



Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008



Índice

Presentación Mauricio Torres Tovar	3
Situación en Argentina Dr. Jorge A. Kohen	6
Situación en Brasil (español) Fátima Sueli Neto Ribeiro	27
Situación en Brasil (portugués) Fátima Sueli Neto Ribeiro	57
Situación en Colombia Mauricio Torres Tovar Jairo Luna García	87
Situación en Ecuador Oscar Betancourt	112
Situación en México Mariano Noriega Elio, Jesús Gabriel Franco Enríquez, María de los Ángeles Garduño Andrade, Laura Elena León Cruz, Susana Martínez Alcántara, Adriana Cecilia Cruz Flores	127
Situación en Uruguay Fernando Tomasina, Nurit Stolovas, Elizabeth Chaves, Alicia Arroyo, Elizabeth Bozzo, Walter Miglionico	139

DEFENDER, PROTEGER Y EXIGIR EL DERECHO A LA SALUD EN EL TRABAJO EN EL CONTINENTE

“...los riesgos ocupacionales no son ajenos al funcionamiento de la sociedad y por consiguiente la propuesta de soluciones depende más de la correlación de las fuerzas políticas y sociales al interior de una sociedad concreta y de la capacidad reivindicativa sindical y partidaria, que de meras cuestiones técnicas”.

Ignacio Almada
Carlos Santos
En: Muerte en el Trabajo

Vivimos un momento histórico dado por el colapso del sistema económico capitalista que de seguro traerá profundas repercusiones sobre el mundo del trabajo, superiores al proceso actual que ha llevado a que el trabajo sea principalmente informal, tercerizado, con persistencia de presencia infantil, aumento de formas de esclavismo moderno y con grandes tasas de desempleo.

En este contexto que sin lugar a duda ha precarizado las condiciones de trabajo de millones de personas en el mundo, con sus lamentables consecuencias en la vida y salud de éstas, la Red de Salud y Trabajo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) se ha planteado como uno de sus propósitos en la agenda de acción, producir conocimientos críticos en el campo de la relación entre condiciones de trabajo, salud y ambiente.

Bajo el entendido que la información que se produce en los países de la región en el campo de la relación entre trabajo y salud suele ser información oficial que tiende a favorecer los intereses de los sectores de poder, la Red de Salud y Trabajo de ALAMES se ha propuesto desarrollar un ejercicio de elaboración de un informe alterno, en esta materia, siguiendo la experiencia previa de ALAMES y la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD) en la elaboración de un informe alterno en materia del derecho a la salud en el continente¹, y del Movimiento de Salud de los Pueblos (PHM, People's Health Movement) con el informe alterno mundial de salud².

El esfuerzo de producir un informe continental en materia de salud y trabajo desde una mirada crítica, no oficial, resulta complejo, dada la debilidad en los sistemas de información en este campo en los países de la región.

¹ ALAMES y PIDHDD (2006). *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina.*

www.alames.org

² PHM (2008). *Global Health Watch 2*; y PHM (2006). *Global Health Watch*

www.ghwatch.org

Este primer esfuerzo adelantado por la Red de Salud y Trabajo en este camino, evidencia las debilidades y vacíos en la información en esta materia en algunos países de la región, contrastados con otros donde ya se da un mejor desarrollo de éstos sistemas.

Para el conjunto de trabajadores y trabajadoras del continente, para sus organizaciones sindicales y para el conjunto de profesionales y técnicos que laboramos y nos identificamos en la defensa del derecho a la salud en el trabajo, se constituye en un reto avanzar en constituir sistemas propios de información, que permitan contrastar la información producida en esta materia por organismos internacionales como la OMS, OPS y OIT, por los Ministerios de Salud y de Trabajo de la Región, por los gremios empresariales, por los sectores académicos y por las ONGs.

Este primer informe que produce la Red de Salud y Trabajo de ALAMES ha sido un trabajo desarrollado durante los años 2007 y 2008, que da luz a través de este libro y da cuenta de la situación del derecho a la salud en el trabajo de varios países de la región: 3 países de Mercosur (Uruguay, Brasil y Argentina); 2 países de la Comunidad Andina (Ecuador y Colombia); México y una ciudad de Canadá (Quebec). En este sentido, sin incorporar la totalidad de los países de la región como es lo ideal, logra dar cuenta, a manera de casos, de la mayoría de las subregiones del continente.

El informe fue estructurado de manera homogénea. Cada capítulo aborda para el país (o ciudad en el caso del capítulo de Quebec) el contexto económico, político y social; el marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo; la estructura institucional de salud laboral; la descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud en el trabajo; la conflictividad social en torno al derecho a la salud; la experiencia desde los propios trabajadores/as; cuando menos un estudio de caso sobre situaciones de salud en el trabajo; los cambios en el mundo del trabajo que han operado y la manera como se ha dado la relación entre la globalización y salud en el trabajo en el país; y el escenario futuro que se vislumbra en el país en el campo de la salud en el trabajo .

El panorama que muestran estos capítulos en materia del derecho a la salud en el trabajo en el continente es heterogéneo, permitiendo concluir de manera general que aquellos países donde el Estado asume la responsabilidad de la garantía de éste derecho hay desarrollos institucionales importantes, hay rectoría estatal que controla y exige a los empleadores para que cumplan las obligaciones de proteger la salud en el trabajo y hay espacios para que los trabajadores organizados intervengan en el curso de las decisiones públicas, configurando una tendencia de garantía de éste derecho. De otro lado, en los países donde el Estado ha abandonado su responsabilidad de proteger éste derecho, dando campo al sector privado con las aseguradoras de riesgos profesionales, se ha dado una mercantilización de este derecho, con una falta de regulación del

Estado a los empleadores, una restricción en la participación de los trabajadores organizados en las decisiones, con una clara tendencia a la violación del derecho a la salud en el trabajo.

En este sentido como una de las conclusiones importantes de este informe se puede decir que para desarrollar una política nacional y local de protección de la salud en el mundo del trabajo y avanzar en la garantía del derecho a la salud en el trabajo se hace necesario desarrollar una política laboral que posibilite el trabajo en condiciones dignas y seguras, consolidar procesos institucionales estatales en salud laboral, restringir y controlar los sistemas de aseguramiento privado en riesgos profesionales, fortalecer la rectoría estatal de la inspección en el trabajo tanto a las empresas nacionales como en las multinacionales y fortalecer y ampliar la participación de los sectores organizados de trabajadores y trabajadoras en el campo del diseño y control de las políticas públicas y las políticas empresariales en materia de salud en el trabajo.

Sin lugar a dudas el colapso mundial del sistema económico financiero puede ser una oportunidad para redefinir el rumbo del mundo. En este sentido esperamos que este informe tenga una utilidad práctica, que sea una herramienta en los países de la región para que se discuta la situación del derecho a la salud en el trabajo y se generen múltiples mecanismos de acción para su defensa, protección y exigibilidad, en la vía de recomponer el escenario de trabajo en las sociedades, para construir un continente con justicia social, respetuoso de la vida y la salud de los y las trabajadoras y protector del ambiente.

Por último, expreso los agradecimientos a cada uno y cada una de las compañeras de la Red de Salud y Trabajo de ALAMES que dedicaron de manera militante tiempo extra laboral para elaborar los capítulos que estructuraron este informe, y de manera muy especial doy agradecimiento al querido compañero mexicano Rafael González, miembro del equipo de apoyo a la Coordinación General de ALAMES, quien de manera muy generosa y militante sacó tiempo para hacer el trabajo de edición electrónica de este informe. Sin lugar a dudas este es un trabajo colectivo obtenido producto de la persistencia.

Mauricio Torres Tovar

Coordinador Editorial del Informe

Médico, Salubrista Ocupacional

Miembro de la Red de Salud y Trabajo y

Coordinador de la Región Andina de ALAMES

Situación en Argentina



Minero de Rio Turbio, Argentina

AREA SALUD Y TRABAJO
Facultad de Medicina. Universidad Nacional Rosario. Argentina
Responsable: Dr. Jorge A. Kohen

Introducción

1. Contexto económico, político y social (una página tamaño carta)

1.1. Características socio-demográficas

La República Argentina es un país ubicado en el extremo sur de América organizado como una república representativa y federal. Por su extensión, es el segundo estado de América del Sur sólo si se considera la superficie continental americana sujeta a su soberanía efectiva de 2.780.400 km².

La población de la Argentina censada en noviembre de 2001 ascendía a 36.260.130 habitantes (el 0,59% de la población mundial). Aunque la posterior corrección de población por cobertura y conciliación censal que realizó el INDEC llevó a la población a 37.282.970 habitantes en el mismo período. La estimación al 30 de junio de 2006 es de 38.970.611 habitantes, con una densidad media de 14 hab/km².

El ritmo de crecimiento poblacional viene descendiendo con el correr de las décadas. Así en el período 1981-1991, la tasa de crecimiento medio anual fue de 14,7% y en el decenio 1991-2001, apenas del 10,1%.

La distribución por edad y sexo puede observarse en la figura siguiente:

Total Hombres: 17.659.072

Total Mujeres: 18.601.058

Total General: 36.260.130

La Argentina tiene una Población Económicamente Activa de aproximadamente casi 15 millones de personas, 13 millones ubicados en el ámbito urbano, 1 millón 600 mil personas trabajando en el ámbito rural.

1.2. Características económicas

La Argentina tiene un desarrollo capitalista dependiente basado en una estructura agro exportada con un desarrollo industrial vinculado a la producción agrícola.

Los efectos del modelo neoliberal aplicado desde la instauración de la última dictadura militar del año 1976 tuvieron fuerte desarrollo en la década del 90 produciendo importantes modificaciones políticas, económicas y sociales que terminaron en una crisis generalizada en el año 2001.

Los cambios más importantes operados en la década del 90 estuvieron centrados en las privatizaciones y desmantelamiento de las empresas del estado: ferrocarriles, petróleo, electricidad, minería, siderurgia, aviación, fabricaciones militares, telecomunicaciones y demás servicios.

El modelo neoliberal implantado por la dictadura Militar, profundizado por Carlos Menem y sostenido por De la Rúa liquidó el desarrollo industrial alcanzado por la Argentina en la etapa de sustitución de importaciones y desarrollista cepalino (1946-1970) y estableció el dominio del capital financiero especulativo en consonancia con el modelo capitalista globalizado.

La estructura agraria argentina basada en el latifundio improductivo dio paso a la introducción de capitales transnacionales integrados (agroquímicos, semillas, exportación) quienes a su vez compran grandes extensiones de tierra a campesinos empobrecidos o quebrados por la crisis.

Sobre esta base de tenencia de la tierra argentina tiene grandes cosechas de soja, trigo, maíz, oleaginosas y una tradicional producción de carne vacuna y se ha constituido en uno de los principales países agro exportadores de alimentos

La Argentina a partir del 2003 tiene un ritmo de crecimiento económico del 8 al 10% anual basado fundamentalmente en la exportación de soja, trigo y maíz lo cual le permite tener al gobierno de Néstor Kirchner tener un importante superávit fiscal y haber cancelado la deuda con el FMI.

Durante el gobierno de Nestor Kirchner la Argentina realizó una importantísima quita a los acreedores de la deuda externa, y a partir de la cancelación de la deuda el FMI y Banco Mundial dejaron de imponer las políticas internas

Durante el 2006, cada punto que creció la actividad económica, hizo que el empleo aumentara 0,65%. De esta manera, como el año pasado la actividad industrial creció 8,3%, su aporte hizo que el empleo se incrementara en un 5,39%

El diario Clarín recoge un Informe del Ministerio de Economía de la Nación y señala: "en el marco de un crecimiento industrial del 8,3 % en 2006, la elasticidad empleo-producto industrial se ubicó en 0,65, lo que equivale a que por cada 1 punto porcentual de crecimiento industrial el empleo creció 0,65% .

La cifra no es para nada despreciable, pero revela que en el 2003 y el 2004 el impacto que tenía el crecimiento industrial sobre el trabajo era aún mayor. Es que si se mira la elasticidad empleo-producto industrial para el período 2003-2006, se observa que entonces por cada punto porcentual que crecía la actividad de la industria, el empleo crecía 0,72%.

De todas maneras, en el informe del Ministerio de Economía se subrayó que "la actual performance es opuesta a la del período 1995-2001, cuando la elasticidad fue de sólo 0,07%". Y se remarcó que "esa etapa estuvo signada por el crecimiento con destrucción de empleo y por la mayor caída del empleo que de la producción"¹.

1.3. Características sociales

En la Argentina hay 10,3 millones de pobres, de los cuales 3,3 millones son indigentes. Estas cifras surgen de proyectar a todo el país los datos que difundió el INDEC sobre la evolución de la pobreza y la indigencia en el segundo semestre de 2006.

Así, la pobreza que estaba en el 33,8% de la población en el segundo semestre de 2005 bajó al 26,9% en el segundo semestre de 2006. En esos mismos 12 meses, la indigencia bajó desde el 12,2% al 8,7% de la actualidad.

Estos resultados se explican por la combinación de mayor empleo, aumentos salariales y la contención de los incrementos en los precios de los alimentos básicos durante gran parte del año pasado.

Cuando Kirchner asumió, en el primer semestre de 2003, la pobreza estaba en 54%. Un poco antes, en octubre de 2002, había llegado a 57,5%.

Así, con relación al peor momento de la crisis, la pobreza se redujo a la mitad y la indigencia a una tercera parte.

En términos de pobreza, esto significa que hay uno de cada cuatro argentinos que no dispone de dinero suficiente para comprar una canasta básica de bienes y servicios.

¹ Clarín, 25 febrero 2007. Diario Argentino circulación nacional.

Esa canasta está valuada en 921² pesos mensuales para una familia tipo. En tanto que la canasta familiar de indigencia está en 428 pesos.

Si no se computa la ayuda de los planes sociales, la pobreza estaría en el 27,7%. y la indigencia sería del 9,8%, en lugar del 8,7%³.

Aunque la desocupación vuelve a los niveles 1992/93, el mayor empleo actual convive con:

- trabajo en negro (40%)
- pobreza (40%)
- indigencia (9%)

muy superiores a los de aquel momento.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo

Tempranamente en la Argentina se fueron incorporando los derechos de los trabajadores a la legislación la primer Ley de Accidentes de Trabajos fue sancionada en 1916 a iniciativa del diputado socialista Alfredo Palacios (9688) y con modificaciones estuvo vigente hasta 1996)

En 1949 se sanciona una nueva constitución nacional que consagra ampliamente los derechos de los trabajadores en la misma y coincide con una distribución del PBI del 45% a los trabajadores. Esta constitución fue derogada en 1955 por el golpe de estado que derrocó al gobierno del Gral. Juan Domingo Perón .

En el año 1958 se realiza una Asamblea General Constituyente que incorpora en su artículo 14 y 14 bis los derechos de los trabajadores incluyendo el salario mínimo vital y móvil como derecho constitucional.

En 1970 se establece el Sistema de Seguridad Social obligatorio para todos los trabajadores y empleadores se crean las Obras Sociales y se crea el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI), quedando cubierto con estos dos sistemas la cobertura el 80 % de la PEA.

Durante la década menemista se derogan las principales leyes que garantizaban los derechos fundamentales de los trabajadores y se introduce en la legislación la precarización laboral.

La reforma a la Constitución del año 1996 no incorpora ningún derecho a favor de los trabajadores, solo sanciona que los convenios internacionales suscriptos por la Argentina tienen fuerza de Ley.

En la actualidad las dos leyes fundamentales vigentes que protegen la salud de los trabajadores son:

- Ley de riesgos del trabajo: N° 24.557/96
- Ley de higiene y seguridad en el trabajo: 19587/79

La Ley N° 24.557 del año 1996 creó el sistema de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y la Súper Intendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) , esta última dependiente

² Al momento de este informe 1 US\$ equivale a 3,07 pesos argentinos

³ Ismael Bermúdez, Clarín 01 marzo 2007.

del Ministerio de Trabajo que regula , controla y sanciona de acuerdo a lo dispuesto en la ley.

Desde 1996 se han dictado infinidad de resoluciones, decretos y recomendaciones de la SRT.

Los decretos que deben consultarse permanentemente son:

Decreto 658-96.	Listado de Enfermedades
Decreto 659-96	Baremo evaluación incapacidades.
Laudo 405. 2/5/96.	Manual de Procedimiento para el Diagnóstico de Enfermedades Profesionales.
Decreto 1278/00.-	Modificaciones al Régimen de Riesgos del Trabajo.

Bibliografía: Consultar pagina Web Superintendencia Riesgos del trabajo de la Argentina dirección electrónica : www.srt.gov.ar

3 - Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área.

Como ya señalamos el sistema de salud en el trabajo se rige por la ley 24557 del año 1996 y los decretos reglamentarios.

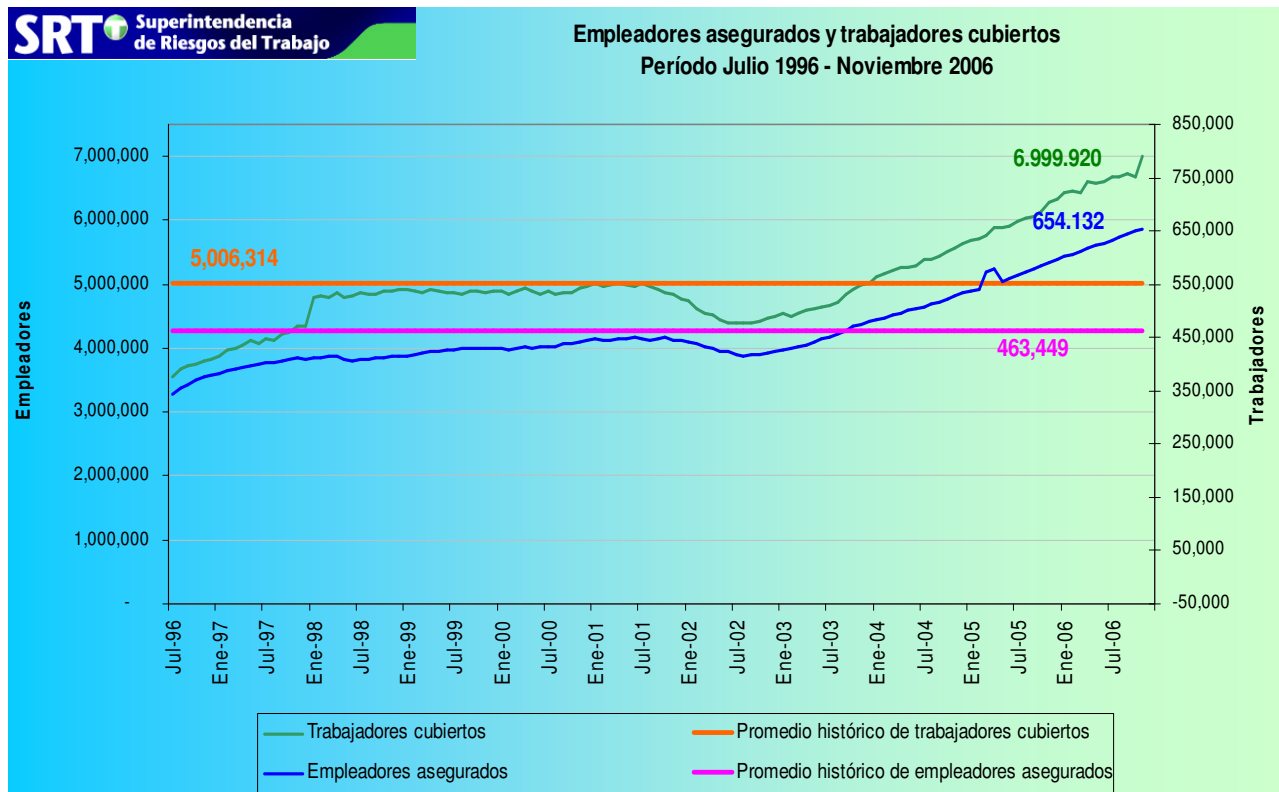
Las principales características del sistema de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo son: entidades PRIVADAS CON FINES DE LUCRO, las prestaciones de salud y las dinerarias están a cargo de las aseguradoras.

Las indemnizaciones por accidentes o enfermedades laborales tienen un valor tope que es inferior al valor vida en la instancia civil. Esto crea una diferencia de derechos y ciudadanía para los trabajadores.

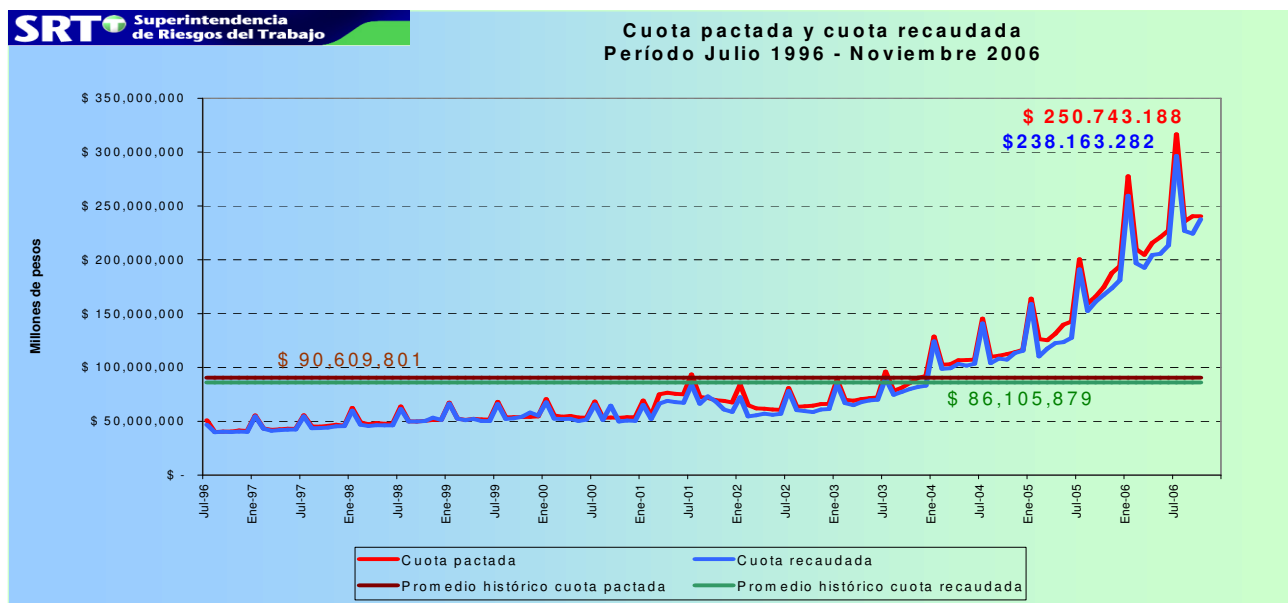
Por ejemplo : En un accidente que ocurra en un medio público de transporte la vida de los pasajeros tiene un valor muy superior a la vida de los conductores que se rigen por la Ley de riesgos del trabajo. Esta inequidad fue impuesta en la legislación a partir del año 1996.

De las 29 aseguradoras que actualmente operan en el mercado, 7 de ellas concentran respectivamente, alrededor del 70% de los casi 7 millones de asegurados.

El 75% de las denuncias de los siniestros resultaron de afiliados a las 7 aseguradoras de mayor cobertura en el mercado.



El número de trabajadores asegurados a noviembre del 2006 era de 6. 999.920, las empresas aseguradas ascienden a 654.132 y el monto histórico de recaudación desde que el sistema entro en vigencia es de 228.188.232 pesos(la mayoría son pesos dólares por haberse cobrado antes de la devaluación del 2001)



4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud en el trabajo

4.1. Bloque de indicadores sobre estado de la salud en el trabajo

A partir de la sanción de la Ley de Riesgos del trabajo en 1996 y con la creación de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo existen en la Argentina estadísticas confiables sobre accidentes y enfermedades del trabajo.

Estas estadísticas están referidas solamente a los trabajadores asegurados quedando por conocer que sucede con aquellos trabajadores excluidos del sistema de seguridad en el trabajo por su condición de precarizados.

Por tal motivo las estadísticas hacen referencia al 60% de los trabajadores ocupados.

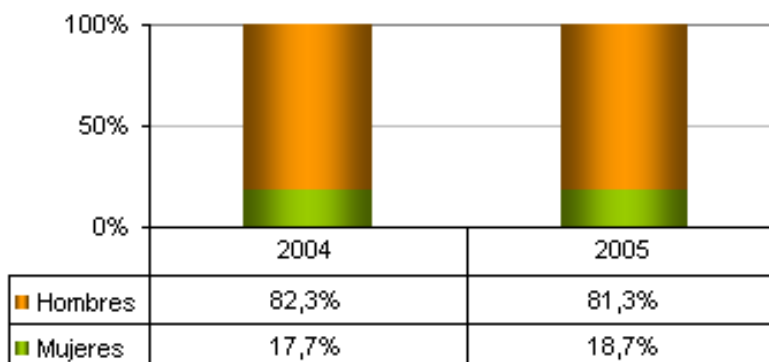
Las estadísticas y su evolución histórica y detallada puede consultarse en la página Web de la SRT están en los Informes Anuales y los Boletines mensuales.

A continuación incluimos en este informe las publicadas en el Último Informe Anual publicado en 2006 por la SRT de Argentina.

Cuadro 1.- Casos notificados periodo 2002 -2005

Tipo de caso notificado	2002	2003	2004	2005
Accidente de trabajo	281.910	344.561	412.961	476.923
Enfermedad profesional	5.733	5.630	8.055	9.641
Accidente <i>in itinere</i>	43.039	48.121	54.715	61.526
Reingreso	13.363	16.247	19.116	22.734
Total de casos notificados	344.045	414.559	494.847	570.824

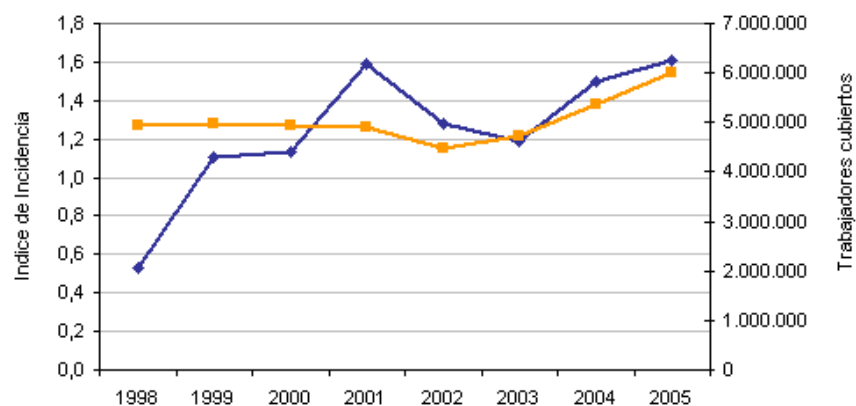
Cuadro 2.- Distribución porcentual de los casos notificados, según sexo del trabajador lesionado. República Argentina, período 2004-2005.



Cuadro 3.- Lesiones notificadas según actividad económica con mayor número de casos y sexo de trabajador. República Argentina, año 2005

Mujer		Hombre	
Servicios comunales, sociales y personales	61,0%	Industrias manufactureras	25,3%
Comercio, restaurantes y hoteles	15,5%	Servicios comunales, sociales y personales	25,1%
Industrias manufactureras	10,9%	Comercio, restaurantes y hoteles	14,2%
Subtotal	87,4%	Subtotal	64,5%
Resto de las actividades	12,6%	Resto de las actividades	35,5%
Total	100,0%	Total	100,0%

Cuadro 4.- Índice de incidencia de enfermedades profesionales. República Argentina, período 1998-2005



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ind. inc.	0,5	1,1	1,1	1,6	1,3	1,2	1,5	1,6
Trab. cub.	4.937.634	4.988.637	4.921.580	4.918.744	4.472.059	4.716.556	5.355.265	6.000.749

Durante 2005 las ART notificaron 9.641 enfermedades profesionales, lo cual ha determinado un índice de incidencia de 1,6‰ trabajadores cubiertos promedio, discretamente algo por encima de lo registrado durante el año 2004 (1,5‰),

Existe un gran subregistro de enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo debido a que el listado de enfermedades ocupacionales adoptado por la argentina fue construido un criterio restrictivo y exclusivamente indemnizatorio, pensando en el beneficio de las compañías aseguradoras.

**Cuadro 5.- Indicadores de mortalidad laboral.
República Argentina, período 2002-2005**

Indicador	2002	2003	2004	2005
Fallecimientos	680	718	804	857
Letalidad Global x 100.000	197,6	173,2	162,5	150,1
Índice de incidencia global	152,1	152,2	150,1	142,8
Fallecimientos AT/EP[1]	418	445	523	530
Letalidad AT/EP[1]	145,6	127,0	124,2	108,9
Índice de incidencia AT/EP[1]	93,5	94,3	97,7	88,3

4.2. Indicadores tradicionales de población económicamente activa, porcentaje de empleo formal, independiente e informal, porcentaje de desempleo.

Las Características de la Población Económicamente activa de la Argentina al año 2006 se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Características de la población económicamente activa en Argentina en 2006.

Tasas	2006 diciembre
Actividad	46.1
Empleo	42.1
Desocupación	8.7
Subocupación	10.8
Subocupación demandante	7.5
Subocupación no demandante	3.3

El ritmo de la desocupación



En la Infografía tomada del diario Clarín puede observarse la evolución del desempleo desde el año 1993 hasta el 2006 vinculada a eventos económicos y políticos ocurridos en el periodo.

Puede observarse como en el decenio de Menem y durante el gobierno de De la Rúa las políticas neoliberales fueron determinantes para el incremento del desempleo a niveles records para la Argentina

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo

Durante el año 2006 se intensificó el debate en la sociedad civil y en el parlamento sobre la necesidad de la reforma a la ley de Riesgos del trabajo siendo un reflejo de la conflictividad social vinculada al derecho a la salud de los trabajadores.

Existen en el parlamento más de 4 proyectos el del Ministerio de Trabajo de la Nación, dos proyectos sindicales uno de la CGT y otro del CTA y por último una propuesta de la Unión de ART y la Unión Industrial Argentina.

La SRT ha organizado un conjunto de iniciativas en función de modificar la ley de Riesgos del trabajo impulsó un debate amplio en marco del 2006 y realizó una presentación y debate en el parlamento nacional.

Hemos impulsado desde la Universidad Nacional de Rosario las Primeras Jornadas de reflexión, debate y propuestas: ¿Cuál debe ser la ley de riesgos del trabajo que necesitamos los trabajadores para proteger nuestra salud? Durante mayo y junio del 2006 con la participación de más de 20 organizaciones sindicales

El acta firmada se dice:

Los delegados de los sindicatos que han convocado a las Primeras Jornadas de reflexión, debate y propuestas para ser incluidas en la reforma a la Ley de Riesgos del Trabajo que se discutirá próximamente en el parlamento nacional y ante la existencia

⁴ Clarín 1 de marzo 2007.

de diversos anteproyectos de ley que han sido elaborados por diferentes instituciones para reemplazarla, manifestamos que:

- Estamos altamente interesados en que los beneficios de la nueva ley alcance a todos los trabajadores y trabajadoras de nuestro país, incluidos aquellos que actualmente están excluidos e independientemente del tamaño de la empresa en que se desempeñen y de la modalidad de contratación que tengan;
- Consideramos esencial que la nueva ley que se adopte tenga en su concepción una alta prioridad por el establecimiento de políticas, programas y planes de acción centrados en la prevención de los riesgos del trabajo;
- Queremos una ley que sea intrínsecamente participativa, es decir, que promueva la utilización de diversos mecanismos de relaciones del trabajo que permitan la participación activa de los trabajadores y las trabajadoras en diferentes planos de actuación, tanto sea dentro de la empresa como a nivel del sector productivo y en el plano nacional (incluyendo su representación en los órganos e instituciones municipales, provinciales y regionales existentes y competentes en la materia);
- Estamos altamente interesados en que la nueva ley de prevención de riesgos asegure nuestra participación activa en los procesos de gestión y control de la calidad de los procesos productivos y de la prestación de servicios que existen en los establecimientos donde trabajamos y en la evaluación y el mejoramiento de nuestras condiciones de trabajo;
- Entendemos que esa participación debería canalizarse mediante la creación de comités mixtos y paritarios de seguridad y salud en el trabajo, de la creación del delegado de prevención y/o de otras figuras que aseguren la representación de los trabajadores en esas materias;
- Nos interesa contar con una ley que, teniendo como principal objetivo la prevención, garantice el reconocimiento de todas las enfermedades originadas en el trabajo o que sean consecuencia de él, así como el resarcimiento justo, adecuado y oportuno del daño ocasionado a los trabajadores por los accidentes o las enfermedades profesionales.
- Estamos preocupados por las limitaciones presupuestarias, de logística, de competencias y de conocimientos con que cuentan los servicios de inspección del trabajo en todo el país, que les impiden la realización de intervenciones eficaces y eficientes para verificar el cumplimiento de la ley;
- Nos llama la atención las escasas actividades de prevención que realizan las aseguradoras de riesgos del trabajo;
- Observamos con preocupación la falta de la adopción de sistemas de gestión en salud y seguridad del trabajo en la gran mayoría de las empresas privadas, y en los organismos del Estado en todos sus niveles; y
- Nos pronunciamos por un sistema de prevención de riesgos del trabajo que garantice el derecho a un trabajo saludable y decente, donde los entes del sistema no tengan como finalidad el lucro y formen parte del sistema de seguridad social público.

Los empresarios han centrado sus críticas a las propuestas de los trabajadores en los siguientes temas:

1º- Doble vía Que los trabajadores puedan recurrir a la Justicia Civil en caso de no ser justamente resarcido el daño sufrido con motivo del trabajo

2º- Tarifas : El valor de la vida de un trabajador pretenden fijar un tope máximo y continuar pagándolo en cuotas

3º- Excesiva delegación

Pretenden limitar el poder de la SRT

4º- Prescripción. Fijar un tiempo después del cual los trabajadores no puedan reclamar

5º- Comités mixtos : Oposición total a la participación de los trabajadores y la creación de la figura del delegado sindical de seguridad y salud en el trabajo

En el plano de la movilización existen pocas experiencias de movilizaciones exigiendo una política activa en prevención y promoción de la salud en el trabajo.

El gremio de la Construcción ha convocado a solo a tres paros nacionales en mas de diez años ante casos de accidentes fatales que involucraron a un numero importante de trabajadores .

El gravísimo accidente ocurrido en las Minas de Río Turbio donde murieron 14 mineros genero una rebelión popular en la Patagonia .

Las experiencias son aisladas y tienen una característica se producen ante un accidente que toma notoriedad en la opinión publica y luego de la protesta inicial se diluye y cae en el olvido.

6. Experiencias desde los propios trabajadores/as.

En 1986 con la reinstalación de un gobierno en la Argentina y el regreso del exilio de un importante núcleo de investigadores y dirigentes sindicales se realizan las Primeras Jornadas Nacionales tripartitas sobre condiciones de trabajo y salud donde tuvo un papel destacado en su gestión Carlos Aníbal Rodríguez desde el Ministerio e Trabajo y a Julio Cesar Neffa desde el Centro de Investigaciones Laborales del CONICET.

Desde el CIDEIL (Centro Interdisciplinario de Investigaciones y Estudios Laborales) la Universidad Nacional de Rosario en el año 1992 se convoco al Primer Encuentro Nacional de salud y trabajo el cual impulso el encuentro entre el saber académico y el saber de los trabajadores.

En dicho encuentro se presentaron 180 investigaciones realizadas desde los sindicatos y otras instancias de organización obrera y en dicho encuentro se conformo la red Argentina de salud de los trabajadores.

La RED Argentina de salud y Trabajo convoco a dos encuentros nacionales mas jugando un papel importante en el Segundo y Tercer Encuentro el destacado dirigente sindical Carlos Cassinelli.

Durante ese periodo y hasta su fallecimiento, en un trágico accidente aéreo cuando regresaba de la provincia de Misiones, Carlos Cassinelli impulso la creación de la rama salud de ATE Nacional y desde allí denunció las precarias condiciones de trabajo en los Hospitales públicos, e impulso los primeros estudios sobre salud y trabajo de los trabajadores de la salud.

Durante el año 1995 se organiza simultáneamente en la provincia de Santa Fe el Primer Curso Nacional de formación sindical en salud y Trabajo por la Red Nacional de salud Y Trabajo, ATE (Asociación Trabajadores del Estado) Santa Fe y la naciente CTA (Central Trabajadores Argentinos).

Durante los años 1994-1995 la Confederación Trabajadores de la educación de la republica Argentina (CTERA) impulso una encuesta nacional sobre salud y trabajo docente único estudio de carácter nacional y con metodología participativa que se realizo en la Argentina desde un sindicato.

Los resultados de dicho estudio fueron publicados en el libro: "Salud y Trabajo Docente. Tramas del malestar en las escuelas Argentinas", cuyos autores son Deolidia Martínez, Iris valles y Jorge Kohen⁵.

En ese periodo los trabajadores del Neumático de la Provincia de Buenos Aires y telefónicos de Capital federal realizan importantes investigaciones y aportes en la denuncia de los efectos de la Precarización laboral y el impacto en la salud de los trabajadores.

La Unión Obrera Metalúrgica de Villa Constitución realiza investigaciones sobre el impacto de la nuevas relaciones laborales, las nuevas tecnología y los accidentes de trabajo librando a lo largo de 10 años importantes luchas e imponiendo la conformación de una comisión mixta de higiene y seguridad en la fabrica.

Pueden consultarse el estudio de Jacobo Mustafa dirigente metalúrgico de Villa Constitución donde demuestra que los trabajadores precarizados tienen una incidencia seis veces mayor que los estables de accidentes de trabajo.

En 1997 a partir de los encuentros de Rosario y de los intercambios con el departamento de Salud Ocupacional de la Universidad de la Republica Oriental del Uruguay, los aportes de Luis Carlos Fadel de Vasconcellos, Fatima Sueli Riveiro del Brasil por el Ministerio de salud del estado de Rio de Janeiro Brasil se impulsa el primer Encuentro del MERCOSUR de salud y trabajo para sindicatos y universidades dando origen a la creación de la Red Salud, Trabajo y Ambiente del MERCOSUR.

Desde el año 1997 hasta la fecha el sindicato de trabajadores del poder Judicial de la provincia de Santa Fe ha desarrollado un proceso de investigación- acción e intervención sobre condiciones de trabajo y salud conjuntamente con el ASyT de la facultad de Ciencias Médicas de la U.N. Rosario.⁶

El Sindicato ha logrado sostener una labor ininterrumpida de 10 años en el tema y es el único sindicato que ha generado información comparativa de dos periodos 1997/8 y 2005/ en la misma población de trabajadores y comprobado como lo que en el primer estudio se manifestaba como síntoma 7 años después aparecía como enfermedad.

Este sindicato desarrollo un programa denominado EPIJUD (Programa de Monitoreo epidemiológico) autoaplicado por sus trabajadores, logro incluir la temática de la salud y el trabajo en los programas de capacitación de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia e importantes mejoras en los aspectos edilicios y ergonómicos del trabajo.

⁵ Martínez D., Valles I., Kohen J., *Salud y Trabajo Docente. Tramas del malestar en la Escuela*, KAPELUZ, Buenos Aires 1997.

1. ⁶ Kohen, J., Canteros G., *Salud y Trabajo de los judiciales*, Reymur, Rosario 2000.

Esta experiencia fue tomada y ampliada por los trabajadores judiciales de la Provincia de Entre Ríos (AJER) dando origen a la creación del comité de salud y trabajo del gremio, los departamentos sindicales de salud con incorporación de equipos interdisciplinarios de salud y trabajo.

La experiencia se instaló luego en el plano nacional constituyéndose en una experiencia que desde las bases llega al plano nacional.

Desde el año 2003 en un nuevo contexto político, social y económico la SRT a partir de un documento denominado: Lineamientos Estratégicos define una clara orientación en defensa de la salud de los trabajadores y se compromete en impulsar el desarrollo de políticas destinadas a la prevención de accidentes y enfermedades laborales.

Se implementó una política amplia desde la SRT de formación de cuadros sindicales en salud y trabajo en convenios con la CGT Y CTA las dos centrales sindicales de la Argentina y diversas federaciones sindicales.

Así es como se financian más de 300 cursos nacionales y locales de formación de delegados sindicales en todas las ramas de la producción y los servicios. Pueden consultarse los detalles de esta política en la página web: www.srt.gov.ar.

Por último un espacio muy importante de encuentro, discusión y presentación de investigaciones y políticas sobre salud de los trabajadores en la Argentina lo constituyen las Jornadas denominadas “Semana Argentina en salud y seguridad en el Trabajo” que se desarrollan anualmente con motivo del día Internacional de la Seguridad y salud en el trabajo.

En la actualidad se han desarrollado un importante número de Centros y Programas Universitarios y sindicales dedicados a estudiar condiciones de trabajo y salud los cuales se vieron reflejados en la IV Semana Argentina de salud y Seguridad en el Trabajo.

7. Estudios de caso.

7.1. Ejemplo de los resultados a la violación de las condiciones de trabajo y salud de los mineros en la Argentina:

Publicado diario Clarín 16 de junio de 2004

Tragedia en una mina de carbón: 4 muertos y 10 desaparecidos.

Los mineros están atrapados a más de 600 metros de profundidad y a 7.000 de la entrada. Una chispa en una cinta transportadora desató el incendio y el derrumbe de los túneles. Todavía se combate el fuego.

Anoche, los bomberos todavía no habían logrado apagar el incendio que afectaba una mina de los Yacimientos Carboníferos de Río Turbio. Cuatro mineros que estaban en el socavón cuando ocurrió el accidente fueron encontrados muertos. Otros diez hombres siguen atrapados adentro, a 600 metros de profundidad y a 7 mil de la entrada. Se desconoce si aún están vivos.

El fuego, según las fuentes consultadas, se habría iniciado a las 22.30 del lunes a raíz de un chispazo en uno de los rodillos de la cinta transportadora que saca a la superficie el carbón de la mina 5. Ese chispazo hizo que enseguida entrara en combustión el grisú, la mezcla gaseosa de gas metano y aire súper inflamable y explosiva que se desprende de las paredes de los yacimientos de carbón.

Así, todo resultó envuelto en lenguas de fuego. Las vigas de madera que enmarcan las paredes y los techos de la mina se quemaron, lo que produjo derrumbes en varios sectores. Las paredes, repletas de carbón, se fueron incendiando en cadena. Y a medida que las llamas avanzaban fueron provocando más desmoronamientos.

Cuarenta y tres de los mineros que se encontraban en ese momento en el interior de la mina lograron escapar caminando y agarrándose de las manos. Antes habían intentado huir en un camión, pero el conductor terminó chocando contra una columna a causa del intenso humo, que no permitía ver nada.

Para asfixiar las llamas, ayer se taparon con bolsas de plástico las entradas a la mina. Al fuego se lo combate con agua, lo que puede provocar más derrumbes ya que el líquido diluye el carbón por completo.

A causa de las llamas, los cuerpos de rescate —integrados por personal de Defensa Civil y bomberos de Río Turbio, Río Gallegos y la localidad de 28 de Noviembre— lograron avanzar con mucha dificultad hacia donde presumiblemente están los mineros desaparecidos. Muy cerca de la entrada fueron encontrados los cadáveres de Miguel Cardozo (37) y Julio Alvarez (46). Y a medianoche hallaron los cuerpos de Nicolás Arancibia y José Víctor Hernández Zambrano.

La Junta Municipal de Río Turbio —la ciudad está a casi 300 kilómetros al oeste de Río Gallegos y a sólo 30 kilómetros de la ciudad chilena de Puerto Natales— difundió anoche la lista con los nombres de los hasta anoche desaparecidos: Ovelia Odilon, Sixto Alvarado, Héctor Rebollo, Ricardo Cabrera, Silverio Méndez, José Armella, José Vallejo, José Chávez y Oscar Marchant, además de otro no identificado.

Todos los intentos de rescate se hicieron hasta ahora desde una entrada alternativa que se conoce como "El Chiflón" y pertenece a la mina 7. Para las tareas de búsqueda de los hombres desaparecidos, el Ejército envió equipos de oxígeno y de visión nocturna. En el interior de la galería la oscuridad es total, ya que las llamas quemaron todas las instalaciones eléctricas.

También se quemaron las líneas de teléfono, por lo que no hay ninguna forma de comunicación entre los socorristas y los mineros que quedaron atrapados bajo tierra.

El secretario de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) de Santa Cruz, Alejandro Garzón, dijo que la mina de Río Turbio "era un peligro latente que veníamos denunciando desde hace 12 años".

En declaraciones a los medios de prensa, Garzón también sostuvo que "la desinversión que hubo en esta mina desde que fue concesionada fue tan grande que no estaban dadas las mínimas condiciones de higiene ni seguridad para los trabajadores".

El secretario general de la Municipalidad de Río Turbio, Oscar Nieddu, le explicó a Clarín que "los mineros atrapados están incomunicados desde que se produjeron los incendios y en este momento la tarea de los brigadistas es doble. Por un lado, trabajan para encontrar a los mineros; por el otro, apagar el fuego".

Nieddu también dijo que los socorristas estiman que los trabajadores bien podrían estar a siete kilómetros de la entrada, ya que allí se encuentran algunas bocas de ventilación abiertas en las que se podrían haber refugiado. La mina tiene, en total, unos 80 kilómetros de galerías y túneles, casi el doble que la red de subterráneos porteña.

Los equipos de rescate habían llegado anoche a unos 1.000 metros de distancia de ese lugar, según confirmó a última hora Paulino Rodríguez, secretario de la Producción de Río Turbio. Todos cruzaban ayer los dedos para que los mineros hubieran conseguido resguardarse en alguna burbuja de aire.

En el Hospital de Río Turbio hay dos mineros internados con problemas respiratorios. Ambos, según se informó, se encuentran fuera de peligro. En otro hospital cercano, el de la localidad de 28 de Noviembre, hay otro minero internado con un principio de asfixia.

Las causas del accidente y las responsabilidades:

La falta de mantenimiento y la ausencia de inversiones en el yacimiento quedó también en evidencia durante una inspección que realizó a la mina en el año 2002 personal de la Superintendencia de Riesgo de Trabajo (SRT) junto con la Subsecretaría de Trabajo de la provincia de Santa Cruz. Durante esa visita fueron detectadas alrededor de "un centenar de problemas de seguridad e higiene en general", según reveló a este diario el gerente general de la SRT, Rodríguez. Las irregularidades iban desde riesgo eléctrico por empalmes mal hechos, cables pelados y falta de disyuntores hasta la ausencia de registros actualizados de contaminantes químicos.

En abril de 2001, la Dirección Nacional de Inspección Federal del Trabajo elaboró una auditoría en el yacimiento y detectó:

Exceso de jornada diaria: por ejemplo, jornadas de 16 horas aproximadamente, en especial en el personal que trabajaba en el interior de la mina.

Falta de goce de descanso semanal: 25 días sin descanso alguno o un solo día de descanso al mes.

Falta de pausa de 12 horas entre el cese de una jornada y el comienzo de la otra.

Según la AGN, la detección de estas irregularidades "no dieron lugar a ninguna imputación por parte de la Autoridad de Aplicación".

No fueron los únicos abusos en materia laboral: el minero Alberto Barriga, secretario gremial de ATE-Santa Cruz, contó a este diario que durante la era Taselli se dejaron de hacer los exámenes anuales de salud a los trabajadores. "Cuando pertenecía al Estado se hacían. Con Taselli tuvimos dos controles en los siete años de concesión y a fuerza de paros." También detalló que era costumbre históricamente "que los compañeros más jóvenes estuvieran en los lugares de trabajo que requerían mayor esfuerzo: esa línea se rompió y hoy tenemos compañeros de 60 o 65 años que todavía están adentro de la mina".

Durante la concesión se redujo el personal de 1335 a alrededor de 700. En la reestructuración fueron eliminados los "botoneros", que controlaban el funcionamiento de la cinta transportadora del mineral –donde el lunes se desató el incendio que desencadenó la tragedia–, y fue-

ron reemplazados por paneles eléctricos. Para el gremio, la presencia de los botoneros podría haber evitado el fuego: “Hubiesen dado la alarma antes de que las llamas crecieran”, señaló Barriga. También, por aquellos años, fue desactivada la brigada de salvataje: “Estaban los equipos pero la gente fue destinada a otras tareas”, apuntó Barriga. “La mina fue devastada por Taselli. Nunca se alcanzaron los niveles de producción de antes de ser concesionada”, agregó.

7.2. Ejemplo de defensa del derecho a la salud en el trabajo y la acción del sindicato:

El ejemplo que a continuación transcribimos es el fruto de siete años ininterrumpido de labor conjunta entre los sindicatos de trabajadores y el Área Salud y Trabajo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR que

El martes 19 de septiembre 2006, del Área de Salud y Trabajo de la Asociación Judiciales de Entre Ríos (AJER) presentarán ante las autoridades del Superior Tribunal de Justicia el informe final sobre las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores judiciales de toda la provincia. Se trata del resultado del plan de trabajo previsto en el marco del convenio celebrado entre la Asociación Judicial de Entre Ríos y la Universidad Nacional de Rosario que se inició con dos talleres realizados en setiembre y noviembre de 2005 con masiva participación de trabajadores.

La audiencia fue fijada a pedido de la AJER a fin de exponer la investigación de un año de trabajo intensivo que establece un primer diagnóstico epidemiológico acerca de la problemática de la salud laboral de los judiciales entrerrianos luego de procesar más de 560 encuestas individuales.

En el encuentro estarán presentes integrantes del Área Salud y Trabajo de la AJER y el Área Salud y Trabajo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

El eje central de esta investigación fue incorporar el análisis de los propios trabajadores judiciales sobre sus condiciones de trabajo y salud; cerca de 30 delegados gremiales son actualmente responsables en el área salud laboral en distintos puntos de la provincia a fin de promover eficazmente la elaboración de propuestas e implementación de políticas de salud y trabajo.

El informe final consta de más de 160 páginas con datos y conclusiones enriquecidas mediante encuentros y jornadas de trabajo con resultados de alto valor para futuros programas de prevención en salud laboral en el Poder Judicial de Entre Ríos.

De las recomendaciones del informe surge la creación del equipo de salud del sindicato y el Tribunal Superior puso en marcha un dispositivo para resolver los problemas de infraestructura y trabajar en conjunto con el gremio los problemas de salud.

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

Este proceso que hemos descrito cuantitativamente que comienza en la Argentina con el golpe de estado de 1976 y se profundiza en la década del 90, produjo una reestructuración importante de las fuerzas del trabajo. Siguiendo a Robert Castel construimos el siguiente esquema para aproximarnos a ver el impacto diferencial en la salud de los trabajadores .



Robert Castel plantea la conformación de cuatro zonas que van desde un polo de autonomía - estabilidad hasta un polo de dependencia o de turbulencia máxima:

1. *zona de integración* a partir de la presencia de trabajo estable y fuerte inscripción relacional.
2. *zona de vulnerabilidad* en la cual predomina el trabajo precario y la fragilidad de los soportes relacionales.
3. *zona de marginalidad o desafiliación* en donde el trabajo está ausente y el sujeto se aísla de sus relaciones sociales.

Se identifican tres situaciones cualitativamente diferentes en relación a la pobreza: 1) pobreza integrada, 2) indigencia integrada 3) indigencia desafiada, marginalizada, excluida (vagabundeo). Estas zonas son porosas, de fronteras cambiantes, con pasajes incesantes de una a otra. La zona de vulnerabilidad constituye una posición estratégica por ser un espacio social de turbulencia, con individuos precarios en lo laboral y frágiles en lo relacional, con riesgo de caer en la desafiliación o marginalidad profunda. Desde esta perspectiva los jóvenes en contextos de pobreza configuran grupos vulnerables frente a la situación de desempleo y precarización laboral.

Este proceso económico, político y social es el que ha hecho surgir como fuerte dato relevante el fenómeno de trabajo infantil.

Los efectos de la desocupación, la marginalidad social y el trabajo infantil penetran y existen en el interior de las escuelas y a su vez estructuran de una manera particular el proceso de trabajo docente en un número cada vez mayor de escuelas.

Este proceso que acabamos de describir repercute en la estructura familiar y en los "roles" al interior de la familia.

Un efecto de la desocupación hace que el hombre se queda en la casa, y la mujer pasa a ser jefa de familia.

Esa lucha del feminismo de la década de 70 que reclamaba para que la mujer tuviera un lugar de igualdad ante los hombres aparentemente se cumplió, pero no como parte de una conquista sino como efecto de la desocupación, la desestructuración y marginalidad de un sector de los hombres, a los cuales se los expulsó por un largo periodo del mundo del trabajo, recluyéndolos en el ámbito doméstico y sometidos a la depresión, el abandono y las adicciones.

La mujer se transformó en jefa de hogar, no por derecho, sino por imposición de un modelo y los niños de esos hogares realizan ese trabajo que invisiblemente cumplía la mujer. Empiezan a hacerlo con un costo en el desgaste prematuro de su salud.

Comienza a producirse un proceso de desestructuración de la estructura clásica de la familia y del hogar. Surge fragilidad en los lazos familiares.

La unidad familiar se complica y el trabajo infantil se transforma en estrategia familiar de subsistencia, generación, distribución y optimización de los escasos recursos que se obtienen.

El trabajo infantil en estas condiciones transcurre en tres dimensiones: como actividad y parte de la estrategia familiar para obtener recursos para la subsistencia, como actividad al interior del hogar para resolver los problemas domésticos, por lo cual el chico también trabaja y en tercer lugar trabajo intelectual como parte de su actividad escolar.

El Trabajo infantil surge como consecuencia de los denominados “efectos no deseados” del modelo de acumulación capitalista dominante, con altos índices de desocupación, pobreza y marginalidad social de amplias capas de la población y son las causas principales del abandono escolar.

Últimos datos sobre trabajo infantil en Argentina:

En el periodo comprendido entre 1998 y el 2002 el Trabajo Infantil se incrementó de 250 mil chicos que trabajaban a 1.500.000 comenzando a partir del 2004 a disminuir conjuntamente con el descenso de la desocupación.

El trabajo infantil involucra según datos del INDEC del 30 de marzo del 2006 a más de 400 mil chicos de entre 5 y 13 años, el 6% del total de niños de esas edades

9. Escenario futuro:

Creo que la primera cuestión a situar y discutir es cómo se realiza el pasaje del modelo neoliberal a una política estatal de justicia social, independencia nacional e integración latinoamericana. Hay mucha investigación, muchas publicaciones sobre los efectos y consecuencia para los trabajadores del primer término del binomio, la descripción de los efectos del modelo neoliberal es muy amplia y conocida.

A partir del año 2003, y en función de los nuevos gobiernos progresistas que se han instalado en nuestros países, a lo que se suma la posible incorporación de Ecuador al MERCOSUR, **se ha creado una nueva situación que nos obliga en tanto latinoamericanos a aceptar el desafío de la integración.**

Lo que necesitamos es discutir y profundizar desde los gobiernos, la Universidad, los trabajadores y la sociedad civil, cómo se desarma lo que recibimos de herencia del neoliberalismo sin que los gobiernos pierdan el consenso y a un ritmo más rápido, del que vamos en materia de redistribución de la riqueza e integración regional.

A mi juicio, creo que ese es el primer gran desafío. Es necesario consolidar, una posibilidad de cambio real, progresista y democrático a favor de los pueblos de América.

Se ha avanzado en la integración regional no sólo desde los gobiernos, sino que éste avance se ha verificado también desde la sociedad civil a partir de la Cumbre de los Pueblos de Mar del Plata .

Hay algunos ejemplos de actividades, de construcciones desde la sociedad civil, que nos marcan que no sólo hay integración al nivel de los gobiernos sino que es al nivel de la sociedad civil, de los movimientos, de las organizaciones, que estamos avanzando en esa dirección.

El segundo desafío que tenemos por delante LA REDISTRIBUCION DE LA RIQUEZA.

En tercer lugar : La incorporación a los sistemas de riesgo del trabajo a los trabajadores precarizados y a los trabajadores temporarios

A pesar del progreso que significa que 7 millones de trabajadores tengan un seguro contra accidentes y enfermedades del trabajo, que 654 000 empresas estén adheridas al sistema del seguro; aún queda más de la mitad de la población económicamente activa fuera del sistema. Para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo en Argentina, éste también es un tema central, muy importante de resolver.

En cuarto lugar : **Debemos rescatar y señalar que hay experiencias importantes de integración en la lucha de los trabajadores a nivel continental.**

Hace dos años atrás se realizó el 1º Foro de Trabajadores de las Telecomunicaciones que integró a todos estos países del MERCOSUR. Allí se discutieron estrategias comunes para hacer frente a la política de las empresas TELECOM y Telefónica y fundamentalmente se establecieron puntos para los convenios colectivos en cada uno de los países y la unificación del reclamo de este sector de las telecomunicaciones. Creo que el sector de las telecomunicaciones es parte de lo más dinámico del modelo de acumulación del capitalismo globalizado. Por eso, sostengo que es muy importante apoyar con una línea de investigación la movilización de éstos trabajadores.

Otra experiencia interesante a destacar es el 1º Encuentro Latinoamericano de Empresas Autogestionadas y Recuperadas por los Trabajadores, que se realizó en el mes de octubre de 2005 en Caracas, Venezuela.

Por primera vez se reunieron, se debatieron y sistematizaron todas las experiencias continentales de autogestión obrera de la producción en sus distintas modalidades y en diferentes países. Es sumamente positiva la actitud del gobierno de la revolución bolivariana de Venezuela quien se comprometió a adquirir un volumen importante de la producción de estas empresas o cooperativas de trabajadores.

Quinto Desafío : Difundir con fuerza **todo lo que hemos avanzado desde el paradigma de la salud colectiva y/o la corriente de la epidemiología crítica;** todo lo que hemos producido en estos ya casi quince años de trabajo individual y de conjunto; que es una respuesta diferente y superior a la mencionada como tradicional de la mayoría de nuestros empresarios que ya ha quedado demostrada como disfuncional.

Sexto Desafío: Hay un nuevo fenómeno poco analizado y estudiado, es el tema del **trabajo inmaterial**, es decir: cuando el objeto de trabajo, es abstracto, no se toca, no se besa, no se siente; sino que **es un trabajo donde la materia prima es la subjetividad.** Ese es un terreno un tanto todavía no explorado y que tiene una importancia funda-

mental, porque **el trabajo inmaterial es el que está a la cabeza del sistema productivo mundial, da la base para la globalización de la producción capitalista y del mercado y crea el ambiente ideológico en el que vive el hombre del siglo XXI.**

Hoy el hombre no sólo vive en el ambiente ecológico y geográfico, se ha incorporado como una nueva dimensión de la existencia el ambiente ideológico.

El trabajo inmaterial es el sector que genera la mayor acumulación de capital en el capitalismo globalizado y el que subordina a todo los demás procesos de producción. Por eso creemos que es fundamental el abordaje de esta nueva problemática.

Bibliografía:

- 1.- Informe Económico , Diario Clarín, 25 febrero 2007. Buenos Aires Argentina.
- 2.- Ismael Bermúdez, Diario Clarín 01 marzo 2007. Buenos Aires Argentina.
- 3.- Anuario Estadístico 2006 ,Superintendencia Riesgos del Trabajo, Ministerio de Trabajo República Argentina; www.srtf.gov.ar.
- 4.- Boletín Estadístico INDEC, Buenos Aires , Argentina 2006.
- 5.- Censo Nacional 2001, Publicado por INDEC , Buenos Aires, Argentina 2003.
6. Martínez D., Valles I., Kohen J., *Salud y Trabajo Docente. Tramas del malestar en la Escuela*, KAPELUZ, Buenos Aires 1997.
- 7.- Kohen, J., Canteros G., *Salud y Trabajo de los judiciales*, Reymur, Rosario 2000.
8. Wilmar Caballero. TIERRA DEL FUEGO Diario, 16 de junio de 2004; Buenos Aires Argentina.
- 9 .- Kohen, J. Tesis doctoral: La Problemática del Trabajo Infantil y Docente en el Contexto de las Nuevas Vulnerabilidades. Del Impacto Negativo en la Salud a la Búsqueda de Procesos Saludables. Universidad Nacional Rosario. 2005.

