
PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES

PERE BOIX¹

LAURENT VOGEL²

¹ Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud: ISTAS (CC.OO.)

² Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité (BTS)

1. LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LA EMPRESA

1.1 ¿Qué entendemos por participación?

1.2 Formas de participación

2. SALUD LABORAL Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

2.1 El proceso preventivo

2.2 Participación y salud laboral

2.3 Derechos de participación

3. EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD LABORAL

3.1 La intervención en salud laboral

3.2 Experiencias sindicales

3.3 Obstáculos a la participación

4. PROMOVER LA PARTICIPACIÓN

4.1 Retos profesionales

4.2 Precariedad y participación

1. LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES EN LA EMPRESA

1.1 ¿Qué entendemos por participación?

En principio se puede definir la participación como "toda forma de gestión de la producción o de la empresa en la cual toman parte o están asociados los trabajadores de base" (1).

Ahora bien, puesto que las relaciones laborales se caracterizan por ser relaciones de desigualdad, la participación en la empresa implica siempre un problema de poder y, por tanto, se define en la práctica por conflictos de intereses: "Dado que la participación no puede ser separada de los problemas de poder, de autoridad, de legitimidad y de control, es inevitable que comporte un aspecto político" (2).

La participación en la empresa es, pues, la resultante de un compromiso entre intereses contrapuestos por lo que difícilmente puede ser definida con precisión a priori. Dependerá de las respectivas estrategias de las partes en los distintos contextos económicos y sociales, y adoptará formas diferentes en función de los problemas y las necesidades.

No hay que confundir, por tanto, comunidad productiva con comunidad empresarial. Ciertos acuerdos sobre organización del trabajo pueden ser perfectamente compatibles con el mantenimiento de posturas enfrentadas en otros terrenos. En este sentido, se debe entender la participación como "una manera de tratar colectivamente las informaciones en relación al funcionamiento técnico-productivo de las empresas y no a un compromiso entre actores con intereses divergentes" (3).

La aproximación a un concepto operativo de participación exige, además, tener en cuenta la diversidad de formas de implicación que se dan en la práctica. En una escala progresiva, podemos definir las siguientes categorías de participación:

- a) **Información:** es el nivel mínimo indispensable (la desigualdad informativa hace imposible la participación).
- b) **Consulta:** contar con el punto de vista de los trabajadores pero manteniendo el poder de decisión.
- c) **Negociación:** acuerdos específicos sobre cuestiones que vinculan a las partes (p.e. convenios colectivos).
- d) **Codecisión:** mediante estructuras paritarias de decisión (máxima implicación de los trabajadores).

1.2 Formas de participación

Siguiendo al sociólogo ya citado J. L. Laville, podemos distinguir tres tipos de participación:

- A) **Participación institucional:** se refiere a formas de negociación o co-decisión acordadas entre la dirección y los representantes elegidos por los trabajadores. Se trata de una participación representativa, regulada mediante normas legales y con garantías democráticas (elección). Los trabajadores participan en ciertas decisiones generales (salarios, condiciones de trabajo, salud laboral) pero de forma indirecta, delegando en sus sindicatos o en representantes elegidos. Las reglas de juego se fijan según los derechos reconocidos a los trabajadores. Los Comités de Empresa serían una forma de participación institucional.
- B) **Participación organizacional:** son actividades colectivas de recogida y tratamiento de información al objeto de preparar o tomar micro-decisiones. Es una participación directa, sin mediaciones y ejercida diariamente. Suele restringirse a cuestiones relacionadas con una tarea concreta y no tiene fuerza de ley. Puede adoptar dos modalidades:
- **dispositivos participativos:** reuniones organizadas a intervalos periódicos, más o menos institucionalizadas, bien como estructuras permanentes ("en frío") o para tratar problemas específicos en un momento dado ("en caliente");
 - **participación integrada:** no referida a procedimientos instituidos sino a la práctica de proponer y debatir iniciativas en el funcionamiento cotidiano de la empresa.
- C) **Participación cultural:** son formas de gestión destinadas a reforzar los valores comunes y a suscitar la adhesión al proyecto-empresa (p.e. movilización colectiva para defender la producción en época de crisis). Este tipo de participación, a diferencia de las anteriores, no suele expresarse en normas, es menos reconocible y condiciona el conjunto de las relaciones laborales en la empresa.

La participación, no obstante, es una cuestión de contenidos más que de formas. No se trata de un ritual formalista, ni de un mero proceso pedagógico sin posibilidad real de incidencia en las decisiones de la empresa. Requiere normas legales (derechos de consulta, de información, de representación) pero, sobre todo, el reconocimiento en la práctica de la autonomía de los trabajadores para defender sus propios puntos de vista. Presentar sistemáticamente opciones imposibles de modificar o considerar incuestionables los criterios técnicos de los expertos son formas de vaciar de contenido la participación, convirtiéndola en un simple artificio procedimental.

