

La salud no se vende ni se delega, se defiende

El modelo obrero

Ángel Cárcoba Alonso (compilador)

Fundación Sindical de Estudios- CC.OO. de Madrid
EDICIONES GPS-MADRID

LA SALUD NO SE VENDE NI SE DELEGA, SE DEFIENDE. EL MODELO OBRERO

Primera edición: mayo de 2007

Promueve: Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid

Coordina: Ángel Cárcoba Alonso

Edita:

Ediciones GPS Madrid
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
Tel. + 34 91 527 02 29
info@edicionesgps.es

Depósito Legal: M-22284-2007

ISBN: 978-84-9721-254-0

Realización e impresión:

Oficina comercial: C/ Sebastián Herrera 14. 28012 Madrid
Tfno: + 34 91 527 54 98
Fax: + 34 91 536 53 33
unigraficas@unigraficas.es
www.unigraficas.es

Sumario

Prólogo	5
Introducción	9
Capítulo 1. ¿Una sola cultura, un solo modelo?	15
1. Modelo obrero	17
2. Modelo empresarial	20
3. Modelo tecnocrático o cultura corporativa	23
Capítulo 2. La salud de los trabajadores no se delega	31
1. Introducción	31
2. Historia de un largo proceso	34
3. Importancia del criterio subjetivo	40
4. Los cuatro factores de riesgo	41
5. Creación del centro de Investigación y Documentación (CRD)	42
6. Conclusiones	44
7. Bibliografía general	46
Capítulo 3. El modelo obrero en España	49
1. Conocer para intervenir, intervenir para transformar	52
2. Consolidación y desarrollo del modelo obrero	54
3. Modelo obrero y negociación colectiva	56
4. Lo participativo molestaba	61
5. Bibliografía	64
Anexo 1: Mapa de riesgos. Instrumento de acción sindical preventiva ...	68
Anexo 2: Algunos instrumentos metodológicos de la evaluación de riesgos en los años 80	90
Capítulo 4. La investigación participante en salud laboral (avances y limitaciones a diez años de distancia)	113
1. Resumen	113
2. La investigación participante	114
3. La subjetividad, componente imprescindible de la ciencia	115
4. Las dimensiones política y cultural	116
5. Los cambios recientes en las condiciones de trabajo y de salud	117

6. Reflexiones sobre la investigación participante	123
7. A manera de conclusión.	129
Capítulo 5. Homenaje a Gastone Marri. Una vida por la vida	131
1. Por la causa de los trabajadores	136
2. Encuentro sindical de Módena	139
3. Cómo nace y qué significó la publicación L'ambiente di lavoro	145
Capítulo 6. Elementos para configurar un nuevo modelo	151
Anexo: Nuevos enfoques en prevención de riesgos laborales	157

Prólogo

Este magnífico trabajo forma parte de la recuperación de la micromemoria histórica de las Comisiones Obreras en el campo de la salud laboral.

Y precisamente parte fundamental de esta etapa es Ángel Cárcoba, su autor, clave en el desarrollo de una política sindical en materia de salud laboral desde CC.OO., a quien quiero expresamente reconocer su dedicación, saber y buen hacer en este campo. Sirva para ello el presente prólogo.

Ángel Cárcoba inició su actividad en esta materia en CC.OO. de Madrid, etapa en la que le conocí y en la que dejó una impronta sindical que no se ha hecho sino recoger y desarrollar posteriormente.

En este libro se analiza el papel de CC.OO. en el proceso que va de la seguridad e higiene franquista a la salud laboral en democracia.

Para este proceso, sin duda, la aportación de los sindicatos italianos, mentores de un modelo basado en la no delegación, la participación directa, la autonomía en el conocimiento como paso a la hegemonía y a la disputa al empresario de la organización del trabajo, ha sido un referente inequívoco.

Vaya nuestro reconocimiento a Gastone Marri (muerto hace un año), mentor junto a Ivar Oddone del llamado modelo obrero italiano. También queremos expresar nuestra gratitud a Giovanni Berlinguer, Antonio

Grieco, Gloria Malaspina y un nutrido grupo de sindicalistas de la CGIL que hicieron posible el desarrollo de una experiencia sindical que contribuyó a que CC.OO. sea un referente en el campo de la salud laboral en España.

Una experiencia que no hubiera sido posible sin la participación activa y militante de compañeros como Agustín Simón, con quien coincidí en el Metal de Madrid, que con su trabajo discreto pero contundente dio los primeros pasos en materia de salud laboral; Doroteo Peinado, siempre riguroso, con quien también coincidiría en esta primeras épocas de andadura, concretamente en la Unión Regional de Madrid; Fernando Delgado, Juan Gómez Arribas, Serafín Picado, Gerardo de Gracia, Ramona Parra, Eddy D'Orleans, por sólo mencionar a algunos sindicalistas de aquellas primeras épocas de Madrid. Porque fueron varios centenares los que desarrollaron aquella experiencia que tuvo lugar en los años 80 a nivel de todo el Estado.

Posteriormente recogerán su testigo Guillermina Perangón, Gregorio Benito y Carmelo Plaza, que han contado y cuentan con el inestimable apoyo técnico, no exento de criterio sindical, de María José López Jacob y Carmen Mancheño, y tantos otros que por razones de espacio no puedo incorporar en este prólogo, pero que día a día trabajan para lograr que el desempeño laboral no se convierta en un riesgo para la salud.

Asimismo, hemos contado con la también inestimable y generosa colaboración de expertos de varias disciplinas académicas como Antonio Baylos, Joaquín Aparicio, Luis Collado, Enrique Lillo... (abogados), Carlos Prieto, Juan José Castillo, Andrés Bilbao (sociólogos), Ricardo Sahieg, Carlos Aníbal Rodríguez, Angels Company, Jordi Castejón, Ignasi Fina (médicos) y un largo etcétera de médicos, higienistas industriales, ergónomos, toxicólogos y psicólogos.

Y, por supuesto, nuestro agradecimiento a los precursores de la salud laboral en España desde las CC.OO. de Madrid, como Mario Epelman, Alfredo Fortes, Pachi Pérez Prim, Isabel Serrano y Angel Cárcoba, al que ya antes me he referido.

Partiendo de aquellas experiencias, el presente trabajo plantea temas de máxima actualidad tales como: dónde situamos los límites a la libertad de mercado o empresarial en momentos de desregulación y precariedad. ¿Dejamos al mercado la tutela de la salud?, el problema de la participación directa, de la no delegación y de la democracia en las empresas, el trabajo como indicador de desigualdad social, los elementos para configurar una cultura y un modelo alternativos a los valores dominantes, los determinantes sociales en la producción del conocimiento (no neutralidad de la ciencia y de la técnica).

En definitiva, la vigencia de la no monetarización de la salud pasa por la no delegación, por la participación directa que convierta a los trabajadores en los protagonistas principales en la defensa de un derecho fundamental como el derecho a la vida.

Si el trabajo provoca la muerte de dos millones de personas en el mundo, según la OIT, se impone que el eslogan que sirve de título a este libro: "la salud no se vende ni se delega, se defiende" se convierta en un principio básico de cualquier estrategia de prevención de riesgos.

Rodolfo Benito Valenciano

Introducción

Es nuestra debilidad que pudiendo haber conquistado la hegemonía teórica y práctica sobre el control de la nocividad ambiental, se ha regresado a la vieja concepción que hoy caracterizan las Directivas Comunitarias y la nueva legislación: el predominio del empresario y del técnico respecto al conocimiento y la experiencia de los trabajadores.
Gastone Marri

En mayo de 2006 moría en Roma Gastone Marri, inspirador junto a otros del modelo sindical para el control del ambiente de trabajo, más conocido como “modelo obrero”.

Con tal motivo se han celebrado diversos actos de homenaje, han aparecido escritos en diversas partes del mundo y se han reproducido y actualizado diversos trabajos escritos por Gastone en los años 70-80 del pasado siglo.

Los estudiosos del modelo consideran que este supuso una “revolución copernicana” de la concepción de la salud en el trabajo, situando al trabajador como protagonista en la defensa de su salud, cuyos componentes metodológicos adquieren hoy una extraordinaria actualidad¹.

¹ Véase Diego Alhaique. “La rivoluzione copernicana per la salute nel lavoro”. *Revista* 2087. CGIL. Roma, diciembre de 2006 (págs 4-13).

En España, a pesar de la influencia que ejerció el modelo obrero en el movimiento obrero, en los trabajadores y sindicalistas, en médicos y entre la comunidad universitaria y científica, se ha silenciado la muerte de su fundador y el impacto que tuvo. Conviene recordar que sobre el mapa de riesgos se escribieron multitud de trabajos y ensayos, así como tesis doctorales en universidades y ponencias en Congresos a lo largo de la década de los años 80. Para la elaboración del presente trabajo se han utilizado más de 150 referencias bibliográficas. Ante este silencio por parte de unos y otros solo cabe pensar en desconocimiento o mala fe, pues el modelo obrero fue un instrumento de transformación de las condiciones de trabajo que se convirtió en un referente para todos los interesados en la salud de los trabajadores a nivel mundial.

Somos muchos los que sostenemos que es necesario recuperar también la memoria en el campo de la salud laboral, y esta pasa por recuperar un modelo basado en el protagonismo y hegemonía de los trabajadores, adecuándolo a las nuevas realidades jurídicas, sociales y económicas y políticas del siglo XXI.

Éste es el objetivo del presente trabajo. Hacer el recorrido que va de la seguridad e higiene al mapa de riesgos basado en la experiencia obrera, y del mapa de riesgos a la evaluación de riesgos cuyo protagonista es el “experto acreditado.” No se trata de una vuelta al pasado de forma nostálgica, sino de recuperar métodos, instrumentos y estrategias que en un proceso histórico determinado resultaron eficaces y que nos pueden ayudar a reconstruir un modelo alternativo frente a los modelos dominantes impuestos por la “bobalización”.

En tiempos en que los políticos son simples intermediarios del poder económico, parece que cualquier demanda social está condenada al fracaso. Se ha impuesto la democracia profesionalizada, delegada frente a la democracia participativa. La apatía y el silencio se han globalizado y lo que más incomoda es la memoria. Cuando los efectos perversos del mercado sobrepasan los límites de lo tolerable con más de dos millones de trabajadores muertos en el trabajo cada año en el mundo, surgen quienes a través de

estadísticas en tecticolor nos dicen que estamos en el mejor de los mundos, que las enfermedades y muertes en el trabajo están disminuyendo. Adaptan las estadísticas a sus ambiciones y nos quieren convencer de que “ajustando un polinomio de regresión de cuarto orden por mínimos cuadrados, considerando la hipótesis multiplicativa del método clásico de análisis de series cronológicas, la evolución de la siniestralidad laboral en los últimos años es satisfactoria” (Ministerio de Trabajo). Otros se apuntan a esta tesis y nos dicen que teniendo en cuenta la evolución del empleo se observa una disminución de muertes laborales (a más coches más accidentes). Consideran la enfermedad y muerte en el trabajo como un conjunto de datos, de índices de incidencia y frecuencia, como cualquier otro indicador económico (sube la carne, baja el pescado). Lo cierto es que se producen más accidentes no cuando hay más empleo, sino todo lo contrario, cuando hay mayores tasas de paro y precariedad. Por otra parte tenemos a los vendedores de desastres en los que han participado ellos y van por el mundo recogiendo apoyos “políticos” y sobre todo económicos de gobiernos, dando conferencias por las que cobran miles de euros/dólares, recibiendo subvenciones ingentes de Naciones Unidas y de multinacionales contaminadoras con imagen corporativa de responsables. Personajes como la Ministra Cristina Narbona y su séquito de fieles viajando por el mundo vendiendo “desarrollo sostenible”², o como Al Gore que, siendo vicepresidente del imperio, no movió un dedo para evitar el desastre que ahora nos anuncia, y otros muchos han convertido el riesgo en un gran negocio. Multinacionales del riesgo que buscan hasta un oscar.

Éste es el modelo cultural que nos han impuesto en el campo de la salud laboral y el medio ambiente

Frente a este modelo y cultura dominante es más necesario que nunca reconstruir estrategias medioambientales y de salud de los trabajadores

² Véase François Burne en “¡Larga vida a lo disfuncional!, *Le Monde Diplomatique*, junio de 2003. El autor afirma que “dado que nuestras formas de ayuda a los países en vías de desarrollo se revelan hasta el momento efímeras, les proponemos de ahora en adelante “un desarrollo sostenible” que perpetuará el fracaso de sus economías”.

en base a propuestas alternativas en las que participen todos aquellos que piensan que otro mundo es posible.

Para ello es necesario saber qué hacer con nuestro pasado y no dejarse embaucar por los nuevos gurús de la ecología y de la salud de los trabajadores.

Como muy bien expresa Umberto Romagnoli, “el riesgo llega cuando el sindicalismo de clase pierde su identidad y no sabe quien es, y lo que es peor, no sabe qué hacer con su propio pasado... Palabras como sindicato o clase han enfermado a fuerza de no decirlas, de silenciarlas³”.

En el capítulo 3 del presente trabajo se hace referencia a un Informe titulado “Índices epidemiológicos de salud laboral” que supone todo un tratado y un programa sobre la salud de los trabajadores en los años 70. Han transcurrido 30 años y los contenidos de dicho Informe siguen más vigentes que nunca.

Queremos analizar el contexto en que se desarrolló un modelo cuya característica fundamental era la no delegación. Es bueno recordar este hecho en momentos en que todo se delega en grupos de sabios, expertos, técnicos, inspectores, etc.

Lo participativo molesta y se ha conducido al ciudadano-trabajador a un ser votante que acude a las urnas cada cuatro años y mientras tanto delega en los partidos o sindicatos, y los militantes de ambos delegan en los dirigentes y los dirigentes en los líderes y los líderes en los expertos sin ideología. Quien se mueva no sale en la foto. Y por encima de todos el neoliberalismo globalizado lo domina todo.” Los ricos tienen canales de televisión en los dormitorios de los pobres” (Leonard Cohen). ¿Qué más quieren?

Cómo surgió y se desarrolló el modelo a través de experiencias concretas en Italia, en España, o en Latinoamérica, serán parte de los contenidos que se irán desgranando a lo largo de las siguientes páginas.

³ Humberto Romagnoli, catedrático de derecho del trabajo de la Universidad de Bolonia. Conferencia pronunciada en la Fundación Sindical de Estudios. Madrid, 2006.

Estamos hablando de un modelo que “representa el elemento más importante de la salud laboral después de la segunda Guerra Mundial, no solo para la CGIL sino para el conjunto del movimiento obrero⁴”.

Ángel Cárcoba.
Febrero de 2006

⁴ Andrea Belli. “Delega e non delega...” Universidad de Florencia. Facultad de Ciencias Políticas. 2001.

Capítulo 1

¿Una sola cultura, un solo modelo?

Ángel Cárcoba

La globalización, o “bobalización”, como dice Eduardo Galeano, arrasa con todo, especialmente negando la diversidad. Unos pocos globalizadores imponen a millones de globalizados una sola cultura, un solo lenguaje, un gendarme único y modelos de interpretar la realidad únicos. Es el fin de la ideologías donde los políticos son simples intermediarios del poder económico que se apuntan a la “libertad duradera”, a la “justicia infinita” a la libertad del mercado para explotar más y mejor y a una sola forma de entender la democracia. En su nombre se invaden países, se bombardean pueblos enteros. El pensamiento único impregna toda forma de vida del ser humano. Nos dicen como debemos entender la relación trabajo-salud y como afrontar el genocidio que supone la muerte de más de dos millones de trabajadores cada año por accidentes o enfermedad laborales en el mundo (OIT). De antemano negando la diversidad cultural y de clase y rechazando el protagonismo de lo participativo. De esta forma, frente a una conciencia colectiva y solidaria representada por el “nosotros”, se yergue un “yo” escindido e insolidario que conduce a la ciudadanía a delegar en los “otros”.

Es el neoliberalismo, que de nuevo no tiene nada salvo la pretensión de convertir al planeta en un gran supermercado donde le cedemos al capital aquella parte del tiempo fuera del trabajo que creíamos que nos pertenece. Una ilusión.

En el campo de la salud laboral se ha extendido un concepto aceptado universalmente sin someterlo a ninguna crítica. Se trata de “cultura de la prevención.” Dicho concepto lo incorporan a su discurso las organizaciones empresariales europeas (UNICE), junto a otros como códigos de buenas prácticas, autorresponsabilidad empresarial o empresarios socialmente responsables, o que la salud y seguridad es un problema de todos. A su vez exigen a los poderes públicos la eliminación de las rigideces del mercado, sustituir las normas por guías y códigos, establecer una “pausa legislativa” e ir hacia una “simplificación, flexibilización y codificación del marco normativo.” En la nueva estrategia comunitaria para el periodo 2007-2012 se establecen una serie de medidas, la primera de ellas dice: “mejorar y simplificar la legislación existente y reforzar su aplicación en la práctica mediante instrumentos sin carácter vinculante, como el intercambio de buenas prácticas, campañas de sensibilización...” (CE/IP/07/204).

El siguiente paso será privatizar parte de las funciones de la inspección de trabajo y del sistema sancionador para terminar eliminando todo límite a la libertad empresarial.

De esta forma las dos fuentes principales de control de la actividad económica: la acción y organización de los trabajadores y la mediación y control del Estado han entrado en crisis.

Estas son las bases de la “nueva cultura preventiva.” En esta nueva cultura el protagonismo en el campo de la salud laboral reside en el empresario o en quien delegue: técnicos de prevención que impondrán un modelo en el que el trabajador no cuenta para nada. Su máxima aspiración es que le den una copia de la evaluación de riesgos en la que no ha participado.

Si la cultura preventiva es el conjunto de valores, actitudes, normas, principios, comportamientos tendentes a evitar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte en el trabajo, no me cabe duda de que no se puede hablar de una sola cultura y un solo modelo. En todo caso se podrá hablar de cultura dominante y modelo dominante.

Yo al menos no participo de los mismos valores culturales de las mismas actitudes y formas de abordar la relación trabajo-salud que los empresarios. Es más, creo que entre las tareas de un sindicato está la de crear valores culturales alternativos a los valores dominantes.

¿Qué son las personas, los ciudadanos, los trabajadores? Para la Seguridad Social una carga, para el economista un número, para los banqueros unos posibles deudores, para los tecnócratas una molestia, para los políticos unos votos.

Así es que no hay una sola cultura, ni un solo modelo sobre prevención de riesgos.

Cabría hablar de al menos tres modelos: 1) modelo obrero, 2) modelo empresarial y 3) modelo tecnocrático.

1. Modelo obrero

En los años 60 del pasado siglo nace en el interior de la Confederación General Italiana de Trabajadores (CGIL) la construcción de un modelo para el control de la nocividad ambiental, que posteriormente se extiende al resto de sindicatos italianos y al conjunto del movimiento obrero.

Una característica fundamental de este modelo es que pronto se convirtió en un referente metodológico para la propia comunidad científica y médica. Por primera vez en la historia de la salud laboral se asiste a un hecho sin precedentes: la construcción de un modelo sistematizado que nace entre las bases de trabajadores, es incorporado a la cultura y estrategias sindicales y posteriormente forma parte de los debates y congresos del saber experto. Pero lo bueno dura poco y en los 90 se produjo un retroceso.

Como decía Gastone Marri en 2001, “es nuestra debilidad que pudiendo haber conquistado la hegemonía teórica y práctica sobre el control de la nocividad ambiental, se ha regresado a la vieja concepción que

hoy caracterizan las Directivas Comunitarias: el predominio del empresario y del técnico respecto al conocimiento y experiencia obrera.”

El modelo obrero se extendió por varios países europeos y latinoamericanos, además de Canadá.

Algunos conceptos de este modelo, como “mapa de riesgos y daños” pasaron a formar parte del ordenamiento jurídico de varios países.

En España, por ejemplo, la Ley General de Sanidad contempla en su artículo 21 el siguiente texto:

“La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:

- Elaborar junto a las autoridades laborales un mapa de riesgos...⁵ .

Han transcurrido más de 20 años y este artículo está pendiente de su desarrollo y cumplimiento.

Pero, ¿cuáles fueron los elementos que hicieron tan atractivo este modelo?

El modelo obrero descubre una nueva relación entre salud y trabajo. Nace como una propuesta de investigación participativa, convirtiéndose en una herramienta política, más allá del instrumento técnico. El análisis del ambiente de trabajo requiere de categorías sociales nuevas y de expresiones concretas de lucha de clases y del grado de control que los trabajadores ejercen sobre el proceso de trabajo.

En España estábamos anclados en la Ordenanza General de Seguridad e Higiene. Legislación paternalista, típica de dictaduras. Hubo que superar los estrechos márgenes de este marco jurídico y para ello fue fundamental el descubrimiento del modelo obrero italiano basado en los siguientes elementos estratégicos⁶ .

⁵ Ley General de Sanidad. BOE 28 de Abril de 1986.

⁶ Angel Cárcoba y otros. *Democracia, Desigualdad y Salud*. Ediciones La Lucerna. 2003.

- La concepción de la organización del trabajo, subrayando los aspectos antagónicos de poder.

- Crítica a la concepción de la neutralidad de la ciencia y de la técnica, subrayando los determinantes sociales en la producción del conocimiento.

- Protagonismo de los trabajadores individual y colectivamente (grupos homogéneos).

- Autonomía en el conocimiento como base para una intervención preventiva: “conocer para intervenir, intervenir para mejorar.” La epidemiología militante juega un papel fundamental

- La incorporación del saber y de la experiencia obrera permite agrupar los daños a la salud en términos de desgaste, molestias, síntomas, enfermedades y accidentes, estén o no contemplados por la legislación.

- Se establece una relación dialéctica entre el conocimiento experto y el conocimiento profano, basado en el principio de consenso entre ambos: “validación consensual”. El criterio de aceptabilidad o no de determinadas situaciones de riesgo, así como las medidas preventivas a adoptar ha de ser consensuado. No se privilegia la opinión de un técnico sobre el grupo de trabajadores ni lo contrario. Era necesario el consenso.

- La autonomía en el conocimiento y la validación consensual son los pasos previos e indispensables para “la no delegación (non delega).” Este principio se convierte en el eje central del modelo. Significa que los trabajadores y sus representantes no van a delegar en nadie, ni tan siquiera en los expertos sindicales, el control de las condiciones de trabajo y la defensa de su salud. La participación directa pasa a ser un elemento clave, pues no hay prevención sin participación

- La no monetarización de la salud supone un salto en la cultura obrera desconocido hasta entonces. Los trabajadores y sus organizaciones habían convivido con el monetarismo e intercambio de salud por dinero.

De pronto se extiende un nuevo concepto basado en el eslogan “LA SALUD NO SE VENDE, NI SE DELEGA, SE DEFIENDE” que aparece en carteles, trípticos, guías y publicaciones sindicales. Este eslogan orienta la negociación colectiva sustituyendo los pluses de penosidad, toxicidad y peligrosidad por eliminación del riesgo y mientras tanto por reducción de jornada.

- El MAPA DE RIESGOS pasa a ser el instrumento metodológico de análisis de las condiciones de trabajo. La representación gráfica de los riesgos y daños aparece en los tableros de anuncios de las secciones sindicales en varios centenares de empresas. Al leerlo, los trabajadores encontraban reflejado su estado de salud y su relación con la exposición a riesgos. Fue un elemento que incitaba a la participación.

- El modelo obrero contenía otros principios metodológicos estructurados en cuatro grandes fases: conocimiento, programación, intervención y control.

- En este proceso adquiere un valor de primera magnitud la recuperación de la experiencia y la subjetividad de los trabajadores.

- El trabajo es un buen indicador de desigualdad social ante la enfermedad y la muerte. El trabajador de menor cualificación enferma más y muere antes que el ejecutivo de su empresa

Todo lo dicho se encuentra en los archivos de CC.OO. y se reproduce en el anexo I sobre metodología y experiencias de participación.

2. Modelo empresarial

El modelo empresarial responde a una cultura, a unos valores que poco tienen que ver con el modelo obrero; de ahí que considere una falacia la consideración de una sola cultura preventiva. Todo depende de cómo nos situemos cada uno ante la el sufrimiento, la enfermedad y la muerte en el trabajo.

- Para empezar, el *nivel de aceptabilidad de un riesgo* no es lo mismo para un trabajador expuesto a riesgos o a sustancias que producen cáncer que para el empresario que obtiene ingentes beneficios por la creación de peligro o por la importación, uso y consumo de dichas sustancias.

- El empresario (estamos hablando en genérico) considera el riesgo como algo inevitable, solo compensable económicamente y si el sistema sancionador le obliga.

- Impone la cultura de la monetarización del riesgo y aceptará, si por convenio o norma se ve obligado a pagar unos pluses. El monetarismo como cultura dominante viene representado por el trabajador individualista, saliendo de un supermercado con el carrito a rebosar con la vida (vivienda) hipotecada. Se asiste a un estancamiento de los salarios y al trabajo a cualquier precio. Los grandes grupos financieros y las grandes corporaciones bursátiles obtuvieron en el último año unos beneficios del 44%, mientras la capacidad adquisitiva de los salarios retrocedía a los parámetros de 1996.

- La organización del trabajo es competencia exclusiva de la dirección de la empresa. Así figura en la práctica totalidad de los convenios colectivos de la época. Derivado de esto, el tiempo de trabajo lo controla el empresario y determina el resto de tiempos de los trabajadores. La diferencia cultural es abismal en este campo: el tiempo pasa más rápido para los pobres que para los ricos. Cuando se es pobre se nace antes, se deja de estudiar antes, se trabaja antes, se tiene hijos antes, el cuerpo se deteriora antes, se enferma y se muere antes. “El tiempo es oro” pasa a formar parte del concepto que determina cómo se trabaja y como se vive. La cultura empresarial no permitirá convertir el tiempo de oro en tiempo de vida

- El objetivo de cualquier empresa es sacar el máximo beneficio en el menor tiempo posible, sin importar los costes en salud o vidas humanas.

- En todo caso el responsable de todo accidente y/o enfermedad en el trabajo será el propio trabajador. La víctima es la culpable. ¿Cómo podemos hablar de una cultura preventiva de forma acrítica? En la mesa de

diálogo social sobre salud laboral la CEOE pretende introducir en el documento de estrategia española de seguridad y salud en el trabajo el concepto de “tipificación de la responsabilidad del trabajador por incumplimiento de normas”, sacándolo del ámbito disciplinario en unas relaciones entre desiguales.

- El incumplimiento de la legislación en salud y seguridad es generalizado por parte de lo empresarios. A título de ejemplo, la Inspección de Trabajo levantó en los últimos diez años más de medio millón de actas de infracción de normas en salud y seguridad e impuso sanciones por valor de casi 1.300 millones de euros. La mayoría de estas sanciones son recurridas, no se recaudan y aquí no pasa nada.

- Están dispuestos a llegar a acuerdos con los sindicatos “con tal de no tocar el sistema judicial relativo a la responsabilidad penal o civil”.

- El método de análisis no es global sino para cada riesgo.

- El protagonismo se delega en los técnicos contratados por la empresa, fundamentalmente externos a la misma. Esta delegación comporta la aceptación de los técnicos de correr con las responsabilidades civil y penal en caso de accidente y/o enfermedad. La participación de los trabajadores es percibida como algo molesto.

- El principal indicador de salud y de condiciones de trabajo es el accidente de trabajo y no siempre. La enfermedad, el desgaste, la subjetividad, el sufrimiento no entra en los indicadores de lo empresarios.

- Predominio de la tecnocracia en la evaluación de riesgos.

- Utilización de métodos irregulares del control del absentismo.

A estas alturas de la película, ¿seguimos sosteniendo que la seguridad y salud en el trabajo es responsabilidad de todos? ¿La cultura preventiva será el instrumento que mejore las condiciones de trabajo? ¿De qué cultura estamos hablando?

Y aún podríamos hablar de otro modelo o cultura.

3. Modelo tecnocrático o cultura corporativa

De un tiempo a esta parte surge una nueva casta de expertos en salud laboral muy preocupados por la obtención de beneficios y muy poco por la salud de los trabajadores.

Son los “nuevos yacimientos de negocio” en base a la enfermedad y muerte en el trabajo. Se han hecho con una parte importante del “pastel” que produce el negocio del riesgo. Crean una nueva disciplina que podríamos denominar “la riesgología”, convirtiendo la salud laboral en un gran negocio. En los últimos diez años se acreditan más de un millar de Servicios de Prevención y casi 500 empresas auditoras. El derecho a la información y a la formación lo gestionan grupos y empresas que deciden los contenidos y por lo que reciben ingentes cantidades de euros. Detrás de la formación no hay cultura, solo negocio. ¡Y que negocio!

Su objetivo es crear un lobby privado de la “prevención” que desbanque a lo público. Llevan a los tribunales de la competencia a las Mutuas (Seguridad Social) y se van haciendo con el mercado.

Estos nuevos mercaderes de la enfermedad y la muerte en el trabajo tienen nombres y apellidos. A nivel colectivo se les conoce como ANEPA, ASPA, AEPSAL, AUDELCO y ABL⁷ y un largo etcétera que se corresponde con las siglas de diferentes Asociaciones, que pretenden crear un nuevo Colegio de Profesionales y un cuerpo de Peritos Judiciales en Prevención de Riesgos. Que Dios o quien sea nos coja confesados. El

⁷ ABL es una Asociación Profesional para el bienestar laboral. “Sólo pueden ser miembros los técnicos e Inspectores de Trabajo preferentemente del INSHT y órganos técnicos de Comunidades Autónomas. Su función es la realización de congresos y otros actos culturales y sociales. Y como el resto de asociaciones pretenden montar un negocio a través de la formación, el asesoramiento jurídico, la organización de congresos, la elaboración de publicaciones, etc. Pretenden ser los interlocutores con las Administraciones Públicas” (tríptico de lanzamiento de esta Asociación). Pero lo más grave es que quien preside esta Asociación es el ínclito Pedro Montero Lebrero, director a u vez de la Fundación Nacional de Prevención, creada por la LPRL. Considero que ambos cargos son totalmente incompatibles. No se puede desarrollar todo un programa de actividades aprovechando la información privilegiada que otorga ser director de una entidad pública que gestiona recursos públicos.

corporativismo llevado a su máxima expresión. Y lo más triste es que para conseguir sus objetivos cuentan con extraños apoyos de la Administración Pública y otras entidades sociales.

Proponen incluso crear otro día D, alternativo al 28 de Abril, Día mundial de los profesionales de la prevención. En Brasil ya se ha establecido el 27 de Noviembre como “Dia nacional dos técnicos de segurança do trabalho”. Y como ahora está de moda, el corporativismo llega a proponer la creación del Día Internacional de las mujeres prevencionistas.

¿Seguimos creyendo a estas alturas que existe una cultura de la prevención única?

Los técnicos hacen las veces de “sujetos investigadores”, mientras a los trabajadores se les reserva el papel de “objetos investigados”.

El objetivo de estos expertos es conseguir la legitimidad para decir e interpretar la realidad laboral; dónde hay riesgo y donde no. Basan sus planteamientos en “problema-conocimiento-solución”. Una vez alcanzada la “certeza científica” solo será cuestión de difundir dicha información sobre la población expuesta, regular la exposición y las eventuales compensaciones. En el reino de estos expertos, el saber profano, la experiencia obrera y la participación de los trabajadores no tienen cabida. Dejan indemne la naturaleza social y los determinantes sociales de dichos conocimientos y su función mediadora (Alfredo Menéndez Navarro)⁸.

Esta nueva casta de expertos pretende reproducir en sus despachos ultramodernos -todo última generación- las condiciones de trabajo fabril

⁸ Alfredo Menéndez Navarro. “Conocimiento experto y la gestión y percepción de los riesgos laborales en las sociedad industriales. Una reflexión desde la historia de la ciencia” (páginas 109-124 del libro *Democracia, Desigualdad y Salud*). Ed. La Lucerna/2003. En este excelente trabajo, el profesor Menéndez afirma que “el ocultamiento de los conocimientos a la población y los trabajadores expuestos a riesgos cumple una función clave en sociedades “indolentes” como la nuestra. El develamiento de las estrategias de ocultación del conocimiento científico debiera formar parte del debate social sobre salud laboral, más allá de los accidentes de trabajo”... “la encapsulación de los problemas de salud laboral en el ámbito experto técnico-médico-legal tiende a sustraer el control de los riesgos del debate social, generando una desproblematización de la salud laboral que solo es puesta en entredicho en forma de aparición episódica de tragedias y escándalos, dejando indemne siempre los factores estructurales que los provocaron.”

o de servicios en base a métodos cuantitativos (con estadísticas en tecnicolor, con índices de incidencia y frecuencia...) sin ninguna capacidad de incidir en la singularidad del proceso productivo. El lugar de trabajo lo conocen por referencias, por un día que visitaron una empresa y se reunieron (con comida de trabajo incluida) con sindicalistas. Los trabajadores no participan en la evaluación de riesgos. Su aspiración consiste en conseguir tener acceso a los resultados- informe- de dicha evaluación.

Hablan y no paran de la cultura de la prevención, de buenas prácticas preventivas, de sistemas de gestión, de responsabilidad social de las empresas, para terminar afirmando que la salud y seguridad es cosa de todos. Organizan congresos en lugares exóticos, previo pago de 300-500 euros, más acompañante. Las víctimas del trabajo nunca fueron invitadas a estos eventos.

Organizan y dirigen másteres en prevención de riesgos laborales, en gestión integral, en ergonomía. Imparten cursos de auditor del sistema de prevención. El importe de matrícula de estas “ofertas formativas” para el curso académico 2006-2007 oscila entre 5.000 y 12.000 euros.

Para hacernos una idea del negocio de la salud laboral, una Mutua mediana como Mutual Cyclops, obtuvo unos beneficios netos en el año 2005 de 43,6 millones de euros⁹.

Negocio redondo: imponen su modelo, se forran de dinero y nos proponen como alternativa para evitar los miles de muertos en el trabajo, su cultura preventiva.

A los tecnócratas de la salud laboral los podemos también encontrar en Fundaciones, Institutos Técnicos, Mutuas, observatorios, entidades formativas y un largo etcétera que mueven al año centenares de millones de euros por realizar acciones virtuales. Conozco empresas de formación con sede en Asturias que imparten cursos a distancia a trabajadores de empresas públicas como RTVE con tal cantidad de irregularidades que dieron lugar a la intervención de la Inspección de Trabajo y de la Fiscalía

⁹ *El País*, 16 de junio de 2006.

por emitir certificaciones con antelación a la realización de las pruebas o exámenes. La entidad formativa traspasó con cargo a FORCEM los gastos de viaje y alojamiento de alumnos que nunca asistieron a las pruebas presenciales. Todo ello sellado por el Gobierno del Principado de Asturias.

Es el triunfo del mercado, del gran teatro del riesgo. Han convertido la salud de los trabajadores en el gran parque temático de la prevención. Organizan campañas, nos regalan calendarios, agendas, carteles, en los que aparece de forma diáfana su modelo de cultura preventiva. En 1967 Gastone Marri escribía sobre este tema y hacía un juicio muy severo sobre la cultura de los tecnócratas:

“Hay otra cultura, la de los carteles y calendarios de seguridad; en la cual el cinismo y el desprecio por la inteligencia y la cultura de los trabajadores, el sarcasmo y la mistificación toman el puesto de la ciencia y de la técnica¹⁰”.

Mientras tanto, los indicadores de la salud en el trabajo son cada vez más preocupantes, por más que unos y otros intenten convencernos de lo contrario.

El modelo tecnocrático es incapaz de abordar y menos resolver el sufrimiento, la enfermedad o la muerte en el trabajo. Los tecnócratas se sitúan temporalmente en el fin de las ideologías, aunque algunos utilicen un lenguaje contradictorio. Muchos provienen del comunismo anticomunista (Vázquez Montalbán). Su conciencia es la verdadera y todo lo que se opone es falsa conciencia y pensamiento errático que hay que invisibilizar.

Lo tecnócratas reducen todo el conflicto capital- trabajo en el campo de la salud laboral a un problema técnico. Piensan la realidad con esquemas de manipulación, de utilitarismo. Sólo es real aquello que es manipulable, controlable, útil. El tecnócrata es esclavo de lo inmediato. Por eso

¹⁰ G. Marri, “Le due culture dell’ENPI”. *Rassegna Sindacale*, nº 106. Febrero de 1967.

necesitan el reconocimiento social, andan a la caza de premios y subvenciones. Se rodean de grupos de fieles sin capacidad crítica, dando lugar a entornos de amiguismo, clientelismo o de acoso para el que no está de acuerdo. Publican sus mentiras y las llaman opinión mayoritaria. “Responden al dicho popular: “nos mean y la prensa dice que llueve”.

Los tecnócratas nos dicen que la pobreza y la desigualdad en el mundo se deben a que no hay control de natalidad, o a la corrupción de los gobernantes. Perciben el mundo como un lugar justo donde cada uno consigue lo que se merece y merece lo que consigue. Por su cabeza no pasa el papel que juegan los corruptores de las multinacionales que se adueñan de los recursos naturales de los países pobres. Estos ejecutivos trabajan en grandes rascacielos y viven en las zonas residenciales de las ciudades que conquistan rodeados de pobres y mendigos a los que no llegan a ver.

Piensan que para resolver el problema del paro hay que desproteger a los que tienen empleo. El derecho al trabajo lo sustituyen por derecho a buscar trabajo.

El papel de las multinacionales de la industria de la guerra, de la químico-farmacéutica, del capital financiero especulativo, de unos pocos globalizadores que explotan a miles de millones de globalizados no entra en sus esquemas. Es demagogia. ¿Seguimos pensando que hay una cultura y modelo preventivo que sirve para todos?

