

## OBJETIVO 25

**MEJORAR LA SALUD LABORAL**

*En el año 2000, la salud de los trabajadores de todos los estados miembros debería haber mejorado creando ambientes laborales más saludables, reduciendo las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo y promoviendo el bienestar de las personas en el trabajo.*

**Ana M. García**

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Bromatología, Toxicología y Medicina Legal.  
Universitat de València*

**Fernando G. Benavides**

*Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universidad Pompeu Fabra*

**1. INDICADORES PARA EVALUAR EL OBJETIVO 25\***

- (25.1). Existencia de leyes, regulaciones y programas para evaluar y controlar los riesgos relacionados con el trabajo.
- 25.2. Incidencia de enfermedades profesionales.
- (25.3). Cumplimiento adecuado de las leyes, regulaciones y programas para promover y garantizar un ambiente de trabajo saludable.
- 25.4. Pérdida de jornadas laborales como resultado de enfermedades profesionales.
- 25.5. Porcentaje de trabajadores expuestos a niveles promedio diarios de ruido por encima de 90 dBA.
- 25.6. Porcentaje de trabajadores expuestos en su lugar de trabajo a niveles de polvo por encima de los valores límite recomendados.
- 25.7. Porcentaje de trabajadores de alto riesgo inmunizados contra la hepatitis B.
- 25.8. Número medio de días de trabajo perdidos por año como consecuencia de lesiones de origen laboral.
- (25.9. Porcentaje de trabajadores expuestos permanentemente a riesgos tales como calor, etc.
- (25.10). Porcentaje de trabajadores incluidos en programas de promoción de la salud y bienestar en el trabajo.

**2. INTRODUCCIÓN**

La protección legal de la salud de los trabajadores se ha visto incrementada en los últimos años en España desde que se aprobó la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (indicador 25.1). Esta Ley, transposición de la Directiva 391/89/CEE, ha venido a regular una obligación de los poderes públicos reconocida en la Constitución Española de 1978 y en el Estatuto de los Trabajadores de 1980. A continuación de esta Ley, que establece el marco general de organización, gestión y responsabilidades de la prevención de riesgos laborales por parte de la administración y la empresa, se ha aprobado abundante normativa específica. En el Cuadro 4 se presenta una relación de las principales normas de salud laboral en España, las cuales establecen un amplio abanico de obligaciones en materia de evaluación de riesgos y de medidas preventivas en las empresas.

A pesar de este amplio y positivo desarrollo normativo, el grado de implantación, dos años después, de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales es todavía escaso (indicador 25.3), como así lo muestran los datos de la III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 1997 (1): menos de la mitad de los

---

\* Entre paréntesis: indicadores que estuvieron en algún momento incluidos en la relación pero están eliminados de la lista actual.

centros de trabajo (47%) ha llevado a cabo algún tipo de evaluación inicial de riesgos y el 14% de las empresas reconocía que no había realizado ninguna actividad preventiva. En la Tabla 43, donde se muestran las actividades preventivas más frecuentemente desarrolladas en las empresas según esta misma fuente, vemos que son los reconocimientos médicos —la mayoría de ellos sin relación con riesgos laborales específicos— la actividad preventiva (secundaria) más frecuente.

La declaración obligatoria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales permite contar con un sistema de notificación sistemático de dos categorías de efectos obvios de las malas condiciones de trabajo. En el Gráfico 49 se puede observar un notable incremento de la declaración de las enfermedades incluidas en el Cuadro de Enfermedades Profesionales de 1978 para el periodo entre 1990 y 1997 (indicador 25.2). Ahora bien, resulta difícil establecer cuánto de este incremento se debe a un aumento de la incidencia y cuánto a un aumento de la declaración propiamente, ya que el sistema de información es limitado y la infradeclaración de casos muy notable (2). Por ejemplo, las enfermedades osteomusculares, reconocidas como enfermedades profesionales, declaradas en la Dirección de Atención Primaria del Baix-Llobregat, mediante un circuito de sucesos centinelas fueron en 1994 de 181 por 100.000 asalariados, mientras que el circuito oficial sólo registraba 41,8 por 100.000 asalariados (3). Por otra parte, existe la sospecha fundada de que alrededor del 20% de las bajas por enfermedades comunes son realmente enfermedades relacionadas con el trabajo (4).

