigor, en sustitución del anterior de 1961<sup>16</sup>. Otro reconocimiento puntual ha tenido lugar en 1994, con la consideración como enfermedad profesional de la detectada en industrias del sector de aerografía textil de la Comunidad autónoma Valenciana<sup>17</sup>.

Es decir, en nuestro país el reconocimiento y la indemnización de las enfermedades profesionales está basado en el sistema de «lista»: existe una lista que define las enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos que exponen al riesgo de contraerlas, con un total de 71 enfermedades profesionales con derecho a indemnización.

Este sistema supuso en su momento una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de los trabajadores, ya que se reconocía y catalogaba los daños originados como consecuencia del trabajo, y podía servir como guía para la puesta en marcha de medidas de prevención. En efecto, la presunción legal, característica del sistema de lista, libera al trabajador de «tener que probar» que su dolencia está causada por el trabajo. Basta que su enfermedad figure en la lista y que su actividad profesional lo ponga en contacto con el agente nocivo generador de tal enfermedad, tal y como se describe en la lista. Además tiene la ventaja de garantizar uniformidad en las prestaciones correspondientes a cada caso. Sin embargo, en la actualidad dicho sistema supone, en la práctica, una interpre-

tación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud, por diversos motivos.

En primer lugar las alteraciones de la salud, son cada vez más, de tipo inespecífico. Actualmente asistimos a una reducción de cuadros clínicos monofactoriales y un aumento progresivo de la patología de génesis multifactorial<sup>18</sup>. En este tipo de patología, la exposición a factores de riesgo de origen laboral tiene un significado más concausal que estrictamente causal. Se trataría de encontrar la relación existente entre enfermedades «comunes», que afectan a los trabajadores, como la ejemplificadora bronquitis crónica, con los factores de nocividad industrial; o bien, profundizar en la comprensión de los cuadros patológicos «nuevos» que surgen en relación al desarrollo tecnológico en la industria y a la introducción de nuevas sustancias; es decir, evitar el reduccionismo de ver las profesionales «clásicas», con toda su importancia, como única manifestación de alteración de salud de origen laboral, y ampliarlo al concepto más cercano a la realidad de «enfermedades relacionadas con el trabajo»<sup>19</sup>, o enfermedades del trabajo.

En segundo lugar, la falta de revisiones y actualizaciones periódicas de la lista, hace que no se incorporen nuevas patologías inducidas por agentes químicos de reciente introducción, o por los continuos cambios en los procesos productivos debidos a la innovación tecnológica, cada día más acelerada. De 30.000 a 60.000 sustancias químicas son habitualmente utilizadas en la agricultura y la industria. Cada año son propuestas más de 2.000 nuevas moléculas de las cuales entre 500 a 1.000 son introducidas en el mercado<sup>20</sup>.

Estos cambios generan riesgos y efectos diferentes: las psicosis agudas y la encefalopatía por sulfuro de carbono han desaparecido, pero las coronariopatías y el daño vascular las han sustituido, siendo además su diagnóstico más complejo<sup>21</sup>. Los efectos

agudos originados por la exposición a disolventes orgánicos apenas se ven hoy, pero se sabe poco acerca de los efectos crónicos sobre el sistema nervioso central de estas sustancias<sup>22</sup>. Los ejemplos son muchos: neoplasias profesionales, nefrotoxicidad por metales y disolventes, efectos sobre el aparato reproductor, etc. Los resultados preliminares de la Segunda Encuesta Europea sobre las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo<sup>1</sup>, muestran que el 30% de los trabajadores se quejan de dolor de espalda, el 28% de estrés, el 20% de fatiga, etc.

Por último, en la práctica, el trabajador de la pequeña y mediana empresa sin servicio médico de empresa, acude a su médico general para que le resuelva sus problemas de salud, con lo cual la posibilidad de relacionar dicha patología con la ocupación de estos trabajadores suele perderse. Por otro lado, el coste de la asistencia sanitaria se desvía al sistema sanitario público, en lugar de ser sufragado por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Esta solución de continuidad entre servicios de salud y patología laboral se debe en parte a la falta de relación histórica entre las estructuras de la Administración Sanitaria y de la Administración Laboral, que hace que no exista un intercambio de la información entre ellas sobre la morbilidad asociada al trabajo y los factores de riesgo laborales.

Asimismo el problema se agudiza debido a la falta de formación de los profesionales sanitarios para un adecuado diagnóstico de las enfermedades relacionadas con el trabajo, y la falta de investigación de la historia laboral de los usuarios del Sistema Sanitario. En los programas de medicina y enfermería no se nombra la relación entre la salud y el trabajo, y como formación oficial de postgrado sólo existen en España tres escuelas de Medicina del Trabajo, en Madrid, Barcelona y Granada, vinculadas a los Departamentos de Medicina Legal. Además, la Diplomatura en Medicina de

Empresa dejó de impartirse hace seis años, está todavía pendiente de solución la homologación de titulaciones obtenidas en el extranjero, etc.

Estas limitaciones del actual sistema de declaración y registro de enfermedades profesionales en nuestro país hacen que los datos disponibles sean sólo la punta de un iceberg de dimensiones desconocidas que limitan la eficacia de actuaciones preventivas eficaces, ya que no permiten conocer la totalidad del problema.

Efectivamente, en 1995 se declararon 6.459 enfermedades profesionales, lo que supone una tasa de 0,65 por 1.000 afiliados con la contingencia cubierta, tasa de dos a diez veces inferior a la mayoría de los países de la OCDE.

Estudios realizados en nuestro propio país, evidencian esta subestimación. Uno de ellos, en el que se estudiaba la mortalidad y la incidencia por Sucesos Centinela Ocupacionales ocurridos en 1987, en la población mayor de 24 años, residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco<sup>23</sup>, analizando varias fuentes de información, encontraba que de los ocho mesoteliomas pleurales que figuraban en el Registro de Cáncer, sólo dos habían sido valorados en las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades, y ninguno declarado como enfermedad profesional. Debe tenerse en cuenta que el mesotelioma pleural es un Suceso Centinela Ocupacional inherente a la actividad laboral y que resulta altamente improbable que se produzca sin una exposición laboral.

Recientemente se ha estimado que más de 3.000 casos de cáncer en España pueden atribuirse a riesgos laborales, y alrededor de 400.000 trabajadores están empleados en industrias y ocupaciones con riesgo cancerígeno<sup>24</sup>.

Otro de los estudios, realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, con el objetivo fundamental

de evaluar la incidencia real de la Brucelosis como enfermedad de origen laboral, estimó que la magnitud real de la enfermedad era del orden de 10 veces más que la reflejada en las estadísticas oficiales en el año 1987<sup>25</sup>.

Otras estimaciones han cuantificado la subdeclaración de enfermedades profesionales registradas en España entre 12.500 y 63.000 casos por año, utilizando como base las tasas de incidencia media de los países de la OCDE<sup>26</sup>.

Las principales razones que explican esta subdeclaración son la consideración como comunes de muchas enfermedades profesionales<sup>27</sup>, la propia dificultad científica para catalogar como profesional una enfermedad<sup>28</sup>, y el desconocimiento de los profesionales sanitarios de los factores de riesgo de origen laboral<sup>29</sup>.

## Otras fuentes

Además de la Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales descrita, analizaremos a continuación las fuentes de datos disponibles en España que pueden utilizarse para ampliar nuestro conocimiento de la morbimortalidad relacionada con el trabajo.

*Estadísticas de mortalidad:* el Instituto Nacional de Estadística publica, en el «Movimiento Natural de la Población», las muertes según la causa básica de la defunción (CIE-OMS). El interés del estudio de la mortalidad es conocido desde hace mucho tiempo, siendo el instrumento clásicamente más utilizado en la evaluación del riesgo ligado a las exposiciones ocupacionales.

Los primeros análisis de mortalidad ocupacional fueron realizados en Inglaterra en 1861. Los análisis ocupacionales de mortalidad pueden ser utilizados para verificar en el tiempo y en el espacio la consistencia de un exceso de riesgo asociado a una ocupa-

ción, o bien para generar hipótesis que tendrán que ser confirmadas con estudios analíticos<sup>30</sup>. Estos estudios presentan limitaciones no despreciables, siendo a pesar de ello, útiles para realizar estudios simples y económicos, como por ejemplo análisis de correlación por ámbito geográfico entre mortalidad y variables ambientales, entre ellas la distribución geográfica de las actividades industriales<sup>31-33</sup>.

En nuestro país estos estudios podrían realizarse hasta 1993, año en el que dejó de exigirse la profesión en los modelos oficiales del Registro Civil<sup>34</sup>, y como consecuencia se cumplimenta todavía peor en los certificados de defunción. Y con serias limitaciones, ya que los certificados de defunción incluyen la profesión del fallecido codificada en 12 grandes grupos, a partir de los Boletines Estadísticos de Defunción. Un ejemplo en nuestro país de este tipo de estudios es la cuantificación del riesgo de padecer un tumor maligno en los agricultores en España de G.L. Abente<sup>35</sup>. Podrían realizarse otros estudios por procedimientos de enlace entre registros, buscando la profesión de los fallecidos, aunque no es tarea fácil en nuestro país.

*Registros de tumores:* los registros de cáncer de base poblacional han permitido excelentes estudios de mortalidad relacionada con la ocupación. Los países nórdicos han acumulado una notable experiencia en el enlace (record-linkage) entre diversos registros poblacionales, obteniendo perfiles de incidencia de tumores por profesiones, por sectores industriales, y descubriendo a través de estos análisis nuevos sectores industriales de riesgo<sup>36,37,38,39,40</sup>.

En nuestro país ningún registro de tumores incluye información sobre aspectos laborales de los casos, y los procedimientos de enlace con otros registros que puedan aportar la historia laboral de los casos presentan todavía grandes dificultades. En el estudio realizado en los Registros del País Vasco<sup>22</sup> el cáncer de pulmón, el de laringe y

el de vejiga fueron las causas de muerte más frecuentes, la mayoría de ellos detectados por el Registro del Cáncer, pero fue imposible determinar cuáles de ellos eran atribuibles al trabajo, por la carencia de información sobre la profesión y/o la actividad industrial de los casos que registra el Registro del Cáncer.

*Enfermedades de declaración obligatoria:* recientemente se ha modificado el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria, transformándolo en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica<sup>41</sup>. El sistema básico de la Red se nutre de enfermedades notificadas por los médicos ante un diagnóstico de sospecha, y no tiene una finalidad individual sino de protección colectiva. Se refiere a enfermedades de naturaleza infecciosa, y entre ellas hay cinco que interesan directamente al posible Sistema de Información en Salud Laboral. Son la Brucelosis, Hepatitis B, Hepatitis víricas, Tétanos y Carbunco.

Además, los sistemas específicos de vigilancia epidemiológica basados en sistemas de registros de casos y sistemas centinela, que crea la red, son también muy interesantes para la detección y vigilancia de la patología derivada de los riesgos de origen laboral. Efectivamente, podrían incorporarse a estos sistemas específicos las enfermedades laborales de mayor prevalencia y gravedad de origen laboral, y constituir un Registro que recoja información de los casos de forma individual.

Por lo que se refiere a los sistemas centinela, su notable interés en Salud Laboral quedó claro en 1992, año en el que gracias a la monitorización sistemática de sucesos centinela laborales en un Área de Salud de la Comunidad Valenciana, pudieron identificarse tres casos de neumopatía intersticial que permitieron la detección de un brote grave de enfermedad respiratoria en trabajadores de aerografía textil, como consecuencia de lo cual se puso en marcha un dispositivo sanitario por el que se identificaron

nuevos casos de daño a la salud producido por el trabajo en el sector, y se clausuraron las empresas incriminadas<sup>42</sup>. El programa de Vigilancia en Salud Laboral desarrollado en ese Área de la Comunidad Valenciana<sup>43</sup>, basado en la identificación de sucesos centinela en salud laboral, utilizando los recursos sanitarios públicos disponibles, es un magnífico ejemplo en nuestro país de la potencialidad de estos sistemas.

*Encuesta de Morbilidad Hospitalaria:* de ámbito nacional, comprende a los hospitales públicos, privados y militares. La unidad objeto de estudio es el enfermo internado y salido de un centro hospitalario, seleccionándose los enfermos por muestreo estratificado en dos etapas. El volumen global de la muestra es del 75% en cuanto al número de hospitales y de aproximadamente el 10% respecto al volumen de enfermos dados de alta.

*Registros de Altas Hospitalarias (CMBD):* ampliamente utilizados en otros países, sólo han sido ocasionalmente explorados en nuestro país con fines epidemiológicos. Uno de los motivos principales ha sido la falta de consolidación y cobertura del sistema, cuyos avances esperamos amplíe los usos epidemiológicos del mismo. En general, existen variantes por Comunidad Autónoma, es cumplimentado en soporte magnético en cada hospital, recogiendo alrededor de 20 variables. Desde 1993 se tienen coberturas importantes (entre el 60 y el 90% del total de altas hospitalarias, según servicios de salud) y, en general, todavía no suelen incluir las altas de los centros privados<sup>44</sup>.

Los registros hospitalarios han sido utilizados en salud laboral para estudiar tanto problemas de salud como determinados colectivos de trabajadores. Ejemplo de lo primero es la aplicación a la vigilancia de los casos de silicosis, de Rosenman<sup>45</sup> y de lo segundo, la estimación de la frecuencia de problemas osteomusculares entre trabajadores forestales<sup>46</sup>.

Las escasas iniciativas en nuestro país están constituidas por la búsqueda activa de sucesos centinela en los Registros<sup>23,43,47,48</sup>.

*Sistemas de información en Atención Primaria:* los registros de historias clínicas de atención primaria, con sistemas de ajuste poblacional, constituyen una excelente fuente de información para conocer el estado de salud de ciertos colectivos de trabajadores. Efectivamente, en nuestro país numerosas enfermedades relacionadas con el trabajo están siendo tratadas como patología común, tal y como decíamos anteriormente. Su detección y seguimiento contribuiría notablemente a hacer visibles las enfermedades relacionadas con el trabajo y permitiría la intervención preventiva sobre grupos de trabajadores sometidos a riesgos laborales específicos.

*Incapacidad temporal y permanente:* según el RD 1300/1995 los *Equipos de Valoración Médica de Incapacidades* se constituyen en cada Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, siendo competentes para calificar la aptitud para el trabajo de un trabajador en situación de Incapacidad Temporal, pudiendo dar lugar a pensión de invalidez permanente o a la extinción definitiva del subsidio. El análisis de las causas de estas contingencias en relación al trabajo desarrollado es otra fuente de datos muy interesante en Salud Laboral.

*Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo:* contiene información sobre un conjunto de variables del entorno laboral (exposición a factores de riesgo de origen laboral), de la salud de los trabajadores y de la organización preventiva y su eficacia. Los datos se obtienen a través de la opinión de empresarios y trabajadores por cuenta ajena, pertenecientes a distintas ramas de actividad en todo el ámbito territorial del Estado, a excepción de Ceuta y Melilla, recogida por medio de cuestionarios aplicados a sendas muestras representativa.

*Encuesta Nacional de Salud:* contiene información acerca de la mortalidad percibida aguda y crónica, y acerca de los días de restricción de actividad principal o días de cama, entre otras informaciones. Esta última información puede ser adecuada para evaluar el impacto de la enfermedad en distintas categorías profesionales. No obstante, la forma de recogida actual de la profesión no sirve porque está destinada a servir como indicador de la clase social, deberían introducirse ítems que sirvieran como variables de actividad laboral.

#### RECURSOS EXISTENTES PARA LA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Como decíamos en la introducción, consideramos a la información no como un fin en sí misma sino como herramienta para la acción. Disponer de una información apropiada es necesario para ejecutar y evaluar intervenciones de carácter preventivo. Al planificar la prevención es necesario asignar medios materiales, personales y económicos suficientes para conseguir los objetivos fijados. Los recursos designados son a su vez proveedores de nueva información cuyo análisis sirve para comprobar si son suficientes.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)<sup>49</sup>, abre una nueva etapa en nuestro país para conseguir la mejora de las condiciones de trabajo y la promoción de la salud de los trabajadores. En primer lugar amplía el ámbito de aplicación incluyendo tanto a los trabajadores vinculados por una relación laboral, como al personal civil con una relación de carácter administrativo o estatutario al servicio de las Administraciones Públicas. Y, en segundo lugar amplía la definición de «daño» describiéndola como «...las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo». Ambos son puntos clave

en la temática que estamos desarrollando. La Ley regula igualmente los Servicios de Prevención, los Comités de Seguridad y Salud y la consulta y participación de los trabajadores.

Describiremos a continuación los recursos existentes en nuestro país dentro de las empresas y fuera de las mismas.

#### Dentro de las empresas

En cumplimiento del deber de prevención el empresario podrá optar por cuatro posibilidades: designará uno o varios trabajadores, constituirá un servicio de Prevención o concertará dicho servicio con una entidad especializada ajena a la empresa, y en las empresas de menos de 6 trabajadores, el empresario podrá asumir personalmente las funciones preventivas (LPRL, art. 30).

Por otro lado, el Comité de Seguridad y Salud (LPRL, art. 38) es el órgano de participación interno de la empresa para una consulta regular y periódica de la política de prevención, y debe constituirse en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores.

Los Delegados de Prevención constituyen la representación autónoma de los trabajadores para ejercer los derechos de consulta y participación en salud laboral en todas las empresas con más de 5 trabajadores (LPRL, arts. 33 y 34).

#### Fuera de la empresa

Desde la *Administración Laboral*, la Inspección de Trabajo, como cuerpo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, tiene asignadas la vigilancia y el control de la normativa de salud laboral.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), es el órgano técnico estatal dedicado al estudio de las

condiciones de trabajo y la promoción de la mejora de las mismas, y los Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo (GTP), órganos provinciales del INSHT transferidos, en su mayoría, a las Comunidades Autónomas. En total, más de 1.300 técnicos dedicados a actividades de prevención de riesgos laborales en las diferentes administraciones laborales de las Comunidades Autónomas que han recibido las transferencias y lo que queda del INSHT<sup>50</sup>.

Por otro lado, otros recursos desde la Administración Laboral, son el Instituto Nacional de Seguridad Social, organismo gestor de derecho público dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, encargado de la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, entidades colaboradoras de la Seguridad Social para las contingencias derivadas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Las forman mancomunidades de empresarios bajo la dirección, vigilancia y tutela del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Además, pueden desarrollar para sus empresas asociadas las funciones correspondientes a los Servicios de Prevención, y de acuerdo con la Ley 42/1994, art. 35, pueden asumir la cobertura de las prestaciones económicas por incapacidad laboral derivada de contingencias comunes, para los trabajadores de las empresas que tengan formalizada con la misma Mutua la cobertura de contingencias profesionales, y siempre que el empresario lo solicite. La reglamentación de desarrollo de este proyecto se ha plasmado en el Real Decreto 1993/1995.

La *Administración Sanitaria* es competente, con carácter general, en los aspectos sanitarios de la prevención de riesgos laborales (?). Dependen de ella las Áreas de Salud, que son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizados de la gestión unitaria de los centros y establecimientos de los servicios de salud y

de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Desde esta administración las actividades realizadas en materia de Salud Laboral tienen su antecedente inmediato en el decreto de 6 de febrero de 1959, por el que se crean la Organización de los Servicios Médicos de Empresa (OSME), el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo (INMST) y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, dentro de los órganos sanitarios-sociales del Instituto Nacional de Previsión. En 1976, el INMST y la OSME pasan a integrarse en el Servicio Social de Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo, descentralizándose sus actividades en los GTP del INSHT. Posteriormente, en 1988, los recursos y las funciones de la OSME se incorporan al INSALUD, desde donde ya se ha transferido a las administraciones sanitarias de Andalucía, Galicia, Navarra, País Vasco, Comunidad Valenciana y Cataluña, aunque en esta última se encuentra en una situación irregular<sup>50</sup>.

Las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas están desplegando estructuras y actividades específicas de salud laboral. De acuerdo con una encuesta organizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, dirigida a las Direcciones Generales de Salud Pública de las Comunidades Autónomas, y que contestaron 7 de las 15, hay más de un centenar de técnicos trabajando en salud laboral desde las administraciones sanitarias dedicados principalmente a la vigilancia de los efectos sobre la salud de los riesgos laborales<sup>51</sup>.

Lo más significativo de este proceso es que algunas Comunidades Autónomas, como Navarra y el País Vasco, tratan de superar esta fragmentación, a la vez que complementariedad, de los recursos públicos integrándolos en una única estructura: el Instituto Navarro de Salud Laboral, adscrito al Departamento de Sanidad, y el Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral, dependiente del Departamento de Trabajo.

Como *recursos supranacionales* se tienen la propia Unión Europea, la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud.

### POSIBILIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD LABORAL ADECUADO

Hemos visto que existen fuentes de datos concebidas para otros fines pero susceptibles de ser utilizadas en Salud Laboral, y también hemos visto que las empresas, Servicios de Prevención y agentes sociales, además de recursos para la mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo, son proveedores naturales de la información necesaria para comprobar si los recursos asignados son suficientes para conseguir ese objetivo. Son ellos la fuente primaria de datos del Sistema de Información en Salud Laboral, y principales usuarios del mismo.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en el artículo 8 establece que *«se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica»*, que se concreta en el artículo 21 en materia de salud laboral *«... se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional»*.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, ratifica y desarrolla estos principios en el ámbito concreto de la Salud Laboral, en el artículo 10, de Actuaciones de las Administraciones pú-

blicas competentes en materia sanitaria, el artículo 11 de coordinación administrativa, y en el artículo 23, relativo a la documentación que el empresario deberá elaborar y conservar, que en su apartado 4 establece *«la documentación a que se hace referencia en el presente artículo deberá también ser puesta a disposición de las autoridades sanitarias al objeto de que éstas puedan cumplir con lo dispuesto en el artículo 10 de la presente Ley y en el artículo 21 de la Ley 14/1986, General de Sanidad»*.

Asimismo, el Real Decreto 1993/1995, que reglamenta la colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en su Capítulo III, art. 21, establece en el punto 6 *«Los registros de reconocimientos médicos y de contingencias que se especifican en el presente Reglamento, deberán estar en todo caso a disposición de las autoridades sanitarias»*.

Es decir, tenemos el espacio idóneo para desarrollar el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral, que deberá nutrirse de la información procedente de las empresas, Servicios de Prevención (propios, ajenos, MATEPSS), organismos con recogida sistemática y periódica de información relativa al tema, Administraciones laboral y de industria, y finalmente del propio Sistema Nacional de Salud (Centros de Salud, Hospitales, Inspección Médica, Unidades de Epidemiología y de Salud Laboral).

Todo ello formando un sistema coherente con estructuras adecuadas (elementos centrales y descentralizados, software transferibles), lenguajes comunes (tecnología médica y de gestión, codificaciones uniformes) y procedimientos mínimos estándar de procesamiento de la información (gestión de las bases de datos, protocolos uniformes de transmisión de la información, sistemas que garanticen la seguridad, entre otras cosas, la confidencialidad)<sup>52</sup>. Y también flexible, que permita la actuación necesaria a cada nivel. En el ámbito central, seguramente es oportuno

tuno el análisis de tendencias y el intercambio de información. En el ámbito autonómico, la definición de planes de Salud Laboral y actividades específicas, una vez que sea posible el conocimiento, y por lo tanto la priorización de los problemas. En el ámbito territorial, la intervención dirigida a los problemas allí donde se detecten.

En la reunión de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 14 de septiembre de 1995, se acordó la creación de un Grupo de Trabajo de Salud Laboral. Dicho Grupo de Trabajo tuvo su primera reunión el día 20 de diciembre de 1995, una vez que las Comunidades Autónomas designaron sus representantes. En dicha reunión se identificó como objetivo general de trabajo del Grupo, entre otros, el de Sistemas de Información, con los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar los registros con recogida sistemática y periódica de información que permitan el conocimiento sobre los riesgos y daños de origen laboral.
2. Definir la información mínima que los Servicios de Prevención deben remitir a las autoridades sanitarias.

Desde el punto de vista del sector sanitario la creación de un Sistema de Información debe pasar necesariamente por la creación de circuitos de información ágiles, flexibles y eficaces. Las clasificaciones utilizadas (ocupación, actividad económica, alteraciones de salud, etc) deben ser las internacionalmente utilizadas. Debe ser posible el cálculo de tasas y la investigación de los problemas de salud que afectan a los trabajadores en relación a los riesgos a que están expuestos. Finalmente, este sistema deberá ser ordenado acorde a la organización territorial de los servicios y de acuerdo a la distribución de las competencias de las distintas Administraciones Sanitarias.

Los trabajos deberán dar respuestas adecuadas a las nuevas necesidades que plantea

la evolución de los conceptos objeto de estudio. Los resultados preliminares de la Segunda Encuesta Europea sobre las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo <sup>1</sup>, muestran los cambios ocurridos en el mercado laboral en un entorno socioeconómico cambiante. La existencia de nuevos problemas al lado de los clásicos, que se sitúan en las primeras posiciones con mucha fuerza (riesgos psicosociales asociados con alteraciones mentales y osteomusculares), y que necesitan de la definición y experimentación de nuevos enfoques preventivos. Tendremos que definir nuevos indicadores que reflejen lo que está ocurriendo actualmente para poder definir estrategias preventivas adecuadas. Y los trabajadores, protagonistas de sus vivencias, deberán participar directamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Preliminary results from the Second european Survey on Working Conditions. Dublin: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1996.
2. Boix P, compilador. Conocer para prevenir. Valencia: L'Eixam-FEIS, 1992.
3. Moncada S, Artacoz L. Los accidentes de trabajo en España: un gran problema, mayor olvido. Quadern CAPS, Primavera 1992; 17:63-79.
4. García Gómez M. Consideraciones sobre el sistema actual de declaración y registro de enfermedades profesionales. Gac Sanit 1993; 7:46-50.
5. WHO. Targets for health for all. The health policy for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992.
6. Alderson MR. Health information general aspects. En: Armitage P, cd. National Health Surveys Systems in the European Economic Community. Comision of the European Communities, 975:14-22.
7. WHO. Health Information System. Report on a Conference. Copenhagen: WHO, 1973.
8. White KL. Una visión nueva de la información sanitaria. Foro Mundial de la Salud 1983; 4:426-432.

9. Halperin WE, Frazier TM. Surveillance for the effects of workplace exposure. *Ann Rev Public Health* 1985; 6:419-432.
10. Boletín Oficial del Estado. Orden de 16 de diciembre de 1987, por la que se modifica el parte de accidentes de trabajo. BOE núm 311, 29/12/1987.
11. Fernández M, Tajuelo F, Otones JJ. Las enfermedades cardiovasculares en el ámbito laboral de la Comunidad Autónoma de Madrid [proyecto fin de curso]. Madrid, Escuela de Relaciones Laborales, Univ Complutense de Madrid, 1995.
12. Castejón E. Accidentalidad laboral en España, algunos resultados de la explotación del nuevo parte de accidente de trabajo. *Salud y Trabajo*,
13. Bird FE, O'Shell HE. The principles of loss control management. En: *Selected readings in Safety*. Macon (Georgia): Academy Press. International Safety Academy, 1973: 15-19.
14. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
15. Boletín Oficial del Estado. Decreto 1995/78, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE núm 203, 25/8/1978.
16. Boletín Oficial del Estado. Decreto 792/61, que organiza las enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. BOE 13/4/1961.
17. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 30 de diciembre de 1993, por la que se considera como enfermedad profesional la detectada en industrias del sector de aerografía textil de la Comunidad Autónoma Valenciana. BOE núm 8, 10/1/1994.
18. Rosen G. The evolution of social medicine. En: Freeman L, Reeder R. *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall, 1972.
19. OMS. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Informe Técnico nº 714. Ginebra: OMS, 1985.
20. Cárdenas A, Álvarez E. Introducción a la toxicología industrial. En: Sanz-Gallén P, Izquierdo J, Prat Marín A, editores. *Manual de Salud Laboral*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, S.A, 1995.
21. Tolonen M. Ten years mortality of workers exposed to carbon disulphide. *Scand J Work Environ Health* 1979; 5:109-114.
22. WHO. Chronic effects of organic solvents on the Central Nervous System. Core protocol for an international collaborative study. Geneva: WHO, 1989.
23. Fernández A, Esnaola S, García M, Asúa J. Los sucesos centinela ocupacionales. Un método para la mejora de la vigilancia epidemiológica laboral en la CAPV. Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo, 1990.
24. García M, Kogevinas M. *Cáncer y Trabajo. Cuadernos de Relaciones Laborales (Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid)* 1995; 6:141-162.
25. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Brucelosis: estudio descriptivo sobre factores de riesgo laboral y condiciones de trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1991.
26. Boix P. Las enfermedades laborales en España: informe de situación. En: Boix P, compilador. *Conocer para prevenir*. Valencia: L'Eixam-FEIS, 1992.
27. Bertazzi A. Ruolo della epidemiologia nell'accertamento e nella prevenzione dei rischi da lavoro. En: Sartorelli E. *Trattato di Medicina del Lavoro*. Padova: Piccin, 1981.
28. Millar JD. Surveillance in occupational health and safety. *Am J Public Health* 1989; 79: 5, supplement, preface.
29. Rosenstock L. Occupational Medicine: too long neglected. *Ann Intern Med* 1981; 95:774-776.
30. Lagorio S. I sistemi di sorveglianza della patologia da ambiente di lavoro: note di documentazione. *Epidemiol Preven* 1989; 38:51-56.
31. Gardner Mj et al. Variations in cancer mortality among local authorities areas in England and Wales: relations with environmental factors and search for causes. *Br Med J* 1982; 284: 784-787.
32. Gardner MJ et al. Mortality from mesothelioma of the pleura during 1968-78 in England and Wales. *Br J Cancer* 1982; 46: 81-88.
33. Gardner MJ, Winter PD. Extensions of a technique for relating mortality and environment exemplified by nasal cancer and industry. *Scand J Work Environ Health* 1987; 10: 219-223.
34. Boletín Oficial del Estado. Orden de 10 de diciembre de 1993 sobre supresión del dato de la profesión en los modelos oficiales del Registro Civil. BOE núm. 305, 22/12/1993.
35. López-Abente G. *Cáncer en Agricultores. Mortalidad proporcional y estudios caso-control con certificados de defunción*. Madrid: Fareso S.A, 1991.
36. Linet MS et al. Leukemias and occupation in Sweden: a registry-based analysis. *Am J Ind Med* 1988; 14: 319-330.

37. Jarvholm B et al. Pleural mesotheliomas and asbestos exposure in the pulp and paper industry: a new risk group identified by linkage of official registers. *Am J Ind Med* 1988; 13: 561-567.
38. Olsen JH, Jensen Om. Occupation and risk of cancer in Denmark: an analysis of 98.810 cancer cases, 1970-79. *Scand J Work Environ Health* 1987; suppl. 1: 1-91.
39. Olsen JH. Occupational risks of sininasal cancer in Denmark. *Br J Ind Med* 1988; 45: 329-335. lth surveillance with particular reference to the Uk and candinavia. *Community Health Studies* 1984; 3: 28-37.
40. Lynge E., Thygesen L. Use of surveillance systems for occupational cancer: data from the danish national system. *Int J Epidemiol* 1988; 17, 3: 493-500.
41. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. BOE núm 21, 24/1/1996.
42. Moya C, Antó JM, Newman-Taylor AJ et al. Outbreak of organizing pneumonia in textile printing sprayers. *Lancet* 1994; 344:498-501.
43. Villanueva V, Castelló C. Evaluación de un programa de vigilancia en Salud Laboral en un Área de Salud de la Comunidad Valenciana. *Rev San Hig Púb* 1994; 68:597-605.
44. Peiró S. Información sanitaria: mejoras en los sistemas de información para la gestión. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ, editores. *La salud y el sistema sanitario en España: Informe Sespas* 1995. Barcelona: SG Editores SA, 1995.
45. Rosenman KD. Use of hospital discharge data in the surveillance of occupational disease. *Am J Ind Med* 1988; 13: 281-289.
46. Burkat JA. Musculoskeletal diseases in lumber and wood product workers as identified through hospital record surveillance. *Am J Ind Med* 1983; 4:725-732.
47. Moncada S, Escribá V, Gavilans P, Arias A. Barcelona area hospitalizations from preventable occupational-related diseases. In: *Regional European Meeting of the International Epidemiological Association*. Granada, 1990.
48. Marqués F. Estudio de la patología relacionada con el trabajo en el sector sanitario Gava-Sant Boi El Prat, a partir del registro de altas del Hospital de Bellvitge. Proyecto final Master de Salud Pública. Universitata de Barcelona, 1991.
49. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm 269, 10/11/1995.
50. García Benavides F, García Gómez M, Ruiz Frutos C. Riesgos Laborales. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ, editores. *La salud y el sistema sanitario en España: Informe Sespas* 1995. Barcelona: SG Editores SA, 1995.
51. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Salud Laboral en el marco de la Salud Pública*. Jornada de debate 8 de Marzo de 1994. Madrid: Dirección General de Salud Pública, 1994.
52. Council of Europe. *Training strategies for health information systems*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1996.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS****Francisco Vargas Marcos.**

Subdirección General de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.

