

## POLÍTICAS DE SALUD LABORAL EN CASTILLA Y LEÓN ANTE EL MERCADO ÚNICO

Francisco DE LOS COBOS ARTEAGA  
Profesor Titular. Universidad de Castilla-La Mancha  
Profesor Tutor. U.N.E.D.

### 1.- INTRODUCCIÓN

El 12 de marzo de 1992 se inauguró en Lisboa el "Año Europeo de la Seguridad, la Higiene y la Salud en el lugar de Trabajo". Esta celebración no ha evitado que las informaciones sobre siniestralidad laboral sigan generando malestar e incomodidad, acreditándose empresarial y académicamente como espacio de análisis anátoma que ha limitado el estudio de sus causas y la prevención de los factores de riesgo.

A pesar de la dificultad de definir en que consiste la siniestralidad laboral y de evaluar su coste total, se ha estimado que los costes económicos de las horas perdidas por accidentes y enfermedades laborales son mayores y más gravosas que las perdidas por huelgas (1) y superan cualquier otra pérdida empresarial. Propugnando algunas estimaciones que los costes indirectos, que consideramos mucho más trascendentales por su incidencia social y personal, se sitúan entre cuatro a 56 veces el valor de los directos (2).

Para los teóricos de la Economía de la Salud, la salud laboral es principalmente un capital que administrar y maximizar (Labourdette, 1988), pero no desde una perspectiva restrictiva, exclusivamente pragmática de costes, que no ha imposibilitado que accidentes y enfermedades profesionales progresaran de forma geométrica; sino de una visión holística de las condiciones de trabajo (Castillo y Prieto, 1983).

El riesgo es el concepto central de los análisis de Salud laboral y puede definirse como "la probabilidad de que ocurra un fenómeno epidemiológico negativo (muerte, accidente o enfermedad)" (Vaquero, 1989, 14), pero el único indicador cuantificable digno de crédito que mide el riesgo es la presentación de la patología laboral misma.

Habitualmente en los estudios industriales se han considerado los siguientes factores de riesgo (3):

- 1.- El medio ambiente físico del trabajo.
- 2.- Los contaminantes químicos y biológicos.
- 3.- Las condiciones de seguridad.
- 4.- La carga de trabajo.
- 5.- La organización del trabajo.

Estos factores de riesgo no son independientes y se presentan en todos los centros de trabajo en mayor o menor medida.

Desde las disciplinas de la Salud laboral se coincide en clasificar la siniestralidad en dos grupos de causas de accidentes; los de carácter objetivo, dependientes de los métodos y útiles de trabajo y aquellos de carácter subjetivo, dependientes del individuo (4). Sin embargo, ha existido una tendencia general, que en la actualidad aún permanece en ciertos análisis, a atribuir exclusivamente al trabajador y a su patrón de conducta la causa de lesiones, enfermedades y muertes relacionadas con el trabajo, basado en dos supuestos: la imprudencia de los trabajadores y la inevitabilidad de los siniestros. En este sentido, la enfermedad y siniestralidad como consecuencia de la desviación del individuo, permite descargar de responsabilidad al tejido societario y recaer en el sujeto la culpa de su desviación -"blaming the victim"-.

Esta concepción clásica no ha explicado los orígenes de la enfermedad y siniestralidad, presentando su disposición como perfecta distribución homogénea en todo el universo ocupacional. Aunque los análisis industriales perciben desigualdades en la disposición de las patologías laborales por sectores, concentrándose en aquellos donde se emplean los trabajadores menos cualificados cultural y profesionalmente -construcción, extracciones, pesca, etc ... -; estas desigualdades no son atribuidas a la estratificación de la división social del trabajo.

## 2.- MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LA SEGURIDAD, HIGIENE Y SALUD EN EL TRABAJO

Las legislaciones española y europea, en sus aspiraciones de generar un espacio social de relaciones laborales, han propugnado desde declaraciones y normativas institucionales, la creación de un marco protector de los trabajadores en materia de salud e higiene:

Constitución Española. Artículo 40.2.

"Los poderes públicos... velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados".

Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Artículos 21 y 22.