2. **SALUD LABORAL Y PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES**

2.1 El proceso preventivo

Los problemas de salud, en tanto que problemas relacionados con el modo de vida y, por tanto, socialmente condicionados, no se caracterizan precisamente

por ser unívocos. Suelen presentar tal grado de implicaciones económicas, políticas, sociales y culturales que sólo parcialmente son susceptibles de ser resueltos por el progreso técnico-científico. Es más, la salud colectiva de los grupos sociales suele estar en relación con su nivel de auto-determinación, entendiéndose por tal la capacidad colectiva de definir y resolver los problemas propios. La misma idea de salud-enfermedad en relación con el bienestar va más allá de un simple diagnóstico clínico y comporta un componente importante de percepción subjetiva.

La prevención, por tanto, debe contemplarse como un proceso socio-técnico de complementariedad entre el conocimiento técnico y la intervención social. Una acción preventiva orientada a las causas de los problemas no puede ser llevada a cabo exclusivamente por expertos sino que requiere planteamientos y estrategias de participación.

La intervención de los propios afectados en el proceso preventivo y en la promoción de su salud se enmarca en lo que Syme ha definido como "control del propio destino" (4) o, lo que es lo mismo, en una conceptualización de la salud como expresión de la "capacidad que un grupo tiene en la sociedad para controlar y dirigir sus procesos vitales como el trabajo y el consumo" (5).

Habría que considerar, pues, la participación como consustancial al derecho a la salud. La plena realización del potencial de vida sana de una persona implica el derecho a no verse sometida a la imposición de riesgos no deseados y, por tanto, a ser tenida en cuenta en la toma de decisiones que pueden condicionar su salud.

2.2 Participación y salud laboral

El trabajo juega un papel destacado en la configuración social de la percepción del proceso salud-enfermedad. El ambiente de trabajo y las relaciones sociales que en él se generan son elementos fundamentales en la construcción cultural de la salud de las personas y las colectividades. El apoyo social, la solidaridad, la satisfacción profesional o la autonomía personal son algunas de las experiencias de salud ligadas al trabajo. La alienación, los riesgos laborales impuestos, la discriminación o la falta de control sobre la tarea forman parte de la percepción de malestar en el trabajo. El trabajo en sí mismo no es neutral desde el punto de vista de la salud.

La visión tradicional de la prevención presenta el impacto del trabajo en la salud centrada en la noción de riesgo: el trabajador es una víctima potencial de un riesgo que el prevenicionista debe ser capaz de alejar. Prevenir sería, según esta concepción, evitar la generación del riesgo o, como mínimo, impedir el contacto entre riesgo y trabajador. Este tipo de intervención, con ser absolutamente necesaria, sólo abarca parcialmente la relación trabajo-salud.

Un proceso de prevención que pretenda abordar globalmente la salud laboral, es decir, el conjunto de las condiciones de trabajo en relación con el bienestar de los trabajadores, necesita ir más allá del campo de las disciplinas tradicionales como la seguridad, la higiene o la medicina del trabajo. Colocar la salud de las personas como elemento central de la prevención, requiere no sólo partir de las sensaciones y reacciones de los trabajadores para fijar los objetivos, sino tener en cuenta igualmente esta misma subjetividad para verificar que dichos objetivos han sido efectivamente alcanzados. La participación, pues, se convierte tanto en punto de partida como en meta de llegada.

En general, la participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales se fundamenta en tres argumentos:

A) La participación es un derecho. El derecho a la salud conlleva el derecho a conocer cómo inciden las condiciones de trabajo en la propia salud y a promover cambios y mejoras en dichas condiciones. Es decir, comporta el derecho a participar en la política de prevención en la empresa y a la negociación colectiva de las condiciones de trabajo.

¿Quién haría proyectar la propia casa a un arquitecto delegando en él todas las decisiones? Por mucha confianza que nos merezca, empezaremos por explicarle nuestros puntos de vista y nuestras necesidades, después los contrastaremos con los suyos hasta conseguir un proyecto de síntesis que satisfaga tanto los criterios técnicos como nuestros deseos y, por último, estaremos atentos a la ejecución de las obras para asegurarnos que se realizan correctamente y para replantear aquellas cuestiones que sean necesarias. Esta "lógica" es perfectamente aplicable al ámbito de la participación en salud laboral.

B) La necesidad de la participación. La participación de los trabajadores en la prevención va más allá de ser una opción ideológica para convertirse en una necesidad metodológica. La 205ª reunión de expertos de la OIT reconoció que: "al establecer los límites de exposición, es importante recoger las opiniones e impresiones de los trabajadores que constituyen la fuente primera de datos relativos a los efectos subjetivos experimentados en relación al medio laboral".

