
La salud laboral ante los retos de la nueva economía

(Occupational health and the challenges of the new economy)

En los últimos años el mundo del trabajo ha evolucionado con una rapidez sin precedentes en respuesta a las necesidades empresariales y a las nuevas tecnologías. Como consecuencia, se ha producido una profunda reestructuración del mercado laboral y de las condiciones de trabajo, lo que supone un auténtico desafío para una salud laboral que en la mayoría de los países está menos desarrollada que otras disciplinas de salud pública.

Los nuevos riesgos laborales

Los cambios en el mercado de trabajo son el punto de partida para unas condiciones laborales radicalmente diferentes. Aunque todavía persisten los riesgos laborales clásicos, cada vez es mayor el protagonismo de los factores de riesgo psicosocial y del estrés laboral derivados de nuevas formas de organización del trabajo. Vale la pena recordar que en el año 2000 el estrés era el segundo trastorno de salud más frecuente entre los trabajadores de la Unión Europea (UE)¹.

Los dos cambios más relevantes en la organización del trabajo probablemente han sido la flexibilización del empleo y la intensificación del trabajo. El trabajo estable a tiempo completo ha dejado de ser el paradigma. En el año 2001, el 13% de los trabajadores de la UE trabajaba con contratos temporales, porcentaje que casi se triplicaba (32%) en España, el país de la UE con mayor proporción de trabajadores en esta situación². Pero ni siquiera los trabajadores con contratos fijos están a salvo de procesos de reestructuración de empresas como consecuencia de las exigencias cambiantes de la economía, tal como se viene observando con especial intensidad durante los últimos meses.

En este contexto, y en la actual situación de recesión económica, el paro vuelve a ser, una vez más, una preocupación social de primer orden. También aquí los datos de España son preocupantes. Con una tasa de paro del 10%, España era en 2001 el país europeo con una mayor proporción de trabajadores desempleados². Es bien conocido que el paro se asocia a un amplio abanico de trastornos de salud³ y también lo es que las prestaciones de desempleo reducen este impacto⁴. Así, los recortes en estas prestaciones que se han introducido en España recientemente deben abordarse, no sólo como un problema de relaciones laborales, sino también como un problema salud laboral.

Estamos asistiendo a una progresiva intensificación del trabajo: se amplían los horarios a fin de semana, se incrementan los horarios irregulares con unas horas de trabajo impredecibles, lo que dificulta la organización de la vida privada, y se extienden tanto los horarios muy reducidos (trabajo a tiempo parcial involuntario) como los demasiado prolongados (horas extraordinarias involuntarias).

En el año 2000 el 19% de la población ocupada de la UE hacía turnos de noche, el 47% trabajaba los sábados y el 24% los domingos. Además, el 21% de los trabajadores decía no tener tiempo suficiente para acabar su trabajo y el 56% afirmaba tener que trabajar muy rápido durante al menos el 25% de su jornada laboral¹. Este aumento de las exigencias del trabajo no parece haber ido acompañado de un incremento paralelo del control (autonomía y oportunidad de desarrollar las habilidades) sobre el trabajo.

En períodos de recesión económica, los trabajadores aceptan peores condiciones de trabajo: aumento de la carga de trabajo, horarios atípicos, contratos temporales o salarios reducidos. Este contexto puede ser también el caldo de cultivo para el acoso moral, riesgo laboral que viene recibiendo cada vez más atención. Algunos trabajadores se ven obligados a aceptar el maltrato psicológico de sus superiores debido a las dificultades para encontrar un nuevo empleo; además, cada vez es más difícil contar con la solidaridad de los compañeros, temerosos de posibles represalias. Por otro lado, este entorno psicosocial adverso, ¿hasta qué punto está en la raíz del repunte de los accidentes laborales que se ha producido en los últimos meses?

Aunque recientemente los estados miembros de la UE situaban los factores psicosociales como la primera prioridad de investigación sobre seguridad y salud en el trabajo, existe muy poca investigación, y menos aún acción preventiva sobre su impacto en la salud⁵.

Pese al optimismo que puede generar la publicación de dos artículos relacionados con el riesgo psicosocial del trabajo en este número de GACETA SANITARIA^{6,7}, en España la situación de la investigación y de la intervención sobre el entorno psicosocial del trabajo es muy preocupante. Frente al abordaje respaldado por una mayor evidencia científica, centrado en los modelos de Karasek (exigencias-control-apoyo) y Siegrist (esfuerzo-compensaciones)⁸, en España los factores de riesgo psicosocial continúan siendo sinó-

nimos de la carga mental, lo que en parte se debe al hecho de que estos términos proceden de disciplinas diferentes⁹. Si el concepto de factores de riesgo psicosocial proviene del campo de la psicología del trabajo y se enmarca dentro del estudio de la relación entre

trabajo y la salud, la carga mental es un término propio de la ergonomía cognitiva que trata de analizar las capacidades y limitaciones del ser humano como sistema de procesamiento de información. Mientras la evidencia sobre la relación de los factores de riesgo psicosocial del trabajo con diversos trastornos de salud –entre ellos, problemas cardiovasculares y de salud mental– es abrumadora, la carga mental sólo se analiza como relacionada con la «fatiga mental» que puede ser responsable de errores en la ejecución del trabajo con consecuencias más o menos graves.

