

DIGNIDAD EN EL EMPLEO DESDE UN PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

Rivas Moar, José María

Ingeniero Industrial

Profesor de la E.U. de Relaciones Laborales de A Coruña

PANEL 3: PÉRDIDA DE CANTIDAD Y CALIDAD, TANTO EN EL EMPLEO COMO EN LAS PRESTACIONES SOCIALES

ABSTRACT

En pleno proceso de recuperación económica, cualquier objetivo socio-laboral planteado por una de las administraciones debe pasar inexcusablemente por la creación de empleo como eje directriz y por la dignificación del mismo, en segundo término.

La cuestión es ¿qué es un empleo digno? Habitualmente la respuesta se produce en términos económicos es decir, el que cuenta con un gran salario dispone de un empleo “digno socialmente” mientras que las remuneraciones inferiores a la barrera psicológica de los 1000 euros se corresponden con “mini-jobs” y los que las perciben “mileuristas”,.... en definitiva “empleo precario”.

Todo ello supone un “pago encubierto” de las dudosas condiciones laborales a las que están expuestos los trabajadores, en términos de salud, de reconocimiento o valoración, de conciliación de la vida familiar, etc..., eso sí, todo ello con su beneplácito debido a que en la negociación colectiva se hace especial hincapié únicamente en el apartado de salarios.

Centrando el objetivo en el primer término, la salud, sería interesante valorar la dignidad del empleo bajo este prisma.

La legislación española en materia de seguridad y salud laboral dispone de varias especialidades de prevención de riesgos con objeto de valorar los distintos daños a la salud que sufren los trabajadores. La seguridad y la higiene son consideradas como relevantes debido a que ambas disciplinas tratan de evitar accidentes o enfermedades producidas por agentes físicos, químicos y biológicos respectivamente, en definitiva

patologías de importancia. Sin embargo, la hermana pobre de la prevención, “la ergonomía”, es malconsiderada ya que se corresponde con una especialidad encaminada al diseño del puesto de trabajo y a mejorar la integración persona-equipo-herramientas... comúnmente conocido como “mejorar el grado de confort o comodidad”.

Sin embargo, las estadísticas oficiales se expresan en otros términos. El mayor problema de la población trabajadora es ergonómico.

Los Trastornos músculo esqueléticos (TME) son patologías de gran incidencia en la población. Un porcentaje mayoritario de las personas sufren dolores y molestias en sus articulaciones. El grado en que el trabajo es el causante o agravante de los mismos está todavía cuestionado ya que sus causas son heterogéneas y habitualmente se combinan en el sujeto, pudiendo ser atribuidas a cualquiera de ellas.

El presente estudio trata de calcular la incidencia de los TME de población laboral española en la comparación con los datos europeos. La dificultad consiste en que las listas de enfermedades profesionales de los distintos Estados de la UE son diferentes y por tanto, los datos difícilmente comparables.

La metodología del estudio consiste en el uso de dos tipos de datos: la opinión de los trabajadores y los resultados oficiales de siniestralidad laboral. En el primer caso, se comparan los resultados de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y la European Working Conditions Survey y, en segundo lugar, se realiza una comparativa entre los datos de accidentalidad publicados por las autoridades laborales españolas con los proporcionados por la Oficina Estadística de EU (EUROSTAT).

La incidencia de la problemática de los TME en España queda demostrada y por tanto la dignidad del empleo en entredicho, no sólo en términos económicos, sino en términos de salud. La conclusión es que, durante la negociación colectiva, otros factores, además del económico, deberían ser tenidos en cuenta.

PALABRAS CLAVE

Trastornos músculo esqueléticos (TME), Accidente de trabajo (AT), Enfermedad profesional (EP), V European Working Conditions Survey, VII Encuesta Española de Condiciones de Trabajo

1. INTRODUCCIÓN

Se entiende por dignidad la “cualidad de digno” y por digno “algo que puede aceptarse o usarse sin desdoro”. El propio Diccionario de la lengua española incluye como ejemplo de aplicación del concepto la expresión “empleo digno”. Se pretende definir un empleo que puede aceptarse sin menoscabo en la reputación, fama o prestigio.

El concepto de dignidad en el trabajo va a depender del lugar en el que se utilice ya que, lamentablemente por el momento, en algunos países todavía la dignidad se encuentra en niveles de abolición de la esclavitud.

En España, las dos últimas reformas laborales, 2010 y 2012, han generado una disminución de derechos laborales y por consiguiente, un menoscabo en la dignidad del empleo. Esta dignidad se traduce en una precariedad salarial que incluso ha generado una nueva tipología de ciudadano, el trabajador pobre (Lago, 2015).

En la presente comunicación se pretende analizar dicha dignidad desde un punto de vista diferente al salarial, que es sin duda el criterio estrella para determinar la magnitud del término. Para ello se utilizará el concepto de salud, entendiendo como empleo digno aquel que no produce ningún deterioro en la salud del trabajador.

El objetivo será demostrar si en términos de salud, la dignidad de la población laboral española se encuentra en los mismos niveles que en términos salariales.

2. CRITERIOS DE VALORACIÓN

Para determinar la salud de un puesto de trabajo se ha rechazado el concepto legal de “Accidente de trabajo” debido a que se trata de una manifestación puntual de un riesgo es decir, una medida de la seguridad o inseguridad laboral. Un empleo puede compatibilizar los conceptos “digno” y “peligroso”.

En cuanto a las enfermedades profesionales ocasionadas por agentes químicos, físicos o biológicos, se encuentra la misma tesitura. Se trata de enfermedades, de mayor o menor incidencia e importancia, pero que no aportan mayor o menor dignidad a un empleo sino a la propia seguridad y salud del trabajador.

Entendiendo como digno, algo que menoscaba el prestigio o la reputación, resulta procedente pensar que los TME podría resultar una buena vara de medir esa dignidad desde un punto de vista de la salud.

Un empleo sin dignidad es un empleo penoso, no decoroso, y éste suele caracterizarse por la presencia de alguno de los siguientes factores: exposición a la intemperie o temperaturas extremas, posturas inadecuadas, movimientos repetidos, trabajos estáticos, manipulación de pesos elevados, exposición a vibraciones, etc. Todos ellos son factores de riesgo que caracterizan a un empleo arduo y duro, y todos ellos tienen en común que suelen generar alteraciones de determinadas estructuras corporales como músculos, articulaciones, tendones y ligamentos, es decir TME. Dichas alteraciones son provocadas o agravadas principalmente por el desempeño del trabajo y por los efectos del entorno inmediato cuando están presentes los factores indicados.

A consecuencia de todo ello, en el presente estudio se utilizará la incidencia de los TME para medir la dignidad del empleo desde un punto de vista de la salud. Por tanto, la comunicación parte esa premisa, aquel trabajador que sufre TME es debido a ocupa un puesto de trabajo con cierto grado de penosidad.

3. DIFICULTAD DE RECUENTO Y COMPARACIÓN DE LOS TME

Nunca ha existido consenso internacional a la hora de denominar a este grupo de patologías, ni uniformidad en definir exactamente qué enfermedades las integran, de hecho son muchos los términos utilizados para definirlos: lesiones, trastornos, enfermedades, desórdenes... musculoesqueléticos, acumulativos, atribuidos al trabajo repetitivo, etc. Cada término aglutina el grupo de patologías seleccionadas por un determinado país en sus controles estadísticos.

A medida que las organizaciones gubernamentales en materia de seguridad y salud (Niosh y Osha en Estados Unidos, Insht en España, Hse en Gran Bretaña, Ccohs en Canadá, Swa en Australia, etc.) han empezado a discriminar y clasificar los daños a la salud, se comienza a descubrir la verdadera magnitud de estas patologías y con ello se incrementa el interés en la materia. Ello produce un impulso a la hora de clasificarlas.

El verdadero coste de los TME es difícil de valorar, fundamentalmente debido a la falta de estandarización, pero existen estimaciones que señalan un valor entre el 0,5-2% del

PIB (Schneider et al., 2010) Por lo tanto, en cualquier caso, se trata de un problema sanitario de primer orden.

