



Participación para mejorar las condiciones de trabajo: evidencias y experiencias

Ana M. García^{a,b,c,*}, Pere Boix^c, Fernando G. Benavides^{b,c,d}, Rafael Gadea^e,
Fernando Rodrigo^f y Consol Serra^{b,c,d}

^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universitat de València, València, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

^d Instituto Municipal de Investigación Médica-Hospital del Mar (IMIM), Barcelona, España

^e Centro de Salud Pública de Valencia, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Generalitat Valenciana, València, España

^f Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural, Generalitat Valenciana, València, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de diciembre de 2015

Aceptado el 11 de marzo de 2016

On-line el 29 de abril de 2016

Palabras clave:

Salud laboral

Participación

Ergonomía participativa

Trastornos musculoesqueléticos

Keywords:

Occupational health

Participation

Participatory ergonomics

Musculoskeletal disorders

R E S U M E N

La participación de los agentes de interés es un requisito clave para el éxito de los programas de salud pública. Las condiciones de trabajo y de empleo son determinantes principales de la salud y del bienestar de las personas, y los lugares de trabajo resultan un entorno ideal para llevar a cabo intervenciones con un grado muy directo de participación. Así, el principal marco normativo para la salud y la seguridad en el trabajo en nuestro país, la Ley 31/1995, establece los principios de «eficacia, coordinación y participación» como bases necesarias para la protección de la salud de los trabajadores. Esta Ley crea la figura del delegado de prevención, representante de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo, y el comité de seguridad y salud en el trabajo, órgano con representación paritaria en el seno de la empresa y con la misma intención. Experiencias recientes de participación en salud laboral destacan los programas de ergonomía participativa. Estos programas están orientados a la mejora de las condiciones de trabajo que determinan la aparición de trastornos musculoesqueléticos, uno de los daños relacionados con el trabajo con mayor prevalencia e incidencia en la población trabajadora. En este trabajo se describen las características y los resultados de algunas experiencias de ergonomía participativa llevadas a cabo recientemente en España, de las que pueden extraerse enseñanzas sobre los procesos, los facilitadores y los obstáculos para extender este tipo de programas a otros ámbitos de la salud laboral y de la salud pública.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Participation to improve working conditions: evidence and experience

A B S T R A C T

Participation of stakeholders is a key requirement for the success of public health programmes. Working and employment conditions are major determinants for people's health and wellbeing, and workplaces are ideal environments to implement programmes with a very direct level of participation. In Spain, the main regulatory framework for occupational health and safety, Law 31/1995, establishes the principles of "efficiency, coordination and participation" as a necessary basis for workers' health protection. This same Law establishes the role of the health and safety workers' representative, responsible for occupational risk prevention, and the occupational health and safety committee, a body with equal representation and the same objectives at the heart of the company. Among recent experiences of participation in occupational health, participatory ergonomics programmes have stood out. The aim of these programmes is to improve working conditions with a view to reducing musculoskeletal disorders, which is a very common and highly prevalent work-related injury in Spain. This study describes the characteristics and results of some experiences of participatory ergonomics carried out recently in Spain, from which relevant learning can be extrapolated about processes, facilitators and barriers in order to extend such programmes to other areas of occupational and public health.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En el contexto de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000» de la Organización Mundial de la Salud, y particularmente a través de la declaración de la Carta de Ottawa para la Promoción

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: garcia.anagarf@gva.es (A.M. García).

de la Salud¹, entran con fuerza en el imaginario y en la estrategia de la salud pública conceptos como el «empoderamiento» o la «participación» de la comunidad en relación con los determinantes y las decisiones que influyen sobre su salud. En la propia Carta de Ottawa se define el empoderamiento de las comunidades como «la posesión y el control de sus propias conductas y destinos». En el mismo documento se advierte que para una participación efectiva de las personas en los aspectos que influyen sobre su salud es necesario garantizar la accesibilidad a la información relevante, el aprendizaje para aprovechar las oportunidades para la salud y la disponibilidad de los recursos económicos necesarios.