**RESUMEN**

La creciente exposición a sustancias y productos químicos puede estar influyendo en los cambios que se observan en el patrón epidemiológico de las enfermedades. La estimación de la magnitud y gravedad de la exposición, sus efectos y consecuencias, no pueden ser medidos, exclusivamente, por medio de indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad.

La prevención y control de los riesgos asociados al uso de productos químicos requiere un enfoque más integral que estudie los efectos a corto y largo plazo de los productos químicos. Se propone la estrategia de «Evaluación del riesgo», fundamentada en una recogida de datos exhaustiva, la estimación de dosis respuesta, evaluación de la exposición, identificación de biomarcadores y la caracterización del riesgo.

Se comenta la legislación europea y nacional en materia de clasificación y etiquetado de productos químicos, frases de riesgos específicos y consejos de prudencia, fichas de datos de seguridad y clasificación según los efectos específicos sobre la salud humana (sustancias carcinogénicas, mutagénicas y tóxicas para la reproducción). Se describen las principales organizaciones dedicadas al desarrollo y ejecución de programas de prevención y control del riesgo químico. Por último, se mencionan las fuentes de información más relevantes para la consulta y estudio de los productos químicos.

**Palabras clave:** Prevención y control del riesgo químico. Clasificación y etiquetado. Evaluación del riesgo. Organizaciones internacionales y fuentes de datos.

**ABSTRACT****Prevention and Control of Risks with Chemical Products**

Increasing exposure to chemical products and substances could be affecting the changes that are being observed in the epidemiological pattern of illnesses. An estimation of the scale and seriousness of exposure, its effects and consequences, cannot be measured exclusively in terms of the classical indicators of mortality and morbidity.

The prevention and control of risks associated with the use of chemical products requires a more integral approach, which studies the effects of chemical products in both the short- and long-term. A proposal is made for a «Risk Evaluation» strategy, based on the collection of exhaustive data, the estimation of response dosage, evaluation of exposure, identification of bio-indicators and risk characterisation.

Reference is made to both European and national legislation with regard to the question of classification and labelling of chemical products, specific risk phrases and cautionary advice, files on safety and classification data, in accordance with the specific effects on human health (substances whose effects are carcinogenic, mutagenic and toxic to reproduction). A description is provided of the main organisations devoted to the development and implementation of chemical risk prevention and control programmes. Finally, reference is made to the most relevant sources of information for consultation and studying chemical products.

**Key words:** Chemical Risk Prevention and Control. Classification and Labelling. Risk Evaluation. International Organisations and Data Sources.

Correspondencia:  
Francisco Vargas Marcos.  
Subdirección General de Sanidad Ambiental.  
Dirección General de Salud Pública.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.  
Paseo del Prado, 18-20.  
28071 Madrid.

**PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO QUÍMICO**

El descubrimiento, desarrollo y aplicación de nuevos productos químicos ha permitido mejorar las condiciones de vida de la

población pero al mismo tiempo ha ocasionado efectos desfavorables para la salud humana y el medio ambiente. El conocimiento de estos efectos es esencial para prevenir y controlar los riesgos de los productos químicos peligrosos.

Según el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS), más de 1.000 productos o sustancias entran anualmente en el mercado. La producción, almacenamiento, manipulación, transporte, utilización y eliminación de los productos químicos aumentan el riesgo de exposición humana y ambiental. Esta exposición puede ser accidental, laboral, doméstica o ambiental.

Prueba de la preocupación internacional por estos riesgos, es la aprobación, en la Conferencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Medio Ambiente celebrada en Río de Janeiro (1992), de la Agenda 21 (capítulo 19) que recomienda la gestión ecológicamente racional de los productos químicos tóxicos, incluida la prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos peligrosos.

Algunos autores piensan que el patrón epidemiológico de las enfermedades puede estar cambiando en las sociedades desarrolladas si observamos las principales causas de mortalidad y morbilidad. Los contaminantes físicos y químicos parecen estar reemplazando a los microbios, y las enfermedades degenerativas a las infecciones<sup>1</sup>. La exposición a estos agentes medio ambientales puede estar influyendo en la aparición y distribución de enfermedades nuevas o desconocidas hasta hace poco tiempo.

### MAGNITUD Y GRAVEDAD DE LA EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS

Para comprobar la validez de la afirmación anterior es necesario disponer de indicadores objetivos que permitan valorar la

magnitud y gravedad del riesgo relacionado con la exposición a agentes químicos.

Según estimaciones de Doll y Peto (1981) un 5% de todos los cánceres son atribuibles a la exposición ambiental (factores geofísicos y contaminación) y un 4% a la exposición laboral. El rápido desarrollo de la ciencia médica y biológica ha facilitado el estudio a largo plazo de las consecuencias de la exposición humana a una amplia variedad de contaminantes presentes en el aire, agua, suelo, alimentos o en trabajo<sup>2</sup>. La adquisición de esta experiencia no ha impedido la exposición incontrolada de grupos de trabajadores a agentes químicos cuya peligrosidad se desconocía. Las consecuencias han sido la aparición de enfermedades relacionadas con el trabajo entre las que destaca el cáncer provocado por exposición a productos químicos. Los fenómenos de inducción y sobre todo de latencia del cáncer, entre 10 y 20 años, explican el retraso en la adopción de medidas de control y prevención de la exposición laboral.

Para aproximarnos a una estimación de la magnitud del riesgo químico podemos valorar la mortalidad provocada por envenenamientos de productos químicos.

Para ello podemos observar (tabla 1) las causas de muerte agrupadas en las rúbricas E860-E869, de la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades publicadas por el Instituto Nacional de Estadística<sup>3</sup>.

En los dos últimos años han muerto unas 200 personas al año por envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas y líquidas, gases y vapores.

A estos datos habría que sumar la morbimortalidad producida por accidentes, explosiones, escapes procedentes de fábricas, vertidos y catástrofes en las que intervienen los productos químicos.

Otra fuente de información que nos da una idea del impacto del riesgo químico es

Tabla 1

Número de defunciones por envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas y líquidas, gases y vapores. Distribución por sexo, España, período 1990-1992

Causa de muerte	9.ª C.I.E.	1990			1991			1992		
		T	H	M	T	H	M	T	H	M
<i>Envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas y líquidas, gases y vapores E860-E869</i>		160	109	51	208	131	77	193	133	60
Por alcohol, no clasificado en otra parte.	E860	11	9	2	3	2	1	9	6	3
Por sustancias empleadas para limpieza y pulimiento, desinfectantes, pinturas y barnices.	E861	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Por productos del petróleo, otros disolventes y sus vapores, no clasificados en otra parte.	E862	2	—	—	3	—	—	1	—	1
Por preparados químicos y farmacéuticos para uso en agricultura y horticultura, distintos de los fertilizantes y de los alimentos para las plantas.	E863	13	—	—	8	7	1	4	2	—
Por corrosivos y cáusticos no clasificados en otra parte.	E864	16	4	12	18	6	12	16	6	10
— Ácidos.	E864.1	—	—	—	5	—	5	1	—	—
— Alcalis cáusticos.	E864.2	2	—	2	3	—	—	1	—	1
— Sin especificar.	E864.4	14	4	10	10	3	7	14	5	9
Por alimentos nocivos y plantas venenosas.	E865	7	—	—	7	3	4	5	4	1
Por otras sustancias sólidas y líquidas y por las no especificadas.	E866	19	18	1	51	37	14	35	31	4
Por gas distribuido por tubería.	E867	2	1	—	2	—	2	1	—	—
Por otro gas de uso doméstico y por monóxido de carbono de otro origen.	E868	74	45	29	91	54	37	90	59	31
Por otros gases y vapores.	E869	16	10	6	25	19	6	30	24	6

Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte, 1990-1992.

\* Abreviaturas utilizadas: T = Total, H = Hombres, M = Mujeres.

Elaboración: D. Enrique Regidor. Sub. Gral. de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. D. G. Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

la casuística atendida por el Instituto Nacional de Toxicología. Aunque los datos del Instituto Nacional de Toxicología no tienen validez estadística si aportan algunas claves para detectar problemas específicos con algunos productos químicos y para dar soluciones urgentes a las intoxicaciones de origen doméstico o laboral. Esta información puede ser complementada con los resultados del sistema comunitario sobre accidentes en el hogar<sup>4</sup>.

No disponemos de información rigurosa sobre la morbilidad atribuible a los productos químicos. Esta información no se recoge de forma integrada y exhaustiva, entre otras razones por la dificultad de relacionar enfermedades o síntomas con la exposición a numerosos factores medioambientales y por la dificultad de cuantificar el efecto simultáneo de los estilos de vida (tabaco, alcohol, alimentación, etc.).

En relación con el medio laboral la Encuesta de Condiciones de Trabajo y las Estadísticas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) aportan valiosa información sobre las consecuencias de la exposición laboral a los productos químicos.

## EVALUACIÓN DEL RIESGO

Con toda la información disponible podemos valorar de forma más objetiva el impacto sanitario del riesgo químico. Sin embargo, este enfoque basado exclusivamente en indicadores de mortalidad y/o morbilidad no es suficiente. Las autoridades sanitarias deben desarrollar, y sobre todo aplicar, otros enfoques para evaluar los riesgos para la salud. Actualmente el más apropiado es el

conocido como *evaluación del riesgo* que de forma resumida se fundamenta en:

- Recogida y análisis de datos sobre peligrosidad y toxicidad de los agentes químicos.
- Estimación de dosis-respuesta.
- Evaluación de la exposición
- Identificación de biomarcadores
- Caracterización del riesgo

Esta política sanitaria debería estar reflejada en una estrategia clara y pública de reducción del riesgo que pueda ser sometida a discusión, modificación y valoración por la sociedad.

Cuando hay que tomar decisiones sobre el control (limitación o prohibición) de un agente químico sospechoso recurrimos a las evidencias científicas. La epidemiología ambiental (ocupacional) además de evaluar la consistencia de las asociaciones observadas en los estudios epidemiológicos tiene que tener en cuenta otros aspectos relacionados con los hallazgos clínicos y toxicológicos, y lo que es muy importante: las consecuencias económicas y sociales que las medidas de control implican<sup>5</sup>. Este es uno de los principales usos de la información epidemiológica. En este proceso de toma de decisión está implicado el epidemiólogo y el administrador.

El intento de caracterizar la exposición sin definir la enfermedad es una modificación importante en el enfoque epidemiológico clínico centrado en la enfermedad.

Lamentablemente el problema angular de la epidemiología ambiental es que la caracterización de la exposición es muy complicada porque el ser humano vive y trabaja en diferentes ambientes, exponiéndose a complejas mezclas de contaminantes tóxicos en casa, en el trabajo o en la calle. Este cambio, en la forma de entender la epidemiología, nos obliga a utilizar métodos más efectivos para identificar y cuantificar la exposición

con el fin de permitir establecer relaciones dosis respuesta. En esta línea cabe esperar un mayor desarrollo del uso de *biomarcadores*<sup>6</sup>. Este término puede ser definido como cualquier medida que refleje una interacción entre un sistema biológico y un peligro potencial que puede ser un agente químico, físico o biológico. La respuesta medida puede ser funcional, fisiológica bioquímica a nivel celular o molecular.

Los biomarcadores, utilizados en la «*evaluación del riesgo*», permiten identificar el peligro potencial, valorar la exposición y valorar la probabilidad de padecer una enfermedad. Actualmente se aceptan tres clases de Biomarcadores:

- 1) B. de exposición
- 2) B. de efecto
- 3) B. de susceptibilidad

La reacción a una exposición química depende de sus propiedades fisicoquímicas, de factores hereditarios y adquiridos, estilo de vida, y de las circunstancias del contacto. El resultado final puede no producir efecto, provocarlo pero con recuperación posterior, o producir toxicidad con aparición de enfermedad.

La salud humana puede afectarse al realizar toda clase de actividades que nos ponen en contacto con sustancias presentes en el aire, agua, suelo y alimentos. Debemos tener en cuenta que la valoración de la exposición suele hacerse con criterios administrativos (laboral, residencial, ocio, etc.). Sin embargo, desde el punto de vista de la evaluación del riesgo lo esencial es estimar la dosis, ruta, duración y frecuencia de exposición.

La identificación de biomarcadores efectivos que están asociados a diferentes enfermedades necesita la cooperación e investigación interdisciplinaria de especialistas en carcinogénesis, mutagénesis, neurotoxicidad, toxicidad, inmunotoxicidad, genotoxicidad, epidemiología ambiental y clínica.

El proceso de evaluación del riesgo para la salud humana asociado a la exposición de un producto químico tiene tres componentes:

- a) Identificación del peligro potencial: Es la confirmación de que un agente químico es capaz, en circunstancias apropiadas, de causar un efecto adverso.
- b) Evaluación de la dosis-respuesta: Establecer la relación cuantitativa entre la dosis y el efecto.
- c) Evaluación de la exposición: identificar y definir las exposiciones que ocurran o puedan ocurrir.

Por último y como conclusión del proceso de evaluación debemos establecer una *caracterización del riesgo* que es la síntesis de la información cualitativa y cuantitativa que describe el riesgo estimado para la salud deducido de la exposición ambiental. La caracterización del riesgo es la que permite, a las autoridades responsables, tomar una decisión sobre la limitación del uso, distribución o comercialización de una sustancia o producto químico que pueda ser tóxico para la salud. La evaluación del riesgo es una obligación de los Estados Miembros de la Unión Europea y está claramente descrita en las Directivas Europeas de Notificación de Sustancias Nuevas y en el Reglamento de Sustancias Químicas Existentes<sup>7,8</sup>.

## REGULACIÓN DEL CONTROL DE PRODUCTOS QUÍMICOS

En el marco de la Unión Europea están vigentes numerosas Directivas orientadas a la protección de la salud humana y el medio ambiente, frente a los riesgos ocasionados por los productos químicos.

La Directiva 67/548/CEE del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y

etiquetado de las sustancias peligrosas, contiene los criterios que deben utilizarse para suministrar información al consumidor y al trabajador. Las sucesivas adaptaciones al progreso técnico de esta Directiva han sido traspuestas al ordenamiento jurídico español.

El Real Decreto 363/1995 establece los símbolos e indicaciones de peligro recogidos en la Tabla 2. Estos símbolos suministran una valiosa información sobre los peligros de los productos químicos, la cuestión es determinar el grado de conocimiento que el consumidor y el trabajador tienen, por un lado, de la obligatoriedad de etiquetar los productos y por otro, del significado inmediato para la salud y el medio ambiente. Parece razonable pensar que todavía estos símbolos son poco conocidos por los usuarios finales de productos y sustancias peligrosos.










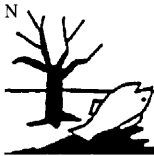
En el Real Decreto citado, en su anexo II, se establecen las frases tipo que indican los *riesgos específicos* derivados de los peligros de la sustancia (*frases R*) y las frases tipo que indican los *consejos de prudencia* en relación con el uso de la sustancia (*frases S*).

Además este RD establece la obligatoriedad, que tiene el responsable de la comercialización de una sustancia peligrosa, de disponer y presentar al M.<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo, una ficha de datos de seguridad. El objetivo de esta ficha es adoptar un sistema de información dirigido principalmente a los usuarios profesionales que les permita tomar las medidas necesarias para la protección de la salud y de la seguridad en el lugar del trabajo. La información contenida en esta ficha es la siguiente:

- a) Identificación de la sustancia y del responsable de su comercialización.
- b) Composición/información sobre los componentes.
- c) Identificación de los peligros.
- d) Primeros auxilios.

Tabla 2

## Símbolos e indicaciones de peligro de las sustancias y preparados peligrosos

E		Explosivo	O		Comburente
F		Fácilmente inflamable	F+		Extremadamente inflamable
T		Tóxico	T+		Muy tóxico
C		Corrosivo	X <sub>N</sub>		Nocivo
X <sub>1</sub>		Irritante	N		Peligroso para el medio ambiente

- e) Medidas de lucha contra incendios.
- f) Medidas que deben tomarse en caso de vertido accidental.
- g) Manipulación y almacenamiento.
- h) Controles de exposición/protección individual.
- i) Propiedades físico-químicas.
- j) Estabilidad y reactividad.
- k) Informaciones toxicológicas.
- l) Informaciones ecológicas.
- m) Consideraciones relativas a la eliminación.

- n) Informaciones relativas al transporte.
- ñ) Informaciones reglamentarias, y
- o) Otras informaciones.

La utilización de la ficha de datos de seguridad es una garantía de un uso apropiado de las sustancias peligrosas. Uno de los aspectos de mayor relevancia para la prevención y control del riesgo químico es la previsión del artículo 26, del Reglamento mencionado. En él se recoge que mediante Real Decreto se establecerá un *sistema de información para la prevención y tratamiento de intoxicaciones* o accidentes oca-

sionados por sustancias peligrosas. En este sentido la experiencia acumulada por el Instituto Nacional de Toxicología deberá ser rentabilizada.

El sistema de vigilancia de los productos químicos debería abarcar todos los aspectos relacionados con su producción, almacenamiento, transporte, uso, emisión y eliminación. Esto es así por la necesidad de asumir la responsabilidad de atender nuevos problemas y demandas sanitarias derivadas de la exposición a factores medioambientales que influyen en la salud humana y el medio ambiente. Los sistemas de Vigilancia Epidemiológica deben sufrir grandes cambios como ya han propuesto otros especialistas<sup>9</sup>. Esto no significa dismantelar los sistemas tradicionales, pero está claro que necesitamos otros sistemas de vigilancia adaptados a la realidad administrativa de las estructuras responsables de la información epidemiológica. Esta reconversión requiere modificaciones legales, técnicas y administrativas, que hasta el momento no se han abordado.

Por su elevado interés para la prevención de enfermedades relacionadas con la exposición a preparados y sustancias peligrosas merece la pena destacar los criterios de *clasificación según los efectos específicos sobre la salud humana*.

Estos efectos se refieren a:

- Sustancias carcinogénicas.
- Sustancias mutagénicas.
- Sustancias tóxicas para la reproducción.

A su vez estos efectos están clasificados en 3 categorías:

Las sustancias carcinogénicas de *primera categoría* son aquellas que, *se sabe*, son carcinogénicas para el hombre. Se dispone de elementos suficientes para establecer la existencia de una relación causa/efecto entre la exposición del hombre a tales sus-

tancias y la aparición del cáncer. En la *2ª categoría* se incluyen aquellas sustancias que *pueden* considerarse como carcinogénicas para el hombre. Se dispone de suficientes elementos para suponer que la exposición del hombre a tales sustancias puede producir cáncer. Esta presunción se fundamenta generalmente en estudios apropiados a largo plazo en animales y en otro tipo de información pertinente.

En la *3ª categoría* se incluyen sustancias cuyos *posibles* efectos carcinogénicos en el hombre son preocupantes, pero de las que no se dispone de información suficiente para realizar una evaluación satisfactoria. Hay algunas pruebas procedentes de análisis con animales, pero que resultan insuficientes para incluirlas en la 2ª categoría. Estos criterios son similares para las sustancias mutagénicas y tóxicas para la reproducción.

La Directiva 94/69/CE de la Comisión<sup>10</sup> adapta al progreso técnico la Directiva 67/548. En su anexo se incluye la clasificación y etiquetado de todas las sustancias estudiadas en los grupos de expertos de clasificación y etiquetado de las sustancias peligrosas.

De ellas, las siguientes están clasificadas como carcinogénicas categoría 1:

### **Carcinogénicos categoría 1**

- 2-naftilamina
- 4-aminobifenilo.
- 4,4'-diaminobifenilo
- ácido arsénico y sus sales
- amianto
- cromatos de zinc incluso el cromato de zinc y potasio
- erionita
- pentóxido de diarsénico
- sales de 2-naftilamina

- sales de 4-aminobifenilo
- sales de bencidina
- trióxido de arsénico
- arsenato de plomo e hidrógeno
- alquitrán, hulla
- alquitrán, hulla, elevada temperatura
- alquitrán, hulla, elevada a baja temperatura
- alquitrán, hulla, lignito
- alquitrán, hulla, lignito, baja temperatura
- Coque (alquitrán), brea a alta temperatura
- Coque (alquitrán), mezclado con brea de carbón de alta temperatura
- Coque (alquitrán), de baja temperatura, brea de alta temperatura
- Destilados (petróleo), fracción parafínica ligera
- Destilados (petróleo), fracción parafínica ligera pesada
- Destilados (petróleo), fracción parafínica nafténica ligera
- Destilados (petróleo), fracción parafínica nafténica pesada
- Destilados (petróleo), fracción parafínica nafténica pesada tratada con ácido
- Destilados (petróleo), fracción parafínica nafténica ligera tratada con ácido
- Destilados (petróleo), fracción parafínica pesada tratada con ácido
- Destilados (petróleo), fracción parafínica pesada neutralizada químicamente
- Destilados (petróleo), fracción parafínica nafténica ligera neutralizada químicamente
- dióxido de níquel
- disulfuro de triníquel
- monóxido de níquel
- trióxido de cromo
- trióxido de níquel

Esta lista no es exhaustiva y debe compararse con la clasificación de sustancias, productos, mezclas o actividades profesionales que el IARC publica <sup>11</sup>. Estas fuentes de datos aportan información relevante para adoptar medidas de prevención y control, especialmente, en el medio laboral. El desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales debe servir para mejorar el conocimiento e información de empresarios, trabajadores, y profesionales de la salud laboral en relación con los productos químicos.

La Unión Europea ha establecido sistemas de evaluación del riesgo de preparados y sustancias químicas que pretenden garantizar por un lado la salud humana y la protección del medio ambiente y por otro, de asegurar la libre competencia en el mercado interior.

Varias Direcciones Generales de la Comisión Europea, junto a la Oficina Europea de Productos Químicos del Centro de Investigación Conjunta de Ispra (Italia) trabajan en Notificación de Sustancias Nuevas, control de exportación e importación de productos químicos peligrosos, limitación de la comercialización y uso, clasificación y etiquetado, sistema de inspección, métodos de ensayo, evaluación del riesgo de sustancias químicas nuevas y existentes, evaluación de toxicidad de plaguicidas fitosanitarios y zoonosanitarios, y próximamente, está previsto la

aprobación de una Directiva de Biocidas que armonizará los criterios de clasificación y evaluación de estos productos.

La participación en estos trabajos requiere reducir la separación, aislamiento y descoordinación entre las disciplinas que teóricamente deberían trabajar de forma integrada: toxicología, medicina, farmacología, epidemiología, biología, química y ecotoxicología.

Para alcanzar este objetivo es esencial que los sectores afectados respondan a los nuevos retos que plantea nuestra pertenencia a la Unión Europea. Las respuestas a estos problemas deben ser coherentes con las nuevas necesidades. No podemos seguir trabajando en áreas obsoletas, con perfiles profesionales no adecuados a la realidad epidemiológica actual.

La eficacia en la prevención y control de los riesgos asociados a los productos químicos requiere:

- 1) Una profunda reorganización de las Administraciones responsables (Central y Autonómica), reorientando sus funciones y organigramas a las necesidades actuales: Prevención de riesgos laborales, evaluación del riesgo, toxicología de plaguicidas, biotecnología, radiaciones ionizantes y electromagnéticas, emisiones y residuos tóxicos, contaminación atmosférica, ozono, incineración, etc.
- 2) Una mayor implicación de la Universidad en estas tareas que den sentido y utilidad a su trabajo. Sus conocimientos y experiencia deben ser rentabilizados en los Grupos de Expertos de la Unión Europea en las áreas relacionadas con la evaluación del riesgo.
- 3) Aumentar la participación de las Sociedades Científicas en la Asesoría a las Administraciones y en las tareas de toma de decisiones sobre las medidas de control.

- 4) Incrementar el conocimiento e información de la opinión pública, profesionales sanitarios, organizaciones de consumidores, empresarios y sindicatos sobre los riesgos de los productos químicos.

#### ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Existen varias organizaciones dedicadas a la realización de actividades de prevención y control de los peligros asociados a los productos químicos. Entre los más destacadas figuran las siguientes:

- **Programa Internacional de Seguridad Química**, conocido por sus siglas IPCS. Esta organización está respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Este organismo trabaja coordinadamente con la Unión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Publica los siguientes documentos técnicos:

- Criterios de Salud ambiental (Environmental Health Criteria) Redactados en inglés con resúmenes en francés y español.

Incluye documentación técnica que permite valorar el riesgo de las sustancias químicas para la salud humana y el medio ambiente.

- Guías de Salud y Seguridad (Health and Safety Guides), redactadas en inglés, son resúmenes claros y concisos, están dirigidos a facilitar la aplicación de las directrices generales

- más relevantes recogidas en los criterios de Salud ambiental.
- Fichas internacionales de Seguridad Química (International Chemical Safety Cards). Son resúmenes de datos esenciales, con un formato uniforme, para informar al trabajador.
  - Monografías de información sobre tóxicos (Poisons information monographs). Contienen información sobre diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones por sustancias químicas. Están pensadas para los centros de información toxicológica y para aquéllos.
  - **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (O.C.D.E.)**, elabora los documentos SIDS, screening information data set. El objetivo del SIDS es reunir los datos esenciales para la evaluación de productos químicos de una elevada producción. Los SIDS son valorados por los países miembros de la OCDE y el IPCS.
  - **I.A.R.C.** (International Agency for Research on Cancer). La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer esta respaldada por la OMS, realiza programas de investigación sobre la epidemiología del cáncer y evaluación del riesgo de carcinogenicidad de los productos químicos para el hombre.  
  
Publica los siguientes documentos: IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. También realiza ediciones compilatorias de sus actividades de investigación que reúnen los principales hallazgos con el fin de facilitar la adopción de medidas preventivas, una de estas publicaciones es la número 100, Cáncer: causes, occurrence and control. IARC scientific publications. Lyon 1990.
- **CENTRO INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA O.I.T.**, dispone de 80.000 fichas toxicológicas y datos sobre legislación referente al lugar del trabajo.
  - **ECETOC** (European Centre for Ecotoxicology and Toxicology of Chemicals). Este centro publica, en inglés, informes técnicos dirigidos a la evaluación de la toxicología y ecotoxicología de productos químicos.  
  
Anualmente publican un resumen de las actividades internacionales realizados sobre seguridad de los productos químicos. Esta organización esta financiada por la industria química.
  - **UNIÓN EUROPEA**. Elabora numerosas publicaciones técnicas entre las que destacan los informes «Health and Safety» y «The Toxicology of Chemicals Carcinogenicity. Summary reviews of the Scientific evidence. Europe Against Cancer. Volume I-II-III.  
  
Asimismo publica la obra «Biological indicators for the assessment of human exposure to industrial chemicals. Esta excelente colección ha sido traducida al español y es difundida por la Generalitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud Laboral.
  - **GDCH**. Advisory Committee on Existing Chemicals of Environmental Relevance (BUA) Reports. Este Comité está auspiciado por la German Chemical Society y en él participan miembros de las sociedades científicas, universidades, industria y autoridades responsables. Hasta el momento ha publicado más de 150 informes sobre evaluación del riesgo de sustancias existentes seleccionadas por su elevada producción y peligrosidad.

- **I.R.P.T.C.** o RIPQPT en español. Es el Registro Internacional de Productos Químicos Potencialmente Tóxicos pertenece al PNUMA y colabora con el IPCS. Publica un boletín que recoge información general sobre evaluación del riesgo, accidentes, actividades preventivas, etc.
- **IFCS:** Intergovernmental Forum on Chemical Safety que ha sido establecido para promover la cooperación internacional destinada a la implementación de la Agenda 21.

Además pueden consultarse numerosas bases de datos entre las cuales podemos destacar las siguientes:

**RTECS:** Registry of Toxic Effects of Chemicals Substances. Dispone de información sobre toxicidad de más de 120.000 productos químicos. Está confeccionado con información del NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health. USA).

**EINECS Plus:** Elaborado por la Oficina Europea de Publicaciones Oficiales. Incluye el EINECS y el ELINCS, referidos a sustancias existentes y a las nuevas a partir de 1981.

**IUCLID:** International Uniform Chemical Information Database. Es una base de datos que contiene información de sustancias químicas contempladas en el Reglamento 793/93 sobre evaluación y control del riesgo de las sustancias químicas existentes. Incluye información general, datos fisicoquímicos, datos medioambientales y toxicidad.

**CHEM-BANK:** Contiene información sobre las siguientes bases de datos:

- **RTECS.** U.S. Department of Health and Human Services (NIOSH).
- **OHM-TADS.** Oil and Hazardous Material Technical Assistance Data. U.S. Environmental, Protection Agency (EPA), aporta información de 1.400

materiales peligrosos.

- **CHRIS.** Chemical Hazard Response Information System. U.S. Department of Transportation (Coastguard). Información sobre 1.200 sustancias químicas relacionadas con vertidos.
- **HSDB.** Hazardous Substances Data Bank. U.S. National Library of Medicine. Contiene información sobre 4.400 sustancias químicas.
- **IRIS.** Integrated Risk Information System. E.P.A. Informa sobre aspectos legislativos de la E.P.A.

**RISKLINE:** Elaborado por el National Chemicals Inspectorate (KEMI), de Suecia. Contiene 5.000 referencias que se actualizan 2 veces al año.

**HSELINE:** Elaborado por el Health and Safety Executive (HSE) de Gran Bretaña, contiene más de 120.000 citas y resúmenes publicados en la bibliografía internacional sobre control y seguridad en el trabajo.

**NIOSHTIC:** Elaborado por el U.S. National Institute for Occupational Safety and Health. Contiene más de 150.000 citas con resúmenes sobre salud laboral procedente de más de 400 revistas, monografías e informes técnicos.

**MEDLINE Expres:** U.S. National Library of Medicine. Información sobre 3.400 revistas.

**TOXLINE Plus:** Elaborado por la U.S. National Library of Medicine. Combinan datos de varias bases de datos, aportando una valiosa información sobre toxicología, clínica, interacciones de los productos químicos, contaminación, residuos tóxicos, seguridad y salud laboral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kilburn KH. Epidemics then and now. Chemicals Replace Microbes and degenerations Oust Infections. Arch Environ Health 1994; 49.

2. Chiazze Jr., Lundin FE, Watkins D. Methods and issues in Occupational and Environmental Epidemiology. Michigan: Ann Arbor Science Publisher. 1983.
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 1990, 1991 y 1992. Tomo I. Resultados Básicos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 1993, 1994 y 1995.
4. Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Comunitario de Información sobre accidentes en el Hogar y del Tiempo de Ocio. Informe Anual España 1993. Madrid: Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1994.
5. Aldrich T, Griffith, J. Environmental Epidemiology and Risk Assessment. Edited by Cristopher Cooke. New York: Van Nostrand Reinhold, 1993.
6. Environmental Health Criteria 155. Biomarkers and Risk Assessment. Concepts and Principles. Ginebra: IPCS - WHO, 1993.
7. Reglamento (CEE) n° 793/93 del Consejo, de 23 de marzo de 1993, sobre Evaluación y Control del Riesgo de las Sustancias Existentes. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 5 de abril de 1993.
8. Real Decreto 363/1995 de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento sobre Notificación de Sustancias Nuevas, y Clasificación, Envasado y Etiquetado de Sustancias Peligrosas (B.O.E. n° 133).
9. Benavides FG, Segura A. Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información de Salud Pública. Opinión. Gac Sanit 1995; 46: 53.
10. Directiva 94/69/CE de la Comisión, de 19 de diciembre de 1994, por la que se adopta, por vigésimo primera vez, al progreso técnico la Directiva 67/548/CEE del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas en materia de clasificación, embalaje y etiquetado de las sustancias peligrosas. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. N.L. 381. 31.12.1994.
11. Tomatis L. IARC - WHO Scientific Publications n° 100. Cancer: causes, occurrence and control. LYON 1990. 118-121.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO:  
DATOS PARA LA REFLEXIÓN**

**Marta Zimmermann Verdejo, Jerónimo Maqueda Blasco, Antonia Almodóvar Molina y María Victoria de la Orden Rivera.**

Servicio de Estudios e Investigación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.  
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

**RESUMEN**

En este trabajo se presentan algunos datos relevantes de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, realizada en España en 1993. Se realizó un estudio transversal sobre una muestra representativa de los sectores de Industria y Servicios (3.148 trabajadores), mediante entrevista personal en el centro de trabajo y a través de un cuestionario.

El estudio reveló que las actividades preventivas son escasas. Sólo un 11.8% de las empresas realizaron estudios de riesgos de accidentes y/o enfermedades profesionales. Este dato contrasta con las altas prevalencias en los trabajadores de exposición a riesgos de accidente (59%), ruido (33%) o inhalación de sustancias químicas (32%). Aproximadamente un 50% de los trabajadores mantienen, además, durante al menos la cuarta parte de su tiempo de trabajo, posturas estáticas o movimientos repetitivos de mano-brazo. Se estima en un 60% los expuestos a ritmos elevados de trabajo o a tareas repetitivas y de corta duración. En relación con la morbilidad, un 60% de los trabajadores presenta molestias posturales asociadas al trabajo.

En este estudio se realiza una comparación de estos hallazgos por sector de actividad, así como un análisis pormenorizado de la morbilidad. Finalmente, recordar que la subjetividad en las respuestas, propia de cualquier encuesta, no debe considerarse un aspecto negativo. La forma con la que el trabajador percibe y experimenta su ambiente de trabajo, proporciona una información esencial a los preventivistas.