No se puede evaluar el impacto de las enfermedades profesionales si fallan los sistemas de información. Una mejor formación de los sanitarios respecto al reconocimiento y declaración de las enfermedades profesionales —ya que la mayoría de los procesos de enfermedad de los trabajadores se atenderá fuera de los Servicios de Prevención de las empresas— podría mejorar el registro. También sería necesario un mejor conocimiento por parte de los trabajadores de sus derechos en relación con el padecimiento de una enfermedad profesional.

La duración media de las bajas por enfermedad profesional (indicador 25.4) no se registra en las estadísticas laborales disponibles en España y, por tanto, no es posible tener información directa sobre este indicador. Sin embargo, sí se recoge en dichas estadísticas el número medio de días de trabajo perdidos por año como consecuencia de los accidentes laborales (indicador 25.8), cuya evolución entre 1988, momento en el que entra en vigor el actual Parte Oficial para la declaración de Accidentes de Trabajo, y 1997 se presenta en el Gráfico 50. En el periodo considerado, apenas se producen variaciones en este indicador.

La exposición de los trabajadores a determinados factores de riesgo como el ruido (indicador 25.5), el polvo, humos, gases o vapores (indicador 25.6) y la temperatura (indicador 25.9) podemos estimarla a partir de las tres encuestas sobre condiciones de trabajo realizadas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y la submuestra de trabajadores españoles de las dos encuestas europeas de condiciones de trabajo, ya que no existe un registro sistemático centralizado con las mediciones de los niveles de estos factores de riesgo en las empresas afectadas ni con el número de trabajadores expuestos, aunque la normativa obliga a las empresas a realizar dichas mediciones de manera periódica.

Así, como muestra la Tabla 44, podemos observar que el porcentaje de trabajadores que declara trabajar en condiciones de ruido excesivo fue en 1997 en torno al 36%, destacando un importante aumento del mismo indicador en relación con las anteriores encuestas nacionales. Esta proporción es también ligeramente superior a la encontrada en la encuesta europea del mismo año, que apenas presenta variaciones sobre los resultados de 1991 para este contaminante. Respecto a la prevalencia de trabajadores expuestos a inhalación de polvos y otros contaminantes, los valores registrados en las tres encuestas españolas son bastante estables, alrededor del 17-18%, pero inferiores a los valores observados en las encuestas europeas, en las que se aprecia un aumento de dicha proporción entre 1991 y 1997.

En relación con la exposición a temperaturas extremas, resulta difícil realizar una valoración adecuada por la propia imprecisión en la formulación del indicador y por la variabilidad en el tipo de preguntas de las fuentes consideradas. En particular, las encuestas españolas excluyen los trabajos al aire libre, mientras que no se procede así en la primera encuesta europea. Salvo en el caso de la encuesta europea de 1991, los porcentajes encontrados son del mismo orden de magnitud en las diferentes fuentes utilizadas, referidos principalmente a “disconfort térmico” o “demasiado frío o calor” en el ambiente de trabajo.

No existe información disponible sobre la proporción de trabajadores expuestos al virus de la hepatitis B y el grado de cobertura de trabajadores vacunados contra esta enfermedad (indicador 25.7), un riesgo laboral que afectaría principalmente a trabajadores sanitarios. La hepatitis B está reconocida como enfermedad profesional desde 1978. Sin embargo, este indicador, cuya relevancia para la población laboral es escasa, tiene poco sentido desde la obtención de la vacuna anti-hepatitis B mediante ingeniería

genética, con el consiguiente abaratamiento de la misma y la recomendación de la OMS de introducirla en el calendario de vacunación.