Tal como se ha señalado, participar significa «formar parte de» o «tomar parte en» la construcción de alguna empresa común, que en el caso de la sanidad tiene que ver con la salud de la población². Y también, acotando de forma más verosímil el concepto, la motivación primaria para participar dependerá de la obtención de algún beneficio tangible que compense el esfuerzo que comporta, muy en especial si el propósito está directamente vinculado con el propio beneficio. En el caso de la salud no es difícil establecer los vínculos y los intereses propios, aunque no están exentos de la competencia con otros intereses y también en ocasiones confrontados en sus niveles individual y colectivo.

Si nos centramos en las condiciones de trabajo, es evidente que estas son determinantes principales de la salud de las personas³. Ampliando el foco, las características del mercado de trabajo, las relaciones laborales y la estructura productiva en un contexto económico y social determinado influyen sobre las condiciones de trabajo (como lugares, equipos, tareas u organización del trabajo) y las condiciones de empleo (como salario, tipo de contrato o protección social), a la vez que estas condiciones de trabajo y de empleo, interactuando con las condiciones de vida (como medio ambiente, vivienda, movilidad o relaciones familiares y sociales) y con los determinantes individuales (como sexo, edad, educación o hábitos) van a explicar la aparición y la distribución de los daños sobre la salud relacionados con el trabajo⁴. Se trata, por tanto, de un entorno complejo, en el que las oportunidades para la intervención son múltiples, como lo son las opciones para la participación y el empoderamiento de la población trabajadora. Las condiciones de trabajo y de empleo están, a su vez, atravesadas por conflictos e intereses contrapuestos en los que las cuestiones económicas tienen un papel muy relevante.

Por otra parte, la relación trabajo-salud, como pasa también con tantas otras circunstancias que influyen sobre la salud, es bidireccional y se manifiesta con consecuencias tanto negativas como beneficiosas⁵. El propio estado de salud influye sobre el desempeño del trabajo, extendiéndose esta influencia a la capacidad para acceder a un determinado empleo y para mantenerlo. Y las condiciones de empleo y de trabajo afectan a su vez a la salud (siendo también centrales en la existencia de desigualdades de salud en la población; véase por ejemplo Benach et al.⁶), tanto en los más tradicionalmente atendidos y visualizados efectos negativos directos (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) como en términos positivos o de salutogénesis. En este sentido, es de especial interés el objetivo referido al «trabajo decente» incluido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Asamblea General de la ONU⁷, y otros conceptos relacionados como «empleo justo»⁶ o «trabajo digno», este último impulsado desde algunos movimientos sociales latinoamericanos en los años 1990 y no exento de polémica con otros abordajes sobre la misma cuestión⁸. No obstante, la participación de los trabajadores es un elemento esencial de ambas propuestas.

En relación con el enfoque más salutogénico de la relación trabajo-salud, cabe también referirse al concepto de «bienestar laboral», entendido como «un conjunto de aspectos positivos que van desde la calidad de los puestos de trabajo a la satisfacción con la propia vida. Es lo que experimentan los trabajadores cuando

sienten que su trabajo tiene sentido, cuando lo realizan en un entorno de trabajo seguro que promueve la salud y apoya su desarrollo profesional. Este bienestar va más allá de la mera ausencia de circunstancias negativas para la salud»⁹.

Participación en el entorno laboral

Partiendo de los fundamentos básicos definidos en el anterior apartado, el concepto de participación en el entorno del trabajo tiene antecedentes y connotaciones que lo diferencian de este mismo concepto referido a la participación de los pacientes o de la comunidad¹⁰. Creemos que esos condicionantes pueden dificultar, pero también enriquecer, la transferencia de experiencias de participación entre los diferentes entornos de interés para la salud pública¹¹.