**Palabras clave:** Encuesta. Condiciones de trabajo. Morbilidad. Salud Laboral.

**ABSTRACT****National Survey on Working Conditions:  
Data for Reflection**

This work presents some data of relevance from the National Survey on Working Conditions, carried out in Spain in 1993. A cross-section survey was undertaken on a representative sample of the Industry and Services sectors (3,148 workers), both through an individual interview which took place at their places of work, and a questionnaire.

The study revealed that preventive activities are few and far between. Only 11.8% of the companies carried out surveys into the risk of occupational accidents and/or illnesses. This datum contrasts with the high incidence among workers of exposure to the risk of accidents (59%), noise (33%) or the inhaling of chemical substances (32%). Furthermore, approximately 50% of workers spend at least a quarter of their work time in a static posture or making repetitive hand-arm movements. It is estimated that 60% are exposed to high work rates or repetitive tasks of short duration. Where the question of morbidity is concerned, 60% of workers suffer from posture problems associated with their work.

In this study, a comparison is made between these findings per activity sector, together with a detailed analysis of morbidity. Finally, it should be borne in mind, that the subjectivity in the responses and answers, which is inherent to any qualitative survey, should not be regarded as a negative aspect. The way in which the worker perceives and experiences his or her work environment, provides essential information for the preventionists.

**Key words:** Survey. Work conditions. Morbidity. Occupational health.

**INTRODUCCIÓN**

Hace ya casi una década, siguiendo una tendencia que ha ido creciendo en toda Europa, el Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) inició una

línea de trabajo centrada en la realización de estudios y encuestas globales sobre las condiciones de trabajo, en el intento de mejorar nuestro conocimiento sobre el estado de dichas condiciones para establecer programas y fijar prioridades para la acción futura.

Tras la primera Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo realizada en 1987<sup>1</sup>, nuestro compromiso pretende, entonces y ahora, no sólo un conocimiento global e instantáneo de la situación, sino también mantener ese conocimiento actualizado. De ahí que se considerara oportuno hacer una segunda encuesta global en 1993<sup>2,3</sup>, en un escenario económico y social muy distinto al vivido en 1987.

Son muchos los datos de interés proporcionados por esta segunda encuesta, aun cuando los que se presentan en este artículo constituyen tan sólo un retrato general de la situación.

El objetivo del presente artículo es dar a conocer aquellos aspectos más relevantes obtenidos en la encuesta de 1993, centrando nuestra atención en la prevalencia de exposición a riesgos ocupacionales y en ciertos aspectos de morbilidad estimados para la población laboral española ocupada en los sectores de Industria y Servicios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Selección de la muestra:** La población diana la compuso un total de 7.037.398 trabajadores por cuenta ajena ocupados en un total de 497.856 empresas pertenecientes a los sectores de Industria y Servicios en todo el ámbito territorial del estado, a excepción de Ceuta y Melilla.

En una primera fase se realizó un muestreo por conglomerados tomando como unidad la empresa y utilizando como fuente los ficheros de cuentas de cotización de empresas a la Seguridad Social. Posteriormente la selección de los trabajadores se realizó por muestreo aleatorio simple en cada empresa a partir de los listados nominales de trabajadores. La muestra definitiva estuvo compuesta por un total de 3.148 trabajadores. La tabla 1 muestra la distribución tanto del universo como de la muestra de trabajadores según sector y ramas de actividad, así como el error muestral de la estimación.

**Recogida de datos:** El trabajo de campo se realizó entre el 10 de Noviembre de 1992 y el 30 de Enero de 1993. Las variables de interés fueron recogidas mediante dos tipos de cuestionarios, uno destinado al trabajador seleccionado aleatoriamente (cuestio-

Tabla 1

Distribución de la población y muestra por sector y rama de actividad (datos absolutos)

Ramas de actividad	Población <sup>(1)</sup>	Muestra	Error Muestral <sup>(2)</sup>
Química	256.905	362	0,051
Metal	906.829	409	0,048
Otras Industrias Manufactureras	1.027.442	395	0,049
Otras Industrias	291.613	365	0,051
Total Industria	2.482.789	1.531	0,025
Administración/Banca	1.433.521	460	0,045
Comercio/Hostelería	1.589.059	429	0,047
Servicios Sociales	727.151	362	0,051
Otros Servicios	805.418	366	0,051
Total Servicios	4.555.149	1.617	0,024

(1) Fuente: Tesorería General de la Seguridad Social.

(2) Asumiendo una prevalencia del 50% y un error alfa del 5%.

nario del trabajador) y otro a cumplimentar por una persona del órgano directivo o delegado de la empresa correspondiente (cuestionario de empresa). El tipo de entrevista fue personal, efectuándose en el propio centro de trabajo y dirigida por encuestadores previamente formados. Mientras que el cuestionario de empresa recogía variables referentes a la actividad de la empresa, datos de plantilla, organización de la prevención, evolución tecnológica y siniestralidad, en el cuestionario del trabajador se recogían aspectos referentes a contratación, tipo de trabajo, ambiente físico, riesgos de seguridad e higiene, carga física y mental, factores psicosociales, organización de la prevención, daños a la salud y variables personales.

**Análisis de datos:** Para estimar los resultados aquí presentados, han sido utilizados métodos de estadística descriptiva, prueba de Ji al Cuadrado y estimación de la magnitud mediante cálculo de intervalos de confianza. Para el análisis multivariante ajustado han sido empleadas técnicas de regresión logística. Pese a ser la muestra representativa de las ocho ramas de actividad, el análisis aquí sintetizado, se ha centrado en la comparación de los dos grandes sectores: Industria y Servicios, y en el estudio de sólo una pequeña representación de la totalidad de variables recogidas.

## RESULTADOS

**Datos generales:** fueron encuestados 3.148 trabajadores distribuidos en los sectores de Industria y Servicios (48.6% y

51.4%, respectivamente). La edad media de la muestra estudiada fue de 36.6 años (DE:10.13 años), siendo ésta estadísticamente superior en Industria frente a Servicios, que presentaron medias de 38.2 años (DE:10.5 años) y 35.6 años (DE:9.8 años), respectivamente ( $p < 0.0001$ ).

La distribución por sexos fue también diferente, siendo un 18% las mujeres ocupadas en Industria, mientras que en Servicios el colectivo laboral femenino fue del 46.3% (IC 95%: 22.7%; 28.9%).

**Las condiciones de empleo:** Aspectos como el tipo de contrato y remuneración constituyen un bloque de gran relevancia para la valoración global de las condiciones de trabajo. La prevalencia total de contratos temporales se estimó en un 18.4%, siendo ésta superior en Servicios frente a Industria. La prevalencia de trabajadores empleados a tiempo parcial fue del 3%, observándose de nuevo, un discreto predominio en Servicios respecto a este tipo de contratación. Por el contrario, y atendiendo al tipo de remuneración, la proporción de trabajadores que perciben un salario según rendimiento fue superior en Industria. Estos datos se resumen en la tabla 2.

**La organización de actividades preventivas:** La actividad preventiva en seguridad e higiene es, en general, poco frecuente en los centros de trabajo. Sin embargo, es destacable la mayor frecuencia de actividad preventiva en el sector Industria que en Servicios. Del total de los centros de más de 100 trabajadores, que tenían obligación legal de tener constituido Comité de Seguridad e Higiene en el Trabajo, sólo un 71.1% cum-

Tabla 2  
Condiciones de empleo: comparación entre Industria y Servicios

	Industria (%)	Servicios (%)	I. Confianza (95%)
Trabajadores temporales	14	20	3,6%-9,0%
Trabajadores a tiempo parcial	2	3	0,2%-2,5%
Salario según rendimiento	14	5	7,3%-11,7%

**Tabla 3**  
**Organización de la prevención: comparación entre Industria y Servicios**

	<i>Industria (%)</i>	<i>Servicios (%)</i>	<i>I. Confianza (95%)</i>
Centros que realizan estudios de riesgos de accidente y/o enfermedad en la empresa.	16	8	6,0%-11,1%
Centros que han solicitado asesoramiento externo sobre seguridad e higiene.	24	16	4,8%-11,1%
Centros que dan formación específica en seguridad e higiene.	34	23	7,4%-14,5%
Centros de más de 100 trabajadores que tienen Comité de Seguridad e higiene.	86	63	20,1%-25,9%
Trabajadores que han tenido reconocimientos médicos en el último año.	70	50	16,5%-23,4%

plían tal requisito. Paralelamente, sólo un 11.8% del total de empresas ha realizado estudios de riesgos de accidentes y/o enfermedades profesionales. La tabla 3 resume la comparación de las prevalencias estimadas en Industria frente a Servicios.

**Condiciones ambientales y de seguridad:** De todos los aspectos analizados, destaca el hecho de que un 59% de los trabajadores refieran estar expuestos a uno o más riesgos de accidente en su puesto de trabajo, siendo los «golpes» el tipo de riesgo más nombrado. Respecto a las principales causas que, según los trabajadores, son el origen de estos riesgos de accidente, llama la atención que el 54% de los expuestos los atribuyan a aspectos personales, tales como el exceso de confianza o la falta de precaución.

La exposición a niveles de ruido, considerados desde molestos hasta muy altos,

también presenta una destacadísima prevalencia, estimándose ésta en un 33.1%. Otros aspectos, no menos relevantes, fueron la exposición a temperaturas inconfortables, la inhalación de polvos, humos o vapores y la manipulación de sustancias tóxicas, con prevalencias de 32%, 17.8% y 11.8%, respectivamente.

La tabla 4 sintetiza la comparación de las prevalencias de exposición a estos riesgos, estimadas en Industria y Servicios. Destacan las diferencias observadas respecto a la exposición a ruido, riesgos de accidentes e inhalación de sustancias tóxicas, para las cuales el sector industrial presenta prevalencias de hasta un 34% más altas que las observadas en Servicios.

**Aspectos de carga física y mental:** Los factores de carga física soportados durante la cuarta parte o más de la jornada laboral,

**Tabla 4**  
**Condiciones ambientales y de seguridad: comparación entre Industria y Servicios**

<i>Factores de exposición en el puesto de trabajo</i>	<i>Industria (%)</i>	<i>Servicios (%)</i>	<i>I. Confianza (95%)</i>
Ruido molesto, alto o muy alto	53	22	27,5%-34,4%
Temperatura inconfortable	41	27	9,9%-16,8%
Iluminación inadecuada	6	8	0,6%-4,3%
Vibraciones	14	4	7,8%-12,1%
Manipulación de sustancias tóxicas	16	9	4,5%-9,5%
Inhalantes tóxicos (excepto tabaco)	30	11	16,4%-22,5%
Riesgos de accidente (uno o más)	78	48	26,2%-32,7%

que destacan por su prevalencia, son tanto la exposición a posturas estáticas como los movimientos repetitivos de mano-brazo, que afectan, cada una de ellas, al 52.5% y al 50.7% de la muestra encuestada respectivamente. Paralelamente y en relación a los aspectos de carga mental, los ritmos elevados de trabajo y la exposición a tareas repetitivas y de corta duración afectan a más del 60% de los trabajadores. En la tabla 5 se observa que las prevalencias de exposición a los factores de carga son superiores en el Sector de Industria, excepto en lo referente a posturas estáticas y ritmos elevados de trabajo, aspectos para los que el sector Servicios presenta mayores frecuencias.

**Daños a la salud:** El perfil de morbilidad observado en la muestra reveló que un 60% de ésta presentaba molestias posturales atribuibles a su trabajo, siendo esta prevalencia

discretamente superior en Servicios (62%) que en Industria (58%). Analizando la localización anatómica de estas molestias, un 22% de los trabajadores refirieron lumbalgias, prevalencia similar a la observada para dorsalgias (20%) y cervicalgias (19%). En la tabla 6 se analizan las prevalencias de molestias posturales por localización anatómica en ambos Sectores, pudiéndose observar como las molestias de columna, en todas sus localizaciones, son estadísticamente más frecuentes en el sector Servicios. La tabla 7 resume el análisis ajustado de la asociación entre las molestias posturales y otros factores de exposición, principalmente aquellos referidos a carga física y mental, controlando por edad, sexo y sector de actividad.

La prevalencia de accidentes, referida a los dos años previos, fue de un 10%, siendo

**Tabla 5**

Aspectos de carga física y mental soportados durante 1/4 o más del tiempo de trabajo: comparación entre Industria y Servicios

Factores de carga física y mental	Industria (%)	Servicios (%)	I. Confianza (95%)
Posturas forzadas	21	18	0,5%-6,3%
Posturas estáticas	49	54	1,8%-9,1%
Levantamiento de cargas	22	13	5,8%-11,4%
Realización de fuerza importante	18	11	4,1%-9,3%
Movimientos repetitivos mano-brazo	58	47	7,0%-14,2%
Ritmos elevados de trabajo	62	68	2,8%-9,7%
Tareas repetitivas y de corta duración	64	59	1,5%-8,5%

**Tabla 6**

Prevalencia de molestias posturales relacionadas con el trabajo: comparación entre Industria y Servicios

Molestias posturales	Industria (%)	Servicios (%)	I. Confianza (95%)
Columna cervical	13	22	6,9%-12,3%
Hombros	7	5	(*)
Brazos	7	5	(*)
Mano-muñeca	6	6	(*)
Columna dorsal	15	22	4,6%-10,1%
Columna lumbar	19	24	1,7%-7,5%
Piernas	14	11	1,0%-5,8%
Pies-tobillos	10	7	0,8%-5,0%

(\*) En el análisis crudo:  $p > 0.05$  e Intervalo de Confianza a favor de la hipótesis nula.

Tabla 7

## Factores de exposición laboral asociados a la presencia de molestias posturales relacionadas con el trabajo

Factores asociados a las molestias posturales <sup>(1)</sup>	OR <sup>(2)</sup>	I. Confianza OR (95%)
Posturas forzadas durante media jornada o más	4,50	2,61-7,78
Posturas estáticas durante media jornada o más	1,73	1,45-2,08
Levantamiento de cargas durante media jornada o más	2,38	1,42-4,01
Movimientos repetitivos mano-brazo durante media jornada o más	2,28	1,90-2,74
Cantidad de trabajo excesiva en los tres últimos meses	1,79	1,40-2,30
Ritmos de trabajo elevados	1,75	1,50-2,06
Sexo femenino	1,41	1,19-1,66
Edad	(*)	(*)
Sector industrial	(*)	(*)

(1) Todas las variables, excepto edad, han sido dicotomizadas, las categorías consideradas se comparan con sus complementarias.

(2) Razón de Odds ajustada.

(\*) En el modelo ajustado:  $p > 0,05$  e Intervalo de Confianza de OR a favor de la hipótesis nula.

superior en Industria que en Servicios, presentando frecuencias de 16% y 7%, respectivamente (IC 95%: 7.0%; 12.4%). En la tabla 8 queda sintetizado el análisis ajustado de la asociación entre siniestralidad y otros factores de exposición, estratificando por ambos Sectores de estudio.

La prevalencia global de enfermedades profesionales, diagnosticadas o en trámite,

fue del 2.6%, no existiendo diferencias significativas entre ambos sectores.

Paralelamente la prevalencia de demanda médica por causas atribuibles al trabajo fue del 6.9%, distribuyéndose homogéneamente en Industria y Servicios. Tal y como se observa en la tabla 9, existieron ciertos factores asociados a aquellos trabajadores que demandaron asistencia médica por al-

Tabla 8

## Factores de exposición laboral asociados a la presencia de accidentes de trabajo: análisis independiente por sector

1. INDUSTRIA		
Factores asociados a los accidentes de trabajo <sup>(1)</sup>	OR <sup>(2)</sup>	I. Confianza OR (95%)
Exposición a riesgos de accidente	2,01	1,64-3,34
Contaminantes químicos (manipulación o inhalación)	1,49	1,19-2,38
Ruido alto o muy alto	1,51	1,08-2,33
Contratación temporal	1,59	1,02-2,42
Ritmo de trabajo elevado	(*)	(*)
2. SERVICIOS		
Factores asociados a los accidentes de trabajo <sup>(1)</sup>	OR <sup>(2)</sup>	I. Confianza OR (95%)
Exposición a riesgos de accidente	1,80	1,41-3,46
Contaminantes químicos (manipulación o inhalación)	2,84	2,18-4,90
Ruido alto o muy alto	(*)	(*)
Contratación temporal	(*)	(*)
Ritmo de trabajo elevado	1,92	1,31-2,85

(1) Todas las variables, excepto edad, han sido dicotomizadas, las categorías consideradas se comparan con sus complementarias correspondientes.

(2) Razón de Odds ajustada.

(\*) En el modelo ajustado:  $p > 0,05$  e Intervalo de Confianza de OR a favor de la hipótesis nula.

Tabla 9

Factores de exposición laboral más prevalentes en caso de demandas de atención médica por problemas atribuibles al trabajo

<i>Factores asociados a la atención médica atribuible al trabajo<sup>(1)</sup></i>	<i>OR<sup>(2)</sup></i>	<i>I. Confianza OR (95%)</i>
Exposición a contaminantes químicos (manipulación o inhalación)	1,86	2,58-1,35
Exposición a ruido alto o muy alto	2,00	1,37-2,92
Exposición a algún factor de carga física durante media jornada o más	1,59	1,20-2,13
Exposición a algún factor de carga mental durante media jornada o más	2,01	1,30-3,13
Sexo femenino	1,91	1,40-2,56
Exposición a riesgos de seguridad	(*)	(*)
Edad	(*)	(*)
Sector de Industria	(*)	(*)

(1) Todas las variables, excepto edad, han sido dicotomizadas. Las categorías consideradas se comparan con sus complementarias correspondientes.

(2) Razón de Odds ajustada.

(\*) En el modelo ajustado:  $p > 0,05$  e Intervalo de Confianza de OR a favor de la hipótesis nula.

guna causa atribuible al trabajo, tales como: la exposición a contaminantes químicos, a ruido alto y a carga física o mental, siendo además este tipo de demanda más frecuente en la población laboral femenina.

## DISCUSIÓN

Aunque los datos aquí contenidos sólo representan una pequeña proporción de los obtenidos en el informe general <sup>2,3</sup>, sí merecen ciertos comentarios por ser, si cabe, los más representativos. En lo referente a las condiciones de empleo, sin duda la variable más importante es la que dicotomiza entre contratos fijos y temporales. La estabilidad o inestabilidad en la relación con la empresa es un factor a tener en cuenta, no sólo en lo que supone de mayor o menor insatisfacción, sino en cuanto a indicador de un mejor conocimiento o experiencia y, por tanto, mejor «gestión individual del riesgo». En la muestra estudiada la prevalencia de contratos temporales fue de un 18.4% y si comparamos esta cifra con la correspondiente a la primera Encuesta Nacional de 1987 <sup>1</sup> (10.7%) se observa un crecimiento significativo de 8 puntos porcentuales. La tendencia, por tanto, parece evidente: la relación laboral de duración determinada no es ya una situación coyuntural y/o minoritaria.

Paralelamente, la contratación a tiempo parcial ha tenido hasta el momento una importancia muy reducida en España, sobre todo si la comparamos con otros países europeos (uno de cada cinco trabajadores como media en el conjunto de la Unión Europea <sup>4</sup>). En nuestro estudio, este tipo de contratación ocupaba tan sólo a uno de cada 33 trabajadores (3%). Finalmente, aunque el salario fijo sigue siendo mayoritario, la individualización del salario en función del rendimiento empieza a adquirir una importancia palpable, pero su frecuencia en España sigue siendo inferior a la media Europea (21%) <sup>4</sup>.

La prevención de riesgos laborales es una tarea cada día más compleja. Por un lado, asistimos a un conocimiento cada vez más exhaustivo de los factores que originan los riesgos en el trabajo. Por otra parte, es creciente la sensibilización de los afectados por estos riesgos, los trabajadores, que son más conscientes de sus efectos sobre su integridad física y psíquica. A pesar de todo ello, el número de actividades preventivas en materia de seguridad e higiene, según se traduce de los datos analizados, están aún lejos de alcanzar el nivel óptimo deseable. En Industria las actividades preventivas, aunque cuantitativamente insuficientes, son, en general, más frecuentes que en Servicios. Este efecto está posiblemente mediatizado

por las marcadas diferencias en el perfil de riesgos que clásicamente ha existido entre ambos sectores. El defecto evidente en la gestión de la prevención contrasta con la realidad cotidiana de los trabajadores que pueden sufrir, y de hecho sufren, los efectos derivados de la exposición a riesgos de muy diversa naturaleza.

Los riesgos de accidente de trabajo, el ruido y los contaminantes químicos siguen siendo problemas cotidianos de primera magnitud. También esta encuesta ha revelado la existencia de un gran número de trabajadores expuestos a otros riesgos asociados a los métodos de trabajo, como son aquellos que repercuten sobre la carga física y mental.

El conjunto de estos factores, asociados a otros muchos, pueden actuar de forma directa sobre la salud del trabajador, originando patrones de morbilidad multicausales. Ésto parece al menos vislumbrarse en los análisis realizados para estudiar el perfil de morbilidad, tanto en lo referente a accidentes de trabajo como en el estudio de otros aspectos, no menos relevantes, como son las molestias posturales (hasta un 60% de la población trabajadora presenta este tipo de molestias) o la demanda de atención médica por causas atribuibles al trabajo.

Somos conscientes de que el presente marco no es el más idóneo para poder determinar causalidad y tampoco ha sido nuestro objetivo. La aplicación de modelos explicativos en el contexto de una encuesta transversal, nos podría llevar de la búsqueda de «causalidad» al hallazgo de «casualidad», debido a la intervención de asociaciones espurias o de sesgos tanto de selección (trabajador sano) como de información (sesgos de memoria). Asumiendo estas limitaciones e interpretando estos resultados bajo un prisma orientativo, podemos concluir que la morbilidad inherente al trabajo es, posiblemente, el resultado de la cointervención de gran número de factores, siendo muchos de ellos susceptibles de prevención.

A pesar de todo lo expuesto, en el entorno del Accidente de Trabajo se evidencia la existencia entre la población trabajadora, de una idea preconcebida de autculpabilidad, pues no debemos olvidar que el 54% de los trabajadores piensan que el riesgo de accidente es atribuible a errores personales (exceso de confianza, distracciones o falta de precaución). Esto nos lleva a insistir en la necesidad de realizar un esfuerzo adicional en aras a modificar en la población trabajadora esta actitud.

Por último, señalar que actualmente muchos profesionales siguen trabajando de forma interdisciplinar para alcanzar una meta común: que los riesgos laborales y por tanto la morbilidad de ellos derivada alcancen un mínimo irreductible. Estamos convencidos de que la próxima Encuesta Nacional, a realizar en 1997, pondrá de relieve notorias mejoras en el campo de la Seguridad y Salud en el Trabajo, fruto del nuevo marco normativo que empieza a instaurarse en España<sup>5</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos muy sinceramente la colaboración de aquellas personas, organismos e instituciones que han participado en la realización de esta encuesta, con especial mención a todos los miembros del equipo investigador, a los Gabinetes y Centros Provinciales de Seguridad e Higiene, tanto del INSHT como de las Comunidades Autónomas, y, sobre todo, a los empresarios y trabajadores sin los cuales este estudio no hubiera sido posible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1987. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1988.
2. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad

- Social. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1993. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1995.
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Hacia un mejor conocimiento de las Condiciones de Trabajo. Salud y Trabajo 1995; Nos. 107-108.
  4. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. First European Survey on the Work Environment 1991-1992. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
  5. Boletín Oficial del Estado. Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995. BOE núm 269, 10/11/1995.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****EL INSTITUTO NAVARRO DE SALUD LABORAL: UNA EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE COMPETENCIAS SANITARIAS Y LABORALES****Mariano Gallo Fernández.**

Director Gerente del Instituto Navarro de Salud Laboral.

**RESUMEN**

**Antecedentes:** Desde 1986, en que se realizaron las primeras transferencias de competencias en materia de seguridad e higiene en el trabajo desde la Administración del Estado a Navarra, se fueron adscribiendo las diferentes funciones y medios relacionados con la salud laboral a la estructura sanitaria. Estas actuaciones se hicieron desde el concepto global de salud, siguiendo el espíritu de la Ley General de Sanidad y la Ley Foral de Salud. Se veía al trabajador en su aspecto integral, no separando su medio laboral del resto de su vida. Por esta razón se creó en 1986 el Gabinete Técnico Provincial de Seguridad e Higiene en el Trabajo y en 1988 el Gabinete de Salud Laboral, dentro del Instituto de Salud Pública.

**El Instituto Navarro de Salud Laboral:** Se creó en 1993, adscrito al Departamento de Salud. Integró los medios de salud laboral existentes en el Gobierno de Navarra. Se reestructuró en Noviembre de 1995. Sobre el mismo ejercen una tutela compartida los Departamentos de Salud y Trabajo, siendo clave la colaboración entre los mismos y otras unidades.

**Conclusiones:** La experiencia de más de nueve años, y sobre todo la de los tres últimos, permite asegurar que las actuaciones en seguridad, higiene y salud en el trabajo no son competencia mayor o menor del ámbito laboral o del sanitario, sino de las Administraciones Públicas en general y de los agentes implicados. La coordinación administrativa en esta materia es un deber inexcusable.

**Palabras clave:** Seguridad en el Trabajo. Higiene Industrial. Salud laboral. Administración sanitaria. Legislación. Medicina del Trabajo. Salud Pública.

**ABSTRACT****Navarre Institute for Occupational Health: an Experience in Collaboration between Health and Occupation Jurisdictions**

**Background:** Ever since 1986, when the first jurisdictional transfers took place from the State to Navarre in matters concerning occupational health and hygiene, the allocation of the different functions and means related to occupational health and the health structure has been an ongoing process. These activities were carried out from an overall health perspective, in the spirit of the General Health Act and the Local (Navarre) Health Act. Workers were viewed in a global way, no distinction being made between their work situation and the rest of their lives. That is why the Provincial Technical Bureau for Occupational Health and Hygiene was set up in 1986, followed by the Occupational Health Bureau, in 1988, as part of the Public Health Institute.

**The Navarre Occupational Health Institute:** This was set up in 1993, under the responsibility of the Health Department. It incorporated the occupational health means which already existed in the Navarre Government. It was restructured in November 1995. The Departments of Health and Employment jointly control it, and collaboration between the two departments and other units, is the key factor.

**Conclusions:** Experiences of over nine years, and especially the last three, have made it possible to guarantee that activities concerning occupational safety, hygiene and health do not depend to a greater or a lesser extent upon the spheres of either employment or health, but upon Public Administration in general, and the civil servants involved. Administrative coordination in such matters is of paramount importance.

**Key words:** Occupational Safety. Industrial Hygiene. Occupational health. Health Administration. Legislation. Occupational Medicine. Public Health.

## ANTECEDENTES

Con efectos de 1 de Julio de 1986 se realizó la transferencia a la Comunidad Foral de Navarra de los servicios y funciones del Gabinete Técnico Provincial de Seguridad e Higiene en el Trabajo<sup>1</sup>. Se asignaron al Departamento de Sanidad y Bienestar Social sus servicios, funciones y medios personales y materiales<sup>2</sup>. En Agosto de 1986 se integró en el Instituto de Salud Pública, dependiente del Servicio Regional de Salud<sup>3</sup>. Todas estas actuaciones se hicieron sobre la base del concepto amplio y global de salud, extendiendo la acción preventiva y protectora al mundo del trabajo. Se pretendía una atención integral e integrada con el fin de evitar que una misma persona fuera tratada de forma diferente según se viese bajo el enfoque de trabajador o de ciudadano. En esta nueva filosofía influyó de manera importante la Ley General de Sanidad, en especial el Capítulo IV del Título Primero (De la salud laboral).

En 1988 se produce un cambio importante al crearse el Gabinete de Salud Laboral, a propuesta conjunta de los Consejeros de Salud y de Trabajo y Bienestar Social, adscrito al Instituto de Salud Pública<sup>4</sup>. El objetivo era superar visiones fragmentarias por tratar aisladamente la Seguridad e Higiene en el Trabajo, sin tener en cuenta la necesidad de hacerlo tanto en el ámbito de las relaciones laborales como en el de las actuaciones de promoción y protección de la salud de los trabajadores, como ciudadanos, en el contexto general de la política sanitaria. Se reafirmaba la concepción global de salud.

Sus actuaciones eran las señaladas en el artículo veintiuno de la Ley General de Sanidad, además de las del antiguo Gabinete Técnico Provincial. La orientación de sus acciones era hacia la prevención de las condiciones de seguridad, higiene y salud de los trabajadores y el seguimiento del cumplimiento de la legislación sobre Salud Laboral, en su ámbito competencial.

Se estructuró en tres unidades (Asistencia Técnica, Industria y Agricultura, Construcción y Servicios). Se constituyó asimismo la Comisión de Salud Laboral, con la función de participar en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral.

En 1989 se estableció la Sección de Medicina Laboral e Inspección Médico-sanitaria, en el Servicio de Personal del Departamento de Presidencia e Interior<sup>5</sup>. Sus funciones respecto al personal de la Administración Foral eran el estudio, control y vigilancia de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, la realización de reconocimientos médicos, el seguimiento de las bajas, los cometidos propios de los Servicios Médicos de Empresa y la inspección general sobre los posibles Servicios Médicos de Empresa de los Organismos Autónomos.

En el ámbito de las estructuras dependientes del Estado en Navarra, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) separó en 1988, de hecho, las funciones de la gestión de las incapacidades laborales de las restantes de la Inspección de Servicios Sanitarios. En 1989 se creó la Unidad de Salud Laboral encargada de las funciones de control de Mutuas de Accidentes de Trabajo, Servicios Médicos de Empresa y Entidades Colaboradoras, gestión de accidentes y enfermedades profesionales de los trabajadores protegidos por la Seguridad Social y coordinación de las actuaciones desde los Centros de Salud. Esta unidad empezó a actuar en un campo prácticamente abandonado en los últimos años. En 1990 ya existía un Área de Salud Laboral (Unidad de Valoración Médica de Incapacidades, Unidad de Gestión de la Incapacidad Laboral Transitoria y Unidad de Salud Laboral). El uno de enero de mil novecientos noventa y uno se traspasaron las competencias del Insalud a Navarra.

El tres de diciembre de 1990 se publicó la Ley Foral de Salud en la que se hacía una

especial referencia a la salud laboral<sup>6</sup>. El Capítulo III del Título II estaba dedicado a la salud laboral y en el mismo se establecía que las Administraciones Públicas desarrollarán la protección, promoción y mejora de la salud integral de los trabajadores. Los fines y objetivos en materia de salud laboral eran los señalados en el artículo 21 de la Ley General de Sanidad, extendiendo las acciones de vigilancia señaladas en el apartado 1.c a todos los trabajadores por sus particulares condiciones biológicas o procesos de salud. Además incorporaba las actuaciones sobre los Servicios Médicos de Empresa y la ejecución de las funciones inspectoras encomendadas a Navarra por el Consejo de Seguridad Nuclear. El artículo 25 de la Ley Foral de Salud señalaba, entre otras, que serán objeto de evaluación, seguimiento e intervención de las autoridades sanitarias las atenciones de salud laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y situaciones de incapacidad e invalidez. Asimismo se indicaba que el incumplimiento de las normas de salud laboral sería motivo de intervención de las autoridades sanitarias cuando se infrinja la normativa sanitaria. En el artículo 33 de esta Ley se establece que el Departamento de Salud ejercerá las funciones de planificación, ordenación, programación, alta dirección, evaluación, inspección y control de las actividades, centros y servicios en el área de salud laboral, entre otras.

Con la misma fecha se creó el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que, entre otras funciones, tenía las de vigilancia, protección y mejora de la salud laboral. El Gabinete de Salud Laboral quedó integrado en la Gerencia de Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental<sup>7</sup>. Se estructuró en dos secciones, la Técnico-Sanitaria de Salud Laboral y la de Asistencia Técnica y Condiciones de Trabajo. Mantenía sus antiguas funciones, más las de inspección de servicios médicos de empresa, Mutuas y entidades colaboradoras y evaluación de la incapacidad laboral. Se le adscribieron los

recursos del antiguo Gabinete de Salud Laboral y del Área de Salud Laboral del Insalud.

En marzo de 1991 el Gobierno de Navarra aprobó el Plan de Salud de Navarra<sup>8</sup>. En el mismo se dedicaba una atención especial a la salud laboral, tanto en los objetivos relacionados con el nivel y la distribución de la salud como en las estrategias.

En octubre de 1991 el Instituto de Salud Pública y el Gabinete de Salud Laboral pasaron a la Dirección General de Salud, manteniendo en la práctica sus antiguas funciones<sup>9</sup>.

En el mismo mes se creó el Servicio de Medicina Laboral, adscrito a la Subdirección de Relaciones Laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Su ámbito de actuación era el de los trabajadores del propio organismo autónomo<sup>10</sup>.

