

**COMUNIDAD
ANDINA**
CONSEJO CONSULTIVO
LABORAL ANDINO



INSTITUTO LABORAL ANDINO

"Al servicio de las trabajadoras y
trabajadores de la Región Andina"

SALUD LABORAL: UN RETO PARA LA REGIÓN ANDINA EN EL SIGLO XXI

**MEMORIA DEL PRIMER SEMINARIO
REGIONAL ANDINO DE SALUD LABORAL
Y MEDIO AMBIENTE**

(Lima, 27- 29 de abril de 2005)

ADVERTENCIA

La manera de usar un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres aún no ha conseguido un acuerdo entre los lingüistas. En tal sentido, con el fin de evitar la sobrecarga lingüística y gráfica que supondría utilizar en español o/a y os/as para marcar la existencia de uno y otro sexo, hemos optado por utilizar el clásico masculino genérico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres, indistintamente.

© Instituto Laboral Andino (ILA)

Depósito legal: 2005-5170

Documento elaborado por el Instituto Laboral Andino (ILA) con el aporte de las Centrales Sindicales que conforman el Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA), como actividad y fruto del proyecto "Fortalecimiento sindical desde la salud y el medio ambiente, en el marco de la Integración de la Región Andina".

Producción Gráfica: Dezain Grafic E.I.R.L.
Telefax: 561-0681

Corrección de estilo: Francesco Pini R.

Diseño Gráfico: Maco Vargas
Celular: 9818-5665 - 2712450

Primera Edición, Junio de 2005.

ÍNDICE

Presentación. <i>Carlos Ortiz.</i> Director General del Instituto Laboral Andino (ILA).	5
--	---

PRIMERA PARTE

1. “La experiencia de la salud laboral en los procesos de integración de la Comunidad Andina y del MERCOSUR”. <i>Juan Carlos Hiba.</i>	7
2. “La experiencia de la salud laboral en la Unión Europea y España en particular”. <i>Rafael Gadea,</i> ISTAS/CCOO España.	25
3. “El asbesto: un riesgo para la salud ambiental y regional”. <i>Eva Delgado,</i> AFA.	37
4. “La normativa comunitaria andina en salud laboral”. <i>Estela Ospina,</i> ILA.	51

SEGUNDA PARTE

5. La situación de la salud laboral en Bolivia, desde la COB.	59
6. La situación de la salud laboral en Colombia, desde la CUT, la CTC y la CGT.	65
7. La situación de la salud laboral en Ecuador, desde la CTE, la CEOSL, y la CEDOCUT.	76
8. La situación de la salud laboral en el Perú, desde la CGTP, la CUT, la CTP y la CATP.	82
9. La situación de la salud laboral en Venezuela, desde la CODESA, la UNT, la CUTV, la CGT y la CTV.	67



PRESENTACIÓN

Me corresponde el honor de hacer la presentación del primer libro publicado por el Instituto Laboral Andino (ILA) sobre la temática de la salud laboral.

El Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA), como parte del Sistema Andino de Integración (SAI), tiene como objetivo central la defensa de los derechos de los trabajadores y las trabajadoras en el marco del proceso de integración andina, para lo cual ejecuta diversas iniciativas. El Instituto Laboral Andino (ILA), que es su órgano técnico, viene gestionando la iniciativa sobre la temática de la salud laboral y el medio ambiente.

Este libro resume las ponencias presentadas en el “I Seminario Regional Andino de Salud Laboral y Medio Ambiente”, realizado en la ciudad de Lima durante los días 27, 28 y 29 de abril del 2005, en el marco de las celebraciones del “Día Internacional de la Seguridad y Salud en el Trabajo”. El Seminario y la presente publicación son actividades consideradas en el Proyecto de *“Fortalecimiento Sindical desde la Salud Laboral y el Medio Ambiente, en el Marco de la Integración de la Región Andina”*, que viene ejecutando el Instituto Laboral Andino, órgano técnico del CCLA, con el apoyo de la fundación Paz y Solidaridad de CC.OO. y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Es importante resaltar la activa participación de los dirigentes y las dirigentes de todas las centrales sindicales que conforman el Consejo Consultivo Laboral Andino en este evento, que permitió el protagonismo de las organizaciones sindicales en un tema de especial importancia para el movimiento sindical como lo es la salud laboral, así como un avance inicial en lo relativo al medio ambiente.

Como lo recordó la representante de Venezuela, el tema de la salud laboral permaneció con un “perfil muy bajo desde el Primer Congreso de Riesgos Profesionales de la Comunidad Andina, realizado en Medellín en noviembre del año 2000”. Ahora, ya en el año 2005, la realización del “I Seminario Regional Andino de Salud Laboral y Medio Ambiente” y la publicación de lo actuado en él permiten reconocer un nuevo perfil, mucho más esperanzador, en un tema de tanta importancia para nuestro movimiento sindical como es la defensa de la salud y la vida en el trabajo.

Carlos Ortiz
Director General
Instituto Laboral Andino (ILA)



* PRIMERA PARTE *

DESAFÍOS DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO EN EL MERCOSUR Y LA COMUNIDAD ANDINA

Juan Carlos Hiba*

1. Situación social de América Latina

América Latina es el subcontinente más desigual del mundo. Kliksberg (2004) señala que si bien África es más pobre que América Latina, ésta es más desigual que África, ya que tiene la peor distribución de su ingreso¹. Ese autor describe la situación de nuestro subcontinente con estas cifras:

- El 5.0 por ciento de su población con altos ingresos es una de las más ricas del mundo.
- El 5.0 por ciento de la población latinoamericana con mayores ingresos tiene concentrado 25 por ciento del ingreso nacional. América Latina es el líder absoluto.
- El 30 por ciento que constituye la población más pobre de América Latina tiene 7.5 por ciento del ingreso nacional, lo que constituye la mayor brecha social en todos los países del mundo.
- La desigualdad empeoró en América Latina en las últimas dos décadas, destacándose el caso de Brasil, donde el 20 por ciento más rico de la población es dueño del 55 por ciento de toda la riqueza del país.
- Brasil es el penúltimo país más desigual de todo el mundo y en Guatemala el 5.0 y 6.0 por ciento de los ricos es el dueño de 50 por ciento del ingreso.
- El 44 por ciento de los latinoamericanos está en la línea de la pobreza, uno de cada dos es pobre, pero en Centroamérica la situación es peor todavía.
- A excepción de Panamá y Costa Rica, el 70 por ciento de los centroamericanos es pobre.

*Director de la Carrera de Postgrado en Higiene y Seguridad del Trabajo, Universidad Nacional de Rosario - Argentina.

¹Kliksberg, B. 2004. *Más ética, más desarrollo*. Buenos Aires. Temas Grupo Editorial, 2004.

2. Situación laboral de América Latina

¿Cuál es el contexto laboral en que se encuentra América Latina? Una descripción resumida de su situación se puede apreciar mediante estos descriptores:

- Existen niveles de empleo, subempleo y desempleo; y de educación y de salud en todos los países de la región que son preocupantes.
- La región cuenta con un sector informal significativo en el que cerca del cincuenta por ciento de los trabajadores están dentro de él y que no tienen protección social.
- Se observa desde hace por lo menos dos décadas una fuerte flexibilización de las relaciones laborales que ha llevado, entre otros aspectos a una precarización de los contratos de trabajo.
- Existen grandes dificultades para prevenir y controlar los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en todos los sectores productivos. El siguiente cuadro muestra una estimación de los accidentes mortales y no mortales en América Latina y el Caribe.
- Se aprecia una mayor visibilidad de factores psicosociales en los lugares de trabajo: estrés, violencia, alcohol y drogas, tabaquismo, VIH/SIDA.
- Hay reducciones o limitaciones de la capacidad de acción y cobertura de los servicios de inspección del trabajo en las zonas alejadas de las grandes ciudades de la región.
- El registro de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales está limitado al sector formal de la economía.
- Existen limitaciones reales en el cumplimiento de las políticas nacionales y departamentales en seguridad y salud en el trabajo y en condiciones de trabajo.

La situación de la región desde el punto de vista de la seguridad y la salud en el trabajo puede apreciarse, entre otros indicadores, en el notable subregistro de accidentes mortales y no mortales que existe en las agencias gubernamentales responsables de llevar esos datos de manera actualizada, veraz y completa.

Cuadro 1.
Estimación de accidentes mortales y no mortales
en América Latina y el Caribe, año 2004

Población económicamente activa	Empleo total	Accidentes mortales estimados por OIT	Accidentes mortales informados a OIT	Accidentes estimados, +3días	Total de accidentes informados a OIT
219 millones	192 millones	39.372	2.009	30 millones	776.938

Fuente: OIT. *La prevención. Una estrategia global. Informe de la OIT para el Día mundial sobre la seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra, 2005.

En síntesis, la seguridad y la salud en el trabajo y sus especialistas tienen ante sí grandes desafíos para tratar de asegurar que los trabajadores y las trabajadoras cuenten con buenas condiciones de trabajo. Si bien es cierto que la responsabilidad de un mejoramiento sostenido dependerá de manera principal de las políticas nacionales que adopten y que ejecuten las agencias competentes, los profesionales pueden y deben contribuir de manera significativa a ese proceso de mejoramiento desde las funciones que desempeñen en sus ámbitos de actuación.

3. Los peligros de la transferencia de tecnología hacia los países en desarrollo

América Latina ha sido, tradicionalmente, receptora de tecnologías provenientes de los países más desarrollados. Dichas importaciones no han sido neutras para la salud de los trabajadores. Las trasposiciones han afectado de diversa manera la calidad del trabajo. Es posible que en la medida que los procesos de globalización se profundicen y no se controlen, dichos efectos continúen agravando su salud². Este es, por lo tanto, un llamado de atención a las autoridades involucradas en esas importaciones de tecnología.

Veamos qué es lo que ocurre en los países exportadores de tecnología. En 1991, Lawrence Summers, quien fue posteriormente Secretario del Tesoro del Presidente Bill Clinton y es ahora Presidente de la Universidad de Harvard, se desempeñaba como economista principal del Banco Mundial. En un memorándum interno, Summers demostró que el Banco debía alentar a las industrias contaminantes a mudarse a los países más pobres

²Para un tratamiento adecuado de la importación de tecnologías desde los países desarrollados, véase: OIT. *Seguridad, salud y condiciones de trabajo en la transferencia de tecnología a los países en desarrollo*. Ginebra, 1988.

del planeta. La razón escribió Summers - era que *"la medida de los costos de la contaminación causante de enfermedades depende de los costos previstos por un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Desde ese punto de vista, una cierta cantidad de contaminación causante de enfermedades debe hacerse en el país con el costo más bajo, que será el país con los menores salarios. Creo que la lógica económica de descargar basura tóxica en el país donde existen los salarios más bajos es impecable y debemos encararla."*³

4. La globalización y el trabajo decente

La globalización del comercio y de las inversiones han generado algunas oportunidades económicas para el desarrollo de los países y personas que están mejor preparados. Sin embargo, hay pocos beneficiados. A pesar de los avances en los procesos de globalización de las economías, o quizá como consecuencia de ellos, en los países en vías de desarrollo se observa en términos generales - un aumento del desempleo, y la inseguridad por la falta de él genera incertidumbre y marginación. Por falta de gobernanza⁴ de la globalización, el progreso social se ha quedado atrás respecto del avance de la economía y del comercio mundializados.

¿Cuáles son las consecuencias de una falta de gobernanza de la globalización? Juan Somavía lo señala de esta manera: *"A menos que la mayoría de la gente sienta que está beneficiándose de la nueva economía global, ésta será vulnerable a la conflictividad social"*.⁵

A estos efectos, resulta importante recordar que la relevancia de