Pero no se trata sólo de "enriquecer" nuestras ideas con las aportaciones de los que experimentan los efectos del riesgo, sino de que es *imposible* un conocimiento adecuado de la salud en las condiciones de trabajo sin contar con el trabajador que es, en definitiva, "el mejor situado para testimoniar la fatiga que siente, la peligrosidad del puesto que ocupa ...(y) sólo él puede hacer balance global de sus situaciones de trabajo" (6). Se requiere una opción metodológica capaz de integrar la subjetividad en la percepción de la salud con el análisis objetivo de las condiciones de trabajo (7).

La participación evita, además, determinados sesgos de unilateralidad derivados de las contradicciones de intereses siempre presentes en las relaciones laborales. Por ejemplo, las políticas de control de calidad de la producción suelen ser presentadas como un sistema que mejora automáticamente las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Sin embargo, no siempre es así: un estudio sobre el trabajo en "salas blancas" muestra cómo las exigencias de calidad del trabajo (gorros, batas y

mascarillas anónimas todo el tiempo) afectan al sentido de la identidad personal, dificultan la comunicación y desestructuran el colectivo de trabajo (8).

C) La eficacia de la participación. Los problemas de salud en el trabajo no siempre tienen referentes específicos de relación causa-efecto. Determinadas realidades desbordan claramente las posibilidades de intervención sanitaria tradicional: por ejemplo, el envejecimiento y la mortalidad precoz en determinados colectivos laborales, la polipatología laboral o el impacto global en la salud de determinadas formas de organización del trabajo.

Por otra parte, sabemos que un rol pasivo o la falta de autonomía en el trabajo son, por sí mismos, fuentes de estrés y, por tanto, un problema de salud. En 1980 el servicio de medicina preventiva de una factoría Volvo en Suecia mostró a la dirección de la empresa que la baja capacidad de decisión de los empleados estaba asociada con una mayor incidencia de síntomas médicos, de estrés y de insatisfacción y con un menor interés por el trabajo. La dirección promovió un programa de cambios ("job redesign") pactado con los sindicatos, eliminando las restricciones innecesarias a la capacidad de decisión de los empleados, aumentando el contenido intelectual de las tareas y estimulando una mayor cohesión social en las unidades de trabajo. Dos años después, se observó un descenso significativo en los indicadores de estrés junto a un aumento de la motivación, de la eficacia y de la productividad. Hay, pues, un efecto intrínsecamente saludable de la participación que ha podido ser repetidamente demostrado en experiencias muy diversas (9).

2.3 Derechos de participación

En los últimos decenios, la mayoría de los países europeos han reconocido y regulado el derecho de participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales (10). Surge, así, en los centros de trabajo la figura del representante de los trabajadores en materia de salud laboral o la institución de comités de salud y seguridad con participación de trabajadores y empresarios (ver cuadro).

Tomando como base la Directiva Marco sobre Salud y Seguridad de la Unión Europea (89/391 CEE), se consideran derechos mínimos de representación de los trabajadores en materia de salud laboral los siguientes (11):

1. Derecho de los trabajadores a elegir delegados de salud laboral.
2. Protección de dichos delegados frente a represalias o discriminaciones en el ejercicio de sus funciones.
3. Dispensa de trabajo sin pérdida de salario para ejercer las funciones de representación de los trabajadores en materia de salud laboral.
4. Formación específica en tiempo de trabajo y sin pérdida de salario.
5. Derecho de inspección de los lugares de trabajo.
6. Derecho a obtener del empresario la información pertinente sobre los riesgos laborales.

7. Derecho de encuesta a los trabajadores para conocer sus demandas en materia de salud laboral.
8. Derecho a formular propuestas sobre materias relevantes de salud laboral.
9. Derecho a ser consultados sobre cuestiones relacionadas con la salud laboral y sobre la introducción de nuevas tecnologías.
10. Derecho de participación en la constitución y gestión de los servicios de salud laboral.
11. Derecho de interrumpir un trabajo peligroso sin temor a represalias.

En España, la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales reconoce igualmente estos derechos de participación y crea para ello la figura del Delegado de Prevención:

"Los trabajadores tienen derecho a participar en la empresa en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos en el trabajo" (art. 34.1)

"Los Delegados de Prevención son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo" (art. 35.1)

Según la ley, todas las empresas de más de cinco trabajadores tienen derecho a elegir Delegados de Prevención que deben ser consultados por el empresario sobre todo lo relacionado con la salud y seguridad. Ejercen, además, una labor de vigilancia y control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales y promueven la cooperación de los trabajadores en su ejecución. Para desarrollar estas funciones tienen los siguientes derechos:

- a) realizar visitas a los lugares de trabajo por iniciativa propia y estar presentes en todas las evaluaciones o inspecciones que se realicen en el centro de trabajo, pudiendo formular observaciones o sugerencias;
- b) tener acceso a toda la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo y salud, con las limitaciones propias de la confidencialidad de los datos médicos individuales;
- c) recibir formación en materia preventiva para el adecuado ejercicio de sus funciones, siendo considerado el tiempo de formación como tiempo de trabajo;
- d) recoger las informaciones, consultas o quejas de los trabajadores y trasladarlas al empresario recabando la adopción de medidas de prevención o protección.