Las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo (indicador 25.10) se empiezan a desarrollar, tímidamente, en los últimos años. Según una reciente iniciativa europea (5) en la que participaron más de 928 empresas españolas, las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo más frecuentes son las de educación sanitaria relacionadas con el tabaco (50%), el alcohol (40%), la nutrición (37%) y el ejercicio físico (26%). Aunque estos porcentajes muy probablemente sobrestimen la prevalencia de estas actividades, dado que el tamaño medio de las empresas que participaron en la encuesta fue de más de 700 trabajadores, sí que informan de los problemas que con más frecuencia son abordados en los programas de promoción de la salud entre las empresas que los llevan a cabo en España.

### 3. CONCLUSIONES

La pertinencia, disponibilidad y calidad de los indicadores y la información en la que se ha basado esta evaluación del objetivo 25 se resume en la Tabla 45. Algunos de los indicadores de la propuesta inicial han sido justificadamente suprimidos, como es el caso del indicador 25.9, ya que es muy impreciso. Sin embargo, la eliminación de los indicadores relativos a la existencia y cumplimiento de leyes y regulaciones en relación con la prevención de riesgos laborales (indicadores 25.1 y 25.3) no parece justificada, ya que la evaluación de estos aspectos permite conocer el estado de un factor fundamental para la consecución del objetivo 25. El mismo comentario sería válido en relación con el indicador 25.10, que además parece especialmente idóneo en relación con la actual formulación de dicho objetivo. Otra cuestión es la disponibilidad de información apropiada para evaluar estos indicadores, pero el mismo problema existe para muchos otros de los indicadores que sí se encuentran en la propuesta actual de la OMS.

En cuanto a esta propuesta, los dos indicadores relacionados con los accidentes de trabajo están separados en dos objetivos: el 11 y el 25, lo que no acaba de justificarse. El registro de los accidentes de trabajo es actualmente la fuente de datos más fiable acerca de los efectos de las condiciones de trabajo en España. Esta característica, común a diferentes países, ha permitido realizar comparaciones internacionales y destacar prioridades de intervención. Por ejemplo, España es el país de la Unión Europea con tasas más elevadas de accidentabilidad laboral, lo que probablemente ha contribuido a aumentar la sensibilidad social y de la administración frente a este problema. Por tanto, la información obtenida a partir del análisis de accidentes de trabajo permitiría disponer de indicadores fiables en relación con el objetivo 25 de SPT-2000.

En cualquier caso, los accidentes reflejan sólo una parte de los problemas de salud que afectan a los trabajadores. El impacto de los efectos de la exposición a agentes químicos y físicos en el trabajo es en gran parte desconocido. Igualmente se desconoce la frecuencia de lesiones secundarias a determinados tipos de carga física, por ejemplo movimientos repetidos. Existen muy pocos datos sistemáticos sobre la prevalencia de la exposición a los diferentes factores de riesgo laborales. Algunos contaminantes laborales (por ejemplo, el plomo inorgánico o el ruido) tienen desde hace años normativa específica que obliga a las empresas a llevar un registro de los niveles existentes en el ambiente de trabajo, y estos registros, adecuadamente coordinados, podrían proporcionar una información regular acerca de la frecuencia y niveles de exposición.

En el listado de indicadores de la OMS no se incluye ninguna referencia directa a los factores psicosociales y al estrés de origen laboral, un problema cada vez más frecuente y con efectos constatados sobre la salud y el bienestar de los trabajadores. Cabría señalar igualmente la necesidad de incluir indicadores específicos que permitieran evaluar la existencia de desigualdades en relación con la salud laboral, como por ejemplo en la propia accesibilidad al trabajo, el tipo de contrato o las condiciones de trabajo en relación con la clase social, el género, la procedencia geográfica, etc. En muchos casos, la información rutinaria disponible no permite analizar adecuadamente las diferencias en cuanto a la prevalencia de exposición y la incidencia de alteraciones de salud en los diferentes subgrupos de trabajadores. Sin embargo, algunos datos ponen claramente de manifiesto que estas diferencias existen: por ejemplo, según las estimaciones más recientes, en España el desempleo en las mujeres es el doble que en los hombres.

En las encuestas nacionales de condiciones de trabajo se observa repetidamente que las mujeres ocupan puestos de trabajo con menores posibilidades de promoción que los hombres y desarrollan, con mayor frecuencia que éstos, tareas repetitivas y escasamente cualificadas. En algunos de los brotes recientes y graves de enfermedades de origen laboral (tales como el Síndrome de Ardystil o la neuropatía del calzado) las afectadas eran principalmente mujeres (6).