Durante los últimos años se han realizado numerosas investigaciones en materia de TME (Evangelos, 2003; Holmberg, 2003) Leroux, 2005; Bos, 2007; Arezes, 2011; Rasmussen, 2012) con criterios y metodología muy heterogénea y sobre colectivos diferenciados, sin que resulte sencillo obtener un resultado global. Todavía existen lagunas sobre aspectos fundamentales: ¿Qué patologías están incluidas en los denominados TME? ¿Cuál es el peso de los factores laborales con respecto a los factores personales? ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las patologías de cada articulación? y ¿Qué patología debe ser considerada laboral y cual no?

Los TME catalogados como contingencias profesionales recogen un grupo de patologías que pueden ser tramitadas como accidente de trabajo o como enfermedad profesional. En general, cuando existe una relación causa-efecto inmediata se habla de accidente y si la patología proviene de una exposición prolongada en el tiempo se denomina enfermedad profesional. En España, la catalogación de cualquier enfermedad como profesional requiere, del diagnóstico y la identificación de las condiciones de trabajo o el agente causante de la misma, que esté incluida en la lista de enfermedades profesionales. Por ello cualquier análisis de los TME tiene sus limitaciones, ya que la comparación entre países con legislaciones diferentes, es difícil.

En particular en la Unión Europea, las listas de enfermedades profesionales no están organizadas de la misma manera. Algunos Estados definen con mucha precisión los diversos TME reconocidos, mientras que otros disponen de una lista con los grupos principales, sin entrar en grandes detalles. Por si fuera poco, la mayoría de los Estados disponen de un sistema abierto de reconocimiento en el cual, el facultativo, tiene potestad para catalogar la dolencia bajo su criterio.

En España, dada la dificultad existente en el recuento real de los TME, por la coexistencia de las dos contingencias profesionales, la Seguridad Social Española, creó un fichero de datos denominado "Panotrass", que se corresponde con Patologías No Traumáticas Causadas por el Trabajo. Muchos de los TME están en esta situación, con lo cual su catalogación y detección, se entiende que resultará más sencilla en el futuro.

4. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Suele decirse que existen dos categorías de investigación y análisis de las condiciones de trabajo (Castillo y Prieto, 1981). La primera de ellas considera que la valoración ha de ser hecha por los propios trabajadores y que, por lo tanto, sólo puede realizarse preguntando directamente vía encuesta. La segunda opción prescinde de cualquier tipo de valoraciones subjetivas para centrarse en resultados objetivos.

4.1 BASE DE DATOS CONSIDERADA

Siguiendo las dos categorías indicadas, los datos considerados en la presente comunicación tienen el siguiente origen:

a) Datos proporcionados por los trabajadores españoles a través de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Almodovar et al., 2011) (ENCT).

La ENCT ha sido realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y cuenta con una muestra de 8.892 trabajadores, mediante entrevista personal en el domicilio del trabajador y un cuestionario de 62 preguntas. El 95% de la muestra se corresponde con trabajadores ocupados el día de la entrevista, el 80% asalariado de alta en la Seguridad Social y el 73,9% con contrato indefinido.

b) Datos proporcionados por los trabajadores europeos a través de la European Working Conditions Survey (Agnès et al., 2012) (EWCS)

La EWCS ha sido elaborada por la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions y tiene un objetivo similar a ENCT, es decir recoger la opinión de los trabajadores sobre los distintos factores que influyen en sus condiciones de trabajo. Se utiliza en el presente estudio la V edición, que cuenta con una muestra de 44.000 trabajadores de 34 países –la UE-27, Noruega, Croacia, Macedonia, Turquía, Albania, Montenegro y Kosovo–. Gallup Europe, se ocupó de la recogida y edición de datos en 2010, mediante entrevistas en el domicilio del trabajador, fuera del puesto de trabajo, con una duración media de 44 minutos.

c) Datos de siniestralidad en materia de accidentes de trabajo (AT) en España obtenidos de los índices oficiales elaborados por el INSHT (Díaz, 2012).

Los datos de los TME catalogados como AT dentro de la población laboral española han sido estimados a partir de los Anuarios de Estadísticas Laborales Españolas.

d) La información referida a los AT dentro de la Unión Europea se obtiene directamente de EUROSTAT (Statistical Office of the European Communities).

e) Datos de siniestralidad en materia de EP en España obtenidos de los índices oficiales elaborados por el INSHT.

Los datos de los TME catalogados como EP dentro de la población laboral española han sido estimados a partir de los datos ofrecidos por el CEPROSS de la Dirección General de Ordenación de Seguridad Social. El INSHT ha recogido dichos resultados en sus publicaciones (de Vicente et al., 2012) que han sido utilizadas en la presente comunicación.

f) A nivel europeo, la información en materia de EP procede de dos fuentes diferentes:

- En el periodo 2002-2005 se ha utilizado datos de European Occupational Diseases Statistics (EODS) recogidos en la publicación de European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA): OSH in figures, Work-related musculoskeletal disorders in the EU. Proceden de toda la UE excepto Alemania, Grecia e Irlanda.
- En el periodo 2006-2010 se ha utilizado los registros de cuatro países: Francia, Dinamarca, Gran Bretaña y Alemania. El origen de los mismos se encuentra en las publicaciones de EUROGIP, en las estadísticas anuales de Health and Safety Executive y en las de DGUV respectivamente.

4.2 METODOLOGÍA

La metodología ha consistido en la comparación directa de los distintos resultados obtenidos en España de la ENCT o de las estadísticas de siniestralidad publicadas por el INSHT, frente a los datos europeos procedentes de la EWCS o de las estadísticas de EUROSTAT, EUROGIP, SHE ó DGUV.

En materia de condiciones de trabajo, se ha analizado:

- La impresión de los trabajadores sobre la relación entre la salud y el trabajo.

- La incidencia de los riesgos ergonómicos principales en su trabajo, es decir:
 - Los movimientos repetidos
 - Las posturas forzadas
 - La manipulación de pesos (cargas y/o personas)
 - Las vibraciones

En materia de accidentalidad, se han utilizado dos variables para la comparación: Porcentaje de TME sobre el total de AT ($\%_{TME-AT}$) y porcentaje de TME sobre el total de EP ($\%_{TME-EP}$).

En el caso de AT, los datos españoles utilizados son aquellos AT con baja médica que han sido catalogados con código de Forma 71 (Sobreesfuerzo físico -sobre el sistema músculo esquelético).

Para la selección de los datos europeos, debido a la no coincidencia de las distintas legislaciones, ha sido necesario filtrar los AT publicados por el EUROSTAT. De los distintos campos existentes en la descripción del accidente, será utilizado "el tipo de lesión", siendo contabilizados únicamente los siguientes códigos:

- 031 Dislocaciones y subluxaciones
- 032 Esguinces y torceduras
- 039 Otros tipos de dislocaciones, esguinces y torceduras

Los datos ofrecidos se agrupan en tres niveles: EU-12, EU-15 y EU-27

- La EU-12 está formada por Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Portugal, España, y Gran Bretaña.
- EU-15 es EU-12 más Austria, Finlandia and Suecia.
- EU-27 es EU-15 más Bulgaria, Chipre, Chequia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Rumania, Eslovaquia and Eslovenia.

El periodo objeto del análisis, en el caso de AT, ha sido 2002-2010 y todos los registros utilizados son para el total de actividades y para el total de accidentes es decir, sin más filtros que los indicados para "el tipo de lesión".

En el caso de las EP, se comparan los resultados de $\%_{TME-EP}$ españoles con los resultados ofrecidos por European Statistics on Occupational Diseases (EODS) en un

periodo de 4 años. Posteriormente se realiza una segunda comparación, en un periodo más reciente, con cuatro países de la EU: Francia, Reino Unido, Alemania y Gran Bretaña. En este último caso, se han utilizado los siguientes criterios:

En los datos correspondientes a Francia, se incluyen como TME las siguientes enfermedades:

- enfermedades en las articulaciones
- afecciones lumbares crónicas
- lesiones de menisco crónicas
- enfermedades inducidas por vibraciones de las máquinas.