SITUACIÓN EN BRASIL



Cortador de Caña, Brasil

Por: Fátima Sueli Neto Ribeiro, PhD, fatsuerj@gmail.com
Profesora de la Universidad del Estado do Rio de Janeiro/Brasil

BRASIL - DERECHO A LA SALUD EN EL TRABAJO

1. Contexto económico, político y social

El sistema político brasileño es republicano con tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial, ejercidos respectivamente por el Presidente de la República, el Congreso Nacional (dividido entre la cámara de representantes y el senado federal) y por la Corte Federal Suprema. La constitución federal determina que el número total de miembros de la cámara de representantes así como la representación por el estado y el distrito federal deben ser proporcional a la población. El senado se compone por 81 miembros y la cámara de representantes de 513 miembros. Todos son elegidos por el voto directo para los mandatos de ocho y cuatro años respectivamente.

Brasil tiene 8,5 millones de kilómetros cuadrados de territorio, 188 millones de habitantes respecto al año 2006, distribuido en 26 estados y un distrito federal, lo que da un total de 5.564 ciudades. La densidad demográfica es de 21.63 habitantes/km², con una distribución diferente entre los estados. El área urbana concentra más del 80% de la población y el crecimiento demográfico es de 1,6% al año, según el censo del año 2000.

La población económicamente activa (PEA) es de 96,03 millones de personas. Brasil ocupa el 11º lugar dentro de la economía mundial y la renta per cápita fue de R\$10.520 en 2005 (aproximadamente 5.000 dólares). Brasil ocupa la 63ª posición en la graduación del Índice de Desarrollo Humano (IDH).

La balanza comercial presentó un exceso de 44,7 mil millones dólares en 2005 mientras que el Producto Interno Bruto (PIB) presentó un exceso de 1,7 trillones de reales con una tasa de crecimiento real de 2,3% al año, según el Departamento de Hacienda. La tasa media del desempleo fue de 10,1% en el 2006 y el sueldo mínimo mensual es de 360 reales en el año de 2007 (aproximadamente 180 dólares).

La tasa de fecundidad es de 2,1 niños por mujer, con una esperanza de vida al nacer de 72 años y mortalidad infantil de 25,8 por mil nacidos vivos en 2005. La reducción de la tasa de mortalidad y de natalidad ubica al Brasil como un país de rápido envejecimiento de la población. La tasa de analfabetismo entre las personas con 15 o más años de edad fue de 11% en 2005. La red general de desagüe de los domicilios fue de 69,9% en 2004 según el departamento de la salud (MS, 2006). El sistema brasileño de la salud, desde la Constitución de 1988, tiene cobertura total.

Brasil se encuentra entre los países con mayores diferencias sociales en el mundo. El sueldo mensual promedio es de R\$ 226,32 reales (aproximadamente 114 dólares). Entre los más ricos, la renta mensual es de R\$ 3.579,82 reales (aproximadamente 1.800 dólares) (IBGE/PNAD, 2004). Según datos del IBGE, ese 10% de los más ricos de la población capturan el 50% del total de la renta nacional, mientras que el 10% de los más pobres apenas consiguen el 1%. Los negros representan 47,3% de la población brasileña general y corresponden al 66% del total de pobres. La renta de las mujeres representa el 60% de la renta de los hombres en el mismo lugar de trabajo. En el año de 2004, aproximadamente un tercio de la población brasileña fue considerada pobre, definidos como los individuos cuya renta familiar per cápita es inferior al valor

necesario para atender solamente las necesidades básicas de alimentación, habitación, salud, educación, etc. Rocha (2005) destaca que estos se encuentran principalmente en el área rural brasileña.

En la situación brasileña actual, de cierta forma, el trabajo viene siendo secundario según Pochmann (2007), no es el eje, por ejemplo, de la política de la inclusión y hay una visión más asistencialista, cuando todo lo que sabemos es que el trabajo es el elemento principal de la inclusión social y estructura en la verdad la sociedad. En esta dirección, se necesita reconstituir una agenda pública en la cuestión del trabajo. El mercado de trabajo actual, en el caso brasileño, vive un movimiento de desestructuración porque entre 1930 y 1980 el Brasil estructuró su mercado del trabajo en función del ciclo de la industrialización, del desarrollo económico de 6 a 7% al año durante 50 años. Esta estructuración significó el fortalecimiento de los trabajadores urbanos, de la clase media y la producción del desempleo y del sector informal. Desde los años 1980 para acá, el Brasil viene viviendo un cuadro de la mitad-estancamiento de su economía y el resultado de esto, en el mercado del trabajo, es la pérdida de participación del trabajo formal, de aumento del trabajo precario, subempleo y de aumento del desempleo. Una característica es un mercado de trabajo desestructurado, flexibilizado y con la ausencia de representantes de trabajadores. O sea, la construcción en el país del estándar del empleo asiático, que es un empleo con la remuneración baja, con alta rotación - el básicamente 40% de los trabajadores en Brasil han practicado una ruptura de su contrato de empleo cada año, en general trabajadores con una mensualidad más alta son cambiados por trabajadores con mensualidades inferiores - y las altas horas del trabajo.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo.

La Constitución Nacional de 1988, promulgada en 1990, en el artículo 196 incorporó la salud como un derecho social, que *“será garantizada por medio de la política social y económica que tenga como objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios para su promoción, protección y recuperación”* las acciones de los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada, constituyendo un único sistema descentralizado con solamente una dirección en cada esfera del gobierno (Brasil, 1988).

La misma constitución garantiza al trabajador el derecho a la reducción de los riesgos en el trabajo, por medio de normas de la salud, de la higiene y de la seguridad (artículo 7º). El artículo 225 del mismo estatuto previene el derecho de todos al ambiente balanceado, esencial para la calidad de la vida sana, imponiéndose al poder público y a la comunidad el deber de defenderlo y de preservarlo para las presentes y las futuras generaciones.

La constitución atribuye la responsabilidad de prevenir y promover la salud de los trabajadores en 3 campos: Salud, Trabajo y Seguridad Social. Las relaciones de trabajo, el ambiente de trabajo y los límites de la exposición laboral están a cargo del Ministerio del Trabajo y Empleo. El Ministerio de Seguridad Social posee la función de reglamentar la seguridad social y la recuperación civil en caso de enfermedades y accidentes de

trabajo. Al Ministerio de Salud, le compete la promoción de la salud dentro y fuera del ambiente de trabajo, “*como el derecho de todos y deber del estado*” a través del Sistema Único de Salud (SUS). En este campo, la constitución cambió profundamente la forma de atención que el estado debe destinar a la población que incorpora los principios de la universalización, integridad y control social, asegurando a todos los ciudadanos el derecho a la atención integral de sus necesidades, respetando las diferencias individuales y sociales. El SUS definió una política de salud dirigida al derecho de la ciudadanía como deber del estado. La salud del trabajador es parte del derecho universal a la salud y el SUS es el responsable para el cumplimiento de estas acciones, expresas entre sus atribuciones en el artículo 200 y definido en la ley orgánica de salud (Brasil, 1991).

En el campo de la atención legal, la constitución estableció al Ministerio Público como una instancia de defensa de la ciudadanía y el derecho en el trabajo, que se consolidó con la creación del Ministerio Público Nacional del Trabajo y del Ministerio Público del Ambiente, legitimados para defender intereses colectivos cuando sean incumplidos los derechos sociales y las leyes de trabajo constitucionalmente garantizadas. En el mismo expediente legal fue conferido a los sindicatos la legitimidad para defender los derechos e intereses individuales y colectivos de las categorías profesionales que representan.

3. Descripción del sistema de salud y las políticas públicas en el trabajo.

La delimitación de la Salud del Trabajador como competencia del Sistema Único de Salud está definido en el artículo 200 de la Constitución (Brasil, 1988). Este abarca un amplio campo de acción, que presenta tanto un carácter intrasectorial (implicando todos los niveles de atención y esferas del gobierno del SUS) como intersectorial (implicando la Seguridad Social, el Trabajo, el Ambiente, la Justicia, la Educación y demás sectores relacionados con las políticas del desarrollo), y exige un enfoque interdisciplinario con la gerencia participativa de los trabajadores (Brasil, 1991).

A partir de la década del 1940, el Ministerio del Trabajo asumió las actividades involucradas con la salud en los ambientes de trabajo. En el período de la dictadura militar brasileña, en especial el año de 1978, se sumó al Capítulo V la reglamentación de los ambientes de trabajo en la Consolidación de las Leyes Laborales (MTE, 2007). Actualmente este capítulo consiste en 33 Normas Reglamentarias que disciplinan las condiciones y el ambiente de trabajo. La Norma N°15 funciona como el parámetro técnico para los límites de la exposición ocupacional y el pago de insalubridades. Las Normas n° 4 y 7 disciplinan los Servicios Especializados de la Ingeniería, Seguridad y Medicina del Trabajo, donde sitúan los profesionales responsables por los exámenes de admisión y los despidos, las evaluaciones ambientales y los servicios de la emergencia en la compañía. La existencia de este servicio es obligatoria para las compañías con elevado riesgo y un gran número de trabajadores. En la norma n°4 se prevé la Comisión Interna de la Prevención de los Accidentes de Trabajo (CIPA), responsables por el acompañamiento de las condiciones del trabajo. Las Normas disciplinan los equipos de protección, las estadísticas de accidentes, las condiciones de trabajo a cielo abierto, en grandes profundidades y en el área agrícola, entre otras condiciones.

Un avance importante para el Brasil fue la Ley Orgánica de Salud que regula la Constitución Federal (Brasil, 1991). Para el campo Salud Trabajo esta ley considera la vigilancia una actividad transversal y destaca el papel de los trabajadores en las acciones de fiscalización, investigación y control de las condiciones de trabajo y garantiza a los sindicatos de trabajadores la exclusión de un sector o de todo el ambiente de trabajo cuando hay riesgo inminente para la vida o la salud (Brasil, 1991). De forma complementaria, la Ley 8142 instituye el control social en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

La Política Nacional de Seguridad y Salud de los Trabajadores (Brasil, 2004), en vigor desde 2004, tiene como objetivo la reducción de los accidentes y de las enfermedades relacionadas con el trabajo, por medio de la ejecución de las acciones de promoción, rehabilitación y vigilancia en la área de la salud. Sus directrices contienen la atención integral de la salud, la articulación intrasectorial e intersectorial, la estructuración de la Red Nacional de Atención Integral a la Salud de los Trabajadores (RENAST) (MS, 2007), el apoyo a estudios de investigación, la capacitación y la participación de la comunidad en la gerencia de estas acciones.

La RENAST se compone de 150 centro estatales y regionales responsables por la salud del trabajador, tiene financiamiento directo por medio de enmiendas mensuales desde el Ministerio hasta la municipalidad. Los estados y las ciudades poseen atribuciones en el área de salud del trabajador a través de las líneas de dirección pactadas con el Estado.

Una característica importante en la política de Salud del Trabajador es la división de las responsabilidades, percibido claramente en la existencia de instituciones con atribuciones de intervenciones en el área. Las acciones de rehabilitación no fueron incorporadas al SUS pero son sostenidas bajo responsabilidad del Ministerio de la Previdencia y Asistencia Social - MPS - dentro de la estructura del Instituto Nacional de la Seguridad Social - INSS. Las acciones de fiscalización de los ambientes de trabajo continúan siendo ejecutadas por el Ministerio del Trabajo a través de las coordinaciones de relaciones de trabajo. Uno entiende que la fiscalización de los ambientes del trabajo es parte esencial en la ejecución de las acciones de vigilancia. Estas acciones se deben llevar a cabo en una perspectiva de la prevención, a partir del mapeo de riesgos, de la vigilancia epidemiológica, programas del control, etc. Cabe destacar que las acciones de vigilancia son de responsabilidad del SUS, sin seguir la lógica del modelo tradicional del Ministerio del Trabajo, donde las fiscalizaciones originan de denuncias y demandas puntuales (Oliveira y Vasconcellos, 1992).

4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho de salud en el trabajo.

4.1. Salud y Trabajo

El perfil de las enfermedades mortales de los trabajadores en el Brasil se caracteriza por la coexistencia de los agravios que tienen relación directa con las condiciones específicas de trabajo, como los accidentes de trabajo típicos y las “enfermedades ocupacionales” más allá de las “enfermedades relacionadas con el trabajo” y las enfermedades comunes que también impactan la salud de los trabajadores. Estas

enfermedades mortales se unen a una serie de síntomas y de expresiones nosológicas que están relacionadas a las nuevas formas de trabajo y rompiendo las barreras de la jornada, del tiempo y del lugar de ejercicio de las actividades laborales. Lo que ejemplifica bien estas nuevas situaciones de trabajo es la programación, el soporte de computadoras y el desarrollo de proyectos ligados a la tecnología de información. En estas situaciones, el tiempo de trabajo es aquel del término del proyecto, la jornada es indefinida y el lugar puede ser el espacio doméstico. Las consecuencias están expresadas en las desordenes síquicas, separación familiar y los síntomas no específicos encadenados al sicosomatismo. La violencia de las relaciones de trabajo se expresan en “stress post-trauma” y los acosos. Por otra parte, coexisten en el escenario epidemiológico brasileño la tuberculosis y la hepatitis, provocados por la contaminación en el trabajo y el agotamiento orgánico por el esfuerzo físico intenso.

La dimensión de estas enfermedades posee registros inadecuados en los sistemas de información del Brasil, por la Salud o por la Seguridad Social. Para las estadísticas oficiales solamente la información de trabajadores que contribuyen con el seguro social se configura en el registro de accidentes y de un grupo de enfermedades. Cabe destacar que solamente el 35% de la población activa brasileña está cubierta por el seguro social y con frecuencia accidentes o enfermedades son registradas sin que el nexo sea establecido debido a dificultades relacionadas con la información, el registro o la capacidad técnica del perito.

En el SUS, los agravios relacionados con el trabajo no poseen la tradición del registro nacional, solamente algunos sistemas de los estados los hacen y no permite su proyección para la esfera nacional. Se espera el cambio de esta situación con la práctica del Decreto GM 777 de 2004 que establece la notificación obligatoria nacional a una lista de enfermedades relacionadas con el trabajo.

En el período de 1970 hasta 2005, la Seguridad Social registró un promedio de 950.421 accidentes de trabajo al año, con una tendencia de disminución, generando una tasa anual de 6% de accidentes en los trabajadores que contribuyen con la Seguridad Social en el mercado formal, como se muestra en el cuadro 1, a continuación. La tendencia de disminución se ha discutido bajo los cambios en el proceso de trabajo, de la subnotificación del sistema de información y de la tendencia de privatización del seguro social que sigue siendo público en Brasil (Ribeiro & Lacaz, 1984; Santana, 2003; MPS, 2005).

La tendencia de estos indicadores para cada década ha demostrado que la frecuencia de los accidentes está disminuyendo. En la década del 70, la tasa promedio era de 13,67 accidentes por 1.000 trabajadores, en la década del 1980 estaba de 5,39, en el 1990 era de 1,96 y se estabilizó en los cinco años del año 2000.

Sin embargo no se puede omitir la intensa reestructuración de la fuerza del trabajo, especialmente en las áreas de riesgo mayor, asociada a campañas sutiles por la reducción del registro de los accidentes de trabajo volcados hacia la privatización de la Seguridad Social y el aumento del sector informal asociado con la reducción del trabajo formal. La interpretación de la reducción de las tasas de accidentes están en el cambio del perfil productivo, en especial el aumento del sector terciario de servicios, más allá de

la reducción eficaz de los riesgos ocupacionales o de la mejora de la seguridad en las condiciones de trabajo como los discutidos por Wünsch-Filho (1999) y Loomis et al (2004).

La reducción del empleo en el sector formal continua siendo importante y transcurrido con la reducción del sector industrial y el aumento del sector de servicios (Wünsch Filho, 1999), ocurrido, principalmente, entre los más escolarizados (Curi, 2006).

Una limitación evidente para estas estadísticas es la ausencia del número de hombres-horas trabajadas en el denominador. Lo que en verdad no tiene que implicar en alteración significativa de los resultados, por lo tanto ningún cambio sobresaliente ocurrió estos últimos años sobre las horas medias de trabajo. Algunos autores relacionan el aumento de las horas-extras en la década del 1990, que podría agravar la situación de la exposición del trabajador al riesgo de accidentes y de muerte.

Estos números, todavía, no reflejan totalmente la realidad. Una investigación domiciliaria de Cordeiro (2005) en São Paulo verificó que la subnotificación de accidentes en lo referente a los datos oficiales estaba al 79,5%. De la misma forma, un estudio de Binder (2003) identificó que solamente el 22,4% de los accidentes tenían registro en la seguridad social. Lo que se refiere a los subregistros de las muertes por los accidentes de trabajo, estudios de Santana (2005) en algunas regiones brasileñas apuntan la variación entre los estados brasileños de 81,9% en Porto Alegre al 76% en el Paraná (región Sur), entre 39% y 45% en São Paulo y 90,4% en Río de Janeiro (región Sureste). Los estados con mayor nivel de industrialización tienen mayor PIB per cápita y registran mayor número de accidentes de trabajo en relación a la población activa (Wünsch Filho, 1999).

Cuadro 1. Trabajadores cubiertos por el seguro social, los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, por la frecuencia absoluta y las tasas de incidencia, de mortalidad y de letalidad en Brasil desde 1970 a 2005.

Año	Frecuencia absoluta						Tasas		
	Trabajador cubierto	Accidente Tipo	Accidente del Trayecto	Enfermedads	Total de accidentes	Muertes *	Incidencia accidente (%)	Mortalidad* para 100.000	Letalidad* para 10.000
1970	7.284.022	1.199.672	14.502	5.937	1.214.174	2232	16,67	30,64	18,29
1971	7.553.472	1.308.335	18.138	4.050	1.326.473	2587	17,56	34,25	19,44
1972	8.148.987	1.479.318	23.389	2.016	1.502.707	2854	18,44	35,02	18,97
1973	10.956.956	1.602.517	28.395	1.784	1.630.912	3173	14,88	28,96	19,43
1974	11.537.024	1.756.649	38.273	1.839	1.794.922	3833	15,56	33,22	21,33
1975	12.996.796	1.869.689	44.307	2.191	1.913.996	4001	14,73	30,78	20,88
1976	14.945.489	1.692.833	48.394	2.598	1.741.227	3900	11,65	26,09	22,36
1977	16.589.605	1.562.957	48.780	3.013	1.611.737	4445	9,72	26,79	27,53
1978	16.638.799	1.497.934	48.511	5.016	1.546.445	4342	9,29	26,10	27,99
1979	17.637.127	1.388.525	52.279	3.823	1.440.804	4673	8,17	26,50	32,35
1980	18.686.355	1.404.531	55.967	3.713	1.460.498	4824	7,82	25,82	32,95
1981	19.188.536	1.215.539	51.722	3.204	1.267.261	4808	6,60	25,06	37,84
1982	19.476.362	1.117.832	57.874	2.766	1.175.706	4496	6,04	23,08	38,15
1983	19.671.128	943.110	56.989	3.016	1.000.099	4214	5,08	21,42	42,01
1984	19.673.915	901.238	57.054	3.233	958.292	4508	4,87	22,91	46,88
1985	21.151.994	1.010.340	63.515	4.006	1.073.855	4384	5,08	20,73	40,67
1986	22.163.827	1.129.152	72.693	6.014	1.201.845	4578	5,42	20,66	37,90
1987	22.617.787	1.065.912	64.830	6.382	1.130.742	5738	5,00	25,37	50,46
1988	23.661.579	926.354	60.202	5.025	986.556	4616	4,17	19,51	46,55
1989	24.486.553	825.081	58.524	4.838	883.605	4554	3,61	18,60	51,26
1990	23.198.656	632.012	56.343	5.217	688.355	5355	2,97	23,08	77,21
1991	23.004.264	579.362	46.679	6.281	626.041	4527	2,72	19,68	71,59
1992	22.272.843	490.916	33.299	8.299	524.215	3516	2,35	15,79	65,66
1993	23.165.027	374.167	22.709	15.417	396.876	3110	1,71	13,43	75,43
1994	23.667.241	350.210	22.824	15.270	373.034	3129	1,58	13,22	80,58
1995	23.755.736	374.700	28.791	20.646	403.491	3967	1,70	16,70	93,53
1996	23.830.312	325.870	34.696	34.889	360.566	4488	1,51	18,83	113,49
1997	24.104.428	347.482	37.213	36.648	384.695	3469	1,60	14,39	82,33
1998	24.491.635	347.738	36.114	30.489	383.852	3793	1,57	15,49	91,54
1999	24.993.265	326.404	37.513	23.903	363.917	3896	1,46	15,59	100,46
2000	26.228.629	304.963	39.300	19.605	344.263	3094	1,31	11,80	85,03
2001	26.966.897	282.965	38.799	18.487	321.764	2753	1,19	10,21	80,91
2002	28.683.913	320.398	46.621	22.311	367.019	2898	1,28	10,10	74,71
2003	39.850.452	325.577	49.642	23.858	399.077	2.674	1,00	6,71	67,00
2004	42.084.323	375.171	60.335	30.194	465.700	2.839	1,11	6,75	60,96
2005	44.170.396	393.921	67.456	30.334	491.711	2.708	1,11	6,13	55,07

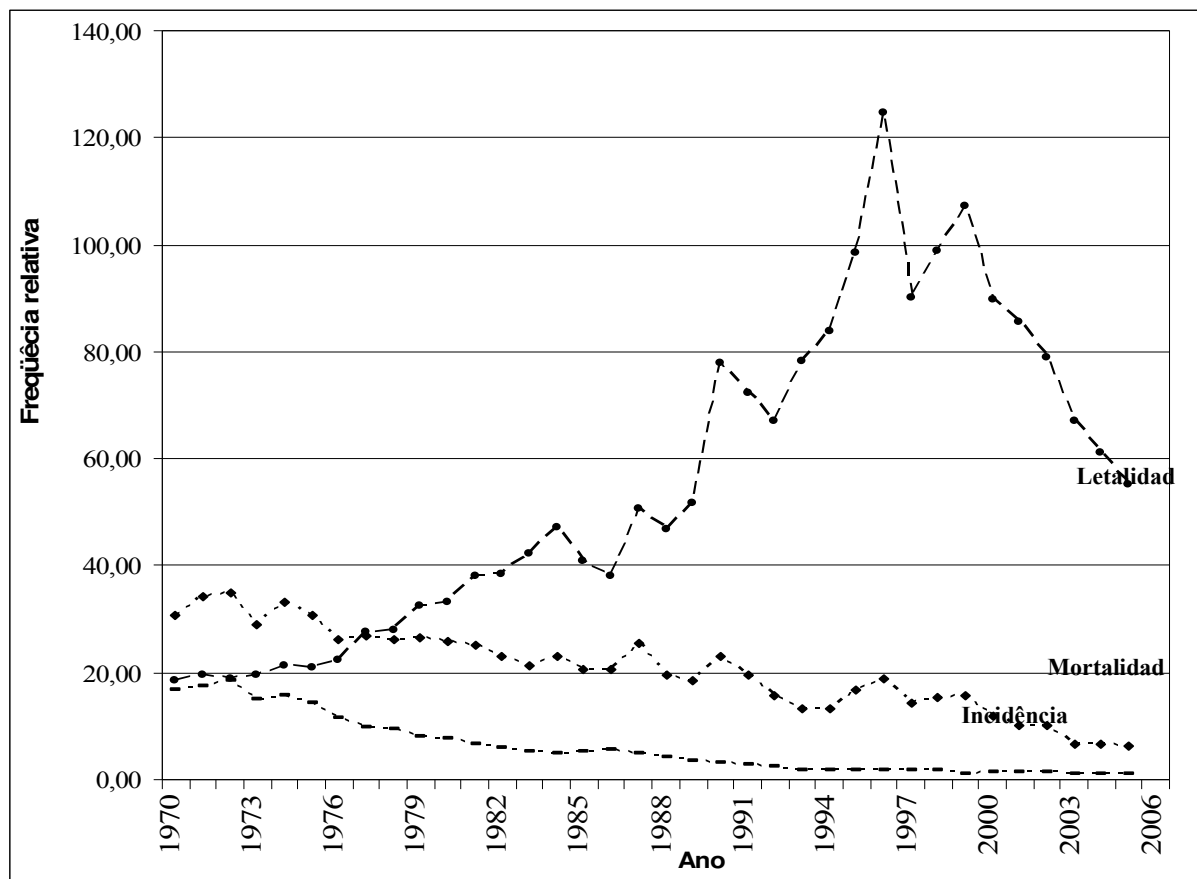
* Incluye las enfermedades ocupacionales

Fuente: Anuário Estatístico da Previdência Social –

http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp

La mortalidad presenta una disminución en la tendencia y continúa siendo importante, ocurriendo en aproximadamente 10 de cada 100 mil contribuyentes. El comportamiento de la tendencia de las tasas de incidencia, la mortalidad y la letalidad demuestran la gravedad de los accidentes de trabajo con registros, como se presenta en el gráfico 1.

Gráfico 1. Tendencia de los accidentes de trabajo, su incidencia*, mortalidad** y letalidad*** Brasil- 1970 a 2005 **Gráfico 1. Tendência dos acidentes de trabalho - incidência*, mortalidade** e letalidade***Brasil. 1970 a 2005**



Fuente: http://www.fundacentro.gov.br/CTN/acid_trabalho_doenca.asp

* Incidencia: accidentes ocurridos en el año por el número de trabajadores cubiertos por el seguro social. Tasa para 1.000 trabajadores.

** Mortalidad: muertes por accidentes de trabajo ocurridos en el año por el número de trabajadores cubiertos por el seguro social. Tasa para 100.000 trabajadores

*** Letalidad: muertes por accidentes de trabajo ocurridos en el año por el número de accidentes de trabajo. Tasa para 10.000 trabajadores.

La mortalidad sigue una tendencia similar a la incidencia y varía de 29,80 por cada 100 mil trabajadores en la década del 1970 y 22,31 en la década del 1980. Reduce para 16,62 en la década del 1990 y 10,34 en los primeros años en la década del 2000. Santana (2004) observa diferencias significativas de la mortalidad con riesgos más grandes para los hombres. Lo mismo fue encontrado por Waldvogel (2002) que reconoce la elevación en cuanto a muertes de hombres con edad de hasta 30 años.

La letalidad que define la gravedad de los accidentes presenta un comportamiento creciente importante, por lo tanto se inicia con un promedio de 22,7 para 10 mil accidentes en la década de 1970 y sigue el aumento para 42,64 en la década de 1980, 89,83 en la década de 1990 y 87,49 en los primeros años de la década de 2000.

La alta tasa de mortalidad y letalidad y la incidencia de los accidentes de trabajo en el país expresan la precariedad de las condiciones y la baja eficacia de la regulación de los ambientes del trabajo, ya que aún pesan los avances de la organización en los trabajadores después del régimen militar. Esto también denota un retraso de la salud pública en las acciones específicas del área de salud laboral. Desde donde el impacto de estrategias en el control de las enfermedades transmisibles es considerable, como el SIDA y, a su vez, factores de riesgo como el consumo de cigarrillo en Brasil (Santana, 2005).

Los estudios del la Fundacentro (Ministerio del Trabajo) para el año de 2003 revelan un panorama puntual pero emblemático de la situación de los accidentes y enfermedades según el sector económico, de acuerdo con lo descrito en el siguiente cuadro 2.

Cuadro 2. Estadísticas de accidentes y enfermedades ocupacionales por sector económico en trabajadores formales - Brasil - 2003

Sector Económico	Incidencia de la enfermedad (por 10.000)	Incidencia de accidentes (por 10.000)	Mortalidad (por 100.000)	Letalidad (por 10.000)
Agricultura, Explotación Forestal y similares	3,97	25,8	20,81	7,65
Extracción de Mineral	15,02	32,0	21,75	6,41
Industria de Transformación	20,39	30,7	10,70	3,33
Electricidad, Gas y Agua	12,21	26,8	9,00	3,53
Industria de la Construcción	7,05	23,4	25,25	9,92
Comercio y Vehículos	6,16	10,2	8,74	7,97
Alojamiento y Alimentación	7,14	9,9	4,11	3,96
Transporte y Comunicación	13,33	21,7	23,77	10,43
Intermediaciones Financieras	52,65	12,0	3,41	2,54
Actividades Inmobiliarias y Servicios	8,36	10,2	8,57	7,76
Administración Pública	6,67	16,5	7,43	4,31
Enseñanza	3,84	5,3	1,47	2,72
Salud	10,20	30,3	2,05	0,66
Otros Servicios	7,07	14,4	5,48	3,61
Servicios Domésticos	12,51	19,9	9,62	5,65

Fuente: Ministério da Previdência Social. MPS, 2004

http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp -

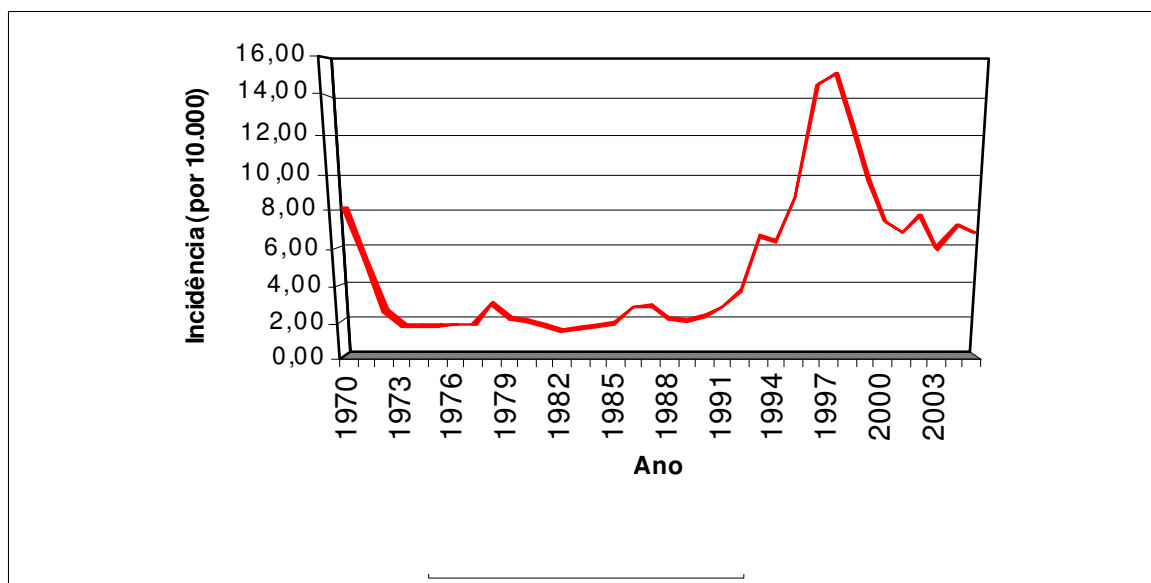
Los sectores económicos que presentan mayor incidencia de accidentes son los reconocidos claramente por sus riesgos: extracción mineral, la industria de la

transformación y el sector salud que comienza a revelar los accidentes en los profesionales de la salud. En el sector de extracción mineral (minas y pedreras) también se encuentra la tercera mayor frecuencia de casos de enfermedades y accidentes y también los casos graves debido a la alta mortalidad registrada en este sector. En el sector de construcción, los accidentes registrados son los de mayor gravedad debido a la alta mortalidad y letalidad observada. El sector de transportes refleja bien la expresión de violencia de los accidentes de trabajo extramuros, mismo que presente subregistro de casos, evidencian alta mortalidad y letalidad (cuadro 2).

Las Enfermedades

La dimensión de las enfermedades ocupacionales en el Brasil presenta una tendencia de crecimiento, situándose actualmente en 30.000 casos reconocidos en el año de 2005 (cuadro 1). El aumento del número de enfermedades, especialmente a partir de 1993, está relacionado con el aumento del diagnóstico que la red de Salud del Trabajador del SUS implementó en Brasil y emerge con las lesiones por esfuerzos repetitivos a partir del sector de entidades financieras (Bancos) como se describe en el cuadro 2. Posteriormente, el gráfico 2, demuestra el comportamiento de la incidencia de las enfermedades ocupacionales registradas y reconocidas por la Seguridad Social.

Gráfico 2. Incidencia de Enfermedades Ocupacionales (por 10.000) registradas en el Seguro Social entre 1970 y 2005 - Brasil



Fuente: Ministério da Previdência Social

http://www.fundacentro.gov.br/CTN/acid_trabalho_doenca.asp

En la década del 1970 fueron registrados 3.227 casos promedio de enfermedades haciendo una tasa de incidencia promedio al año de 2,96 por 10.000 trabajadores. Estos valores aumentan en número absoluto en la década de 1980 para 4.220 casos en promedio y reducen la incidencia en 1,98. En la década del 1990 el número de casos de enfermedades, fuertemente influenciado por el registro de las lesiones por esfuerzos repetitivos, aumenta en número absoluto promedio de 19.706 y la incidencia aumenta en 8,24 por 10.000 trabajadores (MPS, 2005).

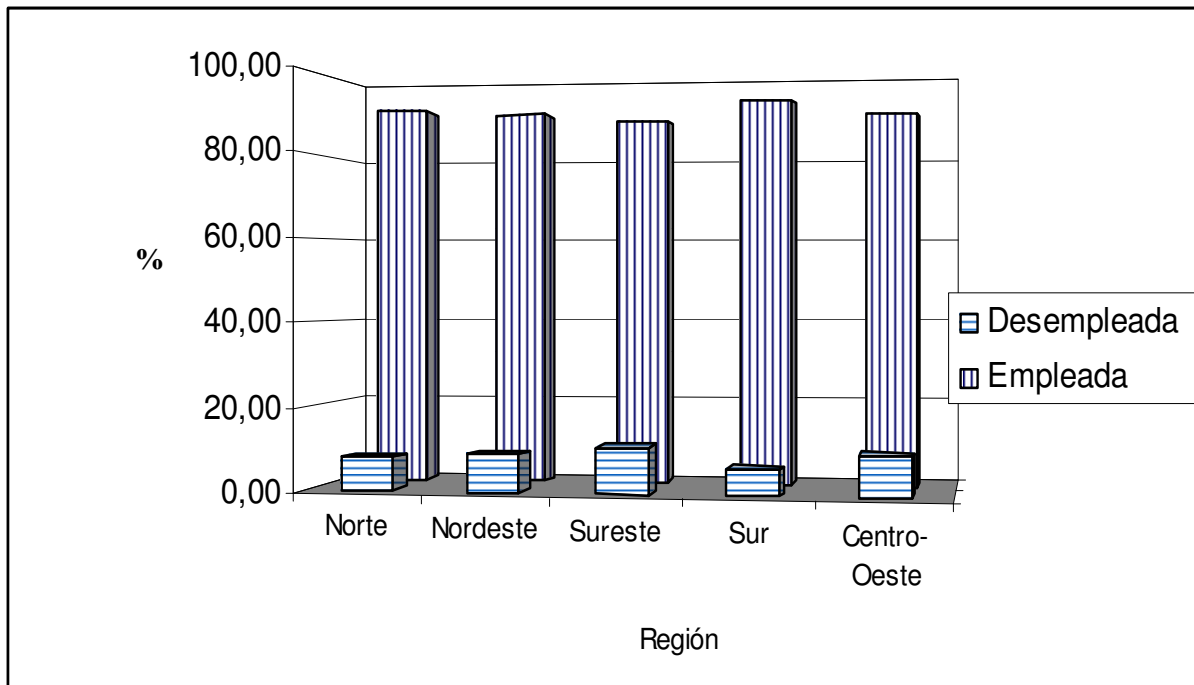
Las informaciones disponibles muestran que la incorporación de las nuevas tecnologías y de métodos gerenciales en los procesos de trabajo modifica el perfil de salud, enfermedad y sufrimiento de los trabajadores. Esas mudanzas se expresan, entre otros, en el aumento de la permanencia de enfermedades relacionadas al trabajo, también denominadas de Disturbios Osteo-Musculares Relacionados al Trabajo; cáncer; enfermedades mal caracterizadas, como el stress, la fatiga física y mental y otras expresiones de sufrimiento relacionadas al trabajo (Lacaz, 2004). Estas “nuevas” formas de enfermedad conviven con las conocidas enfermedades profesionales, como la silicosis, las intoxicaciones por metales pesados, por plaguicidas, entre otras.

4.2. Coberturas de atención en salud en el trabajo

La población brasileña en 2005 era de 182.060.108 habitantes. De estos, la Población Económicamente Activa (PEA), segundo estimación del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística – IBGE (2005), era de 96.031.971, distribuidas en 56% hombres y 44% mujeres. En este año, se encontraban ocupadas 87.089.976 (90% de la PEA). La desocupación, entendida como desempleo, equivalió a 3.854.599 hombres y 5.087.396 mujeres, siendo 7% y 12% respectivamente de la PEA.

El concepto “ocupación” para fines de este trabajo representa la población que desarrolla actividad económica, sea en el mercado formal o en el informal y puede ser entendido como población con empleo. Las diferencias en la proporción de empleo/ocupación y desempleo/desocupación por región geográfica pueden ser vistas en el gráfico 3. La región Sureste posee la mayor PEA, 41.364.821, y la menor proporción de ocupación 89% y la mayor desocupación 11%. Las demás regiones poseen proporción de ocupación encima de 90% y la desocupación más importante está localizada en la región centro-oeste, 9,6%.

Gráfico 3. Porcentaje de población ocupada y desocupada en relación a la PEA por región - Brasil 2005



Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

La ocupación de los trabajadores brasileños, independiente de la formalidad, en el año de 2005 se distribuyó de forma desigual entre los sectores económicos. La agricultura concentra la mayor parte de los trabajadores, aproximadamente 21%, seguido por el comercio 18%, el sector industrial 15%, sector de educación y servicio social 9% y la construcción civil 7%, conforme descrito en el cuadro 3. Las diferencias regionales son resaltantes, conforme el cuadro 4, las regiones norte, noroeste y sur son las que concentran gran proporción de los trabajadores en la agricultura. El comercio se configura en un importante sector económico en todas las regiones y la industria se expresa más fuertemente en la región sur y sureste.

Cuando se analiza el carácter de las ocupaciones, se percibe que apenas 39,57% de las personas ocupadas tienen un contrato de trabajo formal, el que asume varios significados simbólicos. En 1991 los empleados registrados representaban 55,0% de la fuerza de trabajo. Los empleados “informales” representaban 20%. Desde esa época la informalidad no ha dejado de crecer.

Cuadro 3 – Personas de 10 años o más de edad (PEA) ocupada por grandes regiones según sector económico de trabajo principal , Brasil 2005

	Brasil		Norte		Nordeste		Sureste		Sur		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	87 089 976	100	6 585 422	100	23 182 157	100	36 863 614	100	14 213 774	100	6 245 009	100
Agrícola	17 813 802	20,45	1 540 836	23,40	8 358 008	36,05	3 676 550	9,97	3 136 880	22,07	1 101 528	17,64
Industrial	12 998 419	14,93	979 775	14,88	2 260 009	9,75	6 466 145	17,54	2 630 959	18,51	661 531	10,59
Construcción	5 635 753	6,47	442 812	6,72	1 240 497	5,35	2 657 665	7,21	857 349	6,03	437 430	7,00
Comercio	15 484 670	17,78	1 193 932	18,13	3 672 694	15,84	6 917 869	18,77	2 482 446	17,47	1 217 729	19,50
Hoteles y alimentación	3 183 527	3,66	258 655	3,93	758 602	3,27	1 500 409	4,07	413 581	2,91	252 280	4,04
Transporte y comunicación	3 962 153	4,55	244 416	3,71	800 743	3,45	1 998 900	5,42	634 576	4,46	283 518	4,54
Administración pública	4 262 366	4,89	417 722	6,34	1 089 087	4,70	1 683 111	4,57	600 325	4,22	472 121	7,56
Educación, salud y servicios	7 651 694	8,79	526 098	7,99	1 796 577	7,75	3 634 578	9,86	1 176 990	8,28	517 451	8,29
Servicio doméstico	6 658 627	7,65	490 237	7,44	1 491 386	6,43	3 198 606	8,68	901 458	6,34	576 940	9,24
Otros servicios	3 297 403	3,79	198 653	3,02	721 080	3,11	1 668 587	4,53	453 846	3,19	255 237	4,09
Otras actividades	5 943 416	6,82	249 543	3,79	930 883	4,02	3 392 062	9,20	902 360	6,35	468 568	7,50
Actividades mal definidas	198 146	0,23	42 743	0,65	62 591	0,27	69 132	0,19	23 004	0,16	676	0,01

Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

La formalización del trabajo es bastante diferenciada entre los sectores económicos, conforme el cuadro 3. En la agricultura, se estima que 68% de los trabajadores no poseen carné de trabajo firmado (IBGE, 2005). En los demás sectores no agrícolas, la formalización de la situación ocupacional se localiza en 53% en el año de 2005, variando por cada región, 38% en la región Norte y 40% en la región Noroeste, 61% en el Sureste, 63% en el Sur y 48% en el Centro oeste. Las diferencias de género son importantes, entre los hombres ocupados, 57% poseen registro en el carné de trabajo y entre las mujeres son 47% (IBGE, 2005).

El trabajo formal significa protección social, asegura la garantía de salario, derecho a vacaciones, licencia maternidad, seguridad social, jubilación e indemnización en caso de despido. El trabajo formal como componente de los trabajadores ocupados presenta una tendencia de disminución y aumento de los informales. Además de esto, se observa que una expansión de diversos niveles de precariedad: mercerizados, temporarios, en tiempo parcial, por tareas y trabajo familiar.

El sistema de Seguridad Social Brasileño tuvo una ampliación significativa de su cobertura a partir de la Constitución de 1988, gracias a la ampliación de los derechos y garantías fundamentales para algunas categorías como las jubilaciones rurales. Paradójicamente, dependiendo del nivel de escolaridad, la remuneración del sector formal no les garantiza un mayor nivel salarial. Aunque el sector formal garantice ventajas como vacaciones, fondo de garantía, cierta estabilidad en el empleo y contribución providenciarias patronal, tales ventajas parecen ser compensadas en el sector informal por una remuneración adicional. La diferencia de salarios observados entre formales e informales transcurre, en verdad, de la mejor calificación de la fuerza de trabajo empleada en el sector formal. Eso significa que una política eficiente de elevación de los salarios reales pasa mas por la mejor calificación de los trabajadores que por la creación de las leyes que garanticen beneficios laborales (Menezes Filho et al, 2004).

Considerando la población arriba de 10 años de edad (PEA) ocupada, la cobertura de la seguridad social del Brasil se localiza aproximadamente en 48% de los hombres y 46% de las mujeres en el año 2005. En la composición segundo sexo entre los trabajadores que contribuyen y los que no contribuyen para la seguridad social se observa una tendencia mayor de mujeres entre los no contribuyentes (cuadro 4). Cabe destacar que esta cobertura no es igualitaria, pues existen muchas categorías de contribución, como asalariado, trabajador independiente y empleador.

Las diferencias de la cobertura providenciaría por región geográfica se pueden ver en el cuadro 5. El promedio brasileño de los trabajadores empleados y cubiertos para la seguridad social e de 47,4%, este numero reduce en el noroeste para 29% y en el sureste va por arriba del 59%.

Cuadro 4 - La población económicamente activa (PEA) ocupada según la contribución para la asistencia social por genero - Brasil 2005

Genero	PEA Ocupada		Contribuyente		No Ccontribuyente	
	N	%	N	%	N	%
Total	87.089.976	100	41.087.832	47.18	46.002.144	52,82
Hombres	50.436.228	100	24.153.335	47.89	26. 282.893	52,11
Mujeres	36.653.748	100	16.934.497	46.20	19.19.251	53,80

Fuente: IBGE/ Dirección de investigaciones, coordinación del trabajo y renta, investigación nacional por la muestra de los domicilios 2005.

Para el año de 2005 se estima que 46 millones de trabajadores brasileños no tienen protección de la legislación laboral y del Seguro Accidentes de Trabajo del Ministerio de la Seguridad Social. Todavía, se cumple en señalar la existencia de 5,7 millones de niños y adolescentes entre 5 y 17 años realizando actividades productivas. La economía informal no minimiza o reduce la explotación y presenta una flexibilidad combinada y explotación, productividad y abuso, empresarios agresivos y trabajadores sin protección (Ramalho, 2000).

Se estima en aproximadamente 19 millones son personas que trabajan por su cuenta o las personas que no tienen remuneración (Pastore, 2003). Este mercado informal se forma por las personas que tienen una renta baja para afiliarse a la asistencia social, por los menores de edad de 16 años, mayores de 60 años y trabajadores de pequeñas empresas. Según datos de la Asociación de las Pequeñas Empresa (SEBRAE), de las 4.124.343 compañías formales e informales, 4.082.122 (98%) son micro y pequeñas empresas. En estos segmentos el trabajo informal y formal florezcan como tendencia observada en el final de la década de 1990 y donde el 55% de los nuevos puestos de trabajo se encontraban en 2003 (Pastore, 2003).

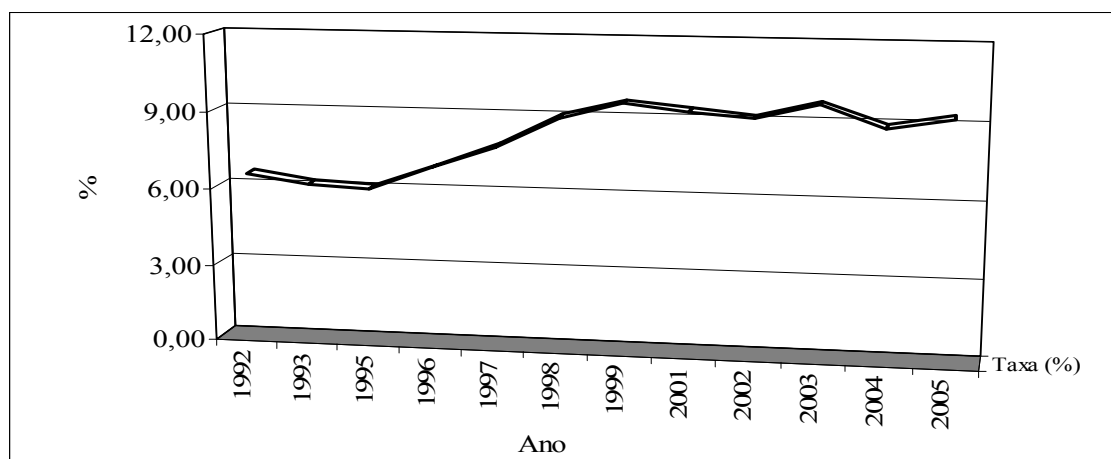
En la cuestión de la cobertura del seguro social, la situación de desempleo es relevante y la tendencia de la situación del desempleo en el Brasil presenta un comportamiento creciente a partir de 1995 y una tendencia de estabilización a partir del año 2000, situándose alrededor del 9% a partir del año 1998 (IBGE, 2005), como muestra el gráfico 4.

Posiblemente el desempleo induzca al aumento del número de horas trabajadas y en la intensidad del trabajo entre los que permanecen en la producción y que tal hecho resulta en mayor riesgo de accidentes entre estos trabajadores (Wünsch, 1999).

Cuadro 5. Población ocupada por grandes regiones según contribución para el instituto de Providencia em cualquier trabajo y asociación a sindicatos, Brasil 2005

			Grandes Regiões									
			Norte		Nordeste		Sureste		Sur		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	87.089.976	100	6.585.422	100	23.182.157	100	36.863.614	100	14.213.774	100	6.245.009	100
Contribuyentes	41 287 747	47,4	2 212 263	33,6	6 646 967	28,7	21 662 646	58,8	7 671 481	54,0	3 094 390	49,5
No-contribuyentes	45 802 229	52,6	4 373 159	66,4	16 535 190	71,3	15 200 968	41,2	6 542 293	46,0	3 150 619	50,5
Asociación sindical												
Asociados	15 983 590	18,4	971 544	14,8	4 351 869	18,8	6 427 066	17,4	3 263 774	23,0	969 337	15,5
No-asociados	71 106 386	81,6	5 613 878	85,2	18 830 288	81,2	30 436 548	82,6	10 950 000	77,0	5 275 672	84,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

Grafico 4. Tasa de desempleo porcentual en el Brasil por año entre 1992 y 2005

Fuente: IBGE/ Pesquisa Nacional por la muestra de domicilios - PNAD/2005

El Brasil no cuenta con un sistema de información que identifica los riesgos para los trabajadores que trabajan por su cuenta, para los domésticos, trabajadores públicos, campesinos y autónomos. Una investigación comunitaria en el estado da Bahía, identificó la incidencia anual de accidentes en un 5,80%, más grande entre los trabajadores sin contrato de empleo y 5,92% entre mujeres (Santana, 2003; Santana y Loomis, 2004). Estos trabajadores están normalmente incluidos en las actividades con un peligro más grande y no cuentan con la protección de la Seguridad Social.

Los costos de los accidentes de trabajo raramente son contabilizados. El estudio de Pastore (2001) en este tema para el Brasil en el año de 2001 consideró como base los datos la seguridad social y estimó el costo de los accidentes en R\$20 mil millones (10 mil millones dólares) por año. Santana (2006) describe que las indemnizaciones por el apartado temporal del trabajo habían representado un 71,4% de los costos de la seguridad social, el pago de los retiros para la incapacidad permanente estaba del 15%, las pensiones para la muerte 10,6% y las indemnizaciones por los accidentes 3,0%. Estos resultados parecen reflejar la baja efectividad de las políticas y programas de prevención de agravios a la salud en el trabajo, aunque se limiten a costos económicos, sin incluir el impacto emocional, social y familiar.

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo

La situación de los asociados a algún sindicato es más crítica, en el Brasil solamente 18% de la población empleada informa el estar vinculada con un sindicato, estos valores son más altos en el sur (23%) y en lo sureste (17%) brasileño, y mucho más bajo en el norte y el Centro-oeste (15%) (MTE, 2007b).

El Brasil cuenta con 4.250 sindicatos de empleadores y 8.466 sindicatos de trabajadores, de estos 3.443 (41%) están inscriptos en el Ministerio del Trabajo hasta el año de 2007 en 20 sedes sindicales. La Central Única de Trabajadores (CUT) concentra 51% de los sindicatos registrados (MTE, 2007b).

Entre los trabajadores sindicalizados, un grande numero esta entre los del sector agrícola, industrial y el comercio para los hombres (DIEESE, 2005). Mientras que, entre

las mujeres, el sector agrícola está siendo seguido por el sector de educación y salud y siguió por el sector industrial, como se muestra en el cuadro 6.

Estos resultados no significan que la sindicalización en la agricultura sea mayor entre los trabajadores del sector, por el contrario, la formalización del trabajo en el sector agrícola es de apenas 32%. La mayor sindicalización por sector todavía ocurre en la industria.

Cuadro 6. Trabajadores sindicalizados por sector de la economía y sexo- Brasil, 2004.

Sector	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Agricultura	2.616.983	27,51	1.550.320	25,28	4.167.331	26,64
Industria	2.124.658	22,33	726.972	11,86	2.851.652	18,23
Construcción	387.006	4,07	17.895	0,29	404.905	2,59
Comercio	961.094	10,10	697.335	11,37	1.658.439	10,60
Hospedaje y Alimentación	150.386	1,58	134.552	2,19	284.940	1,82
Transporte y comunicación	870.973	9,16	122.671	2,00	993.653	6,35
Administración pública	683.640	7,19	435.958	7,11	1.119.605	7,16
Educación y salud	544.747	5,73	1.716.423	27,99	2.261.176	14,45
Servicios domésticos	15.290	0,16	98.244	1,60	113.534	0,73
Otros servicios colectivos	210.764	2,22	150.269	2,45	361.035	2,31
Otras actividades	936.031	9,84	476.008	7,76	1.412.049	9,03
Actividades mal definidas	11.900	0,13	5.133	0,08	17.033	0,11
TOTAL	9.513.472	100	6.131.780	100	15.645.352	100

Fuente: IBGE, PNAD - Elaboración: DIEESE, 2005

OBS. Personas de 18 años o más ocupadas en el período de referencia de 365 días.

Ramalho (2000) discute la presión de la reestructuración industrial sobre el modelo sindical adoptado en el Brasil. *"La evaluación es que la introducción de nuevas formas de gerencia de la fuerza de trabajo, sobretudo en las compañías asociadas a las cadenas productivas globales en conjunto con las transformaciones en la organización de la producción y en la estructura del empleo, ponen nuevas preguntas, exigiendo nuevas posiciones y poniendo en jaque a las fuerzas de la negociación acumulada por el tiempo"*. A partir de la experiencia de la negociación del sindicato de los metalúrgicos del estado de São Paulo se destaca la Cámara Sectorial como, probablemente, el ejemplo más importante de la capacidad de propuesta de negociación en los años 1990 y realizado por los sindicatos del sector automotriz. El autor identifica un cambio dentro de la CUT, desde un funcionamiento de confrontación para un comportamiento de la "cooperación conflictiva", donde está explícito el conflicto pero tienen también una preocupación con la dimensión de la cooperación. La crisis del modelo de los sindicatos generado por el "fordismo", en su incapacidad para reaccionar al desbaratamiento de los derechos sociales en escala global, acentúa el debate de temas como nuevas formas de contrato de empleo, mantenimiento de los derechos de trabajo y derechos sociales, y la capacidad de los sindicatos para asociarse a otros movimientos sociales.

En lo que respecta al Brasil, en vista de la realidad de un país económicamente dependiente y fuertemente atado a la lógica del funcionamiento del capitalismo global,

el debate sobre el trabajo y los sindicatos deben incluir la cuestión social en una problemática que asocia la reestructuración productiva a un contexto de problemas severos de desigualdad y de la reducción de los puestos de trabajo (Ramalho, 2000).

Comprimido por la crisis del desempleo abierto, por la reducción del número de asociados, por la reestructuración productiva que si acompaña de la desregulación de leyes de trabajo y de seguridad; el movimiento sindical brasileño adopta estrategias ligadas a la tercerización de asesores legales, de la medicina y de la seguridad del trabajo, desmonta experiencias valiosas acumuladas y avanza poco en la oferta de cláusulas en la salud y el trabajo, al punto de llegar a ser repetitiva en la práctica con eficacia discutible (Lacaz y Campos, 1994).

De cierta forma estas posiciones reflejan el cambio del movimiento sindical que resurge a finales de los años 70 y que pasaron de la posición de la confrontación con el capital para la posición de cierta conciliación, o de la "cooperación conflictiva" (Rodrigues, 1995), resultado de la modificación de la formación sociocultural y de los hábitos de consumo de las nuevas generaciones de los asociados a los sindicatos representativos de los trabajadores de las industrias de automóvil, por ejemplo (Rodrigues, 1995). También representan la carencia de las raíces de las sindicatos dentro de las compañías, en la medida que la posibilidad de Organización por los Sitios de Trabajo (OST) sigue siendo un horizonte distante que está negada para el patrón que no se ha enfrentado por el movimiento (Lacaz, 2000).

La visión de los agentes multilateral, como el Banco Mundial, es que los sindicatos están en fase de extinguir, proponen la posibilidad de constitución de organizaciones no gubernamentales (ONG's). Pochmann (2007) evalúa que Brasil está viviendo una transición del punto de vista de la organización sindical, comparable al que ocurrió en finales del siglo XIX, el comenzar del siglo XX, cuando ocurrió el cambio del sindicato del oficio para los sindicatos industriales.

6. Experiencias desde los propios trabajadores/as.

Las dimensiones geográficas y de población del Brasil favorecen iniciativas de innumerables organizaciones en defensa de la salud del trabajador. En casi su totalidad, las asociaciones de enfermos y los movimientos de los expuestos y enfermos habían sido organizados para la lucha a favor de la protección a la salud contra enfermedades específicas. Así ocurrió con la asociación de los portadores de LER/DORT de los estados de la Bahía y de São Paulo, asociación de los portadores de benceno en Volta Redonda, estado del Rio de Janeiro, y asociación de los portadores de enfermedades ocupacionales de Brasilia.

Una discusión más amplia ocurrió en el SUS donde fueron creados en Rio de Janeiro el Consejo del Estado por la Salud del Trabajador (CONSEST) en 1991 y en la ciudad de São Paulo la Plenaria Municipal de la Salud del Trabajador de São Paulo, en 1993, los dos se convirtieron en protagonistas de la vanguardia de los foros más diversos de discusión y de acción en defensa de la salud de los trabajadores, más allá de determinar una posición en la dirección verdadera del control social en el SUS el rencor de su institucionalización.

Seguramente muchos otros movimientos y asociaciones existen. Para ilustrar la dimensión y el esfuerzo de las muchas organizaciones en el Brasil, se presentan las actividades de la asociación de expuestos al asbesto - ABREA (www.abrea.org.br).

La ABREA fue establecida en 1995 por algunos ex-empleados de la compañía de Eternit, en Osasco/São Paulo, con el principal objetivo de clarificar todos los problemas causados por el asbesto, colocando en conocimiento de la población el registro de personas expuestas y la necesidad de exámenes médicos. Con el trabajo de ABREA se reconoce hoy en el país la existencia de, por lo menos, 2.500 víctimas con procesos judiciales y extrajudiciales de indemnización, solamente en las multinacionales de las compañías del cemento-asbesto y de la explotación minera. Actualmente la ABREA posee cerca de 1.000 asociados. Más allá de la ciudad de São Paulo, existen representaciones y asociados en Río de Janeiro y en la Bahía. El ABREA tiene como intenciones asegurar la confirmación diagnóstica, la revisión de acuerdos extrajudiciales, la creación de una base de datos e intensificar el intercambio con las entidades internacionales en la defensa del medio-ambiente, la salud pública y los trabajadores.

En más de 50 ciudades brasileñas, especialmente en las regiones del sureste y del sur, fueron aprobadas leyes que prohibían las aplicaciones de asbesto. Hasta el momento, hay la prohibición del uso del asbesto aprobada y mantenida solamente en los estados: Río de Janeiro y Río Grande do Sul, puesto que las leyes de São Paulo y de Mato Grosso do Sul fueron golpeadas por la decisión de la corte federal suprema en 2003. A partir del año 2006 las compañías fueron obligadas a informar anualmente los trabajadores expuestos al SUS, el que ocurre aún de forma esporádica.

7. Estudios de caso

Existe una gran dificultad para elegir los casos que ilustran la violación del derecho de la salud en el trabajo. Cada uno de los millares de casos de accidentes o de enfermedades puede ser descrita en este asunto. Se han elegido un caso de muertes para el agotamiento en el trabajo, que ilustra la contradicción económica y las condiciones degradantes del trabajo.

1. Falta de reconhecimento del nexu entre a enfermidad y exposición.

Caso 1. Ex-funcionário de Empresa química apresenta contaminação por produtos químicos (Carvalho,2005).