En los centros de trabajo con 50 o más trabajadores se debe constituir, además, un Comité de Seguridad y Salud formado por los Delegados de Prevención y el mismo número de representantes de la empresa. Este Comité se reúne como mínimo trimestralmente y es el órgano de consulta y participación en la organización de la

prevención. En su seno la empresa deberá someter a debate y evaluación los planes y programas de prevención, así como tomar en consideración las iniciativas y propuestas de mejora de las condiciones de trabajo promovidas por el propio Comité.

Los Servicios de Prevención multidisciplinarios deben prestar apoyo y asesoramiento no sólo al empresario sino también a los Delegados de Prevención y a los Comités de Seguridad y Salud.

3. EXPERIENCIAS DE PARTICIPACION EN SALUD LABORAL

3.1 La intervención en salud laboral

Históricamente los modelos de intervención en salud laboral han venido determinados por el binomio conocimiento científico/acción social.

En la antigüedad, la medicina acumula conocimientos sobre el daño a la salud por el trabajo pero no promueve ningún tipo de intervención específica de modo que a los trabajadores no les queda más salida que la auto-defensa individual. Esta auténtica desprotección médica se mantiene inalterada desde Hipócrates y durante toda la Edad Media hasta el Renacimiento. En el año 1700 aparece el libro "De Morbis Artificum Diatriba" cuyo autor, Bernardino Ramazzini, padre de la Medicina del Trabajo, propone una nueva pauta de actuación médica más comprometida con la mejora de las condiciones de trabajo (12).

A finales del siglo XVIII, la conflictividad social generada por la Revolución Industrial da origen al sindicalismo configurándose un elemento de acción social (auto-defensa colectiva) frente a las agotadoras condiciones de trabajo a que se ven sometidos los obreros.

Con el siglo XX hace su aparición un nuevo elemento de intervención en salud laboral, la regulación normativa. Orientada en un principio casi exclusivamente a la compensación de los daños por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a partir de la II Guerra Mundial va incorporando progresivamente objetivos de prevención.

En la segunda mitad del siglo XX, se configuran nuevas orientaciones: el enfoque global, la intervención intersectorial y la participación de los trabajadores. Hacia finales de los años 60, un periodo de fuertes movilizaciones obreras coloca las condiciones de trabajo en el centro del conflicto social y convierte la defensa de la salud, presente desde la aparición de la clase obrera, en una prioridad colectiva. Al mismo tiempo, la prevención se va imponiendo como objetivo a conseguir: la OIT crea en 1975 el Programa Internacional para la Mejora de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (PIACT) con el objetivo de abordar los problemas "en una óptica global en el

marco integral de la política económica, educativa y social"; la OMS, a su vez, propone en 1985 la integración funcional y la coordinación administrativa entre la atención primaria y la salud laboral preventiva; la Unión Europea en 1989 apuesta por un modelo de prevención basado en la participación y el protagonismo de los agentes sociales.

Tenemos, pues, un modelo de intervención en salud laboral que se configura históricamente alrededor de tres polos de referencia (13):

- a) la **aportación técnico-científica** al conocimiento y control de los riesgos;
- b) la **acción legal** de regulación y control de las condiciones de trabajo;
- c) la **intervención sindical** en defensa de la salud de los trabajadores como interés colectivo.

3.2 Experiencias sindicales

Bajo el impulso sindical se han desarrollado diversas experiencias de participación de los trabajadores en salud laboral. En todas ellas se combinan en distintos grados dos elementos: la conflictividad y la cooperación o, dicho de otro modo, la reivindicación y la negociación. Ambos elementos deben ser valorados positivamente respecto a la prevención por cuanto constituyen formas de implicación de los trabajadores que impulsan de manera complementaria la participación.

Una aproximación con un acusado componente "reivindicativo" es la experiencia italiana de los años 70: el llamado "modelo obrero". Entre 1969 y 1973 se produce en Italia una auténtica explosión de acción sindical en salud laboral basada en los siguientes principios (14):

- a) el rechazo a la monetarización de la salud ("la salute non si vende") e inclusión de la salud laboral como un punto fundamental de la negociación colectiva;
- b) una estrategia basada en el protagonismo de los trabajadores, con el apoyo de expertos, pero sin delegar en éstos últimos la intervención ("non delega");
- b) el "grupo operaio omogeneo", o colectivo de trabajadores con una situación de riesgo similar, como principal productor de información y de alternativas;
- c) el reconocimiento del valor informativo de la "observación espontánea" y de la "subjetividad obrera";
- d) la "socialización del conocimiento" y la "evaluación compartida" como formas de homogeneizar el lenguaje y los conocimientos entre técnicos y trabajadores;
- e) la implantación de instrumentos informativos para el control de riesgos en los centros de trabajo (registros ambientales y bioestadísticos, cartilla de riesgos).