En el caso de Gran Bretaña, se contabilizan el total de casos en los últimos 12 meses. El sistema estadístico inglés no coinciden con años naturales como en el resto de los países por ello se utilizará la equivalencia 2006 - 2006/2007, 2007 - 2007/2008, etc.

En el caso de Dinamarca, se han contabilizado como TME las siguientes enfermedades:

- las afecciones lumbares
- las enfermedades articulares y motrices
- la inflamación nerviosa (incluido el síndrome de túnel carpiano).

Se han seleccionado datos de enfermedades reconocidas después del proceso de diagnóstico (sin tener en cuenta el inicial).

Los resultados de Alemania contabilizan únicamente casos de enfermedades profesionales confirmadas y, entre las mismas, se ha seleccionado el sub-apartado 2.1 de su lista de enfermedades profesionales, correspondiente a los agentes mecánicos: Enfermedades musculares, lesiones de menisco, lesiones de espalda, lesiones de presión nerviosa, etc.

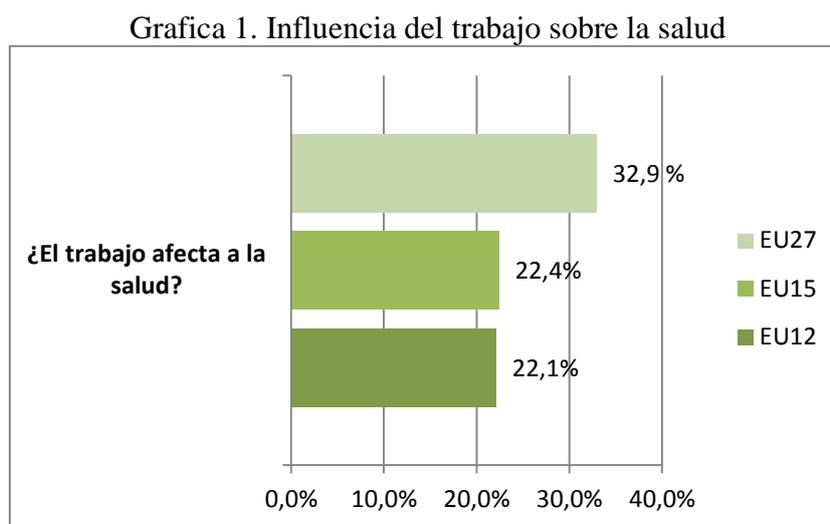
Por último, el criterio seguido en el caso de los TME en España es el utilizado por el INSHT en sus informes "Accidentes de Trabajo por sobreesfuerzos 2011" y "El Trastorno Musculo-Esquelético en el ámbito laboral en cifras".

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS

5.1 Resultado de las encuestas a los trabajadores

5.1.1 Relación entre trabajo y salud

Del contenido de las encuestas laborales conviene comenzar haciendo referencia sobre la impresión de los trabajadores con respecto a la relación existente entre su trabajo y la salud. En la EWCS, esta cuestión ha sido respondida en los siguientes porcentajes:

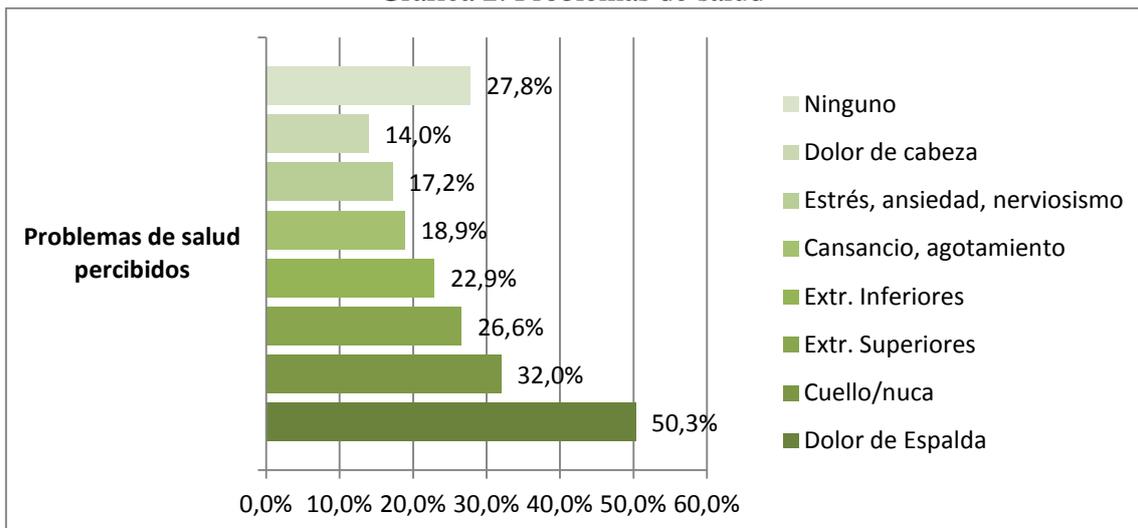


Fuente EWCS

El 22,1% en la EU-12, el 22,4% en la EU-15 y el 32,9% en la EU-27 han respondido afirmativamente.

Por su parte en la ENCT se hace referencia a esta cuestión preguntando a los trabajadores, en primer lugar por los problemas de salud percibidos y en segundo lugar, si consideran que éstos se deben o agravan con el trabajo.

Grafica 2. Problemas de salud

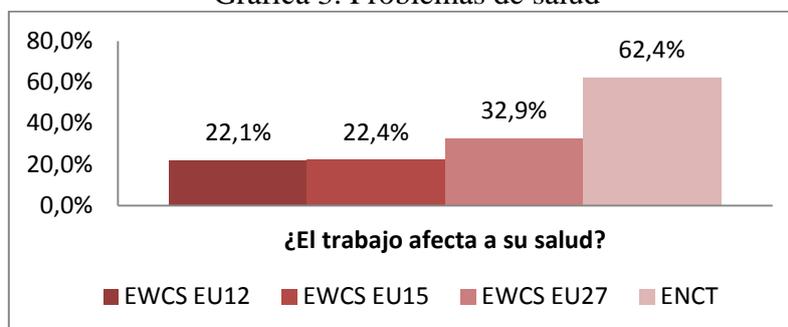


Fuente ENCT

El 27,8% opina que no tiene problema alguno, por lo que, el 72,2% de la población trabajadora manifiesta, por consiguiente, que sufre algún tipo de patología o malestar.

En la segunda cuestión, el 86,4% de los trabajadores opina que su salud se ha agravado por el trabajo. Esto supone que el 62,4% de los encuestados entiende que el trabajo le afecta a su salud, porcentaje muy superior al resultado obtenido a nivel europeo.

Grafica 3. Problemas de salud



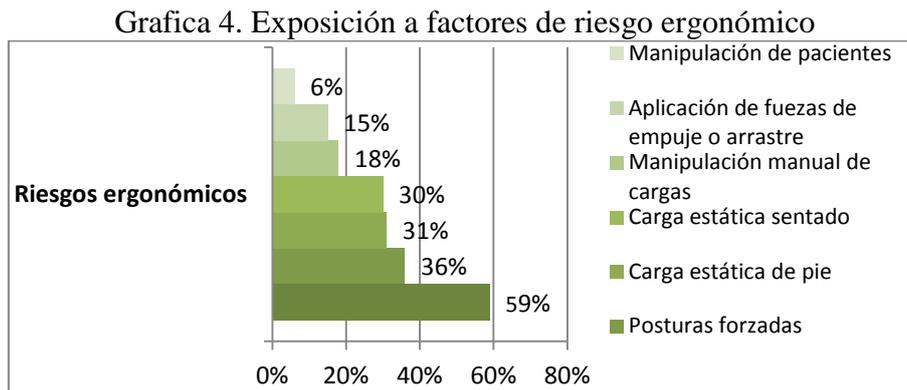
Fuente Elaboración propia

Por tanto, la población laboral española manifiesta una opinión sobre la incidencia de trabajo sobre su salud en un porcentaje muy superior a la media europea: 40,2% más que la UE-12, 39,9% más que la UE-15 y 24,9% superior a la UE-27.