Existe una evidente necesidad de desarrollar indicadores comparables y válidos para evaluar la situación de la salud laboral en los diferentes países (7). Estos indicadores deberían aportar información sobre las consecuencias negativas del trabajo sobre la salud, sobre la prevalencia de las exposiciones de riesgo en el trabajo y sobre el desarrollo y la disponibilidad de recursos para la prevención de riesgos laborales, todo ello para las diferentes categorías de empresas y trabajadores. A juzgar por la situación actual, el camino a recorrer en España para disponer de este tipo de información va a ser muy largo.

## AGRADECIMIENTOS

A Joan Benach y Alicia Llácer por sus comentarios sobre versiones previas del manuscrito.

### Cuadro 4

Principales normas que regulan la protección de la salud de los trabajadores en España

Orden de 31 de octubre de 1984 sobre trabajos con exposición a amianto
Orden de 9 de abril de 1986 sobre trabajos con exposición a plomo metálico
Orden de 9 de abril de 1986 sobre trabajos con exposición a cloruro de vinilo
RD 1316/1989 de 27 de octubre sobre trabajos con exposición a ruido
RD 53/1992 de 24 de enero sobre protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes
Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales
RD 39/1997 de 17 de enero del reglamento de los Servicios de Prevención
RD 485/1997 de 14 de abril sobre señalización de seguridad y salud
RD 486/1997 de 14 de abril sobre lugares de trabajo
RD 487/1997 de 14 de abril sobre manipulación de cargas
RD 488/1997 de 14 de abril sobre pantallas de visualización de datos
RD 664/1997 de 12 de mayo sobre trabajos con exposición a agentes biológicos
RD 665/1997 de 12 de mayo sobre trabajos con exposición a agentes cancerígenos
RD 773/1997 de 30 de mayo sobre utilización de equipos de protección individual
RD 1215/1997 de 18 de julio sobre utilización de equipos de trabajo
RD 1216/1997 de 18 de julio sobre trabajo a bordo de buques de pesca
RD 1389/1997 de 5 de septiembre sobre actividades mineras
RD 1627/1997 de 24 de octubre sobre trabajo en las obras de construcción

### Tabla 43

Actividades preventivas y porcentaje de centros de trabajo que las desarrollan en España (1997)

ACTIVIDADES PREVENTIVAS (CUESTIONARIO DE EMPRESA, RESPUESTA MÚLTIPLE)	CENTROS DE TRABAJO (%)
Reconocimientos médicos	68,2
Señalización de seguridad	43,9
Modificación de instalaciones por razones preventivas	39,2
Disponibilidad de equipos de protección individual	37,9
Modificación de máquinas y equipos de trabajo por razones preventivas	32,8
Plan de emergencia	31,3
Modificación del diseño de puestos por razones ergonómicas	20,6
Sustitución de productos peligrosos	17,4
Ninguna actividad	14,3

Fuente: Maqueda J, Almodóvar MA. III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: avances de resultados. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1998.

Tabla 44

Porcentaje de trabajadores expuestos a diferentes factores de riesgo según respuesta de los propios trabajadores en las encuestas de condiciones de trabajo españolas (1987, 1993 y 1997) y europeas (1991 y 1997)

FACTOR DE RIESGO LABORAL	ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO			ENCUESTA EUROPEA DE CONDICIONES DE TRABAJO*	
	1987	1993	1997	1991	1997
Ruido continuo y elevado que no permite seguir una conversación con alguien que esté a tres metros	19,9	10,3	35,7	31,5	29
Respirar polvos, humos, gases o vapores nocivos o tóxicos (excluido el humo de tabaco)	17,0	17,8	18,3	25,8	30
Temperatura inadecuada	27,7	16,7-25,4	19,3	42,8	24

\* Los porcentajes corresponden a la submuestra de trabajadores entrevistados en España