En un entorno de divorcio entre la productividad y la salud laboral, no es extraño que las escasas evaluaciones o intervenciones sobre el riesgo psicosocial realizadas en las empresas españolas se centren en la carga mental; tampoco lo es que la prevención del estrés se aborde individualmente –terapias de relajación o reestructuración cognitiva, por ejemplo– dejando de lado el entorno psicosocial, que está en la raíz del trastorno.

La feminización y el envejecimiento de la población activa

La entrada de la mujer en el mercado laboral es, probablemente, uno de los mayores cambios que se han producido en los últimos años. Pero ellas ocupan puestos de trabajo menos cualificados y con peores condiciones de trabajo que los varones. Por ejemplo, en el año 2000 el porcentaje de mujeres en el cuartil más bajo de salarios era casi tres veces superior al de varones; por el contrario, el de varones en el cuartil superior era dos veces superior al de mujeres¹. El análisis de sexo, sin embargo, requiere ir más allá del trabajo pagado: en todos los países desarrollados, las mujeres, aun realizando un trabajo remunerado, continúan teniendo la responsabilidad principal en la familia, sobrecarga de trabajo que tiene efectos negativos sobre su salud¹⁰.

En la mayoría de los países de la UE el trabajo a tiempo parcial es la principal estrategia que permite a las mujeres conciliar la vida laboral y familiar. En el año 2001 en la UE trabajaban a tiempo parcial el 6% de los varones y el 34% de las mujeres²; los porcentajes correspondientes en España eran 3% y 17%, respec-

tivamente. Aunque esta modalidad de empleo se considera a menudo una de las soluciones más efectivas a corto plazo para combinar el trabajo doméstico y el remunerado, en la medida en que continúa siendo una alternativa casi exclusiva para las mujeres, contribuye a mantener las desigualdades de sexo. A medio y largo plazo tiene efectos no deseados, como la limitación de la carrera profesional, la reducción de la cuantía de las pensiones de jubilación, calculada según la base de cotización de la Seguridad Social, o la disminución de la presencia de las mujeres en la vida pública y, por tanto, en los ámbitos de toma de decisiones, lo que se traduce en que sus necesidades y puntos de vista continúan ausentes en los ámbitos de decisión políticos y económicos. Además, se han documentado peores condiciones de trabajo en los empleos a tiempo parcial¹¹.

Otro cambio demográfico, el envejecimiento de la población activa, exige una revisión del modelo de «déficit por la edad», que insiste en la pérdida de capacidades. Lo cierto es que, aunque las capacidades cambian con la edad, no necesariamente se pierden sino que, de hecho, con frecuencia aumentan. Las organizaciones se tendrían que humanizar más a fin de que la gente pueda trabajar de forma saludable a lo largo de toda su carrera profesional, lo que quizá se podría hacer realidad mediante la educación permanente y unos sistemas de gestión más participativos.

Retos para el futuro

Si la salud laboral desea realmente abordar con éxito los retos que plantea la nueva economía debe: *a)* fomentar la investigación sobre los efectos que las nuevas formas de trabajar tienen sobre la salud; *b)* impulsar la evaluación y la prevención de los factores de riesgo psicosocial en la empresa desde una visión preventiva centrada en el entorno de trabajo y no en el individuo; *c)* adoptar un enfoque que tenga en cuenta las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres, tanto en el trabajo pagado como en el ámbito familiar, y *d)* desarrollar sistemas de información con indicadores sensibles a la mayor complejidad del mundo laboral y al amplio abanico de trastornos de salud relacionados con el trabajo (más allá de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales), así como a las diferencias según sexo y grupo etario.

Lucía Artazcoz

Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

Bibliografía

1. Paoli P, Merllié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000. [Consultado 09/10/2002] Disponible en: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>
3. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Comm Health* 1994;48:333-7.
4. Rodríguez E, Frongillo EA, Chandra P. Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *Int J Epidemiol* 2001;30:163-70.
5. European Agency for Safety and Health at Work. Future Occupational Safety and Health Research Needs and Priorities in the Member States of the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000.
6. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac sanit* 2002;16:480-6.
7. Escribà-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit* 2002;16:487-96.
8. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Pub Health* 1998;88:68-74.
9. Martín Daza F, Pérez Bilbao J. Nota Técnica de Prevención 443. Factores psicosociales: metodología de evaluación. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997.
10. Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlfes I, Borrell C. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit* 1999;13:190-6.
11. Goudswaard A, André JC, Ekstedt E, Huuhtanen P, Kuhn K, Peirens K, et al. New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.