5.1.2 Riesgos ergonómicos

La etiología de los TME relaciona ciertos factores de riesgo ergonómicos (Putz-Anderson et al.,1997) como los movimientos repetidos, las posturas mantenidas o forzadas, la manipulación excesiva de cargas y/o fuerzas y la exposición a vibraciones.

En la ENCT se analiza, la opinión de los trabajadores sobre estos factores, obteniéndose los siguientes resultados con respecto a su exposición en el puesto de trabajo:



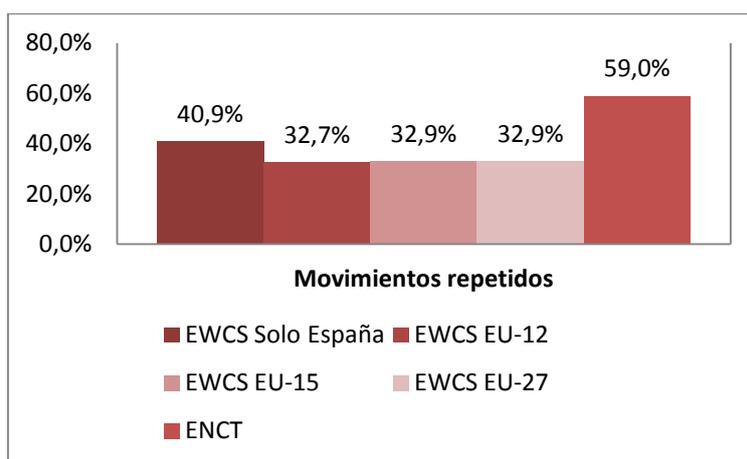
Fuente ENCT

Utilizando estos factores identificados y añadiendo la exposición a vibraciones por su influencia en los TME de la espalda, se realizará una comparativa entre la diferencia de apreciación entre el trabajador español y el europeo en materia de exposición a todos ellos.

5.1.2.1 Movimientos repetidos en extremidades superiores

Se trata de un grupo de movimientos continuados de las extremidades superiores que solicitan al mismo conjunto osteomuscular y que provocan fatiga, sobrecarga y, en último caso, dolor. Suele tratarse de ciclos de trabajo con patrones similares en cuanto a fuerzas y desplazamientos. La comparativa de la percepción de los trabajadores sobre este factor ergonómico es la siguiente:

Grafica 5. Exposición a movimientos repetidos



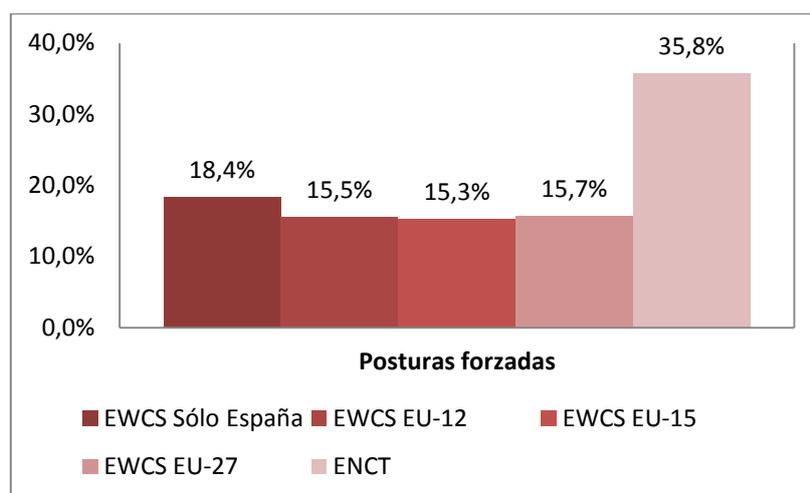
Fuente Elaboración propia

La percepción de la población laboral española en la EWCS es 40,9%: sobre un 8% superior a las medias europeas. El resultado todavía es mayor si se compara el resultado con el obtenido en la ENCT.

5.1.2.2 Posturas forzadas

Se trata de posiciones adoptadas durante el trabajo que provocan que las regiones anatómicas abandonen su posición natural de confort para dar lugar a posiciones que generan hiperextensiones, hiperflexiones y/o hiperrotaciones osteoarticulares. El resultado habitual es la sobrecarga en músculos, tendones y articulaciones y suele producirse cuando, la exposición es significativa.

Grafica 6. Exposición a posturas forzadas



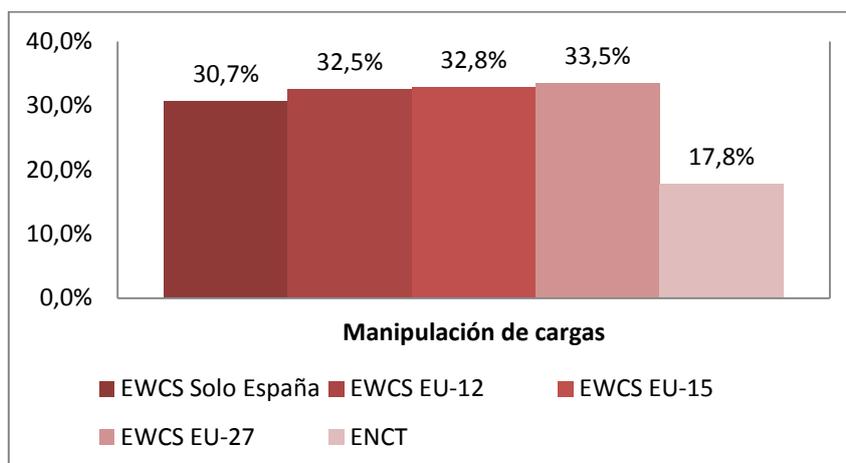
Fuente Elaboración propia

La percepción de la población laboral española en esta materia es 2,9% superior a la UE-12, 3,1% que la UE-15 y 2,7% más que la UE-27. Igual a lo ocurrido en el caso anterior, el resultado en la ENCT supera, en gran medida, los valores procedentes de la EWCS.

5.1.2.3 Manipulación manual de cargas

En este factor de riesgo se engloban las operaciones de transporte o sujeción de una carga por parte de un trabajador, tales como levantamiento, empuje, colocación, tracción o desplazamiento, que por sus características ergonómicas generen riesgos dorso-lumbares.

Grafica 7. Exposición a manipulación de cargas



Fuente Elaboración propia

Los resultados de la comparación son los siguientes:

- Los trabajadores españoles indican que existe manipulación de cargas en sus puestos de trabajo en un 30,7%
- Los trabajadores de la UE-12 responden afirmativamente en un 32,5%
- Trabajadores de EU-15 en un 32,8%
- Trabajadores de EU-27 en un 33,5%

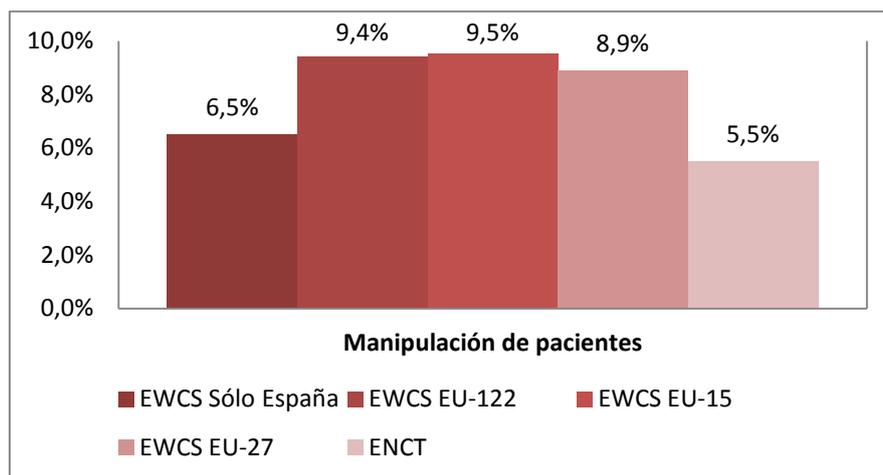
En este factor, a diferencia de los dos anteriores, se obtienen resultados inferiores a la media europea.