Desde 1996 afastado da função de encarregado de almoxarifado da empresa Vedacit do Nordeste S/A, fabricante de tintas e vernizes, O.V.B, 48 anos, atribui os sérios problemas de saúde que o tem vitimado à contaminação por produtos químicos. Depois da retirada de seis tipos de câncer: de pele, da vesícula, tireóide e de ter descoberto, mais recentemente, o comprometimento do funcionamento do fígado, O.V.B luta há um ano para que a empresa reconheça a contaminação e passe a lhe dedicar os direitos de um trabalhador acometido por doença ocupacional. O diagnóstico se deu por oito biópsias atestaram a contaminação por agentes químicos. A empresa se nega a reconhecer e informa que o trabalhador foi afastado do trabalho em função de problemas psicológicos e não em consequência de contaminação. *"Além do mais, ele não tinha contato algum com produto químico. Recebia tudo embalado em tambores e bombonas"*. O.V.B move dois processos que move na Justiça contra a empresa. Na Justiça do Trabalho, a luta é por assistência adequada à saúde, enquanto que um outro processo civil pleiteia indenização por danos morais. A esposa relata que enquanto trabalhava na Vedacit o marido sofria desmaios constantes e que trabalhava exposto ao cheiro dos produtos químicos que eram armazenados em tanques em frente à sua sala. *"Ele é quem fazia o engate e medição das matérias-primas como asfalto, alcatrão bruto de hulha, benzoato de sódio, carbonato de cálcio, xileno, creosoto e inúmeros outros. Na época, até pó da china era utilizado na empresa. Antigamente não existia segurança no trabalho como existe hoje. O funcionário manipulava qualquer produto usando só uma máscara"*. Há um ano a família passou a atribuir problemas de saúde à contaminação química por ter sido alertado por um médico que atentou para isso porque teve lesões cancerígenas em áreas fotoprotegidas, como na base do pênis, o que é raríssimo e com base em exames, relatórios e parecer de várias especialidades médicas. O exame de pesquisa de mutação de gens descarta a possibilidade da doença ter caráter hereditário"acrescentou a esposa. A família reclama do descaso com a saúde e relata *"a piora a cada dia, sem qualquer apoio da empresa"*. O filho refere que embora mal, a maior dor dele é que a empresa tem consciência de que ele foi contaminado na empresa e que esta, não reconhece. Os Processos são lentos apesar da Lei de Acidente de Trabalho, nº 6.367/76, reconhecer as doenças ocupacionais como lesões decorrentes do exercício do trabalho, o amparo legal é difícil, principalmente nos casos de doenças cujos sintomas podem aparecer anos depois do profissional ter se afastado do posto de trabalho. Como estes, outros casos como o de D. O. com leucopenia atribuída a contaminação por benzeno depois de 26 anos de trabalho no Poló Petroquímico foi aposentado por tempo de serviço. O médico perito do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) explica que há dificuldade de atestar uma doença ocupacional *"Se não hower provas in contesti de que a doença foi mesmo causada em função da atividade desempenhada na empresa, nenhum médico perito pode criar este julgamento se o caso for ainda discutível"*. O mais fácil de ser reconhecido é o acidente típico, cujo evento é provado no tempo e no espaço. Já a doença do trabalhador (aquela que tem nexu presumido com a atividade exercida) e a doença profissional (a qual, mesmo não tendo função diretamente associada ao fator de risco, pode ser desenvolvida em função da permanência e exposição ao ambiente de trabalho) dependem de uma perícia mais apurada por parte dos técnicos do INSS - únicos profissionais legalmente aptos a caracterizar uma doença ocupacional. Justifica que muitas das ações são constantemente questionadas, seja pela empresa ou pelo trabalhador. *"A emissão de um diagnóstico pelo Serviço de Saúde do trabalho do SUS não dá um parecer final. Para ter valor legal ela precisa ser caracterizada tecnicamente pela perícia médica do INSS"*. Nos casos que sejam ainda discutíveis, resta ao trabalhador buscar a Justiça do Trabalho, que pode designar um perito de confiança para emitir um novo parecer.

Caso 2. Muerte de Trabajadores por agotamiento en una Plantación de Caña de Azúcar

En el año 2004 la Pastoral de los Emigrantes (parte de la iglesia católica) denunció ante la prensa la muerte de tres trabajadores campesinos cortadores de caña de azúcar, que ocurrió en las usinas del Estado de São Paulo. En 2005, otras diez muertes fueran registradas en situaciones similares, nueve eran hombres de permanencia temporal en el trabajo. Los síntomas registrados se referían a dolores de cabeza, calambres fuertes, desmayos y finalmente a paros cardiorespiratorios (Silva, 2006). La descripción sumaria e inicial del problema consiste en el artículo de Toledo (2005).

En la década del 90, la región de Ribeirão Preto en São Paulo/Brasil produjo 65 millones de toneladas de azúcar y pasó a cerca de 90 millones en la cosecha de 2006. Este aumento no se relaciona a la incorporación de la tecnología pero si al aumento del esfuerzo humano. Un estudio de la Universidad de São Paulo demostró que para cortar 10 toneladas de caña de azúcar por día, el trabajador necesita de 9.700 soplos del podón (herramienta usada en el corte). Los hombres y las mujeres poseen una rutina difícil, despiertan a las 4 de la mañana, viajan casi una hora por las carreteras con huecos y caminos de tierra, comienzan el trabajo tres horas después, almuerzan a las 10 horas de forma improvisada, sentados en medio del cañaveral. El salario promedio de los hombres es de R\$ 550 reales (280 dólares), de ese total R\$ 300 reales (150 dólares) envían para la familia que vive lejos. El sueldo mensual de la mujer sólo llega a R\$ 400 reales (200 dólares).

Cada tonelada del corte quemado de la caña de azúcar releva R\$ 2,20 reales (1.10 dólares) al trabajador en promedio. En la región de Ribeirão Preto (SP) se estima de la existencia de 40 mil trabajadores en el corte de caña de azúcar. La entidad que representa el sector de la empresa que produce la caña de azúcar y de alcohol en el estado de São Paulo informó que defiende y dirige a todos los asociados de modo que satisfagan la legislación en el vigor riguroso. En el estado de São Paulo existen cerca de 11 mil pequeños y medianos propietarios con la característica que utilizan a 250 mil trabajadores aproximadamente.

El proceso del trabajo del corte de caña de azúcar pasó por cambios significativos en la década del 1980 hasta la década actual (Alves 2006). En la década del 1980, el sector azucarero-alcoholero vivió su gran período y estimuló la producción del alcohol hidratado y, a su vez, la productividad de la cultura agrícola también creció de 50 toneladas por hectárea alcanzando a 80 toneladas más desde las décadas del 1950 hasta el 1980. También creció la productividad del trabajo en el corte de caña de azúcar medida en las toneladas de caña de azúcar cortadas por día por hombre. Si en la década del 1960 la productividad del trabajo estaba en promedio de 3 toneladas de caña de azúcar por día de trabajo, en la década del 1980 la productividad media pasa a 6 toneladas de caña de azúcar por día por hombre y en el final de la década del 1990 y comienzo de la década actual, alcanza 12 toneladas por día. El consumo físico de esta actividad es comparada por Alves (2006) a un atleta fondista, porque trabajadores con mayor productividad no son los que tienen mayor masa muscular pero son los que tienen mayor resistencia física para la realización de la actividad repetitiva, la cual es llevada a cabo a cielo abierto, con ropas pesadas y calientes, debajo del sol, en presencia del hollín, del polvo y del humo, en algunos casos, y por un período que varían desde 8 hasta 12 horas de trabajo diario.

Un trabajador que corta 6 toneladas de caña de azúcar, camina aproximadamente una distancia de 4.400 metros, expende aproximadamente 50 soplos con el podón para cortar una viga de caña de azúcar, lo cual es equivalente a 183.150 soplos por día. Por otra parte, camina 4.400 metros por día y lleva en sus brazos 6 toneladas de caña de azúcar, con un equivalente de peso de 15 kg, a una distancia que varía entre 1,5 a 3 metros. Este gran costo de energía bajo el sol, con ropas pesadas y gruesas, provoca que los trabajadores suden abundantemente, perdiendo cerca de 8 litros de agua y minerales, quedando deshidratados y con frecuentes calambres. El comienzo de los calambres, generalmente en las manos y los pies, avanza hasta las piernas y llega al tórax, lo que provoca dolores y convulsiones y hacen pensar que el trabajador está teniendo un ataque nervioso. Para contener calambres y la deshidratación algunos llevan para el campo suero fisiológico y en algunos casos suplementos de la energía en reemplazo de los minerales faltantes (Alves, 2006).

A partir de la década del 1990 la productividad del trabajo exige de cada trabajador un corte promedio de 12 toneladas/día. Como resultado de las muertes se produjeron tres juicios públicos en la ciudad de Ribeirão Preto/São Paulo, uno de los centros más grandes de producción de azúcar y del alcohol del país Silva (2006). La fortaleza del agronegocio del sector del zúcroalcoholero y de la ideología del desarrollo, anclado en el progreso económico fue lo más importunate en los discursos del juicio.

Esta claro que la única posibilidad de cambio es la interrupción del proceso de la destrucción física y social restaurada por los representantes de grandes compañías nacionales e internacionales con la convivencia del estado. La necesidad es de inaugurar un nuevo lenguaje que cambie los paradigmas estructurales del desarrollo que se arrastran en el discurso político desde la década del 1950.

Esta situación, bajo el paradójico de la propuesta actual del gobierno brasileño por el etanol como fuente de energía “sostenible”, pone presente la importancia de desmitificar la ideología del progreso moderno, traducido por las grandes máquinas y automatización, es una manera de divulgar lo oculto, de traerlo desde del submundo hasta la banalización de la injusticia social impuesta. Silva (2006) preconiza como primer paso para el redescubrimiento de la acción, hacer política, la recreación de la condición humana del trabajo y los trabajadores y dar fin a la banalización de la muerte y de la vida.

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

La globalización, la reestructuración productiva y las políticas neoliberales conforman un conjunto de fuerzas políticas y socio-económicas que instauran una tendencia inusual en el modelo capitalista tradicional, el desarrollo económico sin la generación proporcional de empleos. Si se asume el desempleo, la exclusión social como tendencia inevitable (Druck y Franco, 1998).

En lo que se refiere a las relaciones del trabajo, la tercerización intensa, observado especialmente después de los años 1970 en el Brasil, introduce en la producción formas distintas e inferiores de trabajadores bajo un contrato precario que no garantiza derechos. Esta distinción va más allá del contrato de empleo y se refleja en las condiciones del trabajo y las maneras del tratamiento interno destinado de forma siempre inferior a los subcontratados.

Las consecuencias de la coyuntura de este nuevo “mundo del trabajo” se expresa en la salud por la degradación de las condiciones del trabajo asociadas a la inserción de las nuevas tecnologías que ponen en la convivencia situaciones “antiguas” y “nuevas” y que se asocian a la exposición de los factores clásicos del riesgo, de “nuevos” riesgos y de cargas introducidas por las innovaciones organizacionales (Ribeiro, 1999).

Los reflejos para la salud están en los análisis de Wisner (1994) que expresan la realidad brasileña donde se destaca la cuestión de la transferencia tecnológica como problema de dimensiones extendidas que presenta repercusiones negativas en el área de la salud y de la economía. En el área de la salud: 1) Una alta frecuencia de accidentes de trabajo, incluyendo el efecto de la degradación de las autopistas en los accidentes de trayecto y la mortalidad; 2) Una notable ampliación de las enfermedades ocupacionales, más allá de toda la gama de afecciones al trabajo todavía no endosado por las instituciones médicas y 3) La aparición de problemas ligados a las enfermedades del desarrollo industrial y urbano.

Es en este escenario que la significación del trabajo se torna complejo a partir de determinados factores agresores a la salud de los trabajadores, donde la clásica relación exposición-efecto, acumula “antiguas” y “nuevas” variables decurrentes de las innovaciones del mundo del trabajo, en una dinámica que supera los cortes tecnológicos, organizacionales y acrecienta los aspectos subjetivos del trabajador, la amenaza permanente del desempleo, las dificultades de organización, la poca creencia en los valores tradicionales y la inercia del Estado en el trato de este nuevo escenario.

Subyacente a esta trayectoria debe ser considerado también que habían sido colocados en marcha en el Brasil, en las últimas décadas, los mecanismos de

precariedad del trabajo. Así, en el movimiento mundial de la reestructuración productiva, la adopción de prácticas de gerencia modernas, la tercerización ampliada y extensiva a la operación y al mantenimiento de sectores industriales de riesgo elevado ha resultado en la precariedad de las condiciones del trabajo, la fragilidad de las acciones de clase y de resistencia individual, condiciones más vulnerables de la seguridad industrial y en el sometimiento a los agravios a la salud (Druck y Franco, 1998).

Lacaz (2000) localiza la situación brasileña como resultado de la gerencia de la fuerza de trabajo, la desregulación/precariedad de las relaciones del trabajo debajo del neoliberalismo globalizado y que interviene con la constitución de las identidades colectivas y con el reconocimiento que construye las subjetividades.

Los cambios del perfil patológico de las poblaciones trabajadoras, delante de este cuadro de intensificación del trabajo, polivalencia y la sumisión, origina patologías decurrentes de sobrecargas cada vez más grandes y un nuevo perfil patológico se configura con un predominio más grande de las enfermedades crónicas y el nexo de causalidad con el trabajo no es más evidente, proliferen las cardiocirculatorias, gastrocólicas, sicosomáticos, cáncer, enfermedades músculo-esqueléticas, que agregan un aspecto patológico mental y físico e igual consumo de las muertes sicoafectivas por el exceso del trabajo (el “karosh”) y las enfermedades neurológicas unidas al stress (Gorender, 1997 y Lacaz, 2000) y para las enfermedades que ocurren en la población en general, pero que en los trabajadores ocurre más temprano (Lacaz, 2000).

Los datos de la mortalidad de São Paulo para la década del 1980 demuestran esta tendencia de manera clara (Lacaz, 2000). Son muertes por enfermedades cardiovasculares que pueden llegar a ser relacionadas a la baja autonomía de decisiones en el trabajo, a las actividades poco creativas y a la pequeña ayuda social (Marmot y Theorell, 1988). A esto se agregan las muertes por las causas externas relacionadas a la violencia de los centros urbanos, como los accidentes de trayecto (tránsito) o del trabajo de los conductores de autobuses y de camiones de carga (De Lucca & Mendes, 1993), por cáncer relacionado al uso de sustancias químicas cada vez más tóxicas (Mendes, 1988) y por los trabajadores expuestos a sustancias cancerígenas que llega a 2 millones expuestos sólo a sílice (Ribeiro, 2004; Ribeiro et al 2008).

Uno de los aspectos más violentos del la precariedad del trabajo habita en la persistencia de la explotación del trabajo de niños y de adolescentes. En el Brasil, 3,5 millones de trabajadores tienen menos de 16 años y pocos trabajan legalmente en condición de aprendices. El trabajo infantil y el trabajo esclavizado expresan una dimensión cuantitativa de problemas identificados, no obstante a los aspectos esenciales a la economía, a los impactos sociales y sobre todo a la salud, continúa en gran parte invisible en las estadísticas y en los estudios epidemiológicos.

Entre los trabajadores infantiles, 65,1% son hombres, 33,5% trabaja 40 horas o más por semana, 48,6% no tienen remuneración, más de la mitad utilizan productos químicos, máquinas, herramientas o instrumentos de trabajo para cosecha. La mayoría de los trabajos se encuentra en la actividad agrícola (43,4%), no obstante este porcentaje se eleva entre los más jóvenes, alcanzando 75,9% en el grupo de 5 a 9 años, y el 56% en el grupo de 10 a 14 años. Se sabe también que más de 80% de los trabajadores infantiles están en el sector informal y que el trabajo de casa es una de las

actividades productivas urbanas principales (Brasil, 2004).

La cuestión del trabajo infantil, acompaña la trayectoria del país desde la época de la colonia, cuando los niños descendientes de negros e indígenas se convirtieron en mano de obra obligada de las haciendas. El trabajo esclavizado todavía existe en casi todos los estados del Brasil. Involucra productores y compañías de los tipos más variados. Las víctimas de la esclavitud tienen todas las edades y dos en cada tres de ellos son del noreste. Esta práctica ocurre sobre todo en las áreas donde todavía existe una tala de árboles más intensa de la vegetación nativa, teniendo como objetivo la extensión del agronegocio de exportación en grandes monocultivos. Datos divulgados por la secretaría de la inspección del trabajo hasta el año de 2005, muestran que fueron fiscalizadas 1.310 haciendas y fueron libertados 14.569 trabajadores, con el pago de indemnizaciones. La actividad pecuaria fue la principal actividad, en 80% de las haciendas se encontró trabajo esclavizado (Brasil, 2004).

9. Escenario futuro

La historia social y económica del Brasil ilustra bien el proceso de la concentración de la renta y del desigualdad social que el modelo neoliberal puede imponer a una sociedad con una economía rica.

Los cambios actuales en el mundo del trabajo en el Brasil siguen el movimiento mundial de la reestructuración productiva y la globalización de los mercados, evidenciando un nuevo perfil de la fuerza de trabajo. Aunque siguen con formas tradicionales y arcaicas de producción al lado de la incorporación rápida de innovaciones tecnológicas en la producción de mercancías y de servicios, que aliado a los problemas estructurales históricos trae las consecuencias profundas para la vida y la salud de los trabajadores. En las últimas décadas se vienen evidenciando grandes alteraciones en la dinámica del empleo y de la composición de la fuerza del trabajo urbano y agrícola: la reducción del trabajo industrial, crecimiento del sector de servicios, subcontratación, reducción del grado de formalización de las relaciones laborales en las instituciones (informalidad, cooperativas), desempleo, aumento acelerado de diversas formas de precariedad del trabajo en el amplio conjunto de ocupaciones del sector informal (incluido las ocupaciones al límite de la legalidad) y de la exclusión social (Brasil, 2004)

La gravedad de la precariedad del empleo y del desempleo tiene una tendencia a perpetuarse, dada la ausencia de alternativas previsibles. Comienzan a ser parte de la dinámica de la erosión social y de una modernidad que señala con respecto a la desagregación de la sociedad del trabajo y del modelo del Estado del bienestar social, que las bases de sustentación estimaban en el trabajo, la estabilidad y la Seguridad Social. No cabe esperar que la lógica del libre mercado haga posible al reabsorber a esta población dislocada, quedando al margen del sistema de seguridad (Brasil, 2004).

Por su tiempo, una política asistencialista de la garantía de subsidios mínimos a los más pobres no presenta alternativa de inserción en el modelo de desarrollo económico que poco ha reflejado el problema ambiental y no incluye la garantía de la salud y de la vida humana. Al reverso, los indicadores disponibles, paradójicamente al desarrollo nacional, apuntan para el aumento de las desigualdades, con el agravante del desempleo, subempleo, trabajo infantil y la tendencia del flujo migratorio brasileño, que

no parecen romper con la herencia de la desigualdad que ven marcando la historia brasileña.

Delante de este cuadro, es necesario considerar como desafíos no sólo la exclusión social creciente, también la generación de la escasez social por la destrucción ambiental de los actuales estándares de civilización. El desafío político, social y científico consiste en la construcción histórica de sociedades con el desarrollo socio ambiental sostenible, que hoy son las dos caras de la misma moneda. La equidad social y de la inserción humana conciente en el medio ambiente (Druck y Franco, 1998).

Por todos estos aspectos y por la complejidad de los desafíos es importante considerar que la redefinición de los estándares de la producción y del consumo - en la dirección de un desarrollo sostenible con la equidad social - depende de la existencia y de la actuación de sujetos sociales con visibilidad social, no pudiendo suceder de las leyes ocultas del mercado ni de las propuestas pseudocientíficas que justifican cualquier política, sea la de degradación del ambiente, que genera más escasez social al medio y largo plazo, sobretodo en los países periféricos, sea la política de la exclusión y aportación social que ha prevalecido hasta entonces en los países nucleares y periféricos (Druck y Franco, 1998).

En la coyuntura actual, el desafío consiste en avanzar en la meta de la universalización del seguro y de la justicia social. Para esto, el sistema de Seguridad Social necesitaría un readecuación. Hay indicaciones de crecimiento de la desigualdad de renta, del desempleo, de condiciones muy precarias de trabajo. O sea, un cuadro de heterogeneidad en el interior del mundo del trabajo. Un mundo mejor, hoy, del punto de vista técnico, es innegablemente posible. É posible que toda la gente trabaje y bajo una jornada menor. É posible tener un sueldo muy mayor, porque técnicamente la economía permite estos. La dificultad mayor esta en la política, en la dificultad de hacer las oportunidades sean democratizadas (Pochmann, 2007).

En una mirada política del gobierno brasileño las esperanzas y las frustraciones son mutuamente imbricadas. La crítica dentro de la izquierda brasileña e internacional viene si la intensificación. La política económica restrictiva, como consecuencia directa de la continuidad del pago de la deuda, perpetúa la dependencia económica del país y reduce el borde de la maniobra política y social del gobierno, impedido cambios importantes del interés de la mayoría de la población. El gobierno se compone por una alianza amplia de partidos diversos, que representan intereses contrarios dentro de la sociedad brasileña (Andriolo y Schmalz, 2006). Mas esto no significa que los intereses contradictorio y conflictivo no posan ser mediados, en la perspectiva de la totalidad social. Esta mediación necesita de la recuperación del lugar de la política, como espacio público de debates, en que los diversos actores tengan espacio para exponer sus ideas, defender sus intereses, hacer opciones, discutir, reflejar, divergir, dialogar, participar y tomar decisiones, construyendo la ciudadanía participativa (Rotta, 2006).

10. Bibliografía Consultada

Alves F. **Por que morrem os cortadores de cana?** [texto on line].2006. Disponible en <URL:<http://www.pastoraldomigrante.org.br>>.[01 junio 2007].

Andrioli Al & Schmalz S. O governo Lula: continuidade da política neoliberal no Brasil. **Revista espaço acadêmico**. 2006; 62. Disponible en <URL:<http://www.espacoacademico.com.br/062/62andrioli.htm>>.[01 junio 2007].

- Binder, MCP & Cordeiro R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev. Saúde Pública**. 2003, 37(4): 409-416.
- Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988 [texto on line]. Disponible en <URL:<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. [14 mayo 2006].
- Brasil. **Lei Orgânica da Saúde**- Lei 8080. Brasília: Ministério da Saúde. 1991. Disponible en <URL:<http://www.soleis.adv.br/leiorganicasadaude.htm>>. [01 junho 2007].
- Brasil. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. [Texto on line].2004. Disponible en <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. [01 junio 2007].
- Cordeiro R, Sakate M, Clemente, AP G. et al. Underreporting of non-fatal work-related injuries in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, 2005, 39(2):254-260.
- Curi, AZ & Menezes-Filho, NA. O mercado de trabalho brasileiro é segmentado? Alterações no perfil da informalidade e nos diferenciais de salários nas décadas de 1980 e 1990. **Estud. Econ.** 2006,36(4): 867-899.
- De Lucca, S. R. & Mendes, R. Epidemiologia dos acidentes de trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**.1993, 27(3):168-76, 1993.
- DIEESE. **Anuário dos Trabalhadores**: 2006. 7ed. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo, 2005. Disponible en <URL:<http://www.dieese.org.br/anu/anuario2006.pdf> >. [01 junho 2007].
- Druck G & Franco T. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 1998, 3(2):61-72.
- Gorender J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos Avançados**. 1977, 29(11):311-61, 1997.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - Síntese de Indicadores, 2005**. Disponible en <URL:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/tabsintese.shtm>> . [01 julio 2007].
- Lacaz FA & Campos WCR. Demandas sindicais em saúde e trabalho. **Resumos. IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Recife: Abrasco, 1994.
- Lacaz, FAC. Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura pri.vatista. Texto produzido para Seminário realizado com a Diretoria do Sintratel de São Paulo em 2000: **UITA - Secretária Regional Latinoamericana - Montevideo - Uruguay. 2004** Disponible en <URL:http://www.rel-uita.org/old/home/ler/informes/saude_do_trabalhador.htm>. [01 junho 2007].
- Loomis D, Richardson DB, Bena JF, Bailer AJ. Deindustrialisation and the long term decline in fatal occupational injuries. **Occup Environ Med**.2004; 61(7):616-621.
- Marmot M. & Theorell T. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. **International Journal of Health Services**. 1988; 18(4):659-74.
- Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I. Mortalidade. **Revista de Saúde Pública**.1988; 22(5):441-57.
- Menezes Filho NA, Mendes M, Almeida ES. O diferencial de salários formal-informal no Brasil: segmentação ou viés de seleção? **Revista Brasileira de Economia**.2004; 58(2).
- Ministério da Previdência Social (MPS). **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2005**. Seção II - Indicadores de Acidentes do Trabalho. 2005. Disponible en <URL:http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp>. [01 junho 2007].
- Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Legislação - **Normas Regulamentadoras**. 2007. Disponible en <URL:http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp>. [01 junio 2007].
- Ministério da Saúde (MS). **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006**. IDB-2006. RIPSA. Disponível em <URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. [01 junho 2007].

- Ministério da Saúde (MS). **Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador**. 2007. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928>. [01 junho 2007].
- Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), 2007b. Relações de Trabalho - **Atualização Sindical**. Disponível em <URL:http://www.mte.gov.br/at_sindical/painel_atualizacao_trabalhadores.asp#>. [01 junho 2007].
- Oliveira MHB & Vasconcellos LCF. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**.1992; 8(2):150-156.
- Pastore J. O custo dos acidentes do trabalho. **Jornal da Tarde** 2001 mar 03. Disponível em URL:<http://www.josepastore.com.br/artigos/relacoestrabalhistas/134.htm>>. [01 junho 2007].
- Pastore J. Onde estão os trabalhadores informais?. **O Estado de S. Paulo** 2003 jun 03. Disponível em <URC:<http://www.josepastore.com.br/artigos/emprego/136.htm>>. [01 junho 2007].
- Pochmann M. Há uma transformação no mundo do trabalho, que veio para ficar. **Revista do Instituto de Humanitas Unisinos**. Ed 226. 2007. Disponível em URL:http://www.unisinos.br/iuonline/index.php?option=com_tema&Itemid=23&task=detalhe&id=345> . [01 junho 2007].
- Ramalho JR. Trabalho e sindicato: posições em debate na sociologia hoje. **Dados**.2000, 43(4). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-5258200000400006&lng=pt&nrm=iso>.(Pré-publicação.). [30 abr 2007].
- Ribeiro FSN, Melo AISC, Teixeira C, Oliveira AS. Os novos paradigmas da produção: privatização, redução de efetivo, incremento à terceirização e precarização das condições de saúde. **XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho**. OIT. São Paulo, 1999.
- Ribeiro FSN. **Exposição ocupacional à sílica no Brasil: tendência temporal, 1985 a 2001**. São Paulo; 2004.[Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Ribeiro FSN; Camargo EA, Algranti, E; Wunsch Filho, V. Exposição Ocupacional à Sílica no Brasil no ano 2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2008; 1 (11): prelo.
- Ribeiro, HP & Lacaz, FAC. Incapacidade, trabalho e previdência social. In: **De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores** (HP Ribeiro & FAC Lacaz, org.), 1984:187-209, São Paulo: Diesat/Imesp.
- Rocha S. Pobreza e indigência no Brasil: algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004. **Nova economia**. 2005, 16 (2):265-299.
- Rodrigues IJ. O Sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. **São Paulo em Perspectiva**. 1995; 9(3):116-26.
- Rotta E; Fraga CK; Preuss LT; Ames MAC. As políticas sociais como potencializadoras do desenvolvimento local-regional. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Nº 5, ano V, nov. 2006 Disponível em <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_serial&lng=pt&pid=0104-0707&nrm=iso> [01 junho 2007].
- Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública**. 2003;19(2):481-493.
- Santana VS & Loomis D. Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. **Ann. occup. hyg**.2004; 48 (2):147–157.
- Santana V, Nobre L & Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2005;10(4):841-855.
- Santana VS, Araujo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública**. 2006;40 (6):1004-1012.
- Silva MAM, Martins RC, Ocada FK, Godoi S, Melo BM, Vettoracci A, Bueno JD, Ribeiro JD. Do karoshi no Japão, à birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado. **Revista Nera - Núcleo de estudos**,

pesquisa e projeto de reforma agrária. Edição 7, 2006. Revista eletrônica do PPG/Geografia e Dep. de Geografia da UNESP/PP.

Toledo M. Tecnologia faz bóia-fria trabalhar mais. **Folha de São Paulo.** 2005 set 18 <URL:<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1809200515.htm>>. [01 junho 2007].

Waldvogel BC. Acidentes do trabalho: os casos fatais a questão da identificação e da mensuração. Belo Horizonte: **Segrac**, 2002. Coleção Prodat Estudos e Análises. 2002; 1(1).

Wünsch-Filho V. Reestruturação Produtiva e Acidentes de Trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 1999; 15:41-51.

WISNER, A., 1994. A Fábrica do Futuro em Países de Industrialização Recente: Transferência de Tecnologia ou Reconcepção Global in: **Textos escolhidos em ergonomia contemporânea** (M.C.Vidal, org): COPPE/UFRJ.

SITUACIÓN EN BRASIL



Cortador de Caña, Brasil

Por: Fátima Sueli Neto Ribeiro, PhD
Profesora de la Universidad del Estado do Rio de Janeiro/Brasil

Brasil, derecho a la salud en el trabajo

1. Contexto económico, político y social

O Brasil possui 8,5 milhões de quilômetros quadrados de território, 188 milhões de habitantes no ano de 2006, distribuídos em 26 estados e um Distrito Federal subdividido em 5.564 municípios. Apresenta uma baixa densidade populacional (21,63 habitantes/km²), com uma distribuição muito diferenciada entre os estados. A concentração nas áreas urbanas é de mais de 80% da população e o crescimento demográfico de 1,6% ao ano pelo Censo do ano de 2000.

A população economicamente ativa (PEA) é de 96,03 milhões de pessoas. É a 11^a economia mundial e a renda per capita em 2005 ficou em R\$10.520 (aproximadamente 5.000 dólares). O Brasil ocupa a 63^a posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

A balança comercial apresentou um superávit de 44,7 bilhões de dólares em 2005 e o Produto Interno Bruto (PIB) de 1,7 trilhão de reais com taxa de crescimento real de 2,3% no ano, segundo o Ministério da Fazenda. A taxa média de desemprego foi de 10,1% em 2006 e o salário mínimo par ao ano de 2007 no Brasil é de R\$ 360,00 (aproximadamente 180 dólares).

A taxa de fecundidade é de 2,0 filhos por mulher, a expectativa de vida ao nascer de 72 e a mortalidade infantil é de 25,8 por mil nascidos vivos, em 2005. A redução da taxa de natalidade e de mortalidade enquadra o Brasil como país de rápido envelhecimento populacional. A taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos de idade ou mais foi de 11% em 2005. A rede geral de esgotamento sanitário é de 69,9% dos domicílios em 2004, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2006). O sistema de saúde brasileiro, desde a constituição de 1988, tem cobertura universal.

O sistema político brasileiro é presidencialista. Com três poderes: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, exercidos, respectivamente, pelo presidente da República, pelo Congresso Nacional - dividido entre Câmara dos Deputados e Senado Federal - e pelo Supremo Tribunal Federal. A Constituição Federal determina que o número total de Deputados, bem como a representação por Estado e pelo Distrito Federal, deve ser estabelecido proporcionalmente à população. O Senado é composto por 81 membros e a Câmara dos Deputados de 513 deputados. Todos são eleitos por voto direto, para mandatos de oito e quatro anos, respectivamente.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo.

A Constituição Federal de 1988, promulgada em 1990, incorporou o caráter de direito social à saúde quando estabeleceu no artigo 196 que o direito à saúde será "*garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*" tanto as ações quanto os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1988).

A mesma Magna Carta garante ao trabalhador o direito à redução dos riscos ao trabalho, por meios de normas de saúde, higiene e segurança (art. 7^o). O artigo 225 do mesmo diploma legal prevê o direito de todos ao meio ambiente ecologicamente

equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e as futuras gerações.

A Constituição prevê a Saúde do Trabalhador com funções de prevenção em 3 campos: Saúde, Trabalho e Previdência Social. As relações de trabalho, o meio ambiente de trabalho e os limites de exposição ocupacional estão a cargo do Ministério do Trabalho e Emprego. A Previdência Social ou Seguridade Social possui a função de regulamentar a seguridade social como a recuperação e reparação de doenças e acidentes de trabalho. Ao Ministério da Saúde cabe a promoção da saúde dentro e fora do ambiente de trabalho, “*como direito de todos e dever do estado*” operacionalizado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste campo, a Constituição mudou profundamente a forma de atenção que o Estado deve destinar à população incorporando os princípios de universalização, integralidade e controle social, assegurando a todos os cidadãos o direito a atenção integral às suas necessidades respeitando as diferenças individuais e sociais de acesso. O SUS definiu uma política de saúde voltada ao direito de cidadania como dever do Estado. A Saúde do Trabalhador faz parte do direito universal à saúde e o Sistema Único de Saúde é o responsável pelo cumprimento dessas ações, expressas entre as suas atribuições no artigo 200 e definidas na Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080 de 1990).

No campo da atenção jurídica, a Constituição constituiu o Ministério Público como uma instância de defesa da cidadania e dos direitos no trabalho, que se consubstanciou com a criação do Ministério Público Federal do Trabalho e o Ministério Público Estadual de Meio Ambiente, legitimados para defender interesses coletivos, quando desrespeitados os direitos sociais e as leis trabalhistas constitucionalmente garantidas. No mesmo diploma legal, foi conferida aos sindicatos a legitimação para defender os direitos e interesses individuais e coletivos das categorias que representam.

3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área.

A delimitação da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, consagrado na Constituição como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) (Constituição Federal, artigo 200). Possui uma larga abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores.

Historicamente, as ações em Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, têm se desenvolvido de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde. Estas ações são desenvolvidas de modo desigual nos estados e municípios, o que torna evidente a necessidade de incorporar um conjunto de decisões e ações coerentes, que contemplem os aspectos sanitários, ambientais, éticos, econômicos e sociais, incluindo questões étnicas e de gênero na Saúde do Trabalhador, contribuindo assim para o aperfeiçoamento do processo de construção do SUS (Brasil, 2004).

A partir da década de 1940 o Ministério do Trabalho assume as questões ligadas à saúde nos ambientes de trabalho. No período da ditadura militar brasileira, em especial no ano de 1978, inseriu o capítulo V na regulamentação das relações de trabalho brasileira, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (MTE, 2007) Atualmente este capítulo consiste em 33 Normas Regulamentadoras que disciplinam as condições e o ambiente de trabalho. A norma nº15 funciona como parâmetro técnico para os limites

de exposição ocupacional e o pagamento de insalubridades. As normas nº 4 e 7 disciplinam os Serviços Especializados de Engenharia e Segurança no Trabalho, onde estão situados os médicos, engenheiros, enfermeiros e técnicos de segurança responsáveis pelos exames admissionais e demissionais, as avaliações ambientais e os serviços de emergência na empresa. A existência deste serviço é prevista para empresas com alto risco e grande número de trabalhadores. Na norma nº 4 está prevista a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), responsável pelo acompanhamento das condições de trabalho e composto de uma comissão paritária cujo presidente é nomeada pelo empregador. Além destes, as Normas disciplinam equipamentos de proteção, estatísticas de acidentes, condições de trabalho a céu aberto, em grandes profundidades e na área rural, além de muitos outros.

Um avanço importante para o Brasil está prevista na Lei Orgânica de Saúde que regulamenta a Constituição Federal (Brasil, 1991). No campo da Saúde do Trabalhador esta lei considera Saúde do Trabalhador uma atividade que transversal às vigilâncias, destaca o papel dos trabalhadores nas ações de fiscalização, pesquisa e controle das condições de trabalho e garante ao sindicato dos trabalhadores requererem a interdição do setor ou de todo ambiente de trabalho, quando risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Brasil, 2004), em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (MS, 2007), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. A RENAST é composta por cerca de 150 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador com financiamento direto do através de repasses mensais do Fundo Nacional de Saúde. Os estados e municípios possuem atribuições em Saúde do Trabalhador definidas através de diretrizes pactuadas no âmbito do Estado.

Uma característica ainda marcante na política de Saúde do Trabalhador é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área. As ações de reabilitação não foram incorporadas ao SUS, mantendo-se sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social — MTPS —, dentro da estrutura do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS. As ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo Ministério do trabalho e Emprego, pelas Coordenações de Relações do Trabalho. Entende-se que a fiscalização dos ambientes de trabalho é parte essencial na execução das ações de vigilância sanitária. Estas ações devem ser realizadas numa perspectiva da prevenção, a partir do mapeamento de riscos, mecanismos de vigilância epidemiológica, programas de controle e outras formas de abordagem. Cabe ressaltar que as ações de vigilância sanitária são da alçada do SUS, não seguindo a lógica do modelo tradicional do Ministério do Trabalho, em que o exercício das fiscalizações se dá através de denúncias e demandas pontuais (Oliveira & Vasconcellos, 1992).

4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud en el trabajo.

4.1. Salud y Trabajo

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil caracteriza-se pela coexistência de agravos relacionados diretamente com as condições de trabalho

específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais” além das “doenças relacionados ao trabalho” e doenças comuns que também impactam a saúde dos trabalhadores. Aliam-me a estas morbidades um conjunto de sintomas e expressões nosológicas que estão ligadas as novas formas de relação que o homem vêm estabelecendo com o trabalho e rompendo as barreiras da jornada, do tempo e do local de exercício das atividades laborais. Exemplificam bem estas novas situações do processo de trabalho as atividades ligadas a programação, suporte de computadores e desenvolvimento de projetos ligados à tecnologia de informação. Nestas situações, o tempo de trabalho é o de finalização do projeto, a jornada é indefinida e o local pode ser o espaço doméstico. As conseqüências estão se expressando em distúrbios psíquicos, desagregação familiar e sintomas inespecíficos ligados a psicossomática. Expressões da violência e das conflituosas relações de trabalho conflituosas estão se expressando no “stress pós-trauma” e nos assédios. Por outro lado, também convivem no cenário epidemiológico brasileiro a tuberculose e a hepatite decorrente da contaminação no trabalho e a exaustão orgânica por esforço físico intenso como o “karoshi” ou a sua tradução para o português “birôla”.

A dimensão destes agravos possui registros inadequados nos sistemas de informação do Brasil, sejam ligados à saúde ou à seguridade social. Para fins de estatística oficial apenas as informações de trabalhadores contribuintes do seguro social se configuram em registro de acidentes e um conjunto de doenças. Cabe lembrar que apenas 35% da PEA brasileira está coberta pelo seguro social e freqüentemente são divulgados casos de acidentes ou de doenças cujo nexos não foi estabelecido por dificuldades relacionadas com as informações, o registro ou a capacidade técnica do perito do perito.

No SUS, os agravos relacionados ao trabalho não possuem tradição de registro nacional, apenas alguns sistemas estaduais o fazem, o que não permite sua projeção para a esfera nacional. Espera-se a mudança desta situação com a implementação da Portaria GM777 de 2004 que estabelece a notificação compulsória nacional a uma lista de doenças relacionada ao trabalho.

Mesmo com esta restrição, no período de 1970 a 2005 a Previdência Social registrou uma média de 950.421 acidentes de trabalho ao ano, com uma tendência decrescente, mas ainda gerando uma taxa anual de 6% de acidentes no mercado formal contribuintes da previdência social, conforme quadro 1 a seguir. A tendência decrescente tem sido discutida à luz das mudanças no processo de trabalho, da subnotificação do sistema de informação e da tendência de privatização do seguro social que no Brasil ainda é público (MPS,2005).

A tendência destes indicadores para cada década tem demonstrado que a freqüência de acidente está reduzindo. Na década de 1970 a taxa média foi de 13,67 acidentes por 1.000 trabalhadores, na década de 1980 foi de 5,39, na de 1990 foi de 1,96 e se estabiliza nos primeiros cinco anos da década de 2.000. Segundo vários autores este comportamento é esperado pela introdução de maquinários e mudança nas condições de trabalho, especialmente com a legislação de saúde e segurança e a mobilização do movimento sindical. Todavia não se pode deixar de considerar a intensa terceirização na força de trabalho especialmente em áreas de maior risco, associado a campanhas subliminares pela redução do registro dos acidentes de trabalhos voltados para a privatização do seguro acidentes de trabalho e aumento do mercado informal associado com a redução do trabalho formal. Mudanças no perfil produtivo, em especial o aumento do setor de serviços do que uma efetiva redução dos riscos ocupacionais ou

da melhoria da segurança das condições de trabalho são discutidas por Wünsch-Filho (1999) e Loomis *et al.*(2004).

Quadro 1. Trabalhador coberto pelo seguro Social, acidentes de trabalho e doença ocupacional, freqüência absoluta e taxas de incidência, mortalidade e letalidade-Brasil- 1970 a 2005.

Ano	Freqüência absoluta						Taxas		
	Trabalhador segurado	Acidente Típico	Acidente de Trajeto	Doença	Total de acidentes	Óbitos*	Inci-dência acidente (%)	Morta-lidade* por 100.000	Letali-dade* por 10.000
1970	7.284.022	1.199.672	14.502	5.937	1.214.174	2232	16,67	30,64	18,29
1971	7.553.472	1.308.335	18.138	4.050	1.326.473	2587	17,56	34,25	19,44
1972	8.148.987	1.479.318	23.389	2.016	1.502.707	2854	18,44	35,02	18,97
1973	10.956.956	1.602.517	28.395	1.784	1.630.912	3173	14,88	28,96	19,43
1974	11.537.024	1.756.649	38.273	1.839	1.794.922	3833	15,56	33,22	21,33
1975	12.996.796	1.869.689	44.307	2.191	1.913.996	4001	14,73	30,78	20,88
1976	14.945.489	1.692.833	48.394	2.598	1.741.227	3900	11,65	26,09	22,36
1977	16.589.605	1.562.957	48.780	3.013	1.611.737	4445	9,72	26,79	27,53
1978	16.638.799	1.497.934	48.511	5.016	1.546.445	4342	9,29	26,10	27,99
1979	17.637.127	1.388.525	52.279	3.823	1.440.804	4673	8,17	26,50	32,35
1980	18.686.355	1.404.531	55.967	3.713	1.460.498	4824	7,82	25,82	32,95
1981	19.188.536	1.215.539	51.722	3.204	1.267.261	4808	6,60	25,06	37,84
1982	19.476.362	1.117.832	57.874	2.766	1.175.706	4496	6,04	23,08	38,15
1983	19.671.128	943.110	56.989	3.016	1.000.099	4214	5,08	21,42	42,01
1984	19.673.915	901.238	57.054	3.233	958.292	4508	4,87	22,91	46,88
1985	21.151.994	1.010.340	63.515	4.006	1.073.855	4384	5,08	20,73	40,67
1986	22.163.827	1.129.152	72.693	6.014	1.201.845	4578	5,42	20,66	37,90
1987	22.617.787	1.065.912	64.830	6.382	1.130.742	5738	5,00	25,37	50,46
1988	23.661.579	926.354	60.202	5.025	986.556	4616	4,17	19,51	46,55
1989	24.486.553	825.081	58.524	4.838	883.605	4554	3,61	18,60	51,26
1990	23.198.656	632.012	56.343	5.217	688.355	5355	2,97	23,08	77,21
1991	23.004.264	579.362	46.679	6.281	626.041	4527	2,72	19,68	71,59
1992	22.272.843	490.916	33.299	8.299	524.215	3516	2,35	15,79	65,66
1993	23.165.027	374.167	22.709	15.417	396.876	3110	1,71	13,43	75,43
1994	23.667.241	350.210	22.824	15.270	373.034	3129	1,58	13,22	80,58
1995	23.755.736	374.700	28.791	20.646	403.491	3967	1,70	16,70	93,53
1996	23.830.312	325.870	34.696	34.889	360.566	4488	1,51	18,83	113,49
1997	24.104.428	347.482	37.213	36.648	384.695	3469	1,60	14,39	82,33
1998	24.491.635	347.738	36.114	30.489	383.852	3793	1,57	15,49	91,54
1999	24.993.265	326.404	37.513	23.903	363.917	3896	1,46	15,59	100,46
2000	26.228.629	304.963	39.300	19.605	344.263	3094	1,31	11,80	85,03
2001	26.966.897	282.965	38.799	18.487	321.764	2753	1,19	10,21	80,91
2002	28.683.913	320.398	46.621	22.311	367.019	2898	1,28	10,10	74,71
2003	39.850.452	325.577	49.642	23.858	399.077	2.674	1,00	6,71	67,00
2004	42.084.323	375.171	60.335	30.194	465.700	2.839	1,11	6,75	60,96
2005	44.170.396	393.921	67.456	30.334	491.711	2.708	1,11	6,13	55,07

* Inclui as doenças ocupacionais - Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social - http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp

Associado a este fato, a redução dos trabalhadores no mercado formal é significativo e decorreu, principalmente, do aumento das transições do setor formal para o informal e ocorreu, principalmente, entre os mais escolarizados (Curi, 2006).

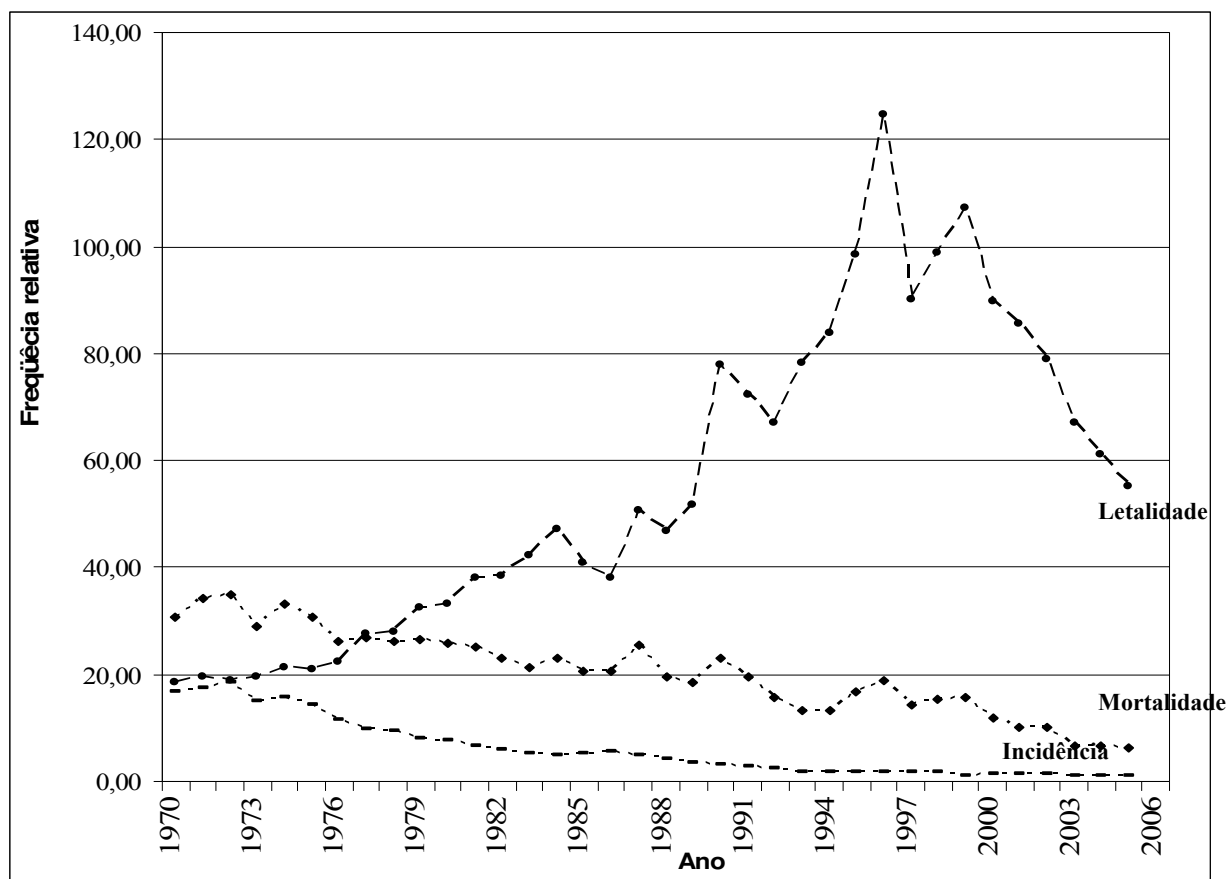
Uma limitação evidente para estas estatísticas é a ausência do número de horas homens trabalhadas no denominador. O que na verdade não deve implicar em alteração significativa nos resultados, pois nenhuma mudança relevante ocorreu na jornada de trabalho nos últimos anos. Alguns autores referem o aumento das horas-extras na década de 1990, o que poderia aumentar a situação de gravidade da exposição do trabalhador ao risco de acidentes e de óbito.

Apesar de elevados esses números ainda não refletem a realidade completamente. Um Inquérito domiciliar realizado por Cordeiro (2005) em um município do Estado de São Paulo, verificou que a subnotificação de acidentes em relação aos dados oficiais era de 79,5%. Da mesma forma, estudo de Binder (2003) identificou que apenas 22,4% dos acidentes tiveram registro previdenciário. No que tange aos óbitos por acidentes de trabalho, estudos em várias regiões brasileiras foram sumarizados no estudo de Santana (2005) e apontam que o nível de sub-registro varia de 81,9% em Porto Alegre, 76% no Paraná, entre 39% e 45% em São Paulo e 90,4% no Rio de Janeiro.

A mortalidade, embora também apresente tendência decrescente ainda é importante e segue ocorrendo em aproximadamente 10 em cada 100 mil contribuintes. O comportamento da tendência das taxas de incidência, mortalidade e letalidade demonstram a gravidade que os acidentes de trabalho registrados vêm assumindo, conforme gráfico 1, a seguir.

A mortalidade segue uma tendência semelhante a incidência, variando de 29,84 por 100 mil trabalhadores na década de 1970 para 22,31 na década de 1980. Reduz para 16,62 na década de 1990 e 10,34 nos primeiros anos da década de 2000. Santana (2004) observa na análise da mortalidade diferenças significativas com maiores riscos para os homens. O mesmo foi encontrado por Waldvogel (2002) que discute a elevação da mortalidade em homens com idade até 30 anos.

Gráfico 1. Tendência dos acidentes de trabalho - incidência*, mortalidade e letalidade***Brasil. 1970 a 2005**



Fonte: http://www.fundacentro.gov.br/CTN/acid_trabalho_doenca.asp

* Incidência: acidentes ocorridos no ano pelo número de trabalhadores cobertos pelo seguro social. Taxa por 1.000 trabalhadores

** Mortalidade: óbitos por acidentes de trabalho ocorridos no ano pelo número de trabalhadores cobertos pelo seguro social. Taxa por 100.000 trabalhadores

*** Letalidade: óbitos por acidentes de trabalho ocorridos no ano pelo número de acidentes de trabalho. Taxa por 10.000 trabalhadores

A letalidade que define a gravidade dos acidentes apresenta um comportamento crescente e importante, pois inicia com a média de 22,7 por 10mil acidentes na década de 1970 e segue aumentando para 42,64 na década de 1980, 89,83 na década de 1990 e 87,49 nos primeiros anos da década de 2000.

A alta taxa de mortalidade, a letalidade e a incidência de acidentes de trabalho no país expressam a precariedade das condições de trabalho e a baixa efetividade da regulamentação dos ambientes laborais, em que pesem os avanços da organização das classes trabalhadoras, após o regime militar. Isso também denota um descompasso da saúde pública nas ações específicas da área da saúde do trabalhador, desde que é considerável o impacto das suas estratégias no controle de doenças transmissíveis, como a Aids, e de fatores de risco como o tabagismo em no Brasil (Santana, 2005).

Os estudos da Fundacentro para o ano de 2003 revelam um panorama pontual, mas que é emblemático da situação dos acidentes e doenças segundo o setor econômico, conforme descrito no quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Estatísticas de acidentes e doenças ocupacionais por setor econômico em trabalhadores formais - Brasil - 2003

Setor Econômico	Incidência de Doença (por 10.000)	Incidência de acidentes (por 1.000)	Mortalidade (por 100.000)	Letalidade (por 10.000)
Agricultura, Exploração Florestal e similares	3,97	2,58	20,81	7,65
Extrativa Mineral	15,02	3,20	21,75	6,41
Indústria da Transformação	20,39	3,07	10,70	3,33
Eletricidade, Gás e Água	12,21	2,68	9,00	3,53
Indústria da Construção	7,05	2,34	25,25	9,92
Comércio e Veículos	6,16	1,02	8,74	7,97
Alojamento e Alimentação	7,14	0,99	4,11	3,96
Transporte, Armazenagem e Comunicação	13,33	2,17	23,77	10,43
Intermediações Financeiras	52,65	1,20	3,41	2,54
Atividades Imobiliárias e Serviços Prestados	8,36	1,02	8,57	7,76
Administração Pública	6,67	1,65	7,43	4,31
Ensino	3,84	0,53	1,47	2,72
Saúde	10,20	3,03	2,05	0,66
Outros Serviços	7,07	1,44	5,48	3,61
Serviços Domésticos	12,51	1,99	9,62	5,65

Fonte: Ministério da Previdência Social. MPS, 2004

http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp -

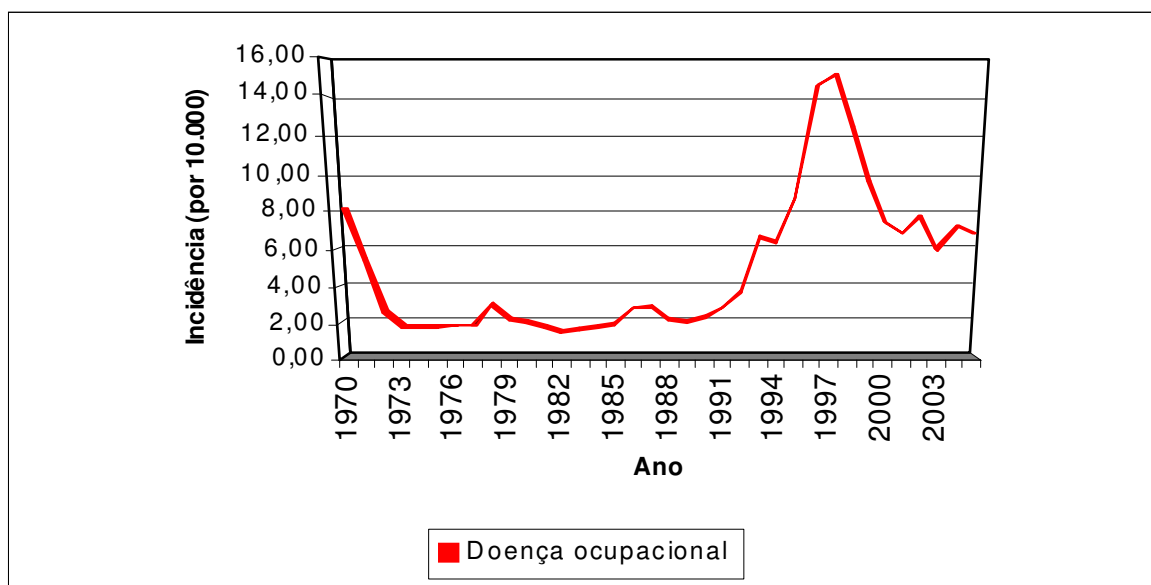
Os setores econômicos que apresentam maior incidência de acidentes são os classicamente reconhecidos pelos seus riscos: a extração mineral, a indústria de transformação e setor de saúde que começa a revelar os acidentes nos profissionais de saúde. No setor de extração mineral (minas e pedreiras) encontra-se a maior frequência de casos de doença e acidentes e também os mais graves, dada a alta mortalidade registrada neste setor. No setor de Construção os acidentes registrados são os de maior gravidade, dada a alta mortalidade e a letalidade observada. O Setor de Transportes reflete bem a expressão de violência do acidente de trabalho extra-muros, embora apresente subregistro de casos evidencia alta mortalidade e letalidade (quadro 2).

As Doenças

A dimensão das doenças ocupacionais no Brasil apresenta tendência de crescimento, situando-se atualmente em 30.000 casos reconhecidos ao ano (quadro 1). O aumento do número de doenças, especialmente a partir de 1993, está fortemente relacionado com o incremento de diagnóstico que a rede de Saúde do Trabalhador do SUS

implementou no Brasil e emerge com as lesões por esforços repetitivos (LER) a partir do setor de intermediações financeiras (Bancos) como descrito no quadro 2. O gráfico 3, a seguir, demonstra o comportamento da incidência de doenças ocupacionais registradas e reconhecidas pela Previdência Social .

Gráfico 3. Incidência de Doenças Ocupacionais (por 10.000) registradas no seguro Social entre 1970 e 2005 – Brasil



Fonte: Ministério da Previdência Social

http://www.fundacentro.gov.br/CTN/acid_trabalho_doenca.asp

Na década de 1970 foram registrados em média 3.227 casos de doenças perfazendo uma taxa de incidência média na década de 2,96 por 10.000 trabalhadores. Estes valores aumentam em número absoluto na década de 1980 para 4.220 casos em média e reduzem a incidência para 1,98. Na década de 1990 o número de casos de doenças, fortemente influenciado pelo registro das lesões por esforços repetitivos, aumenta em número absoluto para 19.706 em média e a incidência aumenta para 8,24 para 10.000 trabalhadores (MPS, 2005).

As informações disponíveis mostram que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais, nos processos de trabalho modifica o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam, entre outros, no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT); os cânceres; formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas “novas” formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados, por agrotóxicos, entre outras.

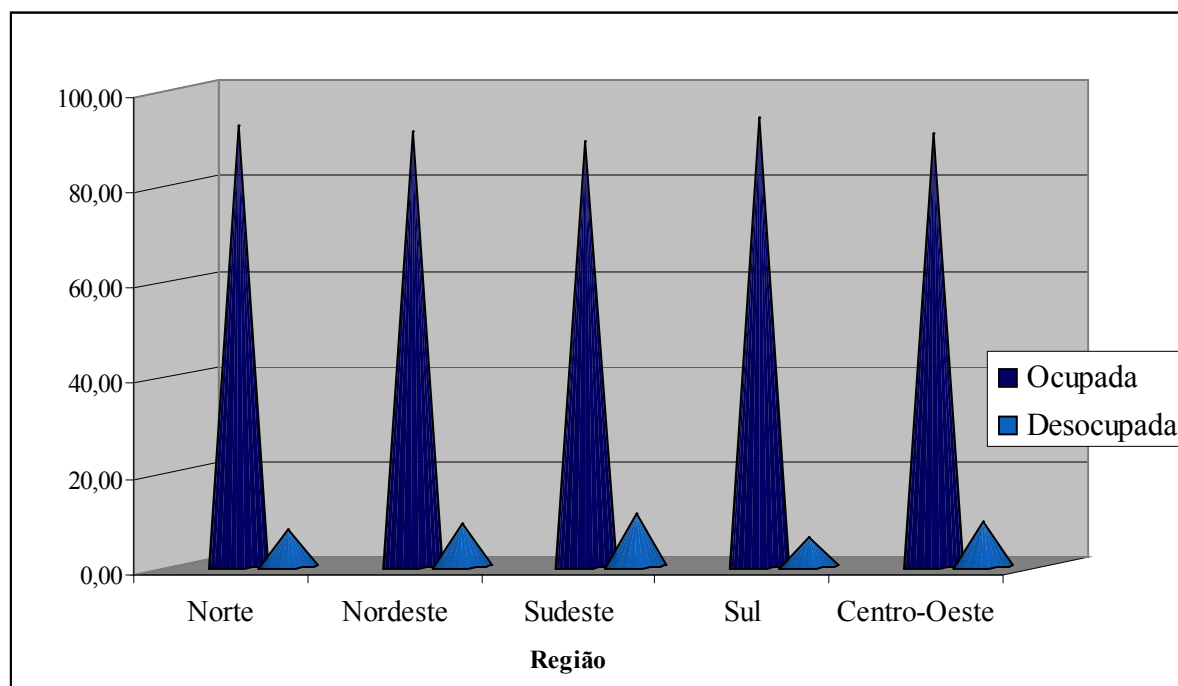
4.2. Coberturas de atención en salud en el trabajo

A população brasileira em 2005 era de 152.740.402 habitantes. Destes, a População Economicamente Ativa (PEA), segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2005), era de 96.031.971, distribuídas em 56% homens e 44% mulheres. Encontravam-se ocupadas neste ano, 87.089.976 (90% da PEA). A desocupação, aqui entendida como desemprego, ocorria em 3.854.599 homens e 5.087.396 mulheres, respectivamente 7% dos homens e 12% das mulheres.