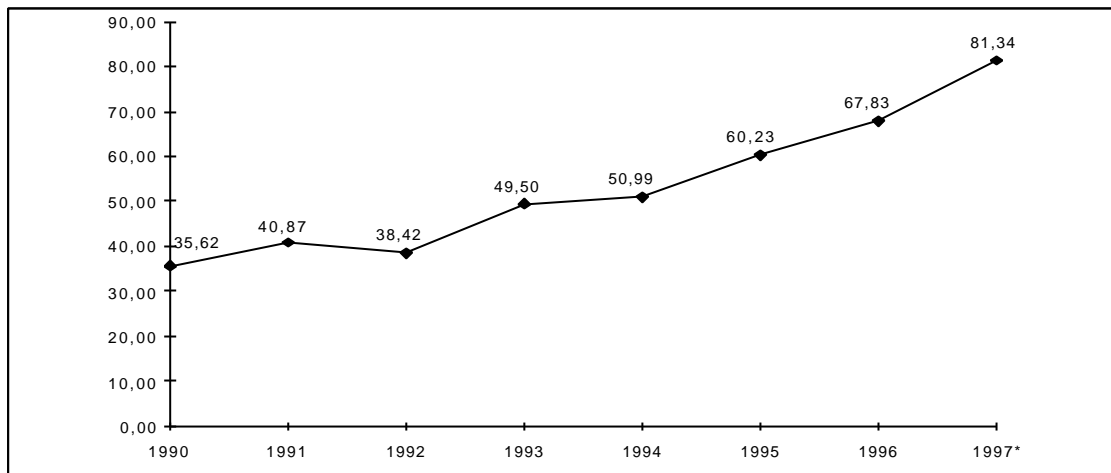
*Fuentes:*

- Fernández I (coord.). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1987. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1988.
- Maqueda J (coord.). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1993. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1994.
- Maqueda J, Almodóvar MA. III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: avances de resultados. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1998.
- Paoli P. First european survey on the work environment 1991-1992. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
- Paoli P. Second european survey on working conditions. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

Tabla 45

Disponibilidad, relevancia y calidad de los indicadores propuestos en el programa SPT-2000 de la OMS, en relación con el objetivo 25