5.1.2.4 Manipulación de pacientes

Los TME son un problema grave en el sector sanitario, en particular para el personal que moviliza pacientes, siendo su traslado el mecanismo de lesión más común.

El resultado de la comparativa ofrece el siguiente resultado:

Grafica 8. Exposición a manipulación de pacientes



Fuente Elaboración propia

La comparativa es similar al caso anterior, con un resultado de los trabajadores españoles inferior a las medias europeas: 6,5%, frente a 9,4%, 9,5% y 8,9%. Parece probado que la problemática de la manipulación de pesos y personas, en opinión de los trabajadores, es de menor incidencia en España que la media europea.

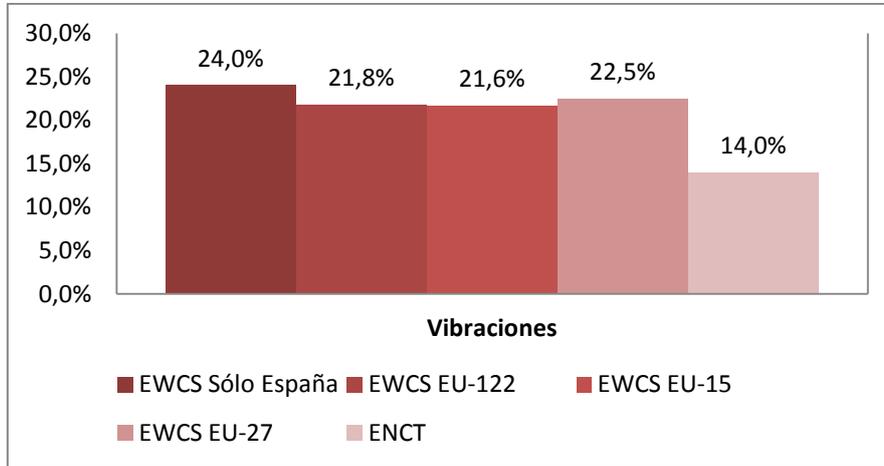
5.1.2.5 Vibraciones

Las vibraciones mecánicas provocan una serie de patologías cuando su exposición laboral es significativa. Se establecen dos categorías en función de sus efectos: Vibración transmitida al "sistema mano-brazo" que genera problemas vasculares, de

huesos o de articulaciones, y vibración transmitida al "cuerpo completo" que provoca habitualmente lumbalgias y lesiones de la columna vertebral.

La comparativa sobre este factor es la siguiente:

Grafica 9. Exposición a vibraciones



Fuente Elaboración propia

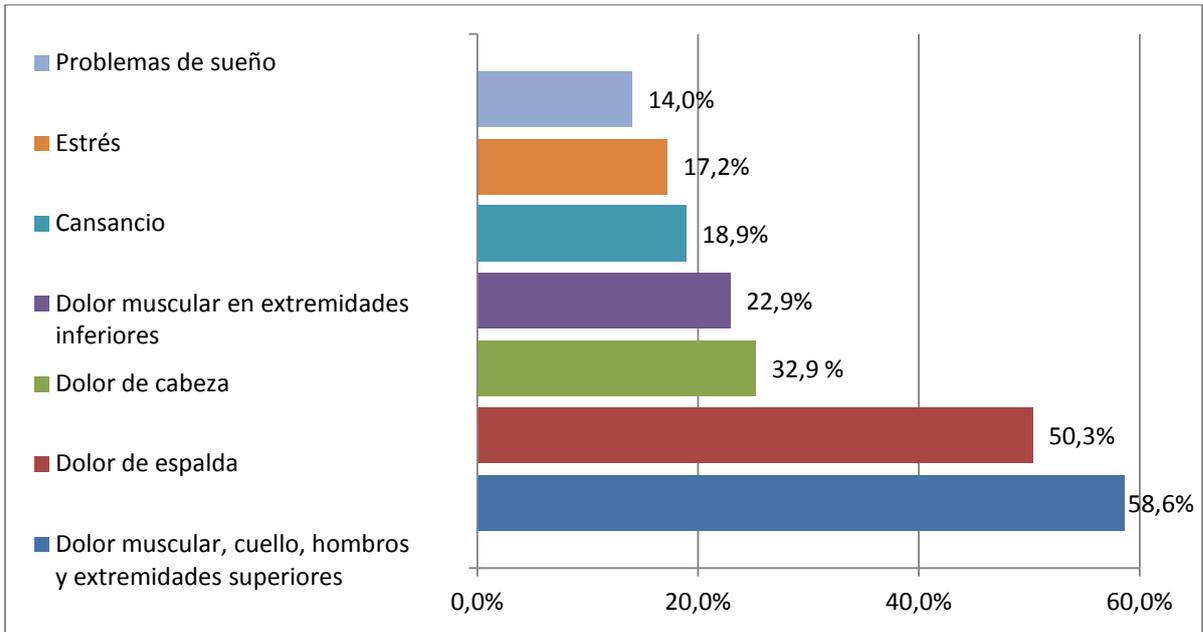
Los resultados muestran que el 24% de los trabajadores españoles manifiestan que están expuestos a vibraciones frente al 21,8%, 21,6% y 22,5% correspondiente a las medias europeas.

De forma global, el análisis de los resultados ofrece la conclusión de que los trabajadores españoles están más preocupados por los movimientos repetitivos, posturas forzadas y exposición a vibraciones que los trabajadores europeos. Solamente en términos de manipulación de cargas y manipulación de personas los trabajadores europeos son más sensibles.

5.1.3 Enfermedades

Otra consideración para determinar la visión de los trabajadores sobre la incidencia de los TME es analizar el disconfort que sufren. La ENCT señala las siguientes condiciones como causas principales: dolor muscular, dolor en cuello, hombros y extremidades superiores son padecidas por parte de un 59% de los trabajadores y el dolor de espalda por un 50,3%.

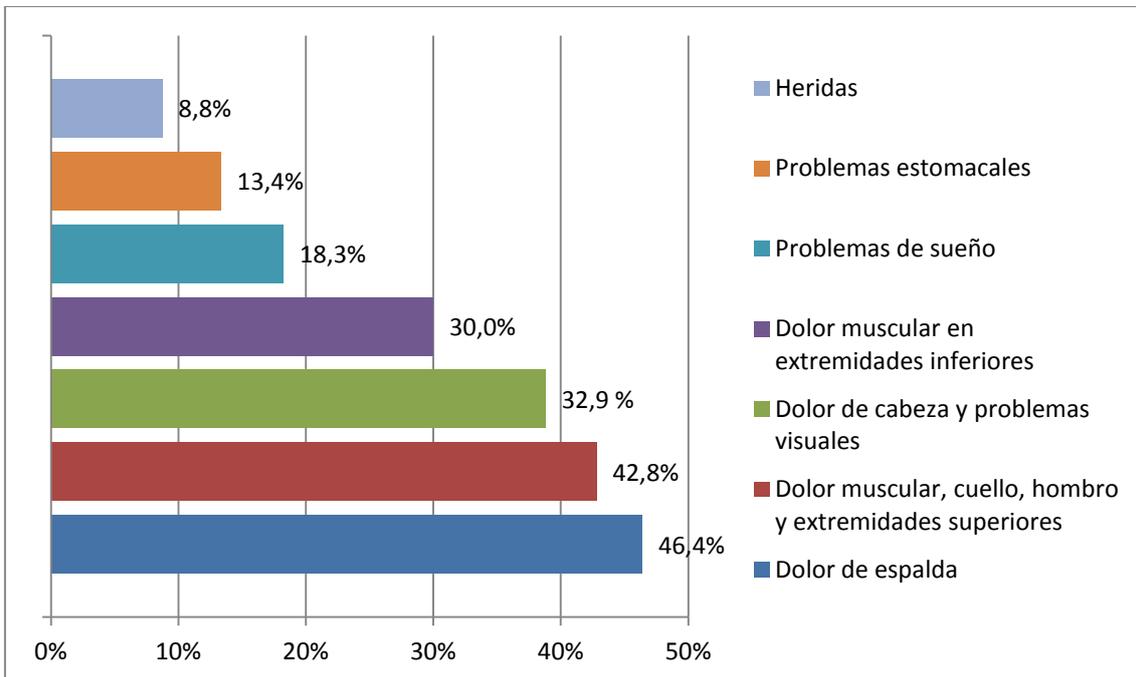
Grafica 10. Problemas identificados



Fuente ENCT

Por otro lado, la EWCS, muestra los siguientes resultados:

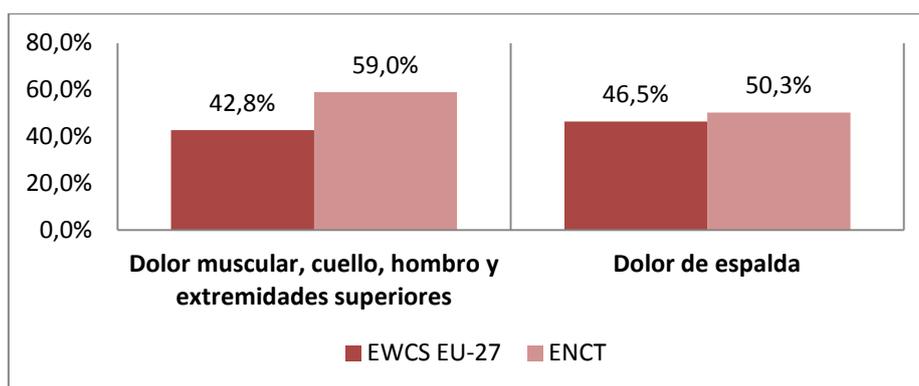
Grafica 11. Problemas identificados



Fuente EWCS

La comparación de los resultados de ambas encuestas, en materia de TME, es la siguiente:

Grafica 12. Comparativa problemas identificados



Fuente Elaboración propia

Como puede observarse, las enfermedades indicadas por los trabajadores españoles en la ENCT superan los resultados de las medidas europeas:

- 16,2% más que la EU-27 en dolores musculares, dolor de cuello, hombros y extremidades superiores
- 3,8% más en materia de dolor de espalda

5.2 Resultado de las estadísticas de siniestralidad oficiales

Resulta conveniente complementar los resultados ofrecidos con otros que prescindan de cualquier tipo de valoración subjetiva por parte de los trabajadores. Para ello se utilizarán los resultados de las patologías laborales diagnosticadas y notificadas legalmente por el sistema nacional de salud español y las distintas estimaciones realizadas por el EUROSTAT en esta materia.

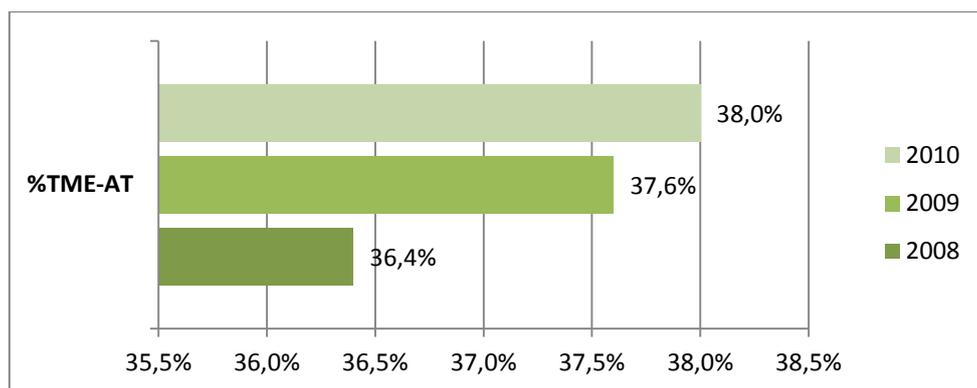
Tal y como se comentó anteriormente, en España, los TME pueden ser catalogados en dos contingencias diferentes: AT y EP por ello conviene recabar los datos de ambas contingencias, de forma independiente.

5.2.1 AT

Los datos oficiales de AT son publicados por el Observatorio Estatal de Condiciones de trabajo. Son estadísticas que provienen del sistema público de notificación de accidentes y por tanto, se basan siempre en el diagnóstico realizado por un médico asistencial.

El porcentaje de resultados de los TME dentro de las patologías diagnosticadas como AT permanece sobre un nivel entre el 36-38%.

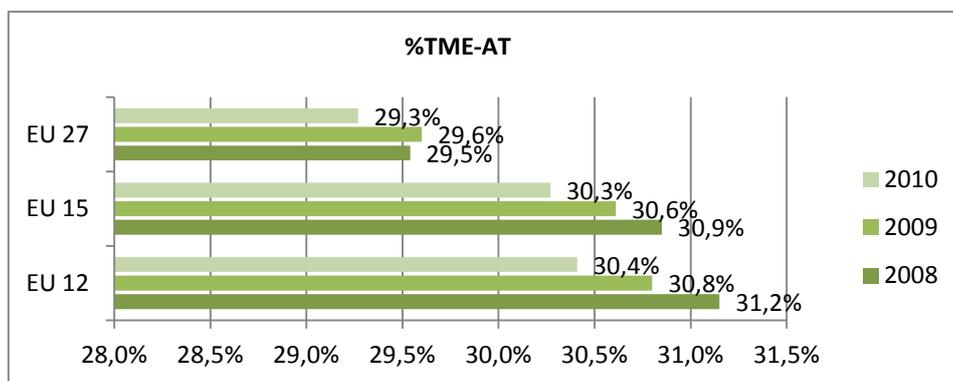
Grafica 13. Porcentaje de TME dentro de AT



Fuente Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo

Por su parte, a nivel europeo las estimaciones de EUROSTAT son las siguientes:

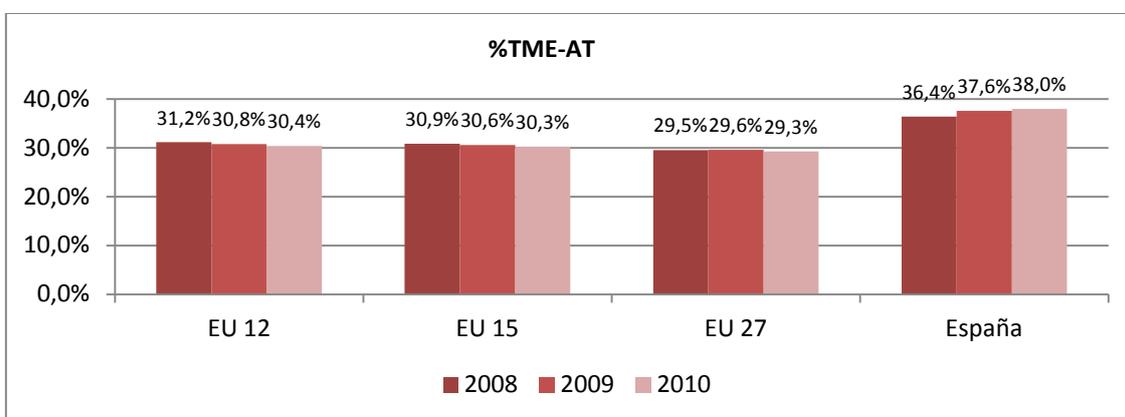
Grafica 14. Porcentaje de TME dentro de AT



Fuente EUROSTAT

La comparativa, gráficamente, se muestra a continuación:

Grafica 15. Comparativa proporción de TME dentro de AT



Fuente Elaboración Propia

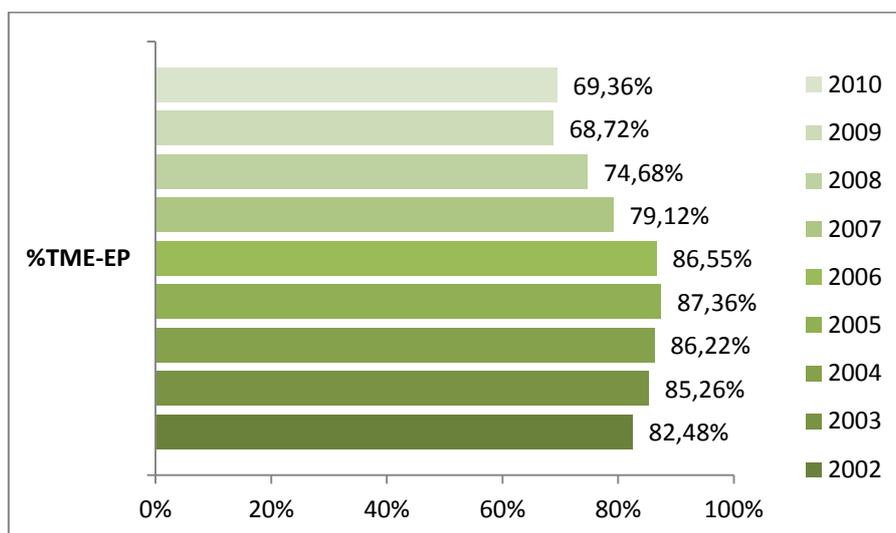
Tal y como se desprende del gráfico, el porcentaje de TME dentro de los AT representa en España, entre un 7 y 8% superior a la media europea.

5.2.2 EP

Es el dato más dificultoso debido a que las listas de EP son de difícil comparación en Europa por su falta de homogeneidad. Se compararán, en primer lugar, los resultados españoles con los últimos datos oficiales disponibles a nivel europeo (2002-2005) y una segunda comparativa abordará datos más recientes con cuatro países de la EU (Francia, Alemania, Reino Unido y Dinamarca) que dispongan de los mismos.

En primer lugar se muestra el porcentaje de trastornos músculo-esqueléticos en el conjunto de las enfermedades profesionales diagnosticadas en España:

Grafica 16. Porcentaje en España de TME dentro de EP (02-10)



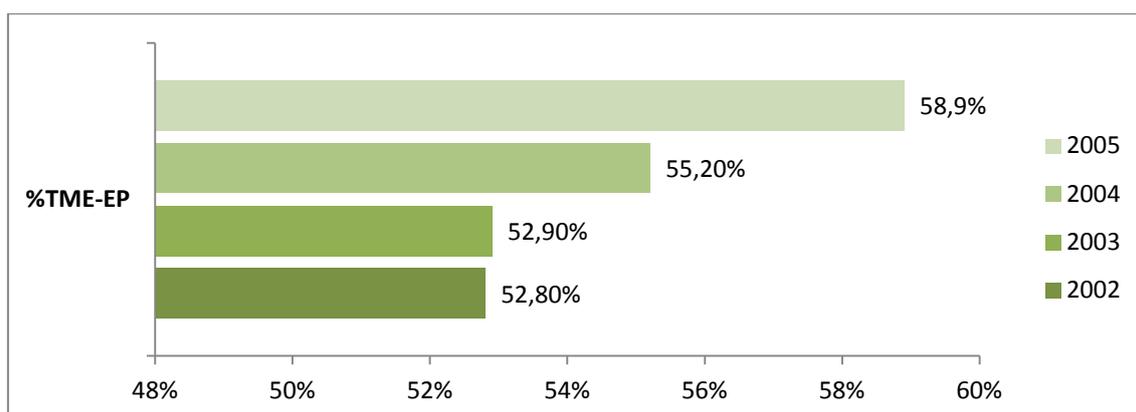
Fuente Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo

La primera conclusión resultante es que los TME constituyen el mayor problema en materia de EP dentro de la población laboral española, superando los valores del 80% en muchos ejercicios.

5.2.2.1 Periodo 2002-2005

Los resultados a nivel europeo correspondientes al mismo periodo son los siguientes:

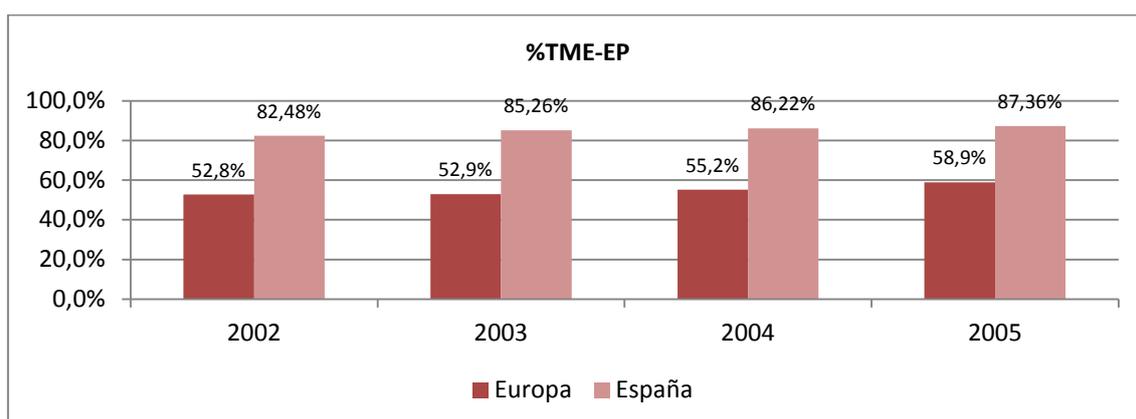
Grafica 17. Porcentaje en Europa de TME dentro de EP (02-05)



Fuente EUROSTAT

La comparación no ofrece lugar a dudas sobre el peso relativo de los TME en las EP declaradas en España:

Grafica 18. Comparativa porcentaje de TME dentro de EP (02-05)



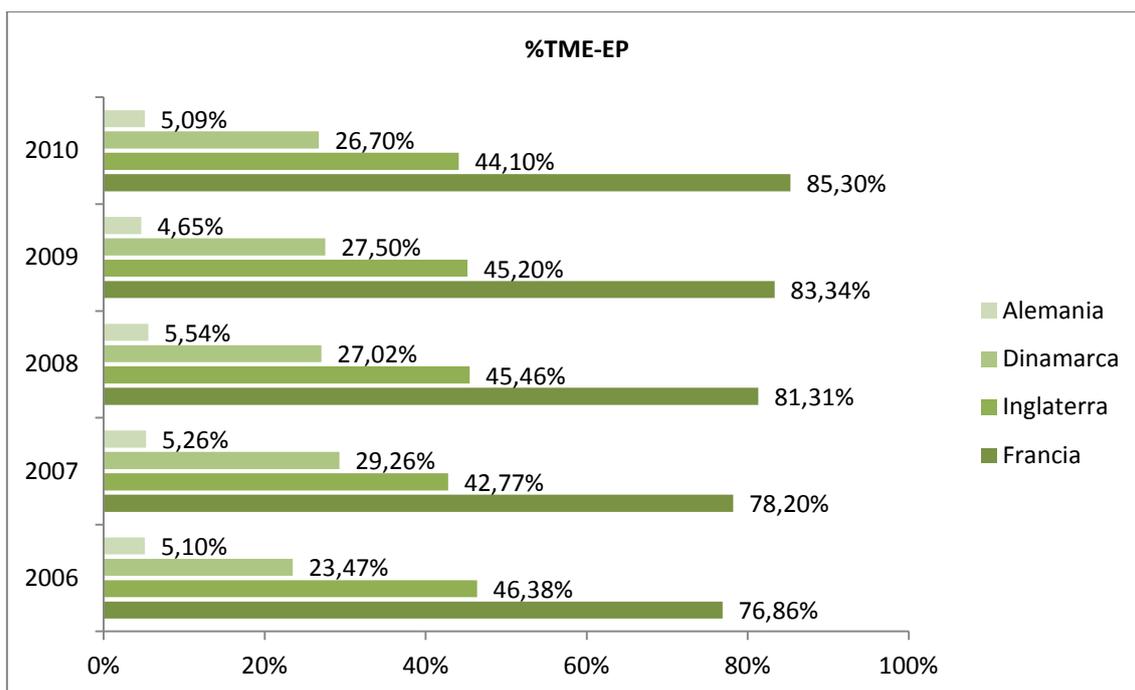
Fuente Elaboración Propia

El resultado resulta concluyente: el porcentaje de TME dentro de las EP catalogadas en España por el sistema de Salud es un 30% superior a la media europea en el periodo considerado.

