

Joan Benach, Neus Moreno, Carles Muntaner, Salvador Moncada, Clara Llorens, María Menéndez y Gemma Tarafa

Observatorio de Salud: 3

La reforma laboral y su impacto en la salud

Introducción

La llamada “globalización” no es sino la última fase en la evolución de un sistema capitalista dominado por las políticas neoliberales, dentro de la estrategia política que la clase dominante puso en marcha desde mediados los años setenta (Harvey, 2005). Esa estrategia se ha centrado en “reliberalizar” los mercados financieros, “oligopolizar” los mercados y concentrar el poder económico privado, “reabsolutizar” la empresa capitalista, aumentar el control de las corporaciones sobre el Estado, reducir la participación social y aumentar la pasividad ciudadana (Domènech, 2004). Contrariamente a la retórica neoliberal comúnmente usada, el Estado ha jugado y sigue jugando un papel esencial en ese modelo tal y como muestran las enormes ayudas económicas destinadas al rescate financiero, las reducciones del gasto público y las prestaciones sociales, las privatizaciones y el continuo ataque a las organizaciones sociales y sindicales. Estas políticas favorecen un aumento de las desigualdades sociales y de la pobreza y tienen un efecto claro sobre la salud (Benach *et al.*, 2012). En ese contexto, la reciente reforma laboral impuesta por el nuevo gobierno del Partido Popular jugará un papel clave en profundizar estas políticas neoliberales. Más aún, cuando las prácticas de gestión de mano de obra en España se caracterizan por las exigencias de adaptabilidad y la muy baja participación y autonomía de la población trabajadora derivada de la implementación del taylorismo y autoritarismo en los puestos de trabajo (Llorens *et al.*, 2010).

Los objetivos de la contrarreforma laboral

La actual reforma laboral —aprobada con urgencia, sin debate público ni negociación social, como si fuera una mera acción “técnica”— representa una agresión neoliberal sin precedentes históricos recientes a los derechos laborales de millones de trabajadores y trabajadoras. Los argumentos más citados para justificarla son la existencia en España de un desempleo y una temporalidad muy elevados, y un mercado laboral “rígido” y “dual”, con algunos trabajadores muy protegidos y otros muy precarios. Sin esa reforma, se aduce, no podremos crear empleo y mejorar la situación económica del país. No son argumentos nuevos. Todas las reformas laborales realizadas desde 1984 en España (incluidas las realizadas por el “social-liberal” PSOE, y ya van ocho) han afirmado que los problemas de nuestro mercado laboral radican en la excesiva regulación de las relaciones laborales en lugar de en nuestro modelo productivo (Recio, 2012). También se nos asegura que es una reforma “equilibrada”, donde “todos ganan, empresarios y trabajadores”, que es “un proceso necesario e inevitable” y que ayudará a que “los jóvenes tengan un horizonte de futuro”, para acabar con “el pesimismo y la desesperación”. Nada de ello es cierto. La reforma, aprobada mediante un Real Decreto-ley (RDL 3/2012), ha entrado en vigor el 12 de febrero de 2012 y es hasta ahora la “joya de la corona” del gobierno del PP y de otros gobiernos de corte autoritario neoliberal (como el de CiU y el PP en Cataluña) que aspiran a transformar profundamente no sólo el sistema de relaciones laborales, sino también el sistema político reduciendo aún más la limitada democracia existente. En la reforma laboral, el Partido

Popular muestra sin tapujos su cruda ideología empresarial de clase, antisindical, de índole neofascista y neoliberal. El objetivo de la reforma laboral es claro: abaratar aún más los costes laborales, facilitar el despido, reforzar todavía más el poder de los empresarios y debilitar a sindicatos y trabajadores. Sus apartados más importantes pueden resumirse así (Pastor, 2012; CERES, 2012): abaratar y facilitar los despidos, debilitar los convenios colectivos y fortalecer los “acuerdos” individuales, precarizar el mercado laboral y empeorar las condiciones de trabajo favoreciendo la “flexibilidad interna”.