#### EL ORGANISMO AUTÓNOMO INSTITUTO NAVARRO DE SALUD LABORAL

En enero de 1993 se produjo un cambio sustancial con la creación del organismo autónomo Instituto Navarro de Salud Laboral, adscrito al Departamento de Salud<sup>11</sup>. Las razones para su creación estaban en la superación, dentro del binomio Salud-Trabajo, de orientaciones parceladas hacia el ámbito de las relaciones laborales o el de la protección de la salud del ciudadano. Se fundamentaba en los principios básicos de la Ley General de Sanidad, de la Ley Foral de Salud y de la Directiva Marco. Consideraba imprescindible coordinar e integrar, a través de un solo órgano técnico, todas las acciones y estructuras existentes en la Administración Foral, con el fin de contemplar de una manera única y globalizadora la promoción y atención de la salud laboral de todos los trabajadores. Se adscribieron al nuevo Instituto todos los medios del Gabinete de Salud Laboral del Departamento de Salud, Ser-

vicio de Medicina Laboral y Unidades de Salud Laboral de los centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y Sección de Medicina Laboral e Inspección Médico Sanitaria del Departamento de Presidencia. Se encargaba tanto de las actuaciones dirigidas a los trabajadores en general como a la propia plantilla de la Administración Foral. En un acto de coordinación administrativa fue aprobado por el Gobierno de Navarra a propuesta conjunta de los consejeros de Salud, de Presidencia y de Industria, Comercio, Turismo y Trabajo.

Como órgano de participación y asesoramiento se creó el Consejo Navarro de Salud en las Condiciones de Trabajo, con presidencia y vicepresidencia alterna entre el Consejero de Salud y el de Trabajo. Participaban cinco miembros de la Administración Foral (Salud y Trabajo), cinco de los Sindicatos, cinco de las organizaciones empresariales y otros cinco diversos (Mutuas, Federación de Municipios y Concejos, Administración del Estado y Colegios Oficiales Sanitarios y Técnicos). Se podían constituir Comisiones Sectoriales de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Los órganos de gobierno eran el Consejo de Gobierno y el Director. El Consejo de Gobierno, presidido por el Consejero de Salud, estaba integrado por doce miembros de la Administración Foral (Departamentos de Salud, de Presidencia y de Industria, Comercio, Turismo y Trabajo y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea), uno de la Administración del Estado y, sin voto, el Director del Instituto. Este, y los Jefes de Servicio, eran nombrados y separados por el Gobierno de Navarra, a propuesta conjunta de los Consejeros de Salud y de Trabajo.

De la Dirección dependían cuatro servicios y una Sección de Gestión Técnica y Administrativa. Esta tenía encomendada la gestión administrativa, económica, contable, informática, estadística, de servicios generales y de recursos humanos.

El Servicio de Prevención en las Condiciones de Trabajo y Medio Ambiente Laboral se estructuraba en dos secciones (La de Prevención Técnica y la de Medio Ambiente Laboral). Sus funciones eran asesoría y asistencia técnica, información, identificación, prevención y eliminación de riesgos laborales, seguimiento de actuaciones preventivas y apoyo a organismos e instituciones.

En el Servicio de Atención Técnico-Sanitaria en Salud Laboral se integraban otras dos secciones (La de Promoción de la Salud Laboral y la de Evaluación Médica de Salud Laboral y Discapacidades Laborales). Sus funciones principales eran la prevención, protección y promoción de la salud de los trabajadores, identificación y prevención de patologías, evaluación de las actuaciones sanitarias en empresas, servicios médicos de empresa y Mutuas y control, vigilancia y evaluación de las incapacidades laborales.

El Servicio de Psicología Laboral y Educación para la Salud tenía dos secciones (La de Psicología Laboral y la de Educación para la Salud en las Condiciones de Trabajo). Tenía encomendadas las acciones sobre los factores de riesgo psicosocial y la información, formación y educación.

En el Servicio de Investigación en Enfermedades Laborales y Ergonomía había dos Secciones (La de Investigación en Enfermedades Laborales y la de Investigación en Ergonomía).

El transcurso de más de dos años con esta nueva experiencia, la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el nuevo enfoque dado a la seguridad y salud laboral, las exigencias de participación de los agentes sociales y la pretensión de un funcionamiento más eficaz hicieron necesaria la modificación del Instituto Navarro de Salud Laboral en Noviembre de 1995<sup>12</sup>.

Como órgano de participación y asesoramiento se creó el Consejo Navarro de Seguridad y Salud en el Trabajo, con sus co-

rrespondientes Comisiones. Se ha vuelto a la tradicional composición tripartita, con los agentes directamente implicados (Administración, sindicatos y organizaciones empresariales). Las Comisiones son de tipo sectorial, territorial o temático.

El Consejo de Gobierno también reduce su composición a siete miembros con voz y voto (Departamento de Salud, Dirección General de Trabajo, Dirección General de Industria, sindicatos y organizaciones empresariales) y tres sin voto (Administración del Estado, Secretario y Director Gerente del Instituto).

La nueva estructura se reduce y modifica al objeto de adecuarse a las necesidades reales y medios disponibles. De la Dirección Gerencia dependen dos secciones y dos servicios. La Sección de Administración mantiene en general las funciones anteriores. La Sección de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales en la Administración Foral es la encargada de coordinar, y provisionalmente desarrollar, las funciones de los Servicios de Prevención que puedan actuar en los distintos centros y servicios de los Departamentos y Organismos Autónomos del Gobierno de Navarra. Se separan las actuaciones sobre la estructura laboral global de Navarra de las responsabilidades de la Administración Foral con sus propios trabajadores, al objeto de evitar las disfunciones producidas en la etapa anterior.

El Servicio de Seguridad e Higiene en el Trabajo y Formación se estructura en dos secciones (La Técnica de Prevención de Riesgos Laborales y la de Formación y Psicología Laboral). Las funciones de este servicio se resumen en asesoría y asistencia técnica sobre condiciones de trabajo y riesgos laborales, promoción de la prevención de riesgos, seguimiento, desarrollo de actuaciones y detección de riesgos y su prevención, apoyo a organismos y entidades, estudio de riesgos psicosociales e información y formación.

En el Servicio de Salud Laboral e Investigación también hay dos secciones (La de Incapacidades Laborales y Evaluación Sanitaria y la de Investigación y Epidemiología Laboral). Sus funciones son asesoría y asistencia técnica sobre salud laboral, prevención, promoción y protección de la salud de los trabajadores, apoyo a organismos y entidades, evaluación de los servicios sanitarios relacionados con el trabajo, evaluación de la incapacidad laboral, sistemas de información y vigilancia epidemiológica e investigación sobre seguridad y salud laboral.

La gestión de sus servicios se hace por programas de actuación. Su ejecución corresponde al conjunto de unidades y órganos del Instituto Navarro de Salud Laboral.

Existe una participación conjunta y una cotutela sobre el Instituto por las Direcciones Generales de Salud y de Trabajo, incluso supervisando la actuación del Director Gerente.

## CONCLUSIONES

En Navarra desde las primeras transferencias se ha entendido que la seguridad, higiene y salud en el trabajo debían incluirse en el concepto global de salud. Por esta razón, y al objeto de racionalizar recursos y obtener resultados más eficaces, se han integrado en una misma estructura.

Se ha intentado romper el tradicional divorcio entre la valoración de la persona como trabajador y como ciudadano. Tampoco se podía caer en la opción contraria, en una sanitización de la seguridad y salud laboral. El concepto global e integral de salud no puede ignorar la realidad de las relaciones laborales en este campo. Se debe entender en sentido amplio, contemplando al trabajador y su entorno en conjunto, no confundiendo con la interpretación más reducida de sanidad laboral. Por ésto se creó el Instituto Navarro de Salud Laboral, con la

tutela compartida de los Departamentos de Salud y Trabajo. Se intenta superar la lucha competencial entre Salud y Trabajo, al ser misión de las Administraciones Públicas cumplir sus obligaciones con los ciudadanos y no mantener parcelas de poder. Por esta razón la coordinación administrativa es una baza fundamental en sus actuaciones.

La reciente Ley de Prevención de Riesgos Laborales mantiene e incluso incrementa las competencias de salud laboral de la Ley General de Sanidad, y enfatiza la coordinación administrativa.

Las autoridades laborales y sanitarias deben permanecer en sus respectivos ámbitos, pero los órganos técnicos tienen que tener una actuación unificada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 898/1986, de 11 de abril, de traspaso de servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de Gabinete Técnico Provincial del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. BOE núm 112, 10/5/1986.
2. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 166/1986, de 27 de junio, por el que se asignan a los Departamentos de Trabajo y Seguridad Social y Sanidad y Bienestar Social los servicios y funciones transferidos a la Comunidad Foral por los Reales Decretos 898/1986, 899/1986, 922/1986, 923/1986, 929/1986, 930/1986, 937/1986 y 938/1986, todos ellos de 11 de abril. BON núm 86, 11/7/1986.
3. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 190/1986, de 24 de julio, por el que se distribuyen los servicios transferidos a la Comunidad Foral en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo y guarderías infantiles laborales entre los Organismos Autónomos dependientes del Departamento de Sanidad y Bienestar Social. BON núm 97, 6/8/1986.
4. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 282/1988, de 30 de noviembre, por el que se crea el Gabinete de Salud Laboral. BON núm 152, 14/12/1988.
5. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 110/1989, de 11 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica del Departamento de Presidencia e Interior. BON núm 63, 22/5/1989.
6. Boletín Oficial de Navarra. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. BON núm 146, 3/12/1990.
7. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 7/1991, de 10 de enero, de estructuración de la Gerencia de Atención Primaria, Salud Pública y Salud Mental. BON núm 13, 30/1/1991.
8. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1991.
9. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 410/1991 de 14 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica del Departamento de Salud. BON núm 137, 28/10/1991.
10. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 300/1991 de 30 de septiembre, por el que se modifica la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BON núm 127, 7/10/1991.
11. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 435/1992, de 28 de diciembre, por el que se crea el Instituto Navarro de Salud Laboral y se establece su estructura orgánica y funcional. BON núm 11, 25/1/1993.
12. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 545/1995, de 13 de Noviembre, por el que se modifica la estructura orgánica y funcional del Instituto Navarro de Salud Laboral. BON núm 149, 4/12/1995.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****SALUD LABORAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO.  
OSALAN-INSTITUTO VASCO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORALES****Amaia Martínez Castillo y Gregorio Achutegui Basagoiti.**

OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

**RESUMEN**

Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales es un Organismo Autónomo administrativo del Gobierno Vasco, adscrito al Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social, que está encargado de gestionar las políticas generales de Salud Laboral en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Sus objetivos son:

— Promover la mejora permanente de la Seguridad y Salud Laboral de todos los trabajadores de la Comunidad Autónoma Vasca a través de la gestión de programas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laboral.

— Coordinar y concentrar las diferentes actuaciones relacionadas con la salud laboral, unificando y dando coherencia a las funciones que estaban dispersas en distintos departamentos.

— Facilitar el acercamiento de las empresas a la normativa comunitaria y nacional, adoptando las medidas que se desprenden de las Directivas Europeas y de la Ley de Prevención de riesgos Laborales y resto de la normativa laboral, estableciendo los cauces de formación e información necesarios para su promoción y aplicación en las empresas.

Actúa:

— Desde una visión global en cuanto a la Prevención de los Riesgos Laborales, gracias a la coordinación de todas las disciplinas implicadas, aplicando un tratamiento multidisciplinar al estudio de cada uno de los factores de riesgo laboral, que está dirigido a la prevención de los riesgos en su origen.

— Facilitando a las empresas los medios idóneos para la gestión de la seguridad y salud de sus trabajadores. Promoviendo la implantación de sistemas que garanticen la mejora permanente de la seguridad y salud laboral en las empresas de la Comunidad Autónoma. Aportando el soporte técnico y de investigación que permita abordar la prevención con eficacia.

Conviene destacar asimismo la previsión establecida en la Ley de Creación de OSALAN, de su aplicación a las Administraciones Públicas y al campo de la economía social, anticipándose a lo que posteriormente ha sido ratificado en la reciente Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

**Palabras clave:** OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. Salud Laboral. Seguridad en el Trabajo. Programas de Prevención. Prevención de Riesgos Laborales. Promoción de Salud Laboral.

Correspondencia:

OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.  
Duque de Wellington, 2.  
01010 Vitoria-Gasteiz.  
Fax: (945) 18 93 84.

**ABSTRACT****Occupational Health in the Basque  
Country Autonomous Region.  
O.S.A.L.A.N.-Basque Institute for  
Occupational Health and Safety Institute**

O.S.A.L.A.N.-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales is an autonomous administrative body depending on the Basque Government, ascribed to the Dept. of Justice, Economy, Work and Social Security, which is in charge of managing the general Occupational Health policies in the Autonomous Community of the Basque Country.

Its objectives are:

— To promote an ongoing improvement in Safety and Occupational Health for all the workers in the Basque Autonomous Region, through the management of programmes in matters affecting safety, hygiene, the environment and occupational health.

— To co-ordinate and concentrate the different activities related to occupational health, unifying and giving coherence to the functions which were previously the jurisdiction of different departments.

— Making companies aware of national and E.U. regulations, taking the measures that are set out by the European Directives and the Prevention of Occupational Hazards Act and the rest of the employment regulations, establishing the training and information channels required for promoting and applying these in the companies.

It acts:

— From an overall perspective as regards the Prevention of Occupational Hazards, thanks to co-ordination with all the disciplines involved, applying a multi-disciplinary treatment to the study of each and every one of the occupational hazard factors, which is aimed at the prevention of risks at their source.

— Providing companies with the ideal means for managing the safety and health of their workers. Promoting the implementation of systems which guarantee an ongoing improvement in occupational safety and health in the companies of the Basque Autonomous Region. Providing the technical and research support that makes it possible to tackle prevention efficiently.

The provision established in the Creation Act (O.S.A.L.A.N.) should also be mentioned, as regards its application in Public Administration and the field of social economy, which was later endorsed and ratified through inclusion in the recent Prevention of Occupational Hazards Act.

**Key words:** O.S.A.L.A.N. Basque Institute for Occupational Safety and Health. Occupational Health. Work Safety. Prevention Programmes. Prevention of Occupational Hazards. Promotion of Occupational Health.

## INTRODUCCIÓN

La organización de la Salud Laboral de la Comunidad Autónoma del País Vasco ha llevado una serie de pasos previos hasta la creación de OSALAN-INSTITUTO VASCO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORALES, que en la actualidad es el Organismo Autónomo encargado de gestionarla. Previamente a los comentarios sobre OSALAN creo necesaria una pequeña introducción histórica que nos remonta en el tiempo a las primeras transferencias en materia de Trabajo, Sanidad, y Seguridad e Higiene a esta Comunidad Autónoma 1979<sup>1</sup>, 1980<sup>2</sup> y 1985<sup>3</sup>.

Desde entonces, los antiguos Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo que funcionalmente comprendían las áreas de Seguridad, Higiene, Medicina y Formación han venido realizando distintos planes de actuación, en general planes anuales que han sido ejecutados bajo la dependencia de la Dirección de Trabajo hasta la creación del Organismo Autónomo.

En 1988 el Departamento de Sanidad y Consumo en su Dirección de Salud Pública, crea una Unidad de Salud Ocupacional que asume las funciones de salud laboral en cuanto a los Servicios Médicos de Empresa, incluyendo los controles establecidos por la Organización de Servicios Médicos de Empresa (OSME).

Dentro de los programas realizados en Salud Laboral, desde el ámbito funcional de Salud Pública, se han llevado a cabo dos programas de trabajo cuya finalidad ha sido obtener información adecuada de los exámenes de Salud realizados a los trabajadores.

- Uno de los programas ha consistido en la publicación de una serie de protocolos sanitarios específicos de vigilancia médica de los trabajadores a riesgos profesionales concretos como hidrocarburos, metales, ruido y vibra-

ciones, radiaciones ionizantes, óxido de etileno, anestésicos inhalatorios y citostáticos (4,5,6,7)

- El otro, en la modificación de los documentos sanitarios oficiales que se cumplimentan en los Servicios Médicos de Empresa ubicados en la Comunidad Autónoma<sup>8</sup> de modo que se puedan valorar las condiciones de trabajo de las empresas, valorando así sus riesgos y teniendo información fehaciente de su siniestralidad.

Basándose en el convenio número 155 de la OIT<sup>9</sup> sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, y en la filosofía que se desprende de la Directiva Marco 89/391/CEE<sup>10</sup> sobre la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el medio de trabajo, se genera la necesidad de unificar y dar coherencia a las actuaciones que estaban dispersas en los Departamentos, creándose OSALAN como Organismo Autónomo de referencia que se encarga de coordinar y concretar las diferentes actuaciones relacionadas con la salud laboral.

Así pues, la Ley 7/1993, de 21 de diciembre<sup>11</sup> crea Osalan, Organismo Autónomo administrativo del Gobierno Vasco, adscrito al Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social, extendiendo su actuación a todas las ramas de la actividad económica en que haya trabajadores empleados, incluidas las administraciones públicas, las cooperativas de trabajo asociado y las demás cooperativas en relación con sus socios de trabajo. Respecto a los trabajadores por cuenta propia, Osalan llevará a cabo actividades de promoción de la prevención de riesgos.

### Objetivos de Osalan:

- Promover la mejora permanente de la Seguridad y Salud Laboral de todos los trabajadores de la Comunidad Autónoma Vasca. Esta mejora permanente se realizará a través del fomento de la prevención.

- Gestión de las políticas que en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laboral establecerán los poderes públicos de la Comunidad Autónoma.
- Unificar y dar coherencia a las funciones que estaban dispersas en distintos departamentos. OSALAN se encarga por tanto de coordinar y concentrar las diferentes actuaciones relacionadas con la salud laboral, actuando como integrador de esfuerzos y creando planes o programas comunes que sean capaces de enfocar y unificar las distintas actuaciones departamentales relacionadas con la salud laboral.
- Adecuación y acercamiento a la normativa comunitaria adoptando la filosofía que se desprende de la Directivas Europeas.
- Visión Global de la Prevención de Riesgos Laborales gracias a la coordinación de todas las disciplinas implicadas. Este tratamiento multidisciplinar de cada uno de los factores de riesgo laboral, está dirigido a la prevención en su origen.
- Facilitar la disponibilidad por las empresas de los medios para la gestión de la seguridad y salud de sus trabajadores.
- Promover la implantación de sistemas que garanticen la mejora permanente de la salud laboral en los centros laborales de la Comunidad Autónoma. Proporcionar el soporte técnico y de investigación que permita abordar la prevención con eficacia.

#### Funciones del organismo autónomo:

Las funciones establecidas en la Ley de creación del Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales-OSALAN son las siguientes:

A) Analizar e investigar las causas y factores determinantes de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, abordando su estudio preventivo y proponiendo las medidas correctoras procedentes. De dichas actuaciones se informará a la Autoridad Laboral. Igualmente se emitirán los informes que en su caso se soliciten por la autoridad competente, en materia de seguridad industrial.

B) Conocer, tratar y elaborar las informaciones y datos sobre estadísticas laborales, procediendo a la confección, estudio y valoración de estadísticas en el ámbito de la comunidad autónoma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Estadística de la Comunidad Autónoma. Así mismo colaborará en el desarrollo y la confección de programas informáticos unificados, que se proyecten en el ámbito estatal y comunitario, para la recogida de datos en materia de seguridad y salud laborales.

C) Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica responsable de investigar las enfermedades generadas en el trabajo y el impacto de los diferentes factores de riesgo laborales y en la salud de los trabajadores de acuerdo con las directrices del Departamento de Sanidad en materia de información sanitaria.

D) Elaborar, promover y desarrollar programas de investigación sobre métodos y técnicas de seguridad, higiene y salud en el trabajo.

E) Estudiar, informar y proponer a las distintas Administraciones, a través del Departamento de Trabajo y Seguridad Social, normas, reformas de la normativa en su aspecto técnico en materia de seguridad e higiene en el trabajo y métodos ergonómicos, y elaborar recomendaciones sobre condiciones de trabajo de aprendices, trabajadores en edad madura y mujeres durante los periodos de embarazo o lactancia.

F) Efectuar estudios, informes y asesoramiento sobre puestos, locales y centros de

trabajo, materias primas y productos intermedios y finales, en la medida en que puedan conllevar riesgos para la salud de los trabajadores.

G) Realizar análisis, estudios, informes y propuestas al Departamento de Trabajo y Seguridad Social y, en su caso, a las autoridades responsables de la seguridad en la industria, de acuerdo con la normativa vigente, sobre las condiciones técnicas de los trabajos y sobre delimitación y fijación de concentraciones límite permisibles de los contaminantes y los procedimientos para su valoración.

H) Programar, organizar y desarrollar planes y cursos de formación en relación con la seguridad, higiene y salud laborales.

I) Informar a empleadores y empleados de los conocimientos y prácticas de prevención de riesgos profesionales y promoción de la salud.

J) Programar y desarrollar controles generales y sectoriales sobre niveles de seguridad e higiene en las empresas, prestando a las mismas y a los representantes legales de los trabajadores el asesoramiento pertinente sobre las correcciones más convenientes para elevar dichos niveles.

K) Prestar asistencia y asesoramiento técnico a empresas, a trabajadores y sus organizaciones y a autoridades públicas.

L) Comunicar a la autoridad laboral los casos de contravención grave o reiterada por parte de las empresas o de su personal de normas de prevención de riesgos profesionales que pudieran entrañar peligro para la salud o integridad física de las personas.

M) Asesorar y evaluar el funcionamiento de los órganos técnicos de las empresas en materia de seguridad, higiene y salud laborales.

N) Estudiar la relación existente entre los componentes materiales de trabajo y las personas que los manipulan.

Ñ) Estudiar la adaptación de la maquinaria, del equipo, del tiempo de trabajo y de la organización del trabajo a las capacidades físicas, sensoriales y mentales de los trabajadores.

O) Estudiar y dictaminar la adaptación de las operaciones y procesos de producción, así como de los ritmos de trabajo o niveles de actividad, a las capacidades físicas, sensoriales y mentales de los trabajadores.

P) Estudiar y vigilar las condiciones de trabajo que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, para acomodar en caso necesario su actividad laboral a un trabajo compatible durante los periodos referidos.

Q) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.

R) Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos, según las directrices o programas emanados de las Autoridades Sanitarias.

S) Elaborar un mapa de riesgos laborales que sirva de instrumento para planificar la debida política de prevención, según las directrices o programas emanados de las Autoridades Sanitarias.

T) Ejercitar las competencias de autorización, inspección y control sanitarios de los servicios médicos de empresa.

U) Vigilar el fenómeno de la drogodependencia en el ámbito laboral, elaborando estudios e informes sobre la incidencia en la seguridad y salud laborales de las sustancias estupefacientes y del alcohol y el tabaco.

Forma de actuación:

Como se puede comprobar del análisis de las funciones se desarrolla en ellas la seguridad y la salud en el trabajo de una forma

unitaria, siguiendo las recomendaciones y directrices de los Organismos Internacionales Competentes, así como las Directivas de la Unión Europea y en plena sintonía con el marco de referencia de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (12).

La asunción y competencia de sus funciones junto con el interés del Instituto de llegar al mayor número de empresas, obligan a este Organismo Autónomo a dotarse de una estructura flexible que necesariamente tiene que adaptarse a las circunstancias del mundo laboral que nos rodea, en contacto permanente con él, valorando sus demandas y haciéndolo participe de la organización y planificación del mismo.

Dentro de su forma de actuación podemos hablar de dos tipos de organizaciones, la que podemos llamar formal o estructural y la meramente funcional, que quedan reflejadas en su Reglamento de Estructura y Funcionamiento<sup>13</sup>.

Organización estructural de la actuación de Osalan.

La organización formal del Organismo regula la existencia de:

- Un órgano de participación y control que es el Consejo General
- Un órgano de dirección y ejecución que es la Dirección General

El Consejo General:

El Consejo General está integrado por el Viceconsejero de Trabajo y Seguridad Social, que actúa como Presidente, siendo el Vicepresidente el Viceconsejero de Sanidad, y contando con la participación, por la parte social, de cuatro vocales representantes de los sindicatos, designados en función de la representación obtenida en las elecciones sindicales, y por la parte empleadora con: dos Representantes de las Asociaciones Empresariales representativas en la C.A.P.V, uno en representación del Consejo Superior de Cooperativas de Euskadi y

uno por designación del Gobierno Vasco, en representación de las Administraciones Públicas como empleadoras.

El Consejo General se encarga de aprobar los programas de actuación del Organismo Autónomo, realizando funciones de control y vigilancia sobre su ejecución, tiene también capacidad para elevar propuestas y peticiones al Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social y al Departamento de Sanidad, pudiéndose constituir, si lo considera necesario, comisiones territoriales y científico técnicas para el mejor cumplimiento de sus fines.

En el Consejo General, los representantes sindicales y empresariales son los encargados de vehicular las demandas y necesidades, tanto de trabajadores como de empresarios, y en definitiva fijar los objetivos de los programas de trabajo de OSALAN conforme a las necesidades y demandas.

## LA DIRECCIÓN GENERAL

La Dirección General está encargada de las funciones de impulso, dirección, programación y coordinación de las actuaciones del organismo. Esta Dirección General está estructurada en cuatro Áreas: Operativa, Promoción, Organización y Recursos Humanos y Económico Administrativa. Las dos primeras tienen una proyección externa mientras que las otras dos son de apoyo interno.

El Área Operativa contiene las Unidades Sectoriales y el Laboratorio General de Osalan.

El Área de Promoción comprende la Unidad de Salud Laboral y la Unidad de Formación, Documentación y Publicaciones.

En cada uno de los Territorios Históricos, OSALAN actúa a través de los Centros de Asistencia Técnica como centros de referencia habituales con los usuarios.

Actuación funcional de la organización de Osalan:

La responsabilidad de la salud laboral reside básicamente en los Empresarios y en los Trabajadores. Osalan se configura en un plano intermedio, como un servicio esencialmente de prestaciones, un servicio que busca la colaboración de empleadores y empleados en orden a potenciar y mejorar los niveles de seguridad y salud de los centros de trabajo.

Osalan proporciona asesoramiento a las empresas, trabajadores, asociaciones empresariales, sindicatos y administraciones públicas. Se encarga también de llevar a cabo el seguimiento y evaluación de las actuaciones técnico-preventivas necesarias en materia de seguridad y salud laborales, promoviendo la adopción de medidas preventivas precisas.

La gestión de la prevención se realizará a través de programas de actuación, estableciéndose los siguientes:

- Programa de actuación en Seguridad.
- Programa de actuación en Higiene y Medio Ambiente Laboral.
- Programa de actuación en Salud Laboral.
- Programa de actuación en Formación.

## PROGRAMAS SECTORIALES

Teniendo en cuenta que el ámbito de actuación de OSALAN es el conjunto de Empresas, Cooperativas y Administraciones Públicas de Euskadi, la responsabilidad de OSALAN en la gestión de las políticas de Salud Laboral, debe intentar tener el mayor alcance posible y una proyección universal, ya que su interés es llevarlo a todas las empresas, por ello se considera necesario realizar programas de actuación estratégicos que puedan ser aplicados a los grandes sectores de la producción. Los pro-

gramas tienen perspectivas a medio y largo plazo, y suponen el único modo de extender su ámbito a la totalidad del mundo empresarial.

Los Sectores sobre los que se organiza la actuación de Osalan son los siguientes:

- Primario.
- Construcción.
- Químico.
- Metalúrgico.
- Industrias diversas.
- Servicios Varios.
- Servicios Públicos.

La organización de Osalan en torno a Programas supone un importante cambio en la cultura organizativa, estos Programas se vinculan básicamente a sectores de actividad empresarial, con el doble propósito de facilitar la relación con los representantes de las organizaciones empresariales por un lado, y de establecer una cooperación estable con ellas y con las empresas de cada sector, que contemple globalmente sus necesidades e impulse el desarrollo de Programas de actuación estrechamente ligados a la situación, problemática y evolución de los sectores.

La creación de programas sectoriales supone en un primer momento la necesidad de llegar a un diagnóstico de situación de cada uno de los sectores. Este diagnóstico de situación nos obliga a realizar un trabajo previo, trabajo que ha de ser mantenido en el tiempo, ya que es necesario mantener un flujo continuo de los datos de situación del sector, de las interacciones que presenta con otros sectores y conocer los factores de productividad que lo pueden alterar, sus índices de siniestralidad, su variación junto con el análisis de indicadores, tanto de crecimiento económico como de la evolución del mercado de trabajo... En resumen llegaremos a este diagnóstico de situación siempre que

estudiemos el sector en profundidad considerando como algo variable, cambiante y vivo.

El conocimiento, valoración, evaluación y seguimiento de todos estos datos es imprescindible a la hora de fijar objetivos, establecer prioridades y asignar recursos, tanto humanos como materiales a los distintos programas de trabajo. Estos programas deben llevar implícito un método de evaluación que discurra de forma paralela al análisis de la evolución sectorial, de modo que en la búsqueda de respuestas a los problemas de las empresas y los trabajadores, donde el objetivo básico es conseguir un incremento en el nivel de protección frente a los riesgos laborales, se pueda valorar la repercusión de dichos programas.

Estamos hablando de programas de trabajo cuyo fin común es implantar en el mundo laboral lo que se conoce como «cultura de la prevención», que en definitiva no es más que la promoción de la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores. La situación actual de partida es bastante deficiente, se detecta una alta siniestralidad, una insuficiente valoración de los problemas de salud ligados al trabajo, una baja declaración de enfermedades profesionales, por consiguiente es necesaria la intervención centrada en modificar las actitudes y comportamientos empresariales ante estos problemas, e imbuir esa cultura de la prevención como un método más de la calidad dentro de la producción empresarial, garantizando la protección de la salud de los trabajadores.

#### PROGRAMAS DE ACTUACIÓN NO SECTORIALES

Además de los programas sectoriales hay una serie de programas que por su extensión afectan a todos los sectores. Son los programas dedicados a Formación e Información y los que realiza la Unidad de Salud Laboral.

Los Programas de Información y Formación se llevarán a cabo tanto para trabajadores, como para empresarios y mediadores sociales. Osalan será el encargado de transmitir la Cultura de Prevención que deriva de las Directivas Europeas y de la nueva Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Para conseguir introducir la Cultura de Prevención es necesario un cambio profundo de las concepciones actuales, y para ello los planes de formación e información son absolutamente necesarios. De modo que OSALAN se encarga de la gestión de las necesidades de formación que se detecten en los distintos sectores, y de asesorar y apoyar a los agentes implicados en salud laboral, aportando la formación necesaria o los medios para conseguirla.

La sensibilización y formación de los mediadores sociales es imprescindible, ya que son los auténticos protagonistas de la prevención; su planificación supone un mayor esfuerzo, pero cuenta con grandes ventajas ya que los mediadores tienen una mayor influencia sobre sus propios compañeros, con los que la relación es constante, y permite una formación e información mucho más específica, creando debate, aclarando dudas y provocando la reflexión en el lugar de trabajo, en definitiva aportando un efecto multiplicador en la formación.

OSALAN está encargado de desarrollar y transmitir, en todo el ámbito laboral de la Comunidad Autónoma, una cultura de la importancia de la salud laboral como una necesidad del empresario dentro de los factores de competitividad de las propias empresas, intentando introducir sistemas en las empresas que posibiliten y garanticen la mejora permanente de las condiciones de salud. Actúa como promotor de la adopción de medidas preventivas y de gestión de la prevención por la propia empresa.

Por otra parte contamos con los Programas de la Unidad de Salud Laboral, dependiente funcionalmente del Departamen-

to de Sanidad, que tienen una extensión más universal y aunque también tengan su aplicación sectorial son programas en general no sectoriales.

La Unidad de Salud Laboral tiene un importante potencial de intervención ya que influye sobre los Servicios Médicos actuantes en las empresas. Además se plantea como objetivo principal el conocimiento de cual es la situación actual en la que nos encontramos, intentando hacer un diagnóstico general de salud laboral en las empresas de la Comunidad Autónoma. El conocimiento de los problemas existentes en el medio laboral, saber de que partimos exactamente, es absolutamente necesario como método que nos capacite para proponer soluciones.