En la revisión del tema realizada por Boix y Vogel¹² se empieza presentando la participación en el entorno laboral como «toda forma de gestión de la producción o de la empresa en la cual toman parte o están asociados los trabajadores de base». Se recuerda también que las relaciones laborales son relaciones asimétricas y de desigualdad, y que por tanto la participación en la empresa implica siempre un problema de poder y lleva implícita la existencia de conflictos de intereses. No ocurre esto en otros entornos de acción para los salubristas, en los que al menos los objetivos e intereses últimos de las partes que deben confluír en sus decisiones son los mismos, o deberían serlo; pensemos, por ejemplo, en la identificación de intereses principales entre pacientes y profesionales sanitarios (aliviar o eliminar la enfermedad), o entre ciudadanos y autoridades sanitarias (proteger y promover la salud). En el mundo laboral, sin embargo, además de que la transacción económica entre las partes implicadas es la esencia misma del entorno de decisión, la protección de la propia salud puede ser interés principal para una de las partes, mientras que puede resultar menos prioritaria para los decisores y responsables directos de las intervenciones necesarias para conseguir objetivos de salud. Prueba de la necesidad de compensar este desequilibrio es la abundante legislación y normativa en materia de salud y trabajo que pretende regular el desacuerdo y proteger a la parte más débil, imponiendo obligaciones al respecto a decisores y beneficiarios. En nuestro país, una de las principales referencias en este sentido es la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, a su vez derivada de la Directiva Europea 89/391/CEE.

Desde la exposición de motivos, la citada Ley 31/1995 se refiere a los principios de «eficacia, coordinación y participación» como bases necesarias para la protección de la salud de los trabajadores. Explícitamente, esta misma ley establece que «la elaboración de la política preventiva se llevará a cabo con la participación de los empresarios y de los trabajadores» (art. 5), o más adelante (art. 18), que «el empresario deberá consultar a los trabajadores, y permitir su participación, en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo». Para ello, la ley crea la figura del delegado de prevención, representante de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo, que debe designarse en todas las empresas con al menos seis trabajadores. En los centros de trabajo más grandes (con 50 o más trabajadores) debe también constituirse un comité de seguridad y salud en el trabajo formado por los delegados de prevención e igual número de representantes por parte de la empresa. En las estrategias europea¹³ y española¹⁴ de seguridad y salud en el trabajo, se hace especial énfasis en la necesidad de insistir en la aplicación de la normativa en las pequeñas y medianas empresas.

Según la última Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2011)¹⁵, el 61% de los trabajadores encuestados informan de la existencia de delegados de prevención en sus centros de trabajo, aunque la distribución es muy desigual según el tamaño y la

actividad de la empresa. Por otra parte, de acuerdo con los últimos datos disponibles del Directorio Central de Empresas (DIRCE)¹⁶, el 83% de las empresas en España tienen menos de seis trabajadores, pero aproximadamente alrededor del 60% de los asalariados están en empresas de más de 50 trabajadores. Por todo ello, en muchos entornos de trabajo no encontraremos las figuras representativas de los trabajadores establecidas en la normativa, lo cual, en todo caso, no debería poner en riesgo los ya citados principios básicos en la legislación (eficacia, coordinación y participación) para garantizar la protección de la salud de los trabajadores en el entorno laboral, ni ignorar la necesidad de establecer mecanismos de participación en cualquier ámbito de promoción y protección de la salud pública. Adicionalmente, la participación de los trabajadores en la mejora de las condiciones de trabajo es una «necesidad metodológica», tanto para la identificación de los riesgos y activos para la salud existentes en el entorno laboral como para la identificación de las acciones necesarias y su evaluación¹². Esta participación resulta ser uno de los pocos ámbitos de participación directa en materia de salud de obligatoriedad normativa, con fórmulas precisas establecidas para su práctica, así como mecanismos de control y sanciones económicas establecidas en caso de incumplimiento.

Ergonomía participativa: una metodología para la participación en la mejora de las condiciones de trabajo

Haines y Wilson¹⁷ definen la ergonomía participativa como «una estrategia para implicar a las personas en la planificación y control de una parte significativa de su trabajo, con el suficiente conocimiento y poder para influir sobre los procesos y sus resultados con el objetivo de conseguir metas deseables». El objetivo principal de la ergonomía participativa es la mejora de las condiciones físicas de trabajo y la reducción de la incidencia y la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral, la primera causa de enfermedad profesional declarada en España¹⁸ y de incapacidad temporal por trastornos musculoesqueléticos, posiblemente el principal motivo de consulta por patología de origen laboral en atención primaria¹⁹. No obstante, se ha demostrado que los programas de ergonomía participativa tienen efectos más amplios, mejorando también, por ejemplo, el bienestar, el apoyo social y el ambiente psicosocial percibidos en la empresa²⁰.