Consecuencias sociolaborales y previsibles efectos sobre la salud

La contrarreforma laboral tendrá consecuencias muy profundas y de largo alcance sobre la población, la cual verá empeorar sus condiciones de vida, trabajo y salud. Aunque no disponemos de los estudios sociológicos, laborales, epidemiológicos y de salud pública que permitan medir su impacto real, el conocimiento actual (Benach, Muntaner *et al.*, 2010) permite anticipar verosímilmente sus principales consecuencias que resumimos a continuación en seis apartados.

1) *Aumento del desempleo.* En España, la crisis ha empeorado dramática y desigualmente el desempleo, el más alto de los países ricos, generando uno de cada veinte nuevos parados en el mundo. Desde el 2007 a febrero de 2012, se ha pasado de 1,7 a más de 5,2 millones de parados (del 8% a más del 23,6% de la población activa) afectando sobre todo a los jóvenes, inmigrantes y clases sociales pobres con menor educación. Uno de cada cinco parados europeos (24,5 millones) es español y la reforma laboral empeorará la situación. Aunque el ministro de Economía y Competitividad, Luis de Guindos, ha “estimado” graciosamente que si se hubiera aplicado antes la reforma laboral ahora habría un millón menos de parados (Información, 2012), con más realismo el propio gobierno del PP apunta que en el 2012 se perderán 630.000 puestos de trabajo (Gómez, 2012), cifra que asciende según otras estimaciones hasta los 800.000 empleos (Fundación IDEAS 2012). A finales de 2012 podría haber seis millones de parados (24,3%). El desempleo produce una incontable “cascada” de efectos negativos: paraliza carreras profesionales, reduce la autoestima personal, genera riesgos que dañan la salud y aumenta la probabilidad de enfermar. El estrés crónico produce graves problemas de salud como la depresión (tres veces más que en quienes trabajan), “engancharse” a drogas (legales o ilegales), padecer enfermedades cardiovasculares (angina, infarto de miocardio, etc.), morir prematuramente o suicidarse. Los problemas empeoran en las familias obreras, los pobres y las madres solas con hijos. Por ejemplo, en los parados sin subsidio los problemas de salud mental se multiplican por tres en profesionales y por siete en trabajadores manuales, riesgos que se reducen mucho cuando hay subsidios (Artazcoz, 2004). Obviamente, tras cada cifra, se cuentan miles y miles de historias vitales llenas de lucha, dolor y desesperación. La amenaza de quedar sin trabajo es un mecanismo disciplinario y de presión sobre la clase trabajadora, que aumenta aún más a medida que crece el desempleo. La inseguridad de parados y trabajadores incrementa además el miedo, la xenofobia y la violencia.

2) *Aumento de la precariedad laboral y el empleo informal.* Los efectos del desempleo sobre la sociedad y la salud representan la punta del iceberg de otras condiciones de empleo relacionadas. Junto a los “desempleados oficiales” hay cientos de miles de *parados encubiertos* (dejan de buscar trabajo), *subempleados* (quieren trabajar más horas o buscan un trabajo más regular), múltiples formas de *autoempleo marginal* y *empleo informal* (actividades laborales

remuneradas sin cotizar en la Seguridad Social de las que se benefician empresarios sin escrúpulos), el trabajo sumergido en las tareas domésticas o de cuidados (principalmente realizadas por mujeres inmigrantes) y la *precariedad laboral* (asalariados inseguros, vulnerables, con bajos salarios, escasa protección, pocos derechos e incapacidad de ejercerlos). La elevada cifra de contratos temporales (25%) no refleja la situación real de precariedad laboral (48% de la población asalariada según un estudio con datos de 2005, que previsiblemente ha aumentado) que se distribuye desigualmente (90% en mujeres obreras inmigrantes jóvenes, por 20% en hombres profesionales españoles mayores de 30 años) (Vives *et al.*, 2011). La precariedad, o trabajar intermitentemente con periodos de paro y precariedad, daña la salud: a peor situación laboral peor salud. La creación de falsos contratos “indefinidos” no eliminará las diferencias en las condiciones laborales ya que éstas seguirán siendo el resultado de las estrategias empresariales de gestión de personal dirigidas a reducir los costes laborales, controlar el proceso productivo y externalizar la inseguridad económica. Con los nuevos contratos seguirán existiendo millones de empleados afectados por contratos basura, extendiéndose aún más la precariedad laboral a un número cada vez mayor de trabajadores y trabajadoras.