La Ley General de Sanidad como desarrollo de derechos reconocidos al trabajador en el marco constitucional, comprende la actuación en la promoción de la salud integral del trabajador, la prevención de riesgos profesionales, la vigilancia de las condiciones de trabajo en embarazo y lactancia, la intervención en factores del microclima laboral, la detección precoz de riesgos profesionales con la elaboración de mapas de riesgo laboral y el establecimiento de un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.

El objetivo 25 de la estrategia regional europea de Salud para Todos en el año 2000 de la OMS;

"De aquí a 1995, las poblaciones de la Región deberían estar eficazmente protegidas contra los peligros que acechan a la salud en sus relación con el trabajo".

Los artículos 100 A. 3 y 4 y 118 A del Acta Única Europea, desarrollados en la Directiva marco 89/391 C.E.E. relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad, la salud y las condiciones de trabajo de los trabajadores, y en las siguientes directivas particulares:

Lugares de trabajo (89/654/CEE).

Utilización de equipos de trabajo (89/655/CEE).

Utilización de equipos de protección individual (89/656/-CEE).

Manejo manual de cargas (90/269/CEE).

Pantallas de visualización (90/270/CEE).

Agentes cancerígenos (90/394/CEE).

### 3.- COYUNTURA DE LA SALUD LABORAL EN CASTILLA Y LEÓN

Para analizar la situación de los riesgos profesionales en nuestra comunidad, vamos a referirnos al documento publicado en 1990 por la Consejería de Cultura y Bienestar Social; "La salud en Castilla y León".

Accidentes de trabajo

Por sectores, debemos destacar la elevada incidencia, muy por encima de la media europea, de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales en la minería como la silicosis y otras neumoconiosis, que provocan una elevada morbilidad hospitalaria y una alta tasa de mortalidad en provincias como León y Palencia.

En la construcción, la siderometalurgia (vehículos de motor) y transformados metálicos (5), también se reúnen la siniestralidad más elevada como en el resto de España, duplicándose en el periodo 1987-89, tanto en el caso de Castilla y León como en el resto del país.

Accidentes de trabajo con baja

	CASTILLA Y LEÓN	ESPAÑA
1988	31.357	615.048
1989	34.813	686.563
1990	37.451	740.378
1991	37.233	731.990

Fuente: Estadísticas Ministerio de Trabajo

Accidentes de trabajo con baja. Datos por provincias.

	1.990	1.991
AVILA	1.315	1.321
BURGOS	5.913	5.966
LEÓN	11.603	10.658
PALENCIA	3.106	3.192
SALAMANCA	3.837	3.880
SEGOVIA	1.902	1.998
SORIA	1.347	1.471
VALLADOLID	6.887	7.074
ZAMORA	1.541	1.673

Fuente: Estadísticas Ministerio de Trabajo

Enfermedades profesionales

Debemos destacar la diferencia en las declaraciones de enfermedades profesionales en nuestra comunidad respecto al resto del estado. Mientras que en el resto del país se experimenta un incremento en los últimos años, en Castilla y León se detecta un descenso significativo, que apunta defectos en el sistema de información y vigilancia epidemiológica. Sin embargo, en la agricultura, ganadería y mataderos, persiste una alta prevalencia, muy por encima de la media nacional, de las antropozoonosis (brucelosis y hidatidosis).

Enfermedades profesionales con baja.

	CASTILLA Y LEÓN	ESPAÑA
1990	241	3.664
1991	269	4.125

Fuente: Estadísticas Ministerio de Trabajo

Enfermedades profesionales con baja. Datos por provincia

	1.990	1.991
AVILA	6	3
BURGOS	38	47
LEÓN	84	78
PALENCIA	26	42
SALAMANCA	10	16
SEGOVIA	13	8
SORIA	10	13
VALLADOLID	41	48
ZAMORA	13	14

Fuente: Estadísticas Ministerio de Trabajo

El informe también hace mención de otras enfermedades no contempladas epidemiológicamente y, por tanto, de las que desconocemos su incidencia, principalmente; las industrias nucleares y de residuos radiactivos, y la incidencia del empleo de contaminantes químicos y biológicos en la ganadería y agricultura. En este sentido, la difícil

tad de establecer una etiología oncológica, motiva que el modelo epidemiológico no explique la relación entre la actividad profesional y la morbilidad y mortalidad por neoplasias.