Dos modelos que se retroalimentan

El modelo empresarial y el tecnócrata no pueden vivir el uno sin el otro. Pertenecen a la misma clase. Los grupos económicos dominantes crean instrumentos mediáticos adictos, confunden su crecimiento y sus beneficios con el crecimiento del país y crean la ilusión que sirven a la mesa de las grandes mayorías, porque ambos (empresarios y tecnócratas) tendrán acceso al festín.

Hay una serie de elementos técnico-culturales que confluyen y se retroalimentan entre empresarios y tecnócratas. El primero de ellos hace referen-

cia a la *culpabilización de las víctimas*. De esta forma se ven libres de todo tipo de responsabilidad, incluida la civil y penal. Transfieren la responsabilidad de quien genera el riesgo a quien lo padece y van extendiendo la cultura basada en que la culpa del paro la tiene el parado, la de la pobreza el pobre, la de la droga el drogadicto, la de la inmigración el inmigrante, la de la enfermedad el enfermo y la del accidente el accidentado.

Participan en las decisiones que determinan la elección social de los riesgos y entre las opciones posibles siempre eligen la que maximiza el beneficio económico y no la que minimiza el riesgo. En último término, acuden a *la fatalidad*.

“La realización de un acto o de un proceso productivo peligroso incluye una elección humana que lleva consigo un cierto nivel de riesgo para los operarios. El riesgo no tiene ya nada de fatal, es, más o menos deliberada o implícitamente elegida. No existirá verdaderamente fatalidad¹¹.”

Cuando las evidencias ponen al descubierto que ni las víctimas, ni la fatalidad son responsables de tanta enfermedad y muerte en el trabajo acuden a otro concepto muy extendido: *la salud laboral es cosa de todos, pues todos vamos en el mismo barco*. Se olvidan de que cuando el barco se hunde, no todos corren la misma suerte, lo que da lugar a unas desigualdades sociales escandalosas.

Otro concepto muy desarrollado en los últimos años es el de *Análisis Coste Beneficio (ACB)*. Un gol por toda la escuadra que los empresarios y gobiernos de la UE meten a los trabajadores a principios de los años 90. Los Tratados de Ámsterdam y Maastricht consagran el principio consistente en que “la instancia principal de legitimación de toda norma jurídica ha de ser su eficacia económica. En consecuencia, toda norma deberá someterse a un análisis de costes y beneficios que demuestre su buena repercusión sobre el curso espontáneo de la economía” (Informe Molitor).

¹¹ Sami Dassa. *Sociologie du travail*, 4/1976.

En la reunión del Consejo de Europa en la que se debatía la aprobación de la Directiva sobre Servicios, los Presidentes de Gobierno dejaron sentado el principio de que *“la salud es una preocupación y la economía una prioridad”*.

Era necesario eliminar las rigideces del mercado. El “grupo de sabios” de la Comisión había llegado entre otras, a las siguientes conclusiones:

- “Las normas sobre seguridad y salud constituyen una carga creciente para la economía, tanto de las empresas como para las arcas públicas.
- El sistema de inspección y sanción resulta costoso para empresas y Estado y no resulta efectivo.”

En consecuencia lo que procede es dotar a las empresas de mecanismos de autorregulación y gestión interna de costes y beneficios que reemplacen el control normativo. Las Directivas se sustituyen por Guías de buenas prácticas.

El ACB nos conduce a otra serie de elementos comunes a la cultura y modelo empresarial y tecnócrata tales como: sistemas de gestión, códigos *de buenas prácticas* y *responsabilidad social de las empresas*. Detrás de esta cultura no se esconde otra cosa que dejar la salud de los trabajadores bajo la tutela del mercado.

La serie de conceptos descritos responden a formas diferentes de afrontar la relación entre trabajo-salud-enfermedad y muerte. Desde una óptica personal considero necesaria la construcción de contrapoderes, de una cultura y modelo alternativo en base a la suma de propuestas de activistas, de sindicalistas, de expertos y profesionales de la prevención partiendo de un consenso mínimo entre aquellos que piensan que es posible transformar la realidad, no sólo gestionarla mejor.

Capítulo 2

La salud de los trabajadores no se delega¹

Andrea Belli

1. Introducción

El modelo sindical para el control y la contratación de la nocividad en el lugar de trabajo construido por la CGIL en los años 60, representa un elemento importante de los contenidos de la acción sindical después de la guerra, no sólo para la CGIL, sino también para todo el movimiento obrero.

La construcción de este modelo de intervención fue estructurada en base a principios, reglas, procedimientos, métodos, ricos en implicaciones de orden cultural, técnico-científico y sindical que rompió con una tradición de muchos años en la cual, la defensa de la salud era delegada por los trabajadores en las instituciones, en la empresa o en el propio sindicato.

Fórmulas como la “non delega”, la “validazione consensuale” y el “gruppo operaio omogeneo” nacieron no como una forma de contestación contra la jerarquía sindical, sino como una nueva modalidad de conducir la lucha contra los accidentes y las enfermedades profesionales.

¹ El presente trabajo está elaborado en base a la tesis laureada escrita por ANDREA BELLi bajo el título “*Delega*” e “*non delega*”: *la CGIL davanti all'infortunio e alla malattia professionale*”. Facultad de Ciencias Políticas “Cesare Alfieri”. Universidad de Florencia, 2001 (traducción de Ángel Cárcoba).

Este modelo sindical señala un momento importante en la historia del sindicalismo como bien ha señalado Giovanni Berlinguer².

Esta experiencia forma parte hoy de la memoria histórica y ha tenido eco en varias partes del mundo, tanto que en el congreso internacional Occupational Health celebrado en Estocolmo en 1996 fue objeto de grandes debates y de una relación en sede plenaria³.

La reconstrucción histórica desarrollada bajo esta tesis parte de las condiciones de debilidad del sindicato durante el período de consolidación de la democracia en los años 50. Bajo el principio “in ritorno alla fabbrica” la CGIL quería abordar todos los aspectos de las relaciones laborales. En el IV Congreso Nacional de 1956, la CGIL abandonó la tesis de la crisis irreversible del capitalismo y superando la simplicidad de la acción basada en la denuncia, inició el análisis de la dinámica de la tecnología y de la organización del trabajo de cara a reconquistar la capacidad de lucha de los trabajadores.

Hasta entonces los accidentes y las enfermedades eran afrontados a nivel genérico en estudios de las instituciones (INCA) basados en grandes números y datos sin capacidad de incidir en la singularidad de la realidad productiva.

Resultó largo y difícil la construcción de un modelo que se inició en 1961 con la intervención en Farmitalia de Settimo turinés por un grupo compuesto por trabajadores, sindicalistas y algunos técnicos (médicos, químicos, asistentes sociales, etc.) que experimentó una nueva forma de investigación de los riesgos en el trabajo y una nueva estrategia sindical basada en la participación activa de los trabajadores⁴.

² G. Berlinguer. *Storia e politica della salute*. Franco Angeli, Milán 1991.

³ Sobre este tema véase G. Berlinguer, *La medicina del lavoro all'inizio del secolo XX. Riflessioni sul I Congresso Internazionale (1906) e sul I Congresso Nazionale (1907) per la malattie del lavoro*. De igual modo, A. Grieco y P. A. Bertazzi se refieren a este modelo en su obra, *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*. Roma, ISPESL/1997.

⁴ Sobre este tema son numerosas las publicaciones de Gastone Marri, Ivar Oddone, F. Carnevale, G. Moriani y otros.

Le siguieron experiencias entre las que destaca la desarrollada en la Fiat Mirafiori de Turín, todas ellas sustentadas en un nuevo concepto, “no delega”, entendido como la capacidad de los trabajadores de no delegar en nadie la solución de los problemas relacionados con el mantenimiento del nivel de salud.

El modelo ofrecía una nueva clasificación de riesgos (cuatro grupos) que representaba un lenguaje común para trabajadores, sindicalistas y técnicos.

Para la evaluación de los factores de riesgo del cuarto grupo denominado “fatiga industrial”, no existían criterios técnicos para contestar y contraponer a la organización del trabajo. La solución se encontró en 1966 con la propuesta de “validación consensual”, que atribuía al juicio subjetivo de los trabajadores, acompañado de los errores más relevantes de la producción y del juicio motivado del médico de empresa, un valor de referencia para juzgar la organización del trabajo. En 1969 se completa el modelo con la publicación de la FIOM *el ambiente de trabajo-ningún factor nocivo*.

El sujeto principal del modelo era el grupo obrero homogéneo individualizado en el grupo de trabajadores expuestos a las mismas condiciones de nocividad a las que el modelo ofrecía:

- La posibilidad de estudiar la nocividad utilizando el conocimiento científico existente y la experiencia directa de los trabajadores.

- Algunos instrumentos operativos entre los cuales el más importante era el registro de los datos ambientales y bioestadísticos, para la verificación del riesgo.

- A través de la contratación articulada la posibilidad de incidir directamente sobre las condiciones ambientales.

La Federación Metalúrgica (FLM) publica y difunde 130.000 ejemplares del modelo que son traducidos en francés, inglés, alemán, japonés y español.

Después de 1969 se desarrollan una serie incalculable de experiencias apoyadas por las tres confederaciones nacionales cuyo eje central es la lucha contra la nocividad del trabajo⁵.

Después de 1975 el modelo empezó a declinar debido en parte a las modificaciones del mercado de trabajo, a la falta de unidad sindical, y en parte a la dificultad para extender el método de la non delega y la validación consensual a la generalidad de las empresas y en particular a las medianas y pequeñas.

La ley 883 que instituye el Servicio Sanitario Nacional representa una nueva delegación por parte de los trabajadores en la Unidad Sanitaria Local.

Finalmente en 1994 entra en vigor la nueva Directiva Europea que se ha revelado inferior a las expectativas creídas, sobre todo en lo referente a la evaluación de riesgos, a la participación y a la formación y ha resucitado la burocracia y el protagonismo del experto en detrimento de protagonismo obrero.

2. Historia de un largo proceso

El proceso de construcción del modelo obrero no puede ser considerado como un producto del espontaneismo. Entre 1948 y 1959 la prioridad era la consolidación de la democracia. Pero durante la década de los 50 la tutela de la salud fue sometida a intensos debates en los partidos políticos y en los sindicatos. La propia CGIL dedica congresos y reuniones con expertos sobre los límites estratégicos del sindicato al respecto. El proceso es lento y contradictorio.

En 1954 la firma por separado del acuerdo entre la CISL, UIL e Cofindustria sobre baremos de indemnización y en 1955 la pérdida de la elec-

⁵ Sobre este tema véase F. Carnevale-G. Moriani, *Storia de la salute dei lavoratori*. Ed. Libreria Cortina. Verona, 1986 y F. Carnevale-A. S. Baldasseroni, *Mal de lavoro-storia della salute dei lavoratori*. Bari. Laterza, 1999.

ciones anuales para las Comisiones internas en algunas grandes fábricas como la FIAT (la CGIL pierde el 26,5% de los votos) representa un grave desafío para el primer sindicato italiano.

En el comité ejecutivo de 1954 y en el congreso nacional de febrero de 1956, la CGIL introduce el tema “ritorno in fabbrica” que supuso el comienzo de hilo conductor de la acción sindical en los años sucesivos.

“Negociar todos los aspectos de la relación de trabajo” orientó toda la estrategia de la CGIL basada también en el conocimiento de la nueva realidad de la producción. El tiempo de trabajo, la organización del trabajo y la defensa de la integridad física y psíquica de los trabajadores comenzó a estar en el centro del debate⁶.

La monetarización del riesgo estaba ligada a un problema de orden cultural tanto para patrones como para los propios trabajadores.

El sindicato no supo oponer una estrategia capaz de contestar a la organización taylorista del trabajo, pudiéndose afirmar que entró en los años sesenta sin una estrategia propia para afrontar la nocividad ambiental. El camino hacia el modelo obrero fue un proceso gradual en el que los trabajadores de la FIAT jugaron un papel fundamental.

Pero la primera etapa en la construcción del modelo le corresponde a la experiencia de Farmitalia. El grupo de trabajadores comenzó a identificar las causas de las alteraciones y a reconstruir a través de entrevistas y asambleas todas las características del proceso productivo.

En 1961 se negocia un Convenio que afectaba a 180.000 trabajadores. En la plataforma reivindicativa se introdujeron elementos revolucionarios para aquella época:

⁶ Cfr. V. Foa. *Sindacati e lotte operaie*. “Notiziario CGIL 1955” (pág. 111) : “Considerada la enorme y siempre creciente intensidad de los ritmos de trabajo que deterioran la integridad física y psíquica de los trabajadores, el alto grado de nocividad y peligrosidad de muchos trabajos...considerando que es necesario poner fin a la intensificación desenfundada del esfuerzo laborativo, es necesario negociar libremente no sólo el salario, sino la duración de la jornada y todas las condiciones conexas (tiempo de trabajo, destajos, velocidad de la cadena, sistemas de incentivos, impactos en la salud y seguridad de los trabajadores...).

- la sustitución de toda sustancia o proceo peligroso por otra menos nociva;
- la adopción de medidas de prevención con la misma largueza de medios usados para los intereses de la producción;
- institución de una comisión ambiental;
- rotación y pausas en los trabajos de riesgo;
- derecho del sindicato a intervenir con expertos propios y externos.

En 1963 el nivel teórico reunido era suficiente para iniciar el debate⁷ concreto sobre la contratación de las condiciones ambientales, que según G. Marri significaba afrontar seis problemas:

1. El criterio de selección de mano de obra. Contestar al sistema de selección “de tipo veterinario”, que tendía a procurar una mano de obra adaptada a las condiciones de trabajo. Se primaba la indemnización en detrimento de la prevención.

2. La eficacia del control al interno del centro de trabajo de las condiciones de trabajo.

3. El control, en la fase de proyecto, de la idoneidad de las máquinas, utensilios y agregados productivos

4. El adecuamiento de la legislación social e infortunística a la patología profesional.

5. La relación hombre-máquina.

6. La idoneidad del ambiente de trabajo. Esto es, obtener que el ambiente de trabajo coincidiese con las exigencias psicosomáticas del trabajador y que con tal metro fuese medida la idoneidad de un determinado ambiente.

Bajo estas orientaciones se inicia un período que puso al sindicato frente a las nuevas formas de afrontar una nueva forma de participación de los trabajadores en la lucha sindical.

⁷ Este debate se desarrolla en *Rassegna Sindacale* en los números 20 y 21 de 1963.

Al mismo tiempo se asiste al “boon infortunistico” (1955-1974), con un aumento espectacular de la siniestralidad, que Luciano Lama lo resume en los siguientes datos estadísticos: “Un accidente cada 20 segundos, un inválido permanente cada diez minutos y 15 muertos por accidente cada día de trabajo”. Mas este incremento que algunos llaman “natural” no se debe al aumento de la ocupación, sino al aumento de la intensidad del trabajo y en términos generales a las condiciones estáticas y dinámicas del ambiente de trabajo.”

Ante esta situación la CGIL modifica su posición respecto a las instituciones con competencias en la salud de los trabajadores. Se realizan estudios e informes sobre el papel de la Inspección de Trabajo, de la judicatura, de la Seguridad Social, etc. A título de ejemplo Marcello Marroni del INCA analizó los informes anuales de la Inspección de Trabajo de 1951 a 1967, llegando a la conclusión que en el 80% de los casos se había producido algún tipo de connivencia entre el inspector y el empresario, lo que motivó gran desconfianza y descontento de los trabajadores⁸ hacia esta institución.

Todavía no se había encontrado un instrumento eficaz para el control sindical de la nocividad.

En 1964 Bruno Widmar, vicepresidente del INCA, presentó una definición extensiva del concepto riesgo de trabajo como “toda condición ambiental estática y dinámica conexas al trabajo que puede producir un daño psicosomático, pero no necesariamente un daño económico”. Supone una confrontación con las tesis empresariales sobre las causas de los accidentes y enfermedades⁹. Y sobre todo una confrontación con una cultura que achacaba a la conducta de los trabajadores la principal causa de los accidentes.

⁸ M. Marroni. “Sucesso o fallimento? Diciassete anni di attività nelle relazioni annuali dell’Ispettorato del lavoro e dell’Ispettorato Medico del lavoro”. Publicado en *Assistenza sociale*, nº 5. settembre-ottobre de 1967.

⁹ Actas de la Convención Nacional promovida por INCA, 17 a 19 de abril de 1964.

Gastone Marri expresa un juicio muy severo sobre el tema: “ Hay otra cultura, la de los carteles y calendarios de la seguridad; la cultura populista destinada a los trabajadores, en la cual el cinismo, el desprecio por la inteligencia y la cultura de los trabajadores, el sarcasmo la mistificación toman el puesto de la ciencia y de la técnica¹⁰”.

Hay un fuerte desarrollo de la idea de implicación activa y de responsabilidad de los trabajadores. No hay prevención sin participación. De ahí nace el concepto “non delega” y “validazione consensuale”, que representan el núcleo sobre el que en el curso de los años sesenta, se construirá el modelo sindical para el control y la contratación de la nocividad.

No es un producto del espontaneismo de un grupo de trabajadores y/o expertos.

Se trata de un proceso largo, difícil, pleno de experiencias y debates a todos los niveles.

A partir de 1964 se desarrollan iniciativas en Olivetti sobre los efectos en de la fatiga, en Michelin sobre la utilización de pruebas psicotécnicas, sobre el papel del médico de empresa y sobre la necesidad de establecer registros ambientales y bioestadísticos, en el sector autoferroviano se realiza una investigación sobre la fatiga y otro en FIAT sobre el absentismo¹¹.

En 1964 nace en Turín el primer centro de lucha contra la nocividad en el trabajo. Este centro era dirigido por un grupo informal y compuesto por colectivos de investigación y de formación. El colectivo de investigación estaba compuesto por obreros, sindicalistas, estudiantes y técnicos. Tenía la función de ofrecer una memoria consciente de la experiencia de lucha contra la nocividad¹². El segundo centro se constituyó en Milán en 1968 y entre 1970 y 1977 fueron instituidos otros catorce centros.

¹⁰ G. Marri, “Le due culture” dell’ENPI”. *Rassegna Sindacale*, nº 106. Febrero de 1967.

¹¹ F. Camevale- G. Moriani, *Storia della salute dei lavoratori*, cit., pág. 143.

¹² G. Marri, “L’ambiente di lavoro in Italia: l’organizzazione della ricerca non disciplinare (1961-1980)”, en *Sociologia del lavoro*, nº 10-11/1980.

Estos centros fueron creados con las siguientes previsiones organizativas:

- Centro para el control de la nocividad del ambiente.
- Centro para el estudio de los problemas de la silicosis.
- Centro de estudios de las enfermedades ambientales y en particular para las enfermedades de “adattamento”.
- Centro de estudios para los efectos “stancanti” (de la fatiga?).
- Centro para el estudio de las enfermedades producidas por agentes químicos.
- Centro de estudios de psicología aplicada.

Son numerosas las publicaciones sobre la intensidad y la extensión del debate interno en la CGIL.

Estamos en el momento de crear algo nuevo, una nueva cultura.

Sergio Garavini, secretario general de la CGIL de Turín, organiza y participa en dichos debates y establece como hilo conductor una visión unitaria de las condiciones de trabajo. Pero fue Ivar Oddone quien da un paso cualitativo importante poniendo la salud, no entre las cosas a reivindicar, sino entre las que hay que construir con la participación directa de los trabajadores: “No existe salvaguardia de la salud de los trabajadores si no existe la conciencia bien precisa, por parte del trabajador, de qué significa la propia salud, de cómo debe ser salvaguardada y cuales son los instrumentos utilizables para su tutela en los lugares de trabajo”.

Esta afirmación de Oddone constituye un paso hacia la construcción de una nueva relación entre los obreros y los técnicos, superando el intento de construir un servicio médico para contraponerlo al servicio médico de empresa. En los años 50 hubo una tentativa de construir una nueva especialidad médica definida como “medicina sindical”, que debía ser una superespecialidad de la medicina del trabajo.

Se superaron las dificultades y se fue desarrollando gradualmente el concepto de “non delega” y “validazione consensuale”. La participación consciente y activa de los trabajadores era el elemento esencial para transformar la realidad de las condiciones de trabajo.

Esta participación requería un conocimiento. El sindicato consideró necesario disponer de todos los datos relativos a cada ambiente de trabajo y todos los datos bioestadísticos relativos al estado de salud de los trabajadores. Y aquí de nuevo entraba en conflicto el papel del médico y del técnico de empresa respecto a su autonomía e independencia.

Sobre esta cuestión de nuevo aparece Ivar Oddone afirmando:

“Debe venir un técnico que responda de frente a los trabajadores de la no nocividad de todas las situaciones ambientales. Esta responsabilidad no puede confundirse con la civil o la penal que corresponde al empresario: es una responsabilidad técnica¹³”.

3. Importancia del criterio subjetivo

En otoño de 1964 se desarrolló una elaboración teórica que encuadró el tema de la salud en el contexto más amplio de la contratación descentralizada. En particular la contratación relativa a incentivos, destajos, tiempo de trabajo, asignación de maquinaria, etc.

Ivar Oddone planteaba el debate en los siguientes términos:

“¿Cuáles son los criterios en base a los cuales podemos decir qué tipo de trabajo es causa de fatiga patológica para el hombre o mujer trabajadora.? ¿Cuáles son los criterios que nos pueden indicar como debe ser calculado el aumento del tiempo de trabajo? ¿Cuáles son los criterios en base a los cuales podemos indicar el límite del número de máquina por operario?

¹³ I. Oddone, “Ambiente di lavoro e malattia”, en *Rivista italiana di sicurezza sociale*, nº 4/1964, pág. 485.

Estos criterios no los tenemos, debemos encontrarlos ante todo a través de la superación del criterio objetivo, esto es qué criterio en base al cual es posible, sobre la base de la medición de calorías, de la frecuencia del pulso, del peso, etc, evaluar la capacidad de tolerancia del individuo. Este criterio objetivo, como criterio absoluto está refutado. Es necesario introducir el criterio subjetivo por parte de los trabajadores¹⁴.”

El significado de la subjetividad y de la experiencia obrera se revelará como un instrumento básico para el desarrollo del modelo sindical para el control de la nocividad. La acción sindical debe partir de la voluntad de los trabajadores.

4. Los cuatro grupos de factores de riesgo

El método de análisis de la nocividad ambiental aparece en un artículo de Sergio Garavini publicado en *Rassegna Sindicala* el 26 de Diciembre de 1965.

El esquema de los cuatro grupos de factores de riesgo estaba basado en un lenguaje simple y comprensible, usando las categorías conocidas por todos los trabajadores, permitía confrontar ambientes de trabajo diversos entre ellos, y lo más importante, representaba un lenguaje común entre técnicos y operarios.

Este lenguaje permite a trabajadores y médicos socializar el propio conocimiento de cara a evidenciar y catalogar las alteraciones y las enfermedades respecto a las causas y a las fuentes que las han determinado¹⁵.

Para clasificar los elementos de nocividad fueron individualizadas las categorías presentes en la mente de todos los trabajadores para evaluar la salubridad de su hábitat y confrontarlo con las mismas categorías presentes en el lugar de trabajo.

¹⁴ Ibidem, p. 483.

¹⁵ AA.VV., Dal gruppo operaio omogeneo alla prevenzione. Strumenti di controllo operaio sulla nocività e sulla salute (esperienza fonderia Fiat Mirafiori), Regione Piemonte, Torino/1976. Ivar Oddone, Gastone Marri y otros publican diversas ediciones bajo el título *L'ambiente di lavoro* (segunda edición, Roma 1971) y *Ambiente di lavoro, la fabbrica nel territorio*, Roma ESI 1980.

El resultado fue la clasificación de los elementos de nocividad en cuatro grupos de factores de riesgo con los cuales era posible clasificar todos los riesgos presentes en el lugar de trabajo:

1. El primer grupo comprende todos los elementos ambientales presentes incluso en el domicilio del trabajador: temperatura, humedad, presión, ventilación, ruido, iluminación. Son elementos que no provocan daño si se mantienen dentro de unos valores óptimos para el hombre, pero si se presentan en cantidades superiores a esos valores, exigen intervenciones directas de prevención.

2. El segundo grupo comprende todos los elementos que normalmente no se encuentran en donde uno vive y si son frecuentes en el lugar de trabajo: humo, gas, polvo, radiación. Su sola presencia indica prácticamente siempre la existencia de un posible daño.

3. El tercer grupo comprende un solo factor: la actividad muscular, el trabajo físico que pueda provocar fatiga física y alteraciones musculoesqueléticas.

4. El cuarto grupo comprende muchos factores heterogéneos ligados directamente a la organización del trabajo: monotonía, repetitividad, insatisfacción en el trabajo, posición inadecuada, susceptibles de provocar fatiga psíquica, alteraciones del sistema nervioso.

El conjunto de esta metodología fue publicado en una monografía bajo el título “L’ambiente di lavoro” (*Véase Anexo I*).

El modelo sindical se desarrollaba en tres fases. La observación espontánea (experiencia obrera), los cuestionarios individuales y de grupo y los registros de datos ambientales y bioestadísticas.

5. Creación del Centro de Investigación y Documentación (CRD)

En la medida en que las experiencias basadas ya en una metodología común, en julio de 1965, se constituye el instrumento técnico de los sindi-

catos que iba a jugar un papel fundamental denominado “Centro documentazione rischi e dan da lavoro” (CRD)¹⁶.

Los temas y problemas que este Centro afrontó se pueden resumir del siguiente modo:

- a) Coordinación no esporádica con un primer núcleo de técnicos dispuestos a colaborar de diversas formas en un nuevo tipo de relación con la clase obrera;
- b) Creación de un punto de referencia para la construcción de una clave de lectura del conocimiento y la experiencia;
- c) Socialización de una metodología de investigación coherente con la no delegación;
- d) Iniciar una acción de conquista del sindicato en la línea de la no delegación;
- e) Socialización de los elementos de una nueva estructura contractual sustitutiva de aquella que se basaba en la denuncia, la delegación y la monetarización.

La primera coordinación no episódica de técnicos y sindicalistas se produce en 1966 en el ámbito de la Clínica del Lavoro de Milán.

Otra etapa muy importante en la construcción del modelo sindical para el control de la nocividad ambiental fueron los debates desarrollados en la sede de la revista *Rassegna Sindacale*¹⁷. En los debates participaron, entre otros, Gastone Marri, Ivar Oddone, Vittorio Foa, Sergio Garavini y Elio Pastorino.

El objeto del debate es establecer nuevas formas de contratación para afrontar los ritmos, tiempos, retribuciones, incentivos, nivel de aceptabilidad de un riesgos, crítica a los valores límite (MAC), importancia de la subjetividad y experiencia obrera...

¹⁶ Tras una serie de deliberaciones entre las Federaciones CGIL-CISL-UIL, en 1974 se instituye de forma unitaria el “Centro Ricerche e Documentazione” (CRD) della Federazione CGIL-CISL-UIL.

¹⁷ Véase *Quaderni di Rassegna Sindacale*, nº 13, año IV, Julio de 1966.

Se llega a acuerdos sobre el establecimiento de los cuatro grupos de factores de riesgos, la no delegación, la validación consensual, etc.

Otra fecha clave es la primavera de 1972. Se desarrolla en Rimini una gran Conferencia Nacional organizada por la Federación CGIL-CSIL-UIL que representa el momento más álgido y unitario del movimiento sindical italiano sobre el tema del ambiente de trabajo y en la que salen nuevas estrategias de lucha contra la nocividad y se adoptan los nuevos instrumentos de gestión: *delegados de grupo homogéneo* y consejo de delegados.

El CRD crea la revista *Rassegna di medicina dei lavoratori* (en el período del CRD unitario pasaría a llamarse “Medicina dei lavoratori”). Este fue otro hecho fundamental en la consolidación y extensión del modelo sindical. La revista pasa a convertirse en un referente para los trabajadores, sindicalistas, políticos y para la propia comunidad científica. Por primera vez aparece el concepto “medicina de los trabajadores”, lo que supone un salto cultural de primera magnitud que permite ir de la salud en el trabajo a la salud de los trabajadores. Años más tarde la Directiva Marco volvió a recluir el tratamiento del tema entre las estrechas paredes de centros de trabajo, llenos de trabajadores precarios, inmigrantes, de contratas...donde ni ya puede hablarse de medicina del trabajo; menos aún de los trabajadores.

6. Conclusiones

Esta reconstrucción histórica del desarrollo del modelo sindical para el control de la nocividad tuvo lugar en el interno de la CGIL y en particular en la Cámara del Trabajo de Turín en los años 60, poniendo en evidencia los pasajes más significativos del proceso de “non delega”. Se ha intentado dar la justa importancia a un modelo que representó un ejemplo original de cómo el sindicato puede gestionar la defensa de la salud de los trabajadores.

El valor de este modelo reside en la no delegación, esto es, en el convencimiento de los trabajadores de dotarse de los instrumentos técnicos y culturales autónomos para sostener la validez de sus reivindicaciones. La no delegación significó un nuevo tipo de relación de los trabajadores con los empresarios, con los médicos, con los técnicos, con las instituciones, e incluso con el sindicato. La no delegación representa la forma de legitimación más alta de cualquier reivindicación sindical.

La reconstrucción de esta experiencia pone de manifiesto el papel del grupo homogéneo, del delegado y del consejo de fábrica como representantes de todos los trabajadores, independientemente de su pertenencia a un sindicato.

El sujeto principal del modelo es el grupo obrero interesado y homogéneo respecto a la exposición a condiciones de nocividad.

Por ironías de la suerte, cuando el sindicato estuvo a punto de tomar la hegemonía y dotarse de un modelo, vino a final de los 70 el período de crisis y de pérdida de la centralidad política y de la hegemonía social y los sindicatos abandonaron el modelo y el método influyendo en sus crisis sucesivas.

Este modelo de intervención sindical tiene sus límites.

La nueva normativa europea hace un llamamiento a la participación de los trabajadores a través de la nueva figura de Representante de los Trabajadores para la Seguridad; pero el resultado de su aplicación ha resultado poco eficaz.

¿Qué se ha perdido, qué se ha dejado en el camino respecto al modelo que el sindicato había construido en los años sesenta?

Sustancialmente falta lo que Ivar Oddone en el Congreso nacional de la CGIL de 1969 había indicado como condición necesaria para garantizar la tutela de la salud de los trabajadores, esto es, la asunción por parte de los propios trabajadores de la responsabilidad en la defensa de su salud. La “non delega” y la “validazione consensuale” representó un buen ejemplo de asunción de dicha responsabilidad.

La normativa comunitaria prevé los instrumentos para actualizar el modelo sindical aquí descrito.

Falta que los sindicatos se propongan crear una cultura y un modelo autónomo en los tiempos de la globalización.

7. Bibliografía general

- A. ACCORNERO, *Gli anni 50 in fabbrica*, Bari De Donato, 1973.
- A. ACCORNERO, *Problemi del movimento sindacale in Italia 1943-1973*, Milán Feltrinelli, 1976.
- A. BALLONE, C. DELLAVALLE, M. GRANDINETTI, *Il tempo della lotta e dell'organizzazione- Linee di storia della Camera del lavoro di Torino*, Milán, Feltrinelli, 1992.
- G. BERLINGUER, *La salute nelle fabbriche*, Bari, De Donato Editore, 1969.
- G. BERLINGUER, *Storia e politica della salute*, Milán, Franco Angeli, 1991.
- G. BIANCHI E G. LAUZI, *I metalmeccanici -documenti per una storia della FIOM*, Bari, De Donato 1981.
- E. P. BONI, V. FOA, E. PUGNO, *Sindacato e fabbriche nella svolta del '55*, Roma, ESI, 1977.
- L. CAMPIGLIO, *Lavoro salariato e nocività*, Bari, De Donato 1976.
- F. CARNEVALE, G. MORIANI, *Storia della salute dei lavoratori*, Verona, Edizioni librería Cortina Verona, 1986.
- F. CARNEVALE, A. BALDASSERONI, *Mal da lavoro-Storia della salute dei lavoratori*, Bari, Laterza, 1999.
- G.P. CELLA, B. MANGHI, P. PIVA, *Un sindacato italiano negli anni sessanta, la FIM CISL dall'associazione alla classe*, Bari, De Donato 1977.
- S. COLARIZZI, *Storia dei partiti nell'Italia repubblicana*, Bari, Laterza 1997.
- V. FOA, *Sindacati e lotte operaie 1943-1973*, Turín. Loescher 1980.
- O.G. GHIDINI, M. AZZALINI, *Nozioni generali sull'infortunio e sulla prevenzione*, Roma, E.N.P.I., 1967.
- A. GRIECO, P. A. BERTAZZI (a cura di), *Per una storiografia della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Roma, ISPESL, 1997.

- D. LANZARDO, *La rivolta di piazza Statuto*, Milano, Feltrinelli, 1979.
- G. MARRI, I. ODDONE, *L'ambiente di lavoro*, Roma, ESI, 1967
- G. MARRI, I. ODDONE ed altri, *Ambiente di lavoro e sindacato*, Roma, ESI, 1974.
- G. MARRI, I. ODDONE ed altri, *Ambiente di lavoro -la fabbrica nel territorio*. Roma, ESI, 1980.
- F. MOMIGLIANO (a cura di), *Lavoratori e sindacati di fronte alle trasformazioni del processo produttivo*. Milano, Feltrinelli, 1962.
- L. MORLINO, *Costruire la democrazia*, Bologna, Il Mulino 1991.
- F. MOSCA, M.A. BREVEGLIERI, *Lavoro, salute e azione sindacale in un comparto agricolo*, Torino, Tirrenia Stampatori, 1994.
- M. PALLA (a cura di), *Lo Stato fascista*, Milano, La Nuova Italia, 2001.
- E. PUGNO Y S. GARAVINI, *Gli anni duri alla FIAT*. Torino, Einaudi 1974.
- S. ROGARI, *Sindacati e imprenditori*. Firenze, Le Monnier 2000.
- G. SILEI, *Welfare State e socialdemocrazia*, Manduria, Placaita, 2000.
- B. TRENTIN, *Il sindacato dei consigli- intervista di B. Ugolini*, Roma, Editori Riuniti, 1980.

Capítulo 3

El modelo obrero en España

Ángel Cárcoba

*La única lucha que se pierde
es la que se abandona*

E. Che Guevara

En todo proceso de reconstrucción de la memoria se corre el riesgo de que la historia le descoloque a uno y no acierte a interpretar los acontecimientos. El análisis de cómo se transfirió a España el modelo obrero italiano viene determinado por las vivencias personales y por el papel de cierto protagonismo que me tocó jugar desde un sindicato recién nacido a la legalidad. Admito de antemano la subjetividad y el papel protagonista que le concedo a las Comisiones Obreras en este proceso. Así lo viví y así lo cuento.

El punto de partida se sitúa a fines de 1977. Los sindicatos acababan de ser legalizados. Las prioridades se centran en la consolidación de la democracia tras 40 años de dictadura. Las condiciones de trabajo venían determinadas por una legislación fascista y por unas instituciones totalmente desacreditadas ante los trabajadores. La Inspección de Trabajo, las Mutuas, los médicos de empresa, el Plan Nacional-INSHT, las magistraturas del trabajo eran vistos por los trabajadores como aliados de la empresa. Era una etapa de denuncia, de no intervención directa, de ausencia de información, formación y conocimientos sobre riesgos y daños. Contexto dominado por una cultura basada en un incremento y garantía de los salarios, transformando los factores de riesgo en compensaciones

monetarias o pluses. El marco normativo era arcaico con una Ordenanza General de 1971; el Régimen Jurídico de los Servicios Médicos de empresa databa de 1959 y la normativa sobre valores límites (TLV) o concentraciones máximas permisibles, de 1961.

Unas tasas de siniestralidad laboral escandalosas con más de 2.200 trabajadores muertos cada año. Todo ello provocaba una demanda y respuesta por parte de los sindicatos fundamentalmente asistencial, de reparación, rehabilitación y compensación del daño causado. Se consideraba que el riesgo era inevitable, solo compensable. La prevención era inexistente.

Para ello CC.OO. contaba con despachos de “abogados laboristas” con la colaboración de grupos de médicos encargados de realizar informes y peritaciones judiciales. Yo creo que este fue el germen de la salud laboral como concepto político en España. Por que fueron estos grupos de abogados y médicos de Barcelona y Madrid fundamentalmente, quienes hicieron las primeras elaboraciones teóricas sobre estrategias en salud pública y salud laboral.