O conceito “ocupação” para fins deste trabalho representa a população que desenvolveu atividade econômica, seja no mercado formal ou no informal e pode ser entendido como população empregada.

As diferenças na proporção de emprego/ocupação e desemprego/desocupação por região geográfica podem ser vistas no gráfico 4 a seguir. A região sudeste possui a maior PEA, 41.364.821, e a menor proporção de ocupação 89% e a maior de desocupação 11%. As demais regiões possuem proporção desocupação acima de 90% e a desocupação mais importante está localizada na região centro oeste, 10%.

Gráfico 4. Percentual de população ocupada e desocupada em relação a PEA por região - Brasil 2005



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

A ocupação dos trabalhadores brasileiros, independente da formalização, no ano de 2005 se distribuiu de forma desigual entre os setores econômicos. A agricultura concentra a maior parte dos trabalhadores brasileiros, aproximadamente 21%, seguido pelo comércio 18%, o setor industrial 15%, setor de educação e serviço social 9% e a construção civil 7%, conforme descrito no quadro 3 a seguir. As diferenças regionais são marcantes, as regiões norte, nordeste e sul são as que concentram grande

proporção de seus trabalhadores na agricultura. O comércio se configura num importante setor econômico em todas as regiões e a indústria se expressa mais fortemente na região sul e sudeste.

Quando se analisa o caráter dessas ocupações, percebe-se que apenas 39,57% das pessoas ocupadas têm contrato de trabalho formal, o que assume vários significados simbólicos. Em 1991, os empregados com carteira representavam 55,0% da força de trabalho, quase 20,0% eram autônomos registrados e 4,5% empregadores. Os empregados "informais" representavam 20%. Desde essa época a informalidade não tem deixado de crescer.

Quadro 3 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade (PEA) ocupada, por grandes regiões, segundo o setor econômico do trabalho principal - Brasil - 2005

	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	87 089 976	100	6 585 422	100	23 182 157	100	36 863 614	100	14 213 774	100	6 245 009	100
Agrícola	17 813 802	20,45	1 540 836	23,40	8 358 008	36,05	3 676 550	9,97	3 136 880	22,07	1 101 528	17,64
Indústria	12 998 419	14,93	979 775	14,88	2 260 009	9,75	6 466 145	17,54	2 630 959	18,51	661 531	10,59
Construção	5 635 753	6,47	442 812	6,72	1 240 497	5,35	2 657 665	7,21	857 349	6,03	437 430	7,00
Comércio e reparação	15 484 670	17,78	1 193 932	18,13	3 672 694	15,84	6 917 869	18,77	2 482 446	17,47	1 217 729	19,50
Alojamento e alimentação	3 183 527	3,66	258 655	3,93	758 602	3,27	1 500 409	4,07	413 581	2,91	252 280	4,04
Transporte e comunicação	3 962 153	4,55	244 416	3,71	800 743	3,45	1 998 900	5,42	634 576	4,46	283 518	4,54
Administração pública	4 262 366	4,89	417 722	6,34	1 089 087	4,70	1 683 111	4,57	600 325	4,22	472 121	7,56
Educação, saúde e serviços	7 651 694	8,79	526 098	7,99	1 796 577	7,75	3 634 578	9,86	1 176 990	8,28	517 451	8,29
Serviços domésticos	6 658 627	7,65	490 237	7,44	1 491 386	6,43	3 198 606	8,68	901 458	6,34	576 940	9,24
Outros serviços coletivos	3 297 403	3,79	198 653	3,02	721 080	3,11	1 668 587	4,53	453 846	3,19	255 237	4,09
Outras atividades	5 943 416	6,82	249 543	3,79	930 883	4,02	3 392 062	9,20	902 360	6,35	468 568	7,50
Atividades maldefinidas	198 146	0,23	42 743	0,65	62 591	0,27	69 132	0,19	23 004	0,16	676	0,01

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

A formalização do trabalho é bastante diferenciada entre os setores econômicos. Na agricultura, estima-se que 68% dos trabalhadores não possuem carteira de trabalho assinada (IBGE, 2005). Nos demais setores não agrícolas, a formalização da situação ocupacional situa-se em 53% no ano de 2005, variando por cada região, 38% na região Norte e 40% na região nordeste, 61% no Sudeste, 63% no Sul e 48 % no Centro Oeste. As diferenças de gênero são importantes, entre os homens ocupados, 57% possuem registro na carteira de trabalho e 47% das mulheres (IBGE 2005).

O trabalho formal significa proteção social, assegura a garantia de salário, direito a férias, a licença maternidade, a seguridade social, a aposentadoria e a indenização em caso de demissão. O trabalho formal como componente dos trabalhadores ocupados apresenta tendência de redução e aumento dos informais. Além deste, observa-se uma expansão de diversos níveis de precarização: terceirizados, temporários, em tempo parcial, por tarefas e trabalho familiar.

O sistema de Seguridade Social brasileiro teve uma significativa ampliação de sua cobertura a partir da Constituição de 1988, graças à ampliação dos direitos e garantias fundamentais em algumas iniciativas como as aposentadorias rurais.

Paradoxalmente, dependendo do nível de escolaridade, a remuneração do setor informal supera a do setor formal, indicando que a proteção legal gozada pelos trabalhadores do setor formal não lhes garante um maior nível salarial. Embora o setor formal garanta vantagens como férias, fundo de garantia, certa estabilidade no emprego e contribuição previdenciária patronal, tais vantagens parecem ser compensadas, no setor informal, por uma remuneração adicional. O diferencial de salários observados entre formais e informais decorre, na verdade, da melhor qualidade da força de trabalho empregada no setor formal. Isso significa que uma política eficiente de elevação dos salários reais passa mais pela melhor qualificação dos trabalhadores do que pela criação de leis que garantam benefícios trabalhistas (Menezes Filho et al, 2004).

Considerando a população acima de 10 anos de idade (PEA) ocupada, a cobertura da seguridade social do Brasil se situa em aproximadamente 47% dos homens e 46% das mulheres no ano de 2005. Na composição por sexo entre os trabalhadores que contribuem e os que não contribuem para a seguridade social, observa-se uma tendência maior de mulheres entre os não contribuintes (quadro 4 a seguir). Cabe destacar que esta cobertura não é igualitária, pois existem muitas categorias de contribuição, como assalariado, autônomo e empregador.

Quadro 4 – População Economicamente Ativa (PEA) ocupada segundo a contribuição para a Previdência Social por sexo - Brasil 2005

Gênero	PEA Ocupada	Contribuintes		Não Contribuintes	
		N	%	N	%
Total	87 089 976	41 087 832	100	46 002 144	100
Homens	50 436 228	24 153 335	58,78	26 282 893	57,13
Mulheres	36 653 748	16 934 497	41,22	19 719 251	42,87

Fonte: Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

As diferenças da cobertura previdenciária por região geográfica podem ser visto no quadro 5 a seguir. A media brasileira de trabalhadores cobertos pela previdência social, reduz no nordeste para 29% e no sudeste sobe para 59%. A situação dos associados a algum sindicato é mais crítica, pois no Brasil apenas 18% da população ocupada refere

estar sindicalizada, estes valores são mais altos no Sul (23%) e no Sudeste (17%) brasileiro e muito mais baixos no Norte e no Centro-oeste (15%).

Segundo estimativa da OIT, cerca de 60 milhões de trabalhadores brasileiros estão inseridos no mercado de trabalho informal e/ou “precarizado”, descobertos da proteção da legislação trabalhista e do SAT - Seguro Acidente de Trabalho do Ministério da Previdência Social ([fonte de oit](#)). Cumpre ainda assinalar a existência de 5,7 milhões de crianças e adolescentes entre 5 a 17 anos inseridos em atividades produtivas. A economia informal não minimiza ou reduz a exploração, mas tem combinado flexibilidade e exploração, produtividade e abuso, empresários agressivos e trabalhadores desprotegidos (Ramalho, 2000).

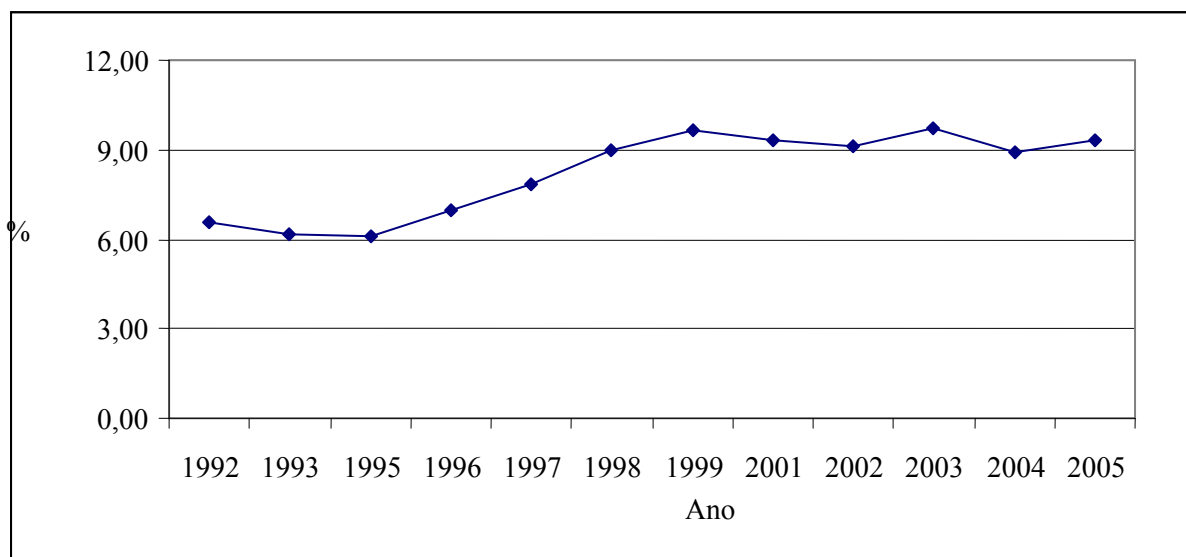
Quadro 5. População Ocupada, por grandes regiões, segundo a contribuição para Instituto de Previdência em qualquer trabalho e associação a sindicatos – Brasil, 2005.

	Grandes Regiões											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	87.089.976	100	6.585.422	100	23.182.157	100	36.863.614	100	14.213.774	100	6.245.009	100
Contribuintes	41 287 747	47,4	2 212 263	33,6	6 646 967	28,7	21 662 646	58,8	7 671 481	54,0	3 094 390	49,5
Não-contribuintes	45 802 229	52,6	4 373 159	66,4	16 535 190	71,3	15 200 968	41,2	6 542 293	46,0	3 150 619	50,5
Associação a sindicato a												
Associados	15 983 590	18,4	971 544	14,8	4 351 869	18,8	6 427 066	17,4	3 263 774	23,0	969 337	15,5
Não-associados	71 106 386	81,6	5 613 878	85,2	18 830 288	81,2	30 436 548	82,6	10 950 000	77,0	5 275 672	84,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005.

A tendência da situação do desemprego no Brasil apresenta um comportamento crescente a partir de 1995 e uma tendência de estabilização a partir do ano 2000, situando-se em torno de 9% a partir do ano de 1998 (IBGE, 2005), conforme gráfico 5 a seguir.

Gráfico 5. Taxa de desemprego (%) no Brasil por ano entre 1992 e 2005



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

Para os trabalhadores sem vínculo formal de trabalho, e que representam mais da metade da força de trabalho brasileira, as estatísticas oficiais não se aplicam. Pode-se estimar em cerca de 19 milhões as pessoas que trabalham por conta própria ou pessoas que não têm remuneração (Pastore, 2003). Este mercado informal é formado, em sua metade, por pessoas que têm insuficiência de renda para se filiar à Previdência Social e a outra metade por menores de 16 anos, maiores de 60 anos e trabalhadores nas de empresas de pequeno porte. Segundo os dados do SEBRAE, das 4.124.343 empresas formais e informais, 4.082.122 (98%) são micro e pequenas. É nesses segmentos que o emprego informal e formal floresce conforme tendência observada no final da década de 90, em que 55% dos novos postos de trabalho surgiram nas micro e pequenas empresas (Pastore, 2003).

O Brasil não conta com sistema de informação que identifique os riscos dos trabalhadores por conta própria, domésticos, servidores públicos, rurais e autônomos. Um inquérito de base comunitária conduzido em Salvador/Bahia, identificou a incidência anual de acidentes de 5,80%, discretamente maior entre trabalhadores sem contrato de trabalho e em mulheres que foi de 5,92% (Santana, 2003; Santana & Loomis, 2004). Estes trabalhadores normalmente estão inseridos nas atividades com maior *perigo* e não contam com proteção de seguridade social.

Os custos dos acidentes de trabalho raramente são contabilizados. O estudo do custo do acidente de trabalho no Brasil de Pastore (2001) tomou por base os registro e a arrecadação da Previdência social e estimou este custo em R\$ 20 bilhões (10 bilhões de dólares) por ano. Santana (2006) descreve que as compensações salariais por afastamento temporário do trabalho representaram 71,4% dos custos previdenciários, o

pagamento de aposentadorias por incapacidade permanente foi de 15% , pensões por morte 10,6% e indenizações por acidentes 3,0%. Refletem a baixa efetividade das políticas e programas de prevenção de agravos à saúde no trabalho. Tais valores limitam-se aos custos econômicos e não incluem aqueles decorrentes dos impactos emocionais e familiares, dificilmente mensuráveis.

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo

O Brasil conta com 4.250 sindicatos de empregadores e 8.466 sindicatos de trabalhadores, destes 3.443 (41%) estão registrados no Ministério do Trabalho até o ano de 2007 em 20 centrais sindicais. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) concentra 51% dos sindicatos cadastrados (MTE,2007b).

A sindicalização no Brasil se dá, prioritariamente, no setor agrícola e industrial para os homens, embora com grande abrangência nacional o setor de comércio ainda se situa em quarto lugar na proporção de trabalhadores sindicalizados. Enquanto entre as mulheres o setor agrícola é acompanhado do setor de educação e saúde e seguido pelo setor industrial, conforme quadro 6, a seguir.

Quadro 6. Trabalhadores sindicalizados por setor da economia e sexo- Brasil, 2004.

Setor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Agricultura	2.616.983	27,51	1.550.320	25,28	4.167.331	26,64
Indústria	2.124.658	22,33	726.972	11,86	2.851.652	18,23
Construção	387.006	4,07	17.895	0,29	404.905	2,59
Comércio	961.094	10,10	697.335	11,37	1.658.439	10,60
Alojamento e Alimentação	150.386	1,58	134.552	2,19	284.940	1,82
Transporte e comunicação	870.973	9,16	122.671	2,00	993.653	6,35
Administração pública	683.640	7,19	435.958	7,11	1.119.605	7,16
Educação, saúde	544.747	5,73	1.716.423	27,99	2.261.176	14,45
Serviços domésticos	15.290	0,16	98.244	1,60	113.534	0,73
Outros serviços coletivos	210.764	2,22	150.269	2,45	361.035	2,31
Outras atividades	936.031	9,84	476.008	7,76	1.412.049	9,03
Atividades mal definidas	11.900	0,13	5.133	0,08	17.033	0,11
TOTAL	9.513.472	100	6.131.780	100	15.645.352	100

Fonte: IBGE, PNAD - Elaboração: DIEESE, 2005

OBS. Pessoas de 18 anos ou mais de idade, ocupadas no período de referência de 365 dias.

O conteúdo a seguir transcreve integralmente o documento de Ramalho (2000), que discute a pressão da reestruturação industrial sobre o modelo sindical adotado no Brasil. “A avaliação é que a introdução de novas formas de gestão da força de trabalho, sobretudo nas empresas associadas a cadeias produtivas globais, em conjunto com transformações na organização da produção e na estrutura de emprego, colocam novas questões, exigindo novas posturas e pondo em xeque a força de barganha acumulada anteriormente. Nos municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano no Estado de São Paulo, observa-se que a experiência acumulada do sindicato dos metalúrgicos e seu poder de representação no chão-de-fábrica lhes confere um considerável poder de

negociação. A experiência das Câmaras Setoriais é, provavelmente, o exemplo mais importante da capacidade propositiva de negociação nos anos 90 e protagonizada pelo sindicalismo ligado ao setor automobilístico. Identificam uma mudança no interior da CUT, de uma atuação mais de confronto para um comportamento de "cooperação conflitiva", em que o conflito é explicitado, mas há também uma preocupação com a dimensão da cooperação. A crise do modelo de sindicato criado pelo "fordismo", sobre sua quase incapacidade de reagir ao desmonte dos direitos sociais em escala global e enfatiza a discussão de temas como: novas formas de contrato de trabalho, manutenção dos direitos trabalhistas e sociais e a capacidade de os sindicatos se associarem a outros movimentos sociais. No que diz respeito ao Brasil, considerando a realidade de um país dependente e fortemente vinculado à lógica de funcionamento do capitalismo global, a discussão sobre trabalho e sindicato deve estar referida à questão social em uma problemática que associa a reestruturação produtiva a um contexto de graves problemas de desigualdade e redução de postos de trabalho (Ramalho, 2000).

Premido pela crise de desemprego aberto, pela diminuição do número de associados, pela reestruturação produtiva que se acompanha da desregulamentação de direitos trabalhistas e previdenciários; o movimento sindical brasileiro adota estratégias ligadas à terceirização de assessorias jurídicas e de medicina e segurança do trabalho, desmonta valiosas experiências historicamente acumuladas e avança pouco na proposição de cláusulas em saúde e trabalho, a ponto de tornarem-se bastante repetitivas e de na prática ser muito discutível sua efetividade (Lacaz e Campos, 1994). De certa forma estas posições são reflexos da mudança de estratégia do movimento sindical que ressurgira no final dos anos 70, o qual passou da posição de confrontação com o capital para a postura de uma certa conciliação, ou "cooperação conflitiva" (Rodrigues, 1995), resultado da própria modificação da formação sócio-cultural e dos hábitos de consumo das novas gerações de associados dos sindicatos representativos dos trabalhadores das indústrias automobilísticas, por exemplo (Rodrigues, 1995). Representam também a falta de raízes dos sindicatos dentro das empresas, na medida em que a possibilidade de organização por locais de trabalho (OLT) é ainda um horizonte longínquo, seja porque negado pelo patronato, seja porque não enfrentado cabalmente pelo movimento. (Lacaz, 2000)

6. Experiencias desde los propios trabajadores/as.

As dimensões geográficas e populacionais do Brasil favorecem iniciativas de inúmeras organizações em defesa da Saúde do Trabalhador. Cabe destacar as de caráter nacional e as que encerram atividades concretas, para além de participação em movimentos, congressos e conselhos, sem desmerecer a relevância deste tipo de atividade.

Em sua quase totalidade as associações e movimentos organizaram-se a partir da luta pela proteção à saúde a partir de doenças específicas. Assim ocorreu com a Associação dos Portadores de LER/DORT dos Estados da Bahia e de São Paulo, Associação dos Portadores de Benzenismo, em Volta Redonda- estado do Rio de Janeiro e Associação dos Portadores de Doenças Ocupacionais de Brasília. Suscitado pelo SUS, no Estado do Rio de Janeiro foi criado do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST) em 1991 e no município de São Paulo a Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo, originada em 1993 na luta contra o desmonte do Programa de Saúde do Trabalhador do município, tornou-se um marco desta luta e um protagonista de vanguarda dos mais diferentes fóruns de discussão e de ações em defesa da saúde dos trabalhadores além de assumir o verdadeiro sentido de controle social no SUS a despeito de sua institucionalização.

Seguramente muitos outros movimentos e associações existem. Para ilustrar a dimensão e o esforço das muitas organizações no Brasil, será descrito as atividades da

Associação dos Expostos ao Amianto – ABREA. As informações aqui descritas foram retiradas do site (www.abrea.org.br).

A ABREA foi fundada em 1995 por alguns ex-funcionários da empresa Eternit, em Osasco/ São Paulo com principal objetivo de esclarecer a todos sobre os problemas causados pelo amianto, além de conscientizar a população em geral, a associação também cadastra e encaminha as pessoas expostas ao amianto para exames médicos. Através da ABREA hoje se reconhece no país a existência de, no mínimo, 2.500 vítimas com processos de indenização judiciais e extrajudiciais, somente nas empresas multinacionais de cimento-amianto e da mineração. A ABREA possui atualmente cerca de 1.000 associados que se encontram em estágio avançado de doenças relacionadas com o amianto. Além da sede de São Paulo, possui representações e associados no Rio de Janeiro (onde estavam localizadas as fábricas de artefatos de amianto Eternit e Asberit) e na Bahia (mineração e produção). Formalmente a ABREA tem como propósitos assegurar a confirmação diagnóstica, revisão de acordos extrajudiciais, criação de um banco de dados e intensificar o intercâmbio com entidades internacionais de defesa do meio-ambiente, da saúde pública e dos trabalhadores. No caso brasileiro, até o momento, temos a proibição aprovada e mantida em apenas dois Estados, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, já que as leis de São Paulo e Mato Grosso do Sul foram derrubadas por decisão do Supremo Tribunal Federal em 8/5/2003, em mais de 50 municípios brasileiros, especialmente os das regiões Sudeste e Sul, tramitam ou já há leis aprovadas proibindo os usos do amianto. Desde 2006 as empresas são obrigadas a informar anualmente a listagem de trabalhadores expostos ao SUS (www.abrea.org.br).

7. Estudos de caso

Existe uma grande dificuldade em eleger casos que ilustrem a violação do direito a saúde no trabalho. Cada um dos milhares de casos de acidentes ou doenças podem ser descritos neste tópico. Elegeu-se dois casos que abarcam o problema sob duas vertentes: a falta de reconhecimento do adoecimento pela previdência social e os óbitos por exaustão no trabalho, que ilustra a contradição tecnológica e as condições de trabalho degradantes.

1. Falta de reconhecimento do nexa entre a doença e a exposição

Caso 1. Ex-funcionário de Empresa química apresenta contaminação por produtos químicos (Carvalho, 2005).

Desde 1996 afastado da função de encarregado de almoxarifado da empresa Vedacit do Nordeste S/A, fabricante de tintas e vernizes, O.V.B, 48 anos, atribui os sérios problemas de saúde que o tem vitimado contaminação por produtos químicos. Depois da retirada de seis tipos de câncer: de pele, da vesícula, reóide e de ter descoberto, mais recentemente, o comprometimento do funcionamento do fígado, O.V.B ta há um ano para que a empresa reconheça a contaminação e passe a lhe dedicar os direitos de um abalhador acometido por doença ocupacional. O diagnóstico se deu por oito biópsias atestaram a ontaminação por agentes químicos. A empresa se nega a reconhecer e informa que o trabalhador foi astado do trabalho em função de problemas psicológicos e não em consequência de contaminação. Além do mais, ele não tinha contato algum com produto químico. Recebia tudo embalado em tambores e ombonas". O.V.B move dois processos que move na Justiça contra a empresa. Na Justiça do Trabalho, luta é por assistência adequada à saúde, enquanto que um outro processo civil pleiteia indenização or danos morais. A esposa relata que enquanto trabalhava na Vedacit o marido sofria desmaios onstantes e que trabalhava exposto ao cheiro dos produtos químicos que eram armazenados em nques em frente à sua sala. "Ele é quem fazia o engate e medição das matérias-primas como asfalto, catrão bruto de hulha, benzoato de sódio, carbonato de cálcio, xileno, creosoto e inúmeros outros. Na poca, até pó da china era utilizado na empresa. Antigamente não existia segurança no trabalho como iste hoje. O funcionário manipulava qualquer produto usando só uma máscara". Há um ano a família assou a atribuir problemas de saúde à contaminação química por ter sido alertado por um médico que entou para isso porque teve lesões cancerígenas em áreas fotoprotegidas, como na base do pênis, o ue é raríssimo e com base em exames, relatórios e parecer de várias especialidades médicas. O exame

A pesquisa de mutação de gens descarta a possibilidade da doença ter caráter hereditário"acrescentou esposa. A família reclama do descaso com a saúde e relata "a piora a cada dia, sem qualquer apoio da empresa". O filho refere que embora mal, a maior dor dele é que a empresa tem consciência de que ele foi contaminado na empresa e que esta, não reconhece. Os Processos são lentos apesar da Lei de acidente de Trabalho, nº 6.367/76, reconhecer as doenças ocupacionais como lesões decorrentes do exercício do trabalho, o amparo legal é difícil, principalmente nos casos de doenças cujos sintomas podem aparecer anos depois do profissional ter se afastado do posto de trabalho. Como estes, outros casos como o de D. O. com leucopenia atribuída a contaminação por benzeno depois de 26 anos de trabalho no Poló Petroquímico foi aposentado por tempo de serviço. O médico perito do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) explica que há dificuldade de atestar uma doença ocupacional "Se não houver provas in contesti de que a doença foi mesmo causada em função da atividade desempenhada na empresa, nenhum médico perito pode criar este julgamento se o caso for ainda discutível". O mais fácil de ser reconhecido é o acidente típico, cujo evento é provado no tempo e no espaço. Já a doença do trabalhador (aquela que tem nexos presumido com a atividade exercida) e a doença profissional (a qual, mesmo não tendo função diretamente associada ao fator de risco, pode ser desenvolvida em função da permanência e exposição ao ambiente de trabalho) dependem de uma perícia mais apurada por parte dos técnicos do INSS - únicos profissionais legalmente aptos a caracterizar uma doença ocupacional. Justifica que muitas das ações são constantemente questionadas, seja pela empresa ou pelo trabalhador. "A emissão de um diagnóstico pelo Serviço de Saúde do trabalho do SUS não dá um parecer final. Para ter valor legal ela precisa ser caracterizada tecnicamente pela perícia médica do INSS". Nos casos que sejam ainda discutíveis, resta ao trabalhador buscar a Justiça do Trabalho, que pode designar um perito de confiança para emitir um novo parecer.

Caso 2. Morte de Trabalhadores por Exaustão em Plantação de Cana de Açúcar

A descrição sumária e inicial do problema consta do artigo de Toledo (2005).

Na década de 1990 a região de Ribeirão Preto em São Paulo/Brasil produzia 65 milhões de toneladas de cana e passou para cerca de 90 milhões na safra de 2006. Este aumento não se deveu a incorporação de tecnologia, mas ao aumento do esforço humano. No mesmo período, os trabalhadores passaram a cortar, em média, 12 toneladas diárias de cana, comparados com as 8 toneladas colhidas na década de 1980. Para cortar 10 toneladas de cana por dia, um trabalhador precisa desferir 9.700 golpes de podão -instrumento usado no corte.

Homens e mulheres possuem uma difícil rotina desde 1982, acordam às 4 horas, viajam quase uma hora por rodovias vicinais esburacadas e estradas de terra, começa a trabalhar três horas depois, almoço é às 10h, de forma improvisada, sentado em um cantil no meio do canavial. O salário de um dos homens é R\$550 (280 dólares) e vive longe da família pra quem envia R\$ 300 (150 dólares), o salário da mulher chega a R\$400 (duzentos dólares). Cada tonelada de cana-de-açúcar queimada cortada rende em média R\$ 2,20 (1,10 dólar) ao bóia-fria. Um cortador eficiente ganha cerca de R\$ 600 (300 dólares) brutos por mês. Na região de Ribeirão Preto (SP) são estimados a existência de 40 mil trabalhadores no corte de cana-de-açúcar. A UNICA, entidade que representa o setor empresarial produtor de cana, açúcar e álcool no Estado de São Paulo, informou, por meio de nota enviada ao Jornal Folha de São Paulo, que defende e orienta todos os associados para que cumpram rigorosamente a legislação em vigor. No Estado de São Paulo existem cerca de 11 mil proprietários de pequenas e médias propriedades que empregam aproximadamente 250 mil trabalhadores.

Para melhor compreensão do problema, o texto a seguir transcreve a discussão realizada por Alves (2006). O processo de trabalho dos cortadores de cana passou por mudanças significativas da década de 1980 até a presente década. Na década de 1980 o setor sucro-alcóoleiro vivia o seu período áureo incentivava a produção de álcool hidratado e anidro. Em decorrência cresceu a produção de cana-de-açúcar, destilarias e usinas. Naquele período cresceu também a produtividade da cultura agrícola,

medida em quantidade de cana por hectare ocupado, que saiu de 50 toneladas por hectare e atingiu mais de 80 toneladas, entre as décadas de 1950 e 1980. Cresceu também a produtividade do trabalho no corte de cana, medida em toneladas de cana cortadas por dia por homem ocupado. Se na década de 1960 a produtividade do trabalho era, em média, de 3 toneladas de cana por dia de trabalho, na década de 1980 a produtividade média passa para 6 toneladas de cana por dia por homem ocupado e no final da década de 1990 e início da presente década, atinge 12 toneladas de cana por dia. O desgaste físico desta atividade é comparado por Alves (2006) a um corredor fundista, porque os trabalhadores com maior produtividade não são necessariamente os que têm maior massa muscular, são os que têm maior resistência física para a realização de uma atividade repetitiva e exaustiva, realizada a céu aberto, com vestimentas pesadas e quentes, sob o sol, na presença de fuligem, poeira e fumaça, em alguns casos, e por um período que varia entre 8 a 12 horas de trabalho diário.

Um trabalhador que corte 6 toneladas de cana, caminha uma distância de aproximadamente 4.400 metros, despende aproximadamente 50 golpes com o podão para cortar um feixe de cana, o que equivale a 183.150 golpes no dia (considerando uma cana em pé, não caída e não enrolada e que tenha uma densidade de 5 a 10 canas a cada 30cm). Além disso, ele anda 4.400 metros por dia, mas transporta, em seus braços, 6 toneladas de cana, com um peso equivalente a 15 Kg, a uma distância que varia de 1,5 a 3 metros. Este dispêndio de energia sob o sol, com roupas pesadas e grossas, leva a que os trabalhadores suem abundantemente, cerca de 8 litros de água e percam água e sais minerais que leva a desidratação e a freqüente ocorrência de câimbras. As câimbras começam, em geral, pelas mãos e pés, avançam pelas pernas e chegam no tórax, o que provoca fortes dores e convulsões, que fazem pensar que o trabalhador esteja tendo um ataque nervoso. Para conter as câimbras e a desidratação, algumas usinas já levam para o campo e ministram aos trabalhadores soro fisiológico e, em alguns casos suplementos energéticos, para reposição de sais minerais.

A partir da década de 1990 houve um grande aumento da produtividade do trabalho demanda-se dos trabalhadores cortar no mínimo 10 toneladas de cana por dia, com média de 12 toneladas/dia.

Como desdobramentos destas mortes, três audiências públicas ocorreram no município de Ribeirão Preto, sede das maiores usinas de açúcar e álcool do país. Esta discussão foi publicada por Silva (2006). A pujança do agronegócio do setor sucroalcooleiro e a ideologia desenvolvimentista, ancorada no progresso econômico esteve embutida nos discursos em vários momentos. É necessário inaugurar uma nova linguagem que rompa com paradigmas estruturais da ideologia do desenvolvimento, que se arrastam no discurso político desde a década de 1950, ecoando no imaginário social oficial. O debate das questões levantadas visa o rompimento do processo de aniquilamento físico e social instaurado pelos representantes de grandes empresas nacionais e internacionais com a convivência do Estado. Desmistificar a ideologia do progresso, do moderno, traduzida pelas grandes máquinas e pela informatização, é uma maneira de revelar o escondido, de trazer à tona o submundo deste trabalho e a banalização da injustiça social imposta. É o primeiro passo para a redescoberta da ação, do fazer política, da recriação da condição humana do trabalho e dos trabalhadores e do fim da banalização da morte e da vida (Silva, 2006).

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

A globalização, reestruturação produtiva e as políticas neoliberais conformam uma conjunção de forças políticas e sócio-econômicas que instaura uma inusitada tendência no modelo capitalista tradicional, o crescimento econômico sem a proporcional geração de empregos, assumindo o desemprego, a exclusão social como uma tendência inevitável (Druck & Franco, 1998). Os reflexos da conjuntura deste novo “mundo do

trabalho” se expressam na saúde, pela degradação das condições de trabalho associada à inserção de novas tecnologias implementando o convívio de situações “antigas” e “novas” e associando à exposição dos clássicos fatores de risco, “novos” riscos e cargas introduzidos pelas inovações organizacionais (Ribeiro, 1999).

As conseqüências para a saúde dos processos de trabalho degradados encontram balizamento nas análises de Wisner (1994) que se expressam com perfeição na realidade Brasileira, que destaca a questão da transferência tecnológica, como um problema de dimensões ampliadas que apresenta repercussões negativas na área da saúde e da economia. Na área da saúde: 1) uma elevada freqüência de acidente de trabalho, incluído o efeito da degradação viária nos acidentes de trajeto e na letalidade; 2) uma ampliação notável das doenças profissionais, além de toda gama de afecções ligadas ao trabalho ainda não respaldadas pelas instituições médicas e trabalhistas e 3) o aparecimento de problemas ligados às doenças do desenvolvimento industrial e urbano.

É neste cenário que a significação do trabalho se complexifica, determinando fatores agressores à saúde dos trabalhadores, onde a clássica relação exposição/efeitos, acumula “antigas” e “novas” variáveis decorrentes das inovações do mundo do trabalho, numa dinâmica que supera os cortes tecnológico, organizacional e acrescenta os aspectos subjetivos do trabalhador, a ameaça permanente do desemprego, as dificuldades de organização, a descrença nos valores tradicionais e a inércia do Estado no trato deste novo cenário.

Subjacente a essa trajetória, deve-se considerar que foram colocados em marcha no Brasil, nas últimas décadas, os mecanismos de precarização do trabalho. Assim, no âmbito do movimento mundial de reestruturação produtiva, a adoção de práticas de gestão 'modernas' - tal como a terceirização disseminada e extensiva mesmo à operação e manutenção de setores industriais de alto risco - tem resultado, por um lado, na precarização das condições de trabalho, na fragilização das ações coletivas e de resistência individual, em condições de segurança industrial mais vulneráveis e em sujeição aos agravos à saúde, pelo menos em alguns contextos. Por outro lado, práticas de gestão desta natureza têm projetado um manto de invisibilidade política e social sobre o mundo real do trabalho, ocultando os seus problemas, contradições e alternativas de solução, diluindo e fragmentando os sujeitos sociais. (Druck & Franco, 1998)

Lacaz (2000) localiza a situação brasileira com a discussão apresentada a seguir. A gestão da força-de-trabalho, a desregulamentação/precarização das relações de trabalho sob o neoliberalismo globalizado interfere na constituição das identidades coletivas e no reconhecimento que constrói as subjetividades. Diante desse quadro, a intensificação do trabalho, a polivalência e a submissão impõem-se de forma gritante, o que origina situação propícia a mudanças do perfil patológico das populações trabalhadoras. Assim, no Brasil enquanto se anuncia “fim do trabalho”, observa-se o surgimento de patologias decorrentes da cada vez maior sobrecarga, isto é: o *bun out*, as LER, as alterações cognitivas, as tentativas de suicídio no locais de trabalho, os indicadores de estresse no trabalho. Um novo perfil patológico configura-se com maior prevalência doenças crônicas, cujo nexos de causalidade com o trabalho não é mais evidente, proliferam as doenças cárdio-circulatórias, gastro-cólicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos (LERs), às quais somam-se o desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho (“karosh”) e as doenças psico-afetivas, neurológicas ligadas ao estresse (Gorender, 1997 e Lacaz, 2000) um mal estar difuso (Seligmann-Silva, 1997) e por doenças que ocorrem na população geral, mas que entre os trabalhadores passam a

ocorrer em faixa etária mais precoce quando comparada com a população geral (Lacaz, 2000). Dados de mortalidade da região do ABCD paulista para a década de 1980 demonstram esta tendência de maneira clara (Lacaz, 2000). São mortes por doenças cardíaco-vasculares que podem relacionar-se à baixa autonomia de decisões no trabalho, às atividades pouco criativas e ao pequeno apoio social (Marmot & Theorell, 1988). A isto se somam as mortes por causas externas, relacionadas à violência dos centros urbanos, muitas delas como resultado dos acidentes de trajeto ou do trabalho (de trânsito) dos condutores de ônibus e veículos de carga (de Lucca & Mendes, 1993) e pelos cânceres relacionados ao uso de substâncias químicas cada vez mais tóxicas (Mendes, 1988).

Um dos aspectos mais violentos da precariedade do trabalho reside na persistência da exploração do trabalho de crianças e adolescentes. No Brasil, 3,5 milhões de trabalhadores tem menos de 16 anos e apenas alguns poucos trabalham legalmente na condição de aprendiz. Trabalho infantil e trabalho escravo expressam uma dimensão quantitativa de problemas identificados, porém os aspectos essenciais relativos à economia, aos impactos sociais e, sobretudo à saúde continuam em grande parte invisíveis nas estatísticas e nos estudos epidemiológicos. Entre os trabalhadores infantis 65,1% são homens, 33,5% trabalha 40 horas ou mais por semana, 48,6% não tem remuneração, mais da metade utiliza produtos químicos, máquinas, ferramentas ou instrumentos no trabalho e 80% combina o trabalho com a frequência à escola. A maior parte trabalha em atividade agrícola (43,4%), porém este percentual é mais elevado nas faixas etárias mais jovens, alcançando 75,9%, no grupo de 5 a 9 anos, e 56% no grupo de 10 a 14 anos. Sabe-se também que mais de 80% dos trabalhadores infantis estão no setor informal e que o serviço doméstico é uma das principais atividades produtivas urbanas. (Brasil, 2004). A questão do trabalho infantil, acompanha a própria trajetória do país enquanto colônia, quando crianças descendentes de negros e índios eram obrigadas a incrementar a mão-de-obra das fazendas. De lá para cá, expandiram-se as frentes de trabalho até chegar, inclusive, aos soldados e aos “aviões” na venda de drogas.

O trabalho escravo ainda existe em quase todos os estados do Brasil. Envolve produtores e empresas dos mais variados tipos. As vítimas da escravidão têm todas as idades e dois, em cada três delas, são do nordeste. Esta prática perdura, sobretudo, nas áreas onde ainda acontece um desmatamento mais intenso de vegetação nativa, visando à expansão do agronegócio exportador em grandes latifúndios monocultores. Segundo dados divulgados pela Secretaria de Inspeção do Trabalho, até 2005, foram fiscalizadas 1.310 fazendas e liberados 14.569 trabalhadores, com pagamento de indenizações. A pecuária foi a principal atividade das fazendas onde foi encontrado trabalho escravo (80%). Também foi criado nesse Ministério, em 2004, o Cadastro de Empregadores (“Lista Suja”), referente àqueles que foram flagrados pela fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego explorando mão-de-obra escrava e, entre outras sanções, ficam impedidos de obter empréstimos com recursos públicos. Nesse mesmo ano, o Ministério do Trabalho já divulgou três listas que integram o Cadastro e incluem 163 nomes, entre fazendeiros e empresas autuados (Brasil, 2004).

9. Escenario futuro

A história social e econômica do Brasil ilustra bem o processo de concentração de renda e de desigualdade social que o modelo neoliberal pode impor a uma sociedade numa economia rica.

As mudanças presentes no mundo do trabalho no Brasil acompanham o movimento mundial de reestruturação produtiva e a globalização dos mercados, evidenciando um novo perfil da força de trabalho. Embora permaneçam formas

tradicionais e arcaicas de produção, a rápida incorporação de inovações tecnológicas na produção de bens e serviços, aliado aos problemas estruturais históricos, trazem profundas conseqüências para a vida e a saúde dos trabalhadores. Nas últimas décadas, vêm-se constatando grandes alterações na dinâmica de emprego e na composição da força de trabalho urbana e rural: redução do trabalho industrial, crescimento do setor de serviços, terceirização, redução do grau de formalização dos vínculos trabalhista nas empresas e instituições (informalidade, cooperativas), desemprego, aumento acelerado de diferentes formas de precarização do trabalho no amplo leque de ocupações do setor informal (incluídas as ocupações à margem da legalidade) e exclusão social. (Brasil, 2004)

É nas micro e pequenas que o emprego, sobretudo o informal, mais cresce. A gravidade da precarização e do desemprego, quando instalados, está na tendência a se perpetuarem, dada a ausência de alternativas previsíveis. Passam a fazer parte da dinâmica de erosão de uma modernidade que aponta para a desagregação da sociedade do trabalho e do modelo do Estado do bem-estar social, cujas bases de sustentação pressupunham o pleno emprego, a estabilidade e a seguridade social. Não cabe esperar que a lógica do livre jogo das regras do mercado possibilite reabsorver essa população deslocada, à margem de qualquer sistema previdenciário. Competividade e rentabilidade não combinam bem com solidariedade e coesão social (Brasil, 2004).

Diante deste quadro, é preciso considerar como desafios não apenas a crescente exclusão social, mas também a geração de escassez/penúria social pela destruição ambiental dos atuais padrões civilizatórios. O desafio político, social e científico consiste na construção histórica de sociedades com desenvolvimento socioambiental, que são hoje as duas faces da mesma moeda. Equidade social e inserção humana consciente no meio ambiente (Druck & Franco, 1998).

Por todos esses aspectos e pela complexidade dos desafios criados, importa considerar que a redefinição dos padrões de produção e consumo - no sentido de um desenvolvimento sustentável com equidade social - depende da existência e atuação de sujeitos sociais com visibilidade social, não podendo advir das leis cegas de mercado nem de formulações pseudocientíficas que justifiquem seja a política de degradação do meio ambiente - que gera mais escassez social a médio e longo prazo, sobretudo nos países periféricos - seja a política de exclusão e apartação social que tem prevalecido, até então, nos países nucleares e periféricos. (Druck & Franco, 1998)

O Brasil situa-se entre um dos países com maiores desigualdades sociais do mundo. Segundo dados do IBGE, os 10% mais ricos da população detinham 50% do total da renda nacional, enquanto os 10% mais pobres ficaram com apenas 1%. Os negros são 47,3% da população brasileira, mas correspondiam a 66% do total de pobres. O rendimento das mulheres representava 60% do rendimento dos homens no mesmo posto de trabalho. No ano de 2004, cerca de um terço da população brasileira foi considerada pobre, definidos os indivíduos cuja renda familiar *per capita* é inferior ao valor necessário para atender a todas as necessidades básicas (alimentação, habitação, transporte, saúde, lazer, educação, etc.). Os considerados indigentes, aqueles cuja renda familiar *per capita* é inferior ao valor necessário para atender tão-somente às necessidades básicas de alimentação, somaram 8% e encontram-se sobretudo na área rural brasileira (13,3%) (Rocha, 2006).

A violência, sobretudo nas grandes metrópoles, expressa em formas e espaços distintos, vem agravar o conjunto de contradições da vida contemporânea, constituindo-se em mais um efeito nefasto das atuais transformações. As repercussões para a saúde, de natureza diversa, situam-se no cerne dessa problemática que afeta os trabalhadores ainda inseridos no mercado formal, sobretudo os terceirizados, mas

reflete-se, particularmente, no grande contingente de excluídos e em segmentos mais vulneráveis do mercado informal, em contínua expansão. Dentre estes, os que exercem atividades com expressivo impacto nas taxas de morbi-mortalidade, não contempladas nos estudos sobre o trabalho informal, por razões que vão desde a falta de reconhecimento social a seu caráter de ocupação à margem da legalidade.

O desafio, na conjuntura atual, está em avançar na meta de universalização do seguro previdenciário. Para isso, o sistema de Seguridade Social necessitaria de uma readequação. O setor informal em sua composição traz três componentes fundamentais para sua consideração: o número de trabalhadores envolvidos, a capilaridade de sua dispersão espacial e a disparidade de formas de organização e de produção que constituem o setor. Portanto, para que seja possível uma política de seguridade social para o setor informal é necessário a adequação a estas características (Brasil, 2004).

Pochmann (2007) na situação brasileira atual, *de certa forma o trabalho vem sendo secundarizado*; ele não é o eixo, por exemplo, das políticas de inclusão, e há uma visão mais assistencialista o substituindo, quando todos nós sabemos que o trabalho é o principal elemento de inclusão social, é ele que estrutura na verdade uma sociedade. Nesse sentido, eu não tenho dúvidas que nós precisamos reconstituir uma agenda pública na questão do trabalho. O mercado de trabalho atual, no caso brasileiro, vive um movimento de desestruturação, porque entre 1930 e 1980 o Brasil estruturou seu mercado de trabalho em função do ciclo da industrialização, do crescimento econômico de 6 a 7% ao ano durante 50 anos. Essa estruturação significou o fortalecimento dos trabalhadores urbanos e da classe média, e a produção do desemprego e da informalidade. Dos anos 1980 para cá, o Brasil vem vivendo um quadro de semi-estagnação da sua economia, e o resultado disso, no mercado de trabalho, é a perda de participação do emprego assalariado, aumento do trabalho precário e aumento do próprio desemprego. Uma característica é um mercado de trabalho desestruturado e flexibilizado num ambiente de ausência de representantes de trabalhadores e a construção no País do padrão de emprego asiático, que é um emprego de baixa remuneração, com alta rotatividade – basicamente 40% dos trabalhadores no Brasil têm rompido seu contrato de trabalho a cada ano, em geral trabalhadores com salário mais alto são trocados por trabalhadores com salários menores – e alta jornada de trabalho.

A visão de agentes multilaterais, como o Banco Mundial, é a de que o sindicato está em fase de extinção. Eles propõem inclusive a constituição de ONG's preocupadas com temáticas vinculadas à pessoas que trabalham e não trabalham. Estamos também vivendo uma transição do ponto de vista da organização sindical, comparável ao que ocorreu no final do século XIX, início do século XX, quando transitamos do sindicato de ofício para os sindicatos industriais (Pochmann, 2007).

No que tange a situação socioeconômica, a concentração de renda ainda é gigantesca e não apresenta sinais de mudança. No Brasil 30% da população ocupada situa-se na faixa dos 40% mais pobres e 8% na faixa dos 10% mais ricos em 2005. O rendimento médio mensal dos mais pobres é de R\$ 226,32 reais ou aproximadamente 114 dólares. Entre os mais ricos, o rendimento mensal é de R\$ 3.579,82 ou aproximadamente 1.800 dólares, a relação entre os rendimentos é de 15 vezes (IBGE 2004).

Políticas assistencialista de garantia de subsídios mínimos aos mais pobres não apresentação se inserem no modelo de crescimento econômico que por sua vez pouco tem refletido as discussões ambientais e não inclui a garantia da saúde e da vida humana.

Uma avaliação política do governo brasileiro, entretanto, não é uma tarefa fácil. Esperanças e frustrações estão mutuamente imbricadas. A crítica no interior da esquerda brasileira e internacional vem se intensificando e isso não é por acaso: muitas ações do governo estão em contradição com o programa de governo apresentado pelo PT nas eleições e contrariam a tradição programática deste que é o maior partido de esquerda na América Latina. A política econômica restritiva, como consequência direta da continuidade do pagamento da dívida, perpetua a dependência econômica do país e reduz a margem de manobra política e social do governo, impedindo importantes mudanças de interesse da maioria da população. O governo está composto por uma ampla aliança de diversos partidos, que representam interesses contrários no interior da sociedade brasileira (Andrioli & Schmalz, 2006).

10 . Bibliografia Consultada

- Alves F. **Por que morrem os cortadores de cana?** [texto on line].2006. Disponível em <URL:<http://www.pastoraldomigrante.org.br>>.[01 junho 2007].
- Andrioli AI & Schmalz S. O governo Lula: continuidade da política neoliberal no Brasil. **Revista espaço acadêmico**. 2006; 62. Disponível em <URL:<http://www.espacoacademico.com.br/062/62andrioli.htm>>.[01 junho 2007].
- Binder, Maria Cecília Pereira e CORDEIRO, Ricardo. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev. Saúde Pública**. 2003, 37(4): 409-416.
- Brasil, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [texto on line].Disponível em <URL:<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> .[14 maio 2006].
- Brasil, 1991. **Lei Orgânica da Saúde-** Lei 8080. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <URL:<http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>> . [01 junho 2007].
- Brasil. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. [texto on line].2004. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf> . [01 junho 2007].
- Carvalho F. Ex-funcionário da Vedacit diz ter sido contaminado por produtos químicos.Aqui Salvador em 23/02/2005. **Jornal Correio da Bahia**. 2005 fev 23. Disponível em <URL:http://www.correiodabahia.com.br/aquisalvador/noticia_impresao.asp?codigo=33884> . [01 junho 2007].
- CORDEIRO R, SAKATE M, CLEMENTE, AP G. et al. Underreporting of non-fatal work-related injuries in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, 2005, 39(2):254-260.
- CURI, A Z & MENEZES-FILHO, NA. O mercado de trabalho brasileiro é segmentado? Alterações no perfil da informalidade e nos diferenciais de salários nas décadas de 1980 e 1990. **Estud. Econ**. 2006,36(4): 867-899.
- De Lucca, S. R. & Mendes, R. Epidemiologia dos acidentes de trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**.1993, 27(3):168-76, 1993.
- DIEESE. **Anuário dos Trabalhadores**: 2006. 7ed. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo, 2005. Disponível em <URL:<http://www.dieese.org.br/anu/anuario2006.pdf>
http://click.uol.com.br/?rf=lp_wmuol&u=http://linkspatrocinados.uol.com.br> . [01 junho 2007].
- Druck G & Franco T. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 1998, 3(2):61-72.
- Gorender J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos Avançados**. 1977 29(11):311-61, 1997.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - Síntese de Indicadores, 2005**. Disponível em <URL:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/tabsintese.shtm>> . [01 junho 2007].

- Lacaz FA & Campos WCR. Demandas sindicais em saúde e trabalho. **Resumos. IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Recife: Abrasco, 1994.
- Lacaz, FAC. Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. Texto produzido para Seminário realizado com a Diretoria do Sintratel de São Paulo em 2000: **UITA - Secretaría Regional Latinoamericana - Montevideo – Uruguay**. Disponível em <URL:http://www.rel-uita.org/old/home/ler/informes/saude_do_trabalhador.htm>. [01 junho 2007].
- Loomis D, Richardson DB, Bena JF, Bailer AJ Deindustrialisation and the long term decline in fatal occupational injuries. **Occup Environ Med**.2004; 61(7):616-621.
- Marmot M. & Theorell T. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. **International Journal of Health Services**. 1988; 18(4):659-74.
- Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I. Mortalidade. **Revista de Saúde Pública**.1988; 22(5):441-57.
- Menezes Filho NA, Mendes M, Almeida ES. O diferencial de salários formal-informal no Brasil: segmentação ou viés de seleção? **Revista Brasileira de Economia**.2004; 58(2).
- Ministério da Previdência Social (MPS). **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2005**. Seção II - Indicadores de Acidentes do Trabalho. 2005. Disponível em <URL:http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2005/14_08_01_02.asp>. [01 junho 2007].
- Ministério do Trabalho e Emprego. Legislação - **Normas Regulamentadoras**. Disponível em <URL:http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp>. [01 junho 2007].
- Ministério da Saúde (MS). **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006** IDB-2006. RIPSa. Disponível em < URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. [01 junho 2007].
- MS (Ministério da Saúde). **Rede Nacional de Atenção à Saúde do trabalhador**. 2007. Disponível em <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928>. [01 junho 2007].
- MTE, 2007b. Relações de Trabalho - **Atualização Sindical**. Disponível em <URL:http://www.mte.gov.br/at_sindical/painel_atualizacao_trabalhadores.asp#>. [01 junho 2007].
- Oliveira MHB & Vasconcellos LCF. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**.1992; 8(2):150-156.
- Pastore J. O custo dos acidentes do trabalho. **Jornal da Tarde** 2001 mar 03. Disponível em <URL:<http://www.josepastore.com.br/artigos/relacoestrabalhistas/134.htm>>. [01 junho 2007].
- Pastore J. Onde estão os trabalhadores informais?. **O Estado de S. Paulo** 2003 jun 03. Disponível em <URC:<http://www.josepastore.com.br/artigos/emprego/136.htm>>. [01 junho 2007].
- Pochmann M. Há uma transformação no mundo do trabalho, que veio para ficar. **Revista do Instituto de Humanitas Unisinos**. Ed 226. 2007. Disponível em URL:http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=345>. [01 junho 2007].
- Ramalho JR. Trabalho e sindicato: posições em debate na sociologia hoje. **Dados**.2000, 43(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0011-52582000000400006&lng=pt&nrm=iso>. (Pré-publicação.). [30 abr 2007].
- Ribeiro FSN, Melo AISC, Teixeira C, Oliveira AS. Os novos paradigmas da produção: privatização, redução de efetivo, incremento à terceirização e precarização das condições de saúde. **XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho**. OIT. São Paulo, 1999.
- Rocha S. Pobreza e indigência no Brasil: algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004. **Nova**

economia. 2005, 16 (2):265-299.

Rodrigues IJ. O Sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. **São Paulo em Perspectiva.** 1995; 9(3):116-26.

Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública.** 2003;19(2):481-493.

Santana V, Nobre L & Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva.**2005;10(4):841-855.

Santana VS & Loomis D. Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. **Ann. occup. hyg.**2004; 48 (2):147–157.

Santana VS, Araujo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR *et al.* Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Rev. Saúde Pública.** 2006;40 (6):1004-1012.

Seligmann-Silva E. - Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública,** 1997, 13(supl.2): 95-110.

Silva MAM, Martins RC, Ocada FK, Godoi S, Melo BM, Vettoracci A, Bueno JD, Ribeiro JD. Do karoshi no Japão, à birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado. **Revista Nera - Núcleo de estudos, pesquisa e projeto de reforma agrária.** Edição 7, 2006. Revista eletrônica do PPG/Geografia e dep. De Geografia da UNESP/PP.

Toledo M. Tecnologia faz bóia-fria trabalhar mais. **Folha de São Paulo.** 2005 set 18
<URL:<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1809200515.htm>>. [01 junho 2007].

Waldvogel BC. Acidentes do trabalho: os casos fatais a questão da identificação e da mensuração. Belo Horizonte: **Segrac,** 2002. Coleção Prodat Estudos e Análises. 2002; 1(1).

Wünsch-Filho V 1999. Reestruturação Produtiva e Acidentes de Trabalho no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 1999; 15:41-51.

WISNER, A., 1994. A Fábrica do Futuro em Países de Industrialização Recente: Transferência de Tecnologia ou Reconcep Global in: **Textos escolhidos em ergonomia contemporânea** (M.C.Vidal, org): COPPE/UFRJ.

SITUACIÓN EN COLOMBIA



Corteros de Caña en huelga, Colombia

Mauricio Torres Tovar¹
Jairo Luna García²

¹ Mauricio Torres: Médico, Salubrista Ocupacional. Coordinador de la Región Andina y miembro de la Red de Salud y Trabajo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) e integrante del Movimiento Nacional la Salud y la Seguridad Social de Colombia. Correo: maot99@yahoo.es

² Jairo Luna: Médico, Salubrista Ocupacional, Magíster en Salud Pública y candidato a Doctorado de Salud Pública. Profesor Facultad de Artes Universidad Nacional de Colombia. Integrante de la Red de Salud y Trabajo de ALAMES y del Movimiento Nacional la Salud y la Seguridad Social de Colombia. Correo: jelunagarcia@yahoo.com.mx

El caso colombiano: la salud de los y las trabajadoras negocio de mercado

El presente informe hace un balance general de la situación actual del derecho a la salud en el trabajo en Colombia, a partir de recoger evidencias sociales, políticas, sanitarias y epidemiológicas de diversas fuentes, tanto de instituciones públicas y privadas que tienen que ver con el tema, como de organizaciones sindicales que intervienen sobre el tema de la salud laboral.

Es de destacar que la política nacional de protección de riesgos del trabajo en Colombia se enmarca en una política de Estado en seguridad social establecida en la Ley 100 de 1993, que estructuró un modelo de aseguramiento de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) en un esquema de mercado de servicios, que cubre fundamentalmente al sector formal de la economía y a los trabajadores independientes con capacidad de pago, pero deja por fuera al grueso de la población laboral de la economía informal, razón que entre otras, como lo muestra este informe, impide la garantía efectiva del derecho a la salud en el trabajo en colombiana.

1. Contexto económico, político y social: situación general del país

Colombia está localizado en la punta superior de Sur América. Tiene una enorme riqueza en biodiversidad gracias a las selvas que posee entre ellas una parte de la selva amazónica; hídrica, al estar bañada por dos océanos y por la presencia de multitud de ríos y lagunas; cultural, al ser una nación multiétnica que tiene grupos indígenas, afros y mestizos; en recursos energéticos, dados sus yacimientos de carbón y petróleo; y humana, dada la calidad de su gente: laboriosa, alegre, rebuscadora, que a pesar de la adversidades cotidianas dadas por el contexto de violencia y de injusticia social, lucha por forjar una mejor vida y una mejor nación.

El censo reciente de 2005 plantea que Colombia cuenta, mal contados, con 42.090.502 habitantes, 75% en zonas urbanas y 25% en la zona rural; 51.2% mujeres y 48.8% hombres (DANE, 2007).

Según la Constitución Política de 1991, Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, democrática, participativa y pluralista. Asunto que en la práctica se traduce en un sistema político de corte presidencialista, con una democracia representativa, con una historia de bipartidismo, excluyente de sectores políticos no tradicionales y con escasa promoción de la participación ciudadana.

En este momento el régimen político está fuertemente cuestionados producto de lo que se ha denominado la narcoparapolítica, que ha implicado que las estructuras del negocio del narcotráfico y del paramilitarismo (organización militar paralela a las fuerzas militares, que ha tenido apoyo y aval estatal como mecanismo contrainsurgente) se han incorporado en las instancias de decisión política y legislativa, por lo cual se dice que Colombia tiene un Estado narcoparamilitar, que busca consolidarse a partir de un proyecto político de nación reflejado en la propuesta del actual presidente de la república de configurar un Estado comunitario.

En relación a la economía del país y su mercado laboral, esta ha sufrido grandes transformaciones a partir de la incorporación de Colombia en el proceso de apertura de mercado impuesto por la globalización neoliberal. Proceso que ha generado pérdida importante de la industria nacional, una profunda flexibilización laboral que ha conducido

a un crecimiento importante de la informalidad de la economía (60%), del desempleo (11.2% cifras oficiales, 20% según las organizaciones sindicales), pérdida de empleo rural, aumento del empleo femenino y de persistencia del trabajo infantil. Situación esta de desestructuración de la economía formal, que sumada a la violencia política ejercida por el Estado en contra de sectores de oposición, ha debilitado enormemente a las organizaciones sindicales y con ello la capacidad de incidencia de los/as trabajadores/as en sus condiciones laborales, en el 2004 en Colombia fueron asesinados 94 sindicalistas y 70 en el 2005 (ROSADO & OTROS, 2006).

En términos sociales Colombia vive un contexto de profundas desigualdades sociales, en el marco de un conflicto político armado que lleva más de 50 años y que en las últimas décadas se ha matizado con la disputa por la producción y distribución de drogas ilícitas y por la profundización de la inseguridad y la violencia común. Este contexto origina que cerca del 65 % de la población viva en la pobreza, 15% de ella en condiciones de miseria; un fenómeno interno de desplazamiento que ha venido comprometiéndose en los últimos años a 3.5 millones de habitantes, asunto relacionado fundamentalmente con la disputa por la tierra entre diversos actores tanto no armados como son los agroempresarios y ganaderos y armados como son el ejército, la policía, la guerrilla y los paramilitares.

Según cifras oficiales del censo del DANE (2007) en relación a la vivienda, el 10.4% de la población vive en una vivienda inadecuada y el 11% vive en condiciones de hacinamiento crítico. El 83.4% de las viviendas tienen servicio de acueducto y el 73.1% de alcantarillado. Ahora es importante aclarar, que al discriminar estas cifras por regiones, se evidencian unas profundas inequidades, al encontrar en algunas de ellas que más de la mitad de la población vive en viviendas inadecuadas.