3) *Peores condiciones de trabajo*. La inseguridad, un riesgo psicosocial en el trabajo ampliamente descrito en la literatura científica por su impacto negativo sobre la salud (Ferrie, 2005) tanto en términos de empleabilidad como en cambios no deseados en las condiciones de trabajo fundamentales (por ejemplo, horarios, tareas, contratos, salarios), afecta negativamente la salud. La mayoría de factores que favorecen el aumento de la flexibilidad interna de las empresas aumentarán los factores de riesgo de trabajadoras y trabajadores, lo cual se traducirá en más accidentes de trabajo, problemas de salud y enfermedades y un mayor riesgo de morir prematuramente. Por ejemplo, la inseguridad laboral en las condiciones de trabajo, en especial la crónica, empeora la salud física (problemas cardiovasculares, aumenta el sobrepeso y la obesidad, el nivel de colesterol, la tensión arterial) y mental (mayor ansiedad, más trastornos del sueño), incrementando el número de visitas médicas. Una distribución irregular de la jornada de trabajo, en especial el trabajo a turnos, así como las largas jornadas de trabajo debidas a las prolongaciones de jornada, incrementan la fatiga (especialmente en el trabajo nocturno), los accidentes y el riesgo de tener trastornos cardiovasculares, amén de producir trastornos del sueño y mayores dificultades para responder a las demandas del espacio doméstico-familiar y del espacio asalariado. En las empresas con procesos de ajustes de plantillas, ya sea a través de la no renovación de contratos, de los despidos individuales o de los expedientes colectivos de regulación de empleo, se produce un empeoramiento de las condiciones, de los riesgos psicosociales y de la salud entre el colectivo superviviente (Moncada, 2011).

4) *Menos participación en salud laboral*. Los trabajadores y trabajadoras no sólo tienen el derecho de trabajar en condiciones seguras y saludables, sino también de participar en las decisiones sobre sus condiciones de trabajo. Un número creciente de estudios muestra la estrecha relación existente entre la participación de los trabajadores (a través de diferentes formas de representación y en particular de los delegados de prevención) y una mayor salud laboral (Menéndez *et al.* 2008), y, en general, la evidencia muestra como la participación se asocia con mejores prácticas de gestión de la prevención, de la que puede esperarse mejores resultados en salud (Menéndez *et al.*, 2009). La evidencia muestra también como esos resultados sólo se alcanzan si la participación está organizada a través de sindicatos. Por ejemplo, un estudio ha mostrado el efecto protector de los sindicatos —mediado a través de los comités de seguridad y salud paritarios (empresa y delegados de prevención)— en la reducción a la mitad de las lesiones

por accidente de trabajo (Walters y Nichols, 2007).

5) *Más “presentismo” laboral.* El miedo a ser despedido, la precarización del empleo y el menor poder de los trabajadores favorecen la extensión del llamado “presentismo” laboral (la presencia de los trabajadores en sus puestos de trabajo aún estando enfermos). Dado que faltar al trabajo puede suponer ser despedido más fácilmente (20% de horas de la jornada en un periodo de dos meses si son enfermedades cortas de menos de 20 días, o 25% en un periodo de cuatro meses discontinuos en un año), ahora el trabajador no tendrá ni el derecho de estar enfermo. Según la Vª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo de 2010, el 40,7% de los trabajadores y trabajadoras de la UE-15 contestó afirmativamente a la pregunta si en los últimos doce meses había “trabajado estando enfermo”, al tiempo que el 46% de encuestados admitió haberse ausentado del trabajo por motivos de salud en el último año. En España, un estudio muestra como el “presentismo” ha aumentado notablemente en los últimos años debido a la actual crisis económica: desde un 45% en 2010 al 85% en 2012, lo que significa que actualmente ocho de cada diez trabajadores pasan más horas de las establecidas en sus puestos de trabajo. Entre quienes alargan su jornada en la empresa, seis de cada diez argumentan que lo hacen por temor a perder su empleo, mientras que el 24% se queda en su puesto porque falta personal (Randstad, 2010). El presentismo aparece con mayor frecuencia en los colectivos con más dificultades para hacer valer sus derechos. La forma en que éste se fomenta es diversa: desde prácticas visibles e institucionalizadas hasta diversos tipos de presiones formales o informales de los jefes o las mutuas (Gadea y Moreno, 2011). Por eso no puede extrañar el hecho de que el presentismo acarree muchas consecuencias negativas para trabajadores y empresas: deterioro de la salud, pérdidas de bienestar, disminución del rendimiento, incremento de errores, más bajas y más largas a medio plazo.