En enero de 1978 este grupo de expertos, junto a dirigentes sindicales de CC.OO. presentó a la opinión pública un documento excepcional bajo el título “Índices epidemiológicos de Salud Laboral”¹. Por primera vez

¹ “Índices epidemiológicos de salud laboral”. Pedro San José, Angel Cárcoba y otros. Este documento se compone de 32 páginas divididas en cuatro capítulos. El primero hace un “análisis crítico de las estadísticas de siniestralidad laboral”. El segundo se refiere a un “análisis de los índices sobre salud laboral” (indicadores). El tercero se dedica a la “problemática de las enfermedades profesionales”.(aconsejable para los desmemoriados). El cuarto llevaba por título “Equipamiento sanitario para mejora de la salud laboral”, para terminar con un decálogo de propuestas. El análisis de indicadores de salud laboral (puntos II y III) se centra en el ocultamiento escandaloso de las enfermedades profesionales y se hacen propuestas de “modificación de un nuevo cuadro que contemplen las enfermedades de la fatiga, las alteraciones osteomusculares, la artrosis por sobrecarga la psicopatología laboral y todo tipo de afecciones que no teniendo una consideración legal, una mayoría de técnicos consideran que el trabajo es un factor importante en su etiopatogenia”. En este informe de 1977 se decía: “dos calificativos pueden servir para caracterizar nuestro sistema sanitario en relación a los problemas de salud de los trabajadores: marginación e incapacidad....se estima que la capacidad diagnóstica del sistema sanitario respecto a las enfermedades profesionales es del orden del 10% en comparación con la media de los países de la OCDE, mientras la capacidad de identificar relaciones entre trabajo y causas de muerte no supera el 1% de los casos reales.” Desgraciadamente la realidad no ha cambiado demasiado, pues seguimos sin saber de qué enferman y mueren los trabajadores de nuestro país, ya que solo se reconoce una enfermedad profesional mortal por año.

aparece el concepto de salud laboral como parte de un modelo integrador de la salud de los trabajadores dentro de las políticas de salud pública. Fue el documento -diagnóstico en el que se basó CC.OO. para elaborar sus primeros planes y estrategias y las ponencias sobre condiciones de trabajo de sus primeros Congresos². Para su desarrollo era necesario crear una estructura organizativa.

En otoño de 1977 las Comisiones Obreras de Madrid incorporan a su Gabinete Técnico un área de salud laboral. Es la primera organización obrera que crea una estructura de asesoramiento, de formación e información y de investigación sobre condiciones de trabajo y salud, con una demanda que superaba todas las previsiones. Grupos de médicos y sociólogos no daban abasto para atender a comités de empresa, a trabajadores y ciudadanos que asistían en calidad de pacientes. Para hacernos una idea, entre 1978 y 1980 tenemos datos de más de 300 comités de empresa que pasaron por el sindicato (asesoramiento colectivo en salud laboral) y varios miles de trabajadores que requerían asesoramiento médico individual.

Con estos antecedentes hubo que recurrir a las fuentes del conocimiento: Estados Unidos, Alemania, Suecia, Dinamarca, Canadá, Italia... Y aplicamos los referentes técnico- legales que se utilizaban en dichos países. Un grupo de expertos de la ACGIH o el NIOSH de Estados Unidos, nos fue alimentando de los últimos avances de la ciencia y de la técnica en salud y seguridad. Todos los años nos enviaban el nuevo listado sobre TLVs o Valores Límite e Informes científicos sobre la materia.

Al mismo tiempo acudimos al conocimiento de las experiencias sindicales más avanzadas y nos encontramos con un modelo y una metodología que nos resultó muy atractiva. Viajamos a Italia y conocimos sobre el

² Primer Congreso Confederado de CC.OO. Ponencias. *Gaceta de Derecho Social* nº 83, capítulo V: "Condiciones de trabajo". Podemos encontrar conceptos como "eliminación de riesgos, limitación de los tiempos de exposición a riesgos graves, establecimiento de Planes de prevención, exigencias de una nueva norma, participación en las instituciones relacionadas con la materia y reconocimiento de los derechos de los trabajadores y sus representantes.

terreno el Centro de Investigación y Documentación de Riesgos y Daños (CRD) de las Confederaciones CGIL-CSIL-UIL, la escuela de formación de la CGIL situada en Ariccia, la Fiat de Mirafiori (Torino) y las Unidades Sanitarias locales de base sobre todo en la Emilia Romagna, la Clínica del Lavoro de Milán. Y conocimos a extraordinarios compañeros como Gastone Marri, Sandra Gloria, Ivar Oddone, Claudio Stanzani, Antonio Grieco, Giovanni Berlinguer y un largo etcétera. Se produjo un intercambio muy intenso de conocimientos y experiencias que resultó fundamental para el desarrollo del “modelo obrero italiano” en España y que rápidamente se expandió por las grandes empresas. Los elementos fundamentales del modelo descrito en los capítulos anteriores pasaron a formar parte de los contenidos de formación sindical y de los Convenios Colectivos.

Según figura en un informe titulado “Condiciones de trabajo de la clase obrera madrileña³”, entre enero de 1979 a septiembre de 1982, el modelo obrero se había aplicado, aunque de forma muy diversa, en 226 empresas.

1. Conocer para intervenir, intervenir para transformar

Para superar la etapa de demanda médico-asistencial, de delegación y denuncia por parte de los trabajadores y para conseguir que éstos fueran protagonistas activos en la defensa de su salud, entendimos que era fundamental la autonomía en el conocimiento, y a partir de aquí ir hacia la hegemonía compartida.

Era necesario llegar a un consenso entre el saber experto y el conocimiento profano que concede la experiencia obrera.

En 1978 el Gabinete de Salud Laboral de CC.OO. publica un Informe que dio lugar a intensos debates sobre ciencia, técnica y movimiento

³ “Condiciones de trabajo de la clase obrera madrileña”. USMR- febrero/1983. Este Informe analiza las principales formas de enfermar y morir de los trabajadores en España y servirá como documento base para los debates sobre estrategia sindical por parte de la dirección del sindicato.

obrero⁴. En las conclusiones de dicho informe se decían entre otras cosas: “ En el campo de la salud laboral, a partir del momento en que se impone la realidad abrumadora de una patología que nace de la organización del trabajo, de la alienación, de la explotación ambiental, de la descomposición social, en suma de todo lo que sea acto, forma y materia de explotación del hombre por el hombre, la ciencia misma está obligada a proclamarse a favor de los más desfavorecidos. No se le concede más neutralidad ni inocencia... Los trabajadores deben apropiarse de los conocimientos científicos, han de ser capaces de crear técnicas al servicio de sus derechos...”

Los trabajadores y sus sindicatos deben reconocer a los técnicos su función como portadores de un conocimiento científico indispensable... Y los técnicos deben reconocer en los trabajadores el rol protagonista en esa lucha que permita romper el tradicional divorcio entre el conocimiento científico y su aplicación... El trabajo intelectual encontrará cada ve un uso social de sus resultados en uno de los lugares fundamentales del conocimiento y la investigación: el centro de trabajo...”

Aún desconocíamos el concepto de validación consensual del modelo obrero. Estábamos recién legalizados.

Para hacer efectivo el derecho a conocer, CC.OO. publica más de cien trabajos entre 1978-1980, haciendo visibles una serie de patologías relacionadas con el trabajo, invisibilizadas por los poseedores del conocimiento.

En 1979, el nivel de intercambio de experiencias y conocimientos con los sindicatos italianos era intenso. Como resultado se publica una guía práctica de salud laboral bajo el título *Condiciones de trabajo y salud*, con una primera edición de 25.000 ejemplares que se agotaron en unos meses.

⁴ “Aporte para una discusión a cerca de la relación entre ciencia, técnica y movimiento obrero”.- Mario Epelman. Gabinete de Salud Laboral de CC.OO. Revista *Técnicos, Profesionales y Cuadros (TPC)* Madrid/1978.

Esta guía ya contenía los principales instrumentos metodológicos del modelo obrero que se resumía en seis capítulos:

1. Valor e importancia de la experiencia y conocimiento de los trabajadores.
2. Cómo conocer el ambiente de trabajo. Basado en los grupos de factores de riesgo del modelo italiano.
3. Concepto de riesgo, de salud y de daño
4. Cómo actuar ante un riesgo
5. Papel de las instituciones públicas sobre salud laboral
6. Recomendaciones prácticas.

Esta guía sirvió de base para los cursos de formación, de asesoramiento y de intervención en las empresas entre 1979 y 1985, en que se publican más de 100.000 ejemplares de “Metodología Sindical de análisis de las condiciones de trabajo” y sobre “Mapa de riesgos”, como puede verse al final de este capítulo.

2. Consolidación y desarrollo del modelo obrero

1980 es el año de la consolidación del modelo. Para ello fue fundamental la celebración de las I Jornadas Sindicales sobre “Ambiente de trabajo y calidad de vida⁵”. Se dedica un día entero al conocimiento y debate de la experiencia sindical italiana contando como ponentes a Gastone Marri e Ivar Oddone. No éramos conscientes del privilegio que suponía tener entre nosotros a estas personas. Lo cierto es que este encuentro fue decisivo para el desarrollo del modelo de forma sistematizada en una serie de empresas, bien es cierto que casi todos grandes centros de trabajo como Iberia, Ensidesa, SKF, Bazán, CASA, ERT, RENFE, Solvay, Intelsa, Metro-Madrid... (ver “experiencias de participa-

⁵ Confederación Sindical de CC.OO-USMR. “I Jornadas Sindicales sobre Ambiente de trabajo y calidad de vida”. Madrid, 28-29 de Marzo de 1980.

ción...”). El otro gran tema de las Jornadas fue el debate sobre “ecología y movimiento obrero” contando como ponentes a personas de la talla de Manuel Sacristán, Paco Fernandez Buey o Miguel Gil. Es bueno recordar el contenido y nivel de los debates que teníamos en 1980 en el sindicato. El modelo obrero planteaba entre sus prioridades la relación fábrica –territorio; como ir del mapa de riesgos en la empresa al mapa de riesgos en el territorio y la relación entre el rojo y el verde.

Es a partir de 1980 cuando se configura una estrategia sindical basada en un modelo, en una metodología y en una estructura organizativa. Así consta en varios documentos y Resoluciones aprobadas por los máximos órganos de dirección del sindicato. Destaca sobre todo el “Documento Público de CC.OO. sobre Salud Laboral” aprobado por el Secretariado Confederal el 28/10/1985.

Se reafirman los principios de “La salud no se vende, ni se delega se defiende”, el derecho a saber, disputa al empresario la organización del trabajo, el desgaste, el sufrimiento y la subjetividad adquieren un valor fundamental en prevención, autonomía en el conocimiento...”. El sindicato entiende que la subjetividad y el sufrimiento forman parte de lo más digno del ser humano en su condición de trabajador.

El sindicato es invitado a participar en diversas actividades universitarias, y científicas consolidándose una estrecha relación con disciplinas académicas como sociología del trabajo, psicología, ergonomía, medicina del trabajo, higiene industrial, derecho del trabajo.

Sindicalistas y expertos de CC.OO. recorren prácticamente todas las Universidades españolas. Los cursos de verano abren también sus puertas a la salud laboral.

Se desarrollan diversas investigaciones basadas en la aplicación del modelo y método. Todo ello contribuye a convertir a CC.OO. en un referente en salud laboral en la década de los 80.

3. Modelo obrero y negociación colectiva

Otro elemento fundamental del modelo obrero en España fue el servir de orientación para la negociación colectiva y acuerdos institucionales que ayudaron a superar los estrechos márgenes de la Ordenanza General y normativa concordante.

En 1983 el Gabinete de Salud Laboral de CC.OO. hace público un extenso informe sobre salud laboral y negociación colectiva⁶.

Del análisis de diversos convenios de ámbito estatal, provincial y de rama se llega a las siguientes conclusiones:

- “Ni Leyes ni convenios contienen modalidades operativas que permitan a los trabajadores ser protagonistas del control de las condiciones de trabajo.

- El 97% de los Convenios se limitan a exigir el cumplimiento de la normativa vigente.

- Se reclama un mayor protagonismo de la Inspección de Trabajo

- El 23% de los convenios contiene apartados específicos sobre ropa de trabajo y pluses de toxicidad, penosidad y peligrosidad.

- La mayoría de los convenios se caracterizan por el reconocimiento de la objetividad de los procesos productivos y de la neutralidad de la ciencia y de la tecnología, con el consiguiente reconocimiento de la aptitud del trabajador para trabajar en condiciones de riesgo, como un elemento de profesionalidad.

- En el 85% de los convenios, la seguridad e higiene aparece como una obligación del trabajador y en ninguno aparece dentro de un capítulo sobre derechos a la salud y seguridad o como obligación del empresario”.

Ante este diagnóstico se acuerda poner en marcha una serie de propuestas que modifiquen la situación legal, institucional y de democracia en la empresa.

⁶ Ángel Carlos Cárcoba. “Salud Laboral y negociación colectiva”. *Gaceta Sindical*, nº 23/1983 (págs. 36-39).

Hay un importante acuerdo con la Inspección de Trabajo y el INSHT sobre criterios a seguir en materia de salud laboral.

Entre 1980-83 se firman varios convenios que marcan una tendencia totalmente novedosa, basada en la no monetarización de la salud, ampliación de derechos de los trabajadores y sus representantes, etc. Se asiste a una propuesta cultural alternativa. El eslogan “La salud no se vende, ni se delega se defiende” pasa a formar parte de carteles, tripticos, guías... y se concreta en algunos Convenios piloto; a saber:

1.- Convenio estatal de Químicas⁷. Introduce un método de análisis y orden de prioridades de actuación: “los riesgos se prevendrán evitando su generación, emisión, transmisión, y solo en última instancia se utilizarán los medios de protección personal”.

- Fija plazos para la desaparición de puestos de trabajo con riesgos graves

- Establece la obligatoriedad de un registro de datos ambientales y sanitarios bajo el control de las partes firmantes.

- Obligatoriedad de las empresas filiales con matriz extranjera de mantener idénticos niveles de seguridad que en sus países de origen.

- Un amplio artículo sobre derechos de información, formación y participación.

- Formación de un Comité Mixto paritario para el seguimiento y control de lo firmado.

Las enseñanzas del modelo obrero estaban dando sus frutos.

2.- Convenio estatal de Telefónica. “Se concede prioridad a la prevención de riesgos fijando planes, programas, presupuestos a tal fin”.

- “Derecho a la información y formación con horas específicas.

⁷ El Convenio General de la Industria Química se firma en Madrid el día 30 de octubre de 1978 entre FEIQUE por parte patronal y CC.OO. y UGT por las organizaciones sindicales. Hay todo un capítulo (el IX a salud laboral).

- Los técnicos de las centrales sindicales podrán acceder al interior de los centros de trabajo.

- Los miembros de los comités de seguridad e higiene gozarán de los mismos derechos y garantías sindicales que los miembros de los comités de empresa.”

3.- Convenio estatal de IBERIA. Lo más destacable de este Convenio en materia de salud laboral se refiere a cláusulas sobre nuevas tecnologías. Se establecen controles ambientales y sanitarios por grupos homogéneos iniciándose con los trabajadores de terminales de carga y descarga, y los expuestos a ruidos en reparación de aviones y en los trabajadores de pista. Se permite al sindicato realizar un estudio sobre alteraciones musculoesqueléticas dando como resultado una mejora sustancial de las condiciones de trabajo. El resultado de dichos estudios da lugar también a la edición de guías sobre esfuerzos y posturas en el trabajo, el ruido, etc. Publicadas por el INSHT.

4.- Convenio estatal de Vidrio y Cerámica. Concede el derecho a realizar investigaciones propias. Se reconoce el derecho a saber: “ los trabajadores serán informados sobre los riesgos inherentes a la producción y sobre el resultado de la vigilancia médica...”

5.- Convenios provinciales de la Construcción de Vizcaya y Madrid. Se rebaja a 30 el número de trabajadores para formar comités paritarios de seguridad e higiene. Se conceden horas sindicales a los miembros de estos comités con derechos a toda información sobre riesgos y daños . Dispondrán asimismo de un registro de datos ambientales y a realizar asambleas informativas.

6.- Convenio de empresa Bazán. Afecta a todas las factorías de la empresa. Se firma un Plan o reglamento interno de tal importancia que es recogido por los medios de comunicación como *El País*⁸ en los siguientes términos:“ El comité de seguridad e higiene de la empresa nacional

⁸ *El País*, 4 de octubre de 1982.

Bazán, que cuenta con cerca de 13.000 trabajadores, ha firmado un nuevo reglamento con importantes innovaciones dentro del campo de la salud laboral. Entre los frutos de siete meses de negociación destaca la implantación de una cartilla de riesgos y daños para cada uno de los operarios. En ella se recogerá el trabajo exacto que realiza cada empleado, material que utiliza, cercanía y riesgo de cualquier producto tóxico, así como su estado de salud.

El reglamento crea también la figura de un servicio de higiene industrial y de medicina preventiva. A tal efecto se contratarán un químico y un médico. El comité de seguridad nacional será potenciado y tendrá la facultad de ordenar, parar -según el artículo 10- cualquier trabajo que considere peligroso. Un Comité Intercentros recorrerá los astilleros que la empresa tiene en Cartagena, Cádiz y Ferrol con el fin de comprobar el cumplimiento de los acuerdos firmados”.

La firma de este acuerdo se produce tras varios meses de negociación siguiendo las orientaciones de CC.OO. basadas en el modelo obrero italiano.

7.- Plan de seguridad e higiene de ENSIDESA. En 1979 los sindicatos y la dirección de Ensidesa firman un Plan con una duración de cinco años con los siguientes aspectos más relevantes:

- Participación sindical en la elaboración y ejecución del Plan.
- Normativa interna de los vocales de los comités de salud donde se establece que no habrá límite de horas en el desempeño de sus competencias.
- Norma interna para la elección de técnicos de seguridad sin discriminación de categorías.
- Formación de todos los trabajadores.
- Creación de 50 comisiones de seguridad de instalación o taller, que supone 350 representantes elegidos por sufragio universal con las mismas competencias y funciones que los comités de seguridad. Se pasa de cinco representantes por cada centro (un total de 15) a 350. Juan Menéndez

Moreno, miembro del Comité de empresa y de seguridad e higiene explicaba los beneficios del Plan de la forma más gráfica: “Ensidesa es como una gran vaca y el comité de seguridad e higiene anterior al plan era como una mosca que la vaca se deshacía de ella con el rabo fácilmente. A partir de la creación de 50 Comisiones de Seguridad y 350 representantes, la gran vaca ya no podía deshacerse de tantas moscas y debía andar en la dirección que éstas le indicaran⁹”.

- Realización de mapas de riesgos de cada factoría.

8.- Protocolo de acuerdo sobre renovación tecnológica en el diario El País. El 24 de febrero de 1981, tras casi un año de negociaciones, se firma un Protocolo sobre prevención de riesgos derivados de la implantación de nuevas tecnologías y lucha contra el ruido en las rotativas¹⁰.

Se trata posiblemente de la experiencia más innovadora que garantizaba un derecho efectivo a la salud en el trabajo. Los trabajadores y sus representantes pasan a ser verdaderos protagonistas en la defensa de su salud. Los trabajadores gozarán de las siguientes garantías:

- “No podrá ser obligado a trabajar en videoterminals el personal cuyos defectos visuales recomiendan su exclusión a juicio del Comité de Seguridad e Higiene en base a los informes médicos preceptivos. En caso de disconformidad se someterá la decisión al arbitraje de un facultativo elegido por ambas partes.

- Las embarazadas tendrán derecho a dejar de prestar sus servicios en caso de riesgo, en cuyo caso serán trasladadas a otro departamento. Finalizado el período de maternidad, podrán volver a su trabajo habitual.

- Los trabajadores de videoterminals dispondrán de descansos no acumulables de 10 minutos por cada hora de trabajo.

⁹ Juan Menéndez M. Intervención en las I Jornadas Sindicales sobre ambiente de trabajo y salud. Madrid 28-28 de Marzo de 1980. Ver también en *Gaceta Sindical* nº 19/1982 un trabajo suyo titulado: “El Plan de Seguridad en Ensidesa”.

¹⁰ Carlos Montejo. “La experiencia de EL PAÍS en la implantación de videoterminals y la lucha contra el ruido en las rotativas”. II Jornadas Confederales de Salud Laboral. Madrid, noviembre de 1985.

- Se establece un plan de vigilancia médica.
- Todos los gastos médicos que el comité de seguridad e higiene, con sus asesores médicos, considere atribuidos al trabajo y que no sean cubiertos por la Seguridad Social serán satisfechos por al empresa”

En base a este Protocolo, CC.OO. editó una guía sobre trabajo ante pantallas de visualización con una tirada de más de 150.000 ejemplares dirigidos fundamentalmente al sector bancario, oficinas y despachos y de las Administraciones Públicas¹¹.

Estos ocho ejemplos demuestran la importancia que adquirió en España la importación de un modelo prestado por los sindicatos italianos en una época nada fácil para la acción sindical. Estamos hablando de los primeros años de democracia en nuestro país.

Todo es te volumen de trabajos y actuaciones se refleja en normas. Como se ha dicho anteriormente la Ley General de Sanidad (abril/1986) recoge los elementos centrales del modelo obrero en los artículos 21 y 22. Lo más triste es que 21 años después los contenidos de dicha ley siguen esperando su desarrollo.

4. Lo participativo molestaba

El modelo obrero empezó a resultar algo molesto y desde las instituciones y el mundo experto se produce una especie de secuestro para vaciarlo de su contenido político (de poder en las empresas). Se apropian del mapa de riesgos eliminando toda referencia a la participación de los trabajadores. La identificación y la evaluación de riesgos vuelve a ser patrimonio de los expertos. Esta tendencia se consolida definitivamente con la Directiva Marco y su trasposición a la normativa interna de cada país de la Unión Europea.

¹¹ “Pantallas de Visualización: controla tus condiciones de trabajo”. Ángel Cárcoba. Gab. De salud laboral de CC.OO. 1ª edición/1981. 2ª edición 1986. Edición extraordinaria para el sector bancario en 1984.

En España se confundió el mapa de riesgo con mapa de daños. En Cantabria se realiza un estudio de accidentes y enfermedades profesionales en 1984 bajo la denominación de Mapa de riesgos de Cantabria. Algo similar sucede en la Compañía Metropolitana y en la Rioja. En ningún caso se da la condición de participación directa de los trabajadores. Es más un estudio de oficina o laboratorio

El propio INSHT realiza diversos estudios de análisis de riesgos por sectores productivos (textil, madera, calzado...)

Montserrat García publica en 1994 un extraordinario trabajo sobre el tema, aunque algunas cuestiones que plantea me producen ciertas dudas. Llega a distinguir varios tipos de mapas de riesgos afirmando que se trata de un concepto y un método muy flexible. Afirma que “no hay un solo mapa de riesgos, puede haber tantos mapas como instituciones, entidades, organizaciones, grupos o personas decidan hacerlo¹²”. Es decir es un método más y no el método basado en la experiencia obrera, en el conocimiento y participación de los trabajadores para la mejora de sus condiciones de trabajo.

Sigo pensando que el modelo obrero que nace en Italia y se expande por todo el mundo se basaba en una serie de principios y métodos sobre los que existe un amplio consenso:

Los principios se refieren a la hegemonía y protagonismo de los trabajadores, al valor de la experiencia obrera, a la no monetarización, a la no delegación y a la validación consensual. Y como métodos el mapa de riesgos y los sistemas de información y registros y los grupos homogéneos.

- El *mapa de riesgos* es la representación gráfica de una de las partes o de todo el proceso productivo de una determinada empresa, donde se

¹² M^a Montserrat García Gómez. “Los Mapas de Riesgos, concepto y metodología para su elaboración”. *Rev. San Hig Púb*, n^o 4, Vol. 68.- Julio-agosto/1994 (págs 443-453). Montse García define el concepto Mapa de Riesgos como “cualquier instrumento informativo que permita conocer los factores de riesgo y los probables daños en un ambiente de trabajo”.

registran los factores de riesgo, en qué cantidad están presentes y cuales son sus efectos.

- Por *validación consensual* se entiende el criterio consensuado entre trabajadores y técnicos sobre el nivel de aceptabilidad de determinadas situaciones de riesgo y sobre las medidas preventivas a adoptar.

- A los *grupos homogéneos* se les define como la menor unidad social del trabajo existente en una empresa, donde los trabajadores están sometidos a idénticas condiciones resultantes de la organización del trabajo.

- La *no delegación* significa ante todo el convencimiento de los trabajadores y sus representantes de no entregar a nadie el control de sus condiciones de trabajo, ni ceder las responsabilidades y derechos que le son propios¹³.

Estos principios y métodos no tienen nada que ver con la evaluación de riesgos consagrada por la Directiva Marco. El protagonismo del modelo obrero con sus principios y métodos propios reside en los trabajadores y sus representantes. En el caso de la evaluación de riesgos es el “experto acreditado” (mercader) el que ostenta todo el protagonismo, decidiendo donde haya riesgo y donde no.

A la luz de lo expuesto y lo vivido, sigo pensando que los años 80 fueron muchos más ricos en activismo y participación directa de los trabajadores que los tiempos actuales. No llego a comprender los motivos por los que con mejores normas, con más recursos técnicos y económicos las condiciones de trabajo presentan un balance tan preocupante. Frente a una conciencia colectiva representada por el “nosotros”, se yergue un “yo” escindido que no le queda otra opción que delegar. Y no tendría por qué ser así.

Una muestra del desprecio de parte de la casta de expertos en salud laboral por el modelo obrero lo encontramos con motivo de la muerte de Gastone Marri, inspirador del mismo.

¹³ Ángel Cárcoba. “De la seguridad e higiene a la salud laboral”, capítulo I del libro *Democracia Desigualdad y Salud: el malestar de la globalización*. Ed. La Lucerna. Palma de Mallorca, 2003.

Envié a diversos medios y revistas especializadas una reseña “in memoriam” sobre la vida y obra de Gastone Marri. Un boletín sindical le dedicó una línea a pie de página. Lamentable los efectos de la desmemoria histórica o del desconocimiento. Lo mismo ocurrió con la revista *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. Su directora, Ana García no consideró oportuno insertar ninguna referencia sobre la muerte de Gastone Marri bajo el siguiente argumento: “ Las aportaciones de Marri al movimiento obrero y a la lucha sindical en defensa de la salud de los trabajadores son incuestionables, pero me temo que Archivos no es el lugar indicado para publicar la reseña que nos has enviado” (e-mail 28/08/06).

Efectivamente, después de tantos años había comprendido lo que me enseñaron los maestros Oddone, Marri, Berlinguer y Grieco. Como bien dice Annie Thebaud, “en el reino de los expertos, los saberes profanos, el conocimiento detentado por los trabajadores, no tiene legitimidad”.

Frente al poder de los nuevos gurús y expertos en riesgología, sigo estando cada vez más de acuerdo con Foucault cuando afirma: “la insurrección de los saberes profanos, de los saberes sometidos, saberes locales de la gente, saberes descualificados mediante los que opera la crítica, inspira nuestra escucha, permitiéndonos constatar que podemos construir colectivamente un discurso, unos valores y una vida diferentes”¹⁴.

5. Bibliografía¹⁵

ASESORÍA DE SALUD LABORAL DE CC.OO. DE MADRID: “Condiciones de trabajo y salud: Guía práctica”. USMR/ 1979.

PILAR DOMINGUEZ. JOSÉ IGNACIO CASAS. *Introducción a la psicología del trabajo*. Pablo del Río Editor/1979.

¹⁴ Los párrafos de A. Thebaud y Patrick Herman, así como el de Foucault están recogidos de “El Malestar de la Globalización”.- A. Cárcoba. Ed. La Lucerna. Palma de Mallorca/2003.

¹⁵ Se omiten las referencias bibliográficas relativas a Italia, por haber sido citadas profusamente en otros capítulos. El presente listado pretende resumir las publicaciones que considero más importantes en España sobre el modelo obrero.

IX CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA, Higiene y Seguridad del Trabajo. Libro de actas. Tomo II, pág. 593. Palma de Mallorca/1980.

I JORNADAS SINDICALES sobre “Ambiente de Trabajo y Calidad de Vida”. Conf. Sindical de CC.OO- USMR. 28-29 de Marzo/1980.

MIGUEL MERINO, JORGE GRASA, ROBERTO DONALISIO Y OTROS: “Estudio sobre condiciones de trabajo y su correlación con las alteraciones de la salud en un laboratorio químicofarmacéutico.” Federeación de Químicas de CC.OO. Ed. INSHT, Madrid/1982.

CÁRCOBA ALONSO A. “Participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales: análisis comparativo entre Francia, Noruega, Italia y España.”. *Gaceta Sindical* nº 28. Madrid/1984.

BERLINGUER G. “Salud y Trabajo”. Ponencia II Jornadas de Salud Laboral, condiciones y medio ambiente de trabajo. CCOO., 27-29 de Noviembre/1985.

MARSET CAMPOS P. Protagonismo de la salud de los trabajadores en la salud de la población: la Ley General de Sanidad”. Ponencia II Jornadas de Salud Laboral, condiciones y medio ambiente de trabajo. 27-29/11/1985.

CASTILLO J.J. “Las nuevas tecnologías y las condiciones de trabajo” II Jornadas (anteriormente citadas).

GENERALITAT VALENCIANA. DG salud. Programa nº 1. “Mapa de riesgos laborales”. Valencia/1985.

OBREGÓN CAGIGAS P. “Mapa de riesgos de Cantabria”. INHSH. Madrid/1984

DONALISIO R. “Confección de mapas de riesgos en la Compañía Metropolitana de Madrid. Propuestas metodológicas”. CMM/1985.

CÁRCOBA ALONSO A. “Metodología sindical de análisis de las condiciones de trabajo”. *Rev. Salud y Trabajo*, nº 57 (págs 18-29). INSHT/Madrid/1986.

CÁRCOBA ALONSO A. “Mapa de Riesgos”. *Rev. Salud y Trabajo*, nº 58 (págs. 551-55) INSHT/Madrid/1986.

CÁRCOBA ALONSO A. “El mapa de riesgos, un instrumento de los trabajadores”, *Gaceta Sindical*, nº 49 Madrid/1987.

“Guía Sindical de Seguridad y salud laboral.” Comisión de Salud Laboral y organización del trabajo de la Comisión Obrera Nacional de Catalunya (CONC). Barcelona/1987.

URBÁN L. M. “Sistema de Información en Salud Laboral (SISL), Información para la prevención sindical”. Documento sobre “estrategias sindicales” CC.OO./1987.

FRAILE A, SOSEL LO, ERANSUS F.J., ET AL. “Mapa de riesgos de la Rioja”. INSHT. Madrid,1987.

CÁRCOBA ALONSO A. “Monetarismo y cultura obrera”. *Gaceta Sindical* n° 60/1988.

FRAILE A. “El mapa de riesgos en el sector de la madera”. INSHT, Madrid.1989

MARCUELLO D. ET AL. “Mapa de riesgos del sector del calzado”. INSHT, Madrid/1990.

GARCÍA GÓMEZ M. “Los Mapas de Riesgos. Concepto y metodología para su elaboración”. *Rev San Hig Púb/1994* . n° 4- julio agosto.

CÁRCOBA ALONSO A. “Trabajador y ciudadano, propuesta sindical sobre medio ambiente”. *El País*, 26/09/1989.

FERNÁNDEZ BUEY F. “Programas sindicales, intereses obreros y reivindicaciones ecológicas en la lucha por un mundo habitable”. *Gaceta Sindical*, n° 73/1989

LAURELL A. C. “ Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción.” III Jornadas de salud laboral y medio ambiente de trabajo. Dpto. Confederal de Salud Laboral. CC.OO. Libro de actas, págs 135-168. Madrid,19-21 de Abril de 1989.

MARTÍNEZ NAVARRO DR.“La epidemiología como instrumento de conocimiento y transformación”. III Jornadas de Salud laboral y medio ambiente de trabajo. Fundación 1º de Mayo. Libro de actas (págs. 187-198). Madrid/1989.

“Modelos de Participación obrera en la mejora de condiciones de trabajo”.- III Jornadas de salud laboral y medio ambiente de trabajo. Mesa redonda. Con la participación de Lázaro Domínguez (CTC-Cuba), Javier Pinilla (UGT-España).



De izquierda a derecha, Jorge Aragón, Giovanni Berlinguer, José María Fidalgo y Pedro Marsé, ponentes de una mesa redonda sobre Salud Pública y Salud Laboral, en el marco de unas jornadas (año 1985).

ANEXO I: MAPA DE RIESGOS. INSTRUMENTO DE ACCIÓN SINDICAL PREVENTIVA*

Introducción

Es parte de una metodología de análisis y es un medio que ayuda a las y los dirigentes sindicales a priorizar sus intervenciones en la mejora de las condiciones de trabajo. Un mapa de riesgos debe permitir la identificación de los riesgos derivados del proceso de trabajo, con especificación de las fuentes, población expuesta y daños potenciales a la salud, con el fin de:

a) Implementar programas de prevención, en función de las prioridades observadas.

b) Permitir un análisis periódico de los riesgos mediante la implantación de sistemas de vigilancia.

c) Evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas.

d) *Conocer para intervenir, intervenir para transformar. (la implementación de programas, los sistemas de vigilancia...deben tener como finalidad la transformación y mejora de las condiciones de trabajo a través de la participación directa de los trabajadores).*

El mapa de riesgos es una fase más de la metodología sindical de análisis de las condiciones de trabajo. Debido a la importancia de este instrumento es importante contribuir a su difusión, debido a su limitado conocimiento.

* Walter Migliónico. Dpto. de Salud Laboral y Medio Ambiente. PIT-CNT (Uruguay), y Ángel Cárcoba, Dpto. de Salud Laboral CC.OO. (España).

Conceptos generales

¿Qué es?

Es el instrumento ,que mediante la representación gráfica de los riesgos, permite localizar y objetivar los factores nocivos en un espacio de trabajo determinado.

¿Para qué sirve?

- Sirve como base para iniciar la discusión concreta entre todos los trabajadores y las trabajadoras.
- Implementar planes y programas de prevención, en función de las prioridades observadas.
- Permitir una identificación, análisis y seguimiento periódico de los riesgos mediante la implantación de sistemas de vigilancia participativos.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas que se adoptan desde la gestión empresarial.
- Mejorar las condiciones de trabajo a través de la participación de los trabajadores y sus representantes

¿Quién lo hace?

Los órganos paritarios de representación existentes en la empresa la empresa con la participación de los trabajadores.

De acuerdo con la Decisión N^o: 584 Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo¹⁶ Artículo 11 inciso b) que en todo lugar de trabajo

¹⁶ Artículo 11: En todo lugar de trabajo se deberán tomar medidas tendientes a disminuir los riesgos laborales. Estas medidas deberán basarse, para el logro de este objetivo, en directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo y su entorno como responsabilidad social y empresarial. Para tal fin, las empresas elaborarán planes integrales de prevención de riesgos que comprenderán al menos las siguientes acciones: a) Formular la política empresarial y hacerla conocer

se deberá...”b) Identificar y evaluar los riesgos, en forma inicial y periódicamente, con la finalidad de planificar adecuadamente las acciones preventivas, mediante sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional específicos u otros sistemas similares, basados en mapa de riesgos; ...”

La elaboración del Mapa de Riesgos deberá ser realizado con la activa y plena participación de todas las trabajadoras y trabajadores.

¿Cómo?

Señalando, con claridad, los riesgos sobre el plano de la disposición del lugar de trabajo, fábrica o sección y con la mención expresa del número de trabajadores y trabajadoras expuestas.

¿Qué riesgos se señalan?

Los que la experiencia histórica de los trabajadores, el Comité de Empresa o los Sindicatos y los representantes de los trabajadores y trabajadoras ante el Comité paritario o mixto de Seguridad y Salud en el Trabajo y el (los) grupos homogéneos acuerden, dando prioridad a los más graves. Los más frecuentes y los que afecten a mayor número de trabajadores y trabajadoras.

¿Qué es un grupo homogéneo?

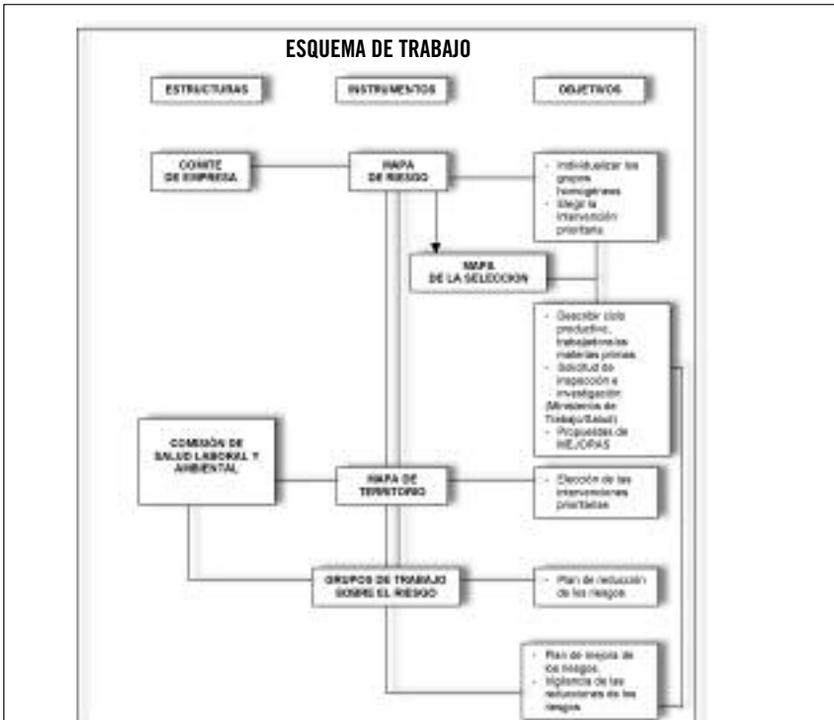
Grupo homogéneo: se conoce como tal a la unión de los trabajadoras y trabajadores inmersos en el mismo ambiente de trabajo y sometidos a las mismas condiciones de trabajo.

a todo el personal de la empresa. Prever los objetivos, recursos, responsables y programas en materia de seguridad y salud en el trabajo; y b) Identificar y evaluar los riesgos, en forma inicial y periódicamente, con la finalidad de planificar adecuadamente las acciones preventivas, mediante sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional específicos u otros sistemas similares, basados en mapa de riesgos.