En relación a la alfabetización (DANE, 2007) el 91.5% de la población urbana lo esta, mientras que en el área rural es el 78.2%. Al discriminar esto por niveles educativos se encuentran grandes diferencias, dadas por que el 37,2% de la población ha alcanzado el nivel de básica primaria y el 31,7% secundaria; solo el 7,0% ha alcanzado el nivel profesional y el 1,3% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población sin ningún nivel educativo es el 10,5%.

En relación al tema alimentario y nutricional en el país (INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR, 2005) ha empezado a salir a la luz pública con fuerza el tema de la hambruna, presente tanto en ciudades grandes como en regiones apartadas. Según cifras oficiales hay una inseguridad alimentaria en el 40.8% de los hogares del país, asunto que impacta sobre los estados nutricionales encontrándose un 36% de la población con deficiencia proteínica, una desnutrición global del 7% en niños de 0 a 4 años y de 5.4% en niños de 5 a 9 años; y un 21% de las gestantes tienen bajo peso. Al mirar el tema en una de las regiones más abandonadas por el estado como es el Departamento del Choco se encuentra que la población con inseguridad alimentaria es del 59% y el 57.1% con deficiencia proteínica, asunto que permite evidenciar las grandes inequidades sociales presentes.

Esta situación ha llevado a una profunda ruptura y descomposición del tejido social y a la pérdida de la solidaridad, que se expresa de manera vergonzante e intolerante en el aumento de la violencia familiar, el abuso sexual de menores, el incremento de la prostitución infantil y el aumento de los suicidios de jóvenes como reflejo de desesperanza y falta de oportunidades.

Para enfrentar esta dramática situación social el Estado y el actual gobierno impulsan una política social orientada por los preceptos del Banco Mundial de protección social, centrada en el manejo social del riesgo, que ubica la responsabilidad central de responder a las contingencias y riesgos en los propios individuos y sus familias que deben ser resueltas en un mercado del aseguramiento y desarrolla un componente de focalización sobre la población más pobre a partir de la figura de los subsidios de demanda y las transferencias económicas condicionadas (programa denominado familias en acción), que se asignan a quienes demuestran que son suficientemente pobres y sean juiciosos con asumir los comportamientos que se les demanda.

Esta orientación de la política social prevalece en el campo de la seguridad social (Ley 100 de 1993), en donde existe un mercado del aseguramiento para invalidez, vejez y muerte, para enfermedad general y maternidad y para enfermedad profesional y accidente de trabajo. Por lo tanto para estar cubierto en estas contingencias debe estar asegurado, bien por que paga directamente, bien por que se asegura como trabajador dependiente o bien por que recibe un subsidio (para pensión y/o para salud, no para riesgos profesionales) que lo asegura al demostrar ser pobres. Quienes no tienen poder adquisitivo ni demuestran ser pobres (población sandwich) quedan fuera del mercado del aseguramiento en seguridad social, población que alcanza un 12%, más casi 10% que solo reciben servicios muy restringidos por subsidios parciales (CONCEJO NACIONAL DE SALUD, 2007).

Tal política social es paliativa, puntual y temporal y no resuelve los graves problemas sociales al no atacar las causas estructurales generadoras de las exclusiones e inequidades sociales en el país. Y como para empeorar el panorama se prevé una situación social y económica mas difícil si se concretan la nueva serie de reformas de carácter fiscal, tributario y pensional que impulsa el gobierno, y principalmente si se firma el tratado de libre comercio con Estados Unidos (que afortunadamente se ha enredado en su firma en el Congreso de Estados Unidos), que sería un ajuste de tuercas a toda el proyecto neoliberal, privatizador y autoritario.

Principales indicadores socio - económicos de Colombia

Índice de Desarrollo Humano -PNUD-IDH (año 2004)	0,790
Clasificación en el PNUD-IDH - Puesto entre 177 países- (año 2004)	70
Esperanza de vida al nacer -Total/años- (PNUD-IDH año 2004)	72,6
Esperanza de vida al nacer - Hombres/años (DANE-DNP-2000)	68,4
Esperanza de vida al nacer - Mujeres/años (DANE-DNP-2000)	74,9
Tasa de alfabetización de adultos -Mayores de 15 años- (PNUD-2004)	92,8%
Tasa Bruta Combinada de Escolaridad (PNUD-2004)	73%
Relación ingreso 10% más rico respecto a 10% más pobre (Banco Mundial 2006)	63,8 veces
Coefficiente Gini (Banco Mundial-2006)	0,586
Población pobre - % en 2003 (CID-Universidad Nacional)	64,2%
Población pobre - % en 2004 (DNP)	52,6%
Tasa de desempleo - Octubre de 2006	11,4%
Número de desempleados - Octubre de 2006	2.270.000
Tasa de subempleo (Total) - Octubre de 2006	47,3%
Número de subempleados (según el DANE) Octubre de 2006	9.465.000
Población Económicamente Activa - Octubre de 2006	20.010.000

Fuente: Observatorio sobre Desarrollo Humano en Colombia. Universidad Autónoma de Colombia www.fuac.edu.co

2. El marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo

Colombia inicia su legislación en salud de los trabajadores en el primer cuarto del siglo XX por la vía de las convenciones colectivas de trabajo, en tanto sectores de trabajadores organizados en sindicatos tuvieron capacidad de negociar e incorporar en las convenciones medidas de protección de salud y seguridad industrial, como ocurrió en las experiencias de los trabajadores del transporte fluvial y los trabajadores del sector petrolero. Destaca en este periodo la Ley Uribe Uribe de 1915 orientada a indemnizar daños ocasionados por los accidentes de trabajo (LUNA, 2006).

A mediados del siglo XX se legisla en el campo de la seguridad social, acogiendo Colombia un esquema bismarkiano de seguridad social, caracterizado por un modelo de aseguramiento con cubrimiento de las contingencias de invalidez, vejez y muerte; enfermedad general y maternidad, y accidente de trabajo y enfermedad profesional. Las instituciones que se crearon para la garantía del aseguramiento fueron el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para los trabajadores del sector privado y la Caja Nacional de Previsión para los trabajadores del sector oficial.

También en esta mitad de siglo aparece el Código Sustantivo del Trabajo, norma central de las relaciones laborales, el cual tenía articulados referidos a la definición de accidente de trabajo y enfermedad profesional, una tabla de enfermedades profesionales y una tabla de indemnización por la pérdida de segmentos corporal del trabajador por causas laborales.

En este sentido se puede decir que la perspectiva legal de la salud laboral en Colombia inició con una orientación indemnizatoria y curativa de los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud laboral, dirigida fundamentalmente a los trabajadores de los sectores formales y urbanos.

El componente de riesgos profesionales de la seguridad social solo se empezó a desarrollar desde 1964, luego de 20 años de creado el ICSS, en tanto no avanzó durante los años anteriores ni el desarrollo institucional requerido para la cobertura de estas contingencias, ni el compromiso de los empresarios con esta responsabilidad, cotizantes únicos en este componente de la seguridad social.

Sólo hasta comienzos de la década del 80 empieza a aparecer una vertiente preventiva en la legislación en salud laboral a través de la Ley 9 de 1979 conocida como Código Sanitario que en su título III sentó las bases de la administración de la salud ocupacional en las empresas, el Decreto 614 de 1984 que determinó las bases para la organización y administración de salud ocupacional en el país, la Resolución 2013 de 1986 que reglamentó la conformación y funcionamiento de los comités paritarios de salud ocupacional (COPASOS) y la Resolución 1016 de 1989 que reglamentó la organización y funcionamiento de los programas de salud ocupacional de empresas. Esta legislación siguió siendo fundamentalmente para los trabajadores formales y urbanos, no hizo un giro de ampliación en la cobertura de la protección al conjunto del sector laboral del país.

En 1991 la nueva Carta Constitucional definió a Colombia como un Estado Social de Derecho, que implica que el Estado es garante del conjunto de derechos tanto individuales como colectivos, estando la salud y la salud en el trabajo en estos últimos.

La Carta Constitucional en relación al trabajo lo definió como un derecho y una obligación social, que goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado, donde toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Perspectiva ésta que no se conecta con la de la seguridad social y la atención a la salud, al definir las como servicios públicos que pueden ser prestados por el sector público o el sector privado y donde el Estado es el responsable de la dirección, coordinación y control de estos servicios.

En relación a la salud la Constitución no la definió como derecho humano sino como un servicio público, perspectiva constitucional que orientó la estructuración del sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) que involucra los componentes de salud y riesgos profesionales, quedando estos como servicios en un mercado del aseguramiento de las contingencias de enfermedad general y maternidad por un lado y por el otro, de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP) que son asegurados por las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

De esta manera lo que se interpreta de la constitución es que generar trabajo digno y justo, donde el componente de la salud y seguridad en el trabajo es un elemento clave, queda como un asunto de la esfera privada vía aseguramiento y no como responsabilidad central del Estado. Es decir, el reconocimiento del derecho a la salud en el trabajo queda en la esfera de los derechos contractuales, en tanto el trabajador que este asegurado recibe un cierto nivel de protección por que hay un contrato entre la empresa y la ARP; asunto que despoja a la salud en el trabajo de su condición de derecho fundamental y universal.

El Decreto 1295 de 1994 reglamentó la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, componente de la seguridad social para atender los accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Este sistema como será explicado más adelante, es un modelo de aseguramiento principalmente de los trabajadores formales, urbanos, que coloca su énfasis en la curación de los ATEP, debilitando de manera importante el componente de promoción de la salud en el trabajo y la prevención de los ATEP que hasta ese momento se había alcanzado en el país. El objetivo central se coloca en lograr cobertura de aseguramiento de las empresas, en un esquema rentable para las ARP, que lleva a que se generen mecanismos de mercado como por ejemplo evitar al máximo el reconocimiento del origen laboral de los accidentes y las enfermedades.

Recientemente los artículos de ATEP y de formas de vinculación al Sistema General de Riesgos Profesionales han sido declarados inexecutable a través de la sentencia C – 858 de 2006 de la Corte Constitucional. La argumentación de la Corte esta en que la definición de accidentes de trabajo y formas de afiliación para los trabajadores constituye un *aspecto sustancial* y de suma relevancia para el ejercicio de los derechos, cuya facultad de regulación normativa no fue concedida al Presidente. Por otro lado que el establecer la vinculación voluntaria a los trabajadores independientes en contraposición a la vinculación obligatoria de los trabajadores dependientes es una clara discriminación.

La declaratoria de inexecutable de estos artículos demanda al Congreso de la Republica expedir una ley que defina los aspectos declarados inexecutable, y dado que éste no cumplió el plazo establecido a junio de 2007, el Gobierno se vio obligado como salida a llenar temporalmente el vacío jurídico amparándose en la legislación que en esta materia existe en la Comunidad Andina de Naciones. Esta situación podría verse como una oportunidad para los trabajadores y los sindicatos de ampliar la comprensión y cobertura de los ATEP y de ampliar la cobertura del Sistema al conjunto de trabajadores tanto formales como informales, pero lo cierto es que al interior del Congreso hay control de bancadas oficialistas, que de seguro actuaran a favor de las ARP y no precisamente del avance en la garantía del derecho a la salud en el trabajo en el país.

Por último es importante mencionar que el Estado Colombiano es suscriptor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que consagra la salud como derecho y que establece como uno de sus componentes las condiciones de trabajo sanas y seguros. De otro lado, en este componente de la legislación internacional, Colombia sólo ha suscrito 7 de los 24 Convenios de OIT relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo; el Convenio 155 sobre seguridad y salud en el trabajo de 1981, uno de los más importantes en esta materia no ha sido suscrito.

Concluyendo este acápite, se puede decir que Colombia tiene una legislación en salud laboral que no tiene en cuenta la realidad del mercado de trabajo, en tanto legisla principalmente para los trabajadores dependientes urbanos (que son menos del 40% del total de la población laboral) y centra su atención en el aseguramiento de las contingencias de ATEP, pero sin impulsar una política de Estado orientada claramente a la realización del derecho a la salud en el trabajo para todas y todos los trabajadores y sí por el contrario favorecer los intereses de las ARP, que se lucran de manera importante de este negocio a costa de la salud y la vida de quienes generan las riquezas del país.

3. Estructura institucional de la salud laboral en Colombia

A pesar de existir en la primera mitad del siglo XX algunas leyes y algunos acuerdos obrero patronales referidos a asuntos de salud ocupacional, es a partir de los desarrollos legales en materia de seguridad social dados por la Ley 90 de 1946 que creó el Instituto Colombiano de Seguridad Social, que en Colombia se empieza a sumir la tarea de crear un área institucional en el país encargada de los riesgos profesionales.

Pero es solo hasta 1965 que el ICSS realmente emprende la tarea de asistir los eventos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional al autorizarse a los empleadores a subrogar los riesgos de ATEP en el ICSS (RODRIGUEZ, 1992), eventos éstos que van a ser protegidos solamente a aquellos trabajadores afiliados al ICSS que provenían del sector privado de la economía, principalmente del sector industrial y urbano, quedando excluidos la gran masa de trabajadores del campo y del sector no formal de la economía de la cobertura y protección contra estas contingencias.

Es entonces el ICSS, posteriormente ISS, quien de manera fundamental hace los desarrollos institucionales más importantes en promoción, prevención, atención y rehabilitación en materia de eventos de origen ocupacional en el país, desarrollando acciones educativas de promoción y prevención en salud ocupacional, montaje de laboratorios para el estudio de los riesgos industriales y establecimiento de centros de atención especializada para la atención y rehabilitación de los eventos en salud de origen ocupacional.

Paralelo a estos desarrollos del ISS, algunas de las grandes industrias del país especialmente del sector textil, automotriz y petrolero, montaron sus propios servicios de salud en el trabajo, con desarrollos importantes en materia de promoción y prevención de la salud ocupacional.

En los años 80 se legisla para desarrollar una Política Nacional de Salud Ocupacional, Planes Empresariales de Salud Ocupacional y la creación de escenarios de concertación en salud ocupacional entre empresarios, trabajadores y Estado (los comités seccionales, locales y paritarios de salud ocupacional), pero esto no logra un desarrollo institucional importante por la falta de compromiso de los actores empresariales y estatales responsables y por la baja presión de los trabajadores para que esto se concretará, con excepciones importantes de algunas empresas donde los sindicatos incorporaron en sus convenciones de trabajo aspectos concernientes a la protección de la salud de los trabajadores.

Ya en los 90, con la reforma a la seguridad social en el país a través de la Ley 100 de 1993, se dan las bases para la creación en 1994 del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) a través del Decreto 1295, que genera un arreglo institucional en el país de la salud ocupacional.

El SGRP en la misma lógica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, origina un mercado del aseguramiento de los riesgos profesionales, para lo cual crea unas instituciones aseguradoras (Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP) encargadas de la afiliación, de recaudar y administrar las cotizaciones en esta materia (que son pagas exclusivamente por los empleadores de acuerdo al nivel de riesgo de la empresa, que va de 1 en las de menor riesgo y 5 las de mayor riesgo), contratar la prestación asistencial a los eventos de enfermedad profesional y accidentes de trabajo, establecer el origen de los accidentes y las enfermedades, controlar los agentes de riesgo ocupacionales, y pagar las prestaciones económicas por incapacidades laborales temporales, indemnizaciones por pérdidas permanentes de la capacidad laboral (menores al 50% de la capacidad laboral), pensiones por invalidez de origen laboral (50% o más de pérdida de capacidad laboral) y pensiones a segundos por muerte laboral.

Con la aparición del SGRP y de las ARP se empezó a desmontar los desarrollos de servicios de salud que habían montado las empresas por que las ARP ofrecieron cubrir esto ellas mismas como un mecanismo de mercadeo; pero a la postre esto llevo al debilitamiento de los servicios de salud ocupacional en estas empresas, en tanto se puso énfasis al aseguramiento y se marginaron los componentes de promoción y prevención de la salud en los espacios empresariales, lo que a su vez ha traído como consecuencias un incremento de la accidentalidad laboral y de la enfermedad profesional. En la actualidad se registran 13 ARP, 11 privadas (FASECOLDA, 2008) y 2 públicas que están en proceso de ser una sola, dado la actual liquidación del ISS, lo que va a debilitar aun más los procesos de desarrollo de la salud ocupacional en el país, en tanto el ISS es la institución que mejores desarrollos de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud ocupacional ha hecho a través de una red institucional presente en la mayor parte del territorio nacional.

Adicionalmente, esta reforma a la seguridad social en materia de riesgos profesionales no dio respuesta al enorme conglomerado de trabajadores de la economía informal, que siguen estando desprotegidos en tanto el SGRP se centro en la protección de los trabajadores formales y aquellos independientes con capacidad de pago de su aseguramiento. Esto explica principalmente por que en Colombia el porcentaje de cobertura de riesgos profesionales es solo del 12.1% de la población laboral (MINPROTECCIÓN & OPS, 2006), a lo que se suma las evasiones de afiliación que hacen los empresarios al SGRP.

La situación institucional varió nuevamente en 2003 por la fusión de los Ministerios de Salud y Ministerio de Trabajo en un Ministerio denominado de la Protección Social, que llevó a que la estructura y desarrollos que tenía el Ministerio de Trabajo en el ámbito nacional y regional en materia de inspección y vigilancia de los riesgos profesionales en las empresas se debilitará fuertemente, en tanto los mismos funcionarios tuvieron que asumir otras tareas adicionales en materia de seguridad social y por que en la práctica, sin que esto este establecido legalmente, se asumió que la labor del control de riegos laborales en los espacios de trabajo la ejercerían las ARP, asunto que como se ha mencionado es marginal.

Dada las competencias del SGRP fundamentalmente sobre los trabajadores formales y la fusión de los Ministerios, la competencia sobre las condiciones de trabajo de la

población laboral informal ha recaído sobre los entes territoriales de salud, los cuales han abordado esta temática como parte de las acciones del denominado Plan de Atención Básica (PAB), que les ha dado muy poco margen de maniobra, por las restricciones económicas de estos planes, que ha llevado a una concentración en actividades de promoción y prevención desde la óptica de espacios saludables de trabajo, con énfasis en los estilos de vida y trabajo saludables, pero solo para algunos grupos de la economía informal por las características y magnitud de este sector.

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el SGRP se observa que hay una baja asesoría a los centros de trabajo en aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, los elementos de protección social, la capacitación en estilos de trabajo y de vida saludables, la entrega de guías técnicas de prevención por actividad económica y los simulacros de emergencia; aunque destacan que se hacen los panoramas de factores de riesgo que permiten ubicar los riesgos, que reciben capacitación y asesoría para el COPASO y se hacen los pagos de las prestaciones asistenciales (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2007). Esta situación confirma el débil papel de las ARP y de las propias empresas en la labor de promoción y prevención en salud ocupacional, y del Ministerio de la Protección Social en el componente de inspección, vigilancia y control en este tema.

Otra componente de la institucionalidad esta constituida por los espacios ya mencionados de concertación de los diversos actores sociales involucrados en el tema de la salud ocupacional, estos son el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, la Red de comités nacional, seccionales y locales de salud ocupacional y los Comités Paritarios de Salud Ocupacional (COPASOS);. Estos espacios en general han sido débiles, no han tenido amplio desarrollo dado los escasos compromisos por parte de los empresarios y el Estado, la debilidad del Estado para ejercer el control para que se establezcan y la restringida participación de los y las trabajadoras y sus organizaciones sindicales, que los coloca en minoría, por lo cual en la mayoría de los casos su capacidad de incidencia en las decisiones es muy baja. Sin embargo se pueden destacar algunas iniciativas interesantes que se han movido desde algunos de estos Comités en la búsqueda de generar políticas en salud ocupacional en los niveles regionales, que han quedado truncadas por la falta de compromiso y los escasos o nulos recursos ubicados para estas iniciativas.

En el tema de la calificación del origen y el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral existen una norma técnica consignada en un Manual de Calificación de Invalidez y unas Juntas de Calificación de Invalidez que resuelven las divergencias que se presentan por los conceptos establecidos en primera instancia por las propias ARP. Estas Juntas hacen presencia en las regiones que evalúan en un primer momento las divergencias y hay una Junta Nacional que da los conceptos definitivos. Esta estructura de calificación es problemática de un lado por que la primera instancia de definición son las ARP que actúan como juez y parte, y por ser su interés el que se reconozca lo menos posible el origen laboral de los eventos de salud y de otro lado, el acceso a las Juntas de Calificación esta mediada por barreras económicas (deben pagarse sus conceptos que es mas de un salario mínimo mensual) y geográficas en tanto las Juntas hacen presencia solo en las grandes ciudades del país.

En el 2003 se definió el Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003 – 2007 que fijó como objetivos fortalecer la promoción de la seguridad y salud en el trabajo y fomentar una cultura del autocuidado y la prevención de los riesgos profesionales; consolidar y fortalecer las entidades, instituciones e instancias del SGRP; ampliar la cobertura en el

SGRP así como impulsar el desarrollo técnico, tecnológico y científico del Sistema y garantizar su viabilidad financiera; establecer políticas y definir acciones de promoción para la seguridad y la salud en el trabajo, así como la prevención de los riesgos ocupacionales en las poblaciones laborales vulnerables (MINPROTECCION, 2004).

El Plan Nacional de Salud Ocupacional puso énfasis en el aseguramiento al buscar aumentar la cobertura de afiliación y en garantizar la viabilidad financiera del SGRP y en la perspectiva tradicional de promoción y prevención de la salud ocupacional muy centrada en los estilos de trabajo y vida saludables. Aunque este Plan hizo esfuerzos por generar una política de atención en salud laboral a poblaciones de la economía informal, que concibió como poblaciones laborales vulnerables, hay grandes dificultades por que homogeniza a toda esta población y por que no articula con los entes territoriales para desencadenar una política real en salud ocupacional para este enorme conglomerado laboral. De esta manera el Plan fortaleció la acción de aseguramiento en riesgos profesionales sin fortalecer un desarrollo amplio de la salud ocupacional tanto para población laboral formal como informal.

Como hecho reciente con la Ley 1122 de 2007 que ajustó la Ley 100 de 1993, se estableció un Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007 – 2010, el cual en lo fundamental asume un enfoque poblacional y de gestión de riesgos (TORRES, 2007) y establece como una de las 10 prioridades nacionales en materia de salud pública la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

Al precisar la forma como el tema de salud y seguridad en el trabajo debe ser incorporado en los Planes Territoriales de Salud Pública, en el marco del Plan Nacional de Salud Pública, se establece como eje central aspectos referidos al enfoque de promoción y prevención de entornos de trabajo saludables; acciones de inspección, vigilancia y control; acciones de inducción de la demanda a los servicios de salud ocupacional y atención a poblaciones vulnerables especialmente la infantil, juvenil y con discapacidad. El desarrollo del componente de salud ocupacional en estos Planes Territoriales como se observa insiste en una mirada de gestión de riesgos laborales, que impide abordar el tema de los determinantes de la salud en el trabajo para impactar en los problemas estructurales; y adicional a esto, su desarrollo va a depender de la asignación de recursos económicos que será en un marco de disputa por ellos entre los 10 temas de prioridad de salud pública definidos.

Concluyendo, se observa que Colombia en estos momentos tiene una enorme debilidad institucional para enfrentar los retos de la salud en el trabajo tanto en los espacios formales como informales de la economía. El énfasis puesto por el SGRP en el aseguramiento debilitó los desarrollos de promoción y prevención de la salud y la seguridad en el trabajo que debe ser lo prioritario y además convirtió el tema de los riesgos profesionales en un negocio muy lucrativo para las ARP a expensas de la salud de los trabajadores, sin garantizar el derecho a la salud en el trabajo para toda la población laboral. El debilitamiento de las estructuras estatales tanto del sector trabajo como del sector salud aminora los desarrollos de la promoción y la prevención en los espacios laborales, así como las tareas de inspección, vigilancia y control de los riesgos laborales; situación que requiere un compromiso estatal fuerte que va más allá de lo propuesto y desarrollado en el Plan Nacional de Salud Ocupacional y ahora en el Plan Nacional de Salud Pública.

4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud en el trabajo

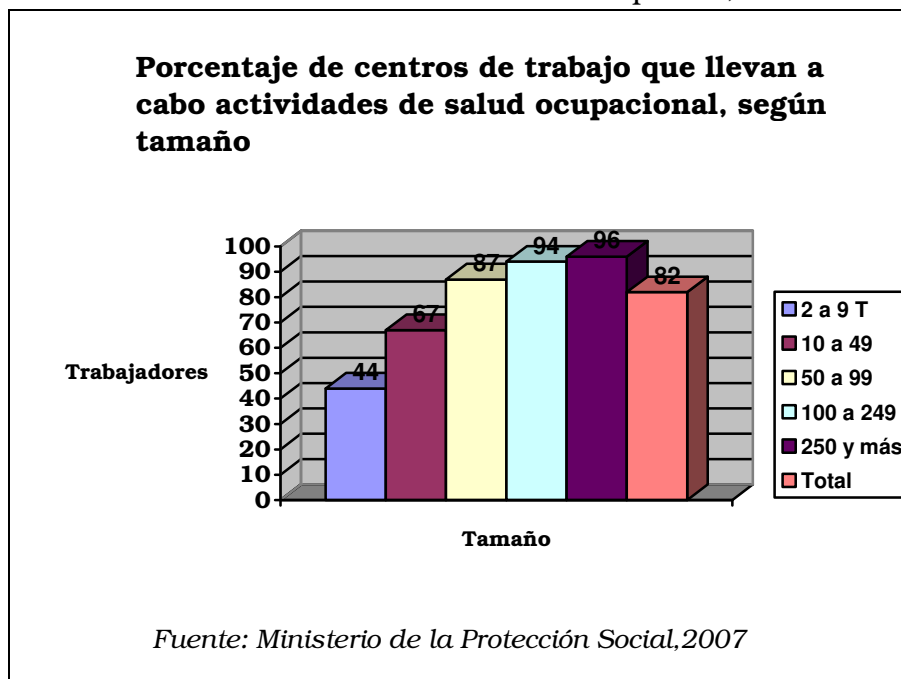
4.1 Programas de las empresas para garantizar la protección de la salud en el mundo del trabajo:

La primera encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo de Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2007), indagó acerca de la realización de actividades de salud ocupacional en las empresas. De acuerdo con el tamaño de las empresas, se encontró una presencia diferencial de actividades en salud ocupacional: las unidades productivas con mayor tamaño poseen una mayor cobertura de programas de salud ocupacional y servicios de salud en el trabajo, la cual se reduce de manera significativa en las medianas empresas, y está poco desarrollado en las pequeñas y micro empresas.

Esto no significa que en las grandes empresas la calidad de los servicios de salud

ocupacional sea adecuada, ya que la misma se ha visto deteriorada por la acción de competencia desleal que realizaron las Administradoras de Riesgos Profesionales de tipo privado, quienes para presionar el traslado de las empresas desde el Instituto de Seguros Sociales, han ofrecido reemplazar a los profesionales de salud ocupacional que antes eran contratados directamente. De esta forma, se presenta una inequidad en cuanto las empresas de mayor tamaño, que son las que tienen los mayores recursos para atender sus responsabilidades en materia de promoción y prevención en salud laboral, son las que mayor asesoría y servicios obtienen de las entidades administradoras en riesgos profesionales.

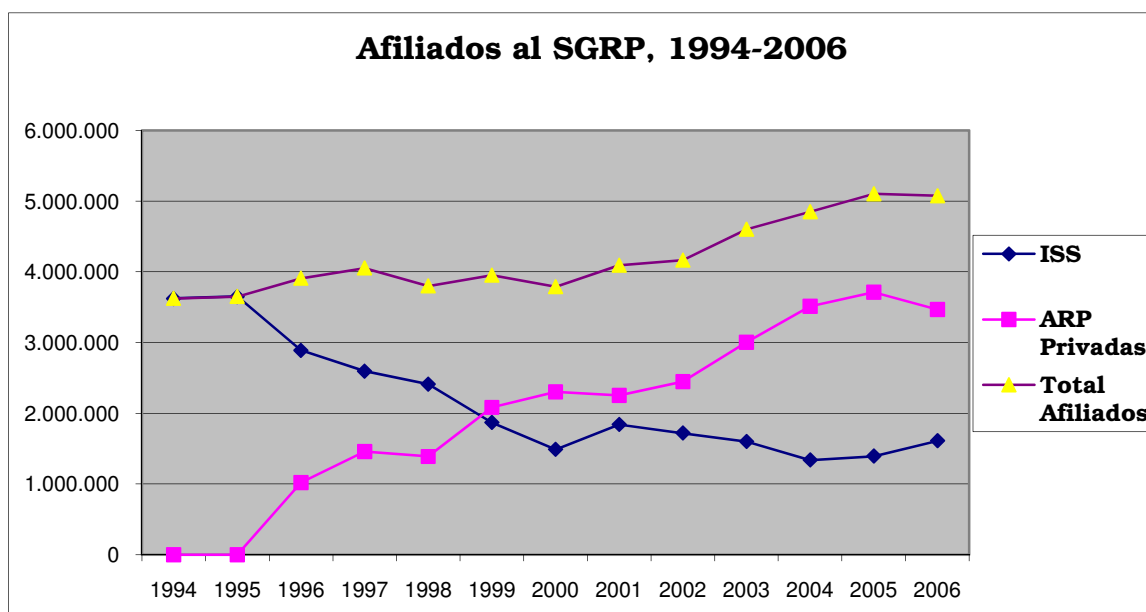
El modelo de salud ocupacional adoptado en el país, los diferentes programas, sistemas de gestión y servicios de salud y seguridad en el trabajo, no se adecuan a la realidad y a las posibilidades de las pequeñas y micro empresas que configuran cerca del 95% de las unidades productivas afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales. En ellas, la organización del espacio usualmente no obedece a la lógica de “puestos de trabajo y estaciones”; el tiempo opera de una manera menos rígida y los ciclos de producción son los que marcan la organización de la actividad y definen las condiciones de trabajo. Se requiere el estudio y desarrollo de modelos de salud laboral acordes a esta realidad de la pequeña y micro empresa, que se inscriban en perspectivas de abordaje colectivo en el territorio o por sub sectores económicos, incorporando perspectivas como la de cadenas, circuitos y redes sociales de producción.



Las unidades productivas ubicadas en el denominado sector informal, si bien ocupan una alta proporción de la población laboral en el país, carecen de recursos para adelantar acciones de protección de la salud en el trabajo. Se ha incorporado como parte de las acciones colectivas del denominado Plan de Atención Básica, algunos proyectos de promoción y prevención en salud laboral para este sector, cuyas coberturas y alcances han sido insuficientes frente a las necesidades. Este sector está excluido del Sistema General de Riesgos Profesionales.

4.2 Afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales:

En la última década, la cobertura del SGRP se ha incrementado de manera ligera, sin embargo se mantiene por debajo del 30% de la Población Económicamente Activa. En todo el periodo, se presenta una tendencia al incremento de afiliados a las ARP Privadas y un decrecimiento de los afiliados al Instituto de Seguros Sociales.



FUENTE: Procesado a partir de datos de la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social, la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales y la Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de FASECOLDA. La discriminación de afiliados entre el ISS y las ARP privadas ha sido estimada para el año 2002, por no disponerse de datos en las fuentes consultadas.

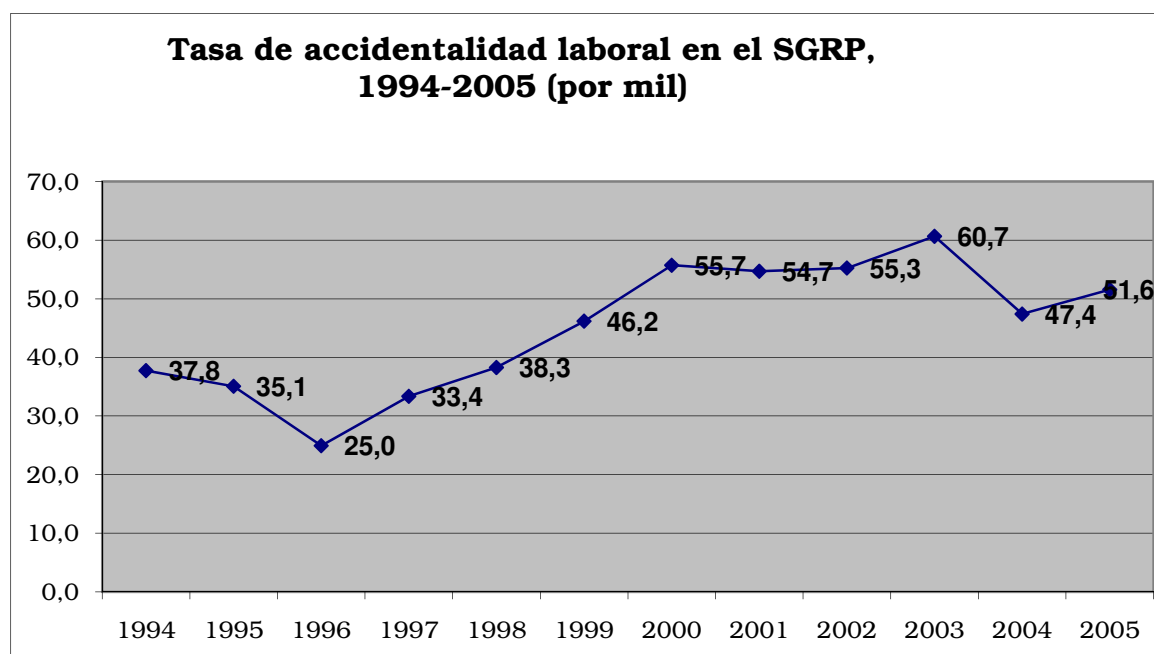
El número de trabajadores afiliados fluctúa exactamente como lo hace el empleo formal; la afiliación varía en función de la existencia de nuevos puestos de trabajo: sectores de la economía, zonas geográficas y clases de riesgo; el impacto de la precarización del empleo se refleja en una tendencia a la concentración del número de trabajadores afiliados en las empresas de servicios temporales; hay una disminución neta del número total de empresas afiliados, reflejando un cambio en la estructura del tamaño de empresa; se registra la subcontratación de servicios no misionales y el aumento de la participación del sector micro y de la pequeña empresa.

La dificultad de llevar a cabo un análisis frente a la cobertura tiene que ver con los siguientes problemas: En primer lugar, el número de trabajadores afiliados al inicio de la reforma que se toma es el que se encontraba vinculado al Instituto de Seguros Sociales, dejando de lado los empleados públicos afiliados a las Cajas de Previsión Social, mientras que los datos posteriores representan la suma de estas dos poblaciones. En segundo término, la existencia de regímenes especiales exceptuados de la Ley 100 de

1993 (que cubren parcialmente al magisterio público, fuerzas militares y trabajadores de ECOPEPETROL), representa una dificultad a la hora de analizar la cobertura del SGRP en relación con la Población en Edad de Trabajar y la Población Económicamente Activa.

4.3 Perfil de daños a la salud y garantía de las prestaciones asistenciales y económicas frente a la accidentalidad y enfermedad profesional:

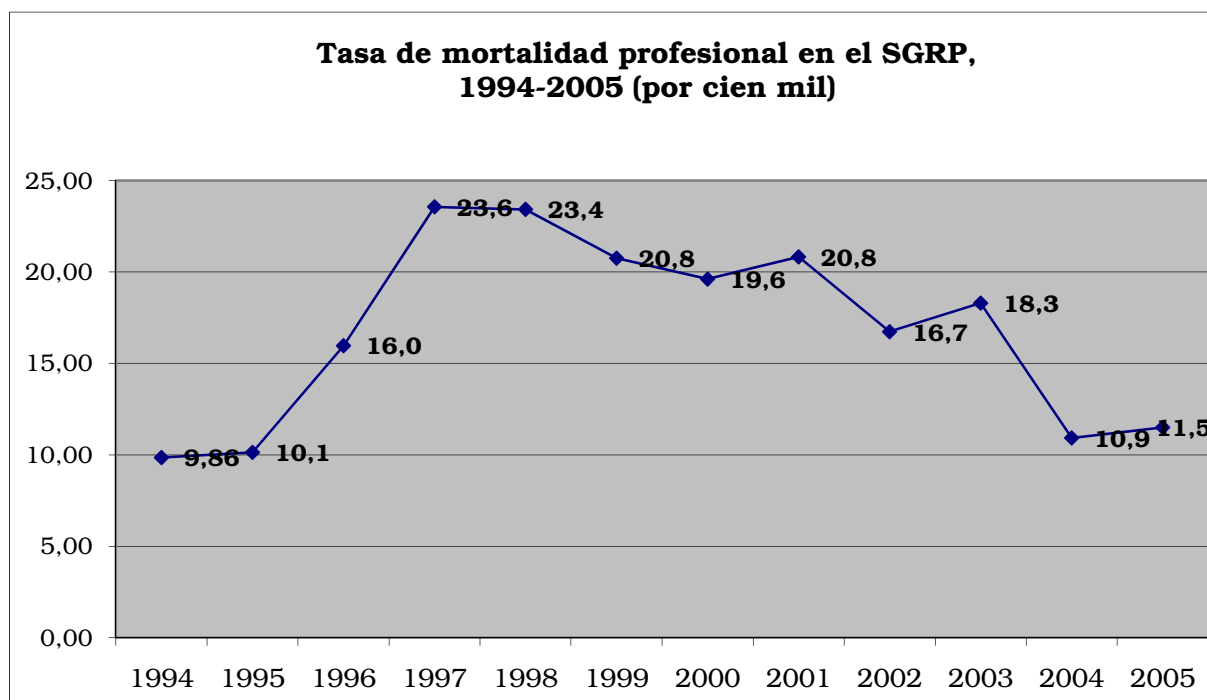
La tasa de accidentalidad en el periodo 1985-1995 venían presentando una tendencia sostenida a la disminución, mientras que en el lapso del nuevo Sistema se ha presentado un incremento de los accidentes, los cuales pasaron de 136.767 en 1994 a 263.316 en el 2005, con un pico de 279.275 en el año 2003.



FUENTE: Procesado a partir de datos de la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social.

Los empresarios y aseguradoras han planteado que las bajas cifras de accidentalidad en el periodo anterior (1985-1994) se pueden explicar debido el sub registro, relacionado con la no necesidad de identificar el origen y la falta de conciencia entre trabajadores y empresarios frente a la importancia de la notificación; el aumento de la accidentalidad sería el reflejo de una mayor conciencia y conocimiento que estaría derrotando el sub registro. A esto, el ISS sustenta que tanto antes como ahora se presenta sub registro de los pequeños accidentes, pero que los accidentes que se reportan son los importantes, aquellos que no es posible ocultar. De todas formas, los factores que limitan la posibilidad de un mejor reconocimiento de la accidentalidad siguen presente: los datos que se reportan se refieren solamente a la población afiliada y no registran sino los casos de mayor severidad; quedan excluidos los trabajadores informales, independientes, de regímenes especiales y aquellos que se encuentran en el grupo de empleadores evasores.

FASECOLDA plantea que se presenta una estabilización de la tasa, y caracteriza que la concentración de los accidentes se presenta en las grandes empresas y que viene disminuyendo en sectores como la agricultura; la accidentalidad se concentra en las empresas de clase de riesgo III, especialmente en el sector de la industria; la parte del cuerpo más afectada sigue siendo los dedos y la mano. También señala que la violencia está presente en el 1% de los accidentes, pero ocasiona el 41% de los costos económicos, mientras que los accidentes de tránsito representan el 3% de los accidentes y comprometen el 22% de los costos y el resto de los eventos compone el restante 96% de los accidentes y el 37% de los costos. Las muertes por violencia representaron el 33% del total de muertes laborales reportadas en las ARP privadas en el 2000, mientras que en el 2001 representaron el 54% y en el 2002 el 50%.



FUENTE: Procesado a partir de datos de la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social.

Es necesario enfatizar que durante los años 1996 a 2003 se presentó un severo incremento de la mortalidad laboral, cuya frecuencia en el 2004 y 2005 se ubicó cercana a la presentada en 1995.

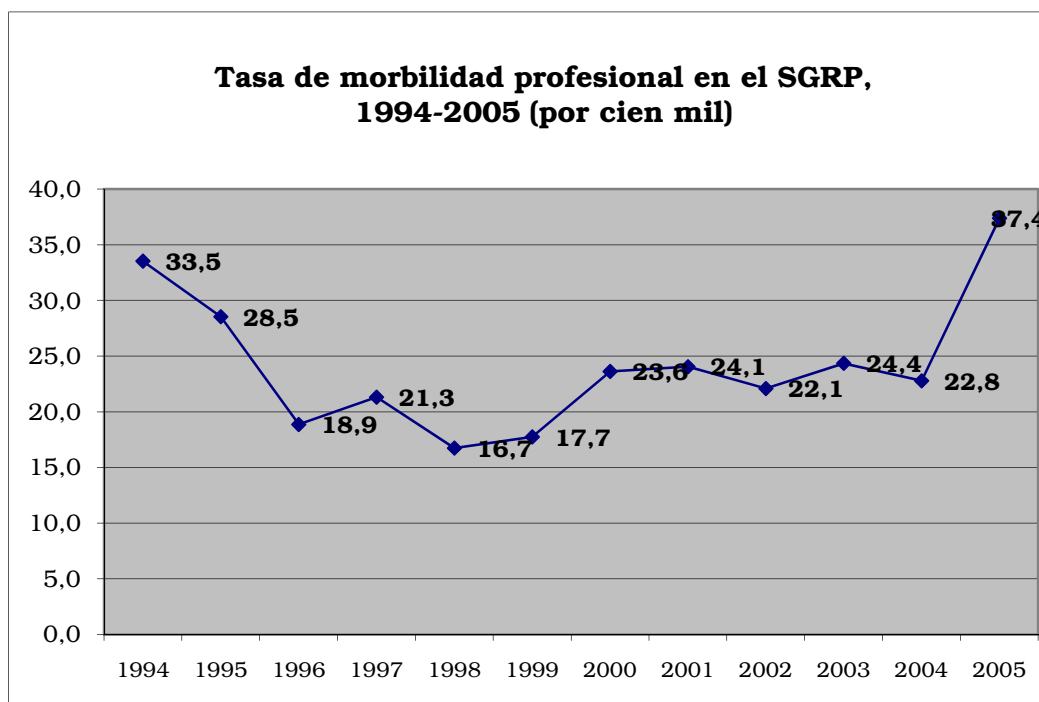
En cuanto a la enfermedad profesional, se sigue presentando un importante sub diagnóstico y sub registro en el país. En el año 2005 se modificó el marco jurídico (Ley 962, Art. 52) dando al ISS, las ARP, AFP y EPS, la potestad de determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias. En caso de desacuerdo se puede acudir a las Juntas de Calificación de la Invalidez regionales, a la Junta Nacional o a la justicia ordinaria.

Diagnóstico de enfermedades profesionales realizados por las EPS. Años 2001-2004

	2001		2002		2003		2004		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diagnósticos no controvertidos por las ARP	300	25,3	225	12,6	507	21,8	416	17	1.448	19
Diagnósticos controvertidos por las ARP	317	26,7	63	3,5	284	12,2	241	10	905	12
Diagnósticos en trámite	570	48,0	1.502	83,9	1.537	66,0	1.840	73	5.449	70
Total de diagnósticos hechos por las EPS	1.187	100	1.790	100	2.328	100	2.497	100	7.802	100

Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social. Informe de la Enfermedad Profesional en Colombia. 2003-2005

Es preocupante el número de casos reportados en trámite, lo que indica que los derechos de los trabajadores y trabajadoras no están siendo garantizados de manera oportuna y se encuentran sometidos a los intereses de las entidades administradoras de la seguridad social.



FUENTE: Procesado a partir de datos de la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social.

Proyección de diagnósticos de enfermedad profesional esperados para los afiliados al régimen contributivo con base en datos de la OMS.

Año 2004	
Cotizantes	5.557.558
Diagnósticos realizados	2.497
Diagnósticos esperados (500x100 mil)	27.788
Porcentaje de diagnósticos realizados	8,98%
Enfermedades crónicas (40 %)	11.115
Casos de invalidez (10 %)	2.779
Muertes prematuras (1 %)	278

Diagnóstico de enfermedad profesional de mayor frecuencia. Año 2003-2004. Régimen Contributivo, SGSSS.

Diagnóstico CIE - 10	2003		2004	
	Número	%	Número	%
Síndrome de conducto carpiano	692	30	808	32
Lumbago	516	22	371	15
Hipoacusia neurosensorial	144	6	157	6,3
Trastorno de disco intervertebral	136	6	215	8,6
Síndrome de manguito rotador	115	5	155	6,2
Tendinitis – tenosinovitis	92	4	-	-
Epicondilitis	74	3	132	5,3
Dermatitis	64	3	49	2
Tenosinovitis de estiloides radial (De Quervain)	44	2	97	3,9
Asma	33	1	31	1
Cervicalgia	-	-	27	1
Otros	418	18	455	18
Total	2.328	100		

Fuente: Dirección General de Riesgos Profesionales. Ministerio de la Protección Social

Durante estos cuatro años no se realizaron diagnósticos relacionados con el sistema cardio-cerebro-vascular de origen ocupacional y solamente se realizó un diagnóstico de cáncer de origen ocupacional.

**Tasa de Incidencia de enfermedad profesional en hombres y mujeres.
Régimen contributivo SGSSS. Año 2004.**

	No. Diagnósticos	No. Cotizantes	Incidencia de EP Por 100.000
Mujeres	1.293	2.310.916	56
Hombres	1.204	3.246.642	37
Total	2.497	5.557.558	45

Cuatro de las cinco patologías más frecuentes en mujeres afectan miembro superior, lo que significa que la morbilidad profesional en mujeres está siendo ocasionada por sobrecarga física de trabajo. En hombres las patologías más importantes son los desórdenes músculo-esqueléticos, que afectan columna vertebral y miembro superior. La hipoacusia neurosensorial continúa siendo un diagnóstico relevante en hombres trabajadores.

Distribución de las enfermedades profesionales ARP privadas según grado de pérdida de capacidad laboral. Año 2004.

Grado de pérdida de capacidad laboral	No. Casos
0%	679
< 5 %	0
Incapacidad Permanente Parcial	311
Invalidez (Mayor o igual a 50 %)	11
Total	1.101

Fuente: CTPR FASECOLDA. Encuesta Sistema de Información Gremial. Información correspondiente al 91,7 % de participación porcentual de los afiliados a las ARP privadas.

4.4 Consideraciones frente a la garantía de los derechos de los trabajadores y orientación del SGRP:

FASECOLDA plantea que el SGRP "...es totalmente autofinanciable", sin embargo el incremento de la accidentalidad y la falta de control de las condiciones de trabajo que producen las enfermedades profesionales, conllevan un impacto social tanto en pérdida de vidas humanas, calidad de vida y bienestar, así como en costos directos e indirectos. Con la conformación del SGRP se incrementaron las cotizaciones en riesgos profesionales en un 24%, pero los análisis de la siniestralidad ponen en tela de juicio la sostenibilidad financiera del SGRP. Para el 2002, la Siniestralidad del Sistema se encontraba en el orden del 64% según la Superintendencia Bancaria. Según FASECOLDA, en el año 2001, las pérdidas técnicas del sector privado alcanzaron el 7%, logrando en conjunto una utilidad de 0.1% gracias al rendimiento financiero de las reservas. Las del ISS fueron similares. El costo del reaseguro en el 2001 fue en promedio el 8%, y en aumento en el 2002, por la situación Colombiana y los eventos del 11 de Septiembre. El 60% de

la Siniestralidad es por los muertos e inválidos. Del 100% de las cotizaciones efectuadas a las ARP (cerca de \$ 420.000 millones en el año 2001), se distribuyeron de la siguiente manera: 1% Fondo de Riesgos Profesionales, 5% En prevención obligatoria, 15% en Prevención adicional, 63% en Siniestralidad, 16% para Gastos Administrativos, comercialización, y reaseguro.

Es necesario acompañar este análisis de los problemas frente al reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas a los trabajadores, lo que ha motivado el uso de la Tutela como mecanismo de búsqueda de protección a los derechos, especialmente en materia de pensiones de invalidez, y ha generado un amplio debate frente a las Juntas de Calificación de la Invalidez y los criterios de calificación del origen de los eventos.

Esta situación se encuentra atravesada por el ánimo de lucro y la supeditación del papel social de las ARP a esta lógica, que implica estar cuidando el equilibrio financiero de corto plazo, sin hacer grandes apuestas en el mejoramiento de la protección de la salud en el trabajo, la promoción del bienestar y la calidad de vida en el trabajo, y la prevención de las enfermedades y accidentes laborales. Un seguro montado en esta lógica termina no siendo legítimo y plantea la necesidad de revisar y plantear alternativas de fondo a esta situación.

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud

Se puede decir que en Colombia el tema de la conflictividad laboral ha disminuido dada las estrategias de desregulación y flexibilización de las relaciones laborales del Estado y los empresarios y dada la guerra sucia contra las organizaciones sindicales que ha cobrado la vida de centenares de dirigentes sindicales y amenazas, atentados, detenciones arbitrarias, torturas, desapariciones, desplazamiento y exilio para miles (ROSADO & OTROS, 2006).

Las negociaciones colectivas de trabajo en el país se han reducido vertiginosamente dada la estrategia mencionada de flexibilización y desregulación laboral. En el primer semestre de 2006 se presentaron un total de 107 convenios, 102 del sector privado y 5 del sector público, 63 fueron convenciones colectivas de trabajo y 44 pactos colectivos (ESCUELA NACIONAL SINDICAL - CISCON, 2006). El elemento central de estas negociaciones fue el aumento salarial.

El tema de la protección de la salud en el trabajo dentro de las negociaciones colectivas no es un tema relevante, en tanto el tema es contenido por la vía contractual del aseguramiento que hace la empresa de los trabajadores a la ARP, sin querer decir como se ha evidenciado en este informe que se atiende adecuadamente la salud de las y los trabajadores. Sin embargo hay que mencionar que se han dado experiencias para destacar en algunos sectores que como el petrolero y el bancario a través de la vía convencional los sindicatos han logrado colocar el tema como relevante a la hora de las demandas laborales, entre lo logrado esta la conformación de Comités Nacionales de Salud Ocupacional y la destinación de recursos financieros de las empresas dedicados especialmente a la formación de trabajadores y trabajadores en el tema de salud ocupacional y para el impulso de investigaciones sobre determinadas condiciones laborales y sus efectos sobre la salud de los trabajadores.

Otro de los escenarios donde se expresa la conflictividad del tema de la salud laboral es en el seno de las Juntas que Califican de Invalidez (Regionales y Nacional), donde los trabajadores busca le sean reconocidos los eventos de salud en su origen ocupacional y que además se calculen las pérdidas de capacidad laboral en un porcentaje ade-

cuado, ya que esto incide en el monto de indemnización o en la posibilidad de recibir una pensión de invalidez; asunto éste que se relaciona con la concepción del Manual de Calificación de Invalidez que estructurado más en favorecer de los intereses económicos de los actores aseguradores del SGRP que en proteger las situaciones sociales de los trabajadores que se desprenden como consecuencia de los eventos de accidentes y enfermedades profesionales.

Es elevado el volumen de casos que llegan a estas Juntas para dirimir el origen de los eventos y el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral a consecuencias de eventos profesionales. Esto se puede evidenciar a partir de la dinámica de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez la cual tiene dificultades para resolverlos con celeridad los casos dada su falta de capacidad operativa para evacuarlos, por ejemplo en el año 2004 la Junta Nacional recibió 1.400 expedientes remitidos por las Juntas Regionales (PROCURADURIA, 2005).

Otro escenario es el judicial, donde los trabajadores generan procesos para la protección de sus derechos laborales. En un ejercicio de revisión de la base de datos de la Corte Constitucional se encontró que en el año 2003 hubo sólo 11 tutelas relacionadas con el tema de la salud en el trabajo específicamente en conservación del medio ambiente laboral, aplicación del Convenio OIT No. 161, protección del derecho a la salud de una trabajadora doméstica y de una mujer trabajadora embarazada, pago de mora en aportes de un empleador a la ARP y reubicación laboral a una persona por condiciones de discapacidad.

Con este panorama se puede decir que sigue estando al orden día colocar la salud en el trabajo como un elemento central de la agenda de lucha y demanda de los y las trabajadoras y sus organizaciones sindicales, que permita profundizar en el país la exigibilidad por la garantía del derecho a la salud en el trabajo. Pero es necesario decir que para avanzar en este camino se requiere superar la violencia selectiva y sistemática que se ejerce sobre los trabajadores que se atreven a organizarse y luchar, en tanto esta violación al derecho a la vida a los dirigentes sindicales se convierte en una coerción para los trabajadores de organizarse y exigir la realización del conjunto de sus derechos laborales, uno de los cuales claramente es el derecho a trabajar en condiciones dignas y seguras para la integridad física.

6. Experiencia desde los propios trabajadores/as

En la segunda mitad del siglo XX los trabajadores y trabajadoras a través de sus organizaciones sindicales fueron paulatinamente entendiendo e incorporando el tema de la defensa de la salud en el trabajo en sus luchas reivindicativas. El énfasis se da especialmente desde finales de los años 70, en donde organizaciones como la del sector automotriz a través de Sintrasofasa impulsa acciones de demanda hasta llegar a propiciar huelgas por la defensa de la salud de los trabajadores de la industria.

Como hechos a destacar en este periodo esta la realización de un conjunto de investigaciones sectoriales a través del denominado modelo obrero italiano (TORRES y MOLINA, 2000), la constitución de un intersindical de salud de los trabajadores entre las tres sindicales de trabajadores, la aparición de ONG que trabajan de manera específica este tema y la realización de tres encuentro nacionales de salud de los trabajadores.

En los primeros años del siglo XXI, la defensa del derecho a la salud en el trabajo ha estado presente en las organizaciones sindicales colombianas a través de iniciativas desde algunas organizaciones que impulsan acciones al interior de las empresas, y des-

de las centrales sindicales quienes mantienen una instancia de coordinación en este campo.

Algunas experiencias a destacar entre las organizaciones sindicales son: en el sector minero a través de Sintracarbón y Sintraminenergética han desarrollado una intensa labor para que se reconozca las enfermedades profesionales y se garantice los derechos a los trabajadores afectados, especialmente en las empresas Cerrejón y Drummond en la costa caribe colombiana; la Unión Sindical Obrera (USO) ha mantenido una iniciativa en el sector petrolero, en particular en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), especialmente frente a los problemas de cáncer ocupacional y problemas derivados de la exposición a solventes; la Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas (ANTHOC) ha impulsado actividades de educación y asesoría, encaminadas a fortalecer la participación y la exigencia en el cumplimiento de la protección a los trabajadores y trabajadoras en el sector, en el marco de la defensa de los hospitales públicos, el derecho al trabajo y el respeto a la asociación.

En relación con el trabajo adelantado por las centrales sindicales (Central Unitaria de Trabajadores CUT, Confederación de Trabajadores de Colombia CTC y la Confederación General del Trabajo CGT), a partir de la existencia de un intersindical se ha coordinado la realización de cuatro encuentros sindicales de trabajadores que laboran en empresas de alto riesgo; en estos eventos se ha profundizado en la defensa de la pensión especial por alto riesgo, y en la necesidad de impulsar acciones frente a los principales problemas que afectan la salud en el mundo del trabajo, en especial frente al cáncer ocupacional.

Esta acción conjunta de las centrales sindicales se ha visto favorecida por la coordinación con el Instituto Laboral Andino (ILA), y la participación de representantes de las organizaciones sindicales colombianas en los programas de formación y en las diferentes campañas que el ILA ha venido impulsando en la región.

A pesar de esta dinámica es de resaltar, que la acción de las organizaciones sindicales en el campo de la salud laboral se ha visto afectada de manera importante por el contexto de violencia y persecución a las organizaciones sociales que se presenta en Colombia, en donde la muerte de sindicalistas, el desplazamiento forzado, la detención y el despido de activistas son condiciones cotidianas, como ya ha sido reseñado, lo que por supuesto interfiere con la posibilidad de una acción sostenida de defensa de la salud en el trabajo.

7. Estudio de caso: situación de salud laboral de los y las trabajadoras del sector de la salud en Colombia

Como se ha mencionado Colombia en 1993 expidió la Ley 100 que reestructuró la seguridad social en el país y concretó la orientación privatizadora que el Banco Mundial exigió a los países acreedores, en el marco de las reformas sanitarias impulsadas en los años 80 y 90.

Esta reforma, dado que transformó los subsidios de oferta (presupuestos estatales directos para el funcionamiento de los hospitales públicos) en subsidio de demanda (los hospitales reciben dineros por la venta de servicios que han sido facturados) ha hecho que la red pública hospitalaria entre en una lógica mercantil y de autosostenimiento financiero, situación que ha generado una profunda crisis de las instituciones públicas de salud, llevando a la liquidación y al cierre de numerosos e importantes hospitales Universitarios y hospitales regionales.

Esta situación de desestructuración de las instituciones públicas de salud ha tenido además de los efectos nocivos sobre la salud de la población un enorme efecto negativo sobre la vida y la salud de los y las trabajadoras de este sector: un grueso ha quedado sin trabajo, muchos pasaron a formas laborales inestables y se precarizaron las condiciones laborales, en donde se debe laborar más tiempo, se tienen mayor carga laboral, los salarios son menores y las condiciones de trabajo más inseguras y peligrosas.

Esta situación laboral de los trabajadores del sector de la salud se traduce en el aumento de la exposición a riesgos y a exigencias laborales, que llevan a efectos negativos sobre su salud. Destacan en esta situación:

- 1 **La carga mental:** la inestabilidad laboral producto de contratos por orden de prestación de servicios o por contratación intermediada a través de cooperativas, la sobrecarga laboral, la violencia en el trabajo, el no pago de salarios y otras prestaciones (en algunos casos han llegado a ser de meses o incluso años cuando se han liquidado los hospitales), las condiciones de trabajo inseguras y peligrosas y la ausencia de implementos de protección en el trabajo, son entre muchas otros riesgos y exigencias laborales para los trabajadores del sector salud que se constituyen en una importante carga mental que les ocasionan problemas psicológicos que van desde permanente ansiedad, trastornos del sueño, cuadros siquiátricos propiamente, depresiones menores y mayores que han llevan a algunos al suicidio.

Minería y salud en Colombia

Dos tragedias mineras en menos de cuatro días ocurridas en la primera semana de febrero del 2007, que dejaron 40 muertos en Boyacá y Norte de Santander en el centro y norte del país, de nuevo pusieron en evidencia la precariedad de las condiciones de trabajo y la deficiencia de los controles gubernamentales en un oficio lleno de riesgos.

En la mina San Roque, a 8 kilómetros de Sardinata (Norte de Santander), una explosión ocasionada por la acumulación de gas metano cegó la vida de 32 mineros, en la que se considera la segunda mayor tragedia en minas de carbón en Colombia.

A su vez, ocho personas perdieron la vida dentro de una mina de carbón en el municipio de Gámeza en Boyacá, cuando tras una explosión y un derrumbe perdieron la vida cinco mineros que laboraban allí, y tres personas por la acumulación de gases perecieron al tratar de brindarles socorro. Dentro de los mineros muertos se encontró un niño de 13 años, poniendo de manifiesto la persistencia del trabajo infantil en este sector de alta peligrosidad, y la ineficacia de los programas gubernamentales de erradicación del trabajo infantil y de control de las condiciones inseguras de trabajo.

Esta situación contrasta con el auge que la minería ha tenido en Colombia, colocándose como el segundo sector en importancia en las exportaciones, incluso desplazando al café, producto bandera de la economía colombiana. La explicación a esta paradoja se puede encontrar en las políticas que el gobierno colombiano ha mantenido no solamente en la minería sino para el conjunto de sectores económicos, la cual incluye el incentivo a la inversión de las grandes compañías multinacionales y el abandono de los pequeños productores nacionales. El Plan Nacional de Desarrollo Minero muestra un fracaso total en la línea de legalización de la minería de hecho, donde se encuentra la mayor parte de las cerca de 15.000 pequeñas minas, que presentan las peores condiciones de trabajo y los niveles mayores de accidentalidad.