6) *Más pobreza y desigualdad social.* Los cambios en las relaciones laborales de la reforma laboral facilitan la reducción de salarios y la renta de las familias, lo cual contraerá aún más el consumo y el PIB. Todo ello repercute en un aumento de la pobreza y en un mayor número de “trabajadores pobres”, con el efecto final de una mayor desigualdad social. Además del aumento de la pobreza y la desigualdad derivada del paro y la precarización del empleo, también empeorará la situación de los millones de trabajadoras y trabajadores ocupados a quienes se impone una mayor presión para que reduzcan sus salarios y un aumento de la incertidumbre sobre el mantenimiento de sus puestos de trabajo. Es conocido que la pobreza y la desigualdad social son determinantes fundamentales (Benach y Amable, 2004) que influyen en la aparición de muchas enfermedades y la presencia de desigualdades en salud (Benach y Muntaner, 2005). Por todo ello, la reducción de las desigualdades en salud y la mejora de la salud y la calidad de vida dependerán en gran medida de una mejora real en la equidad de oportunidades y en la creación de empleo (con tal de que sea de calidad).

Comentario final

En el Reino de España, la gran recesión de 2009 ha permitido que al fin las clases dominantes realizaran su sueño dorado: acabar con la nimia protección de la que gozaba la clase trabajadora española en su mercado laboral. Este proyecto de clase en el cual se aúnan los intereses del capital financiero e industrial español ha sido una asignatura pendiente que finalmente han podido poner en marcha gracias, en buena medida, a la victoria del Partido Popular en las urnas, tanto en las elecciones generales como en las autonómicas y locales.

En el contexto de la actual crisis económica del capitalismo global, donde siguen aumentando las desigualdades sociales y de salud, la nueva reforma laboral es un nuevo paso atrás que empeora las condiciones de empleo y trabajo produciendo también un significativo empeoramiento de la salud. La reforma laboral, junto con otras políticas neoliberales del gobierno del PP que flexibilizan una supuesta “rigidez” del mercado laboral español, debilita la negociación colectiva y la protección social de la población trabajadora, recorta los servicios públicos, crea inseguridad en los trabajadores y merma su capacidad de lucha organizada contra la sobreexplotación capitalista a la que están sometidos.

Los países con mejores condiciones de empleo y menor desigualdad son también aquellos donde los trabajadores y trabajadoras, sindicatos y movimientos sociales tienen más fuerza. Los paros, huelgas y otras formas de lucha y protesta, deben ayudar a cambiar esa contrarreforma, mejorar las condiciones laborales, reducir la desigualdad y mejorar la calidad de vida de trabajadoras y trabajadores. Nuestra salud, individual y colectiva, está en juego.

Referencias

Artazcoz, L.; Benach, J.; Borrell, C.; Cortès, I. “Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class”, en *Am J Public Health*. 2004; 94(1): 82-8

Benach, J.; Amable M. “Las clases sociales y la pobreza”, en *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18 (Supl. 1): 16-23.

Benach, J.; Muntaner, C. *Aprender a mirar la salud*. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

Benach, J.; Muntaner, C. *et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Barcelona: Icària, 2010.