#### 4.- OBJETIVOS DE SALUD LABORAL EN CASTILLA Y LEÓN

En este apartado reproducimos los objetivos de salud laboral propuestos en el Plan de Salud de Castilla y León.

##### Objetivos de disminución de riesgo

- En 1995, en el 80% de los centros laborales de Castilla y León se cumplirán las normas vigentes relativas a higiene y seguridad en el centro de trabajo, garantizándose una adecuada protección de la salud de los trabajadores.
- En 1995, se habrá conseguido una disminución del 10% de los accidentes de trabajo, en los sectores de la construcción, minería y siderurgia.
- En 2000, habrá alternativas para la sustitución de sustancias biológicas o químicas por otras de menor riesgo en el medio laboral.
- En 2000, se conseguirá al menos la disminución de un 25% en la incidencia de neumoconiosis y antropozoonosis.

##### Objetivos de educación para la salud

- En 1995, el 80% de los trabajadores castellano y leoneses, habrá recibido información sobre riesgos para la seguridad y la salud, durante su actividad laboral y su prevención.
- En 1995, habrán recibido información sobre riesgos laborales y su prevención los Consejos de Administración, técnicos superiores y Comités de empresa y seguridad del trabajo u organismos similares.

##### Objetivos de mejora de servicios

- En 1992, se habrá revisado las normas actuales, sobre salud laboral con el fin de adoptar aquellas que no lo estén, a las de la Comunidad Económica Europea y organismo internacionales competentes.
- En 1995, se alcanzará la unificación administrativa de todo lo relacionado con la salud laboral.
- En 2000, habrá una coordinación efectiva entre los servicios dedica-

dos a garantizar la salud de los trabajadores y el resto del sistema sanitario.

-En 2000, habrá servicios de salud laboral que atiendan, tanto en empresas privadas como en administraciones públicas, a todos los trabajadores de la región, con una mejora cualitativa de sus funciones abarcando aspectos como promoción de la salud integral y ergonomía entre otros.

#### Objetivos de vigilancia epidemiológica e investigación

-En 1995, se analizarán de manera continuada los sistemas de vigilancia e información sanitaria sobre mortalidad y morbilidad ocasionados por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

-En 1995, se concluirá la elaboración de un mapa de riesgos laborales de carácter regional.

#### Objetivos generales

-En 2000, la patología laboral -representada por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales-, habrá disminuido al menos en un 20%.

-En 2000, la totalidad de la población castellano-leonesa deberá estar eficazmente protegida frente a los riesgos para la salud relacionados con el trabajo.

(Criado y Torres, 1991, 246-7)

### 5.- ESPACIO SOCIAL EUROPEO Y SALUD

Las condiciones de trabajo constituyen un todo indivisible que engloba aspectos como la duración, la organización y el contenido del trabajo, así como las prestaciones sociales y otros factores, no reflejados en las directivas europeas.

Desde la perspectiva de los textos europeos, el marco de las condiciones de trabajo queda reducido al desarrollo de directivas de los conceptos de seguridad e higiene subordinadas al principio maximalista de la libre competencia creando espacios homogéneos de trabajo más centrados en la maquinaria que en el trabajador.

En este sentido, las Comunidades Europeas continúan calificando los accidentes y las enfermedades profesionales como categorías biológicas y no como sociales, no explicando suficientemente la etiología de los procesos patológicos.

No es de extrañar que los mismos textos institucionales europeos recojan comentarios como el siguiente a raíz de la implantación en junio de 1989 de la directiva "Máquinas":

"El objetivo principal de la 'nueva concepción' y de la 'directiva Máquinas' es eliminar los obstáculos técnicos que se oponen al comercio pero, al adoptarla, el Consejo subrayó el significado social de la citada directiva".

(Comisión de las Comunidades Europeas, 1990, 39).

El 8 de diciembre de 1989 se presenta al Consejo Europeo de Estrasburgo la "Carta Europea de los derechos sociales fundamentales", que reconoce el derecho de los trabajadores a beneficiarse de las condiciones satisfactorias de protección de la salud y la seguridad.