El llamado "modelo escandinavo", por su parte, es un exponente de otro tipo de intervención de los trabajadores en salud laboral en un ambiente más propicio a la participación y con un importante componente institucional. Es el caso de Suecia con 4,4 millones de trabajadores y una sindicación del 85%. Las reglas de representación están enunciadas por ley y concretadas en un convenio nacional que vincula tanto a la confederación empresarial como a las organizaciones sindicales. Existen tres formas de representación:

- a) delegados de salud laboral en centros de trabajo: unos 100.000 en total, designados entre los trabajadores en centros de trabajo con al menos 5 personas ocupadas; tienen como cometido fundamental "vigilar, dentro del sector que les corresponde, que los trabajadores estén protegidos contra enfermedades y accidentes" (Ley del Medio Ambiente Laboral de 1974);
- b) delegados regionales de salud laboral: según la ley, la Inspección de Trabajo debe permitir que la sección sindical local designe delegados regionales de salud laboral a los que pueden acudir los trabajadores de centros de trabajo que no cuenten con comité de salud laboral (hay unos 2.000 en todo el país, ocupados a tiempo completo y remunerados por el Fondo del Medio Ambiente de Trabajo);
- c) comités de salud laboral: se constituyen en empresas con más de 50 empleados o en las menores si así lo solicitan los trabajadores, están formados por representantes del empresario y de los trabajadores y se ocupan de cuestiones relacionadas con el servicio médico, la información y capacitación a los trabajadores, las condiciones de seguridad y la rehabilitación.

Estas y otras experiencias tienen una serie de elementos en común que han ido configurando lo que podríamos denominar la "cultura sindical" en salud laboral:

- a) la prevención como objetivo prioritario
- b) la participación como instrumento indispensable
- c) la autonomía sindical como condición necesaria
- d) la integración de conocimientos como metodología
- e) la mejora de las condiciones de trabajo como finalidad.

Sin embargo, muchos de los conocimientos acumulados y de las estrategias experimentadas no se corresponden con las nuevas situaciones. El empuje transformador del movimiento sindical italiano en los años setenta ha perdido mucho de su eficacia en las condiciones actuales, no sólo en Italia sino en el conjunto de Europa. La participación institucional basada en el centro de trabajo tiene escasa virtualidad entre los trabajadores temporales o de la pequeña empresa. Todo esto supone nuevos retos para las organizaciones sindicales que deben "inventar" nuevos espacios de participación sin unos modelos de referencia válidos.

3.3 Obstáculos a la participación

La participación choca, en la práctica, con serias dificultades. Las propias condiciones de trabajo de la mayoría de asalariados no se caracterizan precisamente por posibilitar el control sobre las tareas. La parcialización, el trabajo en precario, la monotonía o la despersionalización no facilitan una actitud activa entre los trabajadores. A ello se añaden otros obstáculos estructurales a la participación (15):

- a) Cultura jerárquica y estructura de poder. La estructura de poder en la empresa está diseñada para asegurar el control jerárquico sobre qué y cómo se produce. La participación de los trabajadores en salud laboral implica como mínimo cuestionar este exclusivismo en la toma de decisiones. Propuestas sindicales de mejora de las condiciones de trabajo han sido rechazadas simplemente por sus repercusiones en la estructura de autoridad. En 1985 una experiencia encaminada a aumentar la autonomía de los operadores telefonistas de la AT&T fue abortada por la presión de los supervisores que veían en ella el peligro de ser considerados innecesarios.
- b) Orientación tradicional de los servicios de salud laboral. La estructura y orientación de la mayoría de los servicios de salud en el trabajo no permite la participación. Su orientación suele responder al principio de "proteger al trabajador pero sin el trabajador". Es decir, se pretende una protección externa del trabajador considerado sólo desde la perspectiva de "objeto" de dicha intervención protectora, siempre como receptor sin voz ni voto. La instrumentación de los servicios de salud por parte de las empresas con fines ajenos a la prevención (p.e. control de absentismo, discriminación, intromisión en la vida privada) es otro gran obstáculo a la participación.
- c) Actitudes de los profesionales. Un tema central para la participación en salud laboral es una relación de nuevo tipo entre expertos y afectados, entre profesionales y trabajadores. No se trata de descalificar el trabajo técnico, ni de pretender que los trabajadores "hagan de médicos". Tampoco se trata de que los profesionales abandonen su función específica (la complejidad de los problemas de salud en el trabajo requieren precisamente de expertos con una elevada cualificación). Pero su papel ha de cambiar radicalmente: no han de trabajar "para" la gente sino "con" la gente, superando diferencias culturales y la tradicional actitud de "mantener las distancias". En este contexto, se debe conseguir la libre aceptación de las intervenciones por los trabajadores, venciendo desconfianzas, rechazando métodos paternalistas y evitando cualquier tipo de instrumentación.