Este recuadro fue trabajado por Jairo Luna para el Informe de la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET) de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS

2 **Carga biológica y química:** los riesgos biológicos siguen siendo prioritarios para este sector de trabajadores, que les genera VIH/SIDA, hepatitis B y C e infecciones intrahospitalarias. Los riesgos químicos a los que están expuestos especialmente los trabajadores que manipulan insecticidas en su labor de control de vectores, les producen desde dermatitis hasta cánceres. Esta situación se ve agravada por el hecho que no se realiza el examen médico laboral ni de ingreso ni de retiro y para el caso de trabajadores contratados por cooperativas o por orden de prestación la situación es más compleja en tanto no quedan cubiertos en los programas de salud ocupacional empresariales.

3 **Carga física:** este grupo debe hacer un esfuerzo físico importante para la movilización de pacientes, que al combinarse con exigencias de tiempos y ritmos lleva a generar patología osteomuscular, con predominio de afecciones dorso-lumbares y generación de accidentes de trabajo, siendo los más comunes pinchazos con agujas (que en la mayoría de los casos no son reportados por temor o por la tramitología), desgarros musculares, luxaciones o fracturas y síndrome de espalda fallida.

Es necesario decir, que a este panorama de precarización de la salud laboral de los trabajadores del sector salud, se adiciona para aquellos trabajadores que son activistas o dirigentes sindicales del sector, los riesgos originados en la violencia política intolerante en Colombia, auspiciada por el Estado y en este caso específico, por sectores priva-

La salud de las mujeres de las flores en Colombia y la campaña internacional de las flores

El desarrollo de la floricultura en Colombia es mostrado como un 'caso exitoso' de inserción en el mercado internacional, ya que en pocas décadas las rosas y claveles producidos principalmente por mujeres han ganado presencia para expresar sentimientos en muchos países del norte, llegando a convertirse en el segundo exportador con una participación del 11% del mercado internacional (FARNÉ, 1998).

Esta actividad fue promovida por el Banco Mundial, no solo en Colombia, sino en diferentes países de América Latina, África y Asia, debido a que tiene unas condiciones ideales de exportación de recursos naturales (agua y suelo), con uso intensivo de mano de obra, y produce recursos para que los países tengan divisas que fluyen de nuevo al norte permitiendo efectuar pagos de la onerosa deuda externa.

En el caso colombiano, la producción de flores frescas cortadas para el mercado internacional se inicia en la Sabana alrededor de Bogotá durante la década de 1960, y luego se expandió a otras regiones del país, especialmente en la región de Antioquia en cercanías de la ciudad de Medellín. Para el año 2006 las exportaciones de flores de Colombia ascendieron a 967 millones de dólares. En el año 2007 se cultivaron 7.290 hectáreas, donde laboraban más de 98.000 personas, de las cuales el 60% eran mujeres.

Las condiciones de empleo en este sector han sufrido un deterioro, al implementarse las políticas de flexibilización laboral, a la par que se ha dado una intensificación de la labor (mientras que en los años 80 una mujer era responsable de cuidar 24 surcos de flores, para los años 90 y actualmente llega a 42 surcos). Se han presentado diversas quejas acerca de la limitación a la libertad sindical y a la persecución de las mujeres que buscan organizarse para defender sus derechos.

Las condiciones de trabajo están marcadas por la tecnología empleada: modelo de monocultivo, bajo invernaderos de plástico; uso intensivo de agroquímicos, acompañado de temperaturas extremas; organización del trabajo con división de labores entre propagación, cultivo y post cosecha, con predominio en todas ellas del trabajo manual intenso (CORPORACIÓN CACTUS).

Las condiciones de salud de las mujeres que trabajan en la floricultura en Colombia han sido objeto de diversos estudios que han puesto en evidencia problemas en su salud reproductiva (IDROVO & SANÍN, 2007), en la presencia de trauma acumulativo, así como un importante impacto psicosocial, lo cual ha conllevado al impulso de una campaña internacional para exigir a los productores y comercializadores de las flores una mayor responsabilidad social hacia las mujeres trabajadoras de las flores. Esta experiencia evidencia las múltiples facetas de la globalización, en donde las flores que hacen felices a unos conllevan el dolor de otros, producto de las espinas que deja su elaboración.

Este recuadro fue trabajado por Jairo Luna para el Informe de la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET) de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

dos con intereses muy fuertes en el mercado de la salud.

Esta situación de riesgos políticos por la actividad sindical se refleja en que durante el periodo comprendido entre 1999 (año en el cual empezó firmemente el proceso de reestructuración de hospitales públicos) y 2007 hayan sido asesinados 128 de los miembros de ANTHOC (Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia), entre afiliados y directivos, lo que configura claramente un hecho de genocidio contra esta organización sindical, sin que se hasta la fecha se presenten resultados positivos en las investigaciones por parte del sistema judicial colombiano (ANTHOC, 2007).

Esta situación demuestra que los y las trabajadoras del sector salud están enfrentados a nuevas exigencias y demandas laborales, a condiciones deteriorantes de la salud y al peso psicológico de un sistema laboral que no ofrece garantía alguna ni estabilidad, que obliga a trabajos tortuosos so pena de estar avocado al desempleo; razón por la cual para ANTHOC no se puede delegar en nadie la defensa de la salud y de esta forma orientar la acción transformadora desde los propios trabajadores y trabajadoras (ANTHOC, 2006).

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

Las tendencias que se han registrado en el ámbito internacional también se presentan en Colombia, en relación con la flexibilización y precarización laboral. El incremento de la informalidad que se ha mencionado, así como el aumento de la intermediación laboral, repercuten en las condiciones de trabajo aumentando los riesgos y disminuyendo los mecanismos de protección.

El gobierno colombiano ha hecho esfuerzos por firmar un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, y ha mantenido una postura de defensa de las políticas norteamericanas en la región, que lo coloca en una posición de enfrentamiento con los procesos de integración solidaria que se han venido intentando en América Latina y el Caribe.

El conflicto armado interno y la lucha contra los cultivos de uso ilícito y el narcotráfico, se ha expresado en una política de seguridad democrática y el impulso del denominado Plan Colombia que repercuten de manera negativa en la región.

Esto implica que la salud laboral en Colombia esta atravesada por problemas no solamente inherentes a las condiciones de trabajo en las empresas y los programas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, sino que se ve determinada por las políticas económicas de apertura económica y desregularización, así como por las políticas de la llamada “lucha contra el terrorismo” impulsadas por el imperio en el ámbito internacional.

9. Escenario futuro

Los diferentes aspectos abordados en el presente informe permiten identificar algunas tendencias que inciden en la salud de los trabajadores y trabajadoras de Colombia:

En primer lugar, el crecimiento de la informalidad y la precarización del empleo, que conlleva un deterioro de las condiciones de trabajo y el debilitamiento de los mecanismos formales para la protección de la salud en el mundo del trabajo.

En segundo término, la existencia de unas políticas de “seguridad democrática” y lucha contra los cultivos de uso ilícito, en el marco de las cuales se ha dado una perse-

cución a los movimientos sociales con especial agresividad en contra del movimiento sindical.

Este contexto de cambios en el mundo del trabajo que lleva a una flexibilización de las relaciones de trabajo y de precarización de las condiciones en que se trabaja, sumado a la situación de penalización y represión contra el movimiento sindical, impide adelantar de manera adecuada la lucha por la defensa del derecho a la salud en el trabajo.

Es de esperar que este periodo sea de una dificultad creciente para garantizar el derecho a la salud en el trabajo, conllevando a una acción de resistencia y acumulación de fuerzas que permita en el mediano plazo incidir en propuestas de cambio de modelo de desarrollo, de régimen político y de política de seguridad social, dentro del cual la salud de los trabajadores y trabajadoras pueda ocupar el lugar que requiere.

Bibliografía

- ANTHOC (2006). Boletín de Salud Laboral. Comité de Salud Laboral de ANTHOC BOGOTÁ. No. 2, enero de 2006. Bogotá.
- ANTHOC (2007) Estadísticas del Departamento de Derechos Humanos. Bogotá.
- CONCEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Informe Anual del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2006 – 2007. Bogotá, 2007.
- CORPORACIÓN CACTUS. Boletín número 21. <http://www.cactus.org.co/boletin21.php>
- DANE (2007). Censo poblacional. Bogotá. www.dane.gov.co
- FARNÉ, Stefano (1998) Employment and working conditions in the Colombian flower industry. ILO. Working papers. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/workcolb/index.htm#h1>
- FASECOLDA (2008). Aseguradoras inscritas. www.fasecolda.org
- IDROVO, Javier y SANÍN, H (2007) Resultados adversos en la procreación en mujeres trabajadoras en la floricultura colombiana: un resumen de la evidencia mediante metanálisis. Revista BIOMÉDICA, Vol. 27, Núm. 4, Págs. 1- 8, Año. http://siid.insp.mx/www/articulos_detalle.asp?id=24471501
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2005. www.bienestarfamiliar.gov.co
- LUNA, Jairo (2006). Balance del sistema general de riesgos profesionales, a los doce años de la ley 100 de 1993. En: CARMONA, Luz Dary (Org.). Ley 100. Balance y perspectivas. Movimiento Nacional por la Salud y Corporación para la Salud Popular. Bogotá.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL – OPS. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2006.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales 2007.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2004). Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003 – 2007.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2007). Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales.
- PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN (2005). Procuraduría vigila proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral. Bogotá. www.procuraduria.gov.co
- RODRÍGUEZ, Oscar (1992). Estructura y crisis de la Seguridad Social en Colombia (1946 – 1992). Bogotá, Editorial Universidad Nacional.
- ROSADO, Juan Bernardo y otros (2006). Informe sobre la violación a los derechos humanos a los y las sindicalistas colombianos en el año 2005. Escuela Nacional Sindical, Medellín.

TORRES, Mauricio (2007). Plan Nacional de Salud Pública ¿Respuesta a situación de la salud? UN Periódico, Bogotá, n. 107, p. 10.

TORRES, Mauricio y MOLINA, Nancy (2000). Modelo Obrero: La experiencia colombiana. Ponencia IX Congreso de ALAMES. La Habana.

SITUACIÓN EN ECUADOR



Huelga de trabajadoras de las rosas en Ecuador

Oscar Betancourt

El Ecuador en la mitad del mundo

El Ecuador es un país andino porque está atravesado de Norte a Sur por la Cordillera de los Andes y se ubica en la parte más saliente (hacia el Océano Pacífico) de América del Sur. A pesar de encontrarse en la zona tórrida, en la parte central del país el clima es benigno. Por este país cruza la línea equinoccial y por todas estas razones solo existen dos épocas, la de lluvias y la época seca, además, la duración del día y de la noche es igual en todo el año. Recién en 1990 el Ecuador es reconocido como un país multiétnico y multicultural, con iguales derechos para indios y negros, sin embargo, en la práctica existen hasta hoy serias manifestaciones de racismo y de inequidades.

El contexto económico, político, social y la salud de los trabajadores

Los cambios experimentados a fines de la década de los 70 e inicios de los 80 fueron muy importantes para el país, para la salud de la población y de manera particular para los trabajadores. Estos cambios estuvieron marcados por la transición de una época dictatorial a la denominada democracia representativa. Esta transición coincidía con cambios notables en la economía ecuatoriana y en los servicios de salud.

A diferencia de la época precedente en la cual la economía creció por el auge petrolero, con porcentajes del PIB del orden del 9.0% (Muñoz y Vicuña 1984), la década de los 80 se caracterizó por un deterioro profundo de la economía ecuatoriana.

A la caída de los precios del petróleo se sumó el aumento de la cotización del dólar; en el gobierno de Roldós y luego de Hurtado desciende notablemente la economía del país. La tasa de crecimiento de la economía que en 1978 era del 6.6%, en 1982 es de 1.8% y el 1983 alcanza valores negativos del -3.3% (Estrella 1997). Es la década donde la deuda externa, especialmente la pública aumenta de manera considerable, de 4651 millones de dólares en 1980, asciende a 7434 en 1985, agudizando la carga al Estado por el proceso de sucretización que se produjo en 1983, favoreciendo a los grupos económicamente dominantes (Suárez et al 1988).

Con la llegada al poder de la derecha, con Febres Cordero a la cabeza (1994), se consolida el modelo neoliberal, favoreciendo a banqueros y comerciantes, eliminando los precios oficiales y fomentando la especulación (Saltos y Vázquez 1999). La producción industrial se concentró en Quito y Guayaquil, estimulando la migración campo ciudad y aumentando el desempleo. Durante este período, *“el país adopta un marco laboral que, beneficiando a quienes ya tenían un empleo, se tornó inflexible y poco permeable para las nuevas demandas de trabajo.....El problema del empleo no solo tiene una connotación económica, trasciende a esferas del equilibrio emocional; el desempleo produce frustración y conduce a la pérdida de la auto estima, afecta las relaciones intra familiares”* (Olmedo 1997).

Luego de una relativa estabilidad política de 15 años, desde 1996, con el ascenso al poder del candidato populista Abdalá Bucaram, se suceden una serie de acontecimientos que levantaron la ira popular y el derrocamiento de ese presidente y de los que se alternaron en el poder en los años subsiguientes, Mahuad y Gutiérrez. El pueblo, cansado de las partidocracia, de gobiernos corruptos y de una política entreguista, en noviembre de 2006 se elige como nuevo presidente a Rafael Correa, como un claro rechazo a la derecha tradicional, representada por el hombre más rico del país (Álvaro Novoa). El gobierno actual aglutina las distintas tendencias de izquierda y una de las principales medidas que el flamante presidente ha implementado es la convocatoria a la Asamblea Constituyente de plenos poderes

para la elaboración de la nueva Constitución del Ecuador. En ella se espera que se incluyan, entre otras cosas, los derechos irrenunciables de los trabajadores, dirigidos a conseguir mejores condiciones de trabajo, salud y vida. Se vislumbra también una época importante de unidad latinoamericana.

Marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo

En la Constitución de la República (1998), que pronto será cambiada por la Asamblea Constituyente del 2007, el artículo 42 dice claramente que “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. En el artículo 50, *De la garantía para niños y adolescentes* se indica que el Estado les garantizará “protección especial en el trabajo, y contra la explotación económica en condiciones laborales peligrosas, que perjudiquen su educación o sean nocivas para su salud o su desarrollo personal”. (Corporación de Estudios y Publicaciones 2007). Es lo único que en la Constitución se hace referencia a la relación salud y trabajo. En la práctica, casi nada de esto se cumple.

Si la salud de los trabajadores del Ecuador dependiera de las leyes, normas y reglamentos, el panorama sería más alentador. Desde las primeras décadas del siglo veinte se han emitido múltiples normativas legales, se podría decir que existen suficientes como para asegurar adecuadas condiciones de trabajo y de salud, a más de justas compensaciones. Lamentablemente, muy poco de lo que está escrito se cumple.

No es el momento, ni existe el espacio para hacer un análisis de la legislación sobre “riesgos del trabajo”, sin embargo, para tener una idea de las respuestas institucionales en este campo se hará un breve comentario al respecto. En 1937, a nueve años de la creación de la seguridad social ecuatoriana, se emite la ley sobre indemnizaciones por accidentes de trabajo, recién en 1964 se incluye el Seguro de Riesgos del Trabajo en el régimen social ecuatoriano con el Decreto N° 878, publicado en el Registro Oficial N° 239. Desde entonces, el Departamento de Riesgos del Trabajo solo se encargó de otorgar prestaciones monetarias por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Fue a partir de 1972 cuando se incluyen algunas actividades de prevención, apoyados inicialmente por organismos internacionales como la OIT y posteriormente por la OPS-OMS y el Centro Internacional de Estudios de la Seguridad Social, CIESS, con sede en México (IESS 1998).

Un hecho importante para la salud de los trabajadores surgió en 1975 cuando el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, emite el **Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo**. Éste, que ha tenido varias actualizaciones, reglamenta sobre varios aspectos de las condiciones de trabajo y sobre los derechos laborales. Por ejemplo, se incluyen normas para la higiene que debe haber en los centros de trabajo, iluminación, niveles admisibles ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones y sus formas de protección. Igual cosa con los procesos peligrosos para la salud de tipo biológico y químico. El Reglamento incluye también normas para la seguridad en el trabajo, prevención y control de incendios, sobre la ropa de trabajo y los equipos de protección personal, sobre las obligaciones, prohibiciones, sanciones y multas para los empleadores y trabajadores. Para completar el panorama, incluye los incentivos para las empresas y trabajadores que cumplan con lo consignado en este Reglamento. Se debe aclarar que este reglamento

es aplicable a la población asegurada, que es un porcentaje reducido de la población ecuatoriana (18%).

Para los trabajadores no asegurados, el Estado incluye en el **Código del Trabajo** el **Título IV** con una variedad de artículos dirigidos básicamente a la indemnización por accidentes, muerte y enfermedades del trabajo (Martínez et al 1999). Recién en 1986 el Estado ecuatoriano emite una reglamentación mucho más amplia que la del IESS, dirigida a proteger la salud de todos los trabajadores ecuatorianos y a mejorar las condiciones de trabajo. Es el **Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo o Reglamento 2393** (Martínez 1999). Los trabajadores y empleadores deberían asumir este documento como un texto de consulta obligatoria. Están obligados en aplicar sus contenidos día a día, lamentablemente la realidad es otra.

Con este Reglamento se crea el **Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo**, integrado por delegados del IESS, Ministerio de Trabajo (MTRH), Ministerio de Salud Pública (MSP), empleadores (Cámaras de la industria y construcción) y trabajadores (centrales sindicales). De acuerdo a este Reglamento, este Comité debería encargarse de *“coordinar las acciones ejecutivas de todos los organismos del sector público con atribuciones en materia de prevención de riesgos del trabajo; cumplir con las atribuciones que le señalen las leyes y reglamentos; y, en particular, ejecutar y vigilar el cumplimiento de este reglamento”* (Martínez 1999).

A diferencia de lo que sucede en otros países, en el Ecuador y desde su creación, el Comité mencionado ha tenido múltiples dificultades para su funcionamiento efectivo, es uno de los obstáculos para el desarrollo de la salud y seguridad en el trabajo en el país.

A más de esta legislación y reglamentación general, se han emitido reglamentaciones específicas en ramas de actividad económica distinta, dirigidos también a proteger la salud de los trabajadores. Algunos ejemplos:

- Reglamento de Seguridad Radiológica (1979)
- Reglamento de Higiene y Seguridad del Hospital Carlos Andrade Marín del IESS (1979)
- Reglamento de Higiene y Seguridad para los trabajadores portuarios (1979)
- Reglamento de los Servicios Médicos de Empresas (1978)
- Ley para la formulación, fabricación, importación, comercialización y empleo de plaguicidas y productos afines de uso agrícola (1990)

A las leyes y reglamentos se suma una variedad de convenios y acuerdos establecidos entre las instituciones públicas y organismos internacionales, especialmente con la OIT (Estrella y Proaño 1982).

Los trabajadores organizados también se han preocupado por mejorar las condiciones de trabajo y de proteger su salud. En esa intención, han incluido en los contratos colectivos contenidos sobre salud y seguridad en el trabajo.

Llama la atención que una buena parte de la normativa para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y protección de la salud se emite durante una dictadura militar y, uno de los reglamentos más amplios e importantes (Reglamento 2393), se expide durante uno de los gobiernos más represivos y autoritarios elegido en elecciones libres. Los cambios en los procesos productivos, las exigencias de las organizaciones laborales, el interés por ser competitivos en el mercado internacional habrían influido en estas decisiones. Queda un vacío para investigaciones socio-políticas futuras.

Otro aspecto que invita a la reflexión es la falta de correspondencia entre la infinidad de leyes y reglamentos sobre “riesgos del trabajo” y las pocas acciones que se ejecutan. Precisamente esa dispersión en las leyes, la duplicación de responsabilidades, las inconsistencias en varias de ellas, la falta de actualización son los factores que inciden. A esto se suma las contradicciones que existen entre normativas sobre aspectos específicos, siendo el mejor ejemplo lo que sucede con la importación y uso de los plaguicidas.

Sistema de salud en el trabajo y las políticas nuevas

Las universidades, instituciones como IESS, MSP y el MTRH, algunas empresas, organizaciones laborales y unos pocos organismos no gubernamentales han implementado varias acciones a favor de la salud de los trabajadores.

Dentro del sector público, el IESS ha sido la institución que con mayor fuerza ha incluido en sus políticas la preocupación por la seguridad y salud de los trabajadores. Estos esfuerzos, especialmente de los últimos quince años, no han sido suficientes, la atención a la salud y seguridad en el trabajo en el país tiene muchas debilidades. Amplios grupos laborales carecen de algún programa de salud y seguridad en el trabajo.

La población no cubierta por el IESS, en lo relativo a los denominados “riesgos del trabajo” teóricamente debería haber sido atendidos por el MTRH y por el MSP, sin embargo, eso no ha sucedido en la magnitud que la problemática lo exige. En el MSP y *“desde finales de la década de los 70 se han hecho varios intentos por incursionar en el campo de la salud de los trabajadores, iniciando con la División de Accidentes, Desastres y Salud Ocupacional que sin haber realizado actividades relevantes desapareció en 1983. Posteriormente y como una demanda de los trabajadores y empleados de la planta central del Ministerio, por medio del Decreto 7288 del 31 de julio de 1987 se creó la División Nacional de Control de Seguridad e Higiene del Trabajo, dependiente de la Dirección de Recursos Humanos. El universo que debía cubrir esta dependencia era de aproximadamente 30 mil trabajadores y empleados del Ministerio de Salud Pública” (Betancourt 1995). La carencia en el MSP de una política específica sobre salud y seguridad en el trabajo influyó para que no se lleven a cabo actividades con los trabajadores del Ministerio y con la población trabajadora no cubierta por el IESS. La División de Control de Seguridad e Higiene mencionada fue eliminada al inicio de la nueva década (1993).*

Este fenómeno no sucede solamente en un polo del sector salud. El Consejo Nacional de Salud, creado en 1980 como parte del Plan Nacional de Desarrollo (1980-1984) para coordinar las acciones del sector salud, no incluye entre sus aliados al MTRH y no considera como área prioritaria a la salud y seguridad en el trabajo. Solo a finales de la década (1988), desde el MSP, con el desarrollo de la atención primaria en salud, APS, y de los sistemas locales de salud, SILOS, se crean algunas condiciones para atender a la población laboral, claro, como parte de la atención general a la población y no como un programa específico que no existe hasta la actualidad.

El Ministerio de Trabajo y Recursos humanos creó una instancia administrativa-técnica en 1975 para atender los aspectos legales de los trabajadores no afiliados al IESS y amparados por el Código de Trabajo. No existe ninguna publicación los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales registradas en esta dependencia.

Estadísticas

Como se ha dicho en líneas anteriores, una manera de saber lo que sucede con la salud de los trabajadores en el Ecuador es a través de las estadísticas de las

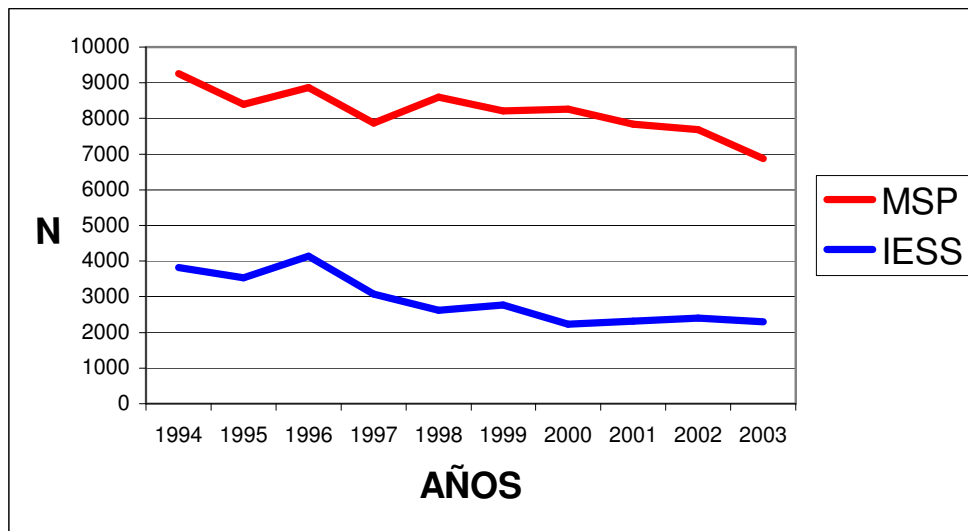
principales instituciones relacionadas con este campo. Es necesario hacer algunas precisiones.

El IESS registra esta eventualidad sobre la base de un informe enviado por los empleadores. En un procedimiento médico-legal califica si se debe o no al trabajo el accidente o la enfermedad. El primer problema es que no todos los centros laborales reportan este hecho, inclusive las muertes por el trabajo son ocultadas y “solucionadas” con un aporte económico insignificante para los deudos.

El registro que levanta el MSP corresponde básicamente a la atención de emergencia que se realiza en las unidades operativas del país, cuando acude en busca de atención curativa. Generalmente son solo los de tipo traumático y no todos son registrados como tales (accidentes del trabajo).

El gráfico número 1, de acuerdo a los registros oficiales, muestra la magnitud y evolución de los accidentes del trabajo en diez años, de la década de los 90 hasta los primeros años del nuevo milenio.

Gráfico 1. Accidentes del trabajo por institución prestadora de servicios y por años

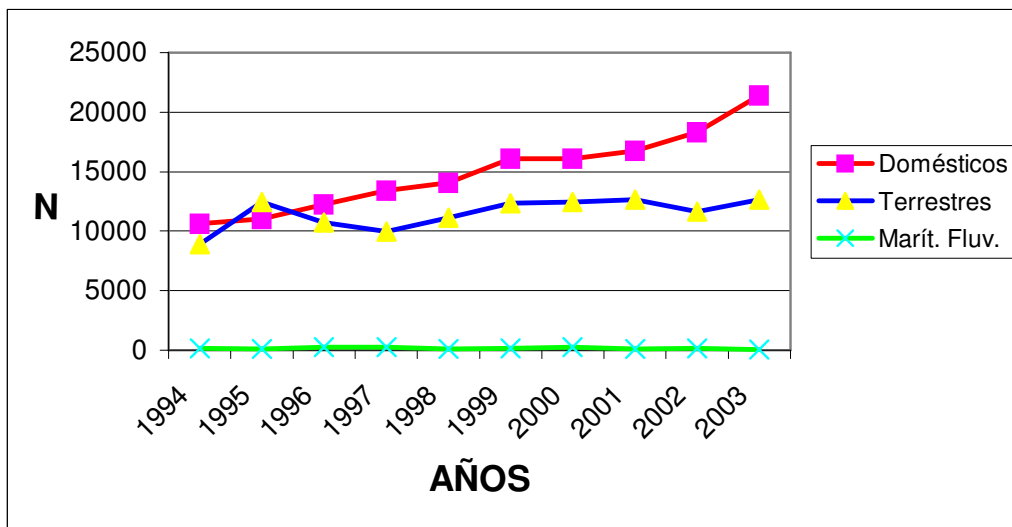


Fuente: IESS. Boletín Estadístico No. 14 y MSP Estadística de Accidentes Ecuador 1994-2003

Elaboración: O. Betancourt

Si se cumpliera con la ley y todos los trabajadores fueran afiliados al IESS, los accidentes del trabajo deberían ser atendidos y tratados administrativamente como tales por esta institución. Las cifras que constan en el gráfico número 1 serían mucho más elevadas que las que constan en el MSP. Es importante aclarar que en los accidentes del trabajo registrados por el MSP (gráfico 1) no constan los accidentes domésticos, terrestres, marítimos y fluviales que muchos de ellos tienen relación con el trabajo o con los denominados accidentes en tránsito (durante el desplazamiento entre el domicilio y el lugar de trabajo). Para tener una idea más integral de lo que sucede con la salud de los trabajadores, se debe conocer también las expresiones numéricas de este tipo de accidentes que, lamentablemente son bastante altas y con tendencia ascendente (gráfico 2).

Gráfico 2. Accidentes domésticos, terrestres y marítimo-fluviales msp por año



Fuente: Dir. Nacnal. Epidemiología MSP

Elaboración: O. Betancourt

Los accidentes y enfermedades del trabajo en el nuevo milenio

Son las mismas instituciones que se han señalado para el período anterior las encargadas de registrar los problemas de salud de los trabajadores, representados básicamente por las manifestaciones más sobresalientes (accidentes y fallecimientos).

Si bien es cierto, el esfuerzo realizado por estas instituciones aporta en algo a las estadísticas de salud en el país, no permiten tener una idea cabal de los fenómenos. No es solo por el alto subregistro, es también por la manera de procesar y presentar la información. Por ejemplo, los datos sobre accidentes del trabajo e incapacidades registrados por el IESS son presentados en **cifras absolutas**, sin ninguna relación con la población trabajadora general o con la población laboral específica por rama de actividad.

En cambio, la información del MSP se dispone en cifras absolutas y en cifras relativas (tasas), la limitación es que para el cálculo de estas tasas se ha utilizado como denominador a la población general (adultos, niños, trabajadores, no trabajadores, etc.). Para tener una idea más cercana a la realidad sería adecuado incluir en el denominador por lo menos la cifra de la población económicamente activa (PEA) por sector de la economía.

Con la información existente y considerando estas reflexiones, se corregirán algunos indicadores, utilizando como denominador la PEA por rama de actividad. Lo más actualizado es la información del censo del 2001, además, el IESS cuenta con el número de accidentes por rama de actividad. Esto nos permite observar el sector en donde más accidentes se producen.

Tabla 1. Accidentes del trabajo por rama de actividad, Ecuador 2001

SECTOR	N	PEA	TASA x 100.000
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	72	1265075	5.69
Explotación de minas y canteras	13	24674	52.68
Industria manufacturera	634	472805	134.0
Electricidad, gas y agua	96	13809	695.19
Construcción	82	288199	28.45
Comercio al por mayor y menor	132	784588	16.82
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	61	227789	26.77
Establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles	647	163219	396.39
Servicio comunal, social y personal	572	634777	90.11

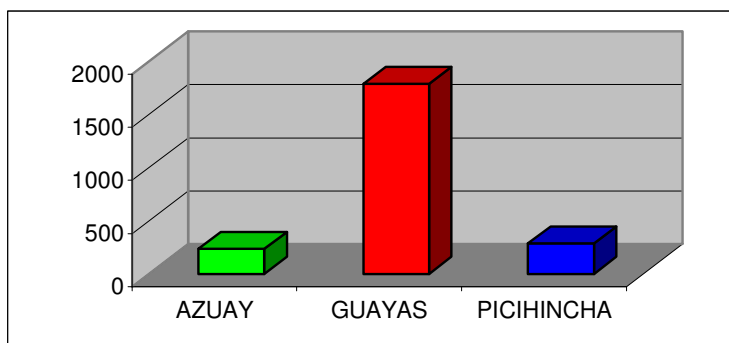
Fuente: IESS Boletín Estadístico No. 14; INEC, VI Censo Nacional de Población y Vivienda

Elaboración: O. Betancourt

Como se puede deducir de la tabla 1, el IESS ha registrado un total de 2309 accidentes del trabajo en el año 2001. Si se tomaría como referencia las cifras absolutas que emite esta institución en sus reportes (columna N), parecería que la mayor cantidad de accidentes se producen en los **establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles**. Esa falsa apreciación surge por el número de trabajadores que existen en esta rama de actividad económica. Si, por lo contrario, se toma como referencia la tasa por 100 000 PEA, el sector en donde mayor número de accidentes existe es en de la *electricidad, gas y agua*. Allí es donde se debería concentrar los esfuerzos para saber cómo se encuentran las condiciones de trabajo e implementar las medidas de prevención y protección más adecuadas. Tomando el otro polo, parecería que en el sector de minas y canteras se genera el menor número de accidentes. Si se ven las tasas del cuadro 1, este sector se encuentra entre los cinco primeros y, más bien, en último lugar está el sector de la agricultura, silvicultura, caza y pesca. Es notorio en el cuadro No. 1 el escaso número de accidentes en este sector (72) siendo la población económicamente activa más numerosa del Ecuador (1265075). El subregistro debe ser muy alto en la medida que buena parte de esta población es independiente o de modalidades familiares de organización productiva, además, podría haber un alto subregistro de los accidentes ocasionados por plaguicidas. A pesar de ello, si se revisan los registros de las unidades de salud del MSP, para ese año (2001) se tiene la cantidad de 1376 intoxicados con plaguicidas, que supera en mucho el escaso número reportado al IESS. Claro, algunas de esas intoxicaciones pueden ser con intentos suicidas y no todos los que sufren problemas por la exposición a estos agroquímicos acuden a las unidades de salud, estas diferencias no es posible obtener con los datos existentes.

Si se quiere saber la región del Ecuador en donde existe el mayor número de accidentes, los datos del IESS (2001) pueden ayudar con las cifras absolutas. Se presenta lo que sucede en las tres provincias más grandes del Ecuador.

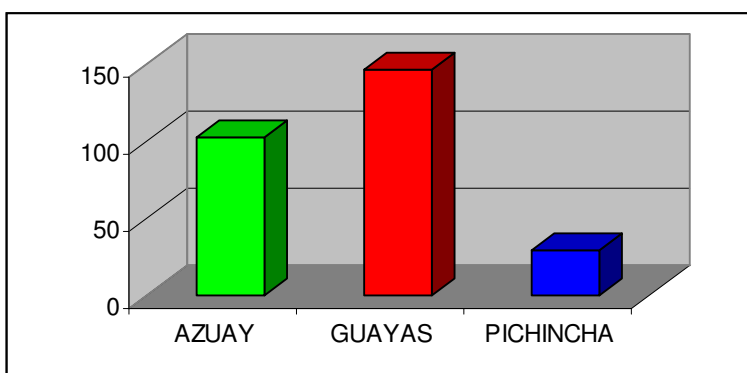
Gráfico 3. Accidentes del trabajo por Provincias, iess 2001 (cifras absolutas)



Fuente: IESS. Boletín Estadístico Año 2001-2002
Elaboración: O. Betancourt

En correspondencia con el gráfico 3, Guayas reporta 1786 accidentes del trabajo, Azuay 237 y Pichincha 286. Del total de estos accidentes, el 2.3% han sido mortales (IESS 2002). Como se ha dicho, el IESS no dispone de indicadores con cifras relativas y por eso, da la impresión que Guayas supera en mucho a las otras dos provincias, Azuay y Pichincha. Si se utilizan los datos de la PEA para ese año y para esas provincias, las tasas respectivas dan información diferente, más cercana a la realidad (Gráfico 4).

Gráfico 4. Accidentes del trabajo por Provincias, iess 2001 (tasas x 100.000 pea)



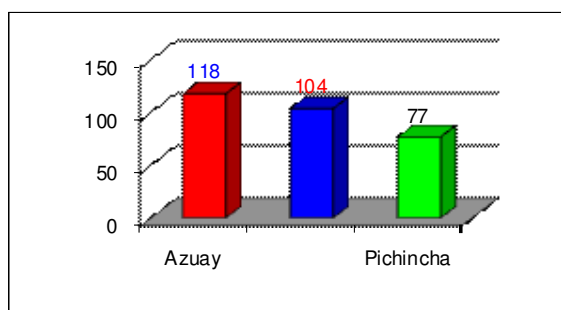
Fuente: IESS. Boletín Estadístico Año 2001-2002, INEC Censo de Pobl. y vivienda 2001.
Elaboración: O. Betancourt

Si se compara el gráfico 3 con el 4 es notable la diferencia. Azuay parecía que tiene un número insignificante de accidentes, pero la realidad es otra, inclusive supera a Pichincha (tasa de 29 x 100 000 PEA) y casi se iguala con Guayas (tasa de 146 x 100 000 PEA). A pesar que la provincia tiene una población mucho más baja, Azuay tiene una tasa de 102 x 100 000 PEA. Si la programación de actividades de

prevención y protección se sustentara en las cifras absolutas se cometerían muchos errores, Azuay estaría en la última prioridad.

Por otro lado, los datos reportados por el MSP¹ que corresponde a la población laboral no cubierta por el IESS, alertan de la predominancia de accidentes en la provincia del Azuay, inclusive mayor que en el Guayas. Con la información de estas dos instituciones se refuerza la idea de que se deben concentrar los esfuerzos en esa provincia para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de salud.

Gráfico 5. Accidentes del trabajo por Provincias, msp 2001 (tasas por 100 000 pea)



Fuente: MSP, Estadísticas de Accidentes Ecuador 1994-2003; INEC Censo de Pob. y vivienda 2001
Elaboración: O. Betancourt

Las diferencias por género

A pesar de los importantes avances de los últimos años respecto a la inserción de la mujer al mercado laboral, todavía existen grandes diferencias, al menos para una buena parte del sector de la economía. Las diferencias no son solo en la inserción, lo preocupante son las diferencias en las remuneraciones. En el Ecuador, en el área urbana y para el período 1990-1993, la relación de los ingresos promedio mujer/hombre era de 0.73. Una mejora casi imperceptible aparece en el período 1999-2000 con una relación de 0.74. Este fenómeno se repite en casi todos los países de América Latina, siendo la diferencia más alta en Nicaragua (0.56) y la más baja en Argentina (0.94) (OIT 2001). Hay que recordar que la equidad está representada por 1.

Por esta misma inserción laboral predominantemente masculina, los accidentes del trabajo diferenciados por sexo que reporta el IESS tienen aparentemente predominancia masculina. En el 2002 los accidentes en las mujeres representan el 13.8 del registrado para los hombres y, en el 2003 el porcentaje es de 13.78. Solo en la rama de actividad **Administradores, gerentes y directores**, existe un mayor número de accidentes en las mujeres que en los hombres, 122 accidentes en mujeres y 99 en hombres en el 2003; 116 en mujeres y 94 en hombres en el 2003 (IESS 2003a).

¹ Accidentes del trabajo en cifras absolutas: Azuay 275, Guayas 1271, Pichincha 769.

Las enfermedades del trabajo

Ninguna de las instituciones encargadas de la salud y seguridad en el trabajo (IESS, MSP, MTRH) han emitido hasta el momento actual una versión escrita o electrónica sobre las enfermedades del trabajo en el Ecuador. En las Memorias del IESS 2003 se observa algo increíble, en todo el país y para **el 2001 se han calificado solamente 11 enfermedades profesionales (IESS 2003b)**. Existe una infinidad de enfermedades que por el trabajo comprometen los diferentes órganos, sistemas y funciones del ser humano, sin embargo, no se diagnostican, no se reportan, no se califican o no se registran. No se conoce cuántas personas han quedado sordas por el trabajo, cuántas con enfermedades respiratorias de origen laboral, cuántas con lesiones dérmicas o del aparato osteomuscular, cuántas con alteraciones neurológicas, con enfermedades mutagénicas, teratogénicas o cancerígenas. En otros países se tienen registros del ascenso incontenible de las enfermedades mentales que surgen en el trabajo (estrés, neurosis, “burnout”, síndromes depresivos), pero en el Ecuador se tiene un gran vacío. En otras publicaciones se hemos comentado las razones económicas, políticas y técnicas que inciden para la predominancia del registro de los accidentes del trabajo y la ausencia de las enfermedades profesionales (Betancourt 1995, 1999).

Experiencias en el campo de la investigación

En los últimos años, investigadores de distintas disciplinas, de universidades y de ONG se han preocupado de trabajar en este campo. Varios estudios dan cuenta de las alteraciones a la salud que surgen por el trabajo.

En la década de los 90, la Maestría de Salud Ocupacional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador realizó un estudio en una planta ensambladora de vehículos y encontró que de 291 trabajadores, el 31.6% presentaba signos de trauma acústico crónico (Betancourt 1994).

En estudios de la Universidad Católica se han encontrado aberraciones cromosómicas y disminución de la actividad de acetilcolinesterasa en trabajadores expuestos a plaguicidas (Paz-y-Miño et al 2002), así como aberraciones cromosómicas en trabajadores de la salud expuestos a radiaciones ionizantes (Paz- y-Miño et al s/f).

En un estudio realizado en 1995 en los maestros de escuelas primarias de tres provincias del Ecuador se encontró que el estrés era el problema de salud más frecuente (42%), seguido por faringitis (37 %). El nerviosismo, la angustia y la irritabilidad ocupaban los primeros lugares (Betancourt y Palacios 1999). En este mismo ámbito de las alteraciones metales, un estudio del CEAS en 774 trabajadoras encontró que el 36% de las empleadas públicas presentaban valores de sufrimiento mental entre moderado y severo (test de Goldbeeg), casi el 50% de las obreras y el 41.7% de las campesinas (CEAS 1994).

Algunos profesionales del IESS también han aportado con datos realizados en programas de la institución o en investigaciones extra-institucionales. En un programa de conservación auditiva del IESS se encontró que de 16097 trabajadores, de 182 entidades públicas y privadas del Ecuador, el 27.4% presentaban patología auditiva (Secaira 1994). Varios estudios realizados en el norte del país en trabajadores agrícolas de la papa se encontraron alteraciones dérmicas y neurológicas por la exposición a plaguicidas (Cole et al 1997a, Cole et al 1997b).

En la Amazonía se ha intentado conocer los impactos en la salud por exposición a contaminación petrolera. Los resultados indican que *“las poblaciones que viven en cantones con explotación petrolera tuvieron un mayor riesgo de padecer cáncer que las*

poblaciones que viven en cantones donde no existe explotación” (Hurting y San Sebastián 2002).

En el presente milenio han surgido importantes investigaciones que vinculan la salud de los trabajadores con la salud ambiental, tomando como marco de referencia el enfoque ecosistémico. El enfoque no sólo se relaciona con la manera de entender y abordar el objeto de estudio, sino que incluye los criterios de participación comunitaria y de los vínculos de la investigación con la acción. En tres regiones del Ecuador se han realizado proyectos con este enfoque, en la provincia del Carchi con los trabajadores agrícolas (Yanggen et al 2003), en Pichincha con la producción de flores (CEAS 2005) y en El Oro con el sector minero (Betancourt, Narváez, Roulet 2005).

Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

Los cambios en el mundo del trabajo en este período son bastante complejos. En los países centrales se expresan por una ruptura de los modelos fordista (producción en cadena) y taylorista (tiempos y movimientos). A los cambios en la organización del trabajo se suman los avances tecnológicos, particularmente de la informática y de la microelectrónica, además de los procesos de globalización. En esta época del posfordismo, esos países van adoptando formas de trabajo basados en los círculos de calidad y justo a tiempo (toyotismo), en la flexibilización laboral y en la polifuncionalidad o polivalencia (capacidad de los operarios de manejar más de una máquina o de realizar tareas de diversa naturaleza).

En el Ecuador, a igual que en otros países similares, esas nuevas formas de trabajo no son las que predominan, de ahí la complejidad. Existe una industrialización tardía, coexisten formas de trabajo tradicionales en la agricultura (empresas familiares, pequeñas asociaciones) y en la manufactura (fordistas, tayloristas) con nuevas formas de organización y división del trabajo (sistemas automatizados o semi-automatizados de producción). En correspondencia con los principios del neoliberalismo, uno de los cambios que sí llegaron hasta estas tierras fue el relacionado con la **flexibilización laboral** (eliminación de los puestos fijos de trabajo), aplicado especialmente en las grandes empresas porque esta modalidad requiere también de cambios tecnológicos, de gestión y administración.

Al contrario de lo anterior, ingresa con fuerza el proceso de **desregulación laboral**, es decir, cambios en las modalidades de contratación, en las relaciones laborales y en el mercado de trabajo. Se va instaurando de manera paulatina la tendencia de las empresas a subcontratar, a externalizar y/o terciarizar las actividades y al cambio de vinculación entre las firmas más grandes con las más pequeñas. (Novick 2000). Procesos que han incidido de manera negativa en la salud y seguridad de los trabajadores.

Estos cambios que se van dando en el Ecuador se acompañan del respaldo legal correspondiente. Al inicio de la década de los 90 y en el gobierno de la social democracia de Rodrigo Borja, se expide la Ley de Régimen de Maquila y de Contratación Laboral a Tiempo Parcial. A pesar que esta ley expresa de manera categórica que los trabajadores sujetos a estas modalidades tienen el derecho de estar protegidos por las medidas de seguridad e higiene del trabajo, en la práctica, el cumplimiento es la excepción.

Los trabajadores de las empresas terciarizadas o los trabajadores a tiempo parcial, generalmente no están protegidos por los programas de salud y seguridad y con bastante frecuencia no se encuentran afiliados al IESS, privándose de gozar de los beneficios del seguro de riesgos del trabajo. Los accidentes y enfermedades que sufren estos trabajadores tampoco son registrados en las estadísticas de esta

institución. La población trabajadora no cubierta por el IESS y que sufre un accidente acude a los servicios de emergencia del MSP. Se debe recordar que en el gobierno de la social democracia, el MSP triplicó el número de unidades de atención básica, lo que explica de alguna manera, la mejora en el registro de personas que han sufrido un accidente del trabajo

Escenario futuro

La complejidad y las necesidades son grandes, cualquier reflexión sobre los retos quedaría corta, sin embargo es necesario señalar que el país es de los más rezagados de América en materia de salud y seguridad en el trabajo. Por ello, es necesario fortalecer la organización de los trabajadores y la lucha por la consecución de mejores condiciones de trabajo. En conveniente fortalecer las instancias administrativas y técnicas de las instituciones del Estado. ¿Qué puede hacer el Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS que se financia con un aporte patronal obligatorio del cero punto cinco por ciento (0,5%) sobre la materia gravada del afiliado en relación de dependencia y que con eso debe cubrir el costo de las actividades de promoción, prevención, prestaciones en subsidios, indemnización y pensiones?; ¿qué programas se pueden llevar a la práctica si el MSP no ubica a la salud laboral entre sus prioridades y, para agravar la situación, El Liderazgo de Salud Ambiental (antigua Dirección de Salud Ambiental) está a punto de desaparecer?, ¿qué se espera de un Equipo Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo de MTRH de cuatro personas para un trabajo de ámbito nacional?.

Los centros de trabajo deben cumplir con las leyes y reglamentos en materia de salud y seguridad en el trabajo, con ello se podría disponer de los servicios, de profesionales y técnicos para mejorar las condiciones de trabajo y salud. Los servicios existentes deberían incorporar de mejor manera las actividades de prevención, protección y promoción, trascendiendo el predominante sistema curativo de atención a la salud. Se necesita un mejor control de las formas de trabajo entregados a terceros, que ha servido para muchas cosas, menos para asegurar una fuente de trabajo con las medidas de salud y seguridad como indica la ley. Es imperativo el trabajo conjunto entre los departamentos de seguridad con los de salud.

Es un reto para los organismos públicos, para las empresas y para las organizaciones laborales dar otro giro a esta realidad, incorporando en los centros de trabajo programas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación específicos.

Es necesario promover el espíritu investigativo para generar nuevo conocimiento científico en este campo. Se necesita mayor información, el profesional ecuatoriano está absolutamente capacitado para realizar investigaciones de nuestra realidad pero se necesita una posición más democrática de los mismos.

La participación de los trabajadores en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades es una medida que hace mucha falta en los programas existentes, es un reto la incorporación activa de estos sectores, la recuperación del saber y experiencia de los trabajadores es el mejor motor de los programas en este campo.

Se debe pensar en el mejoramiento de los sistemas de registros de las instituciones públicas y privadas. A más de disponer de cifras absolutas, es necesario contar con cifras relativas e indicadores que desde hace rato existen en el ámbito internacional.

Bibliografía

- Betancourt, O, Palacios, M. (1999) Trabajo y Salud en el Magisterio del Ecuador, Salud de los Trabajadores, Vol. 7 No. 2, Venezuela.
- Betancourt, O. (1994). Condiciones de Trabajo y Salud en AYMESA, Maestría de Salud Ocupacional-Comité de Empresa AYMESA, mimeo, Quito.
- Betancourt, O. (1995) La Salud y el Trabajo, Reflexiones Metodológicas Monitoreo Epidemiológico Atención Básica en Salud, 1ra. Ed. CEAS-OPS, Quito.
- Betancourt, O. (1999). Salud y Seguridad en el Trabajo, Texto para la Enseñanza y la Investigación, 1ra. Ed., FUNSAD-OPS/OMS, Quito.
- Betancourt, O. Narváez A. Roulet, M. (2005). Small Scale Gold Mining in the Puyango River Basin, Southern Ecuador: an Integrated Study of Environmental Impacts and Human Exposures, FUNSAD, Ecohealth Journal, in press, USA.
- CEAS (1994). Mujer, Trabajo y Salud, Serie Mujer y Salud, ediciones CEAS, Quito
- Cole, D. et al (1997a). Dermatitis in Ecuadorean farm workers, Contact Dermatitis, 37. 1-8, Denmark.
- Cole, D. et al (1997b). Neurobehavioral Outcomes Among Farm and Nonfarm Rural Ecuadorians, Neurotoxicology and Teratology, Vol. 19, No. 4, USA.
- Corporación de Estudios y Publicaciones (2007). Constitución Política de la República del Ecuador, ed. Profesional, Quito.
- Estrella, E., Crespo, A. Herrera, D. (1977). Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador (1967-1995). CEPAR Proyecto Análisis y Porción de Políticas de Salud, Quito.
- Estrella, H. Proaño, C. (1982). Normas Jurídicas del Ecuador sobre Riesgos del Trabajo. IESS, Dep. de Asuntos Internacionales, Quito.
- Hurting, A., San Sebastián, M. (2002). Cáncer en la Amazonía del Ecuador (1985-1998). Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria "Manuel Amunarriz", Coca.
- IESS (1998). Boletín Estadístico de Riesgos del Trabajo, División Nacional de Riesgos del Trabajo, Quito.
- IESS (2002). Boletín Estadístico No. 13 Años 2001-2002, Dirección Actuarial, Quito.
- IESS (2003a). Boletín Estadístico No 14 Año 2003, CD, Quito
- IESS (2003b). Memorias Año 2003, CD, Quito.
- IESS (2004). Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo, Quito.
- IESS (s/f). Memoria 1997. Quito.
- Martínez et al (1999). Código del Trabajo Reglamentos y Legislación Conexa, Corporación de Estudios y Publicaciones, Quito.
- Muñoz, E. Vicuña, L. (1984) Historia del Movimiento Obrero del Ecuador en Historia del Movimiento Obrero en América Latina, Siglo XXI, México.
- Novick, M. (2000). La Transformación de la Organización del Trabajo en De la Garza, E. Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo, Colegio de México, México.
- OIT (2001). Panorama Laboral 2001 América Latina y El Caribe, Lima.
- Olmedo, C. (1997) El desempleo en el Ecuador. Correo Poblacional y de la Salud, Vol. 5 Ed 4, Cepar, Quito.
- Paz y Miño, et al (2002). Cytogenetic Monitoring in a Population Occupationally Exposed to Pesticides in Ecuador, Environmental Health Perspectives, volume 110, number 11.
- Paz-y-Miño, et al (s/f). Genética Toxicológica y Carcinogénesis, FUNDACYT y Pontificua Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Saltos, N. Vázquez, L (1999). Ecuador: su realidad, séptima ed. Actualizada, Fundación José Peralta, Quito.
- Suárez, et al (1988). La Situación de Salud en el Ecuador 1962-1985, 2da. Ed. MSP-OPS/OMS, Quito.

Yanggen, D., Crissman Ch., Espinosa, P. (2003). Impactos en producción, salud y medio ambiente en Carchi, Ecuador, CIP-INIAP, 1ra. Ed., Abya-Yala, Quito.

SITUACIÓN EN MÉXICO



Mineros fallecidos en Pasta de Conchos, Coahuila

Mariano Noriega Elío ¹Jesús Gabriel Franco Enríquez ¹ María de los Ángeles Garduño Andrade ² Laura Elena León Cruz ¹ Susana Martínez Alcántara ¹ Adriana Cecilia Cruz Flores ¹

¹ Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

² Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

E-mail: mnoriega@correo.xoc.uam.mx
jgfranco@correo.xoc.uam.mx
angeles@correo.xoc.uam.mx
smartin@correo.xoc.uam.mx
maccruz@correo.xoc.uam.mx

El derecho a la salud en el trabajo en México

1. Contexto económico, político y social.

Las transformaciones en las formas de enfermar y morir de los trabajadores mexicanos se deben, en buena medida, a los cambios profundos que se están generando en los procesos de producción y de trabajo, que se manifiestan en: la desaparición de relaciones contractuales estables, la intensificación del trabajo, transformaciones en la organización laboral, bajos salarios, despidos masivos e incremento desmesurado del sector “informal” y “precario”. En México ese proceso se muestra más claramente a partir de la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio en 1994, inscrito en la globalización de la economía mundial (De la Garza, 2000).

Estos cambios económicos impactan todas las relaciones laborales, han permeado la industria, el comercio y los servicios (asistenciales, financieros, educativos, transporte, entre otros) produciendo: flexibilidad de la fuerza de trabajo, menor control del proceso laboral, inestabilidad en el empleo y aumento de las exigencias de trabajo (Berrios y Bolívar, 1996; Lóyzaga, 2002; Salas, 2003).

Las transformaciones más relevantes se han caracterizado por un proceso de desindustrialización con un lento o nulo crecimiento del empleo manufacturero; una mayor expulsión de los trabajadores en el sector primario; un marcado incremento de trabajadores en el sector terciario; y, un evidente aumento del desempleo y subempleo. Uno de los problemas que afectan la salud de la población trabajadora es la firme tendencia a disminuir los salarios y un incremento de la incorporación de grupos específicos de mujeres y menores en actividades laborales precarias.

El establecimiento de un supuesto “libre juego” del mercado laboral ha significado básicamente la reducción del costo social de reproducción de la fuerza de trabajo, como mecanismo fundamental para restablecer y aumentar la rentabilidad social del capital. Para lo cual se van eliminando las supuestas imperfecciones del mercado laboral, con disposiciones como: la destrucción de derechos laborales, la liquidación de organizaciones independientes de trabajadores y la restricción de espacios institucionales de seguridad social, entre otras.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo.

El marco legal de la salud en el trabajo en nuestro país tiene su fundamento en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (PE, 1970), del cual se derivan directamente la Ley Federal del Trabajo (STPS, 1970), el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo (STPS, 1997), así como un número importante de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se encuentran los lineamientos que deben cumplir las empresas en materia de seguridad, higiene y salud de los trabajadores.

No obstante este amplio marco legal, existen importantes problemas para su aplicación y actualización, así como inconsistencias y omisiones. Una de las principales dificultades para su aplicación es el rechazo histórico, por parte de los empresarios, para cumplirlo; especialmente en lo que se refiere a las obligaciones que deberían con-

traer los patrones para mejorar las condiciones de trabajo y asumir los costos por concepto de accidentes y enfermedades de trabajo. En cuanto a su actualización, tampoco han generado alternativas de hecho. Las últimas reformas importantes que se realizaron a la Carta Magna y a la Ley Federal del Trabajo, datan del año 1970. Ahora estos mismos empresarios pretenden efectuar modificaciones al marco legal, pero con el propósito de adaptarlo a una realidad que ha llevado por la vía de los hechos al empeoramiento de las condiciones de salud de los trabajadores, sobre todo, a expensas de las nuevas formas de organización del trabajo que favorecen notoriamente a la parte patronal.

Este desinterés por mejorar las condiciones de trabajo a favor de la salud se expresa en el presupuesto que destinan las empresas para ese rubro, ya que los gastos que dedican para el servicio médico y el área de seguridad e higiene son mínimos y los consideran costos no deseados, a pesar de que son desembolsos deducibles de impuestos. Los patrones cumplen con sus obligaciones legales únicamente porque es una exigencia de las autoridades, pero generalmente tratan de evadirlas. En síntesis, el marco legal se cumple muy por abajo de los estándares internacionales en la materia (Franco, 2006).

Los cambios legales más relevantes han sido contrarios al interés de la población trabajadora: la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), antes de su modificación en 1995, establecía como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado. La Ley aprobada en 1995 reformó el régimen colectivo de solidaridad por uno de cuentas individualizadas, con muchas otras modificaciones, todas en perjuicio de los trabajadores y sus familias. En este año de 2007, siguiendo este modelo del IMSS, se editó una legislación para los trabajadores del Estado que, además de aumentar el tiempo de servicio para las jubilaciones, también manda a cuentas individuales parte de los recursos de los trabajadores en activo y la totalidad de las cotizaciones de los que sean contratados a partir de su promulgación (IMSS, 1995a; ISSSTE, 2007).

3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área.

La atención a la salud laboral recae en tres entidades principales: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a la población trabajadora que labora en las empresas del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que lo hace con los trabajadores al servicio del Estado, es decir, la burocracia; y la Secretaría de Salud (SS) que se hace cargo, en teoría, de aquellas personas no asalariadas que son marginadas de las instituciones de seguridad social. Las primeras dos instituciones cuentan con sus respectivos servicios de salud en el trabajo, mientras que la última cumple una función doble, ya que se encarga de elaborar algunas normas oficiales, por ejemplo, respecto al ambiente, y además, ofrece servicios médicos a las personas “sin trabajo” y a los trabajadores del sector informal. Así, las instituciones de seguridad social tienen un carácter operativo, que se reduce a la atención de los accidentes y enfermedades laborales y a la calificación y valuación de los mismos, y obedecen a las leyes correspondientes; en tanto la Secretaría de Salud es normativa, tarea que comparte con la Secretaría del Trabajo y

Previsión Social (STPS), pero también atiende a los marginados del sistema y se rige por la Ley General de Salud (1997), que cuenta con un apartado especial dedicado a la salud ocupacional. Por lo que concierne a los reglamentos, los asalariados que cotizan al IMSS se rigen por el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, de la STPS (1997); la burocracia del ISSSTE, por el Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal (ISSSTE, 2006); mientras que la SS, carece de un reglamento al respecto.

Como se puede apreciar, los trabajadores como sujetos de atención son de “primera” y de “segunda” clase, y esto se debe a la carencia de un verdadero sistema de seguridad social que integre las diferentes instancias. Se puede decir que existe un sistema de previsión social enfocado exclusivamente a la atención de los asalariados del país, pero no existe un Plan Nacional de Salud en el Trabajo, para normar criterios y avanzar en el mejoramiento del recurso más importante del país: los trabajadores.

4. Descripción estadística y analítica del derecho a la salud en el trabajo.

La “modernización” impuesta en México rebasa lo económico y afecta las condiciones sociales de producción y reproducción de los trabajadores, manifestándose en un mayor deterioro de su salud y configurándose un perfil de daños más complejo.

El perfil de mortalidad se caracteriza por un marcado predominio de las enfermedades crónico-degenerativas. La diabetes ocupa el primer lugar y representa el 12% de toda la mortalidad. La cirrosis y el infarto, el segundo y el tercer lugar, representando cada una el 5%. En la población del IMSS se han incrementado las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y también los trastornos mentales y, especialmente, los accidentes y las violencias (IMSS, 1993; IMSS, 1995b; IMSS, 2003).

Aunque hay un evidente empeoramiento en las condiciones de trabajo, los reportes oficiales sobre accidentes laborales muestran un descenso pero, al mismo tiempo, un incremento en los días de incapacidad y en la letalidad (IMSS, 2003). Esto se debe a varias situaciones: las empresas evaden la afiliación obligatoria de los trabajadores, lo que es evidente en los sectores más peligrosos de la economía, como en el de la construcción; el incremento, en términos absolutos y relativos, de la población afiliada que se ocupa en actividades menos peligrosas, como son las del sector terciario; el aumento del número de empresas con algún servicio de atención, en donde el ocultamiento puede deberse al no registro de accidentes o a las francas amenazas a los trabajadores para que no acudan a atenderse en las instituciones de seguridad social. Así, sólo se registran los que no se pueden ocultar y se explica la aparente paradoja del aumento de la gravedad frente a la disminución de la ocurrencia.