"La Carta de los Derechos Sociales, en primer lugar. Su única finalidad es recordar solemnemente que la Comunidad no quiere subordinar los derechos fundamentales a la pura eficacia económica".

(Jacques Delors).

En la fase inicial de redacción se hizo incapie en una resolución global a escala comunitaria, sin embargo en el texto definitivo se insistía repetidamente que la aplicación de la Carta Social depende de la voluntad de los Estados miembros de impulsar los principios ya recogidos en el Acta Única.

#### 6.- RESPONSABILIDAD DEL EMPRESARIO EN SALUD LABORAL

Es necesario señalar que la responsabilidad del cumplimiento de la normativa europea sobre integridad y salud laboral va a recaer principalmente en el empresario o gerente.

El empresario o gerente deberá asumir las siguientes responsabilidades:

- Evaluar los riesgos.
- Organizar la prevención y el trabajo.
- Integrar la prevención.
- Tener en cuenta las capacidades de los trabajadores.
- Construir los servicios de prevención.
- Adoptar medidas sobre:



Primeros auxilios.  
Lucha contra incendios.  
Evacuación y salvamento.  
Situaciones de peligro grave e inminente.  
Asistencia médica de urgencia.

-Disponer de documentos actualizados sobre:

Evaluación de riesgos.  
Medidas de prevención y protección.  
Relaciones de accidentes de trabajo.  
Informes de accidentes de trabajo.

-Adoptar medidas de información de:

Los trabajadores y/o sus representantes.  
Los trabajadores con funciones de prevención.  
Los servicios de prevención.  
Las autoridades competentes.

-Adoptar medidas para consulta y participación de:

Trabajadores y/o representantes.  
Servicios de prevención.

-Adoptar medidas para formación de:

Trabajadores.  
Representantes con funciones de prevención.

Debemos significar, que pese a sus limitaciones, la introducción de las directivas comunitarias va a significar un elemento positivo en las condiciones de trabajo, al introducir elementos de disminución de los riesgos y a su vez va a promover un proceso de democratización de las relaciones industriales en nuestro país, al requerirse el cumplimiento de estas directivas para la libre comercialización de los productos.

## 7.- NECESIDAD DE UNA NUEVA EPIDEMIOLOGÍA LABORAL

"No se trata, como lo piensan los Organismos Internacionales, de preocuparse de los accidentes del trabajo o de los ambientes de trabajo, sino del trabajo en sí mismo, como actividad productora del malestar, de stress indeseable, de tensión, de monotonía y mucha patología mental y psicosomática" (San Martín y Pastor, 1989, 400).

Como bien sostienen Porta Serra y Alvarez Dardet (1989), la concepción clásica de la salud se ha centrado en la enfermedad y en su identificación -el diagnóstico-, reducida a una disfunción biológico-individual que exclusivamente la razón biomédica puede solucionar.

Las tesis de McKeown (1966, 1976, 1990) demostraron que la erradicación de la mayoría de las enfermedades durante este siglo no había sido fruto de la atención individual y del aparato tecnológico-sanitario, sino por prestaciones colectivas centradas en el espacio productivo y en la calidad de vida.

Desde las instituciones internacionales de salud encontramos una perspectiva ampliada de las condiciones de trabajo:

La OMS, en su Carta Magna (1946) define el óptimo de salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

A partir de la década de los 70, concurren en el panorama internacional una serie de propuestas -Objetivos de Salud para Todos en el año 2000 (1977), Declaración de Alma Alta (1978), Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Ottawa (1986).

En los objetivos de "Salud para Todos en el año 2000" (1977) se prescribe el estudio del papel que desempeñan los estilos de vida en el mantenimiento de la salud o cómo contribuyen a ponerla en peligro (objetivos 13-17) y de la forma en que el entorno físico, biológico y social determinan la salud de las personas y las poblaciones (13-25).