5.2.2.2 Periodo 2006-2010

Los resultados correspondientes a Francia, Gran Bretaña, Dinamarca y Alemania son los siguientes:

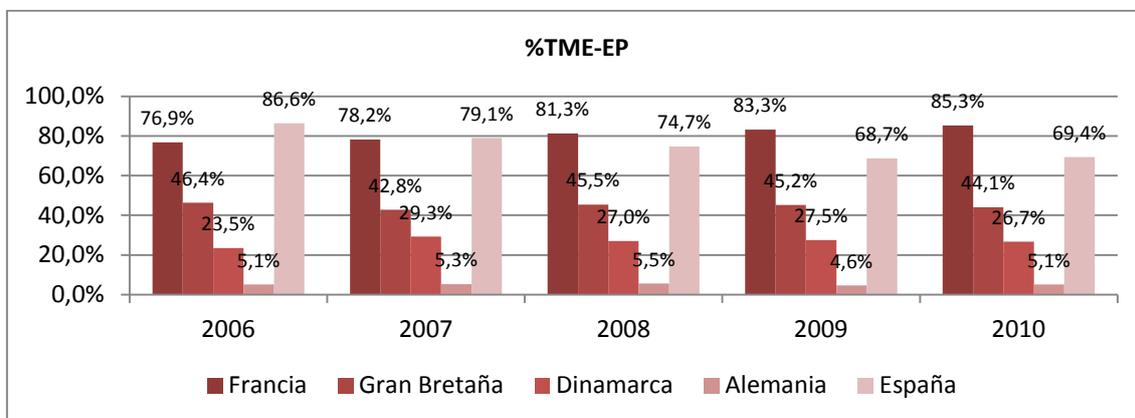
Grafica 19. Porcentaje en Europa de TME dentro de EP (06-10)



Fuente Eurogip, HSE y DGUV Statistics

La comparativa con los resultados españoles, se muestra a continuación:

Grafica 20. Comparativa porcentaje de TME dentro de EP (06-10)



Fuente Elaboración Propia

Tal y como puede observarse, la importancia de los TME sobre el total de EP diagnosticadas en España se confirma en este nuevo periodo de análisis. Mientras que Alemania sufre un porcentaje de TME sobre el 4-5% del total, Dinamarca un 23-30% y Gran Bretaña sobre 44-46%, España se encuentra entre el 70 y 85%, al nivel francés. Todo ello evidencia la importancia de este tipo de patologías dentro de nuestro mundo laboral.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS

Durante el desarrollo del presente estudio ha quedado probada la incidencia y trascendencia de los TME dentro de la población laboral española.

En primer lugar, ha quedado demostrada la creencia sobre la relación causa-efecto entre el trabajo y la salud. El 62,4% de los trabajadores españoles opina en este sentido, porcentaje muy superior a las medias europeas.

En segundo lugar, sobre los principales factores de riesgo ergonómico, la población laboral española, opina

- En un 59% que está expuesta a movimientos repetidos
- En un 35,8% que está expuesta a posturas forzadas

Esto representa sobre un 8% y un 3% superior que las medias de la UE respectivamente.

En tercer lugar, sobre la apreciación subjetiva de las molestias musculoesqueléticas sufridas, los trabajadores españoles manifiestan sobre un 16% más que la media de la UE en dolor de cuello, hombro y extremidades superiores y sobre un 4% más en materia de TME en la espalda.

En cuarto lugar, y refiriéndose a datos objetivos de siniestralidad laboral, el porcentaje de TME dentro de los AT diagnosticados y admitidos por el Sistema Nacional de salud, se encuentra en España entre un 7-8% superior a la media europea. En lo que se refiere a EP, el porcentaje española supera en un 30%, aproximadamente, a los registros europeos en el periodo 02-05.

Finalmente, en una comparativa directa con Francia, Alemania, Gran Bretaña y Dinamarca, en el periodo 06-10 ofrece unos valores de porcentaje de TME dentro de las EP diagnosticadas de:

- 5% en Alemania
- 23-30% en Dinamarca
- 44-46% en Gran Bretaña
- 70-85% en España
- 75-85% en Francia

que evidencian la incidencia de los TME en España en relación a otros países europeos.

7. CONCLUSIONES

Todos los datos, tanto la opinión subjetiva de los trabajadores como la objetividad de los resultados oficiales de siniestralidad, muestran que la incidencia de las patologías que forman los TME dentro de la población laboral española, son muy importantes en comparación con los registros obtenidos en otros países europeos.

Por tanto la dignidad del empleo, desde un punto de vista de la salud, queda en entredicho. Dicho de otra forma, la configuración del puesto de trabajo no es la idónea y ello conlleva a la exposición de los trabajadores a una serie de factores fatigantes y sofocantes, y por consiguiente la generación de discomfort, malestar, desasosiego e incluso enfermedad.

No es digno el que dobla el salario mínimo interprofesional pero su puesto de trabajo presenta rasgos de penosidad, tampoco es indigno el que percibe el salario mínimo pero dispone de una serie de ventajas como: horario reducido, puesto ergonómico, facilidades para conciliar la vida familiar, clima laboral saludable....

El carácter de digno o indigno depende de varios factores, no en exclusividad del salario.

Por lo tanto, no es correcto hablar de precariedad laboral o dignidad en el empleo basándose única y exclusivamente en el nivel salarial. Otros conceptos deben ser tenidos en cuenta en dicha calificación. Resultaría de gran interés realizar un análisis de los principales convenios colectivos con objeto de valorar la importancia relativa que los distintos agentes sociales otorgan a la salud en relación con el concepto puramente salarial.

BIBLIOGRAFÍA

Real Academia Española, “Diccionario de la lengua española” disponible en <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Griefahn Barbara, Jäger Matthias, Luttmann Alwin, *Prevención de los TME en el lugar de trabajo*. 2004, Nancy, Francia.

Copsey Sarah, Irastorza Xabier, Schneider Elke, *Work-related musculoskeletal disorders in the EU - Facts and figures.*, 2010, Luxembourg

Buckle Peter, Devereux Jason, *Work-related neck and upper limb*, 1999, Guildford, Surrey, U.K

Castillo Juan José, Prieto Carlos. *Una técnica subjetiva de investigación en condiciones de trabajo: las encuestas de satisfacción*. 1981,

Almodovar Molina Antonia, Galiana Blanco María Luz, Hervás Rivero Pilar, Pinilla García, Francisco Javier. *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, 2011

Biletta Isabella, Lyly-Yrjänäinen Maija, Parent-Thirion Agnès, Vermeulen Greet, Van Houten Gijs, Cabrita Jorge, Niedhammer Isabelle. *Fifth European Working Conditions Survey*, Publications, 2012, Luxembourg.

Díaz Aramburu Clara, *Accidentes de Trabajo por Sobreesfuerzos 2011*, 2012, Madrid.

Díaz Clara, Galiana Luz, De Vicente Ángeles, Zimmermann Marta, *El Trastorno Músculo Esquelético en el ámbito laboral en cifras.*, 2012, Barcelona

Álvarez Valdivia Alfredo, Nogareda Cuixart Silvia, *Carga postural: Técnica goniométrica*. 2003, Barcelona

Eurogip, 2010, *Statistical review of occupational injuries*, France

Health and Safety Executive, 2011, *Annual Statistics Report 2010/2011*. England

Eurogip, 2010, *Statistical review of occupational injuries Denmark 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005, 2004 data*, Denmark

DGUV, 2010, *Statistics 2010, 2009, 2008, 2007, 2006; Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit*, Germany.