Así, se emprende el trabajo de conocer cuales son nuestros recursos en salud laboral, saber cual es la situación inicial de la que se parte, enunciar nuestros riesgos y los indicadores de situación antes de emprender acciones de cambio, junto con los indicadores de evaluación que nos permitan valorar nuestra influencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2209/1979 sobre transferencia de competencias de la Administración del Estado al Consejo General del País Vasco en materia de Agricultura, Sanidad y Trabajo. BOE núm. 227, 21/9/1979.
2. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2.768/1.980 sobre traspaso de servicios del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Sanidad, Servicios y Asistencia Sociales. BOE núm. 311, 27/12/1980
3. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2257/1985 de traspaso de servicios de la Administración del Estado al País Vasco en materia de Seguridad e Higiene en el Trabajo. BOE núm. 8, 9/1/1986) y corrección de errores BOE núm. 194, 14/8/1986).
4. Departamento de Sanidad - Dirección de Salud Pública del Gobierno Vasco. Salud Laboral: Protocolos Sanitarios Específicos de Vigilancia Médica de los Trabajadores (I) Exposición a Hidrocarburos Aromáticos Simples. Exposición a Hidrocarburos Alifáticos Halogenados 1.991 Vitoria-Gasteiz- Gobierno Vasco.
5. Departamento de Sanidad - Dirección de Salud Pública del Gobierno Vasco. Salud Laboral: Protocolos Sanitarios Específicos de Vigilancia Médica de los Trabajadores (II) Exposición a Metales: Plomo, Cadmio, Níquel, Cromo. 1.991. Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco.
6. Departamento de Sanidad - Dirección de Salud Pública del Gobierno Vasco. Salud Laboral: Protocolos Sanitarios Específicos de Vigilancia Médica de los Trabajadores (III) Exposición a Ruido y Vibraciones. 1.992. Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco.
7. Departamento de Sanidad - Dirección de Salud Pública del Gobierno Vasco. Salud Laboral: Protocolos Sanitarios Específicos de Vigilancia Médica de los Trabajadores (IV) Exposición a Radiaciones Ionizantes, óxido de etileno, agentes anestésicos inhalatorios y citostáticos. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, 1993.
8. Boletín Oficial del País Vasco. Orden del Consejero de Sanidad por la que se aprueban los modelos oficiales de los documentos sanitarios a cumplimentar por los Servicios Médicos de Empresa ubicados en la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV núm. 252, 29/12/1992) y corrección de errores BOPV núm. 21, 2/2/1993).
9. Oficina Internacional del Trabajo. Convenio núm. 155
10. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOCE núm. L183, 29/6/1989.
11. Boletín Oficial del País Vasco. Ley 7/1.993 de Creación de OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. BOPV núm. 4, 7/01/1994.
12. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, 10/11/95.
13. Boletín Oficial del País Vasco. Decreto 2/1996 por el que se aprueba el Reglamento de estructura y funcionamiento de OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. BOPV núm. 42, 28/02/1996.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****LA SALUD LABORAL EN LA ESTRUCTURA DE LA SALUD PÚBLICA.  
EXPERIENCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA****José Vicente Martí Boscá.**Unidad de Salud Laboral. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública.  
Consellería de Sanidad y Consumo.**RESUMEN**

Se describen las actuaciones de Salud Laboral desarrolladas en la Dirección General de Salud Pública, de la Consellería de Sanidad y Consumo de la Generalitat Valenciana, comentando las bases de su integración y los diferentes programas ejecutados, con referencia a la normativa concreta de aplicación.

**Palabras clave:** Salud Pública. Salud Laboral. Servicios de Salud Laboral. Vigilancia epidemiológica laboral. Seguridad química.

**ABSTRACT****Occupational Health in the Public Health Structure. Experience in the Valencia Autonomous Region**

A description is provided of the Occupational Health activities developed and carried out in the Public Health Administration of the Health and Consumption Council in the Valencian Autonomous Region. Reference is made to the way these are integrated and to the different programmes that are brought into operation, together with the specific standard being applied.

**Key words:** Public Health. Occupational Health. Occupational Health Services. occupation Epidemiology Monitoring. Chemical Safety.

**INTRODUCCIÓN**

Una de las características de la sanidad en la década de los ochenta ha sido el incremento de las actuaciones en el ámbito de la Salud Pública\*. El hecho es detectable en la Administración Central y en las locales, pero tiene especial importancia en las Comunidades Autónomas. Su constatación se refleja no sólo en la ampliación de presupuestos, recursos humanos y estructuras ad-

(\*) En el contexto de la siguiente exposición es necesario delimitar el uso que vamos a otorgar a algunos términos que tienen un carácter polisémico. Así, por Salud Pública se entiende tanto el conjunto de conocimientos relativos a la salud de las poblaciones (lo que históricamente se conoce como Higiene Pública), como la estructura administrativa y sus actuaciones para cumplir los fines de aquellos (Sanidad). Es evidente que en nuestra exposición nos referimos a esta última acepción.

El problema es mayor con el término Salud Laboral ya que además de las dos acepciones paralelas a las comentadas, cabe una tercera más reducida, cuando nos referimos a la estructura de la administración sanitaria que desarrolla las competencias sobre la salud de los trabajadores. Ésta será la acepción que demos al término Salud Laboral, sin menoscabo del carácter integral que tiene tanto el conjunto de conocimientos como la intervención en el ambiente de trabajo.

Correspondencia:  
José Vicente Martí Boscá.  
Dirección General de Salud Pública.  
C/ Dr. Rodríguez Fornos, 4.  
46010 Valencia.  
Fax: (96) 386 92 33.

ministrativas, sino también en las publicaciones científicas, en los congresos o reuniones profesionales y en la oferta de formación actualmente existente.

También, en cuanto a contenidos, en la Salud Pública se ha producido una importante renovación, con aportaciones como la Promoción de la Salud, la Salud Comunitaria, la Vigilancia en Salud Pública o las actuaciones poblacionales derivadas del modelo de Atención Primaria de Salud.

Si ésta ha sido la línea general, también es fácil comprobar que este incremento general de la Salud Pública, tanto cualitativo como cuantitativo, no ha sido similar en todos sus componentes. Dentro de lo que debería ser el núcleo central de las acciones de Salud Pública, algunas han tenido un desarrollo bastante escaso; nos referimos a las actuaciones sanitarias orientadas a la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

Esta situación se ha dado partiendo de considerar como laborales el total de las competencias de las Administraciones Públicas en lo referente al impacto del trabajo en la salud de los trabajadores, entendiendo que deben ejecutarse exclusivamente por las autoridades laborales y sus servicios. Ni siquiera la promulgación de la Ley General de Sanidad, que marca expresamente líneas de actuación sobre el tema en su capítulo IV, ha sido motor suficiente para generalizar las actuaciones sanitarias en Salud Laboral. Posteriormente, casi una década más tarde, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, al tiempo que ratifica lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, especifica las líneas de actuación que deben desarrollar las Administraciones Sanitarias. El legislador ha vuelto a recordar a éstas la necesidad de que desarrollen unas competencias fundamentales para cumplir con el precepto general de tutelar la salud de los trabajadores por el conjunto de elementos participantes en la acción preventiva.

En este contexto puede ser interesante mostrar la experiencia de la Conselleria de

Sanidad, de la Generalitat Valenciana, ya que desde el inicio de las transferencias sanitarias ha tenido actuaciones sobre la salud de los trabajadores integradas en el contexto de la Salud Pública. Lógicamente, el desarrollo de las actuaciones no ha sido lineal a lo largo de estos años y la consolidación de las diferentes líneas de trabajo ha pasado por las situaciones generales de la Administración sanitaria valenciana (adscripción de nuevas competencias, transferencia del INSALUD, reorganización de servicios...).

También nos parece importante destacar el papel de los diferentes profesionales que desarrollan o han desarrollado su actividad en este campo de la Salud Pública, ya que sus propuestas técnicas han ido quedando plasmadas en las siguientes líneas de trabajo.

## BASES PARA LA ACTUACIÓN EN SALUD LABORAL

El conjunto de actividades que se desarrollan en esta exposición responden a las siguientes premisas comunes:

- **Orientación preventiva** de todas las actividades, coordinándolas con el resto de programas de Salud Pública.
- Dotación de **recursos técnicos específicos** que desarrollen el conjunto de competencias sanitarias en Salud Laboral.
- Intervención desde las **Áreas de Salud** como ámbito común para las acciones de Salud Pública.
- **Coordinación de las actuaciones** con la Administración laboral y sus servicios.

## LÍNEAS DE TRABAJO

### A. Sistema de información en Salud Laboral

El principal problema que se presenta en Salud Laboral es la insuficiencia de la infor-

mación sobre el impacto del trabajo en la salud de los trabajadores. Los datos actualmente disponibles provienen de las declaraciones de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional en el sistema de la seguridad social, conceptos que, como es bien sabido, son de carácter normativo y utilidad eminentemente indemnizadora. Además, la situación paradójica entre las dos contingencias de origen laboral, con la discordancia entre las tasas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, nos lleva a plantearnos el problema del subregistro de enfermedades profesionales.

Algunos autores cifran esta infradeclaración en el 90% de los casos<sup>1</sup>, situación aproximada a la comparación con los estudios realizados en otros países<sup>2</sup>.

Partiendo de todo ello, disponer de mejor conocimiento de los riesgos y daños se convierte en una necesidad fundamental, tanto para planificar la prevención como para instaurar un sistema de alerta que permita tomar decisiones ágiles ante la presencia de problemas de salud que tienen su origen en el ambiente de trabajo.

La aplicación de la vigilancia epidemiológica a la Salud de los trabajadores se basa en la denominada metodología de los sucesos centinela de Salud Laboral<sup>3</sup>, que utiliza un listado reducido de problemas de salud cuya relación con el trabajo está claramente identificada y su aparición indica una señal de alerta sobre las condiciones laborales. Este sistema ha tenido diversas aplicaciones en España<sup>4,5,6</sup>.

En la Comunidad Valenciana durante el período 1991-1993 se realizó un programa de vigilancia en salud laboral en el Área de Salud de Alcoi<sup>7</sup>. Las conclusiones han permitido fijar unas líneas generales para su generalización que son la base del Sistema de Información en Salud Laboral.

El Sistema de Información en Salud Laboral, planteado como un subsistema de información en salud pública, tiene dos ac-

tuaciones esenciales a desarrollar desde las Áreas de Salud.

— *Mapa de riesgos laborales de Área:* estudiando la estructura productiva del Área con sus principales riesgos derivados de las actividades laborales, lo que nos permite conocer la morbilidad de origen laboral que puede presentarse.

— *Sistema de Vigilancia Epidemiológica Laboral:* mediante el establecimiento de un sistema de alerta basado en la búsqueda de sucesos centinela en los registros sanitarios (altas hospitalarias, incapacidades temporales, enfermedades de declaración obligatoria) y en la declaración voluntaria a través de notificadores centinela desde Atención Primaria y Asistencia Especializada.

Aunque las características de este programa han sido publicadas<sup>8</sup>, queremos resaltar que, a diferencia de otros similares, parte de la identificación de casos para su estudio y, en su caso, comunicación a la autoridad laboral. Se prima la actuación preventiva a través de la mayor especificidad de los casos, frente a la opción de registrar casos anónimos que nos permitiría conocer la tendencia de la morbilidad laboral.

## B. Servicios médicos de empresa (SME)

Los Servicios Médicos de Empresa son una estructura fundamental de prevención laboral en las empresas, aunque su cobertura sólo representa el 11,83% de la población ocupada de la Comunidad Valenciana (145.604 trabajadores), con una distribución desigual por sectores de producción<sup>9</sup>.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales dispone la integración de los SME en los futuros Servicios de Prevención, de carácter multidisciplinario. Dado que constituyen unas unidades sanitarias, las administraciones competentes en temas sanitarios deberían tutelar y apoyar sus actividades,

coordinando su actuación con las estructuras sanitarias, tanto preventivas como asistenciales. Precisamente, la escasa dedicación por las administraciones públicas, unida a las propias características del trabajo de los profesionales de la medicina laboral, pueden propiciar un deterioro de esta estructura con detrimento de las acciones para proteger la salud de los trabajadores.

Las actuaciones sobre los SME deben orientarse a potenciar sus actividades preventivas, por lo que la estructura de Salud Pública se muestra como la más adecuada para su gestión. En esta línea de trabajo, los objetivos específicos son los siguientes:

- Adecuar los recursos y funcionamiento a la normativa vigente (actualmente, el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa).
- Establecer protocolos y pautas de actuación para potenciar la acción preventiva.
- Mejorar su sistema de información, de tal forma que permita tanto evaluar las actividades como establecer un sistema de vigilancia de la salud de la población laboral cubierta por estos servicios.
- Promover la formación continuada de los profesionales.

Para todo ello se ha actuado en varios niveles:

- **Normativo:** regulando específicamente la confidencialidad de los datos médicos (Orden 17 de febrero de 1994, de la Conselleria de Sanitat i Consum), estableciendo el modelo de historia clínico-laboral (Orden de 10 de mayo de 1995, de la Conselleria de Sanitat i Consum) y reglamentando las modalidades de prestación de estos servicios (Decreto 133/1995, de 19 de junio, del Gobierno Valenciano)

- **Edición de materiales específicos:** publicación anual de la memoria de los SME de la Comunidad Valenciana, edición de documentos técnicos (serie Eines de Salut i Treball).
- **Organización de actuaciones de formación específicos:** cursos, seminarios y jornadas técnicas.
- **Apoyo e inspecciones** desde las Unidades de Salud Laboral del Área de Salud. Actuación que debe tener, salvo excepciones, un carácter de asesoramiento técnico a los profesionales.

La colaboración con las Asociaciones Profesionales se muestra como una vía adecuada y necesaria para el desarrollo de estas actuaciones.

### **C. Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (Matepss)**

Las MATEPSS, además de Entidades Colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, conforman una estructura sanitaria de importancia creciente en los últimos años. Hasta la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales su actuación era eminentemente asistencial y rehabilitadora, aunque los aspectos preventivos representan un incremento constante de inversiones y actividades. Con la promulgación de esta Ley y otras disposiciones que les afectan básicamente (nuevo Reglamento de colaboración y posibilidad de asumir la gestión económica de la Incapacidad Temporal), su papel en el marco de las actuaciones sanitarias tendrá un impulso fundamental.

Todo ello ha conllevado una línea específica en actuación en lo referente a las Entidades Colaboradoras que parte de los objetivos de optimizar sus actuaciones sani-

tarias, tanto las curativas y recuperadoras como las preventivas, y de promover la cooperación entre la Administración Sanitaria y las Entidades<sup>10</sup>.

Para el cumplimiento de estos fines se han realizados las siguientes actuaciones:

- a) Creación de una Comisión Asesora con las principales Entidades actuantes en la Comunidad Valenciana.
- b) Elaborar una norma consensuada que regula las condiciones de los centros sanitarios de las MATEPSS.
- c) Elaborar protocolos de vigilancia de la salud de los trabajadores cubiertos por las MATEPSS de la Comunidad Valenciana. A tal efecto, se ha constituido el Grupo de Medicina Preventiva, integrado por profesionales de las Entidades y de la Dirección General de Salud Pública.
- d) Incorporar a los profesionales sanitarios de prevención de las MATEPSS a los programas de formación de Salud Laboral.
- e) Inspección anual de todos los centros sanitarios de las MATEPSS desde las Unidades de Salud Laboral de las Áreas.

#### D. Manipulación de sustancias químicas

La continua introducción de nuevas sustancias químicas en los procesos productivos representa un riesgo importante, no sólo para la población que los manipula, sino para toda la comunidad y el medio ambiente. Este riesgo debe controlarse con la colaboración de las diferentes partes implicadas, entre ellas la Administración Sanitaria. En la Comunidad Valenciana, las actuaciones sanitarias tendentes al control del riesgo derivado de la manipulación de sustancias químicas han ido configurando progresivamente un programa global. La actua-

ción se inició en 1985 frente al riesgo derivado de la manipulación de plaguicidas de uso fitosanitario, partiendo de normativa estatal y de la importancia del consumo de estos productos en nuestro contexto (agricultura de regadío, minifundismo, tradición exportadora...). Las actividades han estado centradas en diferentes niveles:<sup>11,12</sup>

- **Normativo:** Regulación conjunta con el departamento autonómico de Agricultura en desarrollo de la normativa estatal<sup>13</sup>.
- **Vigilancia de la salud:** vigilancia inicial y periódica de los manipuladores de plaguicidas mediante exámenes de salud que incorporan el control biológico de los productos más utilizados (organofosforados y carbamatos) para prevenir intoxicaciones laborales.
- **Educación para la salud:** organización de cursos, en los diferentes niveles profesionales, sobre los conocimientos técnicos y sanitarios necesarios para la correcta manipulación de los plaguicidas.
- **Vigilancia de los establecimientos y servicios de plaguicidas:** mediante la inspección anual de los locales para comprobar las condiciones que deben reunir, transfiriendo la información resultante a la Administración competente (Agricultura, Trabajo o Sanidad).

Estas actividades se han ampliado a la manipulación de plaguicidas de uso en salud pública (ambientales, alimentarios y ganaderos), con la intención de controlar el riesgo derivado de estos productos en su conjunto. Posteriormente, y fruto de la participación en el proyecto europeo NONS (Notification of New Substances), se ha visto la necesidad de potenciar la ejecución de la normativa sanitaria sobre productos químicos, con especial incidencia en el control de etiquetado y fichas de seguridad

como elementos esenciales para la información de los trabajadores que los manipulen.

Esta actividad, actualmente en sus primeras fases, requerirá la colaboración de todos los agentes preventivos existentes en el ambiente de trabajo (servicios médicos de empresa, preventivistas de las MATEPSS, futuros servicios de prevención...).

## PERSPECTIVA HISTÓRICA

Los antecedentes históricos son un elemento importante para conocer la eficacia de las propuestas que se realizan. Con demasiada frecuencia el profesional de Salud Pública considera, falto de referencias **inmediatas**, que las actuaciones que propone son innovadoras. No es el caso de la vinculación entre la Salud Laboral y la Salud Pública, ya que desde el desarrollo contemporáneo de la Higiene Pública, con Pedro Felipe MONLAU (1808-1871), ha tenido entre sus contenidos esenciales la denominada Higiene del Trabajo<sup>14</sup>. Esta situación se mantuvo durante el cambio de siglo, alcanzando su máxima expresión administrativa con la creación de la Inspección Médica del Trabajo, cuya falta de consolidación en 1939, según los historiadores, provocó que la medicina del trabajo no completase su institucionalización con los contenidos de prevención y promoción de la salud de los trabajadores, teniendo la nueva especialidad una orientación curativa y rehabilitadora<sup>15</sup>.

La incorporación de los aspectos sanitarios de la Salud Laboral a las estructuras de Salud Pública es una excelente ocasión para potenciar integralmente la actuación ante los problemas de salud de toda la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boix P: Las enfermedades laborales en España: Informe de situación. En: Boix P, compilador: Conocer para prevenir. Valencia: L'Eixam-FEIS, 1992: 52-74.
2. Markowitz SB, Fischer E, Fash MC, et al: Ocupational disease in New York State: A comprehensive examination. Am J. Ind Med. 1989, 16: 417-35.
3. Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, et al: Sentinel Health Events (Occupational): A basis for Physician recognition and Public Health Surveillance. Am J Pub Health 1983, 73: 1054-62.
4. Ruiz C, Galán M, Marqués, F: Metodología centinela I: Los registros sanitarios como fuente de información en salud laboral. Salud y Trabajo 1993; 97: 18-23.
5. Ruiz C, Galán M, Marqués, F: Metodología centinela II: Redes de notificación voluntaria centinela en salud laboral. Salud y Trabajo 1993; 98: 11-8.
6. Solé MD: Metodología centinela en los registros de servicios hospitalarios. Jornada técnica sobre la metodología centinela en salud laboral; 1992; Abril 3; Sevilla: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, mimeografiado.
7. Villanueva V, Castelló C: Evaluación de un programa de vigilancia en salud laboral en un área de salud de la Comunidad Valenciana. Rev. San Hig Púb 1994; 68: 595-603.
8. Servei de Salut Laboral. Sistema de Información en Salud Laboral. Informes de Salut, 11. Valencia: Direcció General de Salut Pública, 1994.
9. Servei de Salut Laboral. Memoria de los Servicios médicos de empresa de la Comunidad Valenciana 1994. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1995.
10. Servei de Salut Laboral. Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social en la gestión de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Informes de salud, 23. Valencia: Direcció General de Salut Pública, 1995.
11. Martí JV, Santolaria E, Villanueva V, Ferrer M, Esteban V. Plaguicidas agrícolas: Vigilancia Sanitaria. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1993.
12. Servei de Salut Laboral. Vigilancia Sanitaria de los plaguicidas. Informes de Salut, 10. Valencia: Direcció General de Salut Pública, 1994.
13. Comissió per al Desplegament i l'Aplicació de la Reglamentació sobre Plaguicides. Recopilació de Normativa sobre Plaguicides i Salut. Valencia: Direcció General de Salut Pública, 1994.
14. López Piñero JM. El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca del proletariado industrial. En: López Piñero JM. Medicina moderna y sociedad española. Siglos XVI-XIX.

Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 1976: 253-326.

15. Bernabeu J, Perdiguero E, Zaragoza P. Medicina del trabajo en España. Aspectos normativos: de la

Inspección a la Inspección Médica del Trabajo (1906-1935). En: Huertas R, Campos R, coordinadores. Medicina Social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992: 383-406.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****EL PUNTO DE VISTA DE LOS AGENTES SOCIALES SOBRE EL FUTURO MARCO LEGISLATIVO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES****Matilde Díaz Ojeda, Antonio Hernández Nieto y Ana M.ª Montilla Fernández.**

Gabinete Confederal de Salud Laboral-Unión General de Trabajadores.

**RESUMEN**

La nueva Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) ha creado una gran expectación entre los agentes sociales y los técnicos de salud que trabajan en este campo. En este artículo se realiza un comentario crítico de dicha ley. Se concluye que la LPRL introduce la promoción de la seguridad y la salud laboral en los lugares de trabajo; que tiene por objetivo mejorar las condiciones de trabajo; que, aunque asegura la participación de los agentes sociales, no permite la cogestión en estas materias; y que las deficiencias encontradas deben ser superadas con los reglamentos, los convenios colectivos y los acuerdos concretos entre los agentes sociales.

**Palabras clave:** Promoción de la salud. Prevención. Riesgos. Seguridad y salud laboral. Participación.

**ABSTRACT****The Viewpoint of Social Workers Regarding the future Legislative Framework for the Prevention of Occupational Hazards**

The new Prevention of Occupational Hazards Act (P.O.H.A.) has aroused great expectation among social workers and health experts who are working in this field. This article contains a critical commentary of the above-mentioned Act. The conclusion is reached that the P.O.H.A. promotes safety and occupational health in work places; its aim is to improve working conditions; although it guarantees the participation of the social worker, it does not allow for co-management in these matters; and that the deficiencies that are found must be overcome by means of the rulings, collective agreements and specific agreements with social workers.

**Key words:** Promoting health, prevention, risks, occupational security and safety, participation.

La publicación en el BOE de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) el 10 de noviembre de 1995<sup>1</sup>, y su posterior entrada en vigor el 11 de febrero de 1995, pone en marcha la renovación de la legislación que sobre seguridad y salud laboral existía en España, generándose una gran ex-

pectación tanto en los agentes sociales como en los técnicos de salud que trabajan en este campo.

Existen razones humanas, sociales, morales, legislativas y económicas<sup>3</sup> que justifican la prevención de riesgos laborales. Entre las legislativas (tabla 1) se encuentra la necesidad de la transposición de la Directiva Comunitaria 89/391/CEE, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo<sup>4</sup>, así como la inclusión de contenidos de otras Directivas relativas al tratamiento de las rela-

Correspondencia:  
Matilde Díaz Ojeda.  
Gabinete Confederal de Salud Laboral.  
C/ Hortaleza, 88.  
28004 MADRID.  
Fax (91) 589 76 03.

Tabla 1

**Razones legislativas para la prevención de riesgos laborales, previas a la transposición de la ley de prevención de riesgos laborales**

<i>Razones legislativas para los poderes públicos</i>
1. Artículo 40.2 de la Constitución Española. 2. Ley General de Sanidad. 3. Transposición de las directivas comunitarias derivadas del artículo 118 A del Acta Única Europea. 4. Convenio 155 de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
<i>Razones legislativas para los agentes sociales</i>
1. Estatuto de los Trabajadores. 2. Ley de Órganos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. 3. Ley Orgánica de Libertad Sindical. 4. Convenios Colectivos.

ciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal<sup>5</sup>, a la protección de la maternidad<sup>6</sup> y de los jóvenes<sup>7</sup>. Mediante esta transposición, los poderes públicos progresan en su compromiso de “*velar por la seguridad y la higiene de los trabajadores*”, tal y como se comprometían en el art. 40.2 de nuestra Constitución<sup>8</sup>, y las distintas Administraciones Públicas en la “*protección, promoción y mejora de la salud laboral*” (art. 18.9 de la Ley General de Sanidad)<sup>9</sup>. Esto se realiza dentro del ámbito de las relaciones laborales, siguiendo la filosofía del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores<sup>10</sup>, que en su artículo 19 establece que todo trabajador tiene derecho a “*la protección eficaz en materia de seguridad e higiene como consecuencia de la prestación de sus servicios*”. Además, estas materias son asunto de negociación en las Mesas de Negociación de las Administraciones Públicas<sup>11</sup> y en los Convenios Colectivos<sup>10,11</sup>.

La entrada en vigor en España de la LPRL es tres años más tarde de la fecha establecida en la propia Directiva, y un año más tarde de la aprobación de las Leyes 10 y 11, de 19 de mayo de 1994, sobre medidas urgentes de fomento de la ocupación y por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de los Trabajadores y del texto articulado de la Ley de Procedimiento

Laboral<sup>12</sup> y de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social<sup>13</sup>, respectivamente, conocidas como Reforma Laboral. La LPRL tendrá que convivir con los efectos que ya está produciendo dicha reforma en las condiciones de trabajo, en concreto con respecto a la jornada, el horario, el régimen de trabajo a turnos, el sistema de remuneración, el sistema de trabajo y rendimiento<sup>14</sup>, factores que influyen en la seguridad y la salud del trabajador<sup>15,16</sup>.

Por otro lado, cuando a partir de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1993 se estudia cómo se agrupan los trabajadores según sus condiciones de trabajo y su repercusión en la salud, se observa un aumento de los trabajadores que están en peores condiciones de trabajo<sup>17</sup> con respecto a la Encuesta Nacional que se realizó en 1987, y la aparición de un nuevo grupo que se caracteriza por la inestabilidad en el empleo<sup>17</sup>.

Esta situación se agrava si tenemos en cuenta factores como:

La incorporación de los jóvenes a un mercado laboral precario y segmentado<sup>18</sup>.

La falta de formación de amplios colectivos de trabajadores, sólo en el 12,2% de los centros de trabajo alguna persona acudió a algún curso de seguridad e higiene<sup>17</sup>.

El subregistro de las enfermedades profesionales crónicas, a veces difíciles de distinguir de otras enfermedades de carácter crónico, y otras veces difíciles de diagnosticar porque se desconocen los efectos de las sustancias que se puedan haber introducido en los procesos productivos<sup>14,19</sup>.

A lo que hay que añadir que el registro de enfermedades profesionales que se hace en nuestro país, como en muchos otros, es de carácter administrativo<sup>19,14</sup>, presentando poca utilidad desde el punto de vista de la prevención.

El predominio de la Pequeña y Mediana Empresa (PYMES), que ocupa entre el 60 y el 90% de los trabajadores europeos<sup>20</sup>, que dificulta la acción inspectora en seguridad y salud<sup>19</sup>.

Para poder controlar estas variables es necesario situar la prevención de riesgos en el campo de las relaciones laborales, tal y como lo hace la LPRL señalando que tanto esta Ley como las normas reglamentarias que deriven de ella son de Derecho mínimo indisponible mejorables mediante la negociación colectiva (art. 2.2). Los agentes

sociales deberán mejorar la Ley en los ámbitos funcionales (centro de trabajo, empresa, sector, intersectorial o en las Administraciones Públicas –figura 1– y territoriales (local, provincial, comunidad autónoma y estatal –figura 2– de la negociación colectiva<sup>21</sup>.

El objetivo de este artículo es hacer comentarios críticos a la nueva LPRL y a las consecuencias de su aparición, siguiendo los conocimientos médicos, técnicos, científicos y sociales que se manejan en la actualidad.

La ley se encuadra dentro de las nuevas estrategias surgidas a partir de la definición de salud de la OMS<sup>22</sup>, así la mejora de las condiciones de trabajo se convierten en el objetivo fundamental para proteger, promover y aumentar la seguridad y la salud laboral (art. 5.1 de la LPRL). Se pretende mantener o aumentar el “bienestar físico, psíquico y social” del trabajador en el trabajo<sup>19</sup>, mediante la prevención primaria en el trabajo para eliminar la posibilidad de daño<sup>23,24</sup>.

En la actualidad existe una tendencia a transformar las democracias representativas

Figura 1

Ámbitos funcionales de negociación colectiva

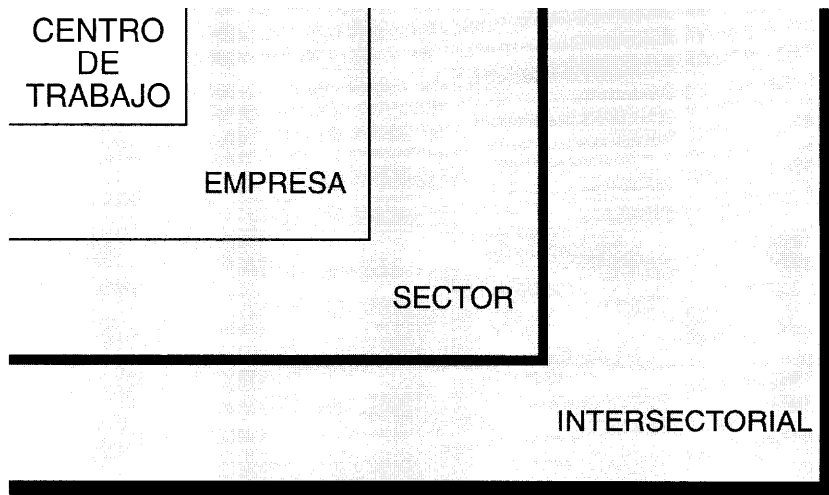
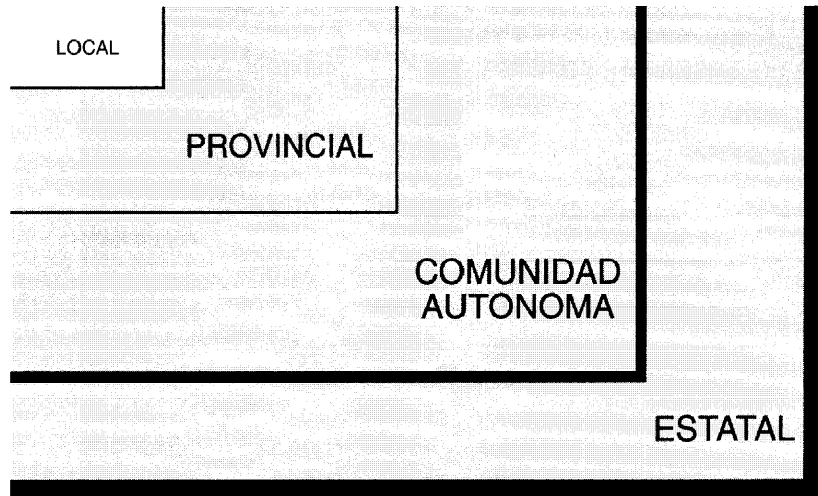


Figura 2  
Ámbitos territoriales de negociación colectiva



en democracias participativas<sup>25</sup>. La participación de la población es un principio de la promoción de la salud<sup>26</sup>. Dentro de esta tendencia, la Ley incrementa la participación y el protagonismo de los agentes sociales (trabajadores y empresarios) en la seguridad y la salud laboral, ya que son ellos los que mejor conocen sus centros de trabajo y los riesgos derivados del trabajo<sup>15,23,26,27</sup>. Por otro lado, sin la colaboración de los trabajadores es difícil garantizar la seguridad y la salud laboral<sup>27</sup>. Por eso llama la atención que en las empresas de menos de seis trabajadores no se haya tenido en cuenta la representación de los trabajadores, o que no se haya avanzado más en la participación de los trabajadores en la gestión de los Servicios de Prevención.

En el artículo 3 de la LPRL se recogen las actividades de los trabajadores que quedan excluidas de la aplicación de la Ley. Estas actividades son de: policía, seguridad y resguardo aduanero, servicios operativos de protección civil, peritaje forense, y las que se realicen en establecimientos militares, penitenciarios o en el hogar familiar. Será objetivo de los sindicatos que las legislaciones

específicas para estos colectivos estén dentro de la cultura y mantengan los objetivos que introduce la LPRL, entre otros los de prevención primaria y participación.

La LPRL normaliza, desde el punto de vista legal, varios conceptos preventivos (art. 4). Merece atención especial el concepto de «daños derivados del trabajo» como las enfermedades o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, por mantener todavía un concepto limitante al respecto y que se hace más patente en la Disposición Adicional Primera, por la que se mantienen los conceptos de accidente de trabajo y enfermedad profesional de la Ley General de la Seguridad Social<sup>28</sup>. Habrá que dar una orientación más preventiva a dicho concepto y avanzar en su aceptación común: empresarial, sindical y normativa, con el fin de posibilitar el reconocimiento de su origen laboral a todas aquellas alteraciones precoces de la salud y enfermedades relacionadas con el trabajo, que siendo definidas como enfermedades comunes, por la acción de determinadas condiciones de trabajo, adoptan una causalidad laboral o se agravan en el trabajo<sup>19</sup>.

Será necesario potenciar la investigación para concretar las patologías laborales que no están recogidas en el cuadro de Enfermedades Profesionales, con el fin de adoptar medidas preventivas, realizar un diagnóstico precoz y, consecuentemente, ser reconocidas como Enfermedades Profesionales a todos los efectos<sup>19</sup>. La participación de los agentes sociales en el desarrollo de las normas reglamentarias, a través de sus organizaciones más representativas, (art. 6) sobre los procedimientos de calificación de las enfermedades profesionales, deberá facilitar este objetivo.

El capítulo II, "Política en materia de prevención de riesgos para proteger la seguridad y la salud en el trabajo", define una política en materia de prevención de riesgos laborales, que se llevará a cabo a través de normas reglamentarias y de actuaciones administrativas. Esta política implica la promoción de la seguridad y la salud mediante la mejora de las condiciones de trabajo, siguiendo los principios de la "Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud"<sup>25</sup>.