Son distintas las aproximaciones que encontramos en la literatura sobre implementación y evaluación de programas de ergonomía participativa²¹. Se describen distintos niveles de

participación de los trabajadores y otros agentes de la empresa (directa o delegada), distintos ámbitos (colectivos de trabajadores, centros o unidades de trabajo), diferentes objetivos (mejora de equipos y herramientas, procesos u organización del trabajo) y alcance del programa variable (identificación de problemas y soluciones, implementación o evaluación de las medidas adoptadas). Con frecuencia se constituye un grupo de trabajo –generalmente agentes de la propia empresa con protagonismo en el ámbito u objeto de la intervención– que promueve el programa, y suele ser también habitual la presencia de un líder, externo a la empresa, que guía y ayuda en todo el proceso. A partir de una revisión de las experiencias y evidencias disponibles en programas de ergonomía participativa llevados a cabo en diferentes países, el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud lanzó en 2011 el denominado «Método ERGOPAR», un procedimiento de ergonomía participativa para la prevención de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral que se ha aplicado con éxito en distintos contextos²². Son elementos centrales en este método la constitución del Grupo Ergo, el grupo de trabajo que dirigirá la intervención en la empresa, y el apoyo de un experto externo en ergonomía participativa que guíe y apoye el trabajo del grupo. La composición del Grupo Ergo puede variar según las características del centro de intervención, pero habitualmente incluirá trabajadores y sus representantes (delegados de prevención), técnicos del servicio de prevención de la empresa y otros agentes y decisores clave en función de las características o del ámbito de la intervención (como responsables de mantenimiento, recursos humanos o supervisores).

La primera fase del Método ERGOPAR, que es la preparación para la intervención, se resume en la figura 1 para el caso de una empresa que cuente con comité de seguridad y salud (en empresas que carezcan de este recurso deben buscarse alternativas para alcanzar el acuerdo inicial contando con la participación de los agentes de interés). Desde el primer momento, la identificación de los factores favorecedores y de los posibles obstáculos para la intervención es clave para el éxito, incluyendo elementos tales como el compromiso de la dirección de la empresa para la ejecución del programa, el grado de aceptación del programa por todas las partes implicadas, el grado de participación en el programa, la disponibilidad de recursos y facilidades para la obtención de información, la asignación de los recursos necesarios para implementar cambios y mejoras en las condiciones de trabajo, el conocimiento y la formación de los participantes en ergonomía y en la organización del trabajo, la calidad de la comunicación entre las distintas partes

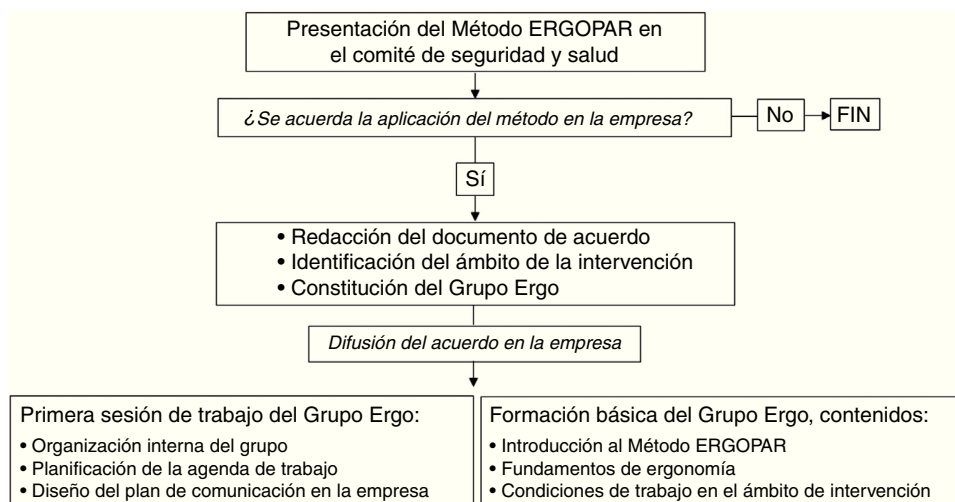


Figura 1. Primera fase del Método ERGOPAR (ergonomía participativa) en una empresa con comité de seguridad y salud: preparación para la intervención.