¿Para qué sirve un grupo homogéneo?

La construcción de grupos homogéneos en los lugares de trabajo nos permite:

- Ver los problemas específicos y comunes.
- Soluciones comunes.
- Proteger.
- *Recuperar la información y conocimientos proporcionados por los trabajadores.*
- *Contrastar los datos objetivos ofrecidos por los técnicos con los datos subjetivos aportados por los trabajadores, previa discusión en el grupo homogéneo.*



¿Con qué método?

Se propone el uso de signos comunes, por ejemplo:

a) Confección de una lista de riesgos, alguno de los cuales están presentes en diversas secciones de la fábrica.

A estos signos, que se corresponden con los cinco grupos de riesgos, se añadirían otros dos:

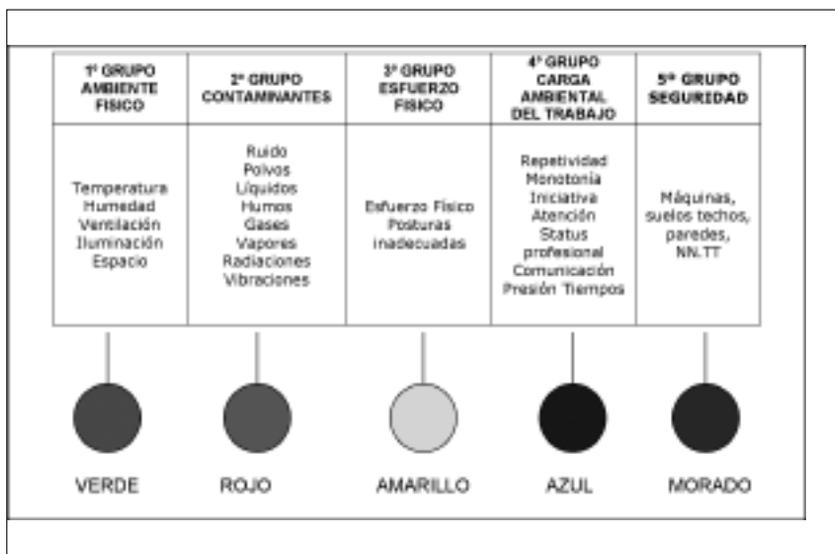
- CANCERÍGENOS.....blanco
- ACCIDENTES.....negro

b) No todos los trabajadores están expuestos a la misma intensidad del riesgo, por lo que se propone el siguiente esquema:

Trabajadores expuestos a riesgo leve.

Trabajadores expuestos a alto riesgo.

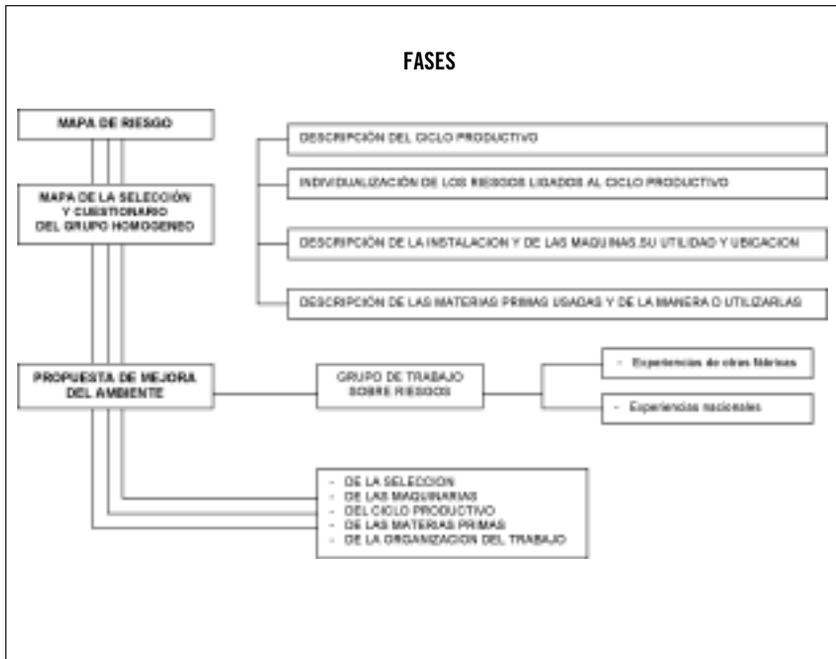
Trabajadores expuestos a riesgo excesivo.



Este método nos dará una idea gráfica, visual, de los puestos donde es prioritaria la intervención.

Los mapas de riesgos deben ser los instrumentos que den respuestas a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué riesgos existen en el lugar de trabajo?
- ¿En qué cantidad?
- ¿Dónde están ubicados?
- ¿Qué los causa?
- ¿Qué daños pueden producir?
- ¿Cuántas y cuáles son las personas expuestas?
- ¿Cómo intervenir y controlar la nocividad ambiental?



¿Quiénes deben participar?

Es necesario insistir que en la confección de los mapas de riesgos han de participar todos las y los trabajadores, describiendo el centro de trabajo completo, las secciones, ciclos productivos, materias primas, quejas de las y los trabajadores, eventuales propuestas de mejora. En este proceso juegan un papel fundamental los grupos homogéneos, es decir, los trabajadores expuestos a los mismos riesgos. Estos grupos deben desarrollar iniciativas que recuperen el saber y la experiencia obrera, a través de cuestionarios, investigaciones, entre otros.

Un ejemplo:

Reproducimos, a nivel de ejemplo, el resultado de una experiencia desarrollada por CC.OO. en una industria del automóvil, basada en la metodología expuesta en el cuadro 1.

CUADRO 1

SECCION Y AREA DE INTERVENCION	Nº TRABAJADORES EXPUESTOS	RIESGOS	Nº TRABAJADORES AFECTADOS	DAÑOS A LA SALUD
Fundición	430	Ruidos humos sílice temperaturas	79	silicosis sorderas alt. cardiovasculares bronconeumopulmo.
Prensa	150	ruidos aceites	15	sorderas neurosis dermatosis
Mecánica motores	182	ruidos humos-gases polvos aceites	12	bronquios pulmón sorderas piel
Oficinas	75	Iluminación temperaturas posturas pantallas visuales	7	fatiga visual alteraciones cuello y espalda. Alteraciones sistema nervioso

El cuadro anterior nos ofrece una radiografía de los riesgos y daños en varias secciones, de una empresa del automóvil (en 1978).

El paso siguiente consistirá en establecer las mejoras a introducir, en función de los criterios ya expuestos de gravedad y difusión de los riesgos, poniendo fechas de cumplimiento a cada propuesta.

A continuación se muestra un ejemplo en el cuadro siguiente:

SEGUIMIENTO DE MEDIDAS CORECTORAS. CONTROL OPERATIVO				
AREA DE INTERVENCION	PROPUESTAS DE MEJORA	FECHA	PLAZO ESTIMADO EJECUCION	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Fundición	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y mantener en buen estado los sistemas aspiración. • Estudio de viabilidad de practicar ligeros canales que favorezcan la limpieza de polvo por vía húmeda, evitando el uso del aire 	Febrero 2006	1 ^{er} semestre 2006	Septiembre 2006
		Enero 2006		Noviembre 2006
			3 ^{er} semestre 2006	
Prensas Oficinas				

Del mapa de fábrica al mapa de zona

En los países de la subregión andina se han incrementado los talleristas, los trabajadores por cuenta propia, los microempresarios y las pequeñas y medianas empresas. En muchas de las cuales no existe organización sindical, sin embargo son lugares de trabajo que presentan condiciones laborales insalubres e inseguras. En tal sentido, un paso adelante del sindicalismo será pasar del Mapa de la fábrica al Mapa de la zona o del territorio local en la cual estamos ubicados.

La interrelación entre fábrica o centro de trabajo y territorio es la base que nos permite ir de la salud en el trabajo a la salud de los trabajadores, allí donde estos se encuentren: domicilio, economía sumergida, población infantil expuesta a riesgos, mujer. Esto requiere una implicación del sistema de salud (áreas de salud o modelo existente en cada país).

EL mapa del territorio debe ser la síntesis de los mapas de riesgos de las fábricas ubicadas en la zona; en él se recogen los riesgos más graves y más prevenibles y su presencia común en las distintas fábricas.

Es, además, un instrumento político para visibilizar las relaciones que producen entre la salud pública de las poblaciones y la salud laboral en los lugares de trabajo en un mismo espacio geográfico. En ese sentido, la utilidad de esta metodología es comprometer a la estructura sindical permanente y, por otro, se constituye en un instrumento de contacto y coordinación entre las distintas unidades productivas

Éstas son cuestiones de fondo, necesarias a toda organización sindical no delegue su salud en los médicos o en los técnicos.

El mapa de zona debe ser construido por la Comisión Ambiental, (definir quiénes componen la comisión ambiental: por ejemplo, representantes sindicales en el territorio, representantes mediomambientalistas, del sistema de salud...) después de haber implicado al Comité de la Empresa en la construcción del mapa de fábrica: debe entenderse que dicho mapa nunca es definitivo, sino que debe ser actualizado y modificado continuamente.

Para entender un cuadro completo de los riesgos presentes en el territorio es necesario además, comprometer a todos los implicados, teniendo en cuenta que muchos riesgos tienen su origen en diversos sectores de la industria. Con este mapa de zona es posible la discusión con los entes locales, ya que se dispondrá de elementos reales para la negociación con los responsables de la salud, de las soluciones adecuadas, con el fin de tener controlada a la población y a las y los trabajadores expuestos a riesgos.

El uso de estos mapas puede permitir abordar la problemática de las empresas más desprotegidas es decir, de la micro y pequeña empresa, que carecen de organizaciones sindicales. Este enfoque de los Mapas de Zonas debe ser construido con la participación de todos los actores comprometidos: gobierno local, centros o servicios de salud, parroquias, empresarios y trabajadores. (no sé si esto responde a lo dicho en la propuesta anterior).

Entre las actividades de esta Comisión Ambiental estarían las de: identificación de fuentes, recopilación experiencia comarcal, censo industrial, perfil de riesgo por áreas de actividad, control de recursos y coordinación de los mismos, formación, información y evaluación.

METODOLOGIA SINDICAL DE ANALISIS DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO.

Angel Carlos CARCOBA ALONSO

Gabinete de Salud Laboral y Medio Ambiente.
Confederación Sindical de Comisiones Obreras.

INTRODUCCION

Es de todos conocido cómo la ciencia y las investigaciones tecnológicas en materia de medicina, higiene y seguridad han tenido un desarrollo muy importante, cómo son ya muchos los riesgos que se han estudiado y para los cuales existen estrategias más o menos eficaces de control. Y, sin embargo, mejoran muy lentamente las condiciones concretas de trabajo, y se cuentan por decenas de millones los que cada año tienen que abandonar forzadamente la vida laboral con el organismo deteriorado por los efectos, los ruidos, el estrés, el asma, los síntomas oncosíndicos, etc.

Así, por ejemplo, frente al problema del ruido se han realizado multitud de investigaciones y estudios fisiológicos que permiten que hoy po-

demos detectar, medir y controlar ambientes altamente ruidosos; no obstante, nuestras empresas siguen sufriendo unos índices de intensidad sonora muy elevados. Lo mismo ocurre con las investigaciones en materia de salud laboral, sabemos cómo detectar una sordera profesional y conocemos las medidas preventivas adecuadas, pero aún son miles y miles de trabajadores los que sufren pérdidas auditivas graves.

Pensamos que solo en la medida en que este cúmulo de conocimientos se socialicen, es decir, que se pongan de modo eficaz al alcance de los trabajadores, podrá resolverse esta contradicción. Los trabajadores son el origen y la meta de todos estos estudios, es su salud la que está en juego, y consecuentemente, son los más interesados en defenderla. Y no sólo es esta razón

la que reclama su protagonismo, la exigencia de los obreros a lo largo de años y años de contacto con los factores de riesgo, la permanencia continuada en ambientes nocivos, la cantidad de molestias y daños que han sufrido y sufren, es también conocimiento, es un saber práctico y muy valioso.

Por otra parte, sabemos que las concentraciones máximas permisibles, los niveles de intensidad sonora aceptados, etc., son valores relativos en el tiempo, no son los mismos hoy que hace diez años, ni serán los mismos mañana. La tendencia apunta hacia una disminución progresiva hasta acercarnos a unos niveles óptimos. La aceleración de esta evolución depende en gran medida de la presión que ejerzan los trabajadores, de su conocimiento y participación en el control de las condiciones de trabajo.

VALOR DE LA EXPERIENCIA OBRERA

La experiencia obrera, redobzada por la psicología del trabajo tradicional como elemento determinante del comportamiento de los trabajadores, y que nosotros reivindicamos, no es otra cosa que el aprendizaje de cada trabajador y del grupo obrero acerca de las soluciones a los problemas que al trabajo les plantea cada día en el interior de la fábrica. Si el obrero aprende, hace experiencia, no sólo en cuanto a las tareas que tiene que desempeñar, sino también en cuanto a las alternativas político-sindicales que elabora.

Cada trabajador tiene un conjunto de referencias, respecto al problema de la salud. Conoce algunas cosas: ambulancias, hospitales, farmacias, centros asistenciales, mutuas, centros médicos, asistentes sociales, políticos, sindicalistas. Conoce distintos

modelos de interpretación del problema, qué cosa son las enfermedades, qué existe una curación, la prevención, la rehabilitación. Durante el horario de trabajo en la fábrica todo este cúmulo de informaciones se acrecienta con sensaciones, reflexiones, sucesos, accidentes, etc... Es decir, la problemática de la salud no es ajena, vive inmerso en ella y se ve forzado a elaborar su propio modelo de interpretación y buscar soluciones a los problemas inmediatos. Este proceso de aprendizaje y desarrollo de experiencia no sólo se cumple frente a los temas relacionados con la salud laboral, es un elemento clave del comportamiento de los trabajadores frente al conjunto de la organización del trabajo.

El modelo taylorista nace de un reconocimiento expreso de esta realidad, de la gran importancia que tiene la experiencia obrera. Taylor define como el pap-

CONDICIONES DE TRABAJO

mer deber fundamental de la "organización científica del trabajo": "recoger toda la masa de conocimientos tradicionales que en el pasado eran patrimonio de los trabajadores, ésto es, la práctica adquirida a través de los años de experiencia". "Los organizadores científicos asumen el deber de recoger esta masa de conocimientos tradicionales y después registrarlos, ordenarlos y en ciertos casos, reducirlos a leyes, reglas e incluso fórmulas matemáticas", que "aplicadas al trabajo asalariado, hacen obtener invariablemente una mayor producción por cada trabajador y una mejor calidad".

Taylor pensó, y en ésto le ha seguido toda la comunidad científica tradicional, que con esta apropiación de la experiencia obrera y su ordenamiento y transformación en leyes, los trabajadores ya no desarrollarían nuevos conocimientos, serían como gorilas amaestrados. Sin embargo, los obreros han continuado realizando experiencias, haciendo correcciones a las normas que emanan de la oficina. La prueba más clara de que ésto es así, la encontramos en las huelgas de celo, cuando se cumple a rajatabla el reglamento y disminuye la producción, lo cual significa que en el trabajo cotidiano los obreros realizan una serie de transformaciones en el proceso productivo que posibilitan que se mantenga el trabajo.

Los trabajadores constreñidos en unas condiciones de extrema predeterminación, desde el punto de vista de los gastos y los tiempos de ejecución, considerados sólo con respecto a la tarea que ejecutan, se encuentran en una situación de necesidad que los estimula a reestructurar el modo de variar la fábrica y la organización del trabajo en particular. No pueden escapar de su condición de necesidad, si no es a través de la ampliación de su campo de intereses, socializando y compartiendo sus experiencias, porque rápidamente aprenden que para resolver los problemas que los plantea su relación con la tarea, tienen que modificar la relación con los compañeros de trabajo, elaborando conjuntamente alternativas a la organización del trabajo.

El problema del ambiente de trabajo siempre ha significado el punto de partida a una respuesta obrera, a la organización del trabajo. El cuestionamiento de cómo se produce, con todas sus implicaciones (la nocividad, los ritmos de trabajo, etc.), nos lleva a plantear el qué y el cuánto, el dónde y el para qué.

A partir de esta realidad es como fundamentamos nuestra metodología de conocimiento y control del ambiente de trabajo.

Sobre la base de la denuncia de los trabajadores, una denuncia que nace de múltiples observaciones espontáneas acerca de los daños que los trabajadores observan en sí mismos o en algún compañero, y que les lleva posteriormente a realizar una verificación que significa la recuperación de la experiencia de los compañeros que tienen más antigüedad en la empre-

sa, y del conjunto de los compañeros, de tal forma que se recoge toda la información acumulada para determinar si estos daños pueden derivarse del ambiente de trabajo, y con ésto se establece un juicio de valor sobre la nocividad del ambiente.

Puede verse cómo en todo este proceso se da una confluencia en la práctica entre los intereses objetivos de los trabajadores que padecen disfunciones del ambiente de trabajo y los técnicos (médicos, psicólogos, ingenieros, etc.) que están especializados en el tema. Pero si se reconoce la importancia de la experiencia que desarrollan los trabajadores, hay que replantearse toda la relación que se establece entre éstos y los especialistas, abandonando todo tabo paternalista.

Si se acepta esta vía es necesario, en primer lugar, resolver el problema de lograr un lenguaje común, un lenguaje que sea coherente con el rol que se le atribuye a los trabajadores. Es necesario crear un lenguaje sobre la base del lenguaje obrero, de todos los obreros, construido sobre modelos presentes en la mente no sólo de los obreros, sino también de los técnicos, que permita el desarrollo de una gestión real, de parte de los trabajadores, del problema de la nocividad ambiental.

COMO CONOCER EL AMBIENTE DE TRABAJO

Nosotros proponemos un modelo de análisis del ambiente que puede hacer referencia a las imágenes mentales que de él guardamos todos los hombres.

CONCEPTO DE AMBIENTE DE TRABAJO

Se entiende por ambiente de trabajo el conjunto de condiciones que rodean a la persona que trabaja y que, directa o indirectamente, influyen en la salud y la vida del trabajador.

El ambiente de trabajo, por tanto, es el lugar donde la mano de obra, la materia prima y el capital se convierten en mercancía y ganancias, y es en este proceso de transformación, donde se generan los factores que dañan y contaminan el medio ambiente, dentro y fuera de la fábrica.

La figura 1 es todo un tratado, toda la concepción y el programa de CC.OO. sobre salud laboral. Sería un error circunscribir la salud laboral a las agresiones que el trabajador sufre en el interior de los centros de trabajo. Existe una relación entre la condición obrera y la condición humana total.

Cuando los trabajadores defienden su propia salud en las fábricas, están defendiendo la salud y el medio ambiente de toda la colectividad. Esto supone huir de tendencias corporativistas y cumplir la función de vanguardia y liberación.

CONDICIONES DE TRABAJO

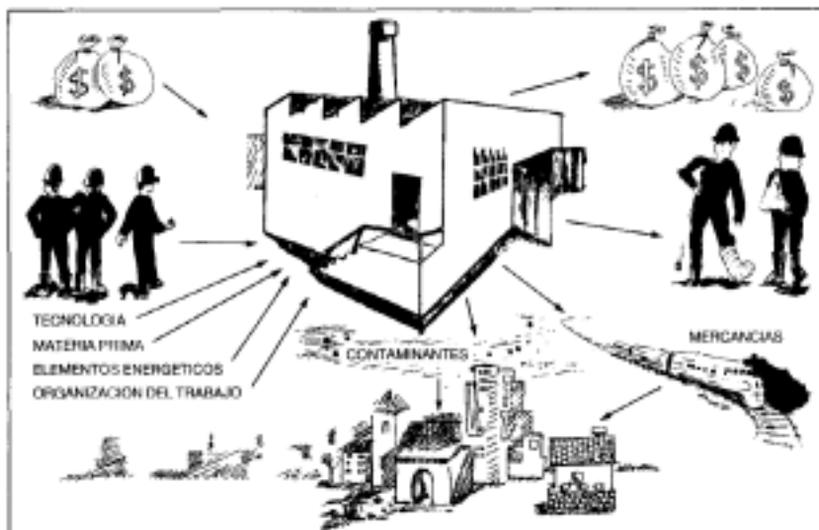


FIGURA 1

Llamemos **RIESGO** a una situación presente en el ambiente laboral, capaz de producir un daño a la salud del trabajador. En todo ambiente de trabajo se pueden identificar distintos tipos de factores que pueden resultar nocivos para la salud. Estos factores de riesgo se pueden clasificar y analizar de diversas maneras; nosotros proponemos un modelo de análisis que permita desde un punto de vista sindical, abordar la problemática de las condiciones de trabajo con un lenguaje común, que posibilite confrontar experiencias diversas, generalizar situaciones y soluciones, que

aunque aparentemente sean distintas, hagan referencia, sustancialmente, a lo mismo.

De esta manera, dividimos la multiplicidad de factores nocivos que integran el ambiente en cuatro grupos:

Primer Grupo: Microclima de Trabajo

La característica principal de los factores que inte-

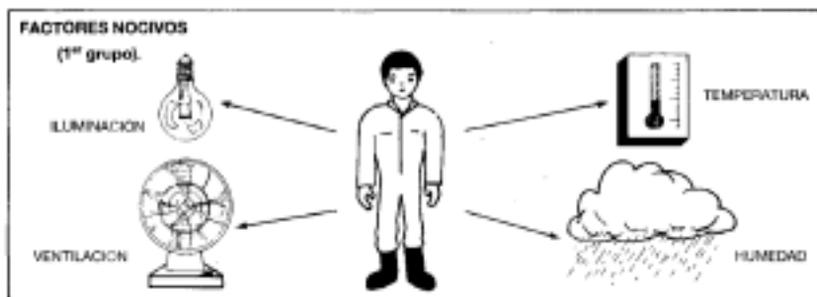


FIGURA 2

CONDICIONES DE TRABAJO

gran este grupo es que se encuentran en cualquier ambiente en el cual el hombre vive, pero en el trabajo, por exceso o disminución, resultan nocivos. Se trata de la LUZ, la TEMPERATURA, VENTILACION, HUMEDAD Y PRESION ATMOSFERICA.

Cada uno de ellos tiene unos valores límite, máximo y mínimo, dentro de los cuales el hombre se siente en situación de bienestar.

Se pueden medir objetivamente, mediante instrumentos apropiados: la intensidad de la luz con fotómetros y luxómetros, la temperatura con termómetros, etc.

Estos factores son fácilmente detectados por los trabajadores, quienes incluso pueden valorar aproximadamente la intensidad de los mismos. La presencia e intensidad de una temperatura excesiva, la sequedad del ambiente, etc., son riesgos fácilmente identificables por medio de los sentidos humanos.

El control por parte de los trabajadores de los riesgos de este grupo significa potenciar el que se establezcan científicamente los valores máximos y mínimos, dentro de los cuales está garantizada la salud, entendida ésta no sólo en el sentido estricto como ausencia de daños, sino como bienestar.

Para establecer estos valores máximo y mínimo, se tiene que tener en cuenta no sólo los estudios fisiológicos y psicológicos, sino también y muy principalmente, la opinión de los trabajadores expuestos. Porque, en concreto, en el ruido podemos quedarnos únicamente en la denuncia de los daños auditivos y marginar toda la problemática nerviosa, cardiocirculatoria y psíquica que se genera en los ambientes con una elevada intensidad sonora, problemática que por otra parte es muy difícil evaluar objetivamente.

Segundo Grupo: Contaminantes del Ambiente

El segundo grupo comprende factores que son característicos del ambiente de trabajo. Se trata de los contaminantes, entre los que podemos distinguir:

- a) CONTAMINANTES FISICOS: Ruido, radiaciones ionizantes, ultravioletas o infrarrojas, vibraciones, aire comprimido, etc.
- b) CONTAMINANTES QUIMICOS: Son en general, todos los tóxicos industriales que pueden actuar en forma de HUMOS (estaño, plomo, etc.), GASES (Monóxido de carbono, acetileno, etc.), o bien por contacto directo con la piel (petróleo, ciertos tipos de aceites, etc.).
- c) CONTAMINANTES BIOLÓGICOS: Son seres vivos (bacterias, virus, hongos, parásitos) que puedan encontrarse en determinados ambientes laborales.

Todos estos contaminantes tienen que ser detectados y evaluados por medio de aparatos especiales y analizados con diversas técnicas de laboratorio. Únicamente en el caso de los contaminantes químicos, los órganos de los sentidos, especialmente el olfato, permiten conocer su existencia, pero no valorar su peligrosidad.

La industria moderna se caracteriza por la introducción en el proceso productivo de una cantidad siempre creciente de sustancias químicas, la gran mayoría de las cuales no están estudiadas desde el punto de vista de la defensa de la salud. Es por ello necesario evaluar higiénicamente la toxicidad del ambiente, siempre que se manipulen nuevos productos.

Para que los obreros expuestos identifiquen los fac-

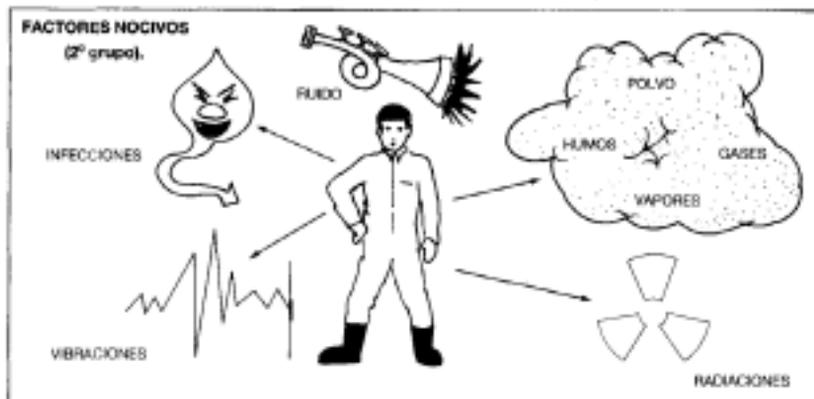


FIGURA 2

CONDICIONES DE TRABAJO

tores de riesgo de este grupo, es necesario que conozcan el proceso productivo, las sustancias empleadas, las transformaciones que se realizan con ellas y los productos elaborados.

La nocividad de estos factores depende de su concentración en el ambiente y del tiempo de exposición. Aunque el grado de concentración máximo que asegure el bienestar debería ser igual a cero, se han determinado para estos contaminantes unos valores máximos aceptables, por encima de los cuales se sabe que se daña la salud del trabajador.

Fronte a estos riesgos, la alternativa sindical pasa por dos etapas: una primera, en la que se reivindique el estudio higiénico de todos los ambientes tóxicos, se establezcan unos valores límite y se controle su cumplimiento; posteriormente, se tendería a erradicar cualquier contaminante del ambiente de trabajo, haciendo que los valores límite se acerquen al cero.

Tercer Grupo: Sobrecarga Muscular

El tercer grupo de riesgos lo constituyen los factores de sobrecarga muscular, tales como: el trabajo per-

El trabajo físico es causa de fatiga que, hasta un cierto límite, puede ser considerada como normal o fisiológica. Más allá de este límite, se convierte en excesivo o patológica. La definición del límite entre fatiga fisiológica y patológica es difícil de determinar, porque está condicionado por numerosos factores. De todos modos, se puede afirmar que la fatiga fisiológica favorece al sueño y se recupera después del descanso nocturno. En cambio, la fatiga patológica interfiere con el descanso nocturno y provoca una acumulación de cansancio en el transcurso de los días, que resulta dañino para la salud.

La fatiga patológica puede ser considerada como la consecuencia última de una situación ambiental que supera la capacidad de adaptación del individuo.

Cuarto Grupo: Sobrecarga Psíquica

Existen también en el ambiente de trabajo una serie de factores nocivos sobre todo en cuanto al tipo de actividad que se realiza, que provocan un deterioro progresivo del equilibrio mental del trabajador.

Marx definió al trabajo como la actividad consciente



FIGURA 4



FIGURA 5

manente en posturas incómodas, el levantamiento continuado de grandes pesos, los movimientos forzados. Su nocividad viene determinada porque producen fatiga física no recuperable y aumentan los efectos dañinos de los contaminantes, al hacer que se inhale mayor cantidad de aire impregnado en sustancias tóxicas.

La detección y evaluación de estos riesgos pasa directamente por el juicio colectivo de los obreros expuestos, que se complementa posteriormente por una serie de pruebas de las funciones respiratorias y cardíacas, encaminadas a determinar la capacidad del organismo para realizar esfuerzos pesados.

por excelencia, mediante la cual el hombre domina a la naturaleza, supera los condicionamientos que ella le impone, transforma el mundo a su imagen; en definitiva, se expresa. Se trata, pues, de una actividad fundamentalmente creadora, y en este sentido, se puede afirmar ya, que no hay tanta diferencia entre el trabajo y el arte, ya que el arte viene a ser una forma superior de trabajo. Toda esta potencialidad creadora se desnaturaliza con el capitalismo, desde el momento en que unos pocos se apropian de los medios de producción, explotan el fruto del trabajo de todos, se establece la concepción del trabajo como un sacrificio del que todo el mundo intenta librarse. ¿Y como no iba a ser así? ¿Qué creatividad puede haber en un trabajo

CONDICIONES DE TRABAJO



FIGURA 6

repetitivo, cronometrado al límite, espoliado el trabajador por las primas, con ritmos antibióticos y además con pocas posibilidades de relación con los demás?

En esta alienación en la que hay que buscar las causas de la insatisfacción laboral, de la frustración, de la despersonalización, que son la base de una amplia gama de trastornos del carácter, enfermedades psicósomáticas y desequilibrios mentales que afectan a muchos trabajadores. No en vano, cerca del 50% de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos pertenecen a la clase trabajadora.

La concepción capitalista del trabajo, en la que la productividad, el rendimiento, se anteponen a las necesidades básicas de la persona, se materializa en la llamada "organización científica del trabajo" que se está implantando aceleradamente en nuestro país, y en la que, bajo el pretexto de racionalizar las tareas, lo que se hace en realidad es anular la libertad de iniciativa del trabajador, al que se le cronometra el más mínimo movimiento, se le impone un ritmo, se le determinan las pausas que puede realizar, y en definitiva, se le pide que no piense, que realice su labor mecánicamente.

Todos estos riesgos los detecta fundamentalmente el grupo obrero, al que se le debería garantizar la posibilidad de detener un trabajo hasta que no se adoptasen las medidas de seguridad adecuadas.

Es el grupo obrero el mejor detector de la existencia de estos factores de riesgo, el que evalúa su peligrosidad y está en disponibilidad de ofrecer las mejores alternativas que garanticen a todo trabajador la posibilidad de vivir una vida social completa, dentro y fuera de la fábrica.

Quinto Grupo: Tecnológicos y de Seguridad

A estos cuatro grupos de factores de riesgo de la metodología sindical italiana, nosotros añadiríamos un quinto grupo, que llamaremos tecnológicos y de seguridad. En este quinto grupo se describen los factores de riesgo provenientes del estado de las instalaciones y de la maquinaria (techos, paredes, pisos deslizantes, toma de tierra, máquinas antiguas y sin protección, etc.), así como de la introducción de nuevas tecnologías.

Este grupo adquiere especial relieve en estos momentos, en que desde las Comunidades Europeas se está instando a los Gobiernos a dictar normas sobre protección de maquinaria.

DAÑOS

Estos cinco grupos de factores de riesgo pueden producir daños en la salud del trabajador. Entendemos por salud, el estado de completo bienestar mental, físico y social en el que el individuo es capaz de desarrollar todas sus potencialidades creativas. queda claro, pues, que estar sano no es lo mismo que no estar enfermo. Y, por lo mismo, entendemos por daño cualquier molestia, por mínima que sea, que impida o dificulte el desarrollo armónico físico y mental del trabajador.

Es muy importante que desde el punto de vista sindical se defienda este concepto de salud, ya que supone la base sobre la que tiene que asentarse una verdadera medicina preventiva. Por ejemplo, un trabajador nota que le molesta el ruido, se queja y se le hacen

CONDICIONES DE TRABAJO



FIGURA 7

una serie de pruebas médicas, se encuentra que no tiene una pérdida auditiva de consideración y no se le hace caso. El trabajador continúa en un ambiente ruidoso, sigue con sus molestias y al cabo del tiempo se le vuelve a explorar y se le detecta una pérdida importante e irreversible de audición. Si se hubiera hecho caso de sus molestias intentando controlar el nivel de ruido en el puesto de trabajo, no hubiera ocurrido esto. Otro ejemplo muy típico: Un trabajador que está en una cadena de producción, siempre en la misma posición, nota unas molestias en la espalda, acude a su médico y éste le hace unas radiografías, en donde no se aprecia ninguna lesión. Por tanto, no se le hace caso y continúa realizando el mismo trabajo. Al cabo de los años, el trabajador tiene ya lesiones apreciables en una radiografía: artrosis de columna, pero éstas son irreversibles. Si se hubiera actuado sobre el riesgo, no hubiera aparecido la enfermedad.

Se pueden identificar tres tipos de daños: accidentes, enfermedades profesionales y enfermedades comunes desencadenadas o agravadas por el trabajo.

METODOLOGIA SINDICAL DE INTERVENCION Y CONTROL

Queda claro pues, que uno de los intereses fundamentales, desde el punto de vista sindical, consiste en recuperar y potenciar esa experiencia obrera. Y esto supone que el grupo obrero interviene directamente en el control de la nocividad. Es necesario que conozca qué factores nocivos están presentes, en qué cantidad y con qué efectos. El elemento central de esta nueva aproximación está en que cambia el sujeto de la indagación cognoscitiva y de la intervención para transformar el ambiente. El nuevo sujeto es el grupo obrero homogéneo, ésto es, los trabajadores que viven una experiencia de grupo cara a cara, introducidos en la misma nocividad ambiental, y que en años de trabajo han acumulado un análisis epidemiológico del ambiente. A través de la socialización de las observaciones espontáneas individuales se enjuicia colectivamente la nocividad presente en el ambiente de trabajo.

SECUENCIA DE INTERVENCION

La secuencia de conocimiento y transformación en el nuevo modelo que se deriva de la experiencia obrera, sería la siguiente: A través de las observaciones espontáneas de los trabajadores y de su socialización en el grupo obrero se hace una primera valoración del ambiente (se individualizan factores de riesgo). Posteriormente, se recaba la información higiénica y sanitaria que sea necesaria y se registra sistemáticamente. Se estudia esta información y se elabora con ella un primer mapa de riesgos y daños. Se analiza la situa-



FIGURA 8

CONDICIONES DE TRABAJO

ción global y se individualizan aquellos riesgos que sean más graves, que afecten a más trabajadores y que sean más fácilmente prevenibles. Se estudian los recursos disponibles (políticos, técnicos, económicos y legales). Se interviene en una sección estudiando las soluciones técnicas más adecuadas, elaborando reivindicaciones, negociando y presionando sindicalmente. Se hace una verificación de los resultados, controlando si ha disminuido la concentración ambiental, si ha disminuido el número de afectados, o si subjetivamente se valora más positivamente el ambiente. Y así sucesivamente.

Proponemos nuevos instrumentos cognoscitivos que deben ser desarrollados por los trabajadores: en primer lugar, el registro continuado y sistemático de todos los datos higiénicos de que se disponga acerca de cada factor riesgo. Y en segundo lugar, el registro también continuado y sistemático de toda la información sanitaria de los trabajadores expuestos, incluyendo los reconocimientos médicos y las manifestaciones subjetivas.

Éstos nuevos elementos le imponen a la medicina y a la psicología del trabajo tradicionales el reconocimiento de una realidad ignorada, la de los hombres concretos, históricamente determinados.

Las figuras 8 a 12 merecen una breve explicación.

otras experiencias, si no se socializa, únicamente da lugar a protestas genéricas estériles. En la comunicación con el resto de los compañeros comienzan a individualizarse las causas de ese malestar. Pero el control requiere que pasemos de esa fase de denuncia a un conocimiento riguroso de la CANTIDAD EN QUE ESTA PRESENTE EL FACTOR NOCIVO, ya que esta va a determinar su mayor o menor peligrosidad e incluso las alternativas técnicas y tecnológicas para su control y erradicación.

Se trataría, pues, de establecer la concentración de cada sustancia nociva, la cantidad de aire que se inhala, la cantidad de tóxico acumulado en el organismo del operario, en el caso de que el factor riesgo fuera una sustancia química; el nivel de ruido en decibelios que hay en el ambiente laboral, la cantidad de ruido que tiene que soportar cada trabajador en concreto, etc.

Y, por último, es necesario conocer los EFECTOS BIOLÓGICOS, las ENFERMEDADES QUE SE DERIVAN DE ESTE AMBIENTE NOCIVO. El resultado de los reconocimientos médicos practicados en la empresa, los reconocimientos especiales gestionados por los propios trabajadores y su sindicato, la información científica, médica y psicológica acerca de las enfermedades derivadas del trabajo, etc. Pero además, hay

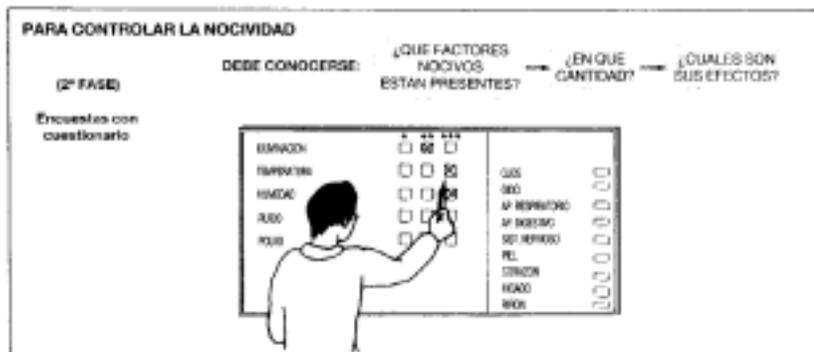


FIGURA 8

Tenemos, pues, en primer lugar, una OBSERVACIÓN ESPONTÁNEA. A través de la estimulación sensorial, los olores, la vista, el oído, etc., identificamos una serie de agentes físicos y químicos, molestos, dañinos, pero no sabemos qué sustancia en concreto, ni de qué manera está actuando. Por otra parte, observamos en nosotros mismos una serie de alteraciones y malestar, tanto físico como psíquico, que no acertamos a relacionar con las condiciones de trabajo.