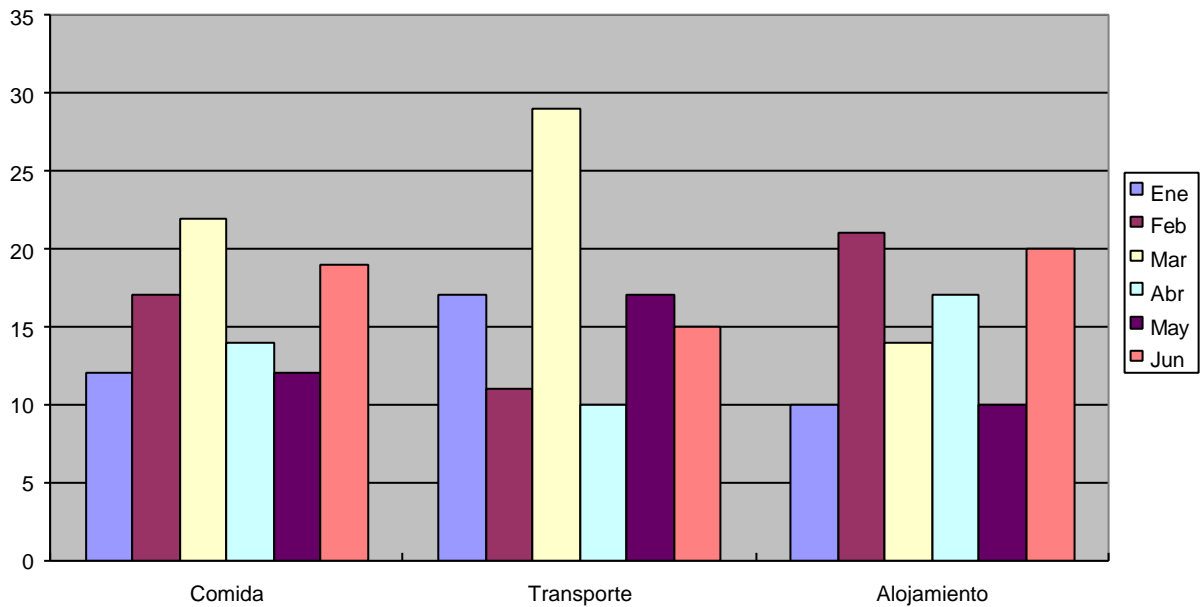
INDICADOR	DISPONIBLE	RELEVANCIA/LIMITACIONES	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN
25.1. Existencia de leyes, regulaciones y programas para evaluar y controlar los riesgos relacionados con el trabajo.	Sí	Indicador pertinente y fácil de evaluar. Suprimido de la propuesta actual.	Aceptable
25.2. Incidencia de enfermedades profesionales.	Sí	Indicador muy pertinente, pero existe una infradeclaración generalizada.	Deficiente
25.3. Cumplimiento adecuado de las leyes, regulaciones y programas para promover y garantizar un ambiente de trabajo saludable.	Sí	Indicador pertinente y evaluable. Suprimido de la propuesta actual.	Deficiente
25.4. Pérdida de jornadas laborales como resultado de enfermedades profesionales.	No	Indicador complementario del 25.2, pero no existe información disponible en España.	—
25.5. Porcentaje de trabajadores expuestos a niveles promedio diarios de ruido por encima de 90 dBA.	Sí	La información disponible es fundamentalmente cualitativa.	Deficiente
25.6. Porcentaje de trabajadores expuestos en su lugar de trabajo a niveles de polvo por encima de los valores límite recomendados.	Sí	Indicador muy inespecífico. La información disponible es fundamentalmente cualitativa.	Deficiente
25.7. Porcentaje de trabajadores de alto riesgo inmunizados contra la hepatitis B.	No	Indicador referido a un colectivo laboral limitado. Escasa relevancia para el futuro a partir de la universalización de la vacuna contra la hepatitis B en España.	—
25.8. Número medio de días de trabajo perdidos por año como consecuencia de lesiones de origen laboral.	Sí	Indicador complementario de la incidencia de accidentes de trabajo (indicador 11.5). Información sistemática disponible.	Aceptable
25.9. Porcentaje de trabajadores expuestos permanentemente a riesgos tales como calor, etc.	Sí	Indicador demasiado inespecífico y sólo evaluable de forma cualitativa. Actualmente suprimido de la propuesta de la OMS.	Deficiente
25.10. Porcentaje de trabajadores incluidos en programas de promoción de la salud y el bienestar en el trabajo.	Sí	Indicador pertinente en relación con la actual formulación del objetivo y evaluable parcialmente a través de algunas iniciativas recientes. Suprimido de la propuesta actual.	Deficiente



Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Gráfico 49

Evolución de la tasa de incidencias (por 100.000 trabajadores) de enfermedades profesionales en España, 1990-1997



Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Gráfico 50

Duración media de las bajas por accidente de trabajo

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Maqueda J, Almodóvar MA. III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: avances de resultados. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1998.
2. Boix P. Las enfermedades laborales en España: informe de situación. En: VV.AA. Conocer para prevenir. Jornadas Europeas Técnico-Sindicales sobre Enfermedades del Trabajo. Valencia: L'Eixam, 1992.
3. Company A, Castejón J, Fábrega O, Parellada N. Patología laboral notificada en la Unitat de Salut Laboral de la DAP del Baix-Llobregat-Litoral. I Congreso Latinoamericano de Epidemiología. Salvador de Bahía, 1995.
4. Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A, Fábrega O, Funes X, Benavides FG. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por enfermedad común, resultados de un estudio piloto (en prensa).
5. Pérez J. Inventario de acciones de promoción de la salud en la empresa: metodología y resultados. Barcelona: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, 1997 (mimeo).
6. García AM. Los niveles de prevención de los riesgos laborales. *Gac Sanit* 1999;13(3):173-6.
7. Takahashi K, Aw TC, Koh D, Wong TW, Kauppinen T, Westerholm P. Developing national indicators for occupational health. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23:392-3.