Tabla 1
Factores relacionados con el éxito de programas de intervención de ergonomía participativa en la empresa^{18,20}

- Estabilidad de las condiciones de empleo en la empresa
- Clima preventivo favorable en la empresa
- Compromiso hacia la intervención por parte de todos los actores involucrados
- Vías de comunicación eficientes sobre el proceso hacia el conjunto de la empresa
- Constitución adecuada del Grupo Ergo (perfiles y capacidades para organizar y llevar a cabo las tareas necesarias)
- Grado de participación en el programa de todas las partes de interés
- Asignación de los recursos necesarios para implementar los cambios y mejoras

implicadas o la estabilidad de las condiciones de empleo en la empresa²¹.

A continuación, siguiendo con este método, se implementan las fases de diagnóstico (identificación de los problemas ergonómicos y de carga física en los procedimientos de trabajo, así como de las causas inmediatas y distales de estos problemas) y de prevención (propuesta de las mejoras y cambios necesarios para reducir o eliminar los problemas detectados). Para la obtención de la información y para la propuesta de acciones preventivas se utilizan métodos simplificados, cuantitativos y cualitativos (encuestas, grupos de discusión, observación, entrevistas a informantes clave), siendo excepcional la necesidad de recurrir a técnicas especializadas de evaluación ergonómica. La intervención culmina con la presentación a los órganos de representación (en su caso, el comité de seguridad y salud) y de dirección en la empresa de una propuesta priorizada de acciones y mejoras sobre las condiciones de trabajo (incluyendo intervenciones estructurales, técnicas y organizativas sobre las condiciones de trabajo, y de formación e información para trabajadores y agentes de interés), sobre la que se llevará a cabo un seguimiento y una evaluación periódicos. En la situación ideal, el método prevé también mecanismos de continuidad para que las habilidades y los recursos generados durante todo el proceso de la intervención (trabajo en grupos, uso de herramientas de evaluación, consenso y priorización, desarrollo de nuevas estrategias de comunicación) se mantengan y puedan ser aprovechados para abordar de manera autónoma en la empresa otros ámbitos o problemas relacionados con la seguridad y la salud en el trabajo.

Durante el pilotaje del Método ERGOPAR en empresas valencianas pertenecientes a distintos sectores (químico, textil, cerámica, alimentación y locomoción)²³, experiencia para la que se contó con la colaboración de grupos de interés clave para la intervención en la empresa (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; Instituto de Biomecánica de Valencia; Gabinete de Salud Laboral de CCOOPV; Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo; mutua Unimat Prevención), se comprobó la viabilidad del método y se identificaron claves para el éxito de este tipo de programas (tabla 1).

Una experiencia participativa para la mejora de las condiciones de trabajo de los camilleros de un gran hospital

En enero de 2013 se inició una intervención de ergonomía participativa basada en el Método ERGOPAR con el colectivo de camilleros del Hospital del Mar de Barcelona. Esta experiencia se enmarcaba en un proyecto para la evaluación del método junto con otras intervenciones en la misma institución con el objetivo común de prevenir los trastornos musculoesqueléticos y reducir su impacto en los trabajadores de la empresa (INTEVAL.Spain)²⁴. La colaboración del Servicio de Salud Laboral del Parc de Salut Mar y del Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL) de la

Universitat Pompeu Fabra fue clave para el inicio y el progreso del proyecto.

Al comenzar la intervención había 52 trabajadores con contratos estables en la unidad de camilleros del Hospital del Mar (además de otros 32 trabajadores temporales). Los trabajadores permanentes eran todos hombres, en su mayoría con contrato fijo (n=39, 75%), y estaban organizados en tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche). Las tareas de este colectivo consistían básicamente en desplazar pacientes y equipo por las instalaciones sanitarias, ayudar a la manipulación de pacientes y contribuir a la comunicación básica entre el personal de enfermería, los pacientes y sus familiares.