Esta experiencia individual, si no se contrasta con

que tener en cuenta que la denuncia del grupo de obreros expuestos al riesgo es un instrumento insustituible de medida, ya que resume toda la experiencia en el tiempo y la observación constante, jornada a jornada, de la patología acusada. Es tal la importancia de esta observación constante del grupo obrero que, en una patología tan estudiada como es la silicosis, han sido los mineros y con casi un siglo de diferencia con los "científicos", los primeros en denunciar su relación con unas determinadas condiciones de trabajo. Otro

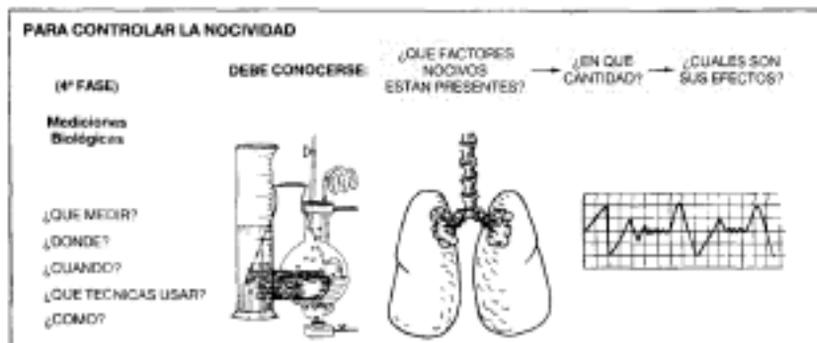


FIGURA 10

tanto puede decirse de la asbestosis y, en general, de todos aquellos padecimientos que los trabajadores vinculan a unas determinadas condiciones de trabajo y que no han sido reconocidos legalmente como enfermedades profesionales.

Todo este cúmulo de información, tanto higiénica como sanitaria, que nace de la observación espontánea del grupo obrero, tiene que ser analizada según un modelo (los cinco grupos de factores de riesgo), que nos permita obtener la información necesaria para que el sindicato y los trabajadores tengan una visión general de la nocividad ambiental de toda la fábrica. Modelo que, por otra parte, al aplicarse en las distintas ramas, permite al sindicato generalizar experiencias y proponer soluciones y alternativas sindicales más allá del marco de la empresa.

Este análisis, siguiendo el modelo de los cinco grupos de factores de riesgo, tiene que ser registrado periódicamente y de una forma sistemática. Para ello, proponemos un REGISTRO DE DATOS AMBIENTALES, que representa el conocimiento científico programado y continuado en el tiempo del ambiente de trabajo. En este registro, deben incluirse no sólo las observaciones del grupo de trabajo, sino también los resultados de las inspecciones y mediciones higiénicas de cada factor de riesgo: ruido, calor, humedad, tóxicos, etc. Debe establecerse un registro para cada grupo homogéneo de trabajo, es decir, para cada grupo de trabajadores expuestos a los mismos riesgos ambientales.

Por otra parte, todos los datos relativos al estado de salud de los trabajadores, grupo por grupo, tanto físicos como psíquicos, enfermedades, ambiente de vida y trabajo a que se ha estado expuesto, la causa de los accidentes, etc., tienen que ser consignados también periódica y sistemáticamente en un REGISTRO DE DATOS SANITARIOS, que nos sirve para relacionar el estado de salud con la nocividad del ambiente.

Ambos registros tienen que ser controlados por los trabajadores y requieren que cualquier investigación, tanto higiénica como médica, cuente con su participación.

Sólo conociendo la situación de la fábrica (ambiente de trabajo, situación sanitaria) es posible intervenir para controlar la nocividad. Hasta ahora esta información existe muy precariamente y, en el caso de que la hubiera, está controlada por personas ajenas e incluso enfrentadas por sus intereses a los trabajadores. No delegar la salud, supone no permitir que sea el patrón el que controle los efectos nocivos del trabajo sobre el hombre; supone también que los trabajadores inician un proceso ininterumpido de conocimiento de la realidad ambiental y vigilancia de las estrategias empleadas para erradicar la nocividad. Significa que hay que controlar los servicios médicos de empresa, las actuaciones de la Inspección de Trabajo y de su organismo asesor, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los estudios realizados por las mutuas patronales, etc. Significa, en definitiva, que el grupo obrero se convierte en el protagonista de las luchas por construir un ambiente de trabajo a la medida del hombre, única condición que garantiza verdaderamente la completa eliminación de la nocividad.

Toda intervención para erradicar o controlar un riesgo del ambiente tiene que partir del grupo de trabajadores directamente expuestos. Es en la asamblea donde se ponen en común las distintas observaciones espontáneas, se individualizan las causas y se enjuicia el ambiente y las condiciones concretas de trabajo. Esto quiere decir que nuestra intervención será eficaz sólo en la medida en que participen todos los trabajadores y no sólo los delegados o sector más consciente. La no delegación de la lucha por la propia salud quiere decir también no delegar en los representantes elegidos, ni en los técnicos del sindicato, sino participar a todos los niveles, tanto en la recogida de datos,

CONDICIONES DE TRABAJO

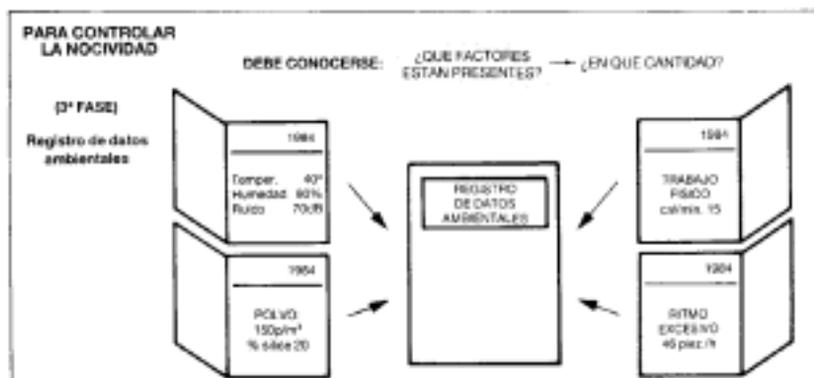


FIGURA 11

como en el control de las mediciones y estrategias de control.

A través de un cuestionario, encuestas, a rellonar por los trabajadores directamente afectados y, construido sobre la base del modelo de análisis de los cuatro grupos de factores de riesgo, se elabora una primera y muy importante aproximación al conocimiento de la nocividad ambiental y sus causas. Sobre la base de este conocimiento directo de los afectados se establecen las consultas a los técnicos de la salud: médicos, psicólogos, técnicos en seguridad e higiene, etc., del sindicato. Se elabora un programa de visitas y exámenes médicos, así como estudios higiénicos, a realizar por los Servicios Médicos de Empresa, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, las mutuas patronales, etc., todo ello bajo el control y vigilancia de los trabajadores.

El análisis del grupo de trabajo y las inspecciones y estudios de los técnicos tienen que ser confrontados y resumidos en un primer REGISTRO DE DATOS AMBIENTALES Y SANITARIOS, con el que se confecciona un plano o mapa de riesgo.

De acuerdo a este análisis se escoge una primera sección de intervención en base a los siguientes criterios:

1. GRAVEDAD DEL RIESGO.
2. NUMERO DE TRABAJADORES EXPUESTOS.

Entre los técnicos de la salud del sindicato y los trabajadores se elaboran una serie de soluciones técnicas y médicas de control que servirán de base para las alternativas sindicales y las reivindicaciones a negociar en la empresa. El resultado de esta negociación

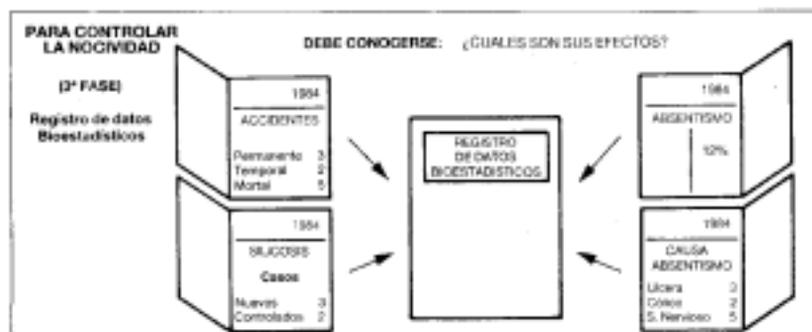


FIGURA 12

CONDICIONES DE TRABAJO

presión sindical, los objetivos de control alcanzados, tienen que ser evaluados por los trabajadores afectados, tiene que comprobarse que el ambiente de trabajo mejora realmente, que retroceden las molestias y daños que se habían denunciado; se elabora un nuevo Registro de Datos Ambientales y Sanitarios y se proponen nuevas alternativas y reivindicaciones sindicales a corto, medio y largo plazo.

Es necesario defender la autonomía y el protagonismo del grupo obrero afectado. La recogida de datos, el control de la intervención y la comprobación de los resultados recaen sobre aquellos que a pie de máquina, inmersos en la nocividad del ambiente de trabajo, están más interesados en defender su salud. El papel del sindicato es subsidiario de este protagonismo, propone el modelo de análisis, estructura la información, posibilita una mayor formación obrera, dota a los trabajadores de instrumentos de control, contribuye a la búsqueda de soluciones y lucha para que haya un marco legal más favorable a una real mejora de las condiciones de trabajo, la cual sólo será posible en la medida en que la participación de todos sea efectiva, en la medida en que cada grupo de trabajadores controle su proceso de trabajo.

DIFERENCIAS ENTRE LA METODOLOGÍA TRADICIONAL Y LA SINDICAL

La ciencia tradicional tiene como objeto al ambiente físico y a los hombres que en este ambiente trabajan. Se hacen mediciones objetivas a través de un procedimiento analítico y del uso de instrumentos que interesan de una parte al físico, al químico, y de otra al médico y al psicólogo. Se trata de un proceso de descomposición y de medición del ambiente de elementos parciales (luz, polvo, gas, humo, etc.), y del hombre, desde un punto de vista físico, en datos antropométricos, elementos objetivos, análisis de sustancias en sangre y orina, pruebas funcionales específicas, etc. Desde el punto de vista psicológico, los criterios de medida son los mismos: del perfil actitudinal a la carga perceptiva, al sistema hombre-máquina, se trata siempre de medir objetivamente elementos parciales, individualizados a través de un procedimiento analítico. El ambiente global se descompone en elementos físicos, biológicos y psicológicos, que a su vez sufren una nueva desagregación en elementos mínimos del ambiente, los cuales, parcialmente, son confrontados con los valores estándar considerados aceptables. No se intenta, por otra parte, recomponer el conjunto, éste es el hombre y el ambiente, y tanto menos, se tiene en cuenta el modo en el cual los hombres viven el conjunto de las condiciones de trabajo en que están inmersos.

Para la medicina tradicional, la salud de los trabajadores no tiene que ver con los métodos y tiempos, con los ritmos de producción. La historia laboral del proceso y de las condiciones de trabajo no cuentan. Sólo cuenta la historia de la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad.

El nuevo modelo, aquel que se deriva de la experiencia obrera, está esencialmente caracterizado por la globalidad de la apropiación, y está marcado por la necesidad de la valoración. En primer lugar, se hace una valoración global de la aceptabilidad o no aceptabilidad del ambiente, de la cual se deriva en un segundo tiempo, la individualización de los elementos considerados más nocivos. El objetivo de la intervención tradicional es el conocimiento y la cura; el objetivo de la nueva apropiación es la transformación a favor del hombre.

La metodología obrera se distingue por tres elementos:

1. La programación de la intervención, que quiere decir no la respuesta asistencial a una demanda episódica que nace de infinitas y singulares necesidades de los trabajadores, sino la planificación de la intervención sobre objetivos precisos.
2. La prevención, que deviene prioritaria, respecto a la cura y la rehabilitación.
3. La participación, como único instrumento capaz de garantizar una programación de la intervención, que asuma como prioritario el momento preventivo.

Hay que tener a una superación de los modelos culturales imperantes. Unos modelos culturales que representan al obrero como un ser profundamente alienado, que no piensa, que repite mecánicamente sus tareas, y que es incapaz de realizar una experiencia. Esta es la imagen que la ciencia tradicional (médicos, psicólogos, ingenieros) tiene de los trabajadores. En cuanto a la salud laboral, siguiendo este punto de vista, los trabajadores son vistos sólo como sujetos pasivos, no pueden ser protagonistas.

Este modelo cultural podemos encontrarlo incluso en la izquierda y en los sindicatos, cuando se potencia una política asistencialista y de delegación. O cuando se piensa que la alienación sólo desaparecerá en el futuro, con el advenimiento de una sociedad socialista.

Cambiar el modelo cultural significa que aquí y ahora, el trabajador se le reconoce una experiencia. Una experiencia que permite que en el presente los trabajadores puedan ser los protagonistas en el control de las condiciones de trabajo y en la gestión de su salud.

CONDICIONES DE TRABAJO

BIBLIOGRAFIA

- ODDONE, IVAR R. E. ALESSANDRA BRIANTE, Gianni. *Esperienza Operaia, Coscienza di Classe e Psicologia del lavoro*. Torino, Serie Politica 55, Einaudi, 1977.
- ODDONE, IVAR, MARRI, GASTONE, GIORIA, SANDRA, ...etc. *Ambiente di Lavoro, La fabbrica nel territorio*. Roma Editrice Sindacale Italiana, 1977.
- DOMINGUEZ, PILAR; CASAS, JOSE I. *Introducción a la Psicología del Trabajo*. Madrid, Pablo del Río editor, 1979.
- ASESORIA DE SALUD LABORAL DE CC.OO. DE MADRID. *Condiciones de Trabajo y Salud. Guía Práctica de Seguridad e Higiene*. Unión Sindical de Madrid de CC.OO. 1979.
- IX CONGRESO DE MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO. *Libro de Actas*. Tomo II. Pág. 593. Palma de Mallorca, 1980.

ANEXO 2: ALGUNOS INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS UTILIZADOS EN LOS AÑOS 80

La metodología sindical basada en la recuperación del saber obrero, en la no delegación, en la validación consensual, en los grupos homogéneos y en el mapa de riesgos, requería la elaboración de herramientas adecuadas a las diversas realidades de los procesos productivos y de servicios.

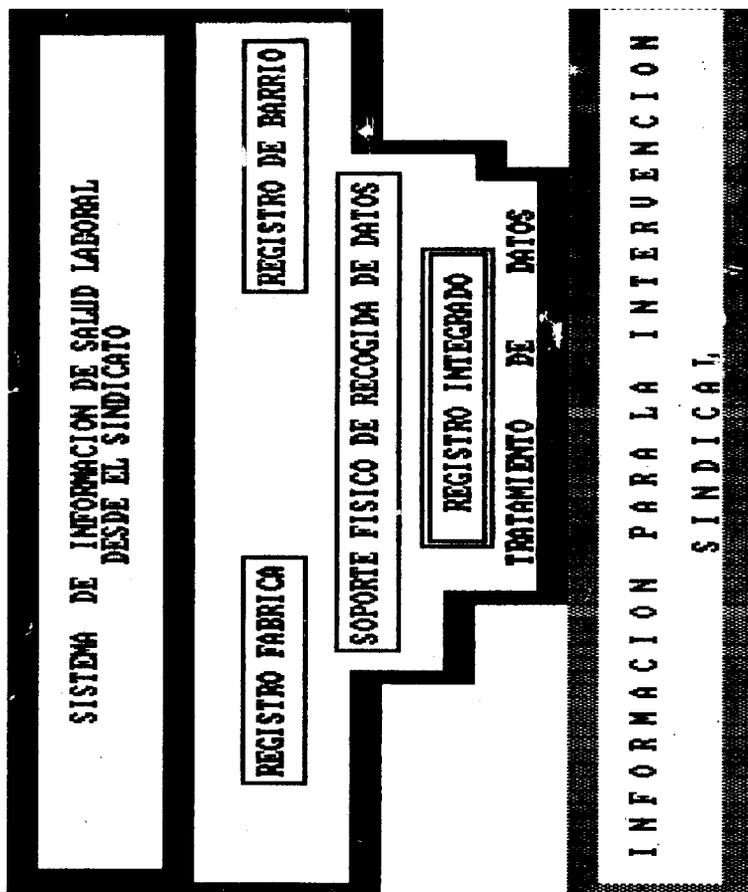
A título de ejemplo se reproducen en titulares alguna de las herramientas que se utilizaron y que figuran en los archivos de CC.OO.

- Cuestionario individual y de grupo de riesgos y daños (Guía italiana/1978).
- Registro de datos ambientales.
- Registro de daños a la salud.
- Análisis ergonómico de las condiciones de trabajo (Guía ANACT/1984.)
- Cuestionario de síntomas respiratorios en trabajadores del carbón y del acero.
- Encuesta de condiciones de trabajo en la industria químico-farmacéutica (1982).
- Encuesta sobre problemas de salud frente a riesgos físicos, psíquicos o biológicos percibidos por el personal de atención primaria.
- Cuestionario sobre efectos psicosociales del trabajo a turnos y nocturno (1986).
- Encuesta sobre los efectos auditivos y extraauditivos por exposición al ruido.
- Metodología de evaluación de riesgos psicosociales (OIT/1987).
- Cuestionario de síntoma subjetivos de fatiga (Yoshitake/1987).

- Cuestionario de escala sintomática de estrés (SSS) (Seppo Aro/1987).
- Análisis de las condiciones de trabajo de los mensajeros (1990).
- Estudio-encuesta: la situación de los jóvenes trabajadores en las 100 mayores empresas del país (1989).
- Cuestionarios sobre efectos de la exposición a cadmio, plomo y metales varios.
- Cuestionario sobre estrés en Altos Hornos de Vizcaya (1989).
- Cuestionario sobre estrés en el Corte Inglés (1988), y en la hostelería (Balears/1991).
- Cuestionario sobre condiciones de trabajo ante PVD (1981).
- Cuestionario condiciones de trabajo en el sector metalúrgico (Zaragoza/1988).
- Estudio sobre la salud de los trabajadores de Pirita (SS de CC.OO. de Fosfórico (Huelva/ 1986).

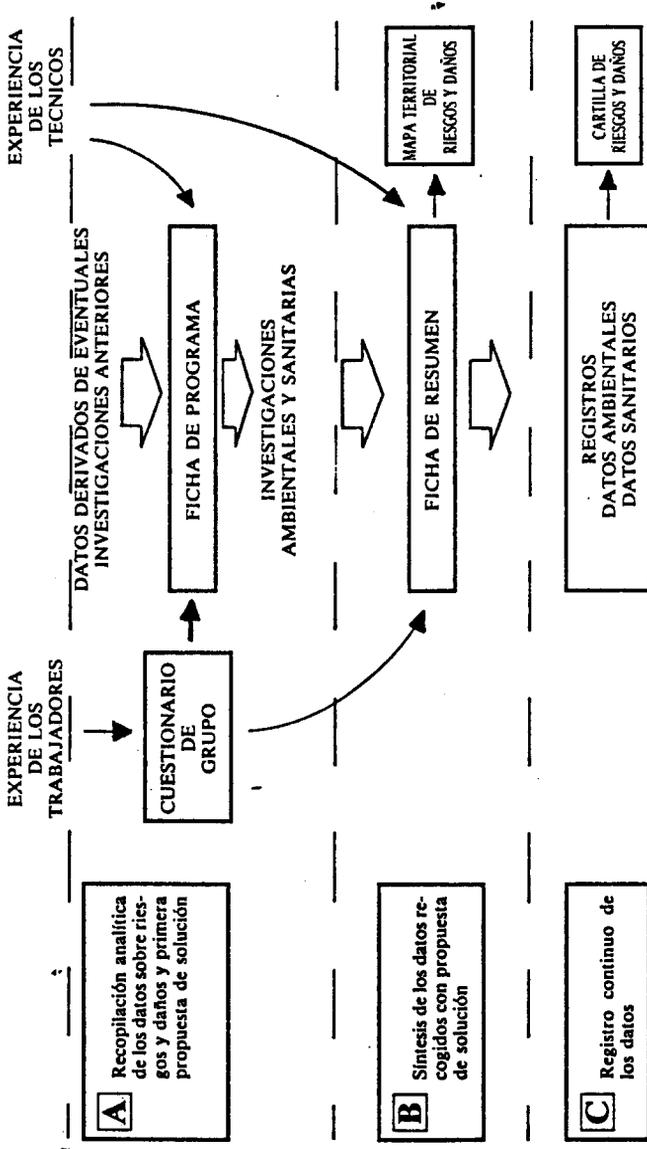
o

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD LABORAL



FASES DE LA ACTIVIDAD DE CONTROL PERMANENTE DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

en relación al uso de los diversos instrumentos informativos



Esquema de intervención recogido del libro *La salud Laboral*, CONC, 1986.

MODELO 1

(Compuesto por 8 páginas)

• Pág. 1

CUESTIONARIO DE GRUPO

Este cuestionario de grupo se basa en el modelo de análisis de los cuatro grupos de factores nocivos, y permite la recuperación de los datos relativos a los riesgos y daños. La recogida analítica de estos datos se efectúa a partir de la recuperación colectiva de la experiencia de los trabajadores, en reuniones de los distintos grupos homogéneos. El grupo homogéneo es el grupo de trabajadores que vive cada día, por meses y años, las mismas condiciones de trabajo, de nocividad y peligrosidad. El instrumento apto para la recuperación de los datos subjetivos derivados de la experiencia de los trabajadores es el cuestionario de grupo. Al mismo tiempo, el cuestionario da a los trabajadores una visión de conjunto de la nocividad ambiental en toda la fábrica.

LA SALUD NO SE VENDE NI SE DELEGA, SE DEFIENDE

EMPRESA:

RAMO:

Sección:

Fecha:

Grupo homogéneo:

N.º trabajadores/as del grupo

— hombres:

— mujeres:

DELEGADO/A del grupo (nombre y teléfono):

PRIMAS

¿El trabajo es a prima?:

— ¿individual?:

— ¿colectiva?:

N.º trabajadores/as a prima:

HORARIO DE TRABAJO

	N.º trabaj.		Turnos (N.º trabaj.):			
	Mañana	Tarde	I	II	III	IV
Horario:						
Pausas (minutos):						
Pausa para comer: (minutos)						

6 DAÑOS PROFESIONALES

		SI	NO
Del Aparato Respiratorio	Daño posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» » Digestivo	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» » Circulatorio Central	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» » Circulatorio Periférico	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematología	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Aparato Auditivo	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» » Visual	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Sistema Nervioso	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la Piel	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Sistema Osteo-Articular	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» » Psíquico	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Aparato Genital	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Sistema Muscular	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Metabólicas	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Aparato Urinario	» posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	» diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Entre 1978 y 1990 tuvieron lugar una serie de experiencias, sobre todo en grandes empresas que modificaron sustancialmente las condiciones de trabajo en España.

En base a la metodología obrera importada de Italia (mapa de riesgos, no delegación, recuperación de la experiencia obrera, asambleas por grupos homogéneos, delimitación de fases y secuencias operativas, establecimiento de prioridades de intervención y evaluación de las mejoras alcanzadas), se desarrollaron una serie de experiencias que por razones de espacio solo se referencian el nombre de las empresas en las que tuvieron lugar las más interesantes.

Empresas en las que se desarrollaron experiencias en base a la metodología sindical.

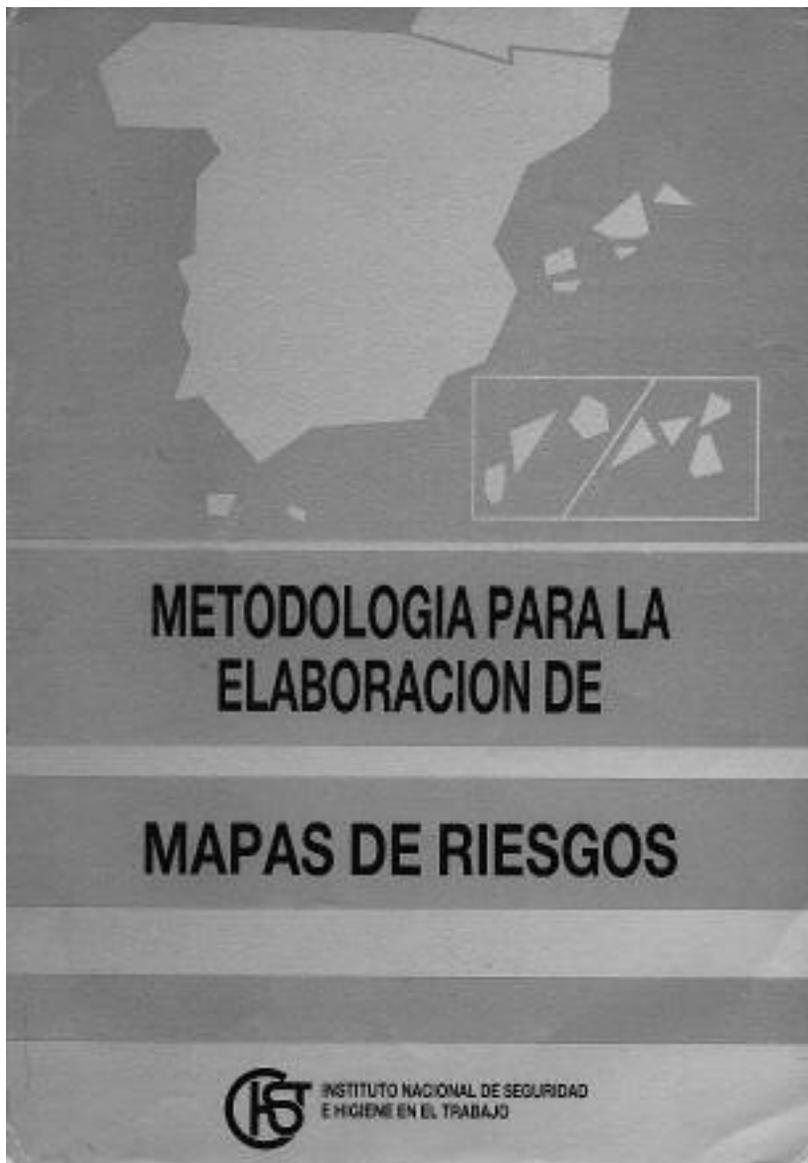
- ERT.- Páramo de Masa Burgos
- CASA.- Madrid y Cádiz
- Maquinista y Terrestre Marítima.- Barcelona
- Uralita.- Cerdanyola, Sevilla, Getafe
- SKF.- Madrid y Pamplona
- IBERIA.- Varios centros
- El País.- Madrid
- INTELSA.- Madrid
- LISAC.- Sant Fost de Camntelles
- ENSIDESA.- Avilés y Gijón
- Altos Hornos de Vizcaya.- Bilbao
- Solvay.- Torrelavega
- Bazán.- Ferrol, Cartagena, Cádiz

- Alcampo.- Madrid
- PRYCA.- Cantabria
- FEMSA-R.BOSH.- Madrid, San Joan D'espí, Cantabria
- Metro.- Madrid
- Renault.- Valladolid y Palencia
- Alúmina-aluminio.- Coruña, Lugo
- Rhon Poulenc.- Madrid
- Telefónica.- Madrid y Sevilla
- Alfa-Laval.- Madrid
- Chrysler-Talbot y Renault (vehículos industriales).- Madrid
- Repsol.- Puertollano
- Tabacalera.- Cádiz, Santander, Madrid
- Instituto Geográfico Nacional.- Madrid
- 3M.- Madrid
- IBM.- Madrid
- BMV.- Madrid
- Valeo.- Madrid
- Motovespa.- Madrid
- Sistema AF.- Madrid
- Facolor.- Madrid
- John Deere.- Madrid
- Lifisa.- Jaén
- TVE (revelado).- Madrid
- ENDESA.- Varios centros

- IBERDROLA.- Varios centros
- Banco Hispano Americano, y Banco de Santander.- Madrid
- TUDOR.- Zaragoza, Guadalajara y Madrid
- Hospitales de Madrid, Santander, Granada, Valencia, Barcelona, Sevilla.



Portada del libro publicado por la Xunta de Galicia sobre Mapa de Riesgos en 1989.



Portada de la metodología del Mapa de Riesgos publicado por el INSHT. Madrid/1987. Pág siguiente Anexo.



METODOLOGIA PARA LA ELABORACION DE

MAPAS DE RIESGOS

ANEXO: CODIGOS



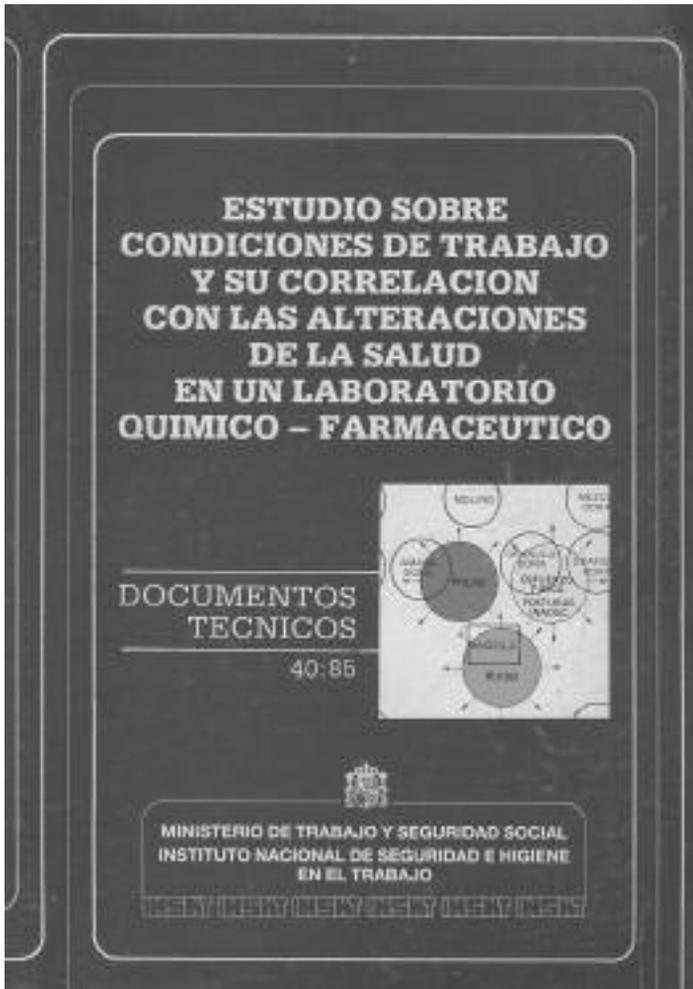
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD
E HIGIENE EN EL TRABAJO

CASA 

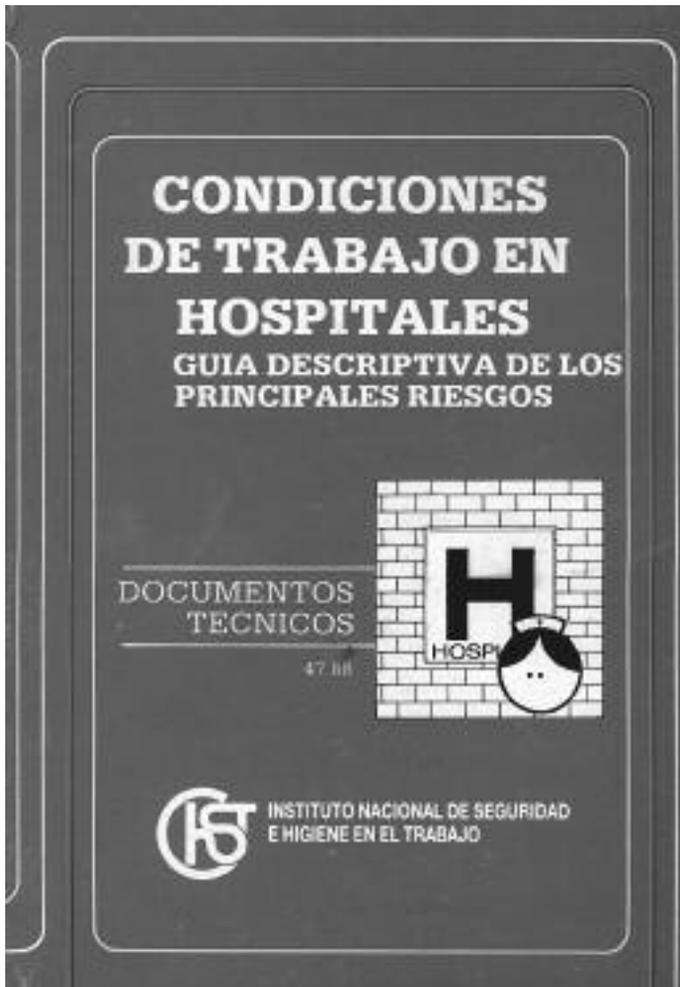
**METODOLOGIA
PARA LA ELABORACION
DE UN
MAPA DE RIESGOS
EN CASA
Y PROGRAMA
DE ACTUACIONES
DERIVADAS DEL MISMO**

COORDINADORA DE SEGURIDAD E HIGIENE

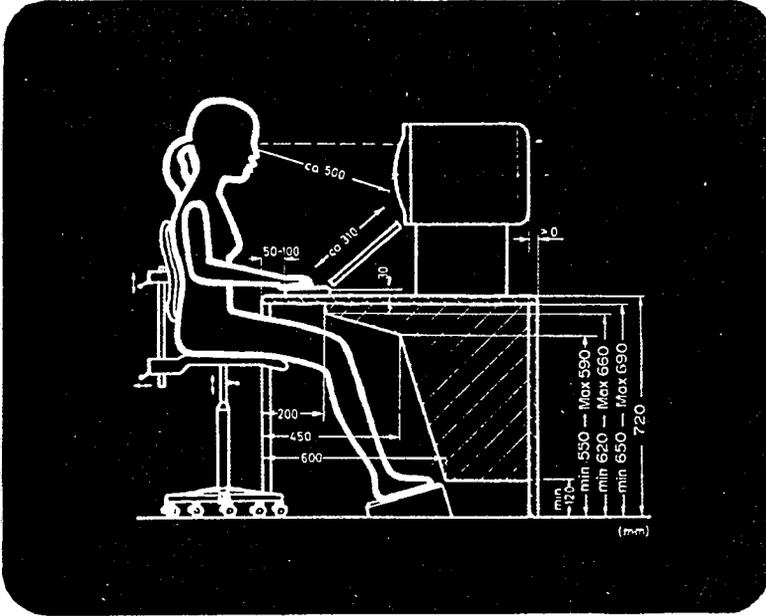




Autores: Roberto Donalísio (médico), Josep Eroles (médico), Jaume Estany (médico), Miguel Ángel Merino (sociólogo) y Jorge Grasa (sociólogo).
CS de CC.OO., Federación estatal de Químicas (1982).



Autora: Dra Carmen de León Morgado.
Gabinete de Salud de CC.OO. (1988).



Pantallas de visualización

CONTROLA TUS CONDICIONES DE TRABAJO

1ª Edición 1981

2ª Edición 1986

comisiones obreras

A LA ATENCION DE:
ANGEL CARLOS CARCOBA ALONSO
Gabinete de Salud Laboral
C.S. de CC.OO. MADRID.

Burgos a 24 febrero 1989.

Estimado compañero:

En nombre de la Sección Sindical de nuestro Sindicato, en la fábrica de explosivos de E.R.T. en Páramo de Masa (Burgos) y como responsable de Salud Laboral, asisto y participo en las reuniones del Comité de Seg. e Hig. de la fábrica.

El motivo de ésta carta es el de pedirte orientación en lo que concierne al llamado INFORME SERVICIO MEDICO, para lo cual te envío fotocopia del texto de Convenio (con vigencia de 1987-1990) y los informes que se nos han facilitado en los dos meses últimos).

Nuestra opinión es que dicha información no nos sirve de nada o de muy poco, ya que se limita a ofrecer números y cifras, sin explicar las causas, los resultados, etc. para un correcto análisis e interpretación de la situación sanitaria de la plantilla.

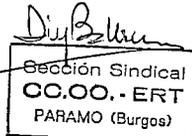
Por ello, te pedimos que a la vista del texto de C.C. y de tu experiencia, nos ayudes en éste asunto y nos remitas un guión o lo que te parezca oportuno, con las preguntas y el tipo de información que nos interesa, para llevar un control y seguir la evolución del estado sanitario de la plantilla.

Como datos interesantes, útiles para que te hagas una idea, te envío:

- Inventario de sustancias químicas que se utilizan.
- Descripción breve de los procesos de fabricación.
- Plantilla y turnos de trabajo.

A la espera de tu respuesta, te envío un saludo y un fuerte apretón de manos.