En el espacio de las instituciones internacionales de salud, la controversia entre el enfoque individual y el comunitario, en el abordaje de los problemas de salud se decantó, tras la Declaración de Alma Alta (1978), hacia la relevancia de la valoración social de la salud, determinándose la transformación de la asistencia en atención primaria centrada en la prevención, configurándose equipos profesionales interdisciplinarios que posibilitan una perspectiva integrada de los problemas de salud laboral. La Declaración de Alma Alta (1978)

retoma a nivel operativo el carácter social de la salud y propugna la investigación sobre las raíces sociales de los problemas y pone en evidencia las desigualdades de la población ante la salud.

En el ámbito de la salud del trabajo han acontecido profundos cambios cualitativos en la concepción de la enfermedad y siniestralidad. Desde la constatación que en el nivel técnico se ha producido un desarrollo de la eficacia en los procedimientos de tratamiento de los accidentes agudos; se ha desplazado la atención hacia los procesos crónicos derivados de las enfermedades y accidentes profesionales, frente a los cuales se ha evidenciado la incompetencia de los elementos meramente tecnológicos, en los que los pacientes y sus familias se ven necesitados de cuidados durante un largo tiempo que, en muchos casos, pueden prolongarse durante toda la vida. Esta nueva y creciente morbilidad y mortalidad propagada en nuestras sociedades contemporáneas requiere la exigencia de construir una etiología multifactorial desde una nueva investigación epidemiológica que contemple los riesgos interdisciplinariamente desde equipos de trabajo integrados por profesionales de Economía de la Salud y Salud Pública.

Una epidemiología laboral, aplicada a nuestras comunidades, debe explicar la relación entre los determinantes socioeconómicos autóctonos de la actividad productiva y los factores biológicos en la génesis de la morbilidad y de la mortalidad.

La prevención, entendida como actuación primaria de supresión de los factores desfavorables antes de generar patologías laborales, es el eje de actuación en salud. Se deben establecer unos principios generales de prevención de los riesgos profesionales, planificando la prevención desde la misma concepción del proceso productivo, el diseño de los puestos de trabajo, la elección de los equipos de trabajo y la organización y métodos de propio trabajo.

De los datos suministrados por los consultados en la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 1987 y de los comentarios derivados de la misma (Fernández, Nogareda y Oncins, 1988), en nuestra consideración, la vigilancia epidemiológica y su prevención se debería centrar en los siguientes segmentos del mercado laboral:

En los sectores que señalábamos anteriormente en nuestra comunidad como de alto riesgo (minería, construcción, siderurgia, transformados metálicos, agricultura y ganadería).

En el 10% que declara trabajar más de 8 horas diarias y en el 17% que afirma trabajar más de 40 horas a la semana, centrándose éstos trabajadores, en los puestos de mando, atención al público y construcción.

En el 7% de los trabajadores tiene horario nocturno fijo o rotativo mañana-tarde-noche. Este porcentaje se eleva al 10% en el sector industrial, al 20% en el control de máquinas o procesos y al 30% en el

sector de la asistencia sanitaria.

En las pequeñas y medianas empresas, características de nuestra comunidad.

En los contratados temporales, en sus diversas formas: duración determinada, temporales, tiempo parcial, en prácticas, para la formación. Por sus condiciones precarias de trabajo, ofrecen una mayor morbilidad porcentual que los trabajadores indefinidos.

Anteriormente, hacíamos mención de las deficiencias en la prevención, por una deficiente epidemiología, de las industrias nucleares y de residuos radiactivos -oncología por neoplasias-, y la incidencia del empleo de contaminantes químicos y biológicos en la ganadería y agricultura.

Un ejemplo del desarrollo de nuevas patologías profesionales no reconocidas por la epidemiología actual, es el caso del burn-out syndrome -GIRAME (1988), Kalimo y Mejman (1988), Freudenberg (1987) y Edelwich y Brodsky (1980)-, desarrollada en los ámbitos de trabajo profesional basados en una relación de ayuda; educación y sanidad principalmente. En estos sectores, muchos de sus integrantes se implican en una relación de trabajo que llegan a considerar desproporcionada entre las expectativas comprometidas y los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos. El modelo de demandas-control (Kasasek et al., 1981) plantea que esta patología es resultante de los efectos conjuntos de las demandas de la situación laboral y los factores moderadores de las mismas, particularmente el grado de libertad que posee el trabajador para tomar decisiones.