4. PROMOVER LA PARTICIPACIÓN

4.1 Retos profesionales

La participación se debe contemplar como un proceso de aprendizaje que necesita ser impulsado constantemente, lo cual supone un auténtico reto para todos los profesionales que intervienen en la prevención de riesgos laborales.

En primer lugar, los miembros de los Servicios de Salud Laboral deben ser capaces de cambiar el sentido tradicional de la educación para la salud, convirtiéndola en un instrumento de implicación de los trabajadores como "sujetos" de prevención.

El modelo "prescriptivo-individual" tradicional promueve un tipo de educación sanitaria que no favorece la participación y que se caracteriza por (16):

- reproducción de los roles tradicionales profesor/alumno (el experto como elemento activo frente al trabajador receptor-pasivo);
- contenido prescriptivo (transmisión unidireccional de la información sobre cómo deben comportarse los individuos);
- educación acrítica ("certezas científicas" sin ninguna posibilidad de confrontación con la subjetividad de los trabajadores).

Estimular la participación requiere integrar la educación para la salud en un modelo diferente, orientado a la intervención sobre los problemas que los propios interesados consideran relevantes, para abordarlos tanto en su dimensión médico-biológica como social y cultural. El proceso educativo en este contexto se basa en un intercambio bidireccional de la información entre expertos y trabajadores: un verdadero proceso de socialización de la información, sin el cual la participación no pasaría de ser una mera formalidad para lograr un consenso estéril.

Por otra parte, para promover la participación se requiere la adquisición de nuevas capacidades, generalmente ausentes del curriculum tradicional de los profesionales de la salud laboral, como por ejemplo:

- a) saber estimular y escuchar las informaciones de los trabajadores;
- b) atribuir un valor efectivo a dichas informaciones y confrontarlas con los propios conocimientos técnicos;
- c) revisar de forma crítica y sistemática las propias informaciones, actitudes, juicios y motivaciones;

- d) saber trabajar en grupo y con los trabajadores sin imponer los propios puntos de vista.

Ni qué decir tiene que sin una renuncia expresa al lenguaje crítico-científico como instrumento de poder, sin mantener una exquisita independencia profesional y sin estar dispuestos a poner en discusión los propios conocimientos e ideas, resulta completamente inviable que los profesionales de la prevención puedan desarrollar un papel de animación participativa.

4.2 Precariedad y participación

La evolución de las relaciones laborales en los últimos años ha introducido la flexibilidad y la precariedad en el trabajo como variables constitutivas de la competitividad. Ello no sólo ha supuesto nuevos impactos negativos en la salud de los trabajadores (17) sino una grave pérdida de eficacia de los mecanismos tradicionales de intervención en salud laboral, como ha puesto de relieve el llamado "caso Ardystil" (18).

En un modelo de trabajo dominado por la temporalidad, la movilidad permanente de la mano de obra, la ocupación irregular y el paro masivo, la fábrica desaparece como punto de referencia de los sistemas de prevención que deben plantear su intervención no sobre un centro de trabajo con unos riesgos definidos sino sobre una población fluctuante e indefinida expuesta a una permanente alternancia de riesgos.

Se plantea, así, una nueva contradicción en salud laboral: la mejora de los "sistemas de protección" (leyes, recursos, servicios) frente a un empeoramiento de las condiciones de trabajo (precarización, desempleo, flexibilización) que resta eficiencia a la intervención preventiva. Hay una distancia creciente entre la visión técnico-preventiva de los expertos, centrada en la individualización de riesgos, y la experiencia global de los trabajadores de desgaste por la precarización del trabajo. Promover la participación de los trabajadores en las actividades de prevención podría ayudar a reducir notablemente esta distancia.

Esto supone también un reto para las propias organizaciones sindicales: ¿cómo impulsar mecanismos de participación no exclusivamente centrados en la empresa? ¿cómo socializar la experiencia de una masa creciente de trabajadores cada vez más invisible y fragmentada?

A lo largo de este capítulo nos hemos referido a diversas formas y niveles de participación. Sin embargo difícilmente se puede proponer un modelo como el ideal de participación en salud laboral especialmente en condiciones como las descritas. Lo que sí parece posible es definir dos condiciones esenciales que debería cumplir una participación eficaz:

- a) reconocimiento de los saberes de los trabajadores con el mismo nivel, en principio, que los del resto de participantes en la prevención (técnicos o directivos);
- b) reconocimiento de la diversidad de intereses en presencia y, por tanto, del derecho de los trabajadores a disentir y a mantener un criterio autónomo.