Mis señas son: Diego Baraza Urán
c/Pablo Casals, 26-2ºB
BURGOS (09007)
=====



Nota.-Cada trabajador tiene una carpeta que contiene los resultados de los reconocimientos anuales. También tenemos los resultados de los muestreos ambientales, realizados por un técnico de la Empresa, sobre contaminantes químicos.

***** MAPA DE RIESGOS *****
EMPRESA NACIONAL BAZAN

CARTAGENA * ENERO 1.989**

CONFECCION DEL "MAPA DE RIESGOS" EN INTELSA

(Etapa inicial)

ESTAMOS AQUI, EN INTELSA:

- Empresa de Capital privado, sueco. Filial de la multinacional Ericsson, que está presente en 34 paises de todo el mundo. En plena expansión productiva: más mano de obra, turnos, horas - extras, eventuales. Con una facturación en el año 1988 de - - 41.000 Millones, a trece Millones por trabajador (el año anterior estaba la producción en 33.000 Millones y el anterior en 15.000 Millones.)

- Somos 2.900 trabajadores: 1.000 Empleados y 2800 Obreros
 - 500 eventuales obreros
 - 100 " empleados
 - con subcontratas de 280 trabajadores.Con una media de edad de 39 años y 16-18 de presencia en Fábrica en la gran mayoría. El porcentaje de mujeres está en el 20%.

- Vivimos en pleno proceso de cambio productivo, con sus desfases y reajustes permanentes tanto en el elemento humano, como en - áreas geográficas de trabajo. Inmersos en una gran renovación tecnológica (Microelectrónica e Informática), estamos expuestos a riesgos nuevos para los que apenas existe normativa, por lo - que se exige una atención especial.

CC.OO.



CC.OO. de Cantabria

federación de i. químicas y afines

Santa Clara, 5. Apartado 461 - Teléfono: 22 77 04 - Santander

Santander, 15 de Noviembre de 1.989

CONFEDERACION SINDICAL DE CC.OO.

GABINETE DE SALUD LABORAL

MADRID.-

=====

A la atención de A. Carcoba

Estimado amigo:

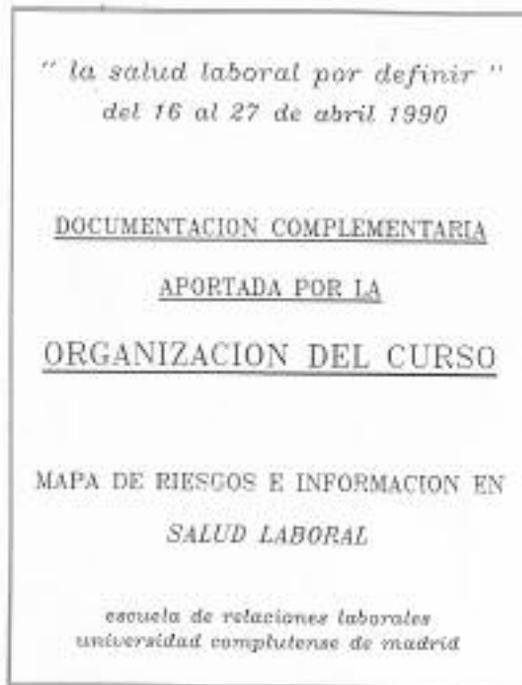
De acuerdo con la conversación telefónica mantenida en el día de ayer con el compañero Escandón, adjunto te enviamos ejemplar del "Mapa de Riesgos" que nos ha entregado la empresa SOLVAY & Cie., S.A. de Torrelavega (Cantabria), referido a este centro de trabajo, para que le reviseis y nos faciliteis las correcciones, añadidos, comentarios etc. que el mismo os merece.

Al mismo tiempo, se incluye como complemento un reglamento interno o normas sobre ordenadores que igualmente necesitamos comenteis y sobre este último aspecto necesitamos conocer la directiva recientemente aprobada por la CE.

Sin otro particular, recibe un cordial saludo y quedamos a la espera de tus noticias,

FEDERACION REGIONAL DE QUIMICAS DE CC.OO. - CANTABRIA
Fdo. - Felipe Gómez Coro.
CANTABRIA

Carta enviada al Gabinete de Salud Laboral de la Confederación por la Federación de Químicas y Afines de CC.OO. relativa al Mapa de Riesgos que se estaba elaborando en la empresa SOLVAY de Torrelavega (Cantabria).



Bibliografía sobre Mapa de Riesgo

- Aplicazione di una metodologia di mappatura rischio di rischio - R. Palomba, A. Lori, V. Montanari, M. Scorzillo. Laboratorio tecnologie biomediche. Documentazione del curso de la Escuela de Relaciones Laborales "La salud laboral por definir. Universidad Complutense de Madrid 1990.
- I.B. Pellega et al. "Mappatura del rischio: una proposta metodologica". *Prospettive Soc. e San.*, n.4. Mar. 1988
- *Proposte Operative per la costruzione delle mappe di rischio. Del corso di aggiornamento tecnico degli operatori del servizio di medicina preventiva dei lavoratori della provincia di Bologna.* 1980.
- *Il servizio di igiene pubblica e le mappe del rischio.* - S. Cossetti, M. Gambelli, F. F. Montecchi, N. Piccarini, G. Ranzani. Servizio igiene pubblica USL. Scorzillo. 1982
- *La costruzione delle mappe di rischio come strumento didattico. L'esperienza all'Istituto tecnico industriale di Piacenza.* L. Alquati, D. Chiara, A. Costantini, M. Daniele.
- *Le Mappe di rischio (materiale fondamentale del 1° convegno nazionale degli operatori del servizio di medicina del lavoro).* - F. Mangano e S. Toselli. 1982
- *Le mappe di rischio.* - Relazione introduttiva del Coordinamento Nazionale degli operatori del Servizio di medicina del lavoro

Curso impartido en la Escuela de Relaciones Laborales sobre Mapa de Riesgos. Universidad Complutense de Madrid, 1990.



LA MAQUINISTA TERRESTRE Y MARITIMA, S. A.

FUNDADA EN 1855

Inscrito en el Registro Mercantil de Barcelona, Tomo 46, folio 37, Hoja 4202, Inscritión 1ª Fecha: 17-6-1988

DEPARTAMENTO DE CORREOS SA
TELEFONOS: 340 57 00
340 57 01 - 340 58 01
TELEGRAMAS: MAQUINISTA
TELEX: 6485 MAQU E

CALLE DE FERNANDO JIMÓN, NÚM. 2-64 08030 BARCELONA

St. Ramón Bonastre i Bertran
Dr. Centre Seguretat i Higiene
Avd. del Exèrcit 5/M
Barcelona 08037

SU REFERENCIA

SU CARTA

SU REFERENCIA

SU REFERENCIA

FECHA

ASUNTO

AMPLIACION CARTILLA SANITARIA

Muy Señor nuestro:

Una vez terminada la 3ª fase del proyecto de ampliación de la cartilla sanitaria de La Maquinista Terrestre y Marítima S.A., nos dirigimos a Vd. para agradecer la colaboración prestada por este departamento que Vd. dirige así como para reconocer el excelente trabajo realizado por el mismo.

Aunque si bien no está recogido en los acuerdos que firmamos en principio para la realización de este proyecto, agradeceríamos su colaboración para realizar un control y seguimiento de la aplicación de la nueva cartilla, la cual someteremos a su supervisión una vez confeccionada.

Aprovechamos la ocasión para recordarle la necesidad de efectuar un mapa de ruidos de toda la Empresa en vista de los resultados de los posibles riesgos ambientales obtenidos durante el estudio realizado para la cartilla sanitaria, entendiéndose que este estudio debe realizarlo este centro que Vd. dirige como Organismo oficial y responsable del tema.

Agradeciendo de antemano su colaboración le saluda atentamente:

LA MAQUINISTA TERRESTRE Y MARITIMA, S. A. (7/82)

Ortiz Muñoz
Subdirector General de Higiene y Seguridad

En este documento la dirección de la empresa informa al centro de SH de la ampliación de la cartilla sanitaria y del desarrollo del Mapa de Riesgos sobre el ruido en toda la empresa.

Capítulo 4

La investigación participante en salud laboral (avances y limitaciones a diez años de distancia)

*Mariano Noriega Elío**
*Jorge Villegas Rodríguez **

1. Resumen

En este capítulo se plantean algunas de las aportaciones y limitaciones de la Investigación Participante en el campo de la salud laboral y se discuten las posibilidades que tiene para el futuro en México, considerando los cambios recientes en los procesos productivos y de trabajo y las condiciones actuales del movimiento obrero y de los trabajadores en general.

Se analizan las características -contradictorias y conflictivas- del proceso de modernización que han afectado negativamente las condiciones laborales y de vida de los trabajadores y las repercusiones que en el terreno de la salud trae consigo este proceso en la medida en que el panorama de riegos y exigencias de trabajo se ha vuelto más complejo.

Se apuntan una serie de reflexiones en torno al desarrollo conceptual y metodológico y al impacto político alcanzado por la Investigación Participante. En ese sentido se requiere profundizar en la conceptualización del trabajador, no sólo como fuerza de trabajo sino en toda su complejidad cultural, ideológica y política. Asimismo se señala la necesidad de refle-

* Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

xionar en torno a las formas de participación de los trabajadores en tanto sujetos y objetos de la investigación, ya que éste es un elemento vital de la propuesta política para generar cambios profundos, en el largo plazo, en las condiciones de trabajo y de salud.

2. La investigación participante

El surgimiento de la investigación participante en salud laboral en México y en varios países de América Latina, ocurrido en un contexto socioeconómico y político diferente al actual, se encuentra estrechamente vinculado a la propuesta que el llamado “modelo obrero italiano” inició a fines de los sesenta y a la conformación de diversos grupos no gubernamentales de trabajadores de la salud interesados en la problemática de las condiciones laborales y sanitarias.

La investigación participante puede entenderse como una propuesta teórico-metodológica para el estudio de la relación trabajo-salud que permite estructurar el proceso de investigación. Se auxilia de procedimientos y técnicas generados de sus planteamientos y de otras corrientes de pensamiento¹. Sus objetivos fundamentales pueden resumirse en tres: la generación de conocimiento, la difusión y socialización de ese saber generado y la movilización organizada en torno a las condiciones nocivas de trabajo y de salud².

La investigación participante pretende difundir el conocimiento generado, pero no sólo a la comunidad científica sino, y principalmente, a los propios afectados. Se trata de retroalimentar la generación de nuevas propuestas y acciones por grupos lo más amplios posible. Además, pretende también extraer de lo particular elementos teóricos, metodológicos y téc-

¹ Noriega, M. “Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo”, *Salud Problema* 17:9-13, UAM-X, México, 1989.

² Marri, G., Oddone, I., et al., Ambiente di lavoro. *La fabbrica nel territorio*, Editrice Sindacale Italiana, Roma, 1977.

nicos comunes para que se puedan aplicar (y adaptar) a otras realidades y así, retroalimentar el camino de la investigación.

3. La subjetividad, componente imprescindible de la ciencia

La investigación participante, a pesar de ser un planteamiento científico, no es objetiva y/o neutra en el sentido tradicional de estos términos, o sea, al margen (si esta aberración es posible) de la subjetividad de los participantes en la investigación. En este caso trabajadores y profesionales de la salud.

Esta propuesta, como su propio nombre ya expresa, contiene entre sus ejes rectores: la concientización, movilización, socialización de conocimiento, generación de propuestas de transformación y la toma de acciones específicas producto de esa búsqueda³. Es, por lo tanto, contraria en muchos sentidos a la neutralidad y a la objetividad del proceso investigativo, tal y como lo entienden los positivistas.

Esto no quiere decir que la generación de conocimiento no sea objetiva, sino que considera que no es posible separarla de su carga subjetiva. Es más, se pretende fomentar esa subjetividad no sólo en el proceso mismo de investigación, sino también, como en cualquier otra propuesta, en la propia decisión sobre el objeto que se investiga y en las propuestas y acciones que se generan a partir de ella.

La subjetividad no es contraria a la ciencia, sino un elemento imprescindible para hacer ciencia. La definición y delimitación del objeto de estudio, los procedimientos y técnicas empleados para corroborar los planteamientos, el análisis de la información de acuerdo con ciertos ejes analíticos e hipótesis y las mismas conclusiones están cargados de subje-

³ Laurell, A.C. "Ciencia y experiencia obrera", *Cuadernos Políticos* 41:63-82, México, 1984.

tividad (aun en los campos de las llamadas ciencias naturales y exactas) y son elementos necesarios para el avance de la ciencia.

4. Las dimensiones política y cultural

La participación consciente de los trabajadores como objetos y sujetos de su propia investigación es, sin lugar a dudas, el motor de la investigación participante y, probablemente, el elemento vital para generar cambios profundos en el largo plazo, en las condiciones de trabajo y de salud. Es casi imposible pensar en nuestros países en transformaciones importantes en este campo sin una activa y organizada participación de los trabajadores.

La participación de los trabajadores no sólo debe entenderse en sus dimensiones económica y sanitaria (en el sentido tradicional del término) sino también en sus dimensiones política y cultural. Éstas permiten entender la historia como articulación entre objetividad y subjetividad y, a su vez, entender a las clases -en este caso a la clase obrera y a los asalariados en general- como sujeto-objeto.

La investigación participante analiza el proceso de producción no sólo como productividad, rendimiento, plusvalor, sino como un espacio donde se desarrollan los procesos políticos, ideológicos y culturales⁴. Los centros laborales son (se reconozca o no) un espacio central del desarrollo de esos procesos. La visión dominante pretende, por obvias ventajas, aislar unos espacios de otros, incluso va más lejos al pretender aislar las características biológicas de las características sociales de los individuos. Pretende, dicho de forma sintética, reducir al hombre a fuerza de trabajo, vuelve a la sociedad “unidimensional”⁵. Anula los diversos ámbitos de la vida humana al campo de lo laboral.

⁴ Giménez, G. *La teoría y el análisis de la cultura*, Programa Nacional de Formación de Profesores Universitarios en Ciencias Sociales, SEP, Universidad de Guadalajara y COMECSO, México, 1987. p. 38.

⁵ Marcuse, H. *El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*, Joaquín Mortiz, México, 1981.

El espacio laboral se debe concebir no sólo como espacio de explotación sino de poder; se debe entender a la fábrica, a la empresa, como un espacio de lucha por el control sobre el proceso de trabajo y en un sentido más amplio como posibilidad de transformación de la sociedad⁶.

En este sentido, la lucha por la salud, entendida como lucha política debe ser vista como parte de un proyecto político más amplio de transformación de la sociedad, es en gran parte la lucha por el control de los procesos vitales (entre ellos el de trabajo). La investigación participante en salud laboral pretendió, desde su inicio en Italia con el Modelo Obrero, concebir a los centros laborales como espacio de esa lucha.

5. Los cambios recientes en las condiciones de trabajo y de salud

La investigación participante en salud laboral no puede verse sin tomar en cuenta los cambios que se han producido en América Latina en los procesos productivos y de trabajo, así como en las condiciones laborales y de vida de los trabajadores y en los cambios en sus formas de organización. Las repercusiones que tales aspectos conllevan para los trabajadores obligan a plantear con claridad estas transformaciones para pensar en nuevos mecanismos de lucha contra la nocividad laboral.

En América Latina y en particular en México, en las décadas anteriores al ochenta, había una cierta correspondencia, por un lado, entre salario, ciertas condiciones de defensa en los contratos o convenios colectivos y formas de organización laboral generalmente no muy estrictas y, por el otro, condiciones de trabajo insalubres e inseguras, equipos y maquinarias deficientes y obsoletos y baja productividad. En general, se planteaba una lucha económica, ideológica y política más clara y, en

⁶ Gilly, A. "La mano rebelde del trabajo" en: varios autores, *El proceso de trabajo en México*. Cuadernos Teoría y Sociedad, UAM-I, México, s.a. pp. 11-51.

muchos países, más combativa; un espacio de defensa más factible de condiciones más “humanizantes” de trabajo.

En la actualidad esa correspondencia se ha perdido parcialmente en muchos espacios laborales y por completo en otros⁷. Existe una persecución sistemática en los centros de trabajo que no respeta ni reconoce organizaciones, grupos, gremios e incluso ni la integridad laboral de los trabajadores. Esto último en sentido amplio: despidos, vejaciones, subordinación al poder reconocido, autoritarismo, control estricto de las actividades, flexibilización del trabajo, fiscalización, carencias de indemnizaciones, falta de reconocimiento de los problemas de salud, desconocimiento de huelgas, bajos salarios, pago por horas, supresión de cláusulas contractuales, falta de cumplimiento de lo pactado en los contratos colectivos, instauración generalizada de premios, conformación de grupos de aparente privilegio, diferenciación salarial cada vez más marcada en el interior de grupos similares de trabajadores, individualización de los problemas colectivos de trabajo, modificación de las legislaciones laborales, e incremento generalizado del sector informal⁸.

Los grupos de mando en los centros laborales imponen el qué y el cómo se van a hacer las cosas, qué vale y qué no tiene importancia, qué se apoya y se valora y qué no sirve, qué se premia y qué se castiga. Es decir, cuáles son las nuevas reglas del juego, cómo se trabaja, qué se produce y para quién. En otras palabras, se delinean las nuevas formas de organización laboral sin posibilidades (o posibilidades cada vez más remotas) de réplica de los trabajadores, incluso no sólo colectiva sino individualmente.

Bajo el pretexto de aumentar la productividad se vigila, se castiga, se fiscaliza, se individualiza el trabajo colectivo. Se completa o se agudiza el despojo del trabajo imaginativo, creativo, del trabajo cualitativamente

⁷ Mertens, L., *Crisis Económica y Revolución Tecnológica. Hacia Nuevas Estrategias de las Organizaciones Sindicales*, Venezuela, Nueva Sociedad, 1990. pp. 83-118.

⁸ De la Garza, E. “Reconversión Industrial y Cambio en el Patrón de Relaciones Laborales en México”, *La Modernización de México*, México, UAM, 1990. pp. 315-363.

superior. Se impide, ahora más que nunca, la posibilidad de conjuntar imaginación, creación y ejecución en el producir. La tan mencionada libertad del neoliberalismo coarta, como en otros muchos aspectos, la libertad y las posibilidades del ejercicio de la democracia en el aspecto más importante de la actividad humana: el trabajo.

Es paradójico que las nuevas propuestas “modernizadoras” en las condiciones de trabajo y, en particular, los cambios tecnológicos y las nuevas formas de organización laboral (círculos de calidad, control de calidad, calidad total) se consideran como una contrapropuesta al taylorismo deshumanizante, pues hay evidencias suficientes para demostrar que el aparente otorgamiento a los trabajadores de algún control sobre su proceso laboral, no pretende más que lograr un mayor rendimiento y por tanto mayor productividad.

Asimismo, siguen imperando en países como México formas tayloristas, ya que se continúan instrumentando, por lo menos siete u ocho de los once principios en que algunos autores resumen la propuesta taylorista de la organización científica del trabajo, entre ellos: una acentuada división social y técnica del trabajo; estandarización de las tareas; la asignación de un número limitado de tareas a cada trabajador; la selección “científica” de los trabajadores; pero sobre todo, la necesidad de individualizar el trabajo; la formación profesional de los trabajadores reclutados; la medición objetiva del trabajo realizado por cada trabajador; un sistema de remuneración estructurado básicamente en función del rendimiento personal; y el control y la estrecha supervisión de cada trabajador por parte de supervisores o capataces, reduciendo su margen de autonomía⁹.

En realidad, los cambios generados en los sectores secundario y terciario de la economía en muchos países latinoamericanos, están produciendo una mezcla de formas de organización laboral que tienen como sustento central para los trabajadores la pérdida mayor del control del

⁹ Neffa, J.C. “La Crisis de la Organización Científica del Trabajo ¿Genera la Emergencia de una Nueva Relación Salarial?”, en: Stankiewicz, François (ed.) *Las Estrategias de las Empresas Frente a los Recursos Humanos. El Post-taylorismo*, Argentina, Humanitas, 1991. p. 11.

proceso y la inestabilidad por la flexibilización, por las formas de contratación y por el aumento de las exigencias laborales. Sin embargo, estos cambios no pueden explicarse sin referirse a los cambios tecnológicos en marcha¹⁰.

Se descubre que al cambiar el trabajo en cadena por el trabajo en grupos semiautónomos se aprecia un incremento en el rendimiento del trabajador¹¹. Sin embargo, la lógica de la organización de la producción no se ha modificado por ello, a pesar de existir un cierto grado de iniciativa en el manejo de los medios de trabajo, en directivas menos minuciosas y en un estilo gerencial menos autoritario. Esta propuesta organizacional ha sido también aplicada en diversas industrias mexicanas al parecer con éxito. Tal es entre otros el caso de la empresa minera Peña Colorada¹².

Estas propuestas se aplican también en el comercio y los servicios, por ejemplo, bancos, grandes almacenes, transporte y subterráneos, entre otros. Sin embargo, muy amplios sectores industriales, comerciales y de servicios en países de América Latina continuarán por muchos años más con los mismos métodos que aún existen actualmente; pero es todavía más importante observar que cierto tipo de trabajos, por más que se automaticen sus procesos, conservarán la misma esencia y actividades que anteriormente, de ahí que quienes administran, coordinan y dirigen estos centros consideren a la modernización como un nuevo encuentro con las propuestas tayloristas, sólo que ahora no nada más en la industria, sino por ejemplo, en centros de enseñanza. Es decir, además de la profundización del dominio del capital sobre el trabajo, ahora hay una extensión del dominio capitalista hasta ámbitos poco “tocados” por él.

¹⁰ Rajchenberg, E. “Nuevas Tecnologías, Proceso de Trabajo y Salud”, en: Almada, I. (coord.) *Salud y Crisis en México. Textos para un Debate*, México, Siglo XXI, 1990. pp. 160-164.

¹¹ Stankiewicz, F. “Las Estrategías de las Empresas Frente a los Recursos Humanos: el Tiempo de las Revisiones”, en: Stankiewicz, F. (ed.) *Las Estrategias de las Empresas Frente a los Recursos Humanos. El Post-taylorismo*, Argentina, Humanitas, 1991. pp. 30-32.

¹² Acle, A. *Planeación Estratégica y Control Total de Calidad. Un Caso Real hecho en México*, México, Grijalbo, 1990.

Las propuestas de los círculos de calidad y de la calidad total pueden ser efectivamente un éxito en el nivel mundial, pero sólo y exclusivamente para los empresarios. Además, se dice que es una propuesta de desarrollo económico y de organización laboral absolutamente diferente a la taylorista, sin embargo, como se ha tratado de dejar asentado, no se diferencian de ésta ni en quiénes y cómo se controla el proceso de trabajo, el producto o el salario, sino en una minúscula parte de ese proceso con fines específicamente de rentabilidad que nada tiene que ver con una mejoría real de los trabajadores que participan. Es además, una propuesta más elitista, individualizada y de división entre trabajadores que incluso tienen similares condiciones de trabajo. Además, continúa la misma intensidad de trabajo o incluso mayor, sólo que ahora con un preciso trabajo ideológico que hace a los trabajadores producir más y mejor al creer que participan y son partes integrantes y vitales de las empresas¹³.

Las palabras de Kaoru Ishikawa -quien desarrolló no la primera propuesta, pero sí la más importante, de los hoy famosos círculos de calidad y del control total de calidad en una empresa y que luego se extendió de tal forma que, a fines de la década pasada existían un millón de círculos de calidad en Japón- ilustran de manera clara todo lo anteriormente expresado: “Quienes no conocen las actividades de CC (control de calidad) piensan que estos grupos son organizados principalmente para mejorar las condiciones de trabajo. Esto es un error. Los grupos se organizan con el fin de estudiar; y estudian para no repetir errores”¹⁴. O dicho de otra manera por uno de los principales promotores de estas propuestas en Estados Unidos: el nuevo enfoque de la administración de las empresas (Teoría Z) sencillamente sugiere que “...la clave de una mayor productividad está en implicar a los trabajadores en el proceso”¹⁵.

¹³ Slaughter, J. “Los Sindicatos y el Concepto de Equipo de Trabajo”, *Trabajo* 1:38-41, CAT-UAM-I, México, oct-dic 1989.

¹⁴ Ishikawa, K. *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*, Colombia, Carvajal, 1985. pág. 19.

¹⁵ Ouchi, W. *Teoría Z. Cómo pueden las empresas hacer frente al desafío japonés*, México, Fondo Educativo Interamericano, 1982.

Las consecuencias de estos cambios en los procesos productivos y de trabajo se expresan, por lo menos, en cuatro planos diferentes: a) El surgimiento de nuevas o el agudizamiento de antiguas exigencias laborales; b) La carencia, disminución, ausencia o desaparición de muchos componentes básicos para el desarrollo del trabajo humano; c) El estrés agudo y crónico y la fatiga como elementos mediadores de la patología vinculada a las nuevas formas de organización laboral; y d) La patología indisolublemente vinculada a estos cambios como: los trastornos mentales y psicósomáticos, la fatiga patológica y, en ciertos casos, la sobremorbilidad¹⁶, el incremento de la mortalidad y el consecuente acortamiento en la esperanza de vida en ciertos grupos de trabajadores¹⁷.

De esta manera, pese al desarrollo del campo de la salud laboral, los problemas de salud de los trabajadores se han complicado y empeorado. Esto sucede porque esos problemas dependen poco de los espacios científicos, legales y de las prácticas sanitarias y, por el contrario, dependen mucho más de las propias características que están adoptando las condiciones de trabajo y del papel (conciencia, conocimiento, acciones) que puedan jugar los propios implicados.

Las nuevas condiciones de trabajo y de salud impuestas por la “modernización” de las economías generarán probablemente, en el mediano plazo, un mayor control sobre los riesgos físicos y químicos de cierto tipo de industrias o sobre la prevención de los accidentes por deficientes condiciones de seguridad, pero indudablemente provocarán, condiciones de trabajo mucho más enajenantes y dañinas para los trabajadores latinoamericanos en los años que están por venir. Las transformaciones en las formas de organización del trabajo acabarán por traducirse en condiciones más estrictas, exigentes y deshumanizantes del trabajo; acompañadas de un férreo y absolutista control desde arriba en todas las decisiones relacionadas con el trabajo y

¹⁶ Laurell, A.C.; Noriega, M.; López, O. y Martínez, S. “El Trabajo como Determinante de la Enfermedad”, *Cuadernos Médico Sociales* 56:17-33, CESS, Argentina, 1991.

¹⁷ Rodríguez, C.; Pérez, E. y Jáuregui, A. “Proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico”, *Revista Latinoamericana de Salud* 1:41-72, México, Nueva Imagen, 1981.

la individualización de las tareas, de los problemas, de las demandas y de las condiciones colectivas de salud.

6. Reflexiones sobre la investigación participante

Retomando algunas de las experiencias de la investigación participante en salud laboral¹⁸⁻²⁶, y a más diez años de distancia que inició este proceso, se pueden plantear algunas reflexiones que en el momento actual y considerando los cambios recientes, nos permitirían cuestionar algunos aspectos de nuestro accionar en este campo.

1. Es importante precisar las formas en que se van a involucrar los trabajadores, tanto los de base como sus representantes (cuando éstos lo son en realidad). Por ejemplo, la celebración de asambleas generales, asambleas de representantes de los trabajadores (comités ejecutivos, representantes departamentales, comisionados de higiene y seguridad) y la conformación de grupos de trabajadores que participarían de forma más directa en la investigación.

La real participación de los trabajadores en el proceso de selección del objeto de estudio, en el propio proceso de investigación y en las propues-

¹⁸ Lozano, R., Noriega, M. *Un Método para el Estudio de la Relación Trabajo-Salud*, CICAST, México, 1984 (mimeo).

¹⁹ Laurell, A.C., Noriega, M. *Trabajo y Salud en Sicartsa*, SITUAM, México, 1987.

²⁰ Izco, N., Palacios, M. *Trabajo, Salud y Experiencia Obrera en el Metro*, Tesis de Maestría, UAM-X, México, 1987.

²¹ Alvear, G., Ríos, V., Villegas, J. "El Sector Informal. El Caso de las Costureras" en: *Salud y Crisis en México. Más Textos para el Debate. Cuadernos del CIIH*, Serie Seminarios No. 2, UNAM, México, 1991, págs. 325-343.

²² Rangel, G., Flores, A. Salud en el Trabajo Secretarial en la UAM, *Secuencias* 7(1):39-44, 1988.

²³ López, O., Martínez, S. *La Relación Salud-Trabajo. El Caso de los Trabajadores de la Cooperativa Pascual*. Col. Modular, UAM-X, 1989.

²⁴ Fernández, J. L. "Trabajo y Salud: Operadores de Autobuses Foráneos de Pasajeros" en *Salud Problema* 21:25-32, 1991.

²⁵ Tovalín, H. *Condiciones de Salud en Operadores de Ruta 100*. Tesis de Maestría, UAM-X, 1989.

²⁶ Márquez, M. y Romero, J. "El desgaste en las obreras de la maquila eléctrico-electrónica", *Salud Problema* 14:9-24, UAM-X, México, 1988.

tas de solución, está a nuestro modo de ver, cuestionada. Es decir, la participación de los trabajadores, no así la de los profesionales de la salud, ha sido probablemente limitada y menos importante de lo que hemos creído. Habría que matizar esta afirmación, porque ha sido muy variable en cada grupo obrero y en los diferentes países que han participado. Sin embargo, sería importante que pensáramos en ello, porque esto permitiría hacer nuevos planteamientos que involucrarán de una manera más importante a los trabajadores y analizar cuáles han sido las causas de esta limitada participación.

En el caso de México, por ejemplo, hay en general una participación espontánea y no una conciencia colectiva al respecto, aunque este problema depende de la situación concreta del movimiento obrero.

2. No considerar en la investigación participante la cultura común (acervo de prácticas y de saberes indiferenciados que dan contenido a la cotidianidad), puede llevar a tomar acciones al margen de los propios afectados, lo cual tendría por lo menos dos problemas serios: el primero, la falta de participación real de los trabajadores en el propio proceso y en las medidas que se llevan a cabo y, el segundo, coartar la posibilidad de un trabajo a largo plazo que impediría la continuidad como elemento vital para la investigación en salud.

Las culturas populares se definen, según Cirese²⁷, por su vinculación de hecho con las clases subalternas y no por su contenido, sea éste fosilizado o progresista, ni por sus cualidades estéticas o por su grado de coherencia. Comprender en toda su complejidad este planteamiento permitirá construir en cada espacio laboral, con cada grupo, una propuesta distinta que contemple, por lo menos, estas contradicciones para proponer algo factible. Sería imposible narrar cuántos estudios científicos, cuántas movilizaciones, cuántas luchas políticas han fracasado por ello. Considerar lo popular, lo subalterno en el planteamiento, en el desarrollo y en las

²⁷ Cirese, A. "Cultura hegemónica y culturas subalternas", *La teoría y el análisis de la cultura*, SEP, Universidad de Guadalajara y COMECOSO, México, 1987.

resoluciones en un trabajo sobre salud laboral es esencial. Estas reflexiones pueden tomarse como dolorosas autocríticas pero, a su vez, como prometedoras posibilidades.

La cultura dominante logra imponerse como punto de referencia exclusivo, en función del cual tienen que redefinirse y reevaluarse todas las otras formas de cultura. Trata de imponer su propio modelo como el único, universal, válido y legítimo. Y para desgracia de la mayoría, en cierto modo, lo está logrando.

3. Los planteamientos anteriores permiten derivar otras reflexiones: la investigación participante, a pesar de tener un contenido teórico y metodológico con gran desarrollo y suficientemente fundamentado en aspectos tales como el proceso de producción, de trabajo y de valorización no ha sido capaz de reflexionar colectivamente sobre las características de los propios afectados.

Sin embargo, las aportaciones de la investigación participante no pueden reducirse a los aspectos teóricos, metodológicos o técnicos sino, y fundamentalmente, a su contexto político y cultural, o sea, de conciencia, movilización y organización. Muchas veces hemos reducido una propuesta profundamente política en una didáctica.

Pese a todo, muchas de las aportaciones de la investigación participante en este campo siguen vigentes; pueden y deben seguir siendo el eje de reflexión y de la propuesta organizada para el cambio de las condiciones actuales de trabajo.

En cierto sentido ya hemos presenciado la ruptura en la forma de conocer la realidad y de apropiarse y reapropiarse de cierto saber por parte de los trabajadores. Pero falta mucho por comprender y reflexionar sobre la participación de los sujetos de la investigación cuando a la vez son objeto de la misma; sobre lo que significa la experiencia de los trabajadores para la generación y para la socialización de ese conocimiento; sobre las formas de movilización y de participación de los trabajadores en la salud; sobre las diferencias entre la experiencia individual y colectiva; sobre los intereses por los cuales los trabajadores se agrupan.

En la metodología participante no hay un análisis profundo sobre lo que es el trabajador. Generalmente se le considera sólo en su dimensión de fuerza de trabajo, aunque esta visión es absolutamente contradictoria con la propuesta de grupo homogéneo. En el primer caso, el obrero se reduce solamente a su actividad física, a su rendimiento, a su desgaste y, en el segundo, se recuperan otras de sus potencialidades: políticas, culturales, emocionales, pero que no se retoman en el mismo proceso de producción, sino al margen de éste. Así, en su accionar económico el obrero tiene una dimensión y en su accionar político otra. Esto no ha permitido cuestionar ni las potencialidades que han perdido los obreros, individual y colectivamente en el proceso de producción (y que repercuten en sus condiciones de salud), ni tampoco acerca de la propia concepción sobre la salud y la enfermedad, ya que ésta se ve como daños que hay que reparar o prevenir.

4. La metodología participante requiere una amplia discusión sobre la delimitación de su propio objeto de investigación. Esto que parece obvio, en la mayoría de los casos no lo ha sido. Precisar qué se quiere investigar y para qué, quizá sea como en muchos otros campos de investigación, uno de los problemas más difíciles.

Entender cómo se debe estudiar un problema es muy complejo. Esto sucede porque la investigación participante en salud laboral, no sólo se limita a plantearse una pregunta sobre la relación existente entre un factor de riesgo y una enfermedad o a garantizar la representatividad de una muestra o a aplicar una encuesta, sino que pretende precisar desde quiénes deben participar en función de su representatividad en un centro laboral, y en función de sus problemas e intereses específicos, pasando por cómo organizar el trabajo en función de las corrientes político-sindicales existentes, hasta tratar de relacionar los complejos problemas del proceso de producción -y en particular del proceso de trabajo- con los perfiles de riesgos, exigencias y salud de los diversos grupos de trabajadores que conforman un centro laboral.

En este último punto se plantean problemas muy complejos, tales como: cuáles características del proceso de trabajo son las fundamentales en la determinación de los riesgos, las exigencias y los problemas de salud laboral; cómo precisar las características generales (comunes) de la relación trabajo-salud para todos los trabajadores de un centro laboral y diferenciarlas de las específicas en cada área o puesto de trabajo; cuándo utilizar y para qué sirve cada técnica determinada, por ejemplo, una guía de observación, una encuesta colectiva o individual, ciertos tipos de información de fuentes secundarias, ciertos procedimientos o técnicas de medición del ambiente laboral, ciertos procedimientos de laboratorio y gabinete y luego cómo confrontar, comparar, procesar y analizar esta información.

5. El problema más relevante de esta metodología es la conformación de grupos homogéneos. Es determinante la manera como se agrupan los trabajadores para la investigación en salud laboral y para la participación de los trabajadores en tareas, propuestas y acciones relacionadas con ella. Cuáles son los criterios que se deben considerar para que un grupo de trabajadores se constituya en un grupo homogéneo; cuáles son las características de su trabajo que los asemejan y los diferencian; cuáles son sus intereses laborales, políticos, legales, culturales y sanitarios que orientan su trabajo en salud y que les permiten trabajar unidos. Los grupos homogéneos no son entidades dadas, se van construyendo en el accionar cotidiano, en el trabajo por la salud, en función de sus intereses políticos, culturales y sanitarios. No siempre los elementos que identifican a los sujetos están en relación con su proceso de trabajo. La configuración de la subjetividad obrera no se da sólo en función de sus condiciones objetivas: de su tipo de actividad, de sus formas de agruparse para la producción, sino también en función de sus intereses políticos, culturales y de salud.

6. Debido a que la encuesta colectiva es el procedimiento de la investigación participante que ha permitido un acercamiento más integral a los problemas de salud laboral, conviene hacer algunas observaciones.

Pese a reconocer sus enormes ventajas, la encuesta colectiva tiene varias limitaciones cuando es el único instrumento empírico que se utiliza para reconocer las condiciones de trabajo y de salud en un centro laboral. Entre los aspectos más difíciles de precisar con este instrumento están:

- Cómo diferenciar con precisión entre “expuestos” y “no expuestos” a los diversos riesgos y exigencias;

- Cómo diferenciar la “intensidad de la exposición”, ya que con frecuencia no hay un mecanismo que permita captar con cierta consistencia si el problema es poco, regular o muy intenso, lo que dificulta la jerarquización de los mismos;

- La encuesta colectiva no permite diferenciar la duración o el tiempo de “exposición”, ya que éste es un problema individual, pero además hay que hacer diferencias muy precisas cuando se habla de exposición a riesgos físicos o químicos que a exigencias como la rotación de turnos, la monotonía o la repetitividad de la tarea;

- Las dificultades más evidentes de la encuesta colectiva para captar la morbilidad (molestias, enfermedades, accidentes y otros trastornos a la salud) se centran en la manera como se pueden captar la frecuencia y la gravedad de las enfermedades, puesto que, aunque no sea necesario tener un recuento cuantitativo detallado, en el caso de una encuesta colectiva, sí es imprescindible ordenar estos problemas de salud en función de la importancia en ese grupo de trabajadores;

- Cómo establecer la relación entre el proceso de trabajo, los riesgos y exigencias y los daños a la salud: no se ha propuesto una forma adecuada de ordenar, en función de la relación enunciada, las medidas y acciones pertinentes que cada grupo homogéneo debe adoptar, ya que no sólo se pretende conocer la realidad, sino generar conciencia colectiva y transformar esa realidad.