Para ello se trata de asegurar:

- \* El desarrollo de políticas que apoyen la seguridad y la salud laboral, para lo que establece las funciones de las distintas Administraciones Públicas, de los Ministerios y de las colaboraciones entre ellos.
- \* Que las organizaciones empresariales y sindicales más representativas ejerzan el control sobre las distintas acciones desarrolladas a nivel institucional, mediante la creación de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.
- \* Que las distintas Administraciones trabajen "por" y "con" los agentes sociales.

Aspectos que se deberán tener en cuenta en el desarrollo de los reglamentos, sin los cuales será muy difícil que la LPRL pueda

alcanzar los objetivos para los que ha sido creada. Hay que esperar que estos reglamentos permitan modificar las causas de enfermedad que se dan en los lugares de trabajo e introducir la cultura preventiva, generando condiciones de trabajo seguras, saludables y satisfactorias para el conjunto de los trabajadores.

Las características de las condiciones de trabajo son establecidas por el empresario, por tanto, es el quién debe garantizar que estas sean seguras y saludables (art. 14) para todos los trabajadores que pueda haber en ese centro de trabajo (incluyendo a los susceptibles, los discapacitados, las mujeres embarazadas o en período de lactancia y menores) (art. 25, 26, y 27), independientemente de que sean contratados o subcontratados.

Esto le obliga a planificar la política de prevención en la empresa siguiendo los principios generales de la acción preventiva (art. 15). Será objetivo de los agentes sociales desarrollar políticas de seguridad y salud laboral integradas en la política general de la empresa, porque son estas políticas las que logran mayores niveles de seguridad y salud, satisfaciendo las esperanzas de los trabajadores y de los empresarios<sup>29,30</sup>. Por tanto, se hace necesario la creación de una cultura positiva que asegure el compromiso y la participación a todos los niveles<sup>29,30</sup>. Así, la negociación colectiva se convierte en un elemento fundamental que permite la adquisición de compromisos (objetivos y programas de actuación) para las partes implicadas, y para un período concreto de tiempo.

Un Plan de Prevención podría estructurarse de la siguiente forma<sup>24,31,32</sup> (tabla 2):

1. Diagnóstico de la situación: Evaluación inicial de las condiciones de trabajo.
2. Definición de Objetivos: general y específicos.

**Tabla 2**  
**Estructura de un plan de prevención de riesgos laborales**

<i>Plan de prevención</i>
1. Diagnóstico de la situación.
2. Definición de objetivos.
3. Asignación de medios materiales y humanos.
4. Asignación de tareas.
5. Programas de actuación.
6. Programas de seguimiento.
7. Evaluación final.

3. Asignación de medios materiales y humanos para cada uno de los programas de actuación y para el plan en su conjunto.
4. Asignación de tareas.
5. Programas de Actuación en Seguridad, Higiene, Ergonomía, Medicina del Trabajo y Psicosociología.
6. Programas de Seguimiento: Evaluaciones periódicas (art. 16).
7. Evaluación Final: Control del cumplimiento de los objetivos establecidos para el Plan.

La vigilancia de la salud debe situarse entre la asistencia y la gestión preventiva pero, sobre todo, debe constituir un derecho individual y colectivo que puedan ejercer libremente los trabajadores. Debe ser una actividad integrada en las actividades preventivas para conseguir los objetivos marcados en el Plan de Prevención<sup>24</sup>. La vigilancia de la salud dirigida a la promoción de la seguridad y la salud laboral trata de determinar el estado de salud del grupo de trabajadores que hay en la empresa<sup>25</sup>, aportar datos para evaluar la exposición, la prevención primaria, definir los objetivos de la educación y aportar conocimientos técnicos<sup>32</sup> con fines preventivos. Sin embargo, dicha vigilancia tiene un aspecto asistencial: la detección precoz de las alteraciones que el puesto de trabajo pueda estar desarrollando en cada uno de los trabajadores<sup>32</sup> para actuar antes

de que el daño progrese. Esto implica el desarrollo de protocolos de reconocimientos médicos específicos en función de los riesgos, es decir, en función de las condiciones de trabajo<sup>19</sup>, siempre y cuando sea necesario para la evaluación y control de los riesgos (art. 22). Los daños encontrados ponen de manifiesto la existencia de deficiencias en el sistema, lo que obliga a la re-evaluación de los riesgos (art. 16).

Tal y como se definen las condiciones de trabajo en el art. 4 de la LPRL, es fácil entender que los Servicios de Prevención deban ser pluridisciplinares (como suma-ción de disciplinas preventivas en relación lógica con los riesgos de diferente naturaleza que se dan en la empresa), multidisciplinares (como función multiplicadora de las actuaciones preventivas), e interdisciplinares (como relación interactiva de las diferentes disciplinas preventivas)<sup>23,25</sup>. Habrá que superar la concepción preventiva de Seguridad e Higiene, para añadir a estas dos disciplinas las de Ergonomía, Medicina del Trabajo y Psicosociología, para que los Servicios de Prevención puedan asesorar al empresario, a los trabajadores y a sus representantes en prevención de riesgos en la empresa.

El objetivo sindical de ejercer un mayor control sobre las actuaciones que llevan a cabo los trabajadores designados, los Servicios de Prevención, internos o externos, directamente por los representantes sindicales especializados o a través del Comité de Seguridad y Salud, está más que justificado, porque de estos órganos técnicos depende la ejecución de las actuaciones preventivas en la empresa.

En las empresas de menos de seis trabajadores, el empresario podrá asumir las funciones adecuadas para cumplir el deber de prevención de riesgos profesionales, se deberá crear una figura de representación sindical especializada, el Delegado de Prevención o Delegado Territorial, con el fin de mantener el diálogo social y el modelo de

participación democrática<sup>25</sup> que precisa el cumplimiento de los objetivos de esta Ley. Esta figura se podrá crear mediante convenios colectivos, acuerdos concretos en materia de seguridad y salud laboral o acuerdos interprofesionales<sup>10</sup>, y serviría para dinamizar la LPRL tanto en las empresas de seis trabajadores, como en las PYMES y los sectores de mayor interés.

En la Ley se trazan tres grandes líneas de Acción Sindical en la Empresa, con los Delegados de Prevención, figuras especializadas de representación sindical, los Comités de Seguridad y Salud, como órgano de participación, y las secciones sindicales, como estructura organizativa del Sindicato.

En la triple dimensión, representativa, participativa y organizativa, se abre un horizonte estratégico a consolidar a través de la negociación colectiva que garantice los requisitos necesarios para la gestión de la prevención a nivel de empresa, como son:

- \* El crédito horario adicional de los Delegados de Prevención con el fin de garantizar la dedicación suficiente para el desempeño de sus funciones.
- \* El diseño y concreción de Planes de Prevención que permitan actuar, con objetivos y programas comunes, a todos los agentes que intervienen en esta materia.
- \* El establecimiento de Delegados de Prevención a través de otros sistemas de designación diferentes al que establece la norma, y concretamente en el caso de que los designados no sean representantes del personal.

Por otra parte, la elección de Delegados de Prevención debe realizarse previo acuerdo entre los sindicatos más representativos, de un perfil adecuado para el cumplimiento de las funciones que la Ley establece para estas figuras, más allá de las valoraciones cuantitativas y de representatividad de cada uno de los sindicatos.

Siguiendo la cultura de la promoción de la salud y de la prevención primaria<sup>22,25</sup> la LPRL recoge en el capítulo VI las obligaciones, de los fabricantes, importadores y suministradores. Este capítulo se relaciona con el artículo 100 A (Mercado Interior) del Acta Única Europea, aunque como el resto de la ley deriva del art. 118 A (Política Social). En este capítulo se establece que las máquinas útiles y sustancias que se comercialicen en la Unión Europea deben cumplir las normas de calidad y de certificación establecidas. Se considera al trabajador como un usuario que no debe ser expuesto a riesgos, y al empresario como un consumidor que tiene que garantizar la seguridad y la salud laboral de los trabajadores que hay en su centro de trabajo.

La LPRL no nace como una ley sancionadora, pero en el capítulo VII desarrolla un sistema de responsabilidades que garanticen su cumplimiento y eviten que el derecho del trabajador a una protección eficaz de su seguridad y su salud en los centros de trabajo no quede en declaración de intenciones<sup>30</sup>. Estas responsabilidades llevan aparejadas unas sanciones de las que cabe destacar: el que se hayan actualizado, que contemplen la posibilidad de aumentar las cargas de la Seguridad Social de aquellas empresas que incumplan<sup>28</sup>, y que establezcan limitaciones para contratar con las Administraciones Públicas a dichas empresas<sup>30</sup>.

Dentro de las Disposiciones Adicionales es de destacar aquella que establece la creación de una Fundación adscrita a la Comisión Nacional de Seguridad y Salud y que tiene como objetivo la promoción de la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, especialmente en las pequeñas empresas (Disposición Adicional Quinta). Se convierte en una institución de diálogo social capaz de facilitar información, asistencia técnica, formación y promoción del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos, sobretodo en aquellas empresas en las que resulta más difícil llevar a cabo la ley, como ya ha sido mencionado.

**Tabla 3**

**Funciones de las figuras y órganos de acción sindical, dentro de la empresa, en materia de seguridad y salud laboral**

<i>Figuras y órganos de acción sindical en materia de seguridad y salud laboral dentro de la empresa</i>	<i>Función</i>
Delegado de Prevención	Representación
Comité de Seguridad y Salud	Participación
Sección Sindical	Organización

Las conclusiones que se pueden sacar de la lectura crítica que se ha realizado son:

- \* La LPRL introduce la promoción de la seguridad y la salud laboral en los lugares de trabajo.
- \* La LPRL tiene como objetivo mejorar las condiciones de trabajo.
- \* La LPRL asegura la participación de los agentes sociales en materia de seguridad y salud laboral.
- \* La LPRL no asegura la cogestión en las materias de seguridad y salud laboral en los centros de trabajo.

Los reglamentos, los convenios colectivos o los acuerdos concretos se convierten en medios para superar las deficiencias, imprecisiones y vacíos encontrados en la ley.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, 10/8/1995.
2. Mateos J. Legislación sobre salud laboral. Opiniones. Rev Asoc Esp Especialistas Med Trabajo 1995;4:365-368.
3. Bernal J. Formación general de seguridad e higiene del trabajo. Aspectos teóricos, prácticos y legales de la salud laboral. 1ª ed. Madrid: Editorial Tecnos S.A., 1996.
4. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOCE núm. L183, 29/6/1989.

5. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 91/383/CEE por la que se completan las medidas tendentes a promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de los trabajadores con una relación laboral de duración determinada o de empresa de trabajo temporal. DOCE núm. L206, 29/7/1991.
6. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 92/85/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE). DOCE núm. L384, 20/11/1992.
7. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 94/33/CEE relativa a la protección de los jóvenes en el trabajo. DOCE núm. L216/12, 20/8/94.
8. Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. Col. Biblioteca Jurídica Básica 1ª ed. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1986.
9. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, 29/4/1986.
10. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 1/1995 de 24 de marzo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE núm. 76, 29/3/1995.
11. Serrano JE, López J, Sequeira M. Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas. En: Legislación Social Básica. 13ª ed. Madrid: Editorial Civitas, S.A, 1994:350-372.
12. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 2/1995 de 7 de abril de 1995 por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Procedimiento Laboral. BOE núm. 11/4/1995.
13. Boletín Oficial del Estado. Ley 11/1994, 19 de mayo, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de los Trabajadores y del texto articulado de la ley de Procedimiento Laboral y de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE núm. 122, 23/5/1994.
14. Consejo Económico y Social. Economía, Trabajo y Sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España 1994. 1ª ed. Madrid: Consejo Económico y Social, 1995.
15. Bestratén M, Chavarría R, Hernández A, Luna P, Nogareda C, Nogareda S et al. Ergonomía. 1ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1994.

16. Almodóvar MA, Berjón MA, Cuenca MR, Fraile A, García de Castro M, Hoyo MA et al. Psicología del trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1995.
17. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1993. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1995.
18. Colectivo IOE (Actis W, Pereda C, de Prada MA). Condiciones de trabajo de los jóvenes (1ª fase de investigación). Madrid: Consejo de la Juventud de España Comunidad Autónoma de Madrid, 1987.
19. Enfermedades Profesionales; Pequeña Empresa; Reconocimiento médico de los trabajadores; Salud en el trabajo; Salud en el trabajo, aspectos médico-legales; Seguridad Social y riesgos profesionales. Enciclopedia de la Salud y la Seguridad en el Trabajo. Madrid: Oficina Internacional del Trabajo y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.
20. Pinilla J. El futuro de la salud y seguridad en la CE (II). Debate sobre el IV Programa de Acción Comunitario. La aportación de la Confederación Europea de Sindicatos (CES). Salud y Trabajo 1993; 98; 4-10.
21. Serrano JE, López J, Sequeira M. Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de libertad sindical. En: Legislación Social Básica. 13ª ed. Madrid: Editorial Civitas, S.A, 1994.
22. Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de salud para todos. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987; 401-410.
23. Vaquero JL. Salud Pública. 3ª ed rev. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1986.
24. Solé D, coordinación. Salud y Medicina del Trabajo. 1ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1991.
25. Ashton J, Seymour H. La nueva Salud Pública. La experiencia de Liverpool 1ª reimpression. Barcelona: Masson y SG, 1990.
26. Fernández I, coordinador. Condiciones de trabajo y salud. 2ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1990.
27. Fernando JA, coordinador. Manual de Seguridad en el Trabajo. 1ª ed. Madrid: Fundación Mapfre.
28. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 154, 29/6/94.
29. Health and Safety Executive. Éxito en la gestión de la salud y la seguridad. 1ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1994.
30. Gómez G. Manual para la prevención de riesgos laborales. Vol. I. 1ª ed. Valencia: Editorial Ciss, 1995.
31. Ministerio de Trabajo y la Seguridad Social. Plan de Prevención de Riesgos Profesionales para 1986. Vizcaya: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, CIAT, 1986.
32. Moreno N. La vigilancia de la salud en el medio laboral. Documentos Técnicos 74:93. 1ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1993.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****SALUD LABORAL Y LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES****Ángel Carlos Cárcoba.**

Departamento de Salud Laboral de Comisiones Obreras.

**RESUMEN**

Se describen los principales problemas de la situación actual en materia de prevención de riesgos laborales, los contenidos básicos de la recientemente aprobada Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, y los retos que plantea esta norma a los sindicatos, a los empresarios, a las administraciones públicas, a los profesionales de la prevención y a las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

**Palabras clave:** Salud laboral. Prevención. Riesgos. Legislación.

**ABSTRACT****Occupational Health and the Prevention Occupational Hazards Act**

A description is given of the main problems currently involved in matters concerning the prevention of occupational hazards, the basic contents of the recently passed Prevention of Occupational Hazards Act (Ley 31/1995), and the challenges that this law pose for the Unions, employers, public administration, professionals in prevention and insurance companies for matters concerning occupational hazards and occupational illnesses.

**Key words:** Occupational health. Prevention. Risks. Legislation.

**INTRODUCCIÓN**

La forma como los hombres y mujeres trabajan determina como enferman y mueren. En consecuencia es necesario tener un mayor conocimiento y control sobre los elementos que determinan los distintos perfiles colectivos de salud-enfermedad.

La desigualdad social ante la enfermedad y la muerte es un hecho científicamente demostrado y cuidadosamente ocultado. El pobre y el trabajador de menor cualificación enferman más y mueren antes que el rico o

el ejecutivo. Y siendo cierto que todos estamos en el mismo barco, cuando este se hunde la diferencia queda brutalmente al descubierto. Dejando el símil náutico, lo cierto es que la mortalidad masculina entre 20 y 64 años es tres veces mayor en trabajadores no cualificados que entre directivos y profesionales. En consecuencia las desigualdades ante la muerte son también desigualdades ante la vida. Por tanto es necesario determinar qué papel juega el trabajo/consumo en la construcción y destrucción de la salud.

La salud, considerada en términos de bienestar absoluto, es algo utópico. La salud es un término relativo, al igual que el concepto «Bienestar» (estar bien), que expresa «la capacidad que un grupo tiene en la sociedad

Correspondencia:  
Departamento de Salud Laboral de Comisiones Obreras.  
Fernández de la Hoz, 12, 4.º  
28010 Madrid.

para controlar y dirigir sus procesos vitales como el trabajo y el consumo». En otras palabras, el derecho a la salud es el derecho a decidir de qué no queremos enfermar y de qué no queremos morir.

La aplicación de estas consideraciones generales al terreno específico de la salud laboral, nos lleva a postular los siguientes principios:

- A) las enfermedades del trabajo son **inaceptables**, en tanto que enfermedades impuestas por un modelo de producción que prioriza la revalorización del capital por encima de la salud de los trabajadores/as.
- B) cualquier daño a la salud derivado de las condiciones y medio ambiente de trabajo es **prevenible** por definición y, consecuentemente, debe ser considerado como innecesario.
- C) el elemento decisivo para la defensa de la salud en el trabajo es conseguir una correlación de fuerzas favorables a los trabajadores que permitan un **control sindical** eficaz de las condiciones de trabajo.

Por último, hay que señalar claramente que, en materia de salud de los trabajadores/as, no es posible la neutralidad. Se debe propugnar la independencia profesional y el rigor científico, pero no la neutralidad. En el campo de la salud laboral los derechos y deberes no se pueden repartir igualmente: los trabajadores son fundamentalmente detentadores del derecho a la protección de su salud, mientras que los empresarios son los que tienen la obligación de organizar el trabajo de tal forma que no produzca daños a la salud. Así, en última instancia, los derechos de los trabajadores se convierten en obligaciones de los empresarios.

## 1. Ineficacia de la acción preventiva

Hasta el presente, ni leyes ni convenios contienen modalidades operativas que con-

viertan en eficaces la actuación preventiva de Administración, empresarios o trabajadores. Como muestra valgan los datos de la última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, en la que el grado de incumplimiento de la normativa vigente supera el 85%, que sin duda, tiene que ver con las altas tasas de siniestralidad y exposición a riesgos en nuestro país.

La actual situación en materia de prevención de riesgos laborales viene caracterizada por:

- Inexistencia de políticas de salud que protejan a la población entre 16 y 60 años expuesta a riesgos laborales o al desempleo.
- La tasa de siniestralidad más elevada de la Unión Europea.
- Subregistro de las enfermedades profesionales, que hace que la morbilidad percibida no coincida con la diagnosticada o indemnizada. Una forma de ocultar un problema es no tener ningún registro del mismo.
- Precariedad institucional en la que el empleo ha pasado de ser un derecho a algo que hay que merecer, exigiéndose un perfil de trabajador adecuado a esta realidad, creándose bolsas de trabajadores peripatéticos sometidos a una permanente alternancia de riesgos, sin control alguno.
- Ineficacia del sistema sancionador: ni inspectores, ni jueces o fiscales persiguen de oficio los delitos contra la salud en el trabajo. No conozco un sólo empresario que haya ido a la cárcel por ocasionar la muerte de un operario. Las sanciones económicas no se pagan.
- Creciente incidencia de las enfermedades musculoesqueléticas y de la fatiga, no contempladas por la legislación.
- Trastornos en la esfera de la sexualidad y la reproducción.

- Toxicología masiva que va de la fábrica al territorio, dando lugar a afecciones cancerosas.
- Desprotección de los trabajadores de las PYMES.
- Inadecuación e ineficacia de los actuales Servicios Médicos de Empresa, quienes históricamente se equivocaron de cliente/paciente.
- Problemas éticos que plantea el trabajo moderno: controles genéticos, tutela a la privacidad, etc.
- Dispensión e ineficacia administrativa.
- Cultura dominante basada en el monetarismo. Una concepción de la economía y de la vida que sitúa a las mercancías por encima de las personas, confundiendo calidad de vida con cantidad de cosas a consumir.
- Marco normativo preconstitucional, que hacía necesaria una nueva Ley.

## 2. Y en esto llego la ley

La Ley de Salud Laboral ya está aprobada y publicada en el Boletín Oficial del Estado. Tres años de retraso respecto a al plazo fijado por la correspondiente Directiva Europea y varios recortes promovidos por la patronal y la derecha no son precisamente un motivo de entusiasmo sindical. Sin embargo, la situación de la Salud Laboral en nuestro país es tan grave y el desfase legislativo era tan evidente que no podemos sino dar la bienvenida a la nueva Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Ha pasado ya, por tanto, el momento de la crítica y ahora hay que ponerse a trabajar para que la entrada en vigor suponga un verdadero cambio con respecto a la situación anterior.

La Ley de Salud Laboral debe marcar una frontera entre el antes y el después para todas las partes implicadas en la prevención. Por lo que respecta a los sindicatos los nuevos derechos de los trabajadores/as y de sus representantes van a poner a prueba nuestra capacidad organizativa y sindical.

En CC.OO. estamos dispuestos a aceptar el reto de impulsar la participación activa de los trabajadores en la prevención. No nos resignamos a que nuestro país siga ostentando el triste privilegio de estar a la cabeza de Europa en siniestralidad ni a que continúen sin abordarse lo enormes problemas de desgaste y enfermedades derivadas del trabajo. Tampoco estamos por dejarle el campo libre a la patronal para que organice la prevención a su antojo, ni podemos permitirnos el lujo de que los Delegados de Prevención o los Comités de Salud y Seguridad acaben siendo una figura decorativa.

Todos y todas debemos implicarnos en esta tarea. De ello depende que esta ley sea un instrumento para la mejora de las condiciones de trabajo y de la salud de los trabajadores/as o que, por el contrario, todo continúe como hasta ahora. Es hora, pues, de ponernos a trabajar.

## 3. Contenidos básicos de la ley

3.1. MÁS VALE PREVENIR. Esta es la filosofía de la Ley: actuar antes de que se produzcan daños a la salud. A partir de ahora, todas las empresas deberán elaborar un plan de prevención y mejora de las condiciones de trabajo.

3.2. NO SOLO ACCIDENTES DE TRABAJO. La Ley va más allá del campo tradicional de la seguridad e higiene. Abarca también nuevos problemas: el estrés, las lesiones por movimientos repetitivos, los riesgos para la reproducción y los problemas posturales. Cualquier daño a la salud en relación con el trabajo está contemplado por esta Ley.

**3.3. MÁS TRABAJADORES PROTEGIDOS.** No importa el tipo de contrato ni el carácter público o privado de empresa, tampoco el del trabajo en una cooperativa o si se trata de empleado/a público. La Ley protege. Algunos sectores públicos (policía, protección civil y establecimientos militares o penitenciarios) deberán desarrollar normativas específicas pero siempre inspiradas por esta Ley.

**3.4. LA PREVENCIÓN OBLIGA AL EMPRESARIO.** Según la Ley, el empresario es quien tiene la obligación de garantizar la seguridad y la salud. Pero este deber de prevención ha de cumplirlo contando con la participación. La responsabilidad de prevención es compartida por los distintos empresarios que coinciden en un mismo centro de trabajo (contratas o subcontratas) debiendo coordinarse entre ellos para el cumplimiento de la Ley.

**3.5. PREVENCIÓN ES NO CORRER RIESGOS.** Si un riesgo se puede evitar, es deber del empresario evitarlo. Si esto no es posible, hay que hacer un estudio de riesgos y elaborar un plan para controlarlos. Sólo como último recurso se puede acudir a la protección personal.

**3.6. TUS DERECHOS.** Esta Ley reconoce el derecho de recibir información sobre los riesgos, de consulta sobre todo aquello que pueda afectar a la salud y seguridad, de formación teórica y práctica en materia preventiva y de vigilancia médica periódica adecuada a los riesgos presentes en el trabajo.

**3.7. INCLUSO PARALIZAR EL TRABAJO.** El derecho a la salud y seguridad permite incluso interrumpir la actividad y abandonar el lugar de trabajo, en caso necesario, cuando se considere que entraña un riesgo de daños graves. No se podrá sancionar por esto si no es por mala fe o negligencia grave.

**3.8. ÓRGANOS INTERNOS.** En toda las empresas de más de 6 trabajadores existirán delegados de prevención. A través de

ellos, hay que hacer valer los derechos en materia de salud laboral y controlar que se cumple la normativa. En las de más de 50 trabajadores habrá, además, un Comité de Seguridad y Salud compuesto por los delegados de prevención e igual número de representantes de la empresa.

**3.9. SERVICIOS DE PREVENCIÓN.** Son servicios técnicos para asesorar en materia preventiva tanto al empresario como a los trabajadores. Deben estar formados por profesionales de diversos campos y no sólo por médicos. Según la Ley las Mutuas podrán suministrar estos servicios.

**3.10. INSPECCIÓN DE TRABAJO.** Cuando, a pesar de todos los mecanismos descritos, el empresario no cumpla sus obligaciones de prevención interviene la Inspección de Trabajo para proponer las sanciones correspondientes o, incluso, para ordenar la paralización inmediata del trabajo. Las sanciones por infracción aumentan considerablemente con esta Ley.

## **TRABAJADORES ESPECIALMENTE PROTEGIDOS**

**TRABAJADORAS EMBARAZADAS.** Tienen derecho a cambio de puesto de trabajo si un informe médico certifica que sus condiciones de trabajo suponen un riesgo para ellas o para el feto. Este derecho se amplía al período de lactancia. También tienen derecho a ausentarse del trabajo, sin pérdida de salario, para ser sometidas a exámenes prenatales o para realizar técnicas de preparación al parto.

**TRABAJADORES TEMPORALES.** Se les reconocen los mismos derechos en materia de salud laboral que a los fijos y no pueden ser sometidos a condiciones de trabajo diferentes. Deben recibir suficiente información y formación previa al inicio de la actividad. El Servicio de Prevención debe ser informado de la incorporación de trabajadores temporales.

**EMPRESAS DE TRABAJO TEMPORAL.** La empresa de trabajo temporal es la responsable de la formación y vigilancia de la salud de sus trabajadores/as, mientras que las obligaciones en materia de información y medidas de prevención recaen sobre la empresa usuaria. Los Delegados de Prevención de la empresa usuaria deben ser informados de la adscripción de trabajadores/as provenientes de empresas de trabajo temporal y pueden recibir sus consultas a quejas.

**TRABAJADORES/AS JÓVENES.** El Gobierno establecerá las limitaciones a las contrataciones de jóvenes menores de 18 años en trabajos que presenten riesgos específicos.

**TRABAJADORAS AL SERVICIO DEL HOGAR.** No se incluye en esta Ley aunque se remarca la obligación del titular del hogar familiar de cuidar que el trabajo se realice en las debidas condiciones de seguridad e higiene.

#### **4. Retos que plantea la ley de salud laboral**

##### **A LOS SINDICATOS:**

*Un doble objetivo sindical:*

- A) Hacer visible lo invisible: el problema de la invisibilidad social del desgaste y la insuficiencia de un discurso sindical centrado en la parte visible del iceberg (accidente de trabajo).
- B) Convertir la percepción individual en acción colectiva: insuficiencia de la orientación a la denuncia y a la compensación individual y necesidad de dinamizar la participación de los trabajadores en la prevención.

La Ley de Salud Laboral recientemente aprobada ofrece aspectos favorables que hacen posible un cambio de actitud del

Sindicato hacia una mayor iniciativa en salud laboral, necesaria, por otra parte, para abordar una situación cargada de problemas. Esta iniciativa sindical debería pretender un auténtico cambio cultural a todos los niveles (trabajadores, técnicos institucionales, patronal, opinión pública, etc.) teniendo como orientaciones básicas las siguientes:

- \* De la correlación/compensación a la prevención y protección colectiva (planificación de la prevención integrada en la gestión, sistemas de calidad).
- \* Del accidente de trabajo/enfermedad profesional a la construcción de la salud en el trabajo (visión global y peculiaridades de grupos específicos).
- \* De la denuncia a la disputa de la capacidad de decisión sobre las condiciones de trabajo (democratización y participación en el interior de la empresa).
- \* De la tecnología en la evaluación de riesgos a la autonomía sindical (capacidad de identificar los problemas, de fijar criterios y de proponer soluciones).
- \* De la lucha por el reparto de beneficios a la lucha por unas condiciones de trabajo seguras y saludables (estrategias de acción sindical y de negociación colectiva coherentes).
- \* De la salud en el trabajo a la salud de los trabajadores (atención a colectivos sin referente de espacio laboral, trabajo no remunerado, medio ambiente, acción sindical en el territorio).

##### **A LOS EMPRESARIOS:**

Los empresarios deben entender que no se puede sacrificar a la competitividad muertes, enfermedades y sufrimientos hu-

manos. Es falso que se sea más competitivo con salarios más bajos y condiciones de trabajo peores. ¿De donde procede la competencia más fuerte y peligrosa sino es de los países más desarrollados: Alemania, Francia, Estados Unidos, Suiza...? Los empresarios deben aceptar el reto de integrar la salud de los trabajadores en la organización del trabajo, deben evaluar los riesgos y planificar la prevención con la participación de los trabajadores y sus representantes.

#### A LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS:

Las Administraciones Públicas deben dotarse de programas y políticas para proteger a la población entre los 16 y 60 años. Si existen políticas habrá también recursos.

Tienen la obligación de coordinarse entre sí para una mayor eficacia administrativa.

Siendo una ley prioritariamente preventiva, cuando la prevención falle por incumplimiento de normas, los inspectores, jueces y fiscales deben perseguir de oficio los delitos contra la salud y seguridad.

#### A LOS PROFESIONALES DE LA PREVENCIÓN:

La Ley confiere a los prevenciónistas la función de asesorar a empresarios y trabajadores. En consecuencia esta es la gran oportunidad para que médicos, personal de enfermería, psicólogos, sociólogos, ergónomos, ingenieros, no se equivoquen más de cliente, ya no es posible el papel de coartada. Pasan a ser responsables al menos de la denuncia, de los factores que impiden la

construcción de la salud. No es posible rehuir el debate sobre la relación práctica de la prevención-economía de mercado-precariedad, así como sobre los márgenes de maniobra en relación con las PYMES.

¿Pueden seguir ignorando los prevenciónistas, las causas de degradación de las condiciones de trabajo que traen consigo las políticas de precariedad reconversión y paro? creo que no, ya que ellos mismo se ven afectados por un contexto que en ocasiones los lleva a prácticas irregulares e ilegales. Es necesario buscar puntos de encuentro entre los profesionales y los trabajadores, y sus representantes en torno a criterios de evaluación, métodos, planes de prevención, etc....

#### A LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Hasta el presente hay que decir que las prácticas de las mutuas son inaceptables. Gestionan prestaciones económicas y sanitarias en caso de patologías de origen laboral, gestionan la incapacidad laboral y la ley de salud laboral les otorga un papel prioritario en los servicios de prevención. Frente a tanto poder son necesarios mecanismos de control social que vayan más allá de las Comisiones de Control establecidos por Ley.

Finalmente hay un reto que afecta a toda la sociedad. Es el de modificación de valores culturales. El tiempo, antes que oro, es vida y si el trabajo ocupa gran parte de nuestro tiempo, que cedemos a cambio de un salario, esto no puede ni debe ser a cambio de nuestra vida.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****LAS OBLIGACIONES EMPRESARIALES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES****Felipe Manzano.**

Departamento de Relaciones Laborales de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

**RESUMEN**

Partiendo de la conceptualización del objetivo pretendido con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se analizan las responsabilidades empresariales en la materia de prevención de dichos riesgos y en el desarrollo del contrato de trabajo. Asimismo, se ponen de relieve las dificultades terminológicas, conceptuales, jurídicas y materiales para la aplicación práctica de esta Ley.

**Palabras clave:** prevención, legislación, responsabilidades empresariales.

**Advertencia preliminar:** las opiniones contenidas en este texto vinculan exclusivamente a su autor y en ningún modo reflejan la posición que al respecto, y como instituciones, puedan tener la confederación española de organizaciones empresariales o la universidad complutense de Madrid. Por otro lado, tales opiniones del autor son susceptibles de modificación en función de ulteriores reflexiones y /o conocimientos.

**ABSTRACT****Company Obligations in Matters Concerning The Prevention of Occupational Hazards**

Using the conceptualisation of the Prevention of Occupational Hazards Act as a basis, an analysis is carried out of company responsibilities in the question of preventing such hazards and in the development of the employment contract. Furthermore, emphasis is placed on terminology difficulties with respect to concepts, legal matters and materials, in the application of the Act.

**Key words:** Prevention. Legislation. Company Responsibilities.

**INTRODUCCIÓN**

Como es conocido, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, publicada el 10 de noviembre de 1995, entró en vigor, según su disposición final segunda, tres meses después de dicha publicación.

Esta norma, como expresa su Exposición de Motivos, viene a cumplir, desde la perspectiva formal de rango legal, el mandato contenido en el artículo 40.2 de la Consti-

tución Española de 1978, además de cumplir, en sede de adecuación normativa interna, los compromisos jurídicos derivados de la pertenencia de España a la Unión Europea, por un lado, y a la Organización Internacional del Trabajo, por otro, cuestiones que son también sumamente conocidas y de las que se ha escrito bien y en abundancia, por lo que no es preciso insistir ahora en ellas.

Pero, realmente, el efecto pretendido con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante, LPRL), es la consecución de un triple objetivo interrelacionado:

- en primer lugar, el más importante, conseguir una minimización de las

Correspondencia:  
F. Manzano.  
CEOE.  
C/ Diego de León, 50.  
28006 Madrid.

consecuencias negativas humanas, económicas y sociales que la actualización de riesgos derivados del trabajo produce;

- en segundo lugar, reordenar y conferir de una visión unitaria a la dispersión de la normativa de todo rango aun vigente, actualizando regulaciones ya desfasadas tanto por la propia evolución de los procesos productivos como por la aparición de nuevas normas jurídicas del derecho comunitario; y,
- finalmente, contribuir a lo que podría denominarse «el desarrollo de una cultura de la prevención» que, desde luego, excede del puro ámbito laboral y que se residencia en la sociedad en su conjunto, desde los hogares a los centros de trabajo, pasando por las escuelas, los institutos, los centros de formación profesional, las universidades, los lugares de ocio, etc., en definitiva, en las actitudes de las personas, ... .

Pese a tan loables propósitos, unánimemente compartidos, no obstante, en la realidad práctica surgen problemas que, con respecto y, en concreto, a la propia Ley derivan tanto de algunos contenidos jurídicos indeterminados insitos en sus disposiciones, y de la falta del desarrollo reglamentario de las mismas —que, en muchos casos es esencial— como de la utilización de esta Ley que parte y es de ámbito y de contenido puramente laboral insertado en la relación laboral individual y colectiva y que, por tanto no puede ni debe confundirse ni con aspectos extralaborales ni con intereses puramente corporativos.

En este último orden de cosas, hay que decir que, por mucho que se empeñe el reduccionismo terminológico, generalmente contagioso, imperante en medios de comunicación o por mucho que las perspectivas sanitarias, legítimamente, lo conceptualicen, o los Sindicatos, legítimamente también, lo uti-

licen, esta LPRL se enfoca, como no puede ser de otra manera, fundamentalmente desde la perspectiva de las responsabilidades empresariales, que se recuerdan y se imponen en la norma por activa y por pasiva, mientras que las de los trabajadores quedan minimizadas, aunque no ausentes, y prácticamente sin medios que garanticen el cumplimiento de las instrucciones para, precisamente, como la Ley prescribe, **garantizar** la seguridad y la salud de los propios trabajadores.

Y enfocada así la Ley, no puede pretenderse sino la implantación o la mejora de las medidas técnicas que tiendan a evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y eso es, precisamente, prevención de tales riesgos laborales. y no es, no porque no pueda entenderse desde otras perspectivas ajenas a la empresa, «**salud laboral**».

Sino porque la salud, si nos atenemos a una definición mundialmente aceptada, ni es laboral ni no es laboral, sino que se predica de las personas como «el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad» y esto, que indudablemente es convencional y que constituye lo que Max Weber consideraría como un puente de tránsito entre lo deseable y lo real, es decir un «ideal» («tipo ideal» en la conceptualización y terminología weberianas), no puede ser responsabilidad exclusiva de la empresa o del empresario, sino que, como ya quedó señalado es un referente, quizás utópico, pero con la necesaria carga de utopía para conseguir lo posible, que incumbe a la sociedad en su conjunto, a los sujetos privados y a los públicos, individuales y colectivos, y no debe descansar en exclusiva sobre las responsabilidades del «dador de trabajo».

En efecto, la salud que, como persona porta un individuo, no se convierte en «laboral» por el hecho mismo de cruzar el umbral de la empresa (o, siendo más extensivo, por el hecho de realizar una actividad de trabajo sea por cuenta propia o por cuenta ajena), lo que no quiere decir que esa salud

que uno porta, siempre que sea conocida y no implique discriminaciones apriorísticas, no haya de tenerse en cuenta para evitar determinadas tareas o trabajos. Ahora bien, ¿es concebible aceptar que un empedernido fumador trabaje en un ambiente pulvígeno sin la adecuada protección?, evidente y rotundamente no, pero ¿va a mejorar su salud, por la actividad laboral, teniendo en cuenta el estado de sus pulmones?

Es evidente, aún más, es obvio, que la actividad laboral, sea física o mental, deteriora. Deteriora siempre que se tenga la necesidad de trabajar para ganarse la vida. Si esa necesidad no existiera, el deterioro llegaría, y cada vez más tarde, sólo con el transcurso del tiempo. Pero, existiendo la necesidad, lo que sí es exigible es que por el hecho de la actividad laboral, la salud no se altere en forma súbita por las consecuencias de un accidente o de una enfermedad de origen profesional y para ello están las medidas preventivas; para ello está la prevención de riesgos laborales. Esa es, como también quedó indicado, la misión fundamental de la LPRL, que establece un elenco de responsabilidades empresariales en el desarrollo del contrato de trabajo.

Estas responsabilidades empresariales, del empresario persona física o persona jurídica, al que reiteradamente se le quiere presentar como un producto residual del siglo XIX, con el puro ánimo de lucro, entendido como codicia, a costa de los trabajadores que ponen la fuerza de trabajo (como si la mayoría de las empresas españolas no fueran el resultado del esfuerzo individual de muchas personas individuales y, en su mayoría, ex-trabajadores por cuenta ajena y ahora trabajadores a tiempo absoluto); visión decimonónica que contrasta con la libre empresa en una economía de mercado, constitucionalmente consagrada, en la que el interés del empresario es, o debería ser, el interés de los trabajadores y el de los trabajadores el del empresario, sencillamente para que la empresa continúe y los trabajadores y el propio empresario también.

Además, y por otro lado, y junto con ciertos intereses corporativos que sólo ven en la Ley la aplicación de su profesión confundiendo el todo con la parte, esta LPRL, como la Directiva 89/391 CEE de la que, en buena parte, es transposición, adolece de un defecto que trae consecuencias distorsionantes, a saber, está pensada **para una empresa del sector industrial y monocéntrica** en la que se presuponen desde un gran organigrama hasta, por tanto, enormes recursos. Y, sin embargo, como reflejan los datos del Anexo, ello sólo es así en la menor parte de las empresas y no en la mayoría, sin embargo, se aplica a todas con independencia de su tamaño y actividad.

Con ello no se quiere decir que la responsabilidad preventiva no sea la misma en todas las empresas, sino que la aplicación práctica difiere sensiblemente en función de la combinación, sin exclusión, del tamaño de la empresa, de la actividad y de los riesgos existentes que no se hayan podido evitar. Además, no en todos los casos la LPRL, que como toda Ley establece mandatos generales, es un modelo de claridad. En efecto, no sólo hay algunas cuestiones que precisan de interpretación tanto con o sin desarrollo reglamentario, sino que hay artículos que, por su extensión y contradicción interna, o externa con otros, suscitan dudas aplicativas, incluso recurriendo a los antecedentes legislativos (v.g. a la propia Directiva 89/391 CEE).

En cuanto a su estructura, las LPRL puede compartimentarse en tres grandes bloques, con independencia de que, para su comprensión jurídica y técnica, es preciso leer su articulado concordantemente:

1.º El que se podría denominar como el «MARCO NORMATIVO», en el que se incluye el objeto y el ámbito de aplicación, definiciones, el papel de las Administraciones Públicas, la previsión del desarrollo reglamentario, los objetivos de la política en la materia, la participación institucional (CAPÍTULOS I y II), la tipifica-

ción de las infracciones y de las sanciones (CAPÍTULO VII), la mayoría de las disposiciones adicionales, la disposición transitoria primera, la disposición derogatoria única y las disposiciones finales.

2.º El bloque relativo al «CONTENIDO TÉCNICO-JURÍDICO DIRECTAMENTE APLICABLE», compuesto por las obligaciones empresariales y derechos de los trabajadores y de sus representantes establecidos en los artículos 18, 19, y en el CAPÍTULO V, y las responsabilidades empresariales establecidas en el CAPÍTULO VII (artículos 42 a 44).

3.º Por último, el «CONTENIDO TÉCNICO-PREVENTIVO DE APLICACIÓN APARENTEMENTE MEDIATA», (terminología que se refiere a que es preciso un importante desarrollo reglamentario, pero que no obstante hay normas reglamentarias en vigor que deben seguirse aplicando) en el que se encuentran las obligaciones empresariales relativas a la **«garantía de la seguridad y de la salud de los trabajadores a su servicio»**, la aplicación general de los principios preventivos, la evaluación de riesgos que no hayan podido evitarse (artículos 14, 15 y 16); la implantación de medidas preventivas (artículos 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28; los instrumentos para la aplicación de aquellas (CAPÍTULO IV, denominado, genéricamente, «Servicios de Prevención»); las obligaciones de fabricantes, importadores y suministradores y del propio empresario usuario en relación con ellos (artículo 41) y, por último, y casi tangencialmente, las obligaciones de los trabajadores.

3. En los párrafos que siguen se analizará, con algún pormenor, el cuadro general de obligaciones empresariales, destacando la problemática que suscita, no sin antes decir que, además de lo indicado, la LPRL, supone, en realidad un *reordenación jurídica*, no ciertamente sistemática, como hubiera sido deseable, pero reordenación al fin y al cabo *de las obligaciones empresariales*

*en la materia*. Obligaciones que se dirigen, precisamente, al empresario y no exactamente a los profesionales a los que, en buena medida han aplicado, aplican y aplicarán, medidas de seguridad e higiene en el trabajo, ya que la LPRL ofrece, y ésta, probablemente, sea una de sus virtudes, una serie de referencias básicas que la dotan de ese carácter de «marco» como ya lo tienen (aunque en ninguna de sus disposiciones así se indique) tanto la Directiva 89/391 CEE como el Convenio 155 de la OIT. De tal manera que, la LPRL, estando dirigida al empresario, no es la norma habitual con la que el profesional de la prevención de riesgos laborales está acostumbrado a trabajar, porque no es una norma estrictamente técnica, de valores, sino que es un compendio de obligaciones, de derechos y de actuaciones, y por eso quizás, las aproximaciones distorsionadas, desde un punto de vista global, a la misma, dicho sea con todos los respetos hacia tales profesionales.

Tal reordenación jurídica se demuestra argumentadamente haciendo referencia a algunas normas, exclusivamente nacionales y todavía en vigor, que ponen, por otra parte, de relieve la relativa novedad que supone la LPRL.

En efecto, con independencia del carácter reordenador o «marco», antes indicado, se pueden encontrar términos y conceptos de la Ley en normas reglamentarias anteriores. Así, por ejemplo, los artículos, 5, 7 y 14, de la Orden Ministerial de 31 de octubre de 1984, que aprobó el reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto, se intitulan y contienen disposiciones relativas, respectivamente, a medidas técnicas de prevención, medios de protección personal, e información, formación y participación de los trabajadores; o el artículo 3 del Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, que aprueba el reglamento de protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido, que habla de evaluación de tal exposición, como obligación empresarial; incluso, en cuanto a la cuantía má-

xima de las sanciones, cien millones de pesetas, se encuentra en el Real Decreto 53/1992, de 24 de enero, que aprueba el reglamento de protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes.

## II. CUADRO GENERAL DE OBLIGACIONES EMPRESARIALES: PROBLEMÁTICA MAS IMPORTANTE QUE SUSCITA EN SU APLICACIÓN PRÁCTICA

1. Como ya puede advertirse de lo que antecede, la LPRL es un catálogo exhaustivo de obligaciones generales, fundamental aunque no exclusivamente, empresariales de reordenación poco sistemática y, cuando menos, de dificultosa aplicación y comprensión jurídica/técnica/práctica.

Tal dificultad radica en que al sujeto primeramente obligado, el empresario, le llegan los mensajes relativos a la aplicación de la Ley, pese al enorme esfuerzo desplegado en su difusión, de manera diferente según quién sea la fuente emisora de los mismos. Por poner algún ejemplo, es todavía posible escuchar preguntas acerca de si la figura representativa del personal especializada en la materia, el Delegado de prevención, es el trabajador designado para realizar actividades de prevención, o bien, anécdotas aparte, cuando dentro del capítulo y catálogo relativo a obligaciones generales del empresario está, la vigilancia de la salud «más allá de la relación laboral en los términos que reglamentariamente se determinen», u otras distorsiones que se exponen más adelante y que no dejan de sorprender.

2. Dentro del cuadro general de obligaciones empresariales, que son casi todas las disposiciones de la LPRL (pues cuando, incluso se habla de derechos de los representantes de los trabajadores se están, directa o indirectamente planteando obligaciones empresariales, no sólo por los mandatos recogidos en la Ley del Estatuto de los Trabajadores (LET) o en la Ley Orgánica de

Libertad Sindical(LOLS), sino por las implicaciones que de la propia LPRL se derivan), nos encontramos:

1) El artículo 19.1 de la LET establece el derecho del trabajador en la prestación de sus servicios a una protección eficaz en materia de seguridad e higiene en el trabajo; la LPRL, basándose en tal disposición, que no ha sido derogada expresamente, amplía el alcance de la misma al establecer, en el artículo 14, que «Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo» y que, el empresario, «en cumplimiento del deber de protección *deberá garantizar* la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en *todos* los aspectos relacionados con el trabajo».

En esta primera obligación empresarial aparece la primera dificultad terminológica y conceptual que, evidentemente procede de la Directiva 89/391 que en su versión española recoge el mismo término, pero que la LPRL podría haber recogido —«traduciendo al castellano»— un mandato claro que hubiera establecido los límites de este imposible que supone tal garantía absoluta, sólo matizada en el artículo 6 de la Directiva y en el segundo inciso del artículo 14.2 de la LPRL, al decir que «en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores...». en materia de información; formación; consulta y participación de los trabajadores; actuación en casos de emergencia; riesgo(en realidad peligro) grave e inminente y vigilancia de la salud. Para todo ello, la Ley le confiere, al menos en apariencia y con concreción reglamentaria ulterior, llevar a cabo tales actividades «mediante la constitución de una organización y de los medios necesarios».

2) El empresario deberá cumplir las obligaciones establecidas en la normativa sobre

prevención de riesgos laborales (cfr. art. 14.3 LPRL), que son: la propia LPRL, otras normas de rango legal que contengan disposiciones sobre la materia, las disposiciones reglamentarias y las convencionales.

3) La anunciada lectura concordada de la LPRL y la sistemática expositiva, para su mejor (o mayor) comprensión, exige comentar la obligación contenida en el artículo 16 y luego comentar el artículo 15.

En el artículo 16, «Evaluación de los riesgos» se establece que «La acción preventiva en la empresa se planificará por el empresario a partir de una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, que se realizará con carácter general...teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad...».

Si nos atenemos a la definición académica de los que significa evaluar, advertimos que supone «señalar el valor de una cosa»; mediante tal acción se encontrará una determinada cuantificación de dicha cosa, en, es decir, en nuestro caso, el valor de un riesgo.

Pero, para que tal valor señalado tenga sentido habrá, inevitablemente, que compararse con otro de referencia prefijado pues ahí, y así, es donde se podrá conocer si existe la posibilidad de que tal riesgo se proyecte, actualizándose, sobre la seguridad y/o sobre la salud, alterándolas.

Ahora bien, si, en una primera hipótesis de trabajo, se conviene que todo actividad laboral conlleva riesgos y que no existe el llamado riesgo «cero», parece que es toda la actividad la que en la empresa habría de evaluarse. Pero, aquí, surge una contradicción jurídica y técnica importante y que tiene dos facetas:

- la primera: el artículo 16 de la LPRL dice que hay que planificar la acción preventiva «a partir de una evaluación inicial...».

El antecedente jurídico inmediato a la hora de interpretar este precepto legal es el

artículo 6.3 de la Directiva 89/391 CEE que dice,

«...el empresario deberá, habida cuenta el tipo de actividades en la empresa y / del establecimiento (lo cual ya es una primera indeterminación, pero, al mismo tiempo, una exclusión —ya no son todas las empresas, ni, en su caso, todos los establecimientos—):

a) evaluar los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores ...» y si, «Tras dicha evaluación, y en tanto sea necesario (lo que implica que no siempre lo será) las actividades de prevención así como los métodos de trabajo aplicados por el empresario deberán: garantizar un mayor nivel de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores;

- integrarse en el conjunto de actividades de la empresa» (lo que son opciones que pueden coincidir, pero no necesariamente).

La LPRL, en cambio, integra la prevención en todas las empresas, suponiendo que, con ello, hay una disposición más favorable para la protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (lo cual es permitido por el artículo 1.3 de la propia Directiva).

Ahora bien, aquí aparece la contradicción mayor, que se refleja en la, segunda faceta de la misma: El artículo 15 de la LPRL, que se intitula «Principios de la acción preventiva», (y que se corresponde «mutatis mutandi» con los números 2 y 3 del artículo 6 de la Directiva 89/391, intitulado, éste, significativamente «Obligaciones generales de los empresarios») dice que el empresario aplicará las medidas que integran el «*deber general de prevención*» (léase «necesarias para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores» ya que es discutible la dicción y la existencia de un deber general de prevención) «con arreglo a los siguientes principios generales» (que la Directiva 89/391 señala «de prevención»):

a) evitar los riesgos.

Parece que si hay o existen riesgos *conocidos*, éstos traten de evitarse, pero la primera tarea no será eliminarlos sino saberlos, es decir, determinar su existencia, para lo cual hay multitud de métodos.

Si, tras ello, tales riesgos se pueden evitar, la única obligación parece ser que, dándose las mismas circunstancias, consistirá en mantenerlos evitados.

Si, por el contrario, no pudiesen ser evitados, previamente combatidos en su origen (pues así hay que entender, en buena lógica, los principios generales consignados en las letras a) –«evitar los riesgos»–, b) –«combatir los riesgos en su origen», y c) –«evaluar los riesgos que no se pueden evitar»–, por este orden, del artículo 15.1 de la LPRL y 6.2 de la Directiva 89/391) **entonces es cuando hay que evaluarlos**, y no hacer la planificación de la prevención evaluando primero y conociendo después.

En definitiva, sólo los riesgos que no se puedan evitar, tras haberlos combatido en su origen, son los que hay que evaluar y aún evaluados, y no estando demostrado que afecten o puedan afectar a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, no habría más que cuidar de que no superasen los valores que sí esté comprobado que afecten a tal protección. El condicional «habría» está aquí empleado para poner de relieve la indeterminación y la problemática aplicación práctica del número 2 del mismo artículo 16 de la LPRL a cuyo tenor, « Si los resultados de la evaluación ... **lo hicieran necesario**, el empresario realizará aquellas actividades de prevención, incluidas las relacionadas con los métodos de trabajo y de producción, que garanticen un mayor nivel de protección...», es decir, ¿cuándo se hacen necesarias tales actividades –adicionales– de prevención?, ¿cuándo se superen valores-límites?, ¿en función de criterios subjetivos, mediante acuerdos?, ¿podrá establecerse reglamentariamente mediante una función ca-

suística?. No son fáciles estos interrogantes para un empresario, en especial para el de una empresa de pequeña dimensión.

Porque, en efecto es el empresario el destinatario de estas disposiciones que ha de aplicar, en todo caso, bajo su responsabilidad y no está, se reitera una vez más, destinada al técnico, al profesional en la materia que, sin duda, en muchas ocasiones va a ponerla en marcha y va a asesorar al empresario. En este sentido, es posible argumentar que el término «evaluación de riesgos» siendo polivalente, como todo profesional en la materia sabe, significa «evaluación como conocimiento» y «evaluación como diagnóstico» y «evaluación como presupuesto de las medidas a adoptar», o también «proceso en el que se conjugan el conocimiento, el diagnóstico y las medidas a adoptar». No parece que hubiera sido difícil que la LPRL contuviera con claridad y sistemática estos términos que entrañan conceptos y actividades distintos.

4) De las otras obligaciones de las contenidas en los principios generales del artículo 15.1 de la LPRL, merece la pena destacar las fácilmente entendibles: «e) tener en cuenta la evolución de la técnica; f) sustituir lo peligroso por los que entrañe poco o ningún peligro (aunque, por cierto, ¿se puede evaluar el peligro? ¿que diferencia hay entre peligro y riesgo? ¿se constata el peligro y el riesgo se evalúa?); h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual; y, i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores, (y si son debidas y no se cumplen, tras cumplir el empresario a su vez lo expresado en el artículo 29.1, ¿qué ocurre, si la recíproca e implícita remisión entre la disposición contenida en el número 3 de este mismo artículo 29 de la LPRL y la del artículo 58 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores conduce a un callejón sin salida jurídico, salvo previsión contenida en convenio colectivo?».

5) Otra obligación empresarial es, además de lo anterior, prever las distracciones o

imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador o «culpa in vigilando». Imprudencias no temerarias cuya calificación en sentido contrario sólo judicialmente es posible demostrar.

6) Por otra lado, en el artículo 16 de la LPRL, se concretan otras dos obligaciones empresariales, una, la de modificar las actividades de prevención cuando se aprecie, como consecuencia de los controles periódicos las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores en la prestación de sus servicios (cfr. últimos párrafos de los números 1 y 2 de dicho artículo), y otra, que cuando se haya producido un daño para la salud de los trabajadores o cuando, con ocasión de la vigilancia de la salud prevista en el artículo 22 de la propia LPRL, aparezcan indicios de que las medidas de prevención resultan insuficientes, habrá de llevarse a cabo una investigación que tenga por finalidad detectar las causas de estos hechos; estando esta segunda posibilidad, la del artículo 22, mediatizada por cuanto los números 3 y 4 de dicho artículo establecen la comunicación de los resultados de la vigilancia de la salud en exclusiva a los trabajadores, y al empresario solamente en el caso de que el trabajador preste su conformidad, con la excepción de que las «conclusiones» que deriven de los reconocimientos sí que podrán ser puestas en conocimiento del empresario para mejorar las medidas de protección y de prevención.

7) Respecto a las medidas de protección individual que, como ya ha quedado reflejado, deben arbitrarse sólo de no ser posibles o de resultar insuficientes las colectivas, el artículo 17 de la LPRL, además de, en este caso establecer, en su primer número, prácticamente medidas técnicas, en el número 2 se establece la obligación empresarial de la «adecuación» de los equipos de protección individual, además de velar, el empresario, «por el uso efectivo de los mismos».

8) El deber de información, contenido en el grupo o bloque de la LPRL que he deno-

minado directamente aplicable, no plantea mayores problemas en la práctica que el ya comentado acerca del conocimiento y alcance previo de los riesgos que puedan existir, lo cual implicará, como también se dijo el diagnóstico y la medida, en su caso, habrá de informar también a los trabajadores o a sus representantes, de contar la empresa con ellos, de las medidas y actividades de protección y prevención que sean aplicables a los riesgos señalados.

9) La consulta y participación, otra obligación directamente aplicable desde la entrada en vigor de la Ley, presenta pormenores exhaustivos en el Capítulo V de la LPRL y que serían objeto de un comentario y profundo análisis que excede del presente cuadro general.

No obstante, es conveniente afirmar, al tiempo que dejar claro, cosa que se deduce de la lectura concordada aludida, que si bien la consulta y participación en la materia **no** es la gestión de la prevención que es una responsabilidad exclusivamente empresarial, sí que va ha incidir notablemente en dicha gestión, lo cual, si especialmente no se concretan los alcances de la colaboración con la dirección de la empresa y la promoción y fomento de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales que, como competencias (cfr. art. 36.1 a) y b)), pero también como deber, tienen los representantes de los trabajadores designados, por y entre tales representantes, para la función especializada en la materia (y que la LPRL denomina Delegados de Prevención) resultará especialmente conflictivo.

10) La obligación de la formación, tarea que, probablemente sea la clave en la mejora de la prevención en general, adolece en la LPRL de gran indeterminación en la dicción del número 1 del artículo 19, pues el empresario deberá «garantizar que cada trabajador reciba una formación suficiente y adecuada, en materia preventiva»; sólo el segundo párrafo de este artículo 19.1 con-

creta algo más al indicar que tal formación «deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario».

Igualmente aquí hay que indicar que tal formación exige, como presupuesto previo, el conocimiento de la existencia y del valor del riesgo que no haya podido evitarse.

Otra cuestión es la formación, también a cargo del empresario, de los Delegados de Prevención, en cuanto a su alcance, pues el número 2 del artículo 37 de la LPRL establece que «el empresario deberá proporcionar a los Delegados de Prevención los medios y la **formación** que resulten necesarios para el ejercicio de sus funciones». Ambas disposiciones sobre formación, son del bloque directamente aplicable.

11) Respecto al análisis y aplicación de medidas de emergencia como obligación más estrictamente de seguridad general que de prevención de riesgos laborales, el artículo 20 de la LPRL no añade excesiva novedad a la numerosa normativa laboral y de industria al efecto, salvo la referencia específica de designar para ello al «personal encargado de poner en práctica» las correspondientes medidas, personal al que, lógicamente, también habrá de impartirse la formación necesaria, a pesar de que, según la Ley, ya «deberá» poseerla.

Pero otra salvedad y novedad es la absurda dicción, así hay que calificarla, que el último párrafo de este artículo 20 de la LPRL, que ordena al empresario «garantizar» la «rapidez y eficacia» de las medidas que son competencia de servicios externos con los que el empresario tiene que organizar las relaciones que «sean necesarias», en materia de primeros auxilios, asistencia médica de urgencia y lucha contra incendios.

12) El artículo 21 ofrece una obligación empresarial que comienza por estar distor-

sionadamente definida y que se refiere a la actuación en caso de «*riesgo grave e inminente*».

En efecto, la intitulación del artículo, el número 1 del mismo, y su apartado a), afirman que el empresario está obligado, «cuando los trabajadores estén o puedan estar expuestos a un **riesgo grave e inminente**, con ocasión de su trabajo», a «informar lo antes posible a todos los trabajadores afectados acerca de la existencia de dicho riesgo y de las medidas adoptadas o que, en su caso, deban adoptarse en materia de protección».

La distorsión aparece, pues, en los términos «riesgo grave e inminente». Es claro que puede hacerse una clasificación de los riesgos atendiendo a su gravedad (v.g., leves, graves y muy graves), por lo que es posible calificar a un riesgo de grave, si se ha determinado su existencia y si se ha cuantificado su valor, además de compararlo con otro de referencia, es decir si se ha evaluado. Pero tal secuencia de acciones que, como ya se aclaró, supone la evaluación del riesgo conllevan una serie de procesos que, inevitablemente implican un espacio temporal determinado, lo que, evidentemente contrasta con la «**inminencia**», es decir con la probabilidad de que se actualice en cualquier momento.

Justamente ahí, y respondiendo a un interrogante planteado páginas más atrás, radica la diferencia entre «peligro», que es lo que se constata y que puede estar presente antes de la actividad de trabajo, sea éste por cuenta propia o por cuenta ajena, y «**riesgo**», que es, precisamente, lo que se evalúa.

Para intentar salvar esta contradicción, el artículo 4.4º, se encarga de «precisar» que «se entenderá como «**riesgo laboral grave e inminente**»(el entrecomillado es de la propia LPRL, la negrilla mía) aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los

trabajadores». Pero esta aclaración, previa, no sirve cuando los apartados b) y c) del artículo 21 de la LPRL, que se está ahora comentando, emplean la dicción, correcta en este caso, de «**peligro grave e inminente**», lo que concuerda con el artículo 8.5 de la Directiva 89/391 CEE.

Por último, aunque no objeto de obligación empresarial sino de derecho laboral del trabajador, el número 2 del artículo 21 de la LPRL establece que el trabajador «tendrá derecho a interrumpir su actividad laboral y abandonar el lugar de trabajo **cuando considere que su actividad entraña un riesgo grave e inminente para su vida o su salud**». Si aquí, leemos «peligro», en lugar de «riesgo», no sólo no hay ningún problema sino que es un derecho y una actuación básicos no de cualquier trabajador sino de cualquier persona; negarlo sería tanto como negar los derechos humanos o mantener, por quién esté expuesto al peligro, una actitud temeraria. Pero si hablamos de «riesgo», a pesar de la «definición» que hace la Ley, y según lo explicado antes, ya entra dentro de la subjetividad, si es que el riesgo no se ha evaluado.

Lo mismo ocurre en el número 3 de este artículo 21, en su segundo párrafo, cuando los Delegados de Prevención, «por decisión mayoritaria» (obsérvese que, según la escala del artículo 35, y atendiendo a la mayoría de las empresas con representación unitaria, el número de Delegados de Prevención será de 1 ó de 2), pueden paralizar la actividad si a su juicio existe tal «riesgo» grave e inminente. Después, en su caso, hay que demostrar que tal actuación estuvo basada en mala fe o negligencia grave.

13) El empresario «**garantizará**» a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (cfr. artículo 22 LPRL).

Bien, parece que garantizar la vigilancia de la salud, sí es posible. Por lo que aquí

aparece matizada la obligación contenida en el artículo 14 de la LPRL que obliga a «garantizar la salud» de los trabajadores al servicio del empresario. Lo que, evidentemente, no es lo mismo.

Por otra parte, vigilancia de la salud, «en función de los riesgos inherentes al trabajo»; ¿en función de los riesgos inherentes a **todo trabajo por cuenta ajena?** o bien, ¿en función de **los riesgos que, evaluados no se hayan podido evitar**, según lo indicado en los artículos 15 y 16 de la propia Ley?

Asimismo, y como expresa el segundo párrafo del artículo 21, y el artículo 14.2 de la Directiva 89/391 CEE, esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador «preste su consentimiento», aunque de este carácter voluntario se exceptúa, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos (debe entenderse «del estado de salud del trabajador» o, clásicamente, «médicos») sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un «peligro» para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas o cuando así esté establecido en una disposición legal (¿de rango legal?) en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial «peligrosidad».

En este mismo artículo llama la atención un precepto que ya fue anunciado en la Introducción de este texto: «En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud **deberá ser prolongado más allá de la relación laboral**, en los términos que reglamentariamente se determinen». Esperemos que tal derecho sea residenciado en instancias públicas, en el reglamento correspondiente, pues ubicada la disposición dentro de las

obligaciones empresariales, choca sobremantener una obligación cuando las obligaciones recíprocas de las partes del contrato de trabajo han cesado definitivamente al haber finalizado la relación laboral.

Por último, dentro de esta obligación de vigilar la salud, la LPRL, en su artículo 21.6, se encarga de poner en exclusiva en manos del «**personal sanitario con competencia, formación y capacidad acreditada**» tal tarea.

14) El artículo 23 establece la obligación empresarial de elaborar y conservar a disposición de la autoridad laboral un conjunto de documentos que provienen de las obligaciones previas de haber realizado, cuando sea necesario hay que entender, evaluación de los riesgos, adopción de medidas de protección y de prevención, y práctica de controles del estado de salud.

Asimismo de la relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hayan causado al trabajador una incapacidad superior a **un día de trabajo**. Esta última obligación documental parece excesiva, cuando en el artículo 9.1.c) de la Directiva 89/391 CEE, tal obligación se debe llevar a cabo cuando tal incapacidad sea superior a **tres días de trabajo**, pues es claro que entre uno y tres días de incapacidad laboral supone, en todo caso una daño leve para la salud del trabajador.

Las mismas obligaciones tiene el empresario para con las autoridades sanitarias.

15) El artículo 24 de la LPRL, «Coordinación de actividades empresariales» exige, casi una monografía por su extensión y complejidad y por los conceptos a los que se remite extramuros de la propia LPRL. Así, está la cuestión de la **cooperación** en la aplicación de las medidas de prevención de dos o más empresas que desarrollen actividades en un mismo centro de trabajo. Deber de cooperación que es mucho más propio que un deber de «**coordinación**» que siempre supone jerarquía, en este caso de

una empresa sobre otras o sobre otras. Sin embargo, más dificultosa es la calificación, en cuanto a la concurrencia espacial de dos o más empresas en un mismo, **centro de trabajo**, pues el artículo 1.5 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores dice que (a efectos de dicha Ley) «**se entenderá como centro de trabajo la unidad productiva con organización específica que sea dada de alta, como tal, ante la autoridad laboral**». ¿Qué se entiende en la LPRL por centro de trabajo?. Desde luego no está entre las definiciones del artículo 4 de la misma ni en este artículo 24.

Por otra parte, ¿qué empresarios son los que pueden desarrollar actividades en un centro de trabajo titular de un otro, distinto y único empresario, a los que éste ha de informar sobre los riesgos existentes en este centro de trabajo.(cfr. artículo 24.2 LPRL).

En cuanto a las empresas contratistas y subcontratistas de obras o servicios de la propia actividad habrá que estar a la concepción de la naturaleza de aquella.

16) Respecto a la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, el empresario ha de garantizar la misma de manera específica en los casos de que aquéllos tengan características personales o estado biológico (se supone que también personal) conocidos, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial. Tal garantía se articula teniendo en cuenta tales aspectos a la hora de realizar las evaluaciones de riesgos y a la de aplicar las medidas preventivas necesarias. (artículo 25.1).

El segundo párrafo de esta disposición obliga al empresario a no emplear a tales trabajadores en aquellos puestos de trabajo que puedan ponerles en situación de peligro.

17) Los artículos 26 y 27 de la LPRL establecen disposiciones específicas respecto a la protección de la maternidad y la protección de los menores que exigen tener en

cuenta tales características especiales, sobre todo a la hora de realizar las correspondientes evaluaciones de los riesgos que no hayan podido evitarse, aunque en el caso de los menores parece desprenderse de la dicción del número 1 del artículo 27 que el empresario ha de hacer un doble evaluación, una en general y otra destinada a los puestos de trabajo que vayan a ser ocupados o desempeñados por los menores; además se establece una obligación específica del empresario de informar a los menores y a sus padres o tutores de los posibles riesgos y de todas las medidas adoptadas para la protección de su seguridad y salud.

18) Asimismo, se establece una obligación específica de adopción de medidas necesarias para garantizar que los trabajadores contratados por contratos de duración determinada reciban, con carácter previo al inicio de su actividad, información acerca de los riesgos a los que vayan a estar expuestos, en particular en lo relativo a la necesidad de cualificaciones o aptitudes profesionales determinadas, la exigencia de controles médicos especiales o la existencia de riesgos específicos del puesto de trabajo a cubrir, así como sobre las medidas de protección y prevención frente a los mismos (cfr. artículo 28.2 LPRL), obligación que se complementa con la de facilitar a dichos trabajadores una formación suficiente y adecuada a las características del puesto de trabajo a cubrir, teniendo en cuenta su cualificación y experiencia profesional y los riesgos a los que vayan a ser expuestos, siempre que, hay que entenderlo así, sean aquellos riesgos que no hayan podido evitarse y hayan sido evaluados como susceptibles de provocar un daño a la salud.

19) El mismo artículo 28, en sus número 5 establece las obligaciones respectivas relativas a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores y a la información y la formación de los mismos que tienen la empresa usuaria y la empresa de trabajo temporal en las relaciones de trabajo a través de estas últimas.

3. Con independencia de este «cuadro o catálogo general», existen otras obligaciones empresariales no menos importantes aunque haya que examinarlas desde la perspectiva del medio o instrumento material que el empresario tiene para cumplir la LPRL, en su aspecto de aplicación y puesta en práctica de las medidas de protección y prevención.

Tales obligaciones están contenidas en los Capítulos IV y VI de la LPRL, intitulado, el primero, genéricamente «**Servicios de Prevención**», y, el segundo, «**Obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores**» de los que hay que hacer los siguientes comentarios:

*Primero.*

El artículo 30.1 dice que «En cumplimiento del **deber de prevención de riesgos profesionales...**». Hagamos una reflexión sobre estos términos. El denominado «deber de prevención» no es realmente un deber empresarial, por varios motivos: en primer lugar, porque el artículo 4.1º de la propia LPRL dice que «se entenderá por prevención el conjunto de las actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de la actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo»; en segundo lugar porque no existe, siendo un deber empresarial, un correlativo derecho laboral de prevención, sino un derecho de protección para el que se llevan a cabo actividades de prevención; en tercer lugar, por tanto, lo que hay es un deber de protección, en cumplimiento del cual el empresario deberá llevar a cabo el conjunto de las obligaciones y actividades descritas anteriormente. Así, pues, deberemos leer, para entender el precepto que: «En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá desarrollar aquellas actividades preventivas consistentes en disminuir los riesgos laborales que no hayan podido evitarse o a evitar otros riesgos laborales que pudieran aparecer o constatare...».

Por otro lado se emplea el término «profesionales» en lugar de laborales, término aquél que considero más omnicompreensivo que el de laborales y que hubiera sido más adecuado para la Ley, pero si ésta se denomina de riesgos laborales, ¿por qué entonces este aparente sinónimo?

*Segundo.*

Bien, en cumplimiento de tal deber, el empresario tiene, al menos teóricamente y en lo que respecta a la dicción de la lectura concordada del artículo 30, y del artículo 31.1, las siguientes posibilidades:

- 1ª) Si es una empresa de menos de 6 trabajadores, podrá asumir directamente las actividades preventivas, excepto las relativas a la vigilancia de la salud, de acuerdo con lo expresado en el artículo 22.6, siempre que tenga, como condición necesaria, la de realizar personalmente su propia actividad (es decir, sea trabajador por cuenta propia o autónomo/autoempresario) y, como condición suficiente, tenga la capacidad necesaria en los términos que se determinen reglamentariamente.
- 2ª) En los demás casos, es decir en las empresas de a partir de 6 trabajadores, las opciones son:
  - a) Designar uno o varios trabajadores.y/o,
  - b) recurrir a uno o varios servicios de prevención propios o ajenos, constituyendo uno, o varios servicios de prevención propios y/o concertándolos con entidades especializadas ajenas a la empresa.

Así parece ser, salvo que la correspondiente disposición reglamentaria que ha de desarrollar este capítulo de la Ley (cfr. artículo 6.1 e.), diga otra cosa, haciendo planear sobre la Ley, dicho sea con todos los respetos, el «espíritu Romanones», si se me permite la expresión.

En efecto, parece que para realizar las actividades preventivas el empresario, deberá designar uno o varios trabajadores. Si tal designación «fuera insuficiente en función del tamaño de la empresa del, de los riesgos a que estén expuestos los trabajadores o de la peligrosidad de las actividades,...el empresario deberá recurrir a uno o varios servicios de prevención **propios o ajenos** que colaboraran entre sí cuando sea necesario», pero ello no obsta a que el empresario *pueda* designar uno o varios trabajadores, constituir un servicio de prevención propio **y/o recurrir a uno o más ajenos**.

Esto se ratifica en cuanto a la opción en lo que dice el segundo párrafo del número 4 del artículo 30, y en la expresión, antes transcrita del artículo 31.1, ya que aquél dice, refiriéndose al servicio de prevención propio, «... **cuando la empresa decida constituirlo...**», y en lo que dice el número 6 del propio artículo 30:« El empresario **que no hubiera concertado el servicio de prevención con una entidad especializada ajena a la empresa deberá someter su sistema de prevención a una auditoría o evaluación externa**».

*Tercero.*

En este mismo capítulo se ofrece también, aunque no exenta de imprecisión, lo que «se entenderá como servicio de prevención», que, en todo caso deberá estar en condiciones de proporcionar **a la empresa el asesoramiento y apoyo que precise en función de los tipos de riesgo en ella existente**...(cfr. artículo 31.3), aunque falta definir, exactamente, que se entiende por «carácter interdisciplinario», que tal servicio ha de tener.

*Cuarto.*

En cuanto a lo que hace a las obligaciones de los (otros empresarios, que además deben cumplir, como tales, la LPRL) fabricantes, importadores y suministradores de maquinaria, equipos, productos y útiles de trabajo, se concretan en el artí-

culo 41 que, en exclusiva, constituye el Capítulo VI de la LPRL, se debe destacar que aquellos deberán proporcionar a los empresarios, y éstos recabar de aquellos, la información necesaria para que la utilización y manipulación de la maquinaria, equipos, productos, etc., se produzca sin riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores, así como para que los empresarios puedan cumplir con sus obligaciones de información respecto de los trabajadores y que el empresario deberá garantizar que las informaciones anteriores sean facilitadas a los trabajadores en términos que resulten comprensibles para los mismos.

### III. CONCLUSIÓN

En las páginas que anteceden se ha querido poner de relieve las dificultades terminológicas, conceptuales, jurídicas y materiales para la aplicación práctica de esta Ley, desde la opinión **técnica** de alguien que, desde dos ámbitos distintos pero complementarios, como son el profesional y el docente, con preeminencia del primero, ha seguido muy directamente la génesis de esta norma legal.

Naturalmente no son todas las opiniones ni es un análisis exhaustivo de toda la Ley, pues, como ya se ha señalado, otros capítulos de la misma, en especial el Capítulo V o el VII, ponen igualmente de manifiesto otra serie de dificultades aplicativas no de menor importancia que las descritas, pero el tiempo y el espacio disponibles no pueden abarcar lo que se analiza desde otros pormenores, ópticas y enfoques a los que es necesario atender y reflexionar.

Sin embargo, no se puede dejar de llamar la atención sobre la disposición derogatoria de la LPRL la cual, suprimiendo, mantiene transitoria y definitivamente preceptos de disposiciones reglamentarias que tienden a añadir más confusión a la ya existente derivada de los propios preceptos de la Ley, desviándose así del carácter aglutinador o «marco» y hasta clarificador que la misma pretende.

### ANEXO

La distribución por tamaño según el Instituto Nacional de Estadística, es la siguiente (enero 1995):

<i>N.º de Asalariados</i>	<i>N.º de Empresas</i>
De 1 a 2:	559.456
De 3 a 5:	205.968
De 6 a 9:	89.721
De 10 a 19:	66.867
De 20 a 49:	36.693

Por su parte, las *empresas de 50 o más trabajadores* son, según la siguiente distribución, éstas:

<i>N.º de Asalariados</i>	<i>N.º de Empresas</i>
De 50 a 99:	8.894
De 100 a 199:	4.217
De 200 a 499:	2.316
De 500 a 999:	599
De 1.000 a 4.995:	340
De 5.000 o más:	55

De todas ellas, hay 4.327 que corresponden, según el INE, a «Organismos Autónomos y otros» que, presumiblemente, caerían dentro de las competencias de las Administraciones Públicas, pero que, a efectos de la Ley de Prevención, como es conocido, tienen la misma consideración respecto a las estructuras de prevención a aplicar.

Con los datos reflejados, se puede poner de relieve argumentadamente que:

- Hay que aplicar la Ley de Prevención de Riesgo Laborales a 559.456 «microempresas» (de 1 a 2 trabajadores asalariados); a 205.968 «pequeñísimas empresas» (de 3 a 5 trabajadores), a 89.721 «pequeñas em-

- presas» (de 6 a 9 trabajadores); a 66.867 «empresas pequeñas de cierta dimensión» (de 10 a 19 trabajadores); a 36.693 «medianas empresas de reducida dimensión (de 20 a 49 trabajadores); a 8.894 «medianas empresas» (de 50 a 99 trabajadores).
- Además, a 4.217 «mediano-grandes empresas» (de 100 a 199 trabajadores); a 2.316 «grandes empresas» (de 200 a 499 trabajadores); a 599 «muy grandes empresas» (de 500 a 999 trabajadores); a 395 empresas de grandes dimensiones (de 1.000 trabajadores en adelante).
  - Del total de empresas, el 45% son del Sector Servicios, el cual, «prima facie», presenta un número muy reducido o poco significativo de riesgos laborales.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****CAMBIOS GLOBALES Y TENDENCIAS EN LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****Chandra Pinnagoda.**

Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo. Departamento de Condiciones y Medio Ambiente Laboral.  
Oficina Internacional del Trabajo.

**RESUMEN**

Se describen los problemas relativos a la salud y seguridad de los trabajadores comunes a todos los países, que es necesario abordar a fin de lograr una coherente y continuada seguridad de los trabajadores en el desempeño de sus funciones. La seguridad y salud en el trabajo seguirán siendo prioritarias en los esfuerzos de colaboración internacional. Aunque la naturaleza de los problemas y las soluciones variarán en función de las prioridades y necesidades reales, es necesario insistir más en la aplicación de actividades globales sobre seguridad y salud a fin de poder adoptar medidas y políticas de desarrollo sostenibles. Las normas internacionales deberían traducirse en acciones a nivel nacional y de empresa con la participación activa de los interlocutores sociales. El consenso tripartito seguirá siendo necesario para elaborar programas de acción adaptados a las situaciones locales con miras a introducir mejoras en el centro de trabajo.

**Palabras clave:** Salud y Seguridad en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo. Normativa. Accidentes de Trabajo.

**ABSTRACT****Overall Changes and Trends Regarding Safety and Health at Work**

A description is given of the occupational health and safety problems which are common to workers all over the world, where these must be tackled with a view to achieving coherent and ongoing occupational safety for workers in their jobs. Occupational safety and health will continue to be priorities in international collaboration. Although the nature of the problems and solutions vary as a function of real priorities and needs, it is necessary to place greater emphasis on the application of overall activities concerning safety and health so that measures can be made and policies taken whose development is sustainable. International standards must be turned into actions on a national and company level with the active participation of social workers. The tripartite consensus will continue to be necessary for drawing up plans of action adapted to local situations, with a view to introducing improvements in work centres.

**Key words:** Occupational Health and Safety. International Labour Office. Standards. Occupational Accidents.

La protección de los trabajadores sigue siendo un objetivo fundamental en las actividades de la OIT. Como tal organización, una de sus mayores responsabilidades es reafirmar que la humanización del trabajo es un requisito básico para conseguir la justicia social. La paz, la seguridad, la salud, la pro-

moción de los derechos humanos y de la democracia, el alivio de la pobreza y del desempleo constituyen el conjunto de valores sociales y éticos que han sido perfectamente definidos en su mandato a nivel internacional.

Al compás de los espectaculares cambios políticos y económicos que vienen sucediéndose desde principios del presente decenio, existe un renovado interés por el respeto de los derechos humanos fundamentales en el lugar de trabajo. Entre ellos el de-

---

Correspondencia:  
Chandra Pinnagoda.  
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.  
Departamento de Condiciones y Medio Ambiente Laboral.  
Oficina Internacional del Trabajo.

recho a un medio ambiente laboral que sea seguro y sano. Existe, cada vez en mayor medida, la convicción de que sin seguridad y salud en el trabajo la justicia social no puede lograrse y que la consecución de dicha seguridad y salud en el trabajo es fundamental para el desarrollo económico. Esta convicción es importante, pues pone de manifiesto la absoluta necesidad y el valor de nuestra tarea conjunta.

Frente a estos antecedentes, es posible observar diversas tendencias que se manifiestan claramente desde hace unos años y que pueden guiar a nuestras actividades en materia de seguridad y salud en el trabajo. En primer lugar, hay una tendencia a seguir una estrategia a largo plazo que fomente la participación de todos los interlocutores sociales, en consonancia con el contenido de recientes normas internacionales. En segundo lugar, existe un interés por extender la protección a áreas prioritarias en las que la cuestión de la seguridad y salud en el trabajo es particularmente importante y muy elevado el número de trabajadores que puede sufrir accidentes. En tercer lugar, centrarse claramente en la formación y en la información como formas de movilizar recursos locales que lleven a la aplicación de una estrategia eficaz en estas áreas prioritarias.

En comparación con épocas anteriores, estas tres tendencias han venido acompañadas por algunos logros notables obtenidos en materia de seguridad y salud en el trabajo a lo largo de la pasada década. Se estima que, durante este período, se ha producido una significativa disminución en la tasa de accidentes mortales —de aproximadamente 60 por ciento— en diversos países industrialmente desarrollados. La introducción de nuevas tecnologías en muchas ocupaciones, sumada a la aplicación de principios ergonómicos y a mejoras en la organización del trabajo han contribuido a aumentar la seguridad en muchas empresas y a que disminuyan los accidentes y enfermedades derivadas del trabajo. Hoy en día se aplican ampliamente políticas de participación para

resolver los problemas derivados de la salud y seguridad en el trabajo. Sin embargo, a pesar de estos logros, las experiencias del Programa Internacional para la Mejora de las Condiciones y Medio Ambiente Laboral (PIACT) de la OIT indican que todavía siguen pendientes importantes problemas comunes en materia de salud y seguridad ocupacional. Nuestro firme deseo de dar respuesta a estos problemas se deriva de la cruda realidad, que demuestra que más de 200.000 trabajadores mueren cada año en el trabajo y que también unos 120 millones de trabajadores al año padecen enfermedades ocupacionales y sufren accidentes de trabajo.

## PROBLEMAS COMUNES

El primero de ellos hace referencia a la necesidad de construir nuevas infraestructuras nacionales que protejan a los trabajadores en todos los sectores. Es indispensable construir en cada país un marco jurídico que ampare al conjunto de la población trabajadora, en el que gobierno, empresarios y trabajadores tengan asignado un claro cometido. Es preciso reconocer que muchos trabajadores de pequeñas empresas y de los sectores rural y no estructurado siguen careciendo de protección. Debe dedicarse especial atención a la realidad de muchas profesiones peligrosas y a la existencia de trabajadores en condiciones precarias, como es el caso de los trabajadores migrantes y de los que pertenecen a categorías especiales.

El segundo viene dado por la inexistencia de programas de acción nacional, basados en el consenso tripartito de gobiernos, empresarios y trabajadores, lo que conlleva la aplicación de políticas fragmentadas, inadecuadas para dar protección a la mayoría de los riesgos y peligros derivados del trabajo. En casi todo el mundo se advierte la necesidad de un planteamiento más coherente, centrado en una cooperación tripartita y ela-

borado teniendo en cuenta las experiencias de los recursos humanos locales. Cabe citar, entre otros, los siguientes riesgos relacionados con el trabajo que es necesario abordar mediante una intensa acción tripartita: la creciente utilización de productos químicos y biológicos, lo cual encierra un peligro potencial que la población local desconoce; la utilización indiscriminada de pesticidas que ocasiona unos tres millones de casos de envenenamiento en el mundo al año y los consiguientes daños para el medio ambiente; industrias con riesgos de accidentes graves que pueden llevar a consecuencias catastróficas; peligros inherentes a la utilización creciente de radiaciones, ionizantes o no; efectos de gran alcance derivados de las tecnologías controladas por ordenador; e inquietantes influencias del estrés en el trabajo en muchas ocupaciones modernas.

El tercer problema común es que los servicios de asesoramiento técnico, indispensables para el buen funcionamiento de las empresas, siguen siendo insuficientes. Particularmente importante es un asesoramiento práctico que, llegue a todos los centros de trabajo y proporcione orientación sobre la forma de valorar y prevenir los riesgos para la seguridad y la salud y sobre la manera de aplicar soluciones prácticas de costo razonable llegue a todos los centros de trabajo.

El cuarto es la necesidad reconocida de reorientar las actividades de formación y de información a fin de lograr mejoras prácticas en el lugar de trabajo. Especialmente urgente es la necesidad tanto de poder conseguir una formación activa centrada en la obtención de mejoras inmediatas como de recopilar y difundir información práctica que pueda utilizarse inmediatamente para mejorar las condiciones de trabajo existentes.

El quinto es la necesidad de lograr una renovada iniciativa que sirva para ensamblar el medio ambiente laboral y la protección del medio ambiente en general, como

mostraron claramente las decisiones de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (UNCED) celebrada el año pasado. Existe una demanda real para que se exploren formas productivas que garanticen un desarrollo ecológico y socioeconómico sostenible. Esto requiere la planificación de programas sobre medio ambiente de trabajo que incorporen las preocupaciones sobre la protección del medio ambiente en general. Buen ejemplo de ello es la importancia que se otorga a la seguridad en la utilización de productos químicos y a la eliminación de residuos peligrosos, a fin de suprimir o reducir al mínimo el peligro para los trabajadores, el público en general y el medio ambiente, y para la prevención de catástrofes industriales.

#### SUPERAR EL RETO

Nuestro esfuerzo conjunto por resolver estos problemas comunes requiere de acciones más coherentes y aunadas. Por encima de todo, se trata de un reto para todos los interlocutores sociales, habida cuenta de nuestras limitaciones tanto en recursos humanos como materiales. Para lograrlo, quisiera proponer que nos comprometamos en las tres tendencias citadas anteriormente: una estrategia a largo plazo que promueva las funciones de los interlocutores sociales; una prioritaria ampliación de la protección; y la movilización de los recursos locales. Estoy seguro de que es posible utilizar los tres parámetros siguientes para determinar la acción local prioritaria que permita superar ese reto reconociendo al mismo tiempo la limitación de los recursos. Primero, la necesidad de desarrollar la cooperación de los interlocutores sociales en la evaluación y control de los riesgos ocupacionales, tomando como base las normas internacionales del trabajo. Segundo, aumentar la protección a las categorías de trabajadores vulnerables para los que es particularmente necesaria la protección social. Tercero, una

estrategia para movilizar los recursos locales mediante una serie de medidas que se complementen y respalden mutuamente.

### COMETIDO DE LOS INTERLOCUTORES SOCIALES

Las normas internacionales del trabajo orientan sobre el modo de aumentar el papel de los interlocutores sociales en la organización de la seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la identificación de las prioridades locales. Aunque los gobiernos son quienes deben formular una política nacional coherente que fije el marco general y las tareas y los servicios de asesoramiento, es deber de los empresarios proporcionar las debidas condiciones que garanticen la seguridad y salud en el trabajo; y los trabajadores, por su parte, han de participar activamente en las tareas de prevención de riesgos. A este respecto se han logrado progresos notables. La estructura organizativa del lugar de trabajo para esta cooperación entraña la creación y consolidación de comités paritarios de salud y seguridad. Por ello, en las normas internacionales del trabajo se señala la conveniencia de reorientar la prevención, la evaluación y el control de los riesgos con arreglo a un sistema de participación local. En lo que atañe al control de los riesgos, el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155) y el Convenio sobre productos químicos, 1990 (núm. 170) imponen a los empleadores la responsabilidad de prevenir y evaluar los riesgos en el lugar de trabajo y de proteger a los trabajadores contra ellos con adecuadas medidas de control. En otras normas internacionales del trabajo recientes también se destaca el derecho de los trabajadores a conocer los riesgos, las medidas de prevención de los mismos y a recibir formación al respecto. Los factores más importantes para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores son las funciones que los interlocutores sociales continuarán desempeñando en el propio centro de trabajo. Esta

cooperación tripartita requiere un esfuerzo especial, tanto a nivel nacional como en el centro de trabajo. A nivel nacional, las normas internacionales del trabajo destacan la participación de empleadores y trabajadores en la formulación y aplicación de políticas y programas nacionales. Por lo que respecta al centro de trabajo, es esencial que empleadores y trabajadores se involucren plenamente en programas de acción *in situ*, con el apoyo de inspectores y de servicios de asesoramiento técnico. Por último, la evaluación y revisión de todas estas actividades debe llevarse a cabo con la colaboración de los interlocutores sociales.

### AMPLIACIÓN DE LA PROTECCIÓN

A pesar de su importancia social y económica, los lugares de trabajo pequeños se caracterizan a menudo por unas condiciones de trabajo deficientes y por un medio ambiente laboral peligroso. Es realmente importante mejorar el ambiente de trabajo en gran número de pequeñas empresas, en la agricultura y en los sectores rural y no estructurado. La experiencia nos dice que no basta en modo alguno promulgar disposiciones legales que protejan a esos trabajadores. Es necesario sensibilizar a la gente y desarrollar programas de acción mediante los que sea posible promover mejoras concretas en múltiples aspectos. Esta política progresiva de abordar mejoras prioritarias requiere estrategias innovadoras.

La importancia de estrategias innovadoras se demuestra igualmente en la ampliación de la protección a diferentes categorías de trabajadores. A los programas de salud y seguridad deben incorporarse múltiples medidas que, basadas en la determinación de condiciones de trabajo peligrosas, en la necesidad de proteger la maternidad y de tener en cuenta las responsabilidades familiares de los trabajadores, refuercen la igualdad de las mujeres en el empleo. Las medidas encaminadas a adaptar las condiciones de tra-

bajo a las necesidades de los trabajadores de edad avanzada han de ser asimismo polifacéticas y en ellas se han de incluir acuerdos flexibles. Análogamente, es necesario adoptar medidas que se adapten a los problemas de los trabajadores migrantes.

Conviene abordar los problemas inherentes a trabajos particularmente peligrosos, como son la minería, la construcción, la agricultura y la silvicultura, con una combinación de medidas entre las que se incluyen normas reglamentarias, sensibilización ante el problema, educación y formación, y apoyo práctico a programas de acción innovadores. La aprobación de un nuevo Convenio y de su Recomendación sobre seguridad y salud en las minas, en la 83ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, constituye un importante paso para la ampliación de la protección a millones de trabajadores de este sector, particularmente peligroso.

Para poder cosechar los beneficios económicos del cambio tecnológico y de la inversión extranjera, hemos de insistir en que la seguridad y salud en el trabajo es un valor añadido tan importante como la protección del consumidor o la protección del medio ambiente. Por ello, deben contemplarse dentro del marco de un nuevo concepto de productividad que incluiría la calidad de la producción, sus beneficios sociales, así como su impacto sobre la seguridad y salud de los trabajadores, el medio ambiente y la calidad de vida.

Es necesario pasar de la conceptualización a la acción y lograr los siguientes objetivos: principalmente, valorar la actual situación del país con relación a la seguridad y salud en el trabajo y al cambio tecnológico motivado por la inversión, y sacar las conclusiones sobre las lecciones que han de aprenderse; institucionalizar un marco legal que garantice la protección de la salud y seguridad de los trabajadores; y reforzar los procedimientos de aplicación de la legislación en materia de seguridad y salud en el

trabajo con capacidad para trasladar las cuestiones derivadas del cambio tecnológico desde la etapa de negociación al proceso de producción, con el fin de asegurar la seguridad y la salud de los trabajadores en las empresas existentes.

Los valores sociales que defiende la OIT reciben cada vez mayor reconocimiento como elementos esenciales del desarrollo. En 1983, la Conferencia Internacional del Trabajo declaró que la mejora de las condiciones de trabajo y del medio ambiente son una contribución positiva al desarrollo nacional y una medida del éxito de la política social y económica. La Conferencia de Río de 1992 que promulgó el concepto de desarrollo sostenible fue un acontecimiento reciente que reafirmó la política de la OIT de: «la obvia y creciente necesidad de construir objetivos sociales dentro del proceso de desarrollo».

Además, la reciente Declaración y el nuevo Programa de Acción sobre Desarrollo Social aprobados en la Cumbre Mundial de Copenhague son de particular importancia para la OIT y los Estados miembros. La Declaración compromete a las naciones del mundo a perseguir el objetivo de un empleo pleno, productivo y libremente elegido, como prioridad básica de sus políticas económicas y sociales. La Cumbre compromete a las naciones a perseguir el objetivo de asegurar no «cualquier clase de trabajo» sino «trabajos de calidad» que protejan los derechos básicos y los intereses de los trabajadores. Pide mayor compromiso de la OIT en la mejora de la calidad del trabajo, cometido que debe comprender medidas para lograr un «entorno de trabajo saludable y seguro», con medios que eliminen los peligros del medio ambiente para la salud y que proporcionen seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional y de empresa «de conformidad con los pertinentes Convenios de la OIT». Entre otras cosas, la Cumbre comprometió a las naciones del mundo a promover y conseguir «el mayor nivel mental y físico posible y el acceso de todas

las personas a la asistencia sanitaria básica, y a respetar y promover culturas comunes y específicas». La Cumbre establece la nueva consigna de revigorizar la acción por medio de la cooperación internacional y regional en los aspectos económicos y sociales. En nuestro esfuerzo por dar respuesta a los problemas debemos perseguir este objetivo, tanto en el contexto del respeto a los valores humanos como en las consecuencias económicas de los accidentes del trabajo.

En nuestra lucha por eliminar el trabajo infantil, necesitamos promover tanto las medidas dedicadas a erradicar las intolerables formas y condiciones del trabajo infantil como aquellas otras medidas dirigidas hacia la protección de los niños que trabajan. Los objetivos prioritarios incluyen la prohibición del trabajo infantil en actividades peligrosas y la protección de los niños más jóvenes y vulnerables.

### MOVILIZACIÓN DE LOS RECURSOS LOCALES

El problema al que hemos de hacer frente para salvaguardar la salud y el bienestar de los trabajadores es formular y aplicar un estrategia coherente de mejora dando respuesta a las necesidades reales. Hemos observado que son necesarias acciones múltiples en materia de seguridad y salud en el trabajo para tener en cuenta el desarrollo socioeconómico y las necesidades propias de los diferentes grupos de trabajadores.

Al resolver los problemas prioritarios de salud y seguridad en el trabajo, hemos constatado que obtenemos buenos resultados cuando nos centramos en las mejoras prácticas que pueden lograrse movilizandolos recursos locales. Esto nos lleva a la convicción de que la población local, los directivos, los trabajadores y los profesionales de la salud y la seguridad, se motivan más en la aplicación de estas mejoras prácticas cuando se les da la oportunidad de trabajar

juntos para obtener resultados concretos empleando materiales locales.

Esto apunta a la ventaja que supone desarrollar una estrategia local para movilizar los recursos locales. Es necesario centrarse en mejoras prácticas y económicas que puedan satisfacer las necesidades prioritarias tomando en consideración todas las medidas disponibles localmente; movilizandolos, así, a los interlocutores sociales para que con una rápida intervención se consigan resultados concretos.

En este sentido, una labor de formación e información orientada a la acción puede desempeñar un importante papel. La formación en materia de salud y seguridad en el trabajo tiene que contar con el respaldo de métodos y materiales prácticos y eficaces. Se debe hacer hincapié en la formación de formadores. Es particularmente importante insistir en una acción participativa que aproveche plenamente los materiales y calificaciones locales a fin de lograr mejoras inmediatas.

La mejor forma de hacer frente a los múltiples riesgos relacionados con el trabajo, característicos de los centros de trabajo modernos, parece consistir en desarrollar programas de acción en las empresas que permitan al personal local evaluar estos múltiples riesgos, centrándose claramente en los recursos disponibles y en las medidas prácticas de prevención y control. Todos los problemas pendientes: inseguridad debida a fallos del sistema; mayor probabilidad de que se produzcan accidentes graves; exposición en el medio ambiente tanto a agentes o contaminantes viejos como nuevos, —especialmente aquellos que pueden acarrear efectos negativos para la salud a largo plazo—; trastornos ocasionados por un trabajo repetitivo; enfermedades causadas por el estrés, que son cada vez más comunes en la mayoría de los lugares de trabajo, sólo podrán prevenirse o resolverse con tal acción múltiple basada en la participación.

## COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La seguridad y salud en el trabajo es una de las misiones esenciales de la OIT que está dispuesta a cumplir. La OIT celebró su 75° aniversario de su fundación el año pasado.

La larga tradición de la OIT de colaboración con los gobiernos, empleadores y trabajadores entrará en una nueva etapa con renovado énfasis al apoyar directamente las acciones nacionales en función de las necesidades y prioridades. Este nuevo énfasis se denomina *Política de Colaboración Activa*. Esta política está siendo aplicada mediante la creación de Equipos Multidisciplinarios de Asesoramiento Técnico. Se trata, a mi juicio, de un reconocimiento evidente de la necesidad de una política integrada que sea flexible y que aborde de forma más efectiva las prioridades locales.

El ámbito de la colaboración internacional en materia de seguridad y salud en el trabajo debe ser lo suficientemente amplio como para que el apoyo a la aplicación de una acción múltiple se adapte a las realidades locales de las diferentes categorías de trabajadores. Por ello, el consenso recientemente alcanzado por el Comité Conjunto de Seguridad y Salud en el Trabajo OIT/OMS ha destacado el valor del trabajo conjunto para la promoción de programas de acción para las pequeñas empresas y los trabajadores agrícolas, y la necesidad de abordar los riesgos laborales más comunes como la silicosis, enfermedades pulmonares, el cáncer ocupacional y otras enfermedades derivadas del trabajo.

La colaboración entre el PNUMA, la OIT y la OMS en el contexto del Programa internacional sobre seguridad en la utilización de sustancias químicas (IPCS) y del Programa integral de organizaciones para la gestión adecuada de los productos químicos (IOMC) relativos a cuestiones medioambientales, se intensificará mediante la inclusión de actividades para contribuir al con-

trol de los riesgos químicos y a la armonización de la clasificación y etiquetado de los productos químicos.

Me satisface señalar que los proyectos regionales para Africa, Asia y América Latina, así como varios proyectos en países concretos, están llevándose a cabo con la cooperación técnica que presta la OIT. Estos proyectos se centran fundamentalmente en la formación de formadores para que adapten los programas de formación a las condiciones locales, a la seguridad en el manejo de productos químicos, incluyendo los agroquímicos, y a la difusión de información sobre medidas prácticas para el mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

## CONCLUSIONES

La seguridad y la salud en el trabajo seguirán siendo prioritarias en los esfuerzos de colaboración internacional. Aunque la naturaleza de los problemas y las soluciones variarán en función de las prioridades y necesidades reales. Se hará un mayor hincapié en la aplicación de actividades globales sobre seguridad y salud a fin de adoptar medidas y políticas de desarrollo sostenibles. Deberíamos traducir las normas internacionales en acciones a nivel nacional y de empresa con la participación activa de los interlocutores sociales. Con un consenso tripartito, seguiremos necesitando elaborar programas de acción adaptados a las situaciones locales con miras a introducir mejoras en el centro de trabajo.

Nos encontramos ante el reto de encontrar, con nuevas políticas de salud en el trabajo, soluciones prácticas que proporcionen una mayor protección a los trabajadores. Con el objeto de reforzar la cooperación de los interlocutores sociales como individuos, se necesita una fuerza catalizadora que aune los diferentes grupos en una única sociedad activa y cohesionada en la que se respeten mutuamente unos a otros y en la cual se

tenga el mismo compromiso hacia la seguridad y salud en el trabajo. Esto puede lograrse inculcando una cultura protectora de la salud de los trabajadores, que adopte de forma progresiva y constante la prevención de riesgos en el futuro.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Informe del Director General a la 77ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 1990 - Medio Ambiente y el Mundo del Trabajo.
2. Informe del Director General a la 81ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 1994 - Defender valores, Promover el cambio.
3. Informe del Director General a la 11 Reunión de la Conferencia Regional Asiática, 1991.
4. Orden del Día de la Cumbre sobre la Tierra, publicado por el Centro para nuestro Futuro Común.
5. Informe sobre la Cumbre mundial para el Desarrollo Social, Documento del Consejo Rector de la OIT (GB.262/4) para su 262ª Reunión, Marzo-Abril, 1995.
6. Informe sobre el Foro Internacional sobre Seguridad de los Productos Químicos, Documento del Consejo Rector de la OIT (GB.262/ESPINF.1) para su 262ª Reunión, Noviembre 1994.