Una vez conseguida la colaboración y el acuerdo para llevar a cabo la intervención a través del comité de seguridad y salud del hospital, se formó el Grupo Ergo (constituido por dos supervisores de la unidad de intervención, un delegado de prevención, dos camilleros de la unidad de intervención, la ergónoma del Servicio de Salud Laboral del hospital y una investigadora con formación previa en ergonomía participativa; las dos últimas actuando también como líderes del grupo). Se llevaron a cabo tres sesiones formativas con este grupo, además de numerosas sesiones de trabajo durante toda la intervención, incluyendo observación directa de los camilleros durante el desarrollo de sus tareas habituales de trabajo.

Para la fase de diagnóstico se utilizó un cuestionario previamente validado²⁵, adaptado a las condiciones de trabajo del colectivo estudiado. El cuestionario recoge básicamente información sobre la presencia de molestias y dolores musculoesqueléticos, y sobre la exposición a carga física en el trabajo. A partir del análisis de los datos del cuestionario, y de la información aportada por informantes clave, el Grupo Ergo identificó las causas de los problemas referidos. Toda esta información se presentó y analizó en tres sesiones con grupos de trabajadores de los diferentes turnos de trabajo (los llamados «círculos de prevención»). A partir de estas sesiones se identificaron y priorizaron un total de 29 propuestas para la modificación y la mejora de las condiciones de trabajo relacionadas con los problemas identificados. El Servicio de Salud Laboral del hospital asumió la planificación y el seguimiento de las medidas propuestas, contando con el acuerdo del comité de seguridad y salud y de los órganos directivos de la empresa²⁶. Del total de 29 medidas preventivas propuestas a partir del proceso participativo con los trabajadores, ocho fueron descartadas por coincidir con la implementación de otras medidas en su objetivo de resolver el problema en cuestión o por no ser factibles. Todas las medidas restantes han sido ya implementadas en su mayoría o están en curso, incluyendo cuatro intervenciones estructurales (por ejemplo, la ubicación de los carros en espacios establecidos y convenientemente señalizados), tres modificaciones técnicas (por ejemplo, la adquisición de botellas de oxígeno con manómetro incorporado o de equipos de ayuda para la transferencia de pacientes de una cama a una camilla), ocho organizativas (por ejemplo, reducir los picos de trabajo o dar a los camilleros participación en la compra de material de nueva adquisición) y seis acciones formativas con los trabajadores (por ejemplo, elaboración e implementación de protocolos y formación en la adquisición de material o equipos nuevos). Aunque la mayoría de estas medidas son de coste económico relativamente moderado, una de ellas (la construcción de un ascensor para evitar el paso por una rampa especialmente difícil para el manejo de las camillas) ha requerido una inversión importante para la empresa, y también era una reivindicación histórica de los trabajadores que no se había conseguido resolver hasta este momento.

Los primeros datos de evaluación de la intervención (a partir de cuestionarios cerrados y entrevistas cualitativas con los participantes) muestran una satisfacción generalizada con la experiencia. Por ejemplo, el 80% de los camilleros que contestaron el cuestionario

postintervención (n = 45) manifestaron un interés muy alto/alto en que la empresa siguiera llevando a cabo este tipo de programas. También, en entrevistas semiestructuradas, los participantes en el Grupo Ergo se mostraban muy satisfechos con la experiencia y con el grado de participación y colaboración de los trabajadores y del resto de los agentes de la empresa implicados en la intervención.