- No es difícil la aplicación de una encuesta colectiva para cierto tipo de operadores industriales, pero sí en el caso de los ayudantes, los trabajadores de mantenimiento, los administrativos, los trabajadores de

los servicios, ya que su tipo, intensidad y tiempo de “exposición” es muy variable.

7. A manera de conclusión

La ofensiva contra los que producen la riqueza se da en todos los sectores de la economía: el agrícola, industrial y el de los servicios, sólo con la participación organizada de los trabajadores latinoamericanos, se podrán transformar sus adversas condiciones en el mediano y largo plazos. La ofensiva actual, consistente en la globalización, flexibilización, privatización, control férreo de las clases subalternas, no podrá romperse a corto plazo, pero sí se podrá preparar el camino con claridad política, organizativa y científica para la ruptura de tal ofensiva.

Una de las grandes preocupaciones de este momento, es mirar la forma en que se plantea este espacio de lucha política, ya que la pretensión actual es el “colaboracionismo” entre patrones, funcionarios del Estado y trabajadores, combinado con una ruptura bien orquestada de las organizaciones políticas y sindicales por medio de las prebendas a unos, el fomento de la competencia y la división entre todos.

Para que el trabajador pueda imaginar, crear y producir en condiciones de hombre integral, es necesaria una reproducción fisiológica y mental adecuada, además de cultural e intelectual. Pero, sobre todo, ejercer el derecho a la libertad y a la democracia en el trabajo. Se imponen y se hace urgentes los cambios en las formas de estructura y organización sindical y en las direcciones obsoletas, añejas, propatronales y progubernamentales.

La aparición a gran escala de despidos masivos, desaparición de situaciones contractuales dignas, aumento de la productividad por intensificación del trabajo, transformaciones en la organización laboral y bajos salarios tiene repercusiones importantes en la salud de los trabajadores que se centran, en casi todos los casos, en las enfermedades psíquicas y psicoso-

máticas. Sin embargo, se inician por unos mediadores todavía poco estudiados como son el estrés agudo y crónico y la fatiga.

En realidades más avanzadas que las nuestras, en el campo industrial, de los servicios, de las prestaciones a los trabajadores, de la seguridad social, de la difusión de cierta información sobre higiene y seguridad en el trabajo, tampoco ha habido, como en nuestros países, transformaciones cualitativas en las condiciones laborales y de salud y mucho menos en el control de los trabajadores sobre estas condiciones.

Las nuevas propuestas que imponen cambios tecnológicos y de organización del trabajo pueden constituirse también en un resquicio para nuevas formas de organización de los trabajadores al interior y al exterior de los centros de trabajo.

Como última reflexión, en esta época de dominio neoliberal en la cual se fomenta más que en ninguna otra la enajenación del trabajador, y a diez años de distancia de que iniciamos en América Latina la investigación participante en salud laboral, citaremos a Marx, aunque muchos consideren que está en desuso: estar ajeno frente a la propia actividad que uno realiza es entender el trabajo "...como una actividad extraña, que no le pertenece, la acción como pasión, la fuerza como impotencia, la generación como castración. La propia energía física y espiritual del trabajador, su vida personal (pues qué es la vida sino actividad) como una actividad que no le pertenece, independiente de él, dirigida contra él. La enajenación respecto de sí mismo..."

Capítulo 5

Homenaje a Gastone Marri. Una vida por la vida

Para Gastone Marri*

Los maestros no mueren, se siembran.

En 1983, penúltimo año de la dictadura cívico militar con el movimiento sindical reorganizándose con mucha fuerza, algunos compañeros comenzamos a profundizar en los aspectos del devenir sindical. Entre otras cosas comenzamos a trabajar lo que hoy llamábamos Salud Laboral y en ese entonces, Seguridad e Higiene en el Trabajo.

El núcleo inicial de trabajo, Químicos y Petroquímicos, Construcción, Metalúrgicos y Bebida provenían de sindicatos donde los efectos del trabajo sobre la salud de los compañeros tenía absoluta visibilidad, rompía los ojos la necesidad de trabajar para revertirlo.

Ese colectivo, con formación política y buena experiencia sindical, encontró que la temática no podía reducirse solamente a la Seguridad y la Higiene, esencialmente estábamos incursionando en la forma como se

* Walter Migliónico Caino. Coordinador General del Departamento de Salud Laboral y Medio Ambiente. PIT-CNT. Uruguay.

organizaba el trabajo, en las decisiones técnicas que se habían tomado para hacerlo de tal forma y no de otra.

No nos alcanzaba con la información que podíamos obtener, incluso las de algunas centrales sindicales europeas.

Comenzamos a buscar, a investigar, un compañero que volvió exiliado de España nos acercó un material de CC.OO. con un artículo del compañero Ángel Cárcoba, el cual mencionaba algo llamado Metodología Sindical de Análisis de las Condiciones de Trabajo, era lo que intuíamos debía ser, era lo que necesitábamos. Otro compañero que había pasado sus años de exilio en Italia nos acercó otros escritos, con los cuales se cerró nuestra búsqueda.

No fue fácil, en esa etapa de consolidación de la organización sindical, el abordaje de la temática desde esa perspectiva, no teníamos mucha experiencia en la aplicación de la herramienta, pero igual nos lanzamos al agua, por aquí decimos que la mejor forma de aprender es hacer y así actuamos.

Una empresa metalúrgica de las más importantes del país (ALCAN-Aluminium Company of Canada.), fábrica de aluminio en todas sus formas con más de 400 trabajadores fue un lugar donde comenzamos a trabajar.

Por la fuerza de su organización sindical que se había conformado ya en 1982 bajo la dictadura, por su problemática y porque uno de los integrantes del equipo era metalúrgico y trabajaba en ella. Al comenzar fue necesario adaptar, adecuar, cambiar, pero manteniendo ejes, la validación consensual y la no delegación.

En algunos casos se hicieron asambleas, en otros se utilizaron planillas, llamadas por nosotros de “consenso” para elaborar los mapas de riesgo.

Una vez hechos, vimos que necesitábamos más información y nos vinculamos con las instancias académicas de nuestra Universidad de la

República en la cual no existía aún un ámbito específico de formación de especialistas. Pese a esto pudimos avanzar en el sentido de completar nuestros estudios de los riesgos, logramos imponer nuestra visión y cambiar el proceso de trabajo. Quien esto escribe, participante directo en esa experiencia, se emociona cuando recuerda a todos los compañeros de la fundición reunidos un domingo en el local de una parroquia católica construyendo un mapa de riesgos y lo más importante, construyendo clase para sí.

Pero ésa era una pequeña gota en un océano de iniquidades, no en todos lados había tanta fuerza sindical, no en todos lados era percibida la salud de los trabajadores como el lugar donde se manifiesta más cruda y salvajemente la explotación del trabajo por el capital.

No nos fue, ni nos es fácil desterrar aún la concepción de “llama a un técnico para que nos de una mano”, pero la potencia de la metodología es tal que fue y es aceptada por los compañeros.

En la construcción de nuestra adaptación de la metodología, tuvimos que modificar el planteo original, queríamos aplicarla esencialmente porque brindaba la construcción de nuestro propio saber desde ese saber, apropiarnos del mismo en nuestro propio beneficio, pero esto debíamos hacerlo luego de diez años de una cruel dictadura cívico- militar que había arrasado con el movimiento social, sindical, político.

No es lo mismo construir esa opción metodológica con sindicatos fuertes que hacerlo con ellos en reorganización, muy débiles, sin la experiencia de tantos compañeros encarcelados, desaparecidos, muertos o fuera del país.

Es interesante esta experiencia, ya que fue posible extraer de nuestra adaptación la conclusión de que era un instrumento organizativo sindical ideal en la etapa que estábamos viviendo, hoy día no resulta igualado.

Somos concientes que no fuimos nada ortodoxos en nuestra aplicación, incluso al inicio modificamos los grupos de factores de riesgo, no conocíamos bien el modelo original, nos dio resultado aplicar algo similar a la práctica española.

Pasados doce años de estos inicios quien esto escribe llego a Turín becado por OIT a estudiar Salud y Seguridad en el Trabajo, iniciados los cursos descubrimos que no se mencionaba, no se nombraba, al modelo operario, algo que se pudo revertir felizmente al siguiente año. Recién ahí pudimos estudiar el original y comprenderlo definitivamente.

No por eso renunciamos a nuestra “versión”, el impulsor de nuestra independencia como nación J. Artigas decía “Nada podemos esperar si no es de nosotros mismos” y esto es bien congruente con la raíz de la metodología, así lo sentimos.

Respetamos muchísimo las diversas experiencias, hemos aprendido de ellas, entendemos que flaco favor nos hacíamos trasladando mecánicamente una brillante construcción de una realidad bien diferente a la nuestra.

Hoy día es el eje de nuestros programas de formación en Salud Laboral y Medio Ambiente, algunas otras herramientas como el Análisis Sistémico y el Árbol de Causas las integramos como complemento, como claramente lo indicamos en nuestros manuales.

De acuerdo a nuestra experiencia la metodología es absolutamente aplicable a puestos de trabajo industriales, con procesos encadenados tayloristas-fordistas, para mencionarlos adecuadamente, no nos resulta tan fácil hacerlo en otros procesos de trabajo.

En los servicios, en la agricultura, en la construcción encontramos dificultades para la aplicación, para la realización del Mapa de Riesgo.

Pero se puede adaptar, lo importante es establecer el sentido de porque el trabajador se involucra en esta forma de hacer las cosas, en esta metodología.

El propio trabajador con sus compañeros adapta, quita y modifica, asume su papel de transformador de su realidad, construye clase para sí.

Le da al trabajador el lugar que corresponde, decimos que sin nosotros los trabajadores no existe “película” en materia de Salud y Seguridad en

el Trabajo, en materia de CYMAT, si somos los actores principales debemos actuar como tales, el modelo nos lo permite.

Existieron problemas en la confesión del mapa de riesgo, para nosotros este es una forma metodológica, pero no un fin en si mismo.

Sobrados ejemplos hay de cómo los técnicos le han quitado su importancia como herramienta, disociándola del resto, apropiándose de él y sustituyendo a los trabajadores.

Desde nuestra perspectiva la metodología, concebida esta como una herramienta para alcanzar un logro, permite no solo contribuir a que sea posible revertir las CYMAT sino esencialmente le permite al trabajador desconstruir el universo educativo impuesto por la clase dominante. No sabes, recurre a quien sabe, deja todo en sus manos, tú trabaja.

Al apropiarse de su propio saber en su propio beneficio los trabajadores al revertir la hegemonía educativa, construyen clase para si, rompen categorías establecidas. Es interesante que aún técnicos de izquierda no aceptan esta forma de trabajar, les quita poder, ubica a la técnica como lo que debe ser la aplicación de la ciencia a una realidad histórico social concreta, no como un secreto conservado por algunos.

La formación sindical debe trascender del sindicalista controlador de reglas y normas técnicas al analista teórico metodológico de condiciones y organización del trabajo, con vista al proceso de reapropiación necesario para la transformación de la sociedad.

Al poner al trabajador en el centro, el modelo contribuye a ello.

Para el modelo de sociedad que se quiere imponer es necesario sacrificar todo en busca de competitividad a partir de aumentar la productividad, aumento que solo se busca como reducción de los costos de producción. Los derechos y especialmente la protección de la Salud de los Trabajadores son costos que se deben reducir.

Esto se manifiesta a nivel mundial, en la medida que continúa el avance de una concepción de la sociedad que privilegia la “lógica del

mercado”, el “mercado regulador”, la acción de los actores privados, etc. Solemos olvidar con frecuencia las palabras del premio Nóbel de economía M. Friedmann “el único objetivo social de las empresas es aumentar sus beneficios”, lo demás es operativo a ese objetivo.

Una realidad dramática que se expresa en una sencilla conclusión, cuando se trabaja se lo hace de cualquier forma y en cualquier condición.

Este crimen silencioso que se comete contra los trabajadores no es obra de la casualidad, ni es accidental, esencialmente obedece a la forma como nos organizamos para transformar la naturaleza, obedece a la forma cómo se organiza el trabajo, los riesgos del mismo no son, ni castigo divino ni obra de la falta de fortuna, son consecuencia de decisiones que se toman al definirlo, en las cuales casi nunca intervenimos los trabajadores.

Thomas Dunning citado por Marx (*El Capital*, Tomo I), poniendo el eje en el sentido moral y social del capital decía: “El capital se vuelve audaz si la ganancia es adecuada, con el 10% asegurado se le puede colocar por doquier, con el 20% se torna vivaz, con el 50% positivamente temerario, por un 100% pisotea todas las leyes humanas y por un 300% no existe ya crimen al que no se arriesgue, aún bajo el peligro del patíbulo.”

La metodología que asumimos, contribuye al desnudar el carozo del asunto, la organización del proceso de trabajo que confronta con nuestro estado de salud, la explotación del trabajo humano principal actividad del hombre.

Dos veces estuve en Italia, nunca pude hablar con Gastone Marri, pero como si lo conociera de toda la vida. ¡Gracias compañero maestro!



Gastone Marri (izquierda), fundador de la metodología obrera italiana. Intervención en las I Jornadas de Salud de CC.OO. junto a Laureano Cuervo, Ángel Cárcoba, Alfredo Fortes y Roberto Donalísio.

Por la causa de los trabajadores*

Acaba de fallecer un gran hombre, se trata de Gastone Marri, quien fuera uno de los creadores y fundamentalmente el protagonista de lo que conocemos como modelo obrero italiano (modelo sindical para el control del ambiente de trabajo). Sobre ese modelo se instauraron las luchas de los trabajadores a partir de los años 60.

Tuve la oportunidad de conocer a Gastone a comienzos de los 70 y, de saber no sólo de sus pensamientos sino de su fe en los trabajadores, de su convencimiento en el camino emprendido.

Gastone nació en 1921 en Massa Lombarda (Ravenna). Llegó a Roma como dirigente del Patronato Inca dell CGIL. Es curioso que a través del mismo patronato en Argentina tuve mi primer contacto con la revista que publicaban entonces, bajo la inspiración de Marri, Oddone y otros compañeros, y las tres sindicales italianas: Rassegna di Medicina dei Lavoratori (Medicina de los Trabajadores).

Marri con los compañeros que estuvieron a su lado, no solamente fue artífice de un cambio fundamental en la actividad sindical en defensa de la vida y la salud, sino que ayudó a crear un lenguaje común entre los trabajadores y determinó que, al calor de las luchas obreras, muchos profesionales abrazaran las causas de los trabajadores.

El modelo sindical italiano no quedó dentro de los límites de la geografía que le dio origen, salió primero de la fábrica al territorio y saltó el océano para llegar a latinoamérica donde encontró compañeros que supieron difundir y utilizar de la sabiduría y utilidad del modelo. En este sentido Gastone es también un poco nuestro.

Se ha ido un gran hombre, pero sus ideas siguen y seguirán dando vueltas para continuar la lucha que permita acceder a condiciones dignas

* Carlos Aníbal Rodríguez, Gerente General de la SRT. Texto publicado en NOTICIAS SRT (3 de agosto de 2006).

de trabajo que no solamente permitan promover nuestra salud sino que hagan que nos sintamos útiles, solidarios y felices.

Invito a todos los compañeros a recordar a Gastone Marri y, a quienes no lo conocieron, a indagar en su vida y obra.

Encuentro sindical de Módena (Italia)

El 12 de octubre de 2006 con ocasión del Encuentro “Ambiente Lavoro Convention” celebrado en Módena se rindió un homenaje a Gastone Marri con la participación de líderes sindicales y científicos tal y como figuran en el programa que sigue:

PROGRAMMA

CGIL

“ESPERIENZE E LOTTE SINDACALI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA NEL LAVORO-STORIA DI UN PROTAGONISTA: GASTONE MARRI

Modena 12 ottobre
(ore 9.00- 13.30)

Presiede: Luisa Benedettini

Introduce: Diego Alhaique

Interventi: Giovanni Berlinguer, Ivar Oddone, Elio Giovannini, Marco Biocca, Vito Foà, Raffaele Minelli, Renzo Bellini, Paolo Carcassi, Fulvio Perini, Angel Cárcoba, Carlos Aníbal Rodríguez, Anna Maria Righi.

Conclusión: Paola Agnello Modica

Compañeras y compañeros*:

Saludos fraternales en nombre de la Confederación Sindical de las Comisiones Obreras de España.

Es para mí un honor participar en este encuentro en el que se rinde un merecido homenaje a Gastone Marri.

Con Gastone compartí momentos entrañables en Roma, en Torino, en Madrid, en Toledo. Y junto a Gastone siempre encontraba a Sandra Gloria y a Ivar Oddone.

Recuerdo nuestros intensos debates sobre el modelo obrero, sobre la metodología. Él era contrario a ampliar los cuatro grupos de factores de riesgos.

Y para unas Comisiones Obreras recién nacidas a la legalidad, el modelo obrero supuso una especie de enamoramiento. Una guía que nos ayudó a hacer un recorrido difícil pero muy atractivo y eficaz que nos permitió ir de la seguridad e higiene franquista a la salud en el trabajo y de la salud en el trabajo a la salud de los trabajadores en democracia.

La aplicación del modelo obrero se extendió por centenares de empresas y universidades. El sindicato entendió la salud laboral como elemento estratégico de la acción sindical. Comisiones Obreras se dotó de un modelo, de una metodología y de una organización que se convirtió en un referente en el campo de la Salud laboral para los trabajadores y para la comunidad científica y universitaria.

Una metodología basada en la “la non delega”, la “valadizione consensuale”, “los grupos homogéneos”, la “no monetarización de la salud”. El eslógan “la salud no se vende, ni se delega, se defiende”, se popularizó y formó parte de la nueva cultura. Y como instrumento de trabajo: el mapa de riesgos, basado en la experiencia obrera. El resultado fue inmediato: un mayor protagonismo y hegemonía de los trabajadores y una mejora

* Intervención de Ángel Cárcoba. Departamento de Salud Laboral de CC.OO. en el Encuentro de Módena el 12 de octubre de 2006.

sustancial de las condiciones de trabajo. La autonomía en el conocimiento permitió disputar al empresario aspectos como la organización y el tiempo de trabajo.

Pero aquel modelo insuperable molestaba y fue secuestrado por los postmodernos tecnócratas. Estos se apoderaron de los conceptos y los vaciaron de su contenido político. La enfermedad y la muerte en el trabajo volvió a ser un campo casi exclusivo de los técnicos y médicos

Y de nuevo el protagonismo obrero fue sustituido por el protagonismo del experto. Y del mapa de riesgos basado en la experiencia obrera se pasó a la evaluación de riesgos basada en el conocimiento experto. Mi opinión es que en este proceso los trabajadores hemos salido perdiendo.

Pero alguien salió ganando. Los mercaderes de la salud, de la enfermedad y de la muerte en el trabajo.

Se creó un gran mercado-negocio en torno a la salud laboral que mueve miles de millones de euros.

En los últimos diez años en España se han constituido más de mil Servicios de Prevención Ajenos, cientos de empresas auditoras, otras tantas entidades formativas, fundaciones, observatorios, grupos de sabios que se dicen independientes, que mueven millones de euros.

Este aumento de recursos técnicos y financieros no se corresponde con la mejora de las condiciones de trabajo. Ahí tenemos los datos de la Fundación de Dublín y de Eurostat.

Y así surgió una nueva disciplina llamada la riesgología o el riesgo como negocio, que ha dado lugar a un fuerte desarrollo de la tecnocracia y el expertizaje. De esta forma llegamos a la entronización de las grandes mentiras en prevención y de un falso consenso sobre conceptos como: cultura de la prevención, códigos de buenas prácticas, sistemas de gestión, responsabilidad social de las empresas. Se ha creado una especie de parque temático de la prevención donde podemos encontrar ofertas de

turismo de la salud laboral, congresos, premios, subvenciones, publicaciones, evaluaciones de riesgo a la carta, etc.

La conclusión es que la salud de los trabajadores ha pasado a ser tutelada por el mercado. Un señor que nadie sabe quién lo ha elegido, pero que lo domina todo. Impone una pausa legislativa a nivel de la Unión Europea y el “soft law” o legislación ligera como nuevas formas de desregulación. La protección de la salud en el trabajo queda bajo la tutela de iniciativas voluntarias de las empresas, que se rigen por códigos de buenas prácticas y debemos creer en la autoresponsabilidad social de las nuevas ONGs “empresarios sin fronteras”.

Y yo, que soy agnóstico, no me lo creo y frente a esta realidad sólo encuentro dos opciones: indigno o indignado. He elegido la indignación.

¿Dejamos que el mercado funcione libremente? ¿Dónde situamos los límites a la libertad empresarial? Las dos fuentes principales de control de la actividad económica -la acción y organización de los trabajadores y la mediación y control del Estado- han entrado en crisis.

Tiene razón Gastone cuando afirma: “C’è stata una debolezza nostra, che pure avevamo conquistato l’egemonia teorica e pratica. Si è così tornati a vecchie concezioni che ancora oggi caratterizzano le direttive comunitarie e la nuova legislazione: predominio dell’imprenditore e dei tecnici rispetto all’esperienza operaia”.

Es la derivación tecnocrática que da sólo a los “expertos acreditados” la legitimidad para decir la verdad y decidir donde hay riesgos en el trabajo y dónde no.

El saber profano, la experiencia obrera no es tenida en cuenta.

La participación directa es algo molesto y todo se delega. Los trabajadores en los expertos, los ciudadanos a los partidos políticos y de los partidos a sus dirigentes.

Por eso es necesario recuperar la memoria histórica en tiempos dominados por la desmemoria o por la memoria selectiva impuesta por los poderosos.

Es necesario abrir un debate sobre los elementos centrales del nuevo modelo obrero para el siglo XXI. ¿Cuáles serían los ejes centrales de una nueva estrategia sindical?

Si se acepta este debate, prometo aportar algunas cuestiones ya elaboradas.

Es necesario recuperar el derecho a soñar como un derecho fundamental que nos permite anticipar una realidad y un mundo diferentes.

Si nuestros antepasados, si personas como Gastone Marri junto a su mujer Sandra, o Antonio Grieco, o Ivar Oddone, o G. Berlinguer y otros muchos, no hubieran ejercido ese derecho, no estaríamos aquí, después de pasar lo que hemos pasado.

Nuestros sueños corren el riesgo de ser interrumpidos bruscamente y despertarnos rodeados de los nuevos gurus, postmodernos, sabios independientes, neutros técnicos al servicio de quien sea.

Los viejos sueños, querido amigo Gastone, fueron buenos sueños, no se cumplieron, pero me alegro de haberlos compartido contigo.

Compañeras y compañeros, termino con unas palabras de Gastone que leí recientemente en *Rassegna Sindacale*: “Tenete accese le luci dentro di voi/ E vive le voci.../ E combátete, combattete / Sconfiggete tutte le paure”.



Ivar Oddone (centro), junto a Ángel Cárcoba y Fulvio Perini (sindicalista de la CGIL en la Fiat Mirafiori) durante el homenaje a G. Marri. Módena, octubre de 2006.

Cómo nace y qué significó la publicación *L'ambiente di lavoro**

Se me ha encargado resumir la experiencia que dio lugar a la publicación de la guía “*L'ambiente di lavoro*”¹. Es difícil en pocas palabras poder traducir cuarenta años de experiencia.

Puedo decir que sólo en Italia el movimiento obrero ha sabido afrontar en modo gramsciano², esto es, con una propuesta hegemónica como “non delega” de parte de los trabajadores. No limitarse tanto a denunciar las situaciones de riesgo y a delegar en quien tiene el deber, sino ser protagonistas en la creación de puestos de trabajo sin consecuencias en la salud, en la perspectiva de expresar el máximo de su capacidad productiva como seres pensantes.

La elaboración del método publicado requirió varios años. Cinco como mínimo. Mi tiempo discurría en la universidad, en la sección universitaria del hospital. A veces festivos incluidos. De la mañana a la tarde. Me quedaba con una hora en el ambulatorio de la Mutua (de 19 a 20); después hacia las visitas a domicilio, después la cena y después escribía. La quinta liga Mirafiori³ era mi terreno de investigación. Era una “acción-investigación”, que no consideraba como una investigación médica tradi-

* Médico coordinador de la publicación *L'ambiente di lavoro*. Ha colaborado durante años con los sindicatos turineses. Ideólogo del modelo obrero. Ha sido profesor de Psicología del Trabajo en la Universidad de Turín y es autor de decenas de trabajos sobre la salud de los trabajadores.

¹ Recordemos que de la primera edición de esta publicación se editaron 130.000 ejemplares y fue traducida al francés, alemán, japonés y español. En España la primera edición de esta guía fue editada por USO de Catalunya. CC.OO. adaptó la misma a las nuevas realidades de los años 80, incluyendo otros factores de riesgo. En los años siguientes apareció publicada, bajo diversas modalidades, en Argentina, México, Colombia, Uruguay, Brasil, Ecuador, Canadá, Perú, República Dominicana, etcétera.

² Antonio Gramsci (1891-1937), político, filósofo y escritor italiano, fundó del Partido Comunista de Italia (PCI) el 21 de enero de 1921.

³ Organización sindical de los trabajadores metalmeccánicos de la fábrica de automóviles de Mirafiori en Turín.

⁴ Federico Butera enseñaba sociología de las organizaciones en la Facultad de Sociología de la Universidad de Milán-Bicocca.

cional digna de ser publicada. Sólo años después, Federico Butera⁴ sabe definir adecuadamente esta investigación como “irritual”. No de otro modo, junto a los hombres de la Mirafiori, trabajamos como voluntarios en la quinta liga antes y después de las tradicionales ocho horas en la fábrica. De aquel trabajo nació la exigencia y la demanda de cambiar la situación del trabajo en el sentido ergonómico. La ergonomía, como aproximación científica y como disciplina nacía en aquellos años en Europa y América. La referencia: “adaptar el trabajo al hombre”. El movimiento sindical italiano ha escrito un capítulo que ningún otro país ha sabido escribir. Norbert Wiener, el padre de la cibernética, escribía en los años setenta, “la organización del trabajo actual utiliza sólo la millonésima parte de la capacidad cerebral del hombre... un día el hombre se erigirá en toda su estatura”.

Era necesario innovar un lenguaje que impidiese la incomunicación entre el médico y los trabajadores en lo relativo a las condiciones de trabajo.

En otras palabras, habíamos aprendido que los problemas que teníamos de frente no eran compatibles con el lenguaje médico, ni con el lenguaje obrero tradicional. Debíamos construir uno nuevo que pudiese servir de referente tanto para los trabajadores como para la comunidad científica. Tuvimos que inventar la técnica de la “istruzioni al sosia”. Se trataba de dar las instrucciones sobre aquello que se hacía respondiendo a la siguiente demanda: “hazte a la idea de que soy tu sustituto, tu otro yo, e imagina que yo debo sustituirte en tu trabajo de modo que no se advierta que no eres tú”.

Sobre esta base preparábamos el encuentro del delegado sindical con la empresa simulando la situación de negociación. El delegado se representaba a sí mismo, yo representaba al médico de empresa, otros representaban a la empresa y otros al sindicato. Habíamos construido casi los elementos esenciales de la guía de actuación. Habíamos buscado una solución gráfica desechando muchas propuestas para representar “el hombrecito”. De esta forma la montaña parió las 54 de la guía *L'ambiente di lavoro*.

La guía fue evaluada y convalidada a través de años de formación en la escuela sindical de la CGIL de Ariccia y surtió de materiales al CRD (Centro Ricerche e documentazione Rischi e Danni da Lavoro)⁵.

Este material supone un excelente instrumento que permitirá sobre todo a los jóvenes afrontar la mejora del ambiente de trabajo desde una óptica histórica.

Si en un próximo futuro este material estuviera disponible “on-line” significará continuar y mejorar la relación entre trabajadores y expertos en la organización del trabajo. Y también con los médicos, no sólo del trabajo, sino también de familia, “de base” como se dice ahora, como los profesionales que tienen la posibilidad de considerar al hombre y la mujer en su totalidad y en su cotidianidad.

⁵ El CRD operó como estructura de la Federación Unitaria CGIL-UIL de 1974 a 1984 desarrollando un papel fundamental de difusión y coordinación de las experiencias y de las luchas obreras y sindicales sobre el control del ambiente de trabajo y contra la nocividad.



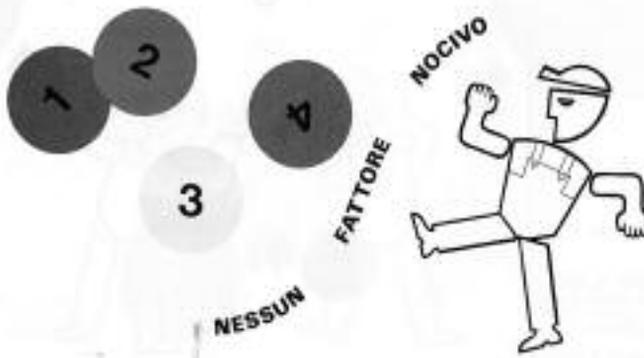
En recuerdo de Gastone Marri, inspirador y protagonista del movimiento sindical por la salud.



AMBIENTE DI LAVORO TENDENZA PADRONALE



AMBIENTE DI LAVORO ALTERNATIVA OPERAIA



**PER CONTROLLARE
LA NOCIVITA'
OCORRE CONOSCERE:**



Capítulo 6

Elementos para configurar un nuevo modelo

Ángel Cárcoba

A partir del análisis del modelo descrito en los capítulos precedentes hacemos un llamamiento a trabajadores, activistas de la salud, sindicalistas y expertos para describir los ejes fundamentales de un nuevo modelo que responda a las nuevas realidades sociales, económicas, jurídicas, ideológicas y políticas de principios del siglo XXI.

Es preciso abrir un debate social sobre modelos, métodos, estructuras organizativas, recursos, protagonistas de la prevención y reconstrucción de contrapoderes.

Es necesario ir a la búsqueda de un consenso sobre conceptos como salud laboral, condiciones de trabajo, cultura de la prevención, trabajo y empleo, indicadores, determinantes sociales, desigualdades sociales, controles a la libertad de mercado, riesgos emergentes el trabajo como indicador de salud. Existe un falso consenso sobre estos y otros conceptos. Hay que saber de qué estamos hablando cuando nos referimos a la salud de los trabajadores, que es lo que está en juego. Estuvimos muchos años anclados en la seguridad e higiene y las cosas no fueron bien. Llegamos a la salud y seguridad en el trabajo y los cosas tampoco van como quisiéramos. Pasamos por la salud laboral como un concepto técnico y nos queda mucho para llegar a la salud de los trabajadores en la que éstos sean protagonistas de su historia con capacidad para decidir de qué no quieren enfermar y de qué no quieren morir.

Si la enfermedad en el trabajo ocupa dos páginas en las estadísticas oficiales en las que nos dicen que ningún trabajador muere en España por enfermedad profesional, algo muy grave está sucediendo. Lo que no se registra no existe. Para los poderes públicos y para los “expertos”, no existe el sufrimiento en el trabajo, como si se tratara de lo menos digno del ser humano, tampoco existe la morbilidad percibida, y la morbilidad diagnosticada poco o nada tiene que ver con el trabajo y en consecuencia no aparece la morbimortalidad indemnizada. Si la enfermedad y la muerte en el trabajo se han restringido a un problema técnico que sirve para que grupos selectos de sabios debatan en congresos y jornadas si los índices de incidencia o de frecuencia son éstos o aquéllos. Si los dos millones de trabajadores que mueren cada año en el mundo en su puesto de trabajo no nos dice nada emocionalmente es que nos hemos vuelto analfabetos emocionales, lo que nos aboca un abismo ético y moral. “El mundo no está amenazado por seres que quieran matar, sino por aquellos que a pesar de conocer los riesgos sólo piensan técnica, económica y comercialmente” (Günther Anders).

Esto nos lleva a que el lema “otro mundo es posible” se convierta en un imperativo moral que diga “otro mundo tiene que ser posible”.

El presente capítulo se dedica a exponer una serie de enunciados que desde nuestro punto de vista determinan las nuevas realidades sobre la relación trabajo-salud-enfermedad y muerte. Está totalmente abierto a la crítica y sobre todo al análisis y propuestas (véase anexo).

El punto de partida consistiría en determinar cuáles de los principios, de los métodos y herramientas del modelo desarrollado en los años 70 y 80 del siglo pasado serían aplicables a la realidad actual. Validez actual del principio que da título a este trabajo: La salud no se vende, ni se delega, se defiende. ¿Bajo qué formas se presenta hoy la monetarización de la salud en el trabajo?, ¿Por qué es necesario reconstruir un modelo basado en la no delegación? ¿Cuáles serían los ámbitos en los que debe producirse la validación consensual? En momentos de predominio del conocimiento experto, ¿cómo conquistar de nuevo la autonomía en el

conocimiento como base para conseguir la hegemonía por parte de los trabajadores en la defensa de su salud? En un contexto de desregulación y precariedad, ¿qué sentido tendrían hoy los grupos homogéneos?

¿Cómo encardinar los mapas de riesgos en la evaluación y planificación de la prevención a partir del protagonismo del trabajador (como colectivo)? ¿Cuáles serían los elementos fundamentales para reconstruir un sistema de información que incorpore la experiencia y el conocimiento obrero? En definitiva, ¿quiénes serán los protagonistas del nuevo modelo y qué papel ha de jugar cada cual? (trabajador, delegado sindical, técnico de Servicio de Prevención propio y ajeno, Inspector de trabajo, etc).

El estudio de las desigualdades ha de ser otro elemento que nos guíe hacia un nuevo modelo. La distribución porcentual de accidentes de trabajo, según profesión en España, nos indica que los peones y trabajadores menos cualificados sufren el 22 % de los accidentes, frente al 0,2% de los ejecutivos de su misma empresa. Según un cálculo elemental para que uno de los 2.500 millones de personas que subsiste al día con dos dólares, llegara a amasar, con el sudor de su frente una fortuna como la de Bill Gates, tendría que estar trabajando (ahorrando todo lo que ganara), 68 millones de años. Otra broma: por un anuncio de zapatillas deportivas Nike, Michael Jordan cobró más dinero del que se había empleado en todo el complejo industrial del sudeste asiático que las fabrica bajo condiciones de explotación típicas del siglo XIX. Eso sí, por una empresa socialmente responsable.

En 1960 había en el mundo un rico por cada 30 pobres. Hoy la proporción es de uno a 80. Se ha documentado que la mortalidad por enfermedades infecciosas, por determinados tipo de cáncer o por enfermedades del aparato respiratorio son cinco veces más comunes entre obreros no calificados que entre ingenieros y ejecutivos.

En palabras de Frei Betto, “la globocolonización provoca tan enormes desigualdades que Bill Gates, Warren Buffuty y Larry Ellison, poseen juntos una fortuna superior a la del PIB de 42 países con 600 millones de habitantes”. Podríamos seguir con otros muchos ejemplos, pero para que

tanta desigualdad tenga lugar y se manifieste en la realidad diaria, es necesario administrar mucha violencia, construir un planeta con muchas alambradas, deslocalizar poblaciones, despedir a miles de trabajadores, descoyuntar en definitiva el cuerpo entero de la humanidad.

El neoliberalismo como doctrina en la que se sustenta la globalización ha dado lugar a importantes cambios en las relaciones laborales, en la organización del trabajo, en la aparición y desarrollo de formas de enfermar y morir globalizadas, en un mercado de trabajo que exige un perfil de trabajador dócil, sumiso, disperso, móvil, polivalente, sustituible, reemplazable, maleable y adaptable a las necesidades del propio mercado.

Si el tiempo de trabajo ha sido una constante en la historia reivindicativa y cultural del movimiento obrero, parece que volvemos al siglo XIX con jornadas de 60 horas semanales. Silencio de las mayorías ante el secuestro de un tiempo (de trabajo) que determina el resto de tiempos de la existencia humana.

El modelo obrero italiano tenía como escenario de actuación un lugar de trabajo estable, fijo, con trabajadores predeterminados (hombres, no extranjeros, de gran empresa...) y unas relaciones jurídicas ligadas a un contrato de trabajo. El empleo se correspondía con un trabajo remunerado y el trabajo remunerado equivalía a un trabajo regulado. Todo esto ha cambiado. La desregulación se ha impuesto. Si el empleo ya no es fijo, ni estable, ni presencial, ni a tiempo completo, sometido a una permanente alternancia de exposición a riesgos, con colectivos de inmigrantes invisibilizados socialmente, es indudable que habrá que diseñar una nueva estrategia capaz de construir contrapoderes frente a estas nuevas realidades.

La opacidad de los aspectos del trabajo y el énfasis en los estilos de vida y el consumo, se están mostrando como estrategias muy efectivas para sustraer el propio trabajo como indicador de salud.

La precariedad convierte en inservibles los mecanismos tradicionales de protección y promoción de la salud. ¿Son compatibles la competitividad

y la precariedad con la promoción de la salud? Hay expertos que desde posiciones de izquierdas teorizan sobre la compatibilidad de ambos conceptos, como si la confrontación capital-trabajo no existiera y viviéramos en un mundo feliz con empresarios socialmente responsables (empresarios si fronteras) en un sistema de relaciones laborales entre iguales. Los derechos fundamentales al trabajo digno, a la salud, a una vivienda... se dejan a la capacidad de compra de cada cual a través de la negociación colectiva, que siempre será una negociación entre desiguales.

En tiempos de científica euforia tecnológica impuesta por la globalización, ¿dónde situamos los límites a la libertad empresarial o de mercado? ¿Dejamos que el mercado funcione libremente? Si las dos principales fuentes de control de la actividad económica históricamente han residido en la acción y organización de los trabajadores y la mediación del Estado, y si estas dos fuentes de control han entrado en crisis (desregulación de las relaciones laborales y Estados débiles), ¿existen alternativas nuevas? ¿Cuáles serían hoy los contrapoderes que permitan una tutela eficaz de la salud de millones de ciudadanos en su condición de trabajadores?

Por otra parte, la tradición institucional de ubicar la salud de los trabajadores en ámbitos administrativos no sanitarios ha provocado una notable inhibición, ineficacia y marginalidad de la salud laboral respecto a las grandes decisiones de las políticas de salud. Las Administraciones Públicas, como las entidades privadas de prevención, parece que tienen buenos ojos, pero lento el cerebro y las manos y las voluntades políticas sufren de parálisis. Como muestra ahí tenemos la Ley General de Sanidad pendiente de su desarrollo en los aspectos de salud laboral desde 1986.

¿Qué recursos públicos se dedican a la investigación de la salud de los trabajadores en cada uno de nuestros países? En España no existen investigaciones de campo sobre el tema. Algunos activistas publican algunos trabajos a nivel personal.

Otro elemento del debate ha de consistir en el análisis de los determinantes sociales en la producción de conocimientos médicos, técnicos, y jurídicos en salud laboral.

La situación es cuando menos preocupante a todos los niveles. No encuentro motivos para el optimismo. El trabajo sigue siendo un lugar de sufrimiento, enfermedad y muerte. Frente al desarrollo de un gran mercado-negocio de la salud laboral, los principales indicadores de salud, incluidos los accidentes de trabajo, no mejoran, pese a los intentos de unos y otros por mostrarnos a través de estadísticas en tinte un mundo feliz.

Hasta los más recalcitrantes admiten el aumento de las desigualdades en salud. Se ha producido un estancamiento de las rentas del trabajo frente a un crecimiento espectacular de las rentas del capital financiero-bursátil. En el año 2006 el trabajador medio tenía menos capacidad adquisitiva que en 1996.

En este contexto es más necesario que nunca reconstruir un modelo a partir de las experiencias y conceptos de la mejor tradición histórica del movimiento obrero y de la comunidad científica, pero con un enfoque radicalmente nuevo.

Éste ha de ser un reto colectivo basado en la suma de lo diverso, de quienes piensan diferente desde realidades diversas a la vez que globalizadas. Estamos llamando a la incorporación a este debate de compañeros y compañeras, de activistas y militantes de la salud, de expertos y de toda persona interesada en transformar la realidad, no sólo en gestionarla mejor. Somos más de lo que podemos imaginar. Desde Chile, Argentina o Brasil, hasta Méjico, Estados Unidos o Canadá; desde España, Portugal o Italia, hasta Dinamarca Suecia o Finlandia, nuestras redes deben funcionar a tope. El objetivo merece la pena.

Dejamos en manos del lector un intento de recuperación de la memoria histórica más reciente del movimiento obrero en materia de salud laboral con el objetivo de analizarla, determinar los elementos que serían recuperables y proponer aquellos en los que debe sustentarse una nueva estrategia para las primeras décadas del siglo XXI.

Con este objetivo se adjunta la colaboración de Gregorio Benito que figura en el siguiente anexo, en el que se resumen a través de más de 60 puntos los elementos que nos ayudan construir nuevas propuestas.

ANEXO: NUEVOS ENFOQUES EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES*

Introducción

Es evidente que durante los últimos años, y especialmente a partir de la promulgación de la Ley de Prevención y de sus Reglamentos, se viene desarrollando una actividad extensa en materia de información, divulgación y formación sobre prevención de riesgos laborales.

Este tipo de actividades son y van a seguir siendo claves en el tema que nos ocupa. Aplicar en las mismas los recursos más eficaces para el logro del objetivo, que no es otro que la reducción de las lesiones del trabajo y la mejora de las condiciones en las que se desenvuelve el mismo, es en este momento esencial. Especialmente porque hasta ahora, a pesar de ese esfuerzo, los resultados son bastante limitados.

Por otra parte conviven en este momento riesgos tradicionales y nuevos riesgos, que se siguen abordando en lo cotidiano, y en el mejor de los casos, con métodos tradicionales.

Riesgos y problemas por una parte y conocimientos y medios por otra, han cambiado sustancialmente.

El elevado crecimiento de los recursos económicos públicos y privados dedicados en los últimos años a este tema y sus poco significativos resultados nos obligan a una evaluación crítica del conjunto.

* Gregorio Benito Batres, Técnico de Prevención y ex secretario de Salud laboral de CC.OO. de Madrid.

La reconstrucción de un modelo efectivo de salud laboral, ante el fracaso del modelo actual, pasa por la posible actualización del modelo obrero y necesita partir de tres premisas al menos:

1. La de-construcción del modelo liberal actual
2. La revisión y actualización del modelo obrero ante la nueva realidad
3. La iniciativa en la reconstrucción corresponde a los trabajadores y sus organizaciones vivas.

La primera premisa porque sólo así podemos desmontar las contradicciones de un modelo que en el mejor de los casos es “ilustrado” y en el peor falaz. La confusión que ha supuesto y supone la apropiación por parte del modelo liberal de elementos del modelo obrero, cambiando su sentido, hace imprescindible una disección del modelo liberal, desnudándolo de aportaciones ajenas desfiguradas y dejándolo en su auténtico ser.

La segunda porque el paso de estos últimos cuarenta años ha modificado sustancialmente el trabajo. Se ha transformado el trabajador y la composición de la clase obrera; el entorno social del trabajador y el papel social del trabajo; el consumismo; la profundidad de las transformaciones en los medios de producción y en las fuerzas productivas; en los conocimientos y competencias de los trabajadores; en las relaciones personales. Todo se constituye en un panorama radicalmente diferente que exige propuestas nuevas y adecuadas.

En tercer lugar la construcción de ese nuevo modelo obrero de salud laboral corresponde a los trabajadores. “Ni en dioses, reyes, ni tribunales...”. La experiencia histórica del movimiento obrero nos permite aventurar que los primeros pasos de un nuevo modelo se dan siempre en los tajos; y que las organizaciones burocratizadas no son capaces de percibir “lo nuevo”

¹ INE. Encuesta Población Activa 4º Trimestre 2006.
<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0406.xls>

² Inés Macho-Stadler y David Pérez-Castrillo. *Políticas de inspección óptimas y cumplimiento fiscal*. Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública, 173-(2/2005):9-45. 2005, Instituto de Estudios Fiscales. <http://www.ief.es/>

que nace y “lo viejo” que muere. A las organizaciones obreras vivas corresponde estar atento al nacimiento de lo nuevo, aplicarlo, ser capaz de comprender su potencialidad, e impulsarlo con decisión.

Precisamente por esto último el proyecto de crítica y alternativas que se desarrolla a continuación es una “obra abierta” -una obra en construcción-, que, con los medios que nos proporcionan hoy las nuevas tecnologías, permite la inclusión de aportaciones, la crítica, el desarrollo, en una posible estructura en fractales, de temas que, solamente se apuntan, capaz de abarcar el frondoso ramaje de la salud laboral.

Se trata de proceder a una reflexión crítica y colectiva sobre el pasado, presente y futuro de las condiciones de trabajo en nuestro país. Con sus protagonistas directos, los trabajadores, y con las aportaciones de todos los que participan desde distintos campos en el abordaje de dichos problemas.

La información periódica sobre los accidentes de trabajo en nuestro país se convierte cotidianamente en el peor parte de guerra. Además de los fallecidos, una legión de incapacitados nos deben de recordar permanentemente lo inaceptable de la pasiva aceptación, de la frivolidad de la mercantilización del sufrimiento.

Y como la mejor crítica es una buena alternativa. Trabajemos en ella.

Una nueva situación. La construcción de nuevas respuestas

1. La población expuesta a riesgos del trabajo en nuestro país abarca actualmente alrededor de 22 millones de personas y viene manteniendo una tendencia creciente muy relevante¹. Los efectos en la salud con causa en el trabajo también muestran crecimientos en cifras absolutas.

2. Siguen sin contemplarse, por diversas causas, en las cifras oficiales colectivos cuantitativa y cualitativamente importantes como funcionarios, servicio doméstico, autónomos.

3. A ello hay que sumar las actividades de la economía sumergida, totalmente opacas a las regulaciones fiscales y laborales de las Administraciones y que siguen representando, según algunos estudios, un porcentaje significativo y creciente de la actividad económica y laboral .

4. El importante incremento de la población jubilada o prejubilada, la prolongación de la vida y las precarias condiciones de trabajo a las que han estado expuestos durante años muchos de estos trabajadores, es la causa de la aparición de nuevos problemas de salud, cuyo origen es laboral, pero en poblaciones ya sin vínculo laboral cuya atención corre a cargo del Sistema Público.

5. Quedan, por tanto, excluidas de coberturas y registros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales importantes bolsas de población expuestas a riesgos del trabajo o cuyas patologías actuales proceden del trabajo. A ello se suma el importante subregistro, aceptado por todos, de las enfermedades profesionales en nuestro país.

6. Factores recientes han modificado en un tiempo breve la composición de esta población expuesta a riesgos.

- a. Retraso en la edad de incorporación a la vida laboral.
- b. Incorporación de las mujeres al trabajo remunerado.
- c. Incorporación masiva de población inmigrante.
- d. Adelanto en la edad de terminación de la vida laboral.

7. Si las propuestas que se vienen haciendo para alargar la vida laboral más allá de los 65 años se hacen realidad, aparecerán colectivos con riesgos característicos. La adaptación del trabajo a la persona, y no al revés, exige prevención específica ya exigida con la incorporación de la mujer, discapacitados, inmigrantes, etc. Los datos actuales muestran un mayor índice de gravedad y mortalidad por accidentes de trabajo en los trabajadores mayores.

8. Los conocimientos y medios actuales nos permitirían anticiparnos a los futuros riesgos. El nacimiento de nuevas actividades, nuevas ocupa-

ciones, nuevas sustancias, nuevos equipos de trabajo, nuevos entornos, nuevos sistemas de organización debería de ir acompañado previamente del estudio de los nuevos riesgos y sus condiciones de eliminación. Es prioritario establecer la obligación, previa al inicio de la actividad, de someter los nuevos riesgos a una evaluación de impacto similar al regulado en la normativa medioambiental, como procedimiento técnico y social inscrito en otro principal dirigido a autorizar la actividad o puesto de trabajo.

9. La distribución de la población ocupada por sectores ha sufrido cambios también importantes, con la reducción en los sectores primario e industrial, mantenimiento relativo en construcción y el incremento en el sector servicios, en éste último especialmente en ciertas ramas.

10. Los cambios en la organización empresarial con la externalización de actividades, la deslocalización, los clúster, la fábrica difusa, la subcontratación en cadena, los autónomos y los falsos autónomos, dificultan la aplicación de medidas preventivas tradicionales y favorecen la dilución de responsabilidades. En general se fomenta la transferencia de responsabilidades y costes en los riesgos más peligrosos, desde la gran empresa a la pequeña empresa o al trabajador individual y desde las zonas más ricas a las más pobres.

11. Las Administraciones Públicas, que emplean en todo el país a más de 2.400.000 empleados, se han movido siempre en una cultura consistente en que las leyes se aplican al resto del mundo y no a ellas. Bajo el amplio paraguas de la relativa impunidad administrativa las AA.PP. no son un ejemplo a seguir en materia de prevención y ello no demuestra una voluntad política seria por parte de los distintos gobiernos. Las organizaciones patronales denuncian habitualmente esta mala práctica de la Administración para exculparse de sus propias responsabilidades. Se evidencia y se trasmite, por parte de los poderes públicos, más *potestas* que *autoritas*.

12. Desaparecen y/o se transforman las ocupaciones tradicionales y nacen nuevas ocupaciones, se manipulan nuevas sustancias, nuevos equipos de trabajo, nuevas formas de organización del trabajo que requieren

nuevas capacidades, destrezas y cambios más rápidos y radicales para el trabajador. Y todo ello conlleva nuevos riesgos. La adaptación del trabajo al trabajador, proclamada por las normas, es pura poesía.

13. Características como el origen social, el sexo, la edad, la formación, la nacionalidad, determinan una distribución no proporcional de los trabajadores en actividades económicas, ocupaciones, categorías, tipo de contrato, dimensión de empresa, etc y como consecuencia en tipos de riesgos y gravedad.

14. Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no se distribuyen de forma homogénea y afectan significativamente más a unos perfiles de condiciones de trabajo que a otros. Hay una distribución desigual de los riesgos y una segmentación de los mismos. El grado de lesividad también se distribuye desigualmente. Generalmente todo ello en perjuicio de los más débiles socialmente.

15. Tiempos y espacios se han transformado negativamente para la vida personal, social y laboral del trabajador³. Las distancias al trabajo y en el trabajo, el alargamiento de las jornadas y su desordenación inhumana generan desgastes y fatigas físicas y psíquicas añadidas que se ven representadas en el significativo crecimiento de determinados epígrafes de las estadísticas de accidentalidad⁴. Las consideraciones que se vienen haciendo desde la Administración Pública y la Comisión Nacional para la Racionalización de los horarios ratifican esta preocupación⁵.

16. La alteración de los ritmos biológicos, especialmente con la ruptura de un horario regular de sueño-vigilia y descanso y las patologías asociadas, los desarreglos alimenticios y sus efectos metabólicos crónicos y el incremento de las lesiones de tráfico durante la jornada laboral e

³*Time and work: work intensity*. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.

⁴ Accidentes laborales de tráfico: entre la carretera y las condiciones de trabajo. Revista *La Mutua* nº 13 Fraternidad Muprespa. 2005.

⁵ *Libro Blanco para la Racionalización de los horarios españoles y su Normalización con los demás países de la Unión Europea*. Octubre 2005.

in itinere son las consecuencias negativas más visibles. Los desarraigos espaciales, temporales y sociales, debido a la elevada y errática movilidad laboral, provocan nuevos riesgos psicosociales.

17. Pero, además, la relevancia y características de estos cambios tienen una importante repercusión en el incremento de las patologías psicosociales y psicosomáticas. Las propuestas de conciliación de la vida laboral y familiar, la protección social de las situaciones de dependencia, pretenden resolver fenómenos conflictivos familiares, de pareja, escolares, juveniles, de dependencia que se han extendido y agudizado en los últimos años y que tienen su origen en las características del trabajo actual.

18. Las patologías no traumáticas de tipo cardiovascular, junto con los accidentes de tráfico con relación laboral, ambos de elevada lesividad, suponen hoy un porcentaje muy elevado de los accidentes de trabajo graves y mortales. Los desarreglos metabólicos y hormonales y las tensiones y sobrecargas en el trabajo influyen en el aumento de la obesidad, hipertensión, la diabetes tipo 2 y las enfermedades mentales, detectado en el mundo desarrollado. La propuesta de solución a través del cambio personal en los estilos de vida es un verdadero insulto a la inteligencia y a la dignidad mientras no cuente con cambios sustanciales en el trabajo y en la sociedad. Los únicos que pueden seguir un estilo de vida sano en las actuales condiciones son los ricos.

19. Las sucesivas encuestas europeas y españolas sobre condiciones de trabajo reflejan el aumento en la sensibilización y percepción de los trabajadores sobre estos temas y en sus resultados. En especial el incremento de las dolorosas y persistentes lesiones osteo-musculares. El 25% del total de los accidentes de trabajo con baja en nuestro país corresponden a lesiones de la columna vertebral (Actualizaciones en Cirugía de la Columna Vertebral, Simposium Internacional Fraternidad Muprespa, 2006).

20. Los episodios y daños psíquicos y psicológicos repetidos se van convirtiendo en crónicos: estrés, ansiedad, depresión, violencia psicoló-

gica, burnout⁶⁻⁷. La OMS considera que en el año 2020 la depresión, que hoy ya es la cuarta causa de incapacidad laboral, se convertirá en el principal motivo de baja. Se alerta igualmente de que la naturaleza de los riesgos profesionales cambia al ritmo que lo hace la innovación tecnológica y aparecen más casos de violencia en el trabajo, acoso sexual y psicológico (Estrategia de la UE sobre salud y seguridad laboral).

21. Por otra parte existe un cambio radical en las fuertes y nuevas demandas que en las sociedades desarrolladas se hace por parte de la empresa hacia el trabajador en formación e implicación⁸. Los entornos actuales de trabajo requieren no sólo una formación específica elevada sino también altas competencias en comunicación, en trabajo en equipo, en negociación, en gestión, en polivalencia, en manejo de conflictos, en uso de nuevas tecnologías⁹. Y una implicación total, en los valores de empresa, a tiempo y dedicación plenos¹⁰.

22. Los grados de libertad en las ideas profesionales quedan fuertemente reducidos para el trabajador, que se debe de adherir plenamente a las de la empresa, defendiéndolas en su actividad cotidiana frente a clientes, usuarios, proveedores, competidores, etc., sean o no justas. Es el caso de las actividades de atención al público, cada vez mas relevantes en la actual sociedad de servicios. Y otro ejemplo evidente es la función que les toca desempeñar a algunos trabajadores de empresas implicadas en sonados y masivos fraudes sociales.

23. El recurso a estimulantes por parte de sectores de la población laboral para soportar y sobrellevar los conflictos y tensiones laborales y la carga de trabajo, es un fenómeno no tan reducido como se piensa y con obvias repercusiones en la seguridad y salud por el trabajo y en el trabajo.

⁶ *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo.* Richard Sennett. Ed. Anagrama. 2000.

⁷ *Jefes tóxicos y sus víctimas.* Iñaki Piñuel y Zabala. Ed. El País Aguilar. 2004.

⁸ *La Civilización en la encrucijada.* Radovan Richta. Ed. Artiach. 1972.

⁹ *Trabajo y Conocimiento.* Bruno Trentin. 2006.

¹⁰ *Buenos días pereza: Estrategias para sobrevivir en el trabajo.* Corinne Maier. Ediciones Península. 2004.

Alcohol, tabaco, drogas, pero también excesos consumistas, ludopatías, violencia, se convierten en desahogos, inconsciente e incontroladamente.

24. La persistencia e intensidad de estos pequeños y grandes daños psíquicos y psicológicos tiene impactos somáticos variados e importantes. Problemas metabólicos, desequilibrios hormonales, patologías cardiovasculares, trastornos del sueño, cansancio crónico, etc., además de los sufrimientos personales y familiares que generan.

25. La constante aparición de nuevas sustancias químicas, tóxicas, cancerígenas mutágenas, teratógenas, neurotóxicas, los disruptores endocrinos, las nuevas enfermedades infecciosas, el incremento de equipos de emisión de radiaciones electromagnéticas, la introducción de las nanotecnologías¹¹, el teletrabajo, el telemarketing, sin el necesario estudio previo de sus repercusiones para el trabajador, nos sigue conduciendo a la reparación y no a la prevención.

26. La inversión privada en prevención es mínima comparada con “la obligatoria” en reparación. En un perverso efecto sustitución son las administraciones públicas las que, con el dinero de todos los ciudadanos, están incrementando muy significativamente y a nivel presupuestario las obligaciones en la materia de las empresas privadas. Mientras, las propias administraciones públicas no dedican recursos en prevención para sus propios trabajadores. Se refuerza y se legaliza así la externalización de costes.

27. Subvenciones clientelares para formación, información, divulgación, investigación, sustitución de maquinaria, contratación de técnicos de prevención, forman parte hoy de los Presupuestos de todas las CC.AA. Actividades, sin embargo, de obligatoria cobertura por parte de la Empresa privada. La reparación es una “obligación” y la prevención un negocio.

¹¹ Les nanoparticules. Connaissances actuelles sur les risques et les mesures de prevention en santé et en sécurité du travail. IRSST, Quebec Canadá. www.irsst.qc.ca

28. Pero a la vez la prevención -expulsada de lo público a lo privado- está sometida no a un mercado perfecto, como se pretende hacer ver, sino a los distintos poderes de demandas asimétricas. Las grandes empresas, que deberían realizar la prevención a través de servicios de prevención propios, la externalizan e imponen precios en un mercado todavía no estabilizado y “conectado” con el otro “mercado” de cobertura de las contingencias profesionales. Las pequeñas empresas pagan más y reciben menos servicio, mientras que las grandes pagan menos y reciben más. El gasto en prevención sigue siendo una partida a reducir en las estrategias empresariales¹².

29. Las campañas en los medios de comunicación, financiadas por distintas Administraciones Públicas con el consenso de los agentes sociales, pierden su capacidad impactante precisamente porque el consenso impide evidenciar las causas y los causantes reales de los accidentes laborales y enfermedades profesionales. Mensajes e imágenes, reflejan en general una concepción en la que los responsables somos todos y/o nadie.

30. Sin embargo, la publicidad de las sanciones por infracciones muy graves en materia de prevención de riesgos laborales que recogía el Artº 49.5 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre y actualmente regulado en el Art.º 40.2 del TR de la LISOS y las normas ejecutivas reglamentarias necesarias para su aplicación práctica, han sufrido el permanente embate de los empresarios y la falta de voluntad política de los poderes públicos para su realización.

31. Sorprende que males que tienen su origen y sirven a un modelo enfermizo y enfermante sean afrontados promoviendo conductas individuales, mezclando salud y valores morales. ¡Cuidado con el alcohol, el tabaco, las drogas, el sexo, la alimentación y... los accidentes laborales!

¹² “Prevención de riesgos laborales ¿Gasto, inversión o simplemente un impuesto?” Emili Castejón Vilella. *Seguridad y Salud en el Trabajo* nº 38. 2006.

¹³ “Cultura de la prevención, cultura del dolor e historia”. Jaime Llacuna Morera. *ERGA-Noticias* nº 72/ 2002.

Es fácil, sólo se trata de “cambiar el estilo de vida” y ello “depende” de cada uno de nosotros¹³. Se trata de conseguir supertrabajadores/as que coman sano, con su dinero, en poco tiempo y fuera de casa; que hagan ejercicio y tengan una relación familiar y social, no superficial, después de largas jornadas y horarios irracionales; que soporten el estrés y las tensiones laborales con alegría y espíritu emprendedor.

32. El modelo dominante reparador-indemnizatorio persiste en la mercantilización de la salud laboral. Antecedentes, como los pluses de peligrosidad, siguen hoy vigentes, en esencia, en cuanto que no se han sustituido por medidas de prevención. Los procedimientos civiles y penales que se empiezan a utilizar son eficaces ante la comodidad e irresponsabilidad del empresario pero pueden tener efectos de mercantilización perversos señalados ya por algunos especialistas: la negociación y sustitución pecuniaria de la pena. En todo caso siguen siendo medidas a posteriori, aunque su mayor dureza puede estimular la prevención.

33. El recurso excepcional en nuestro país a los procedimientos civiles y penales con motivo de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales nos permite valorar que los análisis actuales sobre los costes económicos de siniestralidad laboral, basados en las cuentas del sistema de cobertura laboral, quedan muy por debajo de los costes derivados de un procedimiento civil o penal.

34. Las Empresas, las Mutuas, las Inspecciones de Sanidad y Trabajo, los EVI, el INSS y el legislador, se encargan de establecer todas las barreras posibles a una determinación correcta de la contingencia con la asistencia y prestaciones correspondientes. Las consecuencias de esta actuación incorrecta son múltiples y graves. A partir de la ocultación y de la falta de registro se desconoce la situación real de las enfermedades profesionales en nuestro país y por tanto son imposibles los análisis, la investigación, el seguimiento, el tratamiento especializado y la prevención. Todo ello, como es obvio, básico y esencial.

35. La transferencia de una cantidad importante de enfermedades laborales y daños a la salud, cuyo origen es laboral, a contingencias

comunes eleva extraordinariamente los costes de la gestión y prestaciones de la IT por esa contingencia. La prestación de IT por contingencias comunes se convierte también en refugio de otros derechos y necesidades que no han sido cubiertos hasta ahora por nuestro Estado de Bienestar. La incorporación masiva de la mujer al trabajo en nuestro país ha descargado su antiguo trabajo en ellas y en su familia, por poner un ejemplo. Nuevamente se busca la causa sólo aparente: la simulación, la picaresca, el fraude del trabajador y no la causa real: los déficits del actual Estado de Bienestar.

36. La reversión de la gestión de las prestaciones económicas de la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes al INSS con una gestión eficiente de el último, sería más coherente política, jurídica, económica y socialmente. Se resolvería el difícilmente salvable conflicto actual de competencias; y muchos problemas al enfermo-usuario.

37. A la vez se deben de incrementar las competencias y los recursos de prevención para las entidades que actualmente gestionan la cobertura de las contingencias profesionales. La separación actual en la gestión de las actividades de prevención y de reparación es incoherente y menos eficaz que un tratamiento integrado de los dos aspectos.

38. La implantación de sistemas de información adecuados que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos, para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores, transcripción de la Ley de PRL y que corresponde a las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria, pasados más de diez años de la ley no tiene virtualidad alguna.

39. Los problemas sanitarios derivados del binomio fábrica-territorio y su correlativo salud laboral-salud medioambiental, son perfectamente accesibles a través de la epidemiología laboral y espacial¹⁴ y necesitan de

¹⁴ *Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid.* Documentos Técnicos de Salud Pública. Comunidad de Madrid e Instituto de Salud Carlos III.

la implantación de sistemas de información en salud laboral (SISAL) que permitan la investigación, la prevención y la atención e intervención sanitaria adecuadas. Un caso real y actual es el del amianto. Las técnicas de epidemiología laboral y espacial podrían ser aplicables también a temas nuevos como los accidentes y lesiones de trabajo derivados de la creciente movilidad.

40. Siguen sin constituirse las Unidades de Salud Laboral por Área de Salud, con especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo del Sistema Nacional de Salud, para el diagnóstico de los daños a la salud por el trabajo y la puesta en funcionamiento de las políticas sanitarias activas en materia de salud laboral reguladas en la Ley de Sanidad y competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo.

41. Los departamentos de Salud Laboral de las Administraciones Sanitarias tienen un rango menor dentro de su estructura orgánica y las Inspecciones sanitarias se ocupan preferentemente de tareas burocráticas de certificación y control. La Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, centro dependiente del Instituto de Salud Carlos III, que agrupa actualmente actividades de formación, investigación y clínicas, a través de las unidades clínicas de referencia en patología laboral, tiene también un papel menor. Igualmente sucede con el Instituto Nacional de Silicosis al que se han ampliado sus funciones a las enfermedades profesionales cardiorrespiratorias.

42. No se han superado los problemas de competencias y tensiones entre Ministerio de Trabajo y Ministerio de Sanidad a lo largo de los años, y las repercusiones negativas que han conllevado para el trabajador-ciudadano enfermo. Para el Ministerio de Sanidad y Consumo la salud de 22 millones de trabajadores es un tema marginal y no forma parte ni de sus prioridades ni de sus “campañas”. Y sin embargo es evidente que el trabajo perjudica seriamente la salud (*the lancet dixit*).

43. La tozudez de los hechos, que no deben de ocultarse con fines tranquilizadores, está generando malestar, escepticismo y desconfianza de los trabajadores y empresarios hacia las instituciones y organizaciones implicadas ante las sucesivas medidas que se proponen, sin resultados efectivos.

44. Hay que ir hacia un *trade-off* radicalmente distinto entre prevención y reparación en salud laboral. La actuación para la eliminación del riesgo es eficiente socialmente y para que lo sea también en el caso de cada empresario, se tienen que internalizar los costes y además castigar con dureza al infractor. Todo lo contrario de lo que sucede actualmente. Parece que el concepto de riesgo para la salud de los trabajadores se ha identificado con el concepto de riesgo que implica la actividad empresarial o de aventura, y no es en absoluto lo mismo. Esto lleva a que muchos empresarios “jueguen a la ruleta rusa con sus trabajadores” con una escasa probabilidad de que les “pillen”. Son conductas empresariales de riesgo cuya víctima es el trabajador.

45. A la pasividad de las Administraciones para hacer cumplir con firmeza, rapidez y masivamente la normativa, se une la lentitud o inaplicación real de medidas debido a la falta de normas de desarrollo y aplicación o recursos ejecutivos. Sanciones prescritas, no ejecutadas, archivo de procedimientos sin investigación, inaplicación efectiva de la Ley de Contratos de las AA.PP. Art. 20 a),d), inaplicación en las sanciones del principio “solve et repete”, falta de desarrollo del art. 49.5 de la LPRL y del 40.2 del TRLISOS, etc. conforman el verdadero núcleo de ineficacia de las normas y de la falta de voluntad real de los poderes públicos. Y como siempre el mayor beneficio del incumplimiento lo obtienen los más poderosos. En definitiva hoy en España el trabajo es uno de los pocos lugares en donde los daños graves a la salud, incluso la muerte, quedan impunes.

46. En paralelo y no por casualidad, sectores de la patronal europea y española y una corriente doctrinal afín proponen la simplificación de la legislación existente¹⁵ en la materia y su sustitución por Códigos de buenas prácticas¹⁶. Curiosamente las razones que se argumentan son la complejidad, extensión e ineficacia de la actual normativa. El *soft law* o derecho débil vendría, así, a sustituir al Derecho del Trabajo cuya primordial

¹⁵ Nueva estrategia en salud y seguridad en el trabajo para el periodo 2007-2012. Comisión Europea.

¹⁶ “Responsabilidad social corporativa y prevención de riesgos laborales”. Ricardo Vyhmeister Bastidas. UPC. 2004. NTP 693: Condiciones de trabajo y códigos de conducta. INSHT.

ineficacia es que no se cumple. Y se sustituiría por la aplicación unilateral, privada y voluntaria sin someterse al imperio de la Ley. Se trata de una silenciosa pero permanente rebelión contra el Estado de Derecho en materia de derechos del trabajador.

47. Al calor del incremento sustancial de las subvenciones de las distintas Administraciones Públicas para actividades de Prevención de Riesgos Laborales y con el propósito, siempre, de “fomentar una auténtica cultura de la prevención”, ha crecido el negocio de un grupo de consultoras privadas, que subcontratadas por organizaciones patronales y sindicales, alrededor de las cuales pululan permanentemente, conforman uno de los “nuevos yacimientos de negocios” más prósperos, para la elaboración de estudios, formación, divulgación, edición de materiales, etc.

48. En la mayoría de los casos se trata de la simple reproducción de materiales antiguos con ligeras adaptaciones y de cumplir formalmente los requisitos exigidos por las autoridades que los subvencionan. La verdadera medida de la eficacia de estas actuaciones se puede comprobar en los nulos resultados en la reducción de la accidentalidad.

49. La tecnocracia¹⁷ se ha utilizado para sustituir el protagonismo, el saber hacer práctico y la participación de los sujetos implicados -trabajadores, técnicos de empresa y empresarios- por el conocimiento general, habitualmente inaplicable, y rechazado y desechado por los afectados¹⁸. Todo ello en una tradición nada original, por superada, de la “organización científica del trabajo”. La tecnocracia considera al trabajador y el trabajo como objeto maquínico de estudio. Y las soluciones pasan por lo que los modernos llaman la reingeniería de procesos.

50. A partir de la Ley de Prevención de 1995 y su desarrollo normativo se viene produciendo un crecimiento exponencial de técnicos (Médicos del Trabajo, DUE de empresa, Técnicos de Prevención, Auditores, Formado-

¹⁷ J. Meynaud, 1964, G. Hope 1971.

¹⁸ *El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales*. Alfredo Menéndez Navarro. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. 2003- 6 (4).

res) que constituyen los recursos humanos del creciente mercado de la prevención. La mayoría de ellos con una formación universitaria y sin experiencia práctica acreditada en el campo de la prevención, manteniendo una relación laboral con las entidades empresariales de dicho mercado.

51. La inexistencia de una normativa que permita, proteja y asegure la independencia profesional de estos especialistas¹⁹, frente a las empresas que les contratan, condiciona severamente su enfoque y actividad ante los distintos sujetos implicados: trabajadores, empresas, inspecciones, jueces, empresa que les contrata, administraciones, etc. En general comporta precaución y sensibilidad hacia todos menos hacia el trabajador, que es el que menor poder de influencia tiene.

52. Es esencial la organización de estos profesionales y técnicos, la existencia de códigos de comportamiento profesional y su debida protección jurídica, que impida las presiones de los empresarios y garantice la independencia profesional. La actual situación de dependencia inadecuada en lo profesional no les exime de ser imputados en los procesos judiciales o de ser llamados a testificar, y de que su actuación profesional esté devaluada entre los trabajadores. La historia de los médicos del trabajo en nuestro país y fundamentalmente durante la dictadura, pero también en democracia, es una historia en la que mayoritariamente han respaldado los intereses empresariales adornados con argumentos científicos muy discutibles y discutidos.

53. Invertir estas tendencias implica invertir los espacios de protagonismo y no sólo impedir la despublicación. Hoy las instituciones y organizaciones tienen el mayor protagonismo. Sin embargo el origen inmediato del riesgo está en el lugar de trabajo y es ahí donde hay que actuar, ahí es dónde deben estar sus protagonistas, donde se deben aplicar los recursos y donde se comprueban los resultados. Lo público implica también la participación democrática sin tutelas.

¹⁹ Núñez, M^a Reyes, "Visión crítica de la Medicina del Trabajo" en *Democracia, desigualdad y salud*. Ángel Cárcoba (compilador) Ed. La Lucerna, 2003.

54. Todo ello redundaba en una limitada y acotada capacidad de transformación. Nos convertimos en el interlocutor aceptado y aceptable, al que conviene mantener para que nada cambie de forma sustancial. Los empresarios españoles, aconsejados por los europeos y por nuestras “debilidades”, entraron desde hace años en una verdadera revolución lampedusiana con relación a los sindicatos: “aceptemos que todo cambie para que todo siga igual”.

55. Los trabajadores deben de ser protagonistas de su historia y participar activamente, con sus capacidades, experiencias y derechos, en un tema tan trascendental como es el de su salud, derivada de sus condiciones de vida y trabajo. El lema principal del modelo obrero de salud laboral sigue teniendo plena vigencia: La salud no se vende ni se delega, se defiende. Y la dinámica de la relación de fuerzas es crucial para ese protagonismo.

56. Las condiciones de trabajo y salud no están determinadas, pero sí fuertemente condicionadas, por el modo y las relaciones de producción. No se puede analizar la salud laboral ni se pueden elaborar propuestas de solución al margen del contexto global de cada momento y cada lugar.

57. El crecimiento económico está beneficiando especialmente a un grupo minoritario y se genera en base a la sobreexplotación. El objetivo fundamental del desarrollo económico y social es la mejora y el bienestar de las personas²⁰ y es contradictorio que los principales creadores materiales de esa riqueza empeoren su situación relativa. El objetivo del crecimiento y del empleo se ha erigido por encima, y a costa, de las condiciones de vida y trabajo. Crecimiento económico ¿Para quién y para qué? ¿Sobre quién recae el esfuerzo la enfermedad y la muerte y a quién beneficia?

58. Los accidentes catastróficos con varias víctimas, cada vez más frecuentes y que elevan la alarma social y la denuncia, provocan una puntual constricción y propósito de enmienda que se olvidan pronto. La cultura de

²⁰ Declaración Mundial de la Salud, 1998.

la resignación y del conformismo vuelve a imponerse sobre la voluntad política, que queda en pura retórica.

59. Todos los poderes públicos: poderes legislativos, ejecutivos y judiciales, han demostrado más capacidad oratoria y publicista en este tema que autoridad, voluntad, decisión y capacidad real para hacerle frente y resolverlo. Tampoco se ha hecho nada porque en algún momento sea centro del debate político y social. Sin embargo, las lesiones y las enfermedades del trabajo causan más víctimas humanas por hechos violentos que el terrorismo, el tráfico, la delincuencia, la droga, la violencia de género, la guerra, el tráfico ilegal de inmigrantes; y por enfermedades más que la mayoría de las más conocidas a través de los medios de comunicación.

60. ¿Por qué? El trabajo asalariado, la obtención de la plusvalía por el capitalismo, las condiciones de trabajo y sus resultados en la salud de los trabajadores forman parte del núcleo duro del debate sobre el sistema capitalista. Impulsar un debate social sobre ello, que implique a los trabajadores, a los medios de comunicación de masas y al Estado, supone poner en tela de juicio el propio sistema y al propio Estado como “mediador” social. Esencialmente porque las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores hoy son la clave de bóveda y el exponente más claro de las contradicciones de clase.

61. Los conceptos más habitualmente utilizados de riesgo y seguridad en los medios de comunicación social deben someterse a un análisis reflexivo y a debate social. Para algunos, riesgo se relaciona con bolsa, inversiones, empresa, iniciativa, aventura; para otros, con peligro, accidente, paro, precariedad, enfermedad, hipoteca. Para unos, seguridad se relaciona con orden, delincuencia, terrorismo, atracos, dinero, poder; para otros, con trabajo, salud, estabilidad laboral, protección social.

(En recuerdo de Gastone Marri y de todos los que con ilusión demostraron que los trabajadores no necesitamos tutelas.)