Desde el Desarrollo Organizacional, completando la perspectiva epidemiológica, se considera que el mundo empresarial plantea, a sus integrantes, una "tensión por la coherencia" entre el entorno democrático y la jerarquía interior, generalmente, estructurada de forma muy sólida. Los capitanes empresariales no están sometidos en el mismo grado que los gobernantes a una constitución estricta, a la existencia de grupos de presión, a la censura de la opinión pública. El sistema 4 de Likert, propone la conversión evolutiva del sistema uno -autoritario/explotador- en sistema 4 -participativo-. Actuales investigaciones determinan que los grupos participantes se muestran más satisfechos en el trabajo; la participación en una empresa que atiende y responde a las demandas y aspiraciones de los trabajadores, crea, probablemente, en los colaboradores un sentido de legitimación del sistema (6). Una posibilidad, en éste sentido, es la integración de roles de diferentes status jerárquicos (enriquecimiento de tareas); dentro del desarrollo organizacional y en el ámbito de la dirección, el "control circular" (Ackoff) pretende la integración vertical y horizontal de los cuadros y directivos. Los estudios de Tannenbaum establecen que existe una correlación entre cantidad de poder percibida y producción y satisfacción (7). Esta clásica identificación, ha

sido completada por recientes estudios (8), que afirman que el acrecentamiento de la productividad se produce de manera indirecta al disminuir el turnover y el absentismo.

Para conseguir que las condiciones de trabajo sean reconocidas y respetadas, sería necesario que los trabajadores y empresarios, se hagan planteamientos sobre la forma en que vienen operando los servicios, así como, las funciones que desempeñan todos y cada uno de los actores que participan en la acción laboral. Sin duda, estas consideraciones serían la base de donde emergerían las explicaciones que permitirían hacer los cambios necesarios para la transformación hacia una sociedad más justa e igualitaria en materia de salud laboral.

### BIBLIOGRAFÍA

- CASTILLO, J.J. y PRIETO, C. Condiciones de trabajo. Un enfoque renovador de la sociología del trabajo. C.I.S., Madrid, 1983.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS Acta Unica Europea. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo, 1986.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS Lo Social en la Europa del 92. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo, 1990.
- CRÍADO RODRÍGUEZ, E. y TORRES ANDRÉS, J.P. "Salud laboral". En Plan de Salud de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Valladolid. pp. 236-244.
- DE MIGUEL, J. "La visión teórica". En DE MIGUEL, J.M.; YUSTE, F.J. y DURÁN, M.A. El futuro de la salud. Centro de Estudios Constitucionales, 1988. pp. 15-68.
- DESOILLE, H. et al. Medicina del trabajo. Masson, Barcelona, 1986.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA. "Estadísticas de accidentes de trabajo". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1988, 1989, 1990.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA. "Anuario de Estadísticas Laborales". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1991.
- EMERY, F. & TRORSRUD, E. Democracy at work. Martinus Nijhoff Social Sciences Division, Leiden, 1976.
- FERNÁNDEZ DE PINEDO, I.; NOGAREDA, C. y ONCINS DE FRUTOS, M. (1988) "Encuesta Nacional de condiciones de trabajo 1987 (trabajadores de industria, construcción y servicios)". En Salud y Trabajo. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. nº 70. pp. 26-36.
- FERNÁNDEZ MARCOS, L. La seguridad e higiene en el trabajo como obligación contractual y como deber público. Ministerio de trabajo, Madrid, 1975.
- FREUDENBERGER, M.J. L'épuisement professionnel. Gaetan Morin, Quebec, 1987.
- GRUPE INTERDISCIPLINAIRE DE RECHERCHE EN ANTHOLOGIE MEDICALE ET ETHNOPSICHIATRIE (GIRAME) Certains aspects culturels, diagnostiques et