El subregistro, tanto en la frecuencia como en la gravedad de los accidentes, es un problema serio, ya que así las empresas evaden el gasto que ello implica, pero algunos datos muestran la realidad del problema, por ejemplo, es importante resaltar que la letalidad por accidentes de trabajo se ha incrementado, ya que en 1997 fallecían 29.9 trabajadores por cada 10,000 accidentes y en 2004 esta tasa era de 37.8 (Sánchez et al., 2006). De cualquier manera, la gravedad y la letalidad de los accidentes, así como la detección tardía de las enfermedades de trabajo, revelan el deterioro de las condiciones laborales.

Los estudios de caso, como se muestra en el cuadro 1, evidencian la situación descrita sobre el ocultamiento de accidentes y enfermedades asociadas al trabajo. Así, mien-

tras que la tasa nacional de accidentes por 100 trabajadores en el 2004 fue de 2.3 y la tasa de enfermedades ocupacionales por 100 trabajadores fue de 0.06 (IMSS, 2005), algunos estudios de caso muestran que los accidentes tienen tasas hasta 12 veces mayores y en las enfermedades de trabajo las tasas fueron hasta 6,316 veces mayores (Cabrera, 2000; Cid, 2000; De la Rosa, 2000; Mendoza, 2000; Reynaldos, 2000; Álvarez y Noriega, 2003; Pulido y Noriega, 2003; Guerrero, 2005; Vázquez, Noriega, López, 2005; Rodríguez, 2006; Velasco y Noriega, 2006).

Cuadro 1: Tasas comparativas de accidentes y de morbilidad general en algunos centros de trabajo de la Ciudad de México

Tipo de empresa	Tasa general de accidentes (*)	Tasa general de morbilidad (*)	Año de estudio
Manufacturera de Vidrio	27.8	276.5	2003
Mercado	20.0	379.0	2000
Procesamiento de Frutas	18.9	322.0	2004
Restaurantera	16.0	304.0	1999
Hidroeléctrica	14.2	302.5	2003
Metalmecánica	12.4	314.3	1999
Farmacéutica	12.2	179.1	2000
Galletera	11.0	140.1	1999
Vestido	9.0	363.0	1999
Autopartes	8.8	250.7	2002
Editorial	8.3	265.6	1999

(*) Tasa por 100 trabajadores expuestos.

El IMSS (2005) ofrece actualmente servicio a 802,107 empresas y a 12 735 856 trabajadores (30% de la PEA) así como a sus beneficiarios, su cobertura abarca el 40% de la población total del país. Las otras instituciones que atienden la salud de los trabajadores cubren un número menor. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende alrededor de 2 millones y medio de trabajadores (5.9% de la población), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Fuerzas armadas y Marina sólo al 1.1% de la población y los gobiernos estatales al 1%. De manera que la otra mitad de la población mexicana no tiene acceso a la seguridad social y es atendida por instituciones de salud subsidiadas por el gobierno (Sánchez et al., 2006). En esa mitad descubierta de la seguridad social se encuentra la economía subterránea o el sector informal, también los trabajadores del campo no asalariados y una parte fundamental de población infantil trabajadora. Sobre esta parte de la población no se tienen estadísticas confiables, aunque forma parte de la población económicamente activa.

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo.

A partir de la situación de crisis económica que enfrenta México desde hace años, los empresarios y el gobierno han planteado, como necesidad urgente, realizar cambios en los procesos de trabajo que introduzcan novedosos y rentables modelos de administración. Además, buscan reorientar sus intercambios comerciales en el ámbito local, regional e internacional y argumentan que la introducción de tales cambios, les permitiría enfrentar la competencia nacional y mundial. Como se señaló, proponen flexibilizar el marco normativo laboral y los contratos colectivos de trabajo para justificar lo que ya se da en la práctica: negociación individual entre patrón y trabajador, jornada laboral flexible, ya sea intensiva, extensiva o ambas modalidades a la vez; en resumen, “modernizar” las formas de contratación, flexibilizar la estabilidad en el empleo, los salarios y los pagos de indemnizaciones, retiros y jubilaciones. Asimismo, legitimar los principios de calidad y productividad en las relaciones de trabajo, para esto tratan de implantar una “conciencia moderna” en el trabajador para que acepte las nuevas relaciones laborales (Montesinos y Martínez, 1998).

Es evidente que pretenden establecer los “nuevos” valores del trabajo que, en realidad, se reducen a tres aspectos: flexibilidad, calidad y productividad. Es decir, les interesa: 1) Flexibilizar la legislación laboral, con el propósito de eliminar trabas como son los contratos colectivos de trabajo, que impiden alcanzar la plena productividad. 2) Incorporar en la base de la administración el término calidad, como la manera de construir una cultura y conformar una organización de supuestos intereses compartidos. 3) Y fincar la rentabilidad de las empresas en el incremento de la productividad al amparo de la flexibilización y la calidad.

El camino que están siguiendo pretenden plasmarlo en cambios importantes en la legislación laboral con la consecuente: destrucción de contratos colectivos de trabajo; desaparición de una parte importante de los derechos individuales y colectivos de los trabajadores; privatización de los servicios de salud en el trabajo y de la seguridad social en su conjunto; desmantelamiento de los pocos sindicatos democráticos que existen; así como la eliminación del carácter tutelar de la Ley Federal del Trabajo. En la práctica se está buscando un retroceso y una agresión directa al marco normativo que regula las relaciones laborales, lo cual puede traer graves consecuencias que afecten profundamente las condiciones de vida y las condiciones laborales de los trabajadores de nuestro país.

6. Experiencias desde los propios trabajadores.

En México, el interés de los sindicatos por los aspectos de la producción que afectan a los trabajadores se reduce a vigilar el incumplimiento de lo pactado sobre las condiciones de trabajo. Ha sido excepcional una participación propositiva para generar cambios tecnológicos o de organización. Así, el sindicalismo nacional a lo largo de las últimas cuatro décadas ha adoptado una actitud defensiva.

Los primeros intentos de flexibilización de los contratos colectivos de trabajo en México se dieron en las plantas automotrices del norte, donde los contratos nacieron flexibles, diseñados especialmente para las nuevas necesidades de las empresas, es decir, se diseñaron para una nueva fuerza de trabajo, en zonas de escasa tradición sindical y contractual, que no presentaba resistencia. Después (1982) se inicia el proceso flexibilizador en los contratos de las principales empresas del país, con el modelo

de la maquila del norte: contratos mínimos, amplia unilateralidad empresarial en las decisiones productivas y de empleo, y una virtual ausencia del sindicato. Diez años después ya se plantea la creación de un nuevo sindicalismo que atendiera las necesidades del mundo neoliberal, inicialmente con ajustes al salario de los trabajadores en función al comportamiento de la productividad de cada empresa. En 1996, el Acuerdo por una Nueva Cultura Laboral, planteaba “dar por finalizada la lucha de clases, puesto que el enemigo común de los empresarios y trabajadores se encontraba ahora en la competencia en el mercado.” De esta manera, el concepto de flexibilidad ocultó la derrota de las organizaciones de los trabajadores, la cual observamos en la inseguridad en el empleo y el salario, la intensificación de las jornadas y el debilitamiento de las instituciones reguladoras y de la fuerza de los sindicatos (Bouzas y De la Garza, 2000).

Actualmente, el sindicalismo en México puede ser dividido en tres grandes corrientes que tienen un comportamiento distinto ante el proceso flexibilizador: el sindicalismo corporativo, oficial o “charro”, que es mayoritario y se subordina a la política estatal; el sindicalismo blanco, dependiente de las políticas de las empresas; y el sindicalismo independiente, sin embargo, lo que los hace semejantes es que todos se encuentran sumidos en una gran crisis. Esto se expresa en que, frente al proceso flexibilizador, se ha producido un fenómeno de unilateralidad en la toma de decisiones con respecto a las modificaciones en los contratos colectivos de trabajo, centradas en quitar las prerrogativas a los sindicatos respecto a la producción (De la Garza, 2000).

7. El caso de la construcción.

La industria de la construcción en México es un ejemplo muy ilustrativo de lo que ha hecho el neoliberalismo con su población más importante: los trabajadores y sus familias. Esta industria genera el 4.9% del PIB (INEGI, 2004) y los valores totales de la producción, hasta marzo del 2006, fueron aproximadamente de 16 mil millones de dólares en todo el país (INEGI, 2006).

Emplea alrededor de 1 millón 200 mil trabajadores: 42% laboran por cuenta propia, 39% son asalariados y el 19% restante son empleadores. Por supuesto, trabajar por cuenta propia implica no tener un salario seguro, no contar con servicio médico o alguna otra prestación, aunque la mayoría de los asalariados también tienen el mismo problema. El 11% son analfabetas y el 34% tiene la primaria como máximo nivel de estudios. En esta industria sólo el 0.1% son mujeres. El 8.5 de estos obreros habla una lengua indígena y el 1.6% no habla español (INEGI, 2003).

Las características predominantes en esta población, reconocidas en las cifras oficiales, son que el 76% de los albañiles son contratados en forma verbal y el 90% reportó no tener seguridad social como prestación laboral (INEGI, 2003). Además, la contratación en forma verbal, libra de toda responsabilidad a patrones, contratistas y constructoras de cualquier compromiso sobre la salud de estos trabajadores y muestra también el tamaño de las subestimaciones en las cifras relacionadas con la salud y en el conjunto de violaciones legales que eso implica por parte de los patrones. Datos expresados por funcionarios del IMSS reportan una tasa anual de accidentes en la industria de la construcción de 29 por cada 100 trabajadores, a pesar de que la tasa oficial a nivel nacional es de 2.5 (IMSS, 2005). Esta misma información revela que la tasa general de enfermedades de trabajo es de 5.7 por cada mil trabajadores, en cambio para los obreros de la industria de la construcción es de 35 (Arias, 2006).

En cuanto al estudio de caso, se realizó una investigación con los trabajadores que participan en la construcción de un distribuidor vial en la Ciudad de México. Se establecieron grupos de comparación en tres puestos de trabajo: 70 carpinteros (colocación de cimbra), 58 fierros (colocación de varilla y alambros) y 40 administrativos, dando un total de 168.

Por medio de la aplicación de una guía se encontró que las medidas de seguridad e higiene son pésimas en relación con: orden, limpieza, sistemas contra incendio, instalaciones eléctricas, ruido, condiciones térmicas extremas y servicios para los trabajadores. Esto quiere decir que la empresa no cumple lo especificado en las normas oficiales mexicanas en ninguno de estos rubros.

La duración de la jornada es al menos de 12 horas. El 97% tiene una jornada mayor de 48 horas a la semana y el 31% tiene trabajo nocturno. El 92% refirió una antigüedad menor a un año. El 91% tenía un contrato temporal. Más del 75% reportó abundantes riesgos relacionados con condiciones de seguridad e higiene y, de la misma manera, con exigencias ergonómicas.

Como se muestra en el cuadro 2, se presentaron 61 accidentes, con una tasa general de 36.3. Sin embargo, los fierros tuvieron una tasa de 51.7, es decir, al menos se accidentó uno de cada dos. Los carpinteros presentaron también una altísima tasa de 38.6. Es interesante observar que los administrativos, que incluye personal también de campo, presentaron una tasa de 10. Es importante recordar que a nivel nacional se reporta una tasa de accidentabilidad anual de 2.5.

Cuadro 2: Accidentes de trabajo por puesto en una empresa de la construcción

Puesto	No. accidentes	Total trabajadores	Tasa por 100
Fierros	30	58	51.7
Carpinteros	27	70	38.6
Administrativos	4	40	10.0
Total	61	168	36.3

Fuente: Encuesta, Empresa de la Construcción, México, 2007.

Se encontraron tasas extremadamente altas por cada 100 trabajadores en: trastornos de miembros superiores e inferiores (50.6); lumbalgia (40.5); y fatiga patológica (38.1).

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud laboral.

El conjunto de lo que se ha señalado se puede caracterizar como un cambio del modelo de acumulación que reordenó la vida social, económica y política de México. Términos como “modernización productiva” y “reestructuración económica” y un poco más tarde el “ajuste estructural”, se han convertido en el centro del discurso oficial y expresan de manera definitiva los conceptos de neoliberalismo y globalización.

La crisis económica de 1982 se caracterizó por el crecimiento de la deuda externa e interna, la fuga de capitales y propició la justificación de los programas de ajuste y

estabilización, con fuertes recortes al presupuesto federal, todo ello inducido desde los centros financieros internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El cambio del carácter del Estado trajo de la mano modificaciones de sus funciones. Cerca de 1,155 empresas estatales en 1982 (Rogozinski, 1993) modificaron su régimen de propiedad, telecomunicaciones, ferrocarriles, suministro de energía y actividades industriales estratégicas como la petroquímica secundaria, la producción de acero, minería, papel, producción forestal y alimenticia fueron vertiginosamente privatizadas. Un poco más tarde, los servicios fundamentales como la administración de los fondos de retiro y pensiones, la banca, las aseguradoras de empleados al servicio del Estado, los servicios turísticos y la infraestructura inmobiliaria, también experimentaron este proceso. La apertura financiera y del mercado se concretó con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN).

Este proceso condujo a una configuración del proceso productivo en nuestro país caracterizado por fenómenos tales como la “maquilización”, la flexibilización tecnológica y organizacional y ha llevado, en última instancia, a la precarización sin límites de la fuerza de trabajo de los sectores formales, a la subcontratación y a la informatización de una parte muy importante de la población.

El TLCAN entró en vigor en 1994 con los objetivos de reducir la pobreza en México, aumentar los empleos y lograr la estabilidad macroeconómica, pero estos beneficios no han llegado. En materia de trabajo, el TLCAN plantea “Mejorar las condiciones de trabajo y los niveles de vida del territorio de cada uno de los países participantes” (Samaniego, 2000), es decir, proteger los derechos de los trabajadores. Sin embargo, las acciones gubernamentales y patronales han resultado en el sentido contrario. En 1991, tres años antes del inicio del TLCAN, había 10 millones de trabajadores en la economía informal y ya en 2002 esa cifra era de 17 millones” (Castañeda, 2004).

La apertura del mercado nacional dio pauta para que en el país se establecieran una gran cantidad de empresas transnacionales, a las cuales se les ofrecía mano de obra barata y todas las facilidades fiscales para desarrollar sus actividades. Sin embargo, esta llegada de capitales no ha repercutido en empleos de calidad, de hecho, se perdieron muchos empleos de tiempo completo, se incrementó el empleo precario (específicamente contratos por horas y con bajos salarios) y el desempleo abierto. Como consecuencia, cada vez más mexicanos dejan el país. Esta salida masiva puede medirse de forma indirecta a partir del incremento de remesas, especialmente de los trabajadores que están en Estados Unidos. En 1995, a un año del TLCAN, esas remesas eran de 3,673 millones de dólares y en 2003 de 13,266 millones, es decir, 3,6 veces más (Arroyo, 2004).

Desde el inicio del TLCAN se han creado anualmente, en promedio, sólo el 58% de los empleos necesarios, de éstos el 59.5% no tienen las prestaciones que marca la ley. En el sector manufacturero, que es el gran exportador de la economía (87% del total y con la mitad de la inversión extranjera), se podría suponer que generaría los mayores y mejores empleos, sin embargo, del inicio del TLCAN a la fecha éstos han disminuido en 12.8%. Además, el costo integral de la mano de obra bajó 37.7%, a pesar de que la productividad se incrementó en 58.6% (Arroyo, 2004). Con el salario mínimo de 1976 alcanzaba para comprar casi dos canastas básicas, ahora sólo se puede comprar el 18% de una. A todo ello, se ha ido sumando la falta de códigos de conducta de las em-

presas transnacionales, es decir, el gobierno mexicano, en su urgencia de que la inversión extranjera directa se instale en el país, ha permitido toda serie de violaciones a los derechos laborales, como son: el derecho a la libertad sindical, el derecho a la seguridad social, el derecho a un salario suficiente y condiciones satisfactorias de trabajo (Castañeda, 2004; Noriega et al., 2005).

9. Escenario futuro.

Si en México, los ochenta se considera como la década perdida, las siguientes dos décadas bien pueden plantearse como la consolidación de una nueva era de capitalismo salvaje, donde grupos importantes de trabajadores tienen que ser sacrificados (despidos, expulsión de enfermos, muertes) para que otros puedan subsistir. En este mundo al revés, el siglo XXI se inaugura con el incumplimiento, más que nunca, de la legislación en materia de trabajo y de salud; las acciones institucionales prácticamente han desaparecido o están en vías de extinción; las empresas nacionales y transnacionales utilizan todo el apoyo gubernamental para violar sistemáticamente la ley y los derechos de los trabajadores; la vigilancia de la seguridad y la salud de los trabajadores en las empresas es inexistente (un ejemplo, son los 65 mineros muertos hace un año en Pasta de Conchos); las acciones de la seguridad social son cada vez más limitadas.

La ofensiva patronal y gubernamental sigue y ahora pretende modificar la Constitución y la Ley Federal del Trabajo para avalar lo que ya se practica en todo el país: trabajo por horas; salario individualizado en función de la productividad; flexibilidad en la contratación; escalafón por desempeño; revisión de los tribunales de trabajo para suprimir su función tutelar del trabajo, de la seguridad social, del derecho a huelga y de la contratación colectiva (De la Garza, 2007). Asimismo, establecer contratos a prueba y de aprendizaje, revisar formas de terminación de las relaciones laborales, así como las indemnizaciones por despido y los días de descanso obligatorio, entre otros (Lóyza-ga, 2002). También propone la creación de *Comités de Empresa* como órganos diferentes a los sindicatos para firmar los convenios de trabajo. Éstas, sólo son un botón de muestra del avasallamiento de los trabajadores en estos tiempos.

Ante esta realidad, las principales tendencias que se vislumbran alrededor de la salud de los trabajadores son:

- a) Un abanico más amplio de exigencias para los trabajadores como producto del deterioro en la calidad y contenido del trabajo.
- b) Será más difícil el reconocimiento de los accidentes y enfermedades tipificados como del trabajo, ya que la movilidad y polivalencia de los trabajadores dará argumentos para desconocer la causalidad laboral de los mismas.
- c) Se puede prever que la morbilidad laboral se incrementará notablemente en aquellos padecimientos aún no reconocidos como de trabajo.
- d) Es probable esperar un aumento en el conjunto de la morbilidad en grupos altamente vulnerables de trabajadores y sus familias directamente relacionado con estas nuevas condiciones de trabajo y de vida. Es claro, desde ahora, el aumento en las manifestaciones patológicas derivadas de la violencia.
- e) Los cambios en la legislación laboral y de seguridad social posibilitan incrementar la nocividad laboral y reducir, aún más, la defensa colectiva de los trabajadores.

- f) El combate frontal a la participación organizada de los trabajadores redundará en menos posibilidades de transformar las condiciones nocivas de trabajo y de salud (Noriega, 2005).

Bibliografía.

- Álvarez, A., Noriega, M. 2003 "Repercusiones del proceso laboral en la salud de los trabajadores de producción y administrativos de una empresa de autopartes", *Salud de los Trabajadores*, 11(2):87-97.
- Arias, R. 2006 "Los riesgos de trabajo en la industria de la construcción", Ponencia presentada en el Foro de Buenas Prácticas de Trabajo en la Industria de la Construcción, México, 17 de octubre de 2006.
- Arroyo, A. 2004 "El México de Fox y el TLCAN. La dura realidad del pueblo mexicano contrasta con el optimismo de su Presidente". [Disponible] www.rmalc.org.mx/documentos/fox-tlcan.htm
- Berrios, P., Bolívar, A. 1996 "El nuevo impulso de lo privado", *El Cotidiano* 77.
- Bouzas, A., De La Garza, E. 2000 "Flexibilidad del trabajo y contratación colectiva en México", *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, COLMES, UAM, FCE, México.
- Cabrera, S. 2000 *Diagnóstico laboral y estado de salud de un grupo de trabajadores de Gamesa, Planta Vallejo*, Tesis de grado, México, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, UAM-X.
- Cid, R. 2000 *Propuesta metodológica para evaluar las condiciones de trabajo y efectos en la salud de los trabajadores en el sector de servicios de la Ciudad de México*, Tesis de grado, México, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, UAM-X.
- Castañeda, N. 2004 "Desmitificar el Tratado de Libre Comercio de América del Norte como instrumento de desarrollo social y económico". [Disponible] www.actualidadeconomica-peru.com/pdf/datos/dat_jun_04.pdf
- De La Garza, E. 2000 "La Flexibilidad del trabajo en América Latina" en De la Garza, E. (coordinador), *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*, COLMES, FLACSO, UAM, FCE, México.
- De La Garza, E. 2007 "Los cambios en las relaciones laborales y la flexibilidad salarial", *Convenios y Bonos de Productividad en Empresas Mexicanas*, STPS, México, pp. 33-57.
- De La Rosa, M. 2000 *Condiciones de trabajo y salud en una industria metalmecánica de la Ciudad de México*, Tesis de grado, México, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, UAM-X.
- Franco, J.G. 2006 *Cultura de la empresa y salud en el trabajo en México*, Tesis de Doctorado, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), México, 336 p.
- Guerrero, C. 2005 *Las nuevas formas de organización del trabajo en la pequeña empresa como condicionantes de los daños a la salud de los trabajadores (estudio de caso)*, Tesis de grado, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-X.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 1993 *Memoria estadística de salud en el trabajo 1992*, México: Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 1995^a Ley del Seguro Social, México, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995.
- IMSS (Instituto Mexicano Del Seguro Social) 1995b *Riesgos de trabajo e invalidez 1994*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 2003 *Memoria estadística de salud en el trabajo 2002*, México: Coordinación de Salud en el Trabajo, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 2005 *Memoria estadística de salud en el trabajo, 2004*, México, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud en el Trabajo, 42 p.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía E Informática) 2003 *Encuesta Nacional de Empleo*, México.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía E Informática) 2004 *Producto interno bruto anual por actividad económica de origen*, México.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía E Informática) 2006 *Principales Indicadores de Empresas Constructoras. Estadísticas Económicas*, México.
- ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 2006 Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de noviembre de 2006.

- ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 2007 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de marzo de 2007.
- Lóyzaga, O.2002 *Neoliberalismo y flexibilización de los derechos laborales*, México, UAM-A y Porrúa.
- Mendoza, F.2000 *Salud y trabajo en empresas del vestido de la Ciudad de México*, Tesis de grado, México, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, UAM-X.
- Montesinos, R., Martínez, G.“Límites y alcances de la cultura empresarial en la dimensión laboral”, *Cultura y trabajo en México. Estereotipos, prácticas y representaciones*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Juan Pablos Editor, Fundación Friedrich Ebert, pp. 423-440.
- Noriega, M., Cruz, C., Garduño, A.2005 *An Alternative World Health Report. Global Health Watch*, “The Impact of Neoliberalism on the Health of Latin-American Workers”, 59-65, 2005.
- PE (Poder Ejecutivo) 1970 “Título Sexto. Del trabajo y de la previsión social”, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México: McGraw-Hill, Novena edición, pp. 145-157.
- Pulido, M., Noriega, M. 2003 “Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos (Objective and subjective working conditions and psychophysical disorders)”, *Cadernos de Saúde Pública (Reports in Public Health)* 19(1):269-277.
- Reynaldos, C.2000 *Industria editorial: proceso de trabajo y daños a la salud*, Tesis de grado, México, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, UAM-X.
- Rodríguez, E. 2006 *Efectos nocivos de la actividad comercial en la salud de los trabajadores establecidos en el mercado de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México*, Tesis de grado, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-X.
- Rogozinski, J.1993 *La privatización de empresas paraestatales*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 34-35.
- Salas, C. 2003 “El contexto económico de México”, De la Garza, E. y Salas C. (coordinadores) *La situación del trabajo en México*, 2003, México, AFL-CIO-UAM-IET-Plaza y Valdés.
- Samaniego, N. 2000 “El caso del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)”. [Disponible] www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/erm_bar/pdf/saman.pdf
- Sánchez, R., Juárez, C., Aguilar, G., Haro, L., Borja, V., Claudio, L.2006 “Occupational Health in Mexico”, *Int J Occup Environ Health* 12(4): 346-354.
- SS (Secretaría De Salud) 1997 *Ley General de Salud*, México, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de mayo de 1997.
- STPS (Secretaría Del Trabajo Y Previsión Social)1970 *Ley Federal del Trabajo*, México: Editorial Porrúa, 85ª edición, 1185 p.
- STPS (Secretaría Del Trabajo Y Previsión Social)1997 *Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo*, México: Dirección General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, STPS, 85 p.
- Vázquez, G., Noriega, M., López, O.2005 “La producción de energía eléctrica y la salud de los trabajadores”, *Salud de los Trabajadores* 13(1): 19-36.
- Velasco, R., Noriega, M.2006 “Evaluación de las causas de accidentes y enfermedades en una industria manufacturera de vidrio”, *Salud de los Trabajadores* 14(1): 5-17.

SITUACIÓN EN QUÉBEC, CANADÁ



Trabajadores migrantes en Québec, Canadá

Ana María Seifert, Stéphanie Bernstein, Katherine Lippel,
Karen Messing, Vanessa Couture

Abril 2007

Presentación	2
1. Contexto económico, político y social.....	2
1.1 Gobierno	2
1.2 Relaciones comerciales con países de las Américas.....	3
1.3 Población	3
1.4 Trabajo, salario y niveles de pobreza	3
1.5 Programas sociales.....	5
2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo.....	5
3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área.....	6
3.1 La Ley sobre la salud y la seguridad en el trabajo (LSST).....	8
3.2 La Ley sobre los accidentes y enfermedades profesionales (LAEP)	8
4. Situación de la salud en el trabajo.....	10
4.1 Estadísticas sobre las lesiones profesionales	10
4.2 Limitaciones del uso de las estadísticas sobre accidentes y enfermedades profesionales	11
4.3 Estadísticas sobre el ausentismo.....	12
5. Experiencias desde los propios trabajadores.....	13
6. Estudios de caso que ilustran la garantía o violación del derecho a la salud en el trabajo....	14
7. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo	15
Referencias.....	16

Presentación

El presente informe fue redactado por cinco investigadoras, dos juristas y tres ergonomistas, quienes trabajan en Québec en el campo de la salud ocupacional. Estas investigadoras forman parte del CINBIOSE¹ (Centro de investigación interdisciplinario sobre la biología, la salud, la sociedad y el medio ambiente) que reagrupa a más de treinta investigadores de diversas disciplinas y colabora con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el campo de la detección precoz y la prevención de los problemas de salud relacionados con el trabajo y el medio ambiente.

En el campo de la salud ocupacional, las investigadoras del CINBIOSE forman parte de diversos programas en asociación con el movimiento social. En Québec mencionaremos el programa sobre la situación de la mujer trabajadora «*Lo invisible que hace daño*», que se realiza en asociación con las centrales sindicales², y en América latina, el programa con el Centro de Estudios de la Mujer³ sobre la salud mental «*Una mirada sexo-específica sobre las investigaciones, las políticas y las prácticas referentes a los problemas de salud mental relacionados con el trabajo en Chile*»⁴. Por último, es importante señalar nuestros lazos con la Cátedra canadiense de investigación en derecho de la salud y de la seguridad en el trabajo ligada a la Facultad de derecho de la Universidad de Ottawa.

1. Contexto económico, político y social

1.1 Gobierno

Canadá es una federación conformada por 10 provincias y tres territorios. Su gobierno, una democracia parlamentaria, reparte sus funciones entre el gobierno federal y los gobiernos de las provincias y los territorios. La Constitución canadiense se sustenta fundamentalmente en la Ley Constitucional⁵ de 1982 (Carta), que protege los derechos humanos, y en la Ley Constitucional⁶ de 1867 que determina la división de poderes entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales y territoriales. Cada administración es soberana en lo que concierne a los poderes que se derivan de su competencia.

El gobierno federal, tiene bajo su jurisdicción la defensa nacional, la política extranjera, el derecho penal y la ciudadanía. Por su parte, los gobiernos provinciales se ocupan de asuntos locales como la educación, entre otros, y comparten responsabilidades con el gobierno federal en la protección del medio ambiente y la salud. Las leyes y políticas sobre el trabajo, en general, y la salud laboral, en particular, están bajo responsabilidad provincial, que se encarga de regular a los diez sistemas diferentes que coexisten. Evitaremos la dificultad de describir cada uno de estos sistemas utilizando datos de la provincia de Québec.

¹ Sitio web : www.cinbiose.uqam.ca

² Sitio web: <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca>

³ Sitio web : www.cem.cl

⁴ Sitio web : www.proyectoarauca.cl

⁵ *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, ch. 11 (R.-U.) http://laws.justice.gc.ca/fr/const/annex_f.html

⁶ *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.)

1.2 Relaciones comerciales con países de las Américas

Los intercambios comerciales en las Américas se realizan principalmente con Estados Unidos y México los cuales reciben respectivamente el 83,9% y 0,8% de las exportaciones de Canadá. En cuanto a las importaciones, el 56,5% provienen de Estados Unidos y el 3,8% de México (MAECI a, 2006, p 26). Canadá ha firmado acuerdos de libre comercio con Estados Unidos y México (ALCAN), con Chile y Costa Rica, así como un acuerdo sobre protección de las inversiones extranjeras con Perú. Actualmente se negocian acuerdos con la Comunidad Andina de naciones, el CARICOM, la República Dominicana, y el « Grupo de los cuatro de América central (CA4) »: Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador (MAECI b, 2006).

1.3 Población

Canadá tiene alrededor de 33 millones de habitantes, de los cuales, aproximadamente, 7,7 millones viven en la provincia del Québec⁷. Un 17,6% de la población canadiense es inmigrante⁸. La tasa de natalidad de Canadá es de 10,8 por 1000 habitantes⁹ y la tasa de mortalidad infantil para el año 2004 fue de 5,3 por mil nacimientos¹⁰. La esperanza de vida promedio es de 75,4 años para los hombres y de 81,2 para las mujeres¹¹.

1.4 Trabajo, salario y niveles de pobreza

El salario mínimo en Québec es de 8,00\$/hora y el salario promedio de 19,12\$/hora¹². Un 15% de todas las unidades familiares de Québec tiene un ingreso considerado bajo¹³, sin embargo, en las familias monoparentales esta proporción sube al 30,7%. Las mujeres que trabajan a tiempo completo todo el año ganan 75,2% del sueldo de los hombres¹⁴.

Según datos del Instituto de Estadísticas de Québec para el año 2005¹⁵, los trabajadores de Québec estaban sindicalizados en un 40,5%. La sindicalización es más frecuente en el sector público donde el 81% de los asalariados están sindicalizados, contra el 27% en el sector privado.

⁷ Statistique Canada. 2006. Population par année, par province et territoire: http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo02a_f.htm

⁸ Para fines estadísticos, un inmigrante es una persona no nacida en Canadá. Calculado a partir de los datos de Statistique Canada: http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo34a_f.htm

⁹ Statistique Canada. Population, densité, taux de natalité et de mortalité, pays sélectionnés: http://www40.statcan.ca/l02/cst01/demo01a_f.htm

¹⁰ Statistique Canada. Taux de mortalité infantile par province et territoire http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health21a_f.htm?sdi=mortalit%E9

¹¹ Statistique Canada. Espérance de vie sans incapacité, par province et territoire : http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health38_f.htm?sdi=esp%E9rance

¹² Statistique Canada. Salaires horaires moyens des employés selon certaines caractéristiques et professions, données non désaisonnalisées, par province (mensuel) (Québec): http://www40.statcan.ca/l02/cst01/labr69f_f.htm

¹³ Institut de la statistique du Québec. 2005. Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Conditions de vie, en línea : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2005/IndicatPauvre2005.pdf>

¹⁴ Institut de la statistique du Québec. 2007. *Le Québec, chiffres en main 2007*, en línea : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2007/qcem2007_fr.pdf (p 21)

¹⁵ Institut de la statistique du Québec. 2007. *Le Québec, chiffres en main 2007*, en línea : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2007/qcem2007_fr.pdf (p 20)

Las personas de más de 15 años representan el 84% de la población de Québec y el 65% son laboralmente activos. El 81,8% trabaja a tiempo completo y 18,2% a tiempo parcial¹⁶. Cerca del 77% de los asalariados trabajan en el sector de servicios¹⁷. La tasa oficial de desempleo¹⁸ es de 7,6 %, pero esta tasa puede subestimar el nivel real de desempleo porque la categoría de desempleados no incluye las personas que abandonan la búsqueda de un empleo.

La figura 1 presenta la evolución del empleo entre el 2000 y el 2004. Notamos que la situación del empleo parece estable durante este periodo, pero la división tiempo completo/tiempo parcial puede ocultar un aumento o una disminución del número de horas de trabajo al interior de cada categoría. Por ejemplo, el número de horas trabajadas por semana de trabajo por familia con hijos de menos de 18 años pasó de 3065 en 1996 a 3225 en 2004 (Yalnizyan, 2007).

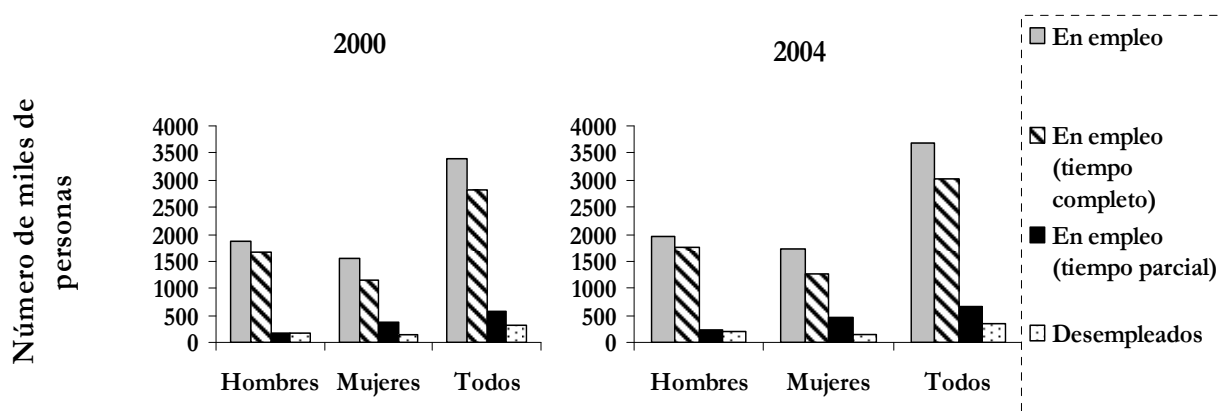


Figura 1 : Características de la población quebequense activa durante los años 2000 y 2004 en función del sexo de los individuos, expresado en miles y redondeado al centenar. Fuente: Revue chronologique de la population active, édition 2004. Données de Statistique Canada repérées et mises à la disposition des universitaires par la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec (CREPUQ) : <http://ivt.crepuq.qc.ca/popactives/popActive.html>.

¹⁶ Institut de la statistique du Québec. Nombre d'emplois selon l'industrie et répartition selon le statut d'emploi (temps plein et temps partiel), moyennes annuelles, Québec, 2003 à 2006 : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/march_travl_remnr/cat_profes_sectr_activ/professions/pop_active/i3_5_2006.htm, consultado el 4 de abril 2007

¹⁷ Statistique Canada. Emploi selon la branche d'activité, données désaisonnalisées, par province (mensuel) (Québec). CANSIM Tableau 282-0088, janvier 2007 (en línea : www.statcan.ca)

¹⁸ Statistiques Canada. Caractéristiques de la population active, données désaisonnalisées, par province (Québec, Ontario, Manitoba) http://www40.statcan.ca/l02/cst01/lfss01b_f.htm, consultado el 4 de abril 2007

1.5 Programas sociales

En Canadá hay un programa federal de seguro de cesantía financiado por los trabajadores y los empleadores, y programas provinciales de asistencia social financiados por los fondos generales del Estado. Además, en todo Canadá, no es necesario cotizar a un seguro privado para tener derecho a recibir servicios de salud porque existe un programa público de seguro de enfermedad, administrado a nivel provincial, que garantiza a todas las personas que trabajen o no, el derecho a los servicios de salud (atención médica, hospitalización, exámenes diagnósticos, etc.) que requiera su estado. En la provincia de Québec, existe igualmente un programa público de seguro para los medicamentos, aunque los usuarios deben desembolsar una parte del costo. Existe también un programa provincial de pensiones de vejez, basado en las cotizaciones de todos los trabajadores, así como un programa de suplemento de ingreso a los jubilados que no alcanzaron a cubrir todos los requisitos para obtener el monto total de la pensión.

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo

La Constitución canadiense no contiene ninguna referencia explícita a la salud ocupacional, pero la Carta Constitucional preserva el derecho a la vida y a la dignidad (artículo 7) así como el derecho a la igualdad (artículo 15). Estos artículos son ocasionalmente aplicados en materia de salud ocupacional, pero ciertos fallos jurídicos importantes en el pasado, siguen teniendo un efecto determinante sobre los derechos de los trabajadores y trabajadoras víctimas de lesiones profesionales. Así, en Canadá, todas las leyes provinciales que se refieren a la indemnización de las víctimas de lesiones profesionales prohíben que la víctima siga un juicio civil contra el empleador, prohibición que fue juzgada conforme al derecho constitucional¹⁹. También, una política de reparación cuyo objetivo y efecto era ofrecer una indemnización menor a las personas que sufrían de dolores crónicos o de fibromialgia, fue juzgada discriminatoria e inconstitucional, alegando que tal discriminación no tenía justificación en una sociedad libre y democrática (test legal para la validez constitucional de una disposición legislativa) porque un fallo dejó sentado que un dolor crónico constituye una forma de discapacidad y que la discriminación basada en la discapacidad infringe el artículo 15 de la Carta constitucional²⁰.

El trabajo es considerado una actividad local y la reglamentación que lo cubre es provincial. No existen normas federales mínimas en materia de trabajo. En principio, les toca a las provincias elaborar las leyes sobre las condiciones de trabajo. Existen, sin embargo, ciertas excepciones: los empleados del gobierno federal y de ciertos servicios federales como el servicio de correos, Radio Canadá, etc. son regidos por leyes laborales federales. Por otro lado, la Constitución estipula igualmente que ciertas industrias de envergadura nacional son de competencia federal, entre ellas los trenes, el transporte marítimo, los bancos, las telecomunicaciones, el transporte interprovincial, etc. Así el legislador federal tiene competencia sobre las condiciones de trabajo de cer-

¹⁹ Workers' Compensation Act, 1983 (T.-N.), [1989] 1 R.C.S. 922

²⁰ Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin, 2003 S.C.C. 54

ca del 10% de los trabajadores y existen normas particulares que se aplican a estos trabajadores.

A nivel de la provincia de Québec, el artículo 46 de la « *Carta quebequense de derechos y libertades de la persona* »²¹ garantiza, en conformidad a la ley, el derecho a condiciones de trabajo justas y razonables, que respeten la salud la seguridad y la integridad física de toda persona que trabaje. El artículo 2087 del *Código civil de Québec*²² añade que el empleador debe tomar las medidas apropiadas a la naturaleza del trabajo, para proteger la salud, la seguridad y la dignidad del asalariado.

Es importante señalar que aunque su objetivo no sea directamente la salud laboral, ciertas políticas públicas citadas anteriormente (ver 1.5) tienen un impacto sobre los derechos de los trabajadores y trabajadoras afectados por un problema de salud ocupacional. Por ejemplo, el seguro de enfermedad garantiza el acceso a la atención médica inmediata en cualquier punto de atención, hospital, clínica o consultorio médico. El seguro de desempleo permite que una persona que ha cotizado durante más de 600 horas en el año, reciba prestaciones durante un máximo de 15 semanas cuando se halla incapacitada de trabajar por causa de enfermedad. Si una persona queda incapacitada por un tiempo más largo existe un programa de asistencia social que depende de los ingresos de la familia y que cubre solamente a las familias y a las personas más pobres.

Además, es importante señalar que cerca del 50% de los asalariados canadienses tienen acceso a un seguro de salario privado, pero este tipo de seguro cubre solamente a 17% de los trabajadores a tiempo parcial y a 14% de los trabajadores temporales (Marshall, 2003).

Las disposiciones para la reparación de lesiones profesionales (que serán descritas en el punto 3) previstas por la Ley de los accidentes y enfermedades profesionales (LAEP) se aplican solamente a las personas cuyas reclamaciones son aceptadas; si la reclamación es rechazada, la persona afectada puede acudir a los programas generales que venimos de describir.

3. Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área

La legislación en materia de salud y de seguridad en el trabajo, tiene dos objetivos mayores : la prevención de las lesiones profesionales y la reparación de sus consecuencias. En Québec, dos leyes principales rigen la salud laboral: la Ley sobre la salud y la seguridad del trabajo²³ (LSST), adoptada en 1979, encuadra las actividades de prevención (incluyendo la inspección) y la Ley sobre los accidentes y enfermedades profesio-

²¹ Disponible en línea : <http://www.cdpedj.qc.ca/fr/commun/docs/charte.pdf>

²² *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, art. 2087. Disponible en línea : <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/sujets/glossaire/code-civil.htm>

²³ Disponible en línea : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html

nales²⁴ (LAEP), adoptada en 1985, encuadra la reparación de lesiones profesionales. Desde su adopción, estas leyes han sido poco modificadas.

Contrariamente a otros países, donde la jurisdicción sobre las leyes y reglamentos que conciernen la salud ocupacional se encuentran distribuidas entre diferentes ministerios y organizaciones, en Québec, un solo organismo público tiene la jurisdicción exclusiva para aplicar estas leyes: la Comisión de la salud y seguridad del trabajo²⁵ (CSST). Su consejo de administración es paritario, con el mismo número de representantes patronales y sindicales, lo que hace que, a veces, las problemáticas que no obtienen un amplio consenso sean dejadas de lado. Todos los empleadores deben cotizar a la CSST y estas cotizaciones financian el conjunto de actividades de la CSST .

La CSST se ocupa de la prevención, inspección de las empresas e indemnización de los trabajadores lesionados y financia las actividades de otros organismos como:

- el Instituto de Investigación Robert Sauvé de Salud y Seguridad en el Trabajo²⁶ (IRSST), cuyo mandato es financiar la investigación en salud ocupacional y estimular, mediante un programa de becas, la formación profesional a nivel de maestrías y de doctorados;
- las Asociaciones Sectoriales Paritarias (se trata de asociaciones permitidas por la LSST y puestas en pie por un acuerdo entre patrones y sindicatos), cuyo mandato es dar a los empleadores y a los trabajadores servicios de formación, información, asesoría en salud y seguridad laboral. Pueden asesorar a las empresas, por ejemplo, sobre el funcionamiento de los comités paritarios de salud y de seguridad, hacer recomendaciones concernientes al cumplimiento de reglamentos y normas y elaborar guías de prevención;
- las actividades sindicales de formación en salud y seguridad.

La LSST tiene como objetivo la eliminación, en su origen, de los peligros para la salud, la seguridad y la integridad física, extendiéndose también a la protección de la salud mental. Esta ley y su reglamentación garantizan ciertos derechos al trabajador, particularmente:

- el derecho a rechazar un trabajo peligroso;
- el derecho a ser informado de los riesgos que comporta su trabajo;
- el derecho a retirarse de un trabajo que implique la exposición a un contaminante que afecte su salud;
- el derecho al retiro preventivo de la trabajadora encinta o en periodo de lactancia, el cual le permite a una trabajadora embarazada exigir cambiar de puesto si su trabajo representa un peligro, tanto para ella como para el niño por nacer o el lactante. Si el empleador no le ofrece condiciones apropiadas, la trabajadora puede retirarse de su trabajo hasta el parto, recibiendo las mismas compensaciones previstas en caso de accidente de trabajo.

²⁴ Disponible en línea :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.HTM

²⁵ Para mayores detalles sobre este organismo consultar el sitio web de la CSST : <http://www.csst.qc.ca>

²⁶ Sitio web: <http://www.irsst.qc.ca>

El trabajador tiene una protección si es objeto de represalias por parte de su empleador por haber ejercido un derecho previsto por la ley.

3.1 La Ley sobre la salud y la seguridad en el trabajo (LSST)

La LSST establece también mecanismos de prevención y algunos de ellos se aplican a todos los sectores. Por ejemplo, la inspección de los lugares de trabajo. Los inspectores de la CSST tienen el poder de inspeccionar todos los lugares de trabajo para asegurarse que las condiciones laborales sean conformes a la ley y a los reglamentos aplicables. Estos inspectores pueden emitir ordenanzas que los empleadores deben obedecer y pueden acusar a un empleador en lo penal si constatan infracciones a la ley. En ciertas provincias canadienses, como en Ontario, los inspectores encargados de la prevención de los accidentes no trabajan para el organismo responsable de la reparación, mientras que en Québec, como en Columbia Británica, el mismo organismo es responsable de la prevención y de la reparación de lesiones profesionales.

Otros mecanismos de prevención se aplican principalmente en los denominados «sectores prioritarios», para los cuales es obligatorio elaborar un programa de prevención y un programa de salud que permita vigilar sistemáticamente la salud de los trabajadores en cada empresa. Además, poner en pie un comité de salud y seguridad para las empresas de más de 20 trabajadores y nombrar un representante a la prevención, que es un representante de los trabajadores liberado para efectuar tareas de inspección, de encuesta de los accidentes y de identificación de situaciones riesgosas.

Podemos apreciar que la LSST garantiza derechos muy importantes como el retiro preventivo de la mujer encinta, el cual es un aspecto innovador y único en América del norte. Sin embargo, en otros planos, existe un retardo considerable. Por ejemplo, las multas previstas por la ley, son mínimas con respecto a las exigidas en otras provincias canadienses (solamente 1 a 2% del monto de las multas previstas en otras provincias). Lo mismo pasa con ciertos elementos claves de la prevención, porque la CSST procede por etapas en la implantación de algunos artículos de la LSST. En un principio se identificaron seis grupos que se clasificaron por prioridad, pero actualmente, el conjunto de mecanismos de prevención se aplican únicamente en los grupos I (Construcción, industria química y fabricación de productos de metal) y II (Industria maderera, transformación de metales y fabricación de equipo de transporte) y una parte de la reglamentación ha comenzado a ser aplicada al grupo III (Transporte, industria de la alimentación y bebidas y administración pública). Estos tres grupos representan el 40% de los trabajadores y el 15% de las trabajadoras. Lo que quiere decir que el 60% de los trabajadores y el 85% de las trabajadoras no se benefician de los mecanismos de prevención previstos para los grupos prioritarios (Messing y Boutin, 1997).

3.2 La Ley sobre los accidentes y enfermedades profesionales (LAEP)

La LAEP encuadra la indemnización por lesiones profesionales. Es decir, las enfermedades profesionales y las lesiones resultantes de accidentes laborales, así como las recaídas o agravamientos de lesiones profesionales previamente reconocidas. La LAEP comporta una lista de enfermedades presuntamente profesionales que no es exhaustiva, lo que posibilita hacer reclamaciones por enfermedades que no figuran en ella. Tanto los problemas de salud física como de salud mental pueden ser objeto de una reclamación a la CSST.

Las decisiones de la CSST pueden ser objeto de una apelación a la Comisión de lesiones profesionales (CLP), un tribunal especializado e independiente.

Cuando la reclamación es aceptada por la CSST:

- el trabajador tiene derecho al 90% de su ingreso neto basado en el salario bruto que ganaba en el momento en que se lesionó, hasta un máximo asegurable de 59000\$ can por año;
- la LATMP estipula prestaciones en caso de deceso;
- las prestaciones cubren el período de incapacidad temporal;
- en caso de incapacidad permanente que afecte su capacidad de trabajo, el trabajador afectado recibe prestaciones reducidas que dependen de las consecuencias del problema de salud sobre su capacidad de ganar un salario. El trabajador tiene igualmente posibilidad de recibir una indemnización única basada en una estimación de la importancia de la pérdida permanente de capacidad a causa de la lesión. Las prestaciones cesan a la edad de 68 años, pero después, como todos los trabajadores, puede tener derecho a una pensión de vejez;
- en caso de incapacidad permanente que le impida volver al trabajo que ocupaba antes de sufrir la lesión, el trabajador tiene derecho a la readaptación profesional (a ser formado en otro rubro para ocupar un puesto acorde con sus limitaciones);
- los trabajadores tienen derecho a volver a su trabajo. Es decir, que el empleador esta obligado a devolver el empleo si el trabajador puede reincorporarse en los plazos previstos por la LAEP (1 año en el caso de las empresas de menos de 20 trabajadores y dos años en las otras).

Las prestaciones son financiadas por el fondo de accidentes al que contribuyen todos los empleadores y las cotizaciones dependen de los costos de indemnización propios de cada empresa. Este mecanismo ha contribuido a la judicialización del proceso, puesto que los empleadores intentan sustraerse a la imputación de los costos de las lesiones profesionales ocurridas en su empresa y apelan frecuentemente las decisiones.

La LAEP permite que los trabajadores autónomos y los trabajadores domésticos coticen con la CSST para obtener una mayor cobertura y puedan ser indemnizados en caso de lesión, pero muy pocos lo hacen. Los únicos asalariados excluidos del alcance del régimen son los deportistas profesionales.

Es importante hacer notar que contrariamente a los países de América latina, el sistema de salud público es universal y se encarga de la mayor parte de la atención de salud requerida por el trabajador o la trabajadora lesionado(a). Además, las personas lesionadas en su trabajo cuya reclamación es aceptada por la CSST, tienen también acceso a servicios privados que, si bien es cierto que existen en el sistema público, no son fácilmente accesibles porque existen listas de espera. Tal es el caso de los servicios psicológicos o de fisioterapia.

4. Situación de la salud en el trabajo

Presentamos algunas estadísticas sobre las lesiones profesionales y el ausentismo, provenientes de organismos oficiales del gobierno canadiense y quebequense. Las figuras 2 y 3 presentan la tasa de lesiones profesionales reconocidas e indemnizadas por la Comisión de la salud y la seguridad en el trabajo (CSST), durante el período 2000-2005. Es importante considerar que los trabajadores, las trabajadoras y los sindicatos que los representan señalan que el proceso para hacer reconocer una lesión es difícil y puede ser traumático, lo que lleva a una sub-declaración porque las personas lesionadas evitan hacer una reclamación ante la CSST. Las limitaciones de estas estadísticas son explicadas en detalle en los puntos 4.2 y 4.3.

4.1 Estadísticas sobre las lesiones profesionales

La figura 2 presenta las tasas correspondientes al conjunto de la población trabajadora cubierta por la CSST, así como las tasas de los hombres y las mujeres por separado. Podemos notar que las tasas de lesión profesional parecen disminuir durante este período de cinco años y que las tasas de lesiones de los hombres son más altas que las de las mujeres.

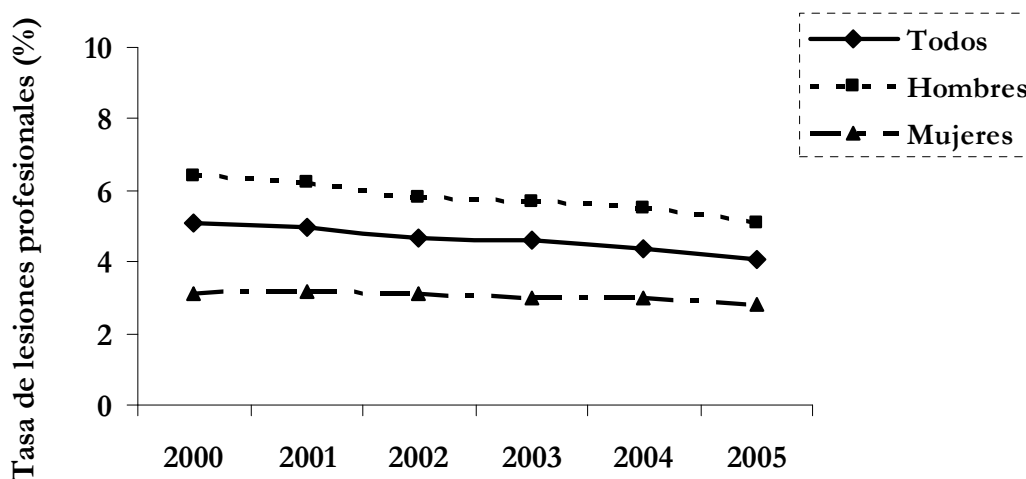


Figura 2 : Tasa de lesiones profesionales indemnizadas durante el período 2000-2005, de acuerdo al sexo. Datos sobre los trabajadores quebequenses a tiempo completo cubiertos por la CSST y contabilizados en la Encuesta de la población activa de Estadísticas Canadá. Fuente : Instituto de la Estadística de Quebec. 2006. Annuaire québécois des statistiques du travail. Vol 2 (2).

La figura 3 muestra las tasas de lesiones profesionales por grupo etario y permite constatar que el grupo que presenta el grado más elevado de siniestralidad laboral es el de los jóvenes entre 15 y 24 años. Un análisis de las declaraciones de lesiones muestra que estas son más frecuentes en la manutención, representando un 15,6% de las

declaraciones de las mujeres y un 28,1% de las declaraciones de los hombres²⁷. Sin embargo, la interpretación de estos datos es difícil ya que no podemos saber si se deben a que los jóvenes son más frecuentemente contratados en trabajos que comportan más riesgos o si efectivamente los jóvenes se lesionan más, por razones tales como la falta de formación.

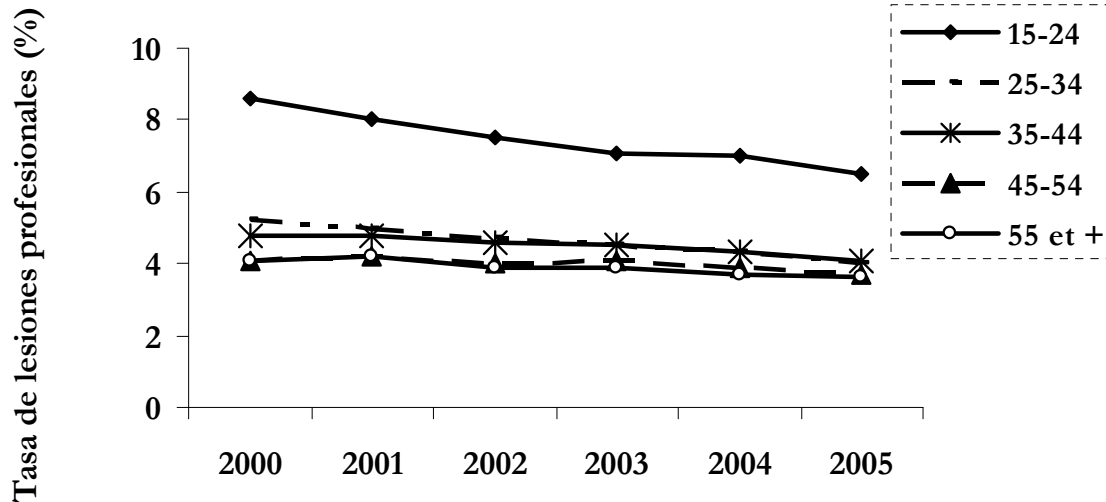


Figura 3 : Tasa de lesiones profesionales indemnizadas durante el período 2000-2005, por categoría etaria, para los trabajadores quebequenses a tiempo completo cubiertos por la CSST y contabilizados en la Encuesta de la población activa de Estadísticas Canadá. Fuente : Instituto de la Estadística de Québec. 2006. *Annuaire québécois des statistiques du travail*. Vol 2 (2).

En cuanto a la mortalidad ocupacional, entre los años 2000 y 2005, se ha registrado un aumento de los decesos. Así en el año 2000 la tasa era de 6,4 (n=180) y el año 2005 esta tasa llegaba a 7,3 (n=223) por 100,000 trabajadores. La CSST atribuye este aumento a fallecimientos debidos a enfermedades relacionadas con la exposición al asbesto así como a accidentes de transporte y caídas. Los hombres cuentan por más del 99% de los decesos ocupacionales.

4.2 Limitaciones del uso de las estadísticas sobre accidentes y enfermedades profesionales

La tasa de accidentes y enfermedades profesionales es el indicador más frecuentemente utilizado para representar el grado de riesgo de los empleos para la salud y la seguridad de los trabajadores y trabajadoras. Sin embargo, este indicador adolece de ciertas limitaciones que debilitan su capacidad para reflejar la situación real en el campo de la salud ocupacional. En primer lugar, los datos concernientes a los accidentes de trabajo, que presentamos en las figuras 2 y 3 provienen del organismo encargado de la indemnización (CSST) y no reflejan el conjunto de lesiones profesionales sino únicamente las lesiones aceptadas por esta entidad para ser indemnizadas. En efecto, según un cálculo efectuado por el Instituto Nacional de Salud Pública de Québec, el número

²⁷ IRSST. Opération Jeune SST. Statistiques, en línea : <http://www.irsst.qc.ca/en/statistiques-profil-des-lesions.html>

de lesiones musculoesqueléticas asociadas al trabajo, se subestima en un factor de 5 en el caso de los hombres y de 8 en el caso de las mujeres (Stock *et al.*, 2003).

Cuatro razones pueden explicar esta subestimación:

- ciertas reclamaciones por lesiones profesionales son rechazadas por la CSST. Ciertos grupos (por ejemplo las mujeres) son discriminados a nivel de la aceptación de sus reclamaciones por los tribunales (Lippel, 1999) y es más difícil hacer reconocer ciertos tipos de lesiones (Lippel *et al.*, 1999). Por ejemplo, es más fácil hacer reconocer un accidente que una enfermedad profesional;
- muchos trabajadores y trabajadoras no se atreven a reclamar una indemnización, entre ellos los inmigrantes (Gravel *et al.*, 2006; Scherzer *et al.*, 2005), en parte por temor a perder su empleo o a tener problemas con la CSST;
- los trabajadores de Québec no necesitan declarar las lesiones profesionales a la CSST y afrontar las dificultades del proceso de reclamo para tener acceso a servicios de salud y muchos pueden recibir prestaciones de reemplazo del salario, provenientes de seguros privados de salario (ver punto 2);
- existen categorías de trabajadores no cubiertos, por ejemplo los trabajadores autónomos y en ciertos casos los trabajadores indocumentados.

Si los datos sobre las lesiones profesionales no representan bien la situación real, lo mismo pasa a nivel de la evolución de estas cifras. Esta evolución puede ser afectada por diferentes factores. Por ejemplo, la CSST puede cambiar sus políticas de apelación de las decisiones o puede ofrecer a los empleadores diferentes maneras de evitar la indemnización (sugiriendo a los empleadores la asignación de los empleados accidentados a otros puestos de trabajo o cambiando el método para calcular las primas que pagan los empleadores). Es importante señalar que la evolución del mercado de empleo puede también dar la falsa impresión de que las condiciones de seguridad de los empleos han cambiado. Así, si las lesiones más fácilmente reconocidas se concentran en ciertos empleos de la economía (por ejemplo en el sector manufacturero) y se encuentran menos en otros (por ejemplo los empleos de oficina), la evolución de las lesiones compensadas puede reflejar las tendencias del mercado de empleo tanto como las tendencias reales de aumento o disminución de las lesiones. Por ejemplo, el crecimiento del empleo en el sector de servicios y su disminución en el sector manufacturero, podrían provocar una disminución de las tasas de lesiones, solo porque relativamente pocos accidentes son reconocidos en el sector de servicios, sin que esto signifique necesariamente que se han dado progresos a nivel de la prevención.

Por estas razones, completamos los datos de las lesiones profesionales con las cifras disponibles sobre las ausencias por enfermedad que ciertos autores sugieren utilizar como indicador de salud ocupacional (Bourbonnais *et al.*, 2001).

4.3 Estadísticas sobre el ausentismo

La figura 4 muestra que el ausentismo laboral por enfermedad es mayor en el caso de las mujeres comparadas con los hombres. Constatamos también un aumento de este ausentismo tanto para los hombres como para las mujeres.

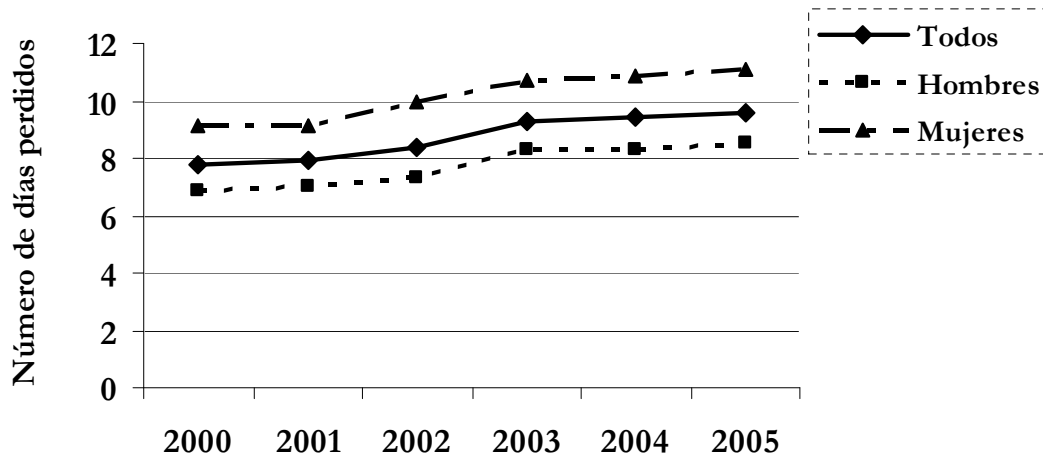


Figura 4 : Número de días perdidos por trabajador a causa de una enfermedad o de una incapacidad para el total de trabajadores quebequeses a tiempo completo contabilizados en la Encuesta de la población activa de Estadísticas Canadá (Fuente : Taux d'absence du travail 2005. 2005. Statistique Canada. N° 71-211-XIF).

Sin embargo, algunas de las mismas consideraciones arriba descritas se aplican también a este indicador y pueden contribuir a la subestimación de los problemas de salud laboral. La evolución del mercado norteamericano del empleo hacia empleos «atípicos»²⁸ (contratos de corta duración, empleo ocasional, etc.) y hacia la subcontratación (Lippel *et al.*, 2004) podría tener como consecuencia que cada vez menos trabajadores tengan derecho a tomar días por enfermedad remunerados, o que tengan temor de tomarlos. Además, para ciertas categorías de trabajadores y trabajadoras (por ejemplo : personal a tiempo parcial o en horarios irregulares) las ausencias por enfermedad pueden ser ocultadas por ausencias previstas o por arreglos internos del horario.

5. Experiencias desde los propios trabajadores

Las autoras no tienen datos sistemáticos sobre las luchas de las organizaciones sindicales en salud ocupacional. Sin pretender hacer un retrato de estas luchas, relataremos en este documento algunas experiencias ligadas a la colaboración de nuestro equipo de investigación de la Universidad de Québec en Montreal con las centrales sindicales de la provincia de Québec²⁹.

Esta colaboración (ver <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca/>) -una de las más longevas e interesantes en lo que concierne a la salud ocupacional- tiene como objetivo el reconocimiento de las exigencias y dificultades que las mujeres enfrentan en su trabajo con el fin de prevenir las enfermedades profesionales y los accidentes, de evitar la discriminación y de lograr un acceso justo a la indemnización (Messing y Seifert, 2001;

²⁸ Para mayores explicaciones ver el punto 7

²⁹ <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca>. Para más información sobre las actividades de salud ocupacional y de condición femenina de las centrales sindicales, ver las páginas web siguientes: <http://www.csn.qc.ca> por la CSN, <http://www.csg.qc.net> por la CSQ y <http://www.ftq.qc.ca> por la FTQ

Messing y Stellman, 2006). El programa de investigación comprende estudios que analizan, por una parte, las exigencias y dificultades que afectan la salud de las trabajadoras y, por otra parte, las prácticas y leyes que rigen la indemnización y la prevención en salud y seguridad en el trabajo.

Las investigaciones realizadas en el marco de esta colaboración permitieron: 1. corregir las situaciones problemáticas identificadas; 2. formar a los consejeros sindicales y a los miembros de los sindicatos; 3. sensibilizar a la población, al gobierno y a los funcionarios con poder de decisión a los problemas y a la discriminación que enfrentan las mujeres en el ámbito laboral; y 4. contribuir a nivel nacional e internacional a la elaboración de legislación, de políticas, de reglamentos y de prácticas que tengan en cuenta las especificidades del trabajo femenino.

El equipo universitario-sindical ha logrado realizaciones importantes: a nivel internacional, se publicó un libro sobre las experiencias de esta colaboración, gracias a los esfuerzos de la Agencia Europea por la Salud y la Seguridad en el Trabajo. El libro fue traducido en seis lenguas incluyendo el español (Messing, 2002). La OMS pidió que nuestro equipo preparara la ficha de información sobre la salud ocupacional de las trabajadoras (Fact Sheet) y una síntesis de estudios sobre la salud ocupacional de las mujeres (Messing y Östlin, 2006). Se publicaron por primera vez artículos que muestran que las trabajadoras sufren discriminación cuando piden indemnización (Lippel, 1999, 2001, 2003, 2005). A nivel nacional, se organizaron congresos y talleres sobre diferentes temas, por ejemplo, “Las Consecuencias Terapéuticas y Anti-terapéuticas de los Programas de Indemnización (2006)” y “Balance y Perspectivas Sobre la Salud de las Trabajadoras (1998)”, que dio lugar a un plan de acción sobre la salud de las trabajadoras retomado por varios grupos en Europa y América latina.

Además de las investigaciones realizadas en colaboración con las centrales sindicales y los organismos comunitarios que representan a los trabajadores y trabajadoras accidentados (Lippel *et al.*, 2005), nuestro equipo colaboró con la formación de los sindicalistas que representan a las víctimas de lesiones profesionales en las instancias de apelación para transmitir herramientas jurídicas pertinentes (Lippel, 2002; Lippel y Lefebvre, 2005), y sensibilizarlos a la importancia de tomar en cuenta las situaciones particulares a las que son confrontadas las trabajadoras.

Ciertas investigaciones contribuyeron a mejorar las condiciones de trabajo, por ejemplo, dos investigaciones (Seifert y Messing, 2006) realizadas con las trabajadoras de la limpieza en los hoteles. Los resultados fueron presentados en un taller que reunió a 150 trabajadoras provenientes de diferentes ciudades de la provincia de Québec y contribuyó a una movilización para mejorar las condiciones de trabajo. Ambas investigaciones contribuyeron a una reducción de la carga de trabajo en el contrato colectivo y al reconocimiento –en los criterios de atribución del trabajo- de aspectos importantes como el número de camas y de ocupantes de un cuarto.

6. Estudios de caso que ilustran la garantía o violación del derecho a la salud en el trabajo.

Con el fin de ilustrar las garantías y límites reales del derecho a un medio de trabajo sano, examinaremos la situación relativa a dos problemas de salud en crecimiento continuo a pesar de las garantías legislativas: los problemas musculoesqueléticos y los problemas de salud mental asociados a las condiciones de trabajo estresantes.

Los problemas musculoesqueléticos, son, hoy en día, las lesiones profesionales más costosas. En efecto, estos problemas representan 40% de los costos de reparación y 33% de las reclamaciones aceptadas (CSST, 2007). Sin embargo, se trata también de lesiones que son objeto de una importante sub-declaración de parte de los trabajadores y de una tasa de rechazo elevada de parte de la CSST. Es importante hacer notar que son las trabajadoras, más que los trabajadores, que enfrentan dificultades para hacer reconocer las enfermedades laborales relacionadas con el trabajo repetitivo (Lippel, 2003). A nivel de la prevención, no existen muchas disposiciones legales que tengan como objetivo específico prevenir los problemas musculoesqueléticos y el poder de los inspectores es restringido en la medida en que, para intervenir, deben apoyarse principalmente sobre el deber general de prevención del empleador. En otras provincias canadienses como Columbia Británica y Saskatchewan, el empleador tiene la obligación legal de analizar específicamente los riesgos de carácter ergonómico, obligación que no tiene su equivalente en la legislación de Québec (Lippel y Caron, 2004).

Las situaciones que afectan la salud mental de los trabajadores y trabajadoras parecen aumentar en Canadá (Dewa *et al.*, 2004). Todas las provincias canadienses prevén el derecho a recibir una indemnización por lesiones psíquicas que aparecen después de un incidente extremadamente estresante y circunscrito en el tiempo, pero Québec es una de las pocas provincias canadienses que aceptan indemnizar las personas ineptas al trabajo a causa de un problema de salud mental imputable a incidentes estresantes que ocurrieron en el trabajo de manera gradual (Cliche *et al.*, 2005; Lippel, 1997, en prensa). Además, en el 2004, el legislador quebequense puso en vigor la primera ley norteamericana que prohíbe el acoso psicológico en el trabajo (Lippel, 2005). A partir de ese momento, la ley dio lugar a miles de quejas por parte de asalariados sindicalizados y no sindicalizados, a pesar de que los fallos sobre el alcance de estas nuevas disposiciones sean aún poco numerosos. A pesar de que Québec se sitúa a la vanguardia de las otras provincias canadienses al reconocer los problemas de salud mental como lesiones profesionales, todo lleva a creer que el proceso para acceder a la indemnización es penoso, a tal punto que los asalariados dudan a la hora de ejercer sus derechos (Guberman y Côté, 2005). Y, por el lado de la prevención, no es sino recientemente que la CSST comenzó a formar equipos de inspectores especializados para investigar sobre los problemas de salud mental.

7. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

Varios factores pueden contribuir a deteriorar las condiciones de trabajo, particularmente de aquellas que están relacionadas con la salud ocupacional. Por una parte se constata, de manera general, una reconfiguración de las empresas y de la organización del trabajo, con el fin de promover una mayor flexibilidad interna y externa, características buscadas por los empleadores. Por otra parte, la liberalización de los mercados a nivel internacional provoca una competencia entre los regímenes nacionales de protección social y de regulación del trabajo (Salah M.M., 2001).

En el plano nacional, la reconfiguración de las empresas (Verge, 2003), la expansión de la subcontratación (Jalette, 2004) y de otras formas de externalización del trabajo y el desarrollo acelerado de formas de empleo «atípicas» (empleo por medio de agencias de trabajo temporal, trabajo por cuenta propia, a tiempo parcial, contratos de trabajo de corta duración, etc.), han generado una erosión de la protección de los trabajadores y trabajadoras. En el 2001, la frecuencia global del empleo atípico en Ca-

nadá y en Québec estaba cerca del 40% (Bernier *et al.*, 2003; Kapsalis y Tourigny, 2004). La atipicidad del empleo es uno de los múltiples factores (con los salarios bajos, la falta de representación colectiva, etc.) de la precarización creciente del trabajo en Canadá (Vallée, 2005; Vosko, 2006), precarización que afecta particularmente a ciertos grupos sociales como las mujeres, los jóvenes, y ciertos grupos etnoculturales (Vosko *et al.*, 2003; Zeytinoglu y Muteshi, 2000). Como efecto de la transformación del mercado de trabajo, la inadaptación de las protecciones legales en materia de salud ocupacional es un problema de importancia crucial en un número creciente de situaciones (Lippel, 2004a). A título de ilustración, en Québec como en otras partes (Echevarría Tortello, 2006; Johnstone y Quinlan, 2005), las agencias de trabajo temporal que juegan un rol en la reconfiguración del mercado de trabajo (Peck y Théodore, 2002), contribuyen a un deterioro de las condiciones de trabajo, de la salud y la seguridad laboral (Bernier *et al.*, 2003; Hébert *et al.*, 2003; Lippel, 2004b).

Los efectos de la liberalización del comercio se hacen sentir en varios sectores. A título de ejemplo, la industria de la confección, cuyo centro en Canadá ha sido históricamente Québec, perdió el tercio de su mano de obra entre el verano del 2002 y el invierno del año 2005, una pérdida de cerca de 18 000 empleos (Ministère des finances du Québec, 2005). La creciente competencia internacional ha contribuido a nivelar hacia abajo la reglamentación en varios sectores manufactureros que producen para la exportación (Grant, 2004; Ministère du travail du Québec, 2001; Tucker, 2004). La transnacionalización de las empresas en diversos sectores, provoca también una transnacionalización de las prácticas de gestión, contribuyendo a un aumento de la precariedad del trabajo y la deterioración de las condiciones de trabajo en ciertos sectores, como la industria de la comida rápida (Reiter, 2002). La liberalización del comercio a nivel de los servicios podría también, por ejemplo, estimular la llegada de empresas extranjeras de servicios de salud y conexos, lo que a su vez podría provocar una presión hacia una mayor privatización del sistema de salud canadiense y de los servicios conexos,³⁰ como los servicios personales a domicilio (Cyrus y Curtis, 2004; Hankivsky *et al.*, 2004; Ostry, 2001). Por lo tanto, una mayor privatización podría, por una parte, limitar el acceso de las personas económicamente vulnerables a los servicios de salud. Por otra parte, podría provocar una deterioración de las condiciones de trabajo de las personas (mujeres en su mayoría) que trabajan en este sector, dado que las condiciones de trabajo son actualmente mejores en el sector público que tiene una fuerte presencia sindical (Armstrong y Armstrong, 2005).

Referencias

- Armstrong P. y Armstrong H. 2005. *Public and Private: Implications for Care Work*. The Sociological Review 53 (2) : 167-187.
- Bernier J., Vallée G. y Jobin C. 2003. *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle : Rapport final*. Québec, Ministère du travail (en línea : www.travail.gouv.qc.ca).
- Bourbonnais R. y Mondor M. 2001. *Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec*. American Journal of Industrial Medicine 39: 194-202.
- Cliche B., Veilleux P., Bouchard F., Houpert C., Latulippe E., Cormier I., Raymond M.-P. 2005. *Le harcèlement et les lésions psychologiques*. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 364 pp.

³⁰ Esto dependerá de la posición tomada por el gobierno canadiense en las futuras negociaciones comerciales a nivel internacional y regional, así como de la apertura a la privatización de los servicios de salud y conexos a nivel nacional

- CSST. 2002. *Troubles musculo-squelettiques, ça coûte cher à tout le monde*. (en línea : www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/B438E5D5-DD57-47E8-AC32-2EB4C8898A27/296/dc_500_236.pdf)
- Cyrus T.L. y Curtis L.J. 2004. *Les accords commerciaux, le secteur des soins de santé et la santé des femmes*. Ottawa : Condition féminine Canada (en línea : www.swc-sfc.qc.ca).
- Dewa C., Lesage A., Goering P. y Caveen M. 2004. *Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace*. Health Care Papers 5(2): 13-26.
- Echeverría Tortello M. 2006. *Los riesgos laborales de la subcontratación*, Aportes al Debate no. 19. Departamento de Estudios, Dirección del Trabajo, Santiago de Chile. 67 pp. (en línea: <http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/article-89805.html>).
- Grant M. 2004. *Deregulating Industrial Relations in the Apparel Sector : The Decree System in Quebec* en J. Stanford et L. F. Vosko (Editores) *Challenging the Market : The Struggle to Regulate Work and Income*. Montréal/Kingston: McGill-Queen's University Press. pp. 135-150.
- Gravel S., Brodeur J.-M., Champagne F., Lippel K., Patry L., Boucheron L., et al. 2006. *Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles*. PISTES 8(2) en línea : www.pistes.uqam.ca.
- Guberman N. y Côté D. 2005. *Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles*. PISTES 7(2) en línea: www.pistes.uqam.ca.
- Hankivsky O. y Morrow M. con la colaboración de P. Armstrong, L. Galvin y H. Grinvalds. 2004. *Accords commerciaux, soins à domicile et santé des femmes*. Ottawa, Condition féminine Canada (en línea : www.swc-sfc.qc.ca).
- Hébert F., Duguay P. y Massicotte P. 2003. *Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec: Analyse par secteur d'activité économique en 1995-1997*. Montréal, Canada : Institut de Recherche Robert Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST).
- Jalette P. 2004. *Sous-traitance dans le secteur manufacturier : une comparaison Québec-Ontario*. Gazette du travail 6(4) : 76-90.
- Johnstone R. y Quinlan M. 2005. *The OHS Regulatory Challenges Posed by Agency Workers: Evidence From Australia*. Canberra: National Research Centre for Occupational Health and Safety Regulation (en línea: <http://www.ohs.anu.edu.au/publications/pdf/RJ.labour%20hire%20paper.pdf>).
- Kapsalis C. y Tourigny P. 2005. *La durée de l'emploi atypique*. L'emploi et le revenu en perspective 17(1) : p. 34 (en línea : www.statcan.gc.ca).
- Lippel K. 1997. *Indemnizaciones laborales y Estrés. Género y acceso a la cobertura*. Quadern Caps 26: 98-105.
- Lippel K. 1999. *Workers' compensation and stress: Gender and access to compensation*. International Journal of Law and Psychiatry 22: 79-89.
- Lippel K, Messing K., Stock S. y Vézina N. 1999. *La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif: rencontre des sciences de la santé et du droit*. Windsor Yearbook of Access to Justice XVII: 35-86.
- Lippel K. 2001. *Les agressions au travail: un même traitement pour les travailleurs et les travailleuses?* Recherches féministes 14(1) : 83-108.
- Lippel K. 2002. *La notion de lésion professionnelle*, 4ième édition. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 428 pp.
- Lippel K. 2003. *Compensation for musculo-skeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?* International Journal of Health Services 33(2) : 253-281.
- Lippel K. 2004a. *La protection défaillante de la santé des travailleurs autonomes et des sous-traitants en droit québécois de la santé au travail*. Santé, société, solidarité 2 : 101-110.
- Lippel K. 2004b. *Le travail atypique et la législation en matière de santé et sécurité du travail*. Développements récents en santé et sécurité du travail 201. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 307-383.

- Lippel K. y Caron J. 2004. *L'ergonomie et la réglementation de la prévention des lésions professionnelles en Amérique du Nord*. Relations Industrielles/Industrial Relations 59(2) : 235-272.
- Lippel K., Bernstein S., Messing K. 2004. *Travail atypique : Protection légale des conditions minimales d'emploi et de la santé*, rapport synthèse soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture dans le cadre du programme des actions concertées portant sur le travail atypique, la mutualisation du risque, la protection sociale et les lois du travail. Université du Québec à Montréal. le 31 mars 2004. 62 pages. (en línea : http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/recherche/archives/i_rapports.html)
- Lippel K. 2005. *Le harcèlement psychologique au travail : portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles*. PISTES 7(3) : en línea : <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a13.htm>
- Lippel K. y Lefebvre M.-C. 2005. *La réparation des lésions professionnelles : analyse jurisprudentielle*. Cowansville, Qc : Éditions Yvon Blais. 634 pp.
- Lippel K, Lefebvre M.-C., Schmidt C. y Caron J. 2005. *Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*. Service aux collectivités de l'UQAM. 64 pp. (en línea : http://www.juris.uqam.ca/dossiers/traiter_reclamation.htm)
- Lippel K. (en impresión). *L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail au Québec*. Santé, société, solidarité.
- Marshall K. 2003. *Les avantages de l'emploi*. L'emploi et le revenu en perspective/Statistique Canada 4(5) : 5-14.
- Messing K. y Boutin S. 1997. *La reconnaissance des conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail*. Relations industrielles/ Industrial Relations 52(2): 333-362.
- Messing K. y Seifert A.M. 2001. *Listening to women: Action-oriented research in ergonomics*. Arbete och Hälsa 17 : 93-104.
- Messing K. (dir) 2002. *El trabajo de las mujeres: Comprender para transformar*. Madrid: Catarata.
- Messing K. y Ostlin P. 2006. *Gender Equality, Work and Health : A Review Of The Evidence*. Geneva : World Health Organisation.
- Messing K. y Stellman J.M. 2006. *Sex, gender and health: the importance of considering mechanism*. Environmental Research 101(2):149-162.
- Ministère des affaires étrangères et du commerce international (MAECI a). 2006. *Septième rapport annuel sur le commerce international au Canada : Le point sur le commerce*. Canada : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux. p 26. (en línea : www.international.gc.ca/eet/trade/sot_2006/sot-2006-fr.asp#aiv19)
- Ministère des affaires étrangères et du commerce international (MAECI b). 2006. (sitio web : www.international.gc.ca.)
- Ministère des finances du Québec. 2005. *Le vêtement et le textile au Québec : Deux industries face à des défis considérables*. Études économiques, fiscales et budgétaires 1(4). 6 pp. (en línea : www.finances.gouv.qc.ca).
- Ministère du travail du Québec. 2001. *Évaluation de la pertinence de maintenir le secteur manufacturier dans le champ d'application de la Loi sur les décrets de convention collective*. Québec. 89 pp. (en línea : http://www.travail.gouv.qc.ca/publications/rapports/sect_manuf.pdf).
- Ostry A.S. 2001. *International Trade Regulation and Publicly Funded Health Care in Canada*. International Journal of Health Services 31(3): 475-480.
- Peck J.A. y Theodore N. 2002. *Temped Out? Industry Rhetoric, Labor Regulation and Economic Restructuring in the Temporary Staffing Business*. Economic and Industrial Democracy 23(2): 143.
- Reiter E. 2002. *Fast-food work in Canada: working conditions, labour law and unionization* en T. Royle y B. Towers (Editeurs) *Labour Relations in the Global Fast Food Industry*. London : Routledge. pp. 30-47.
- Salah M.M. M. 2001. *La mise en concurrence des systèmes juridiques nationaux : Réflexions sur l'ambivalence des rapports du droit et de la mondialisation*. Revue internationale de droit économique 3 : 251-302.

- Seifert A.M. y Messing K. 2006. *Cleaning up after globalization: An ergonomic analysis of work activity of hotel cleaners*. *Antipode* 38(3) : 557-577.
- Scherzer T, Rugulies R, Krause N. 2005. *Work-related pain and injury and barriers to workers' compensation among Las Vegas hotel room cleaners*. *American Journal of Public Health* 95: 483-488.
- Stock S., Tissot F., Messing K., Goudreau S. 2003. *Can 1998 Quebec Health Survey data help us estimate underreporting of Workers' Compensation lost-time claims for musculoskeletal disorders of the neck, back and upper extremity?* Libro de resúmenes, 2do congreso anual de la Canadian Association for Research in Work and Health. Montréal, Octubre 2003. p 68. (en línea: http://www.usherbrooke.ca/handicap/fr/congres/livrebreges_bookabstract_CARWH_2003.pdf)
- Tucker E. 2004. *Great Expectations Defeated ?: The Trajectory of Collective Bargaining Regimes in Canada and the United States Post-NAFTA*. *Comparative Labor Law and Policy Journal* 26: p 97.
- Vallée G. 2005. *Pour une meilleure protection des travailleurs vulnérables : des scénarios de politiques publiques*. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. 81 pp. (en línea : <http://www.cprn.org/fr/doc.cfm?doc=1193>).
- Verge P. (con la colaboración de S. Dufour) 2003. *Configuration diversifiée de l'entreprise et droit du travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Vosko L.F. (Editores.) 2006. *Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada*. Montréal/Kingston : McGill Queens University Press.
- Vosko L.F., Zukewich N. y Cranford C. 2003. *Le travail précaire : une nouvelle typologie de l'emploi*. *L'emploi et le revenu en perspective/Statistique Canada* 15(4) : p 17.
- Yalnizyan A. 2007. *The rich and the rest of us: The changing face of Canada's growing gap*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives. p 54.
- Zeytinoglu U. y Khasiala Muteshi J. 2000. *Gender, Race and Class Dimensions of Nonstandard Work*. *Relations Industrielles/Industrial Relations* 55(1) : p 133.

Situación en Uruguay



PIT-CNT, 1997, Plaza 1º de Mayo, Mártires de Chicago

**Departamento de Salud Ocupacional.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.**

Prof. Agdo. Dr. Fernando Tomasina, Asist. Dra. Nurit Stolovas, Asist. Dra. Elizabeth Chaves,
Posgrado Dra, Alicia Arroyo, Prof. Adj. Lic. Elizabeth Bozzo, Tec. Prev. Walter Miglionico

Introducción

1. Contexto económico, político y social (una página tamaño carta)

1.1 Características socio-demográficas

Uruguay tiene una población de 3.314.466 habitantes (1.601.024 hombres y 1.713.442 mujeres). Abarca un área de 318.413 km². Aproximadamente el 46% de la población se localiza en la capital del país, Montevideo, el 38% en el interior urbano, mientras que sólo 16% habita las zonas rurales. ⁽¹⁾

La pirámide poblacional muestra estancamiento en índices de natalidad y aumento de promedio de vida. ⁽²⁾

Desde el punto de vista demográfico se considera que existió un temprano proceso de transición demográfica, que no fue acompañada de desarrollo productivo en el país, impactando principalmente en los jóvenes. ⁽³⁾

1.2- Características económicas

La economía de nuestro país se basa predominantemente en el Sector Agropecuario. Ha habido crecimiento en la forestación y servicios, mientras que el sector industrial ha sufrido una fuerte retracción. ²

Durante las últimas décadas, en particular con el predominio de las políticas neoliberales, el país sufrió una importante desindustrialización.

La fuerte recesión económica, generó en los años 2001 al 2003, un descenso importante del ingreso promedio de los hogares.

En el año 2004, este ingreso comenzó a aumentar, tendencia que se ha mantenido en 2005 y 2006.

En cuanto a las personas que se encuentran en situación de indigencia y especialmente de pobreza, han descendido las cifras correspondientes al primer semestre de 2006 en comparación con los años anteriores. Esto se lo vincula con la recuperación de los ingresos y el empleo, no pudiendo aún llegar a los niveles de ingreso del año 2001. El ingreso de los hogares ya se presentaba con un marcado descenso desde el año 1998.

La recuperación económica ha sido mayor en el interior del país: en el primer trimestre 2006 comparado con el primer trimestre 2005, en la capital la mejora ha sido 13%, mientras que en el interior de 19%.

Cabe mencionar que el porcentaje de personas indigentes, entre 2001 -2004, aumentó en todo el país. Es desde el 2005, en que ha descendido, así como en el primer semestre de 2006. Esto se ha dado con mayor peso en la capital del país.

Sin embargo, la incidencia de la indigencia sigue siendo superior en Montevideo que en el resto del país urbano. ⁽⁴⁾

En el último trimestre del 2006, ha existido un crecimiento económico del 7%.⁽⁵⁾

El crecimiento del PBI desestacionalizado del último trimestre del 2006, aumentó en el 1% ⁽⁶⁾

1.3 Características sociales

Según un informe de la CEPAL, 2005, Uruguay posee el gasto social per cápita más alto de América Latina y también uno de los gastos más altos como porcentaje del PBI y como porción del gasto público total.

Cabe mencionar que “los recursos por habitante como el esfuerzo económico y fiscal que el país realiza en materia social se encuentran sin lugar a dudas entre los mayores de la región.

Asimismo, entre 1985 y el presente el gasto social primario en Uruguay ha presentado una tendencia claramente ascendente, rondando en la actualidad el 70% del gasto del Estado (CEPAL, 2005). A pesar de ello, pocos analistas y aun observadores atentos admitirían que el gasto social uruguayo se traduce en un satisfactorio sistema de políticas y protección social.”⁽⁷⁾

En Uruguay, desde que asumió el nuevo gobierno, se ha implementado el Plan de Emergencia, que apunta a la equidad, mejorando los salarios, bajando los índices de desocupación, mejorando las inversiones en la Rendición de Cuentas para obras, educación y salud ⁽⁸⁾

El Programa Trabajo por Uruguay está dirigido a protagonistas del PANES (Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social), que voluntariamente deseen participar, mayores de 18 años, desocupados y titulares del ingreso ciudadano (monto mensual en pesos uruguayos aproximadamente 1.400 ⁽⁹⁾

En Trabajo por Uruguay el promedio de presencia de mujeres es el 71% y existe una concentración importante de jóvenes que trabajan entre los 25 y los 35 años.

El 75% de los Protagonistas que integran el Plan de Emergencia son menores de 30 años y ahí se concentra la población más indigente y de mayor pobreza extrema y es donde están presentes problemáticas en el área de la nutrición y la educación. ⁽¹⁰⁾
⁽¹¹⁾

2. Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud en el trabajo

El Estado Uruguayo tuvo una fuerte impronta de protección al trabajador a principio del siglo veinte, en el marco del estado de Bienestar, en relación a legislación protectora de la salud del trabajador desde el año 1914, específicamente a través de la Ley 5.032/14 sobre accidentes y enfermedades del trabajo. En dicha ley se señala la responsabilidad de los empleadores en cuanto a la salud y seguridad de sus trabajadores, con un grado variable de cumplimiento de la misma.

Por otra parte el país ha ratificado diferentes convenios y o recomendaciones internacionales de la OIT, en relación a la salud de los trabajadores, pero con gran dificultad en su aplicación.

Cabe mencionar en particular, los convenios internacionales 148(medio ambiente de trabajo),155(Seguridad y Salud de los trabajadores)y 161(servicios de salud en el trabajo). Los convenios 148 y 155, han sido parcialmente ratificados en el decreto 406/88. Este se vincula con la seguridad e higiene en el trabajo, reúne por categoría diferentes riesgos posibles en los lugares de trabajo y plantea criterios generales de prevención. ⁽¹²⁾

Durante décadas, ha sido duramente cuestionado, los aspectos relacionados a la participación de los trabajadores. En los últimos dos años, con el nuevo gobierno, ha existido una fuerte apuesta de recrear espacios de negociación paritaria y o tripartita. ⁽¹⁾ Como muestra de esta voluntad, en la industria química, se ha reglamentado la formación de las comisiones de salud en el trabajo.

Con referencia a la reglamentación del Convenio Internacional N° 161, se destaca el impulso que dicha reglamentación tuvo en el marco de la construcción del sistema nacional de salud, que posteriormente desarrollaremos.

El país tiene un seguro de accidentes y enfermedad profesional, estatal y monopólica, ejercida por el Banco de Seguros de Estado (B.S.E), reglamentada por la Ley 16074, referida al Seguro de Accidentes de Trabajo y las Enfermedades Profesionales. Cuando en la década de los 90, imperaban las políticas neoliberales, existió una fuerte lucha por mantener el control estatal del seguro, en particular, por parte de la central de trabajadores.

En esta ley no contempla la universalidad del seguro, ya que hay sectores en particular de la administración central del Estado, que están excluidos de la misma

El enfoque de atención a la salud de los trabajadores que ha tendido históricamente el país es predominantemente curativo e indemnizatorio.

Atender y asistir al accidentado y o al enfermo de causa laboral es una prioridad, pero debería ir acompañado también de acciones de prevención y promoción en salud. Por otra parte las acciones de rehabilitación en general están limitadas a acciones de rehabilitación física sin el componente sociolaboral.

En la Ley 16.074, los accidentes del trayecto no son contemplados, salvo tres excepciones.

En el artículo 43 de dicha ley, se señala que “Serán obligatorios los exámenes preventivos de acuerdo al riesgo laboral: los pre-ocupacionales clínicos y paraclínicos específicos, los periódicos para los ya ingresados al trabajo, así como cualesquiera otros que determine el Poder Ejecutivo por vía de reglamentación de las leyes sobre prevención de enfermedades profesionales. El patrono que no exija al trabajador el cumplimiento de los exámenes a que se hace referencia en este artículo asumirá la responsabilidad del riesgo.”

Ha existido un vacío legal en relación a los exámenes periódicos hasta el año 2004. A partir de ese año, el Ministerio de Salud Pública definió tipos de exámenes y periodicidad de los mismos, según riesgos laborales (ordenanza 337/04).

3 . Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área

3.1 El trabajador que padece una enfermedad profesional o un accidente de trabajo, actualmente es asistido por el Banco de Seguros del Estado, quien presta asistencia médica y abona las indemnizaciones correspondientes, con independencia de que sus patronos hayan cumplido o no con la obligación de asegurarlos.

Así mismo la patología no considerada profesional es asistida en el resto del sistema sanitario, garantizada en algunos casos por la seguridad social, prestada tanto en el subsector de salud público como privado, que hoy se encuentra en plena reforma.

La actual reforma sanitaria encarada en el país recoge, en gran parte, la estrategia de APS. La misma se plantea como proceso, con:

- reorientación de los subsistemas, las instituciones y los recursos actuales;
- construcción colectiva entre actores del sistema de salud.

A su vez esta reforma supone la construcción de un Sistema Nacional de Salud Integral e Integrado, lo cual incluye: Cambio en el modelo de atención,(lógica de la estrategia en APS) ,cambio en el modelo de gestión; cambio en el modelo de financiamiento (Seguro Nacional).

El lugar de trabajo es un espacio privilegiado para actuar en salud. El desarrollo del primer nivel de atención es clave en la estrategia de APS . Es aquí donde sin duda juega un rol fundamental como ejecutor de las políticas en salud de los trabajadores los servicios de salud en el trabajo. La expresión servicios de salud en el trabajo designa unos servicios investidos de funciones esencialmente preventivas.

Los objetivos prioritarios que han orientado la primera etapa de la reforma, han sido:

- Fortalecer la atención en el primer nivel con una estrategia de APS, estructurado como sistema con base territorial, asegurando cobertura universal
- Gestar los instrumentos políticos y jurídicos de las transformaciones en el sistema de financiamiento y en la arquitectura del sistema institucional de salud: Sistema Nacional y Seguro Nacional.

Se elaboro durante el año 2006 un plan de reglamentación del convenio internacional 161 de la OIT, para efectores del subsector publico ,en el marco del Sistema Nacional de Salud ,el cual está en estudio para su implementación.

Cabe mencionar, que además, se ha confeccionado una propuesta de estatuto único del trabajador de la salud, que contempla la existencia de los servicios de salud y de las comisiones paritarias de salud en el trabajo.

Estamos convencidos que estrategias de capacitación y formación dirigidas a los trabajadores, son centrales en la generación de condiciones que favorecen la participación en salud.

En este sentido visualizamos como una fortaleza existente en el país, las diferentes acciones de capacitación de trabajadores en la temática de la salud y el trabajo, así como el conocimiento sobre diferentes técnicas de investigación participativas.⁽¹³⁾

4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud en el trabajo

4.1. Bloque de indicadores sobre estado de la salud en el trabajo

Hay dificultad de obtención de la información en forma centralizada si bien existe, se encuentra la misma de forma disgregada en diferentes instituciones, se destaca que en el último año ha existido disposición por parte de las diferentes autoridades (MTSS-IGTS, BSE, MSP) a facilitar dicha información.

Por parte existe un alto subregistro en particular de las enfermedades ocupacionales. La última publicación del BSE (2000-2001) no incluyo datos sobre las en-

fermedades profesionales y en general la información aportada son datos, escasamente procesados desde el punto de vista estadístico.

De los datos obtenidos del sistema de vigilancia epidemiológica del MSP, podemos aproximarnos a una categoría de enfermedad profesional, las zoonosis ocupacionales

Tabla 1- Distribución de las enfermedades profesionales, 2005 -2006, Uruguay ⁽¹⁴⁾

Año	Brucelosis	Carbunco	Fiebre Q
2005 (1)	5	4	22
2006 (2)	1	1	13

En cuanto a los accidentes laborales, la información es más abundante.

Tabla 2- Distribución global de los accidentes laborales 2000 -2006, Uruguay

Año	Numero total de accidentes	Numero de Ocupados	Tasa de incidencia
2001	26.825 (3)	1.076.200	25 x 1000
2002	Sin datos	1.038.300	
2003	24.613 (4)	1.032.000	24 x 1000
2004	30.156 (4)	1.098.900 ⁽⁵⁾	27 x 1000
2005	Sin datos	Sin datos	

Fuente (3) Fuente:

http://www.bse.com.uy/admriesgos/archivos/Analisis_de_siniestro_nro_15.pdf

Estimación del bienio (53650 accidentes laborales) (4) Comunicado del directorio del Banco de Seguros del Estado.

Tabla 3- Distribución de accidentes ocurridos en el bienio 2000-2001, Uruguay

Rama productiva 2000 - 2001	Numero total de accidentes
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	10.268
Explotación de minas y canteras	164
Industrias manufactureras	12241
Electricidad, gas y agua	1432
Construcción.	6897
Comercios, restaurantes y hoteles	7529
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	4488
Establecimientos financieros, de seguros, bienes inmuebles y servicios de asesoramiento a empresas	822
Servicios comunales, sociales y personales	9653
Actividades no bien especificadas	156.

Fuente: http://www.bse.com.uy/admriesgos/archivos/Analisis_de_siniestro_nro_15.pdf Estimación del bienio (53650 accidentes laborales)

Tabla 4.1- Distribución de accidentes mortales, tasas, según año, 2001-2005, Uruguay

Año	Accidentes mortales	Ocupados	Tasa de incidencia
2002	45	1.038.300	4,3 x 100 mil
2003	43	1.032.000	4,2 x 100 mil
2004	64	1.098.900+	5,8 x 100 mil
2005	51	Sin datos	4,6 x 100 mil (+)
Incapacidad			
2004	300		

Fuente (3) Fuente:

http://www.bse.com.uy/admriesgos/archivos/Analisis_de_siniestro_nro_15.pdf

Estimación del bienio (53650 accidentes laborales)

(+) fue tomado como denominador año 2004 de ocupados.

Según informe de la Inspección General de Trabajo y Seguridad Social (del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), en su memoria de ingreso de denuncias de accidentes según decreto 64/04. correspondiente al año 2005.

Se han registrado solamente 3255 denuncias. 54% Montevideo y 46% en el Interior del país.

Se distribuyen los mismo en : 22,2%: industrias manufactureras, 14,3 %: agricultura, ganadería, pesca y frigoríficos , 12 %: servicios personales y comunales públicos y privados (salud y anexos, de enseñanza, culturales de esparcimiento y comunicaciones, profesionales, técnicos, especializados), 11%: comercio y almacenes, 8 % construcción y 4,7% transporte.

Tabla 4.2. Indicadores tradicionales de población económicamente activa, porcentaje de empleo formal, independiente e informal, porcentaje de desempleo.

PEA	2001	2002	2003	2004
Urbano (%)	60,5	58,7	58,8	58,6
Ocupados				
<i>Global</i> ⁽⁵⁾	1.076.200	1.038.300	1.032.000	1.098.900 ⁽⁵⁾
<i>Hombres</i>				624.900 ⁽⁵⁾
<i>Mujeres</i>				474.00 ⁽⁵⁾
<i>Actividad</i> Ω				
Industria Manufacturera	14,5	13,5	13,7	14,0
Comercio-hoteles y Restaurantes	22,4	22,0	21,8	22,2
Transporte y telecomunicaciones	6,2	6,0	5,9	5,8
Servicios financieros e inmobiliarios	9,1	9,3	8,8	8,6
Servicios sociales y Comunales	34,5	36,2	37,5	37,0
	2001	2002	2003	2004
Empleo Informal				
Global				28.8 %+
Hombres				29,4% +
Mujeres				28,2% +
Tasa de desempleo				
<i>Edad (años)</i> Ω				
14-24	34,3	38,1	38,3	33,0
25-34	14,2	16,5	16,9	12,9
35-44	9,9	12,1	11,7	8,1
45-59	8,6	10,2	10,0	7,2
60 y mas	8,5	7,5	9,0	5,5
Tasa de empleo				
<i>Global</i> *	51,4	49,1	48,3	50,8
<i>Urbano</i>	51,6	47,6	49,8	51,3

http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/estad/uru/ind_gen.pdf (5) www.ine.gub.uy

Tabla 4.2. Coberturas de atención en salud en el trabajo:

INDICADORES	AÑO					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PEA						
Urbano	60,5	58,7	58,8	58,6	58,6	
Ocupados						
Global	1.076,2	1.038,3	1.032,0	1.098.900+	1.114.500+	
Hombres				624.900 +	620.100 +	
Mujeres				474.00 +	494.400 +	
Rural				159.829 *	170.359 *	171.838 *
Empleo Infor- mal						
Global				28,8 %+	26,3 %+	
Hombres				29,4% +	27,0% +	
Mujeres				28,2% +	25,6 % +	
Tasa de desem- pleo						
Hombres					9,5	
Urbano	15,3	16,9	16,9	13,1	12,2	
Tasa de empleo						
Global *	51,4	49,1	48,3	50,8	51,4	
14-19					16,9	
20-29					64,2	
30-39					77,5	
40-49					79,4	
50-59					70,6	
60 y mas					17,4	
Urbano	51,6	47,6	49,8	51,3	51,4	

* Fuente: <http://www.ine.gub.uy>

* Fuente: <http://www.mgap.gub.uy/opypa/ANUARIOS/Anuario06/docs/43%20-%20ocupaci%C3%B3n%20sector%20agropecuario.pdf>

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo

En el 2005 fue el año con menos conflicto en 10 años, según Luis Senatore ⁽¹⁾ mientras que en el año 2006, esa tendencia se revirtió.

Así mismo la afiliación al PIT-CNT (Central Única de Trabajadores) se duplicó.

El movimiento sindical celebró el retorno a los consejos de salarios, se derogó el decreto que habilitaba la desocupación de las empresas y se aprobó una ley de Libertades Sindicales. ⁽¹⁾

Según la opinión del coordinador del Departamento de Salud Laboral y Ambiental del PIT-CNT, Walter Miglionico: “La política de la nueva administración de gobierno, mantiene en general, con algunos cambios, la subordinación de las políticas de trabajo, el restablecimiento pleno del estado de derecho en el trabajo, a la política económico-financiera. Las medidas aisladas de Consejos de Salarios para los trabajadores que habían perdido el derecho de negociación colectiva, o la ley de libertad sindical, muestran con claridad lo endeble de la política de trabajo, aunque debemos reconocer que al menos existe. El sector agropecuario sin establecer el derecho

mínimo a la extensión de la jornada de trabajo, con violación de acuerdos en industrias y comercio y el sector estatal estancado en los salarios.”

Según su opinión : “Continúa el ocultamiento de la información y las inspecciones puntuales, sin un plan para todos los organismos estatales controladores involucrados. No se ha progresado en materia de tripartismo para el control y desarrollo de estas condiciones a que hacemos referencia, aunque se trabaja en ese sentido, como veremos en el punto 6.”

“Los representantes de las empresas, acostumbrados a décadas en las que impusieron su voluntad, se mantienen en la misma, cuestionando los intentos de avanzar en la temática debido a que consideran que aumenta los costos laborales, con excepciones que confirman esta regla. Tenemos varios casos de empresas recientemente instaladas en las cuales se ha privilegiado la creación de puestos de trabajo frente a las condiciones en que se realiza el mismo. Un problema muy preocupante es la cobertura en caso de accidentes y enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo, en Uruguay solo son reconocidas las enfermedades profesionales de la lista anexa al CIT 121 original o sea la lista de 29, no se ha adecuado la misma pese a nuestra insistencia y la OIT al respecto. El organismo que brinda esta cobertura es monopolio estatal y como defensores del mismo nos preocupa su gestión, que en este caso valoramos como incorrecta, ya que se rige por criterios comerciales alejados de su cometido social.”

“Al ser un problema que afecta a toda la sociedad, planteamos como necesidad impostergable la reflexión de toda ella, es interesante destacar que en plena discusión de un Sistema Nacional Integrado de Salud, un objetivo, plenamente compartible, del actual gobierno, de lo analizado no surge como será encarado el problema de la salud de los trabajadores. Esto nos lleva al problema de la relación Movimiento Sindical- fuerzas progresistas en el gobierno, el cual aparece como especialmente complicado. Para algunos hay un viento fuerte a favor, para otros tan solo un vientito, pero no se puede negar que es a favor en la mayoría de los casos y en consecuencia nos puede permitir avanzar. Pero, como sostenía Séneca; *“Para el navegante que no sabe hacia donde va, no importa desde donde sople el viento”*. Todo navegante sabe que tampoco alcanza solo con saber hacia donde se va, también es necesario saber orientar el aparejo para que las velas aprovechen ese viento y poder llegar a destino. “

El Movimiento Sindical manteniendo su independencia, debe valorar la posibilidad de recuperar conquistas perdidas y profundizar su exigencia de país productivo con justicia social. En el campo de la Salud Laboral y Medio Ambiente, de las condiciones sociales, técnicas y ambientales del trabajo esta perspectiva acerca la posibilidad de que se institucionalice la participación de los trabajadores en el diseño y gestión de la organización del trabajo, incluyendo no sólo el ambiente de trabajo, sino también su relación con el medio ambiente en general.

Analizar y estudiar con el objetivo de tomar acciones para revertir los efectos sobre nuestro estado de salud de esas condiciones implicar discutir y actuar sobre el como, para que y con que trabajamos. Las manifestaciones sobre nuestro estado de salud del proceso de trabajo no son ni castigo divino, ni obra de la fortuna, son consecuencia de las definiciones que se toman a la hora de establecer como se realiza ese proceso, definiciones en que pese a la legislación específica nacional, los avances de la ciencia y la técnica y las experiencias de otros países que han avanzado al respecto, pocas veces admiten la participación de los trabajadores. “

“El movimiento sindical de Uruguay tiene como característica el estar conformado por una sola Central, el **PIT- CNT. Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores**. Nacido en 1966 como CNT, ilegalizada durante la dictadura cívico – militar en 1975, durante 1979-1980 se aprovechó una norma de la dictadura para su reorganización, entonces se tomó el nombre de PIT, al recomponerse la democracia se produjo, bajo la consigna “**dos nombres un solo movimiento sindical**” la unión de ambos.

De acuerdo a datos de nuestro último Congreso (el IX desde la fundación de la CNT) nuclea aproximadamente entre un 16 y un 20 % de la población económicamente activa asalariada (en su época de auge la CNT nucleaba cerca del 35%). Nuestra central cuenta con una Secretaria de Salud y Medio Ambiente dividida en dos Departamentos, Salud Laboral y Medio Ambiente, que hace al tema que nos convoca y Salud que aborda los temas de los gremios y sindicatos del área”

6. Experiencias desde los propios trabajadores/as

En el punto 5, establecimos una serie de consideraciones, el eje central de las mismas es la participación de los trabajadores, no es posible admitir que quienes ponen su esfuerzo físico e intelectual en el trabajo, quienes exponen su estado de salud, su único “bien” sean excluidos de las definiciones de los procesos de trabajo, algo, marcado claramente por la ciencia, la técnica y la experiencia como imprescindible para revertir el actual estado de cosas. En este sentido nuestra Central ha llevado adelante, como mínimo, desde hace décadas luchar por la reglamentación de los Convenios Internacionales del Trabajo que garantizan, la definición de las condiciones de trabajo adecuadas (CIT 148), el control de las mismas por parte de los mismos trabajadores (CIT 155) y el monitoreo de cómo afectan las mismas y como deben ser cambiadas para evitarlos (CIT 161). En este sentido y gracias a su lucha los trabajadores de la Construcción (desde 1996) y la Química (desde el 2005) son los únicos que cuentan con algunos mecanismos legales (Comisiones bipartitas, delegados de Salud y Seguridad en el Trabajo) para asegurar su participación, en algunas actividades (metalúrgicos, empresas públicas) fue posible obtener estas conquistas pero no respaldadas por una Ley o reglamentación de alcance nacional si por acuerdos acordados en cada empresa. Esto determino que trabajáramos en el sentido de dar elementos para una lectura adecuada de la situación por la vía de un estudio realizado en el 2000, que llamamos **Trabajo y Salud hacia en Tercer Milenio**, en el mismo se buscó reseñar que había pasado en los diez años anteriores y como debíamos posicionarnos en el futuro. Material al cual se convocó a todas las instancias académicas que trabajan con sus naturales roles pero con idénticos propósitos que nosotros, preservar la Salud de los Trabajadores, el mismo sirvió y aún sirve como referencia en la actuación sindical. No es posible revertir la situación dramática que vivimos sin un análisis de la realidad, que sirva de herramienta para apoyar la reflexión y consecuente toma de conciencia de los trabajadores. En este sentido además de nuestra exigencia en todos los foros, encuentros, seminarios y congresos de la necesidad de mayor participación, nos enfrentamos a que la misma si no es potenciada con la adecuada formación de los trabajadores, una vez lograda se vera disminuida y acotada por carecer de ella. Así es que definimos y estamos llevando adelante una agresiva política de formación, desde el 2005 hemos realizado 47 instancias de capacitación de cuatro horas cada una por las cuales pasaron casi mil trabajadores, 9 instancias de 16 horas (para delegados) en las cuales participaron 157 trabajadores, se publicó un Manual específico para ellas y otros materiales. Hemos creado dos equipos de

trabajo específico en dos temáticas de importante relevancia, Acoso Psicológico en el Trabajo (Acoso Moral –Laboral) y Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Ámbito Laboral, ambos con la colaboración de la Universidad de la República, el segundo también con el apoyo de la secretaria del Poder Ejecutivo. Participamos como delegados de la Central de Trabajadores en el Consejo Asesor de la Inspección General del Trabajo en el mismo se acordó discutir la reglamentación del CIT 155, a punto de ser promulgada por el P. Ejecutivo, si bien no refleja todas nuestras aspiraciones y podemos sostener que es una reglamentación parcial, consideramos que es un avance al crear los ámbitos bipartitos por empresa y sectoriales para actuar. También se está participando en la Comisión tripartita de reglamentación del CIT 184 (Condiciones de Salud y Seguridad en el Agro) con avances muy lentos.”

7. Estudios de caso: Industria frigorífica en el Uruguay

La producción ganadera tiene una larga tradición en la historia del país aportando materia prima para la industria cárnica, textil y del cuero. Este desarrollo de la ganadería, llevó por sí mismo al desarrollo de la industria frigorífica que ha ido aumentando en los últimos años.

Los diferentes establecimientos frigoríficos se distribuyen generalmente en el sur del país, presentando diferentes niveles de inversión en los mismos.

Esta inversión está determinada generalmente por los estándares internacionales que se deben cumplir para poder exportar la carne, no estando acompañada la misma en cuanto a las condiciones en las que los trabajadores cumplen su labor.

Desde el punto de vista del empleo la industria frigorífica ocupa alrededor de 16000 trabajadores con un gran componente de mano de obra femenina.

En este ámbito se realizan diferentes procesos de trabajo cada cual con sus propios riesgos para la salud de los trabajadores.

En muchos casos incluye la matanza de los animales y la manufactura de una gran variedad de subproductos como ser diferentes cortes envasados, proceso de recuperación de descartes : tales como grasa, huesos, cabezas, sangre y vísceras.

Todos estos procesos requieren que los trabajadores realicen tareas que les exigen una gran carga física, en posición de pie, con movimientos repetidos de brazos y manos, lo que hace que este grupo de trabajadores presente problemas musculares, óseos y tendinosos.

Entre otros riesgos que se pueden asociar al trabajo son lesiones traumáticas, heridas, infecciones causadas por contacto con animales, estiércol o carne. Sordera, por exposición excesiva a ruidos de máquinas (sierras), animales y sistemas de ventilación. Agotamiento físico, producido por exposición a temperaturas extremas, humedad y olores desagradables, los cuales pueden causar discomfort.

Todo esto unido a una organización del trabajo en la cual se le exige al trabajador una cuota de producción, con un salario a destajo, el que más produce más cobra, sometiendo de esta manera a los trabajadores a una exigencia muy superior a sus capacidades.

Como otro elemento agregado muchos de los trabajadores pertenecen a empresas tercerizadas, con contratos de trabajo irregulares, no estando cubiertos por la seguridad social. Desde los Servicios de Salud de la Intendencia donde se encuentran

localizados varios de los frigoríficos, surgió la inquietud respecto a esta problemática, como respuesta a reclamos de los trabajadores.

En tanto esta situación se realizaron contactos con el Ministerio de Salud Pública, con la Facultad de Medicina a través del Dpto. de Salud Ocupacional, la Facultad de Veterinaria y la Central de Trabajadores PIT- CNT con el fin de acordar estrategias de intervención.

De esto surge una propuesta participativa, con la realización de talleres a nivel local, donde participaron autoridades de Salud locales pertenecientes a la Intendencia, al Ministerio de Salud, docentes de la Universidad y dirigentes sindicales, Esta instancia se realizó a través de una convocatoria abierta a los trabajadores y sus familias, concurriendo algunos de ellos.

En dichos talleres, se realizó primero una charla donde se expusieron los riesgos identificados en la industria, luego de lo cual se realizaron preguntas disparadoras para discusión entre los trabajadores sobre su propia percepción de las condiciones de trabajo y que soluciones plantearían para la mejora de las mismas. En este espacio de reflexión e intercambio de saberes, surgieron algunas propuestas de cambio.

Se realizó la evaluación médico ocupacional de los trabajadores a cargo del Dpto Salud Ocupacional de Facultad de Medicina-

Partiendo de los planteos, y viabilizando la defensa de los derechos laborales, los trabajadores que anteriormente no estaban organizados sindicalmente, se agruparon formando el sindicato de la carne..

Como conclusiones positivas podemos decir que este proceso involucró varios actores, entre ellos y fundamentalmente la participación de los propios trabajadores como eje principal, quienes fueron los que analizaron sus propias condiciones y medio ambiente de trabajo y plantearon las soluciones en conjunto con los técnicos .

8. Cambios en el mundo del trabajo, globalización y salud en el trabajo

La precarización laboral, alimentada durante mas de 30 años en el marco de políticas neoliberales, en gran medida facilitadas por el desempleo, a manera de chantaje social, ha determinado condiciones de trabajo poco saludables, que hoy es parte del desafío a revertir, en el marco del nuevo gobierno.

Entre 1998-2002 la pobreza aumentó un 45%, con un incremento particularmente relevante en el último año (30%). La pobreza es mayor cuando se mide en personas que en hogares, ya que mientras en los hogares no pobres el promedio de personas es de 3,1, en el caso de los hogares pobres dicho valor llega a 4,8.

También la desocupación es mayor en las familias pobres.

La caída muy importante de los salarios reales, el aumento de la desocupación y el cierre de empresas, profundizó la recesión y llevó al aumento de la pobreza

La sociedad uruguaya pasó de tener 532 mil personas en situación de pobreza a casi 800 mil personas. ⁽¹⁵⁾

Podríamos afirmar que las estrategias neoliberales para la mayor extracción del valor , han tenido como resultados en el mundo del trabajo: la precarización de las relaciones laborales, la externalización de los riesgos laborales, tercerización, debili-

tamiento de las funciones del Estado en cuanto a regulador de las siempre desiguales relaciones entre el trabajador y el empleador.

A manera de ejemplo de los antes mencionado, la exposición a pesticidas sin ningún criterio de seguridad, a lo cual han sido expuestos frecuentemente los trabajadores rurales en su condición de zafrales.

La extensión de modelos de producción segmentada con externalización de parte del proceso productivo realizado en pequeños talleres cuasi familiares, sin los controles ambientales correspondientes.

Externalización, que en definitiva es también una externalización del riesgo, procesos productivos sucios muy contaminantes se dan a terceros como forma de disminuir costos vinculado a las acciones en salud y seguridad en el trabajo.

La creciente pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores está afectando claramente el espacio de consumo y constituye de por sí otro determinante negativo para la salud de los trabajadores (caída en el salario de los trabajadores tanto en el sector público como en el privado).

Esta marcada tendencia se ha comenzado a revertir de acuerdo a los últimos datos estadísticos, existiendo una fuerte apuesta al combate contra el trabajo informal demostrado en el crecimiento de la capitación en la seguridad social.

9. Escenario futuro.

Crear condiciones que faciliten el control social de los determinantes de la salud y el trabajo es central.

Los trabajadores a través del Departamento de Salud Laboral y Ambiental del PIT-CNT reclaman el derecho a conocer, participar y controlar las acciones para la defensa de su salud, sin embargo en la normativa vigente no se contempla la real participación de este sector social.

Existe además una histórica vinculación de trabajo entre el espacio sindical y el académico, en particular con la Universidad de la República, en cuanto a la acción por la defensa y la dignificación de las condiciones de trabajo.

Consideramos indispensable, no solo el cumplimiento de la normativa vigente sino también incorporar un espacio que concentre los recursos para facilitar el desarrollo de políticas en salud de los trabajadores, porque en definitiva los problemas de la salud ocupacional son los problemas de la salud pública de un colectivo particular la de la fuerza laboral de un país.

En tanto los cambios socio políticos del país, con el encare de una reforma en el sistema de salud en donde se jerarquiza la atención primaria, con una reorientación hacia la promoción y prevención en salud, la salud de los trabajadores debe estar necesariamente inserta.

Por lo que es necesario, oportuno y viable :

a) crear un centro de referencia para los distintos actores en el área de la salud y trabajo (institucionales, profesionales y sociales) que sea generador de información y o recursos calificados, que puedan ser utilizados por quienes toman las decisiones.

Que actúe como centro catalizador y optimizador de recursos y de sinergias en el ámbito del conocimiento, para la elaboración de diagnósticos y propuestas de mejora en el ámbito de la salud de los trabajadores. En el marco de una red de colaboradores en salud y trabajo.

b) Continuar desarrollando políticas en salud de los trabajadores con énfasis en la formación de promotores en salud ocupacional, en los diferentes sectores productivos y centros laborales. Estos promotores tendrán como rol además de informar-formar la evaluación de las condiciones de trabajo, seguimiento de eventos adversos y de las medidas que se implementen para lograr un trabajo saludable.

c) Continuar desde la Universidad el camino ya emprendido:

c-1) en la formación de recursos humanos especializados en el área.

c-2) incorporar en la formación de las diferentes profesiones, la orientación en salud ocupacional.

c- 3) Acrecentar la interdisciplinariedad en el enfoque de la salud ocupacional fortaleciendo la Red Universitaria del Mundo del Trabajo.

Continuar con la formación de promotores a nivel Universitario, apoyar la creación de las comisiones de Salud de los Trabajadores y fortalecer el rol de los promotores ya formados.

Desde el órgano rector en salud, Ministerio de Salud Pública, continuar con el desarrollo y fortalecimiento, del Dpto. de Salud Ambiental y Ocupacional, en caminado a la reorientación de políticas en el marco de la salud pública.

Bibliografía

1. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2006/uruguay%20en%20cifras%202006.htm>
- 2- 1er. Taller Nacional de Coordinación de Acciones en Salud Ocupacional - Octubre/2000
3. <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro58/ii/i/index.htm>
4. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Informe%20pobreza%20y%20desigualdad.pdf>
5. http://www.cuestaduarte.org.uy/home/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=1
6. http://www.cuestaduarte.org.uy/home/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=1
- 7- Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado por Fernando Filgueira (coordinador), Federico Rodríguez, Claudia Rafaniello, Sergio Lijtenstein y Pablo Alegre A la memoria de Carlos H. Filgueira (1937-2005) Prisma 21 / 2005
8. <http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2007/01/2007011105.htm>
9. http://www.presidencia.gub.uy/web/MEM_2006/MIDES.pdf
- 10- <http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2007/01/2007011105.htm>
- 11- <http://www.presidencia.gub.uy> (Memoria 2006)
- 12- 1er. Taller Nacional de Coordinación de Acciones en Salud Ocupacional - Octubre/2000 Página 23 de 43
13. La experiencia y perspectiva del Ministerio de Salud del Uruguay en la incorporación de la salud laboral dentro de la atención primaria de la salud. Dr. Fernando Tomasina. Presentado en la IV Semana argentina en Salud y Seguridad en el trabajo (24 al 27 de Abril de 2007) Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina

14. www.msp.gub.uy Casos notificados confirmados hasta la semana epidemiologica 52 (año 2005) Fuente MSP,
Casos notificados confirmados desde el 1 de Enero de 2006 HASTA el 29 de julio de 2006 (Sepi 27 a 30)
Fuente MSP
15. Daniel Olesker , Instituto Cuesta Duarte