Conclusiones

Las condiciones de empleo y de trabajo son determinantes principales de la salud y del bienestar de las personas. El entorno laboral debe ser uno de los focos prioritarios de acción para la salud pública, un entorno que presenta tanto oportunidades como retos para esta acción. Obviamente, estamos en un contexto caracterizado por relaciones de poder, económicas y sociales desiguales entre los agentes de interés, los decisores y los beneficiarios de las acciones de promoción y prevención que puedan ser implementadas en los lugares de trabajo. En este sentido, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales tiene un papel de liderazgo en el desarrollo y la evaluación de estos programas. La Administración tiene también un papel esencial en la regulación de dichas relaciones, y además existe abundante normativa que establece mecanismos de participación estructurales para la protección de la salud de los trabajadores. Estos mecanismos facilitan la implementación de intervenciones participativas. Los programas de promoción de la salud y prevención en el entorno de trabajo abren oportunidades excepcionales para la salud pública, siempre que consigan superar la burocratización de la prevención de riesgos laborales en la empresa (en palabras de Rodrigo: «los instrumentos se convierten en fines, la participación en formalismo, la vigilancia de la salud en una rutina»²⁷) y el reduccionismo de una promoción de la salud limitada a proporcionar formación e información a los trabajadores sobre riesgos entendidos como «estilos de vida», sin acompañarse de los cambios necesarios en los entornos de vida y de trabajo²⁸. En este sentido, hemos de mencionar también las propuestas relacionadas con la llamada «responsabilidad social corporativa»²⁹, que aunque más centrada en aspectos extralaborales puede suponer una oportunidad para dar espacio a la participación de los trabajadores en relación a los riesgos ergonómicos en el lugar de trabajo. Del mismo modo, señalamos el apoyo de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo³⁰, que establece que la participación activa es parte imprescindible de los programas de promoción de la salud.

Cada vez disponemos de más experiencias de intervenciones de ergonomía participativa en el trabajo que permiten sistematizar procesos de participación en la evaluación y la mejora de las condiciones de trabajo, y que se han mostrado factibles y exitosas. Todavía es necesaria más información rigurosa sobre el impacto de este tipo de programas en los distintos indicadores de interés: salud y bienestar de los trabajadores (por ejemplo, incidencia y prevalencia de trastornos musculoesqueléticos, o incidencia y duración de las incapacidades temporales por esta y otras causas), exposición a riesgos laborales (prevalencia de exposición a carga física, pero también a otros riesgos presentes en el trabajo, como los de naturaleza psicosocial) y clima preventivo en la empresa (calidad de las relaciones laborales, de la comunicación y de las vías de participación, y consenso entre los actores en la empresa). Asimismo, es preciso incorporar la evaluación económica en este tipo de programas. Mientras tanto, la información disponible sobre los programas de ergonomía participativa sugiere que el entorno laboral puede resultar idóneo para llevar a cabo intervenciones de salud pública en los que la participación de los agentes de interés está especialmente facilitada y resulta particularmente efectiva.

Puntos clave

- El entorno laboral resulta idóneo para implementar programas innovadores de promoción de la salud con carácter participativo, tal como ha demostrado la literatura internacional, especialmente en relación a los programas de ergonomía participativa.
- El Método ERGOPAR de ergonomía participativa es un procedimiento viable y útil adaptado a las empresas españolas, y debería considerarse su aplicación como una alternativa eficiente para las empresas interesadas en mejorar las condiciones ergonómicas en el trabajo.
- El actual marco legal español y europeo facilita, a través de los órganos de participación (delegados de prevención y comité de seguridad y salud en el trabajo), el desarrollo de programas de ergonomía participativa.
- El servicio de prevención es el órgano de la empresa que debe coordinar la planificación y la evaluación de los programas de ergonomía participativa.
- La evaluación económica de los programas de prevención ayudará a su extensión en un gran número de empresas, tanto medianas como grandes.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las firmantes han contribuido intelectualmente al contenido del texto. C. Serra y A.M. García dirigieron la intervención con el Método ERGOPAR en el Hospital del Mar de Barcelona. P. Boix, R. Gadea y A.M. García colaboraron en el desarrollo del Método ERGOPAR y en su pilotaje en empresas valencianas.

Financiación

El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de CC.OO. financió parcialmente el desarrollo del Método ERGOPAR y el estudio piloto en empresas valencianas. El Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL) de la Universitat Pompeu Fabra ha financiado parcialmente la evaluación del método en la unidad de camilleros del Hospital del Mar de Barcelona.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. (Consultado el 26/10/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
2. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gest Clin Sanit.* 2010;12:55–62.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores, plan de acción mundial 2008–2017. (Consultado el 8/3/2016.) Disponible en: http://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/es/
4. Benavides FG, Boix P, Rodrigo F, et al. coordinadores. Informe de salud laboral, España 2001–2010. Barcelona: Centro de Investigación en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra; 2013. (Consultado el 26/10/2015.) Disponible en: https://www.upf.edu/cisal/.pdf/2013.05.ISL.2001-2010.ok_.pdf
5. Benavides FG, Delclós J, García AM. Trabajo y salud. En: Ruiz-Frutos C, Delclós J, Ronda E, et al., editores. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 17–25.