- juridiques du burn-out. Du Girame Université de Montreal, Montreal, 1988.
- INSTITUTO DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. Condiciones de trabajo y salud. INSHT, Barcelona, 1987.
- KALIMO, R. y MEJMAN, Th. "Respuestas psicológicas y de conducta al estrés en el trabajo". En KALIMO, R., EL-BATAWI, M. y COOPER, C. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1988. pp. 23-36.
- KAPLAN, J. Medicina del trabajo. El Ateneo, Buenos Aires, 1976.
- KARASEK, R., BAKER, D., MARXER, F. et al. "Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: A prospective study of swedish men". En American Journal of Public Health, nº 71 pp. 694-705, 1981.
- LABOURDETTE, A. Economie de la santé. Presses Universitaires de France. Paris, 1988.
- LUCAS MARIN, A. "Motivación y satisfacción en el trabajo". En GARMENDIA, J.A., NAVARRO, M. y PARRA LUNA, F. (eds), Sociología industrial y de la empresa, Aguilar, Madrid, 1988, pp. 391-419.
- McKEOWN, Th. The role of medicine: dream, mirage or memesis. Nuffield Hospitals Trust, Londres, 1976.
- McKEOWN, Th. Los orígenes de las enfermedades humanas. Critica, Barcelona, 1990.
- McKEOWN, Th. y LOWE, C.R. An introduction to social medicine. F.A. Davis Company, Filadelfia, 1966.
- MONTERO LLERANDI, J.M. Análisis sociológico de los accidentes laborales. El sector marítimo pesquero. ISM, Madrid, 1986.
- MONTERO LLERANDI, J.M. "Notas para una aproximación sociológica a la siniestralidad laboral". En GARMENDIA, J.A., NAVARRO, M. y PARRA LUNA, F. (eds), Sociología industrial y de la empresa. Aguilar, Madrid, 1987, pp. 438-456.
- RUIZ ITURREGUI, J.M. Conocimientos básicos de higiene y seguridad en el trabajo. Deusto, Bilbao, 1978.
- O.M.S. Los objetivos de la salud para todos. Objetivos de la estrategia regional europea de la Salud para todos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.
- PORTA SERRA, M. y ÁLVAREZ DARDET, C. (eds). Revisiones en Salud Pública. Masson, Barcelona, 1989.
- SAN MARTÍN, H. La crisis mundial de la salud. Karpos, Madrid, 1982.
- SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. Economía de la salud. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1989.
- TANNEMBAUN, A.S. Hierarchy in organizations. Jossey-Bass, San Francisco, 1977.
- VAQUERO PUERTA, J.L. Higiene y seguridad en el trabajo. Fundamentos de salud laboral. Editora médica europea. Valladolid, 1989.

## NOTAS

- 1.- Vid. J.M. Ruiz Iturregui, Conocimientos básicos de higiene y seguridad en el trabajo. Deusto, Bilbao, 1978. y J.M. Montero Llerandi, Análisis sociológico de los accidentes laborales. El sector

marítimo pesquero. ISM, Madrid, 1986.

2.- J.M. Montero Llerandi, "Notas para una aproximación sociológica a la siniestralidad laboral". En José Antonio Garmendia, Manuel Navarro y Francisco Parra Luna (eds), *Sociología industrial y de la empresa*. Aguilar, Madrid, 1987, pp. 438-456.

3.- Vid. H. Desoille et al., *Medicina del trabajo*. Masson, Barcelona, 1986. e Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, *Condiciones de trabajo y salud*. INSHT, Barcelona, 1987.

4.- J. Kaplan, *Medicina del trabajo*. El Ateneo, Buenos Aires, 1976.

5.- Dirección General de Informática y Estadística. "Anuario de Estadísticas Laborales". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Informática y Estadística. "Estadística de Accidentes de Trabajo". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

6.- Sobre la experiencia de democracia industrial más destacada (Noruega), véase; Fred Emery y Einar Trorsrud, *Democracy at work*. Martinus Nijhoff Social Sciences Division, Leiden, 1976.

7.- Arnold S. Tannenbaum, *Hierarchy in organizations*. Jossey-Bass, San Francisco, 1977,

8.- Vid. Antonio Lucas Marín, "Motivación y satisfacción en el trabajo". En José Antonio Garmendia, Manuel Navarro y Francisco Parra Luna (eds), *Sociología industrial y de la empresa*. Aguilar, Madrid, 1988, pp. 391-419.