Una participación que se limita a validar los objetivos de la empresa no es sino una caricatura. Pero tampoco es suficiente con "permitir" que los trabajadores sean espectadores de la intervención técnica. Un espectador aplaude o patalea, aprueba o desaprueba, pero no cuenta en las decisiones importantes. Con un guión ya escrito, con los actores seleccionados y la realización acabada, no hay espacio para plantear la participación.

Promover la participación implica asumir una nueva cultura que convierta a los trabajadores en verdaderos protagonistas de un proceso orientado a la mejora permanente de las condiciones de trabajo cuyo fin es conseguir mayores niveles de bienestar colectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Laville J.L. Pour une typologie des formes de participation. Travail 1991; 24:29-42
- (2) Fondation Européenne pour l'Amelioration des Conditions de Vie et de Travail. La Participation: Synthèse des études de la Fondation sur la participation. Luxembourg: Office des publications officielles des Comunautés Européennes, 1988
- (3) Gautrat J. La participation directe: pratiques et interpretations. Travail 1991; 24:55-69
- (4) Syme S.L. Social epidemiology and the work environment Int. J. Health Serv. 1988; 18/4: 635-645
- (5) Noriega M. (Coordinador) En defensa de la salud en el trabajo. México: SITUAM, 1989
- (6) Guélaud F. et al. Pour une analyse des conditions de travail ouvrier dans l'entreprise. Paris: Armand Colin, 1978
- (7) Castillo J.J., Prieto C. Condiciones de Trabajo: Un enfoque renovador de la sociología del trabajo. Madrid: CIS, 1983

- (8) Doniol-Shaw G. Des salles blanches à haut risque pour les "puces" ultra-propres. Travail 1993;22:30-39
- (9) Karasek R., Theorell T. Healthy Work. Stress, Productivity and the reconstruction of Working Life. USA: Basic Books,1990
- (10) Vogel L. L'organisation de la prévention sur les lieux de travail: Un premier bilan de la mise en oeuvre de la Directive-cadre communautaire de 1989. Bruxelles: BTS, 1994
- (11) Walters D., Dalton A., Gee D. Workers representation on health and safety in Europe. London: Center for Industrial and Environmental Safety and Health South Bank University, 1992
- (12) Hunter D. Enfermedades Laborales. Barcelona: JIMS, 1985
- (13) Mallet J.O. Acteurs sociaux et modes de lecture des risques professionnelles: le cas italien. Sciences Sociales et Santé 1988; VI/3-4: 55-74
- (14) Oddone I. et al. Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio. Roma: Editrice Sindacale Italiana, 1977
- (15) Grossman R. Participation: Three Major Obstacles. En: Kaphen A., Wenzel E. editores. Health Promotion in the Working World. Berlin: Springer-Verlag, 1989
- (16) Modolo M.A. Educación Sanitaria, Comportamiento y Participación. Quadern CAPS 1987; 8: //-//
- (17) Boix P. El impacto de la precariedad en la salud laboral. Salud 2000, 1994; 49:29-31
- (18) Vogel L. El descubrimiento del síndrome Ardystil: discurso médico y relaciones entre precarización y salud. Sociología del Trabajo 1995; 23: 111-127