6. Benach J, Muntaner C, Solar O, et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Barcelona: Icaria; 2010.
7. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente y la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. (Consultado el 26/10/2015.) Disponible en: <http://www.ilo.org/global/topics/sdg-2030/lang-es/index.htm>
8. Ghiotto L, Pascual RF. Trabajo decente versus trabajo digno: acerca de una nueva concepción del trabajo. *Revista Herramienta*. 2010;(44). (Consultado el 26/10/2015.) Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/revista>
9. Boix P, Rodrigo F. Nuevas tendencias en salud laboral: de la prevención de riesgos al bienestar laboral. (Consultado el 26/10/2015.) Disponible en: http://www.fevecta.coop/index.asp?ra_id=7&no_id=321#.VitkC25v4-0
10. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit.* 2012; 26(Supl 1):158–61.
11. Benavides FG, García AM. Participación ciudadana en salud: el caso de la salud laboral. *Gest Clin Sanit.* 2010;12:126.
12. Boix P, Vogel L. Participación de los trabajadores. En: Ruiz-Frutos C, Delclòs J, Ronda E, et al., editores. *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 151-60.
13. Health and safety at work: strategic framework sets out EU objectives for 2014–2020. (Consultado el 8/3/2016.) Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=89&newsId=2053&furtherNews=yes>
14. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015–2020. (Consultado el 8/3/2016.) Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=a366300cfa2cc410VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=25d44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
15. Almodóvar A, Galiana ML, Hervás P, et al. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011.
16. Instituto Nacional de Estadística. Estructura y dinamismo del tejido empresarial en España. Directorio Central de Empresas (DIRCE) a 1 de enero de 2015. (Consultado el 21/11/2015.) Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np924.pdf>
17. Haines H, Wilson JR. *Development of a framework for participatory ergonomics*. Norwich: Health and Safety Executive Books; 1998.
18. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (Consultado el 21/11/2015.) Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/EAT/Welcome.htm>
19. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, et al. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med.* 2005;47:176–80.
20. Cole D, Rivilis I, Van Eerd D, et al. Effectiveness of participatory ergonomic interventions: a systematic review. Toronto: Institute for Work & Health; 2005.
21. Van Eerd D, Cole D, Irvin E, et al. Toronto: Institute for Work & Health; 2008.
22. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Método ERGOPAR. (Consultado el 21/11/2015.) Disponible en: <http://ergopar.istas.net/recursos/publicaciones-y-experiencias-en-emresas>
23. Oltra A, Pagán P, Piedrabuena A, et al. Ergonomía participativa y mejora de la productividad en las empresas. *Revista de Biomecánica*. 2011;61–2.
24. García AM, Gual C, Sancho C, et al. Prevalencia basal de trastornos musculoesqueléticos en trabajadores sanitarios participantes en una intervención de ergonomía participativa (INTEVAL.Spain). *Gac Sanit.* 2015;(Especial Congreso):62.
25. García AM, Gadea R, Sevilla MJ, et al. Validación de un cuestionario para identificar daños y exposición a riesgos ergonómicos en el trabajo. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:339–49.
26. Sancho C, Serra C, Gual C, et al. Planificación de medidas preventivas en una intervención de ergonomía participativa (TME-PREVAL). *Gac Sanit.* 2014;28(Especial Congreso):202.
27. Rodrigo F. Compromiso por una prevención de calidad. *PorExperiencia*. 2001;(11). (Consultado el 21/11/2015.) Disponible en: <http://www.porexperiencia.com>
28. Aubà J, Plana M, López JC. Factores extralaborales. En: Benavides FG, Ruiz-Frutos C, García AM, editores. *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 401–13.
29. Red europea de promoción de la salud en el trabajo. (Consultado el 8/3/2016.) Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/>
30. Parlamento Europeo. Resolución, de 13 de marzo de 2007, sobre la responsabilidad social de las empresas: una nueva asociación. [(Consultado el 8/3/2016.)] Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0062+0+DOC+XML+V0//ES>