Benach, J; Muntaner, C; Tarafa, G.; Valverde, C. *La sanidad está en venta*. Barcelona: Icària, 2012.

Centre d'Estudis i Recerca Sindicals (CERES). NOTA INFORMATIVA 4/2012. REFORMA LABORAL 2012.

Domènech, A. Entrevista realizada por Salvador López Arnal, en *El Viejo Topo*, enero de 2004. <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Democracia%20Demonech.pdf>

Ferrie, JE.; Shipley, MJ.; Newman, K.; Stansfeld, SA.; Marmot, M. “Self-reported job insecurity

and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship”, en *Soc Sci Med*, 2005;60(7): 1593-1602.

Gadea, R.; Moreno, M. “¿Cómo se cocina el presentismo?”, en *Por experiencia*. Abril de 2011, n.º 52. <http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=52&pag=06&titulo=-Como-se-cocina-el-presentismo->

Gómez, MV. “España perderá 630.000 empleos este año y tendrá un 24,3% de paro”. *El País*, 2-3-2012. http://economia.elpais.com/economia/2012/03/02/actualidad/1330719916_913160.html

Harvey, D. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal, 2007.

“Guindos calcula que la reforma laboral habría ‘ahorrado’ un millón de parados”. *La Información*, 5/03/2012. http://noticias.lainformacion.com/economia-negocios-y-finanzas/guindos-calcula-que-la-reforma-laboral-habria-ahorrado-un-millon-de-parados_jf3lgBBnn0gnF3rt0zpVL/

Llorens, C; Alós, R.; Cano, E.; Font, A.; Jódar, P.; López, Navarro A, Sánchez A, Utzet M, Moncada S. “Psychosocial risk exposures and labour management practices. An exploratory approach”, en *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38(Suppl 3): 125-136.

Menéndez, M.; Benach, J.; Vogel, L. “El impacto de los delegados de prevención en la salud laboral: el proyecto EPSARE”, en *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*, 2008; 11(1): 5-7.

Menéndez, M; Benach, J.; Vogel, L. *The impact of safety representatives on occupational health. A European Perspective*. ETUI, 2009. Accesible en: <http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsevents/files/Summary-EPSARE.pdf>

Moncada, S.; Moreno, N.; Llorens, C.; López, V; Llacer, L. Jurado. *Ajustes de plantilla, exposición a riesgos psicosociales y salud*. Accesible en: <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=9320>

Pastor, A. “Aproximación jurídica a la reforma laboral”, en Newsletter #2 del Institut d’Estudis del Treball, 2012:2-8. Accesible en: <http://iet.uab.cat/documents/Newsletters/IETNewsletter2.pdf>

Randstad. Accesible en: <http://www.randstad.es/content/aboutrandstad/sala-de-prensa/notas-de-pre...>

Recio, A. “Dos mentiras sobre la reforma laboral”, en *mientrastanto.e*, n.º 100, marzo de 2012. Consultable en: <http://mientrastanto.org/boletin-100/notas/cuaderno-de-depresion-7>

Fundación Ideas. *Reforma laboral y crisis: efectos sobre la economía española*. <http://ep00.epimg.net/descargables/2012/03/27/4d7c811f8439a44fbca0eb5a041cac4e.pdf>

Vives, A.; Vanroelen, C.; Amable, M.; Ferrer, M.; Moncada, S.; Llorens, C.; Muntaner, C.; Benavides, FG.; Benach, J. “Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health”, en *Int J Health Serv*, 2011; 41(4): 625-46.

Walters D.; Nichols, T. *Worker representation and workplace health and safety*. New York:

Palgrave MacMillan, 2007.

[Joan Benach y Gemma Tarafa forman parte del Grup de Recerca Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET) de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona; Neus Moreno, Salvador Moncada y Clara Llorens forman parte del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO) de Barcelona; Carles Muntaner forma parte del GREDS-EMCONET y de la Bloomberg Faculty of Nursing and Dalla Lana School of Public Health de la Universidad de Toronto; María Menéndez forma parte del GREDS-EMCONET y de Comissions Obreres de Catalunya.]