Marco legal de la participación en algunos Estados de la Unión Europea

PAÍSES	DELEGADOS DE PREVENCIÓN	COMITÉS DE SEGURIDAD E HIGIENE	OBSERVACIONES
Alemania	No existe la figura de delegado de los trabajadores para las tareas de prevención. Existen delegados para la seguridad (Sicherheitsbeauftragte) nombrados por la patronal mediante consulta con el comité de empresa	Existen comisiones para la protección de la seguridad en el trabajo pero no son propiamente un órgano de participación de los trabajadores. Representan más bien una coordinadora entre servicios de seguridad y servicios de medicina de empresa.	El Comité de Empresa asume la participación institucional tanto en las materias relativas a la seguridad e higiene como para el resto de temas laborales en todas las empresas de más de 5 trabajadores. Se distinguen varios niveles de participación llegando hasta la "codeterminación" la cual, entre otras cosas, se aplica a la nominación y a la determinación de las tareas de los médicos de empresa y de los técnicos de seguridad.
Bélgica	No existen los delegados de prevención. Hay representantes de los trabajadores en los Comités de Seguridad e Higiene.. En las empresas que no cuentan con dichos comités, los delegados sindicales asumen los derechos atribuidos a los representantes de los trabajadores en aquéllos.	Se constituyen en las empresas con al menos 50 trabajadores (20 trabajadores en algunos sectores como minería y cantera, 10 en la industria diamantería). Son comités paritarios. Los representantes de los trabajadores son elegidos cada cuatro años en listas presentadas por los sindicatos. Su función es esencialmente consultiva.	
Dinamarca	Existen delegados de prevención elegidos por los trabajadores en las empresas con al menos 10 trabajadores. Dichos delegados ejercen sus funciones en el marco de un "grupo para la seguridad" en el que participan también representantes de la línea jerárquica de la empresa.	Se constituye un comité de seguridad en las empresas con al menos 20 trabajadores.	Los grupos de seguridad y comités de seguridad tienen un papel importante en la organización de la prevención. En Dinamarca los servicios de prevención no existen en todos los sectores por lo que los organismos de gestión paritaria de la salud laboral están considerados como la organización de la seguridad a nivel de la empresa. Eso conlleva generalmente unos derechos importantes en materia de formación e información.
España	Los delegados sindicales eligen, de entre ellos mismos, los delegados de prevención en las empresas de más de 5 trabajadores. El número de delegados de prevención varía entre 1 y 8 según el tamaño de la empresa . Ejercen de forma autónoma la representación de los trabajadores en materia de salud laboral y, además, forman parte del Comité de Seguridad y Salud en las empresas en que existe dicho órgano.	En las empresas con 50 o más trabajadores, los delegados de prevención y un número igual de representantes de la empresa constituyen el Comité de Seguridad y Salud. Es un órgano destinado a la consulta regular de la política de prevención de la empresa. Pueden asistir, con voz pero sin voto, los delegados sindicales o los técnicos de prevención de la empresa, así como asesores externos a solicitud de alguna de las partes.	La Ley de Prevención de Riesgos Laborales fija los derechos de participación de los trabajadores a través de los delegados de prevención y sustituye los antiguos Comités de Seguridad e Higiene por los nuevos Comités de Seguridad y Salud. Los delegados de prevención tienen entre sus competencias la de vigilar el cumplimiento de la normativa y gozan de amplios derechos de información, investigación y propuesta. El empresario debe justificar sus eventuales decisiones negativas ante propuestas de los delegados de prevención. Los Servicios de Prevención deben prestar apoyo técnico no sólo al empresario sino también a los representantes de los trabajadores.

Francia	No existen los delegados de prevención sino sólo representantes de los trabajadores en los Comités de Seguridad e Higiene. En las empresas que no cuentan con dicho comité, los delegados sindicales asumen los derechos atribuidos a los representantes de los trabajadores en aquéllos.	Formación de un Comité de Seguridad e Higiene en las empresas a partir de 50 trabajadores. Son organismos paritarios con funciones esencialmente consultativas. Los representantes de los trabajadores son elegidos por un colegio formado por los delegados sindicales y miembros del Comité de Empresa (sistema de elección indirecta). Los delegados sindicales de las empresas con al menos 300 trabajadores pueden participar con voz pero sin voto en las reuniones del comité.	
Italia	La ley de trasposición de la directiva-marco crea la figura de los delegados de prevención. La ley fija unas normas mínimas sobre las modalidades para su designación y su actuación que deben ser desarrolladas en los convenios colectivo. Por regla general, los delegados son elegidos por el conjunto de los trabajadores.	No existe normativa legal sobre los Comités de Seguridad e Higiene, aunque pueden crearse en algunos sectores en función de la negociación colectiva. Los derechos de los trabajadores a controlar la prevención se ejercen normalmente a través de los Consejos de Fábrica o de los Representantes Sindicales elegidos por los trabajadores. La creación de la figura del delegado de prevención conlleva la definición en los convenios colectivos de nuevas modalidades de articulación con el resto de representantes de los trabajadores.	Desde 1970 los trabajadores tienen revonocidos amplios derechos en materia de salud laboral. Así, por ejemplo, el derecho de controlar, a través de sus representantes, la aplicación de las normas legislativas y de impulsar la búsqueda, el diseño y la puesta en práctica de todas las medidas destinadas a proteger su salud y su integridad física. También se les reconoce el derecho a una actuación autónoma en caso de desacuerdo con el empresario. Los textos legislativos italianos suelen formular principios muy generales que se desarrollan a través de la negociación colectiva.
Reino Unido	Los delegados de prevención pueden ser nombrados en cualquier empresa (sin condicionantes de tamaño) por una organización sindical siempre que ésta sea reconocida a tal efecto por el empresario. Los delegados tienen una función consultiva.	Los Comités de Seguridad e Higiene deben ser creados cuando lo soliciten al menos dos delegados de prevención .	El sistema británico de relaciones industriales está basado en el principio del acuerdo voluntario de las partes. Así, el empresario tiene el derecho de negar el reconocimiento a una organización sindical con lo que queda anulando el nombramiento de delegados de prevención. Dicho sistema no parece muy acorde con las normas mínimas previstas por la directiva-marco europea y el gobierno británico ya ha sido condenado en alguna ocasión por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas por casos relacionados con la representación de los trabajadores. Por otra parte, los delegados representan exclusivamente a los afiliados de su sindicato. Eso quiere decir que el sindicato de un sector profesional no tienen competencias para representar a otros sectores de la misma empresa (p. e. los delegados de un sindicato de enfermeras no podrán representar a las trabajadoras de la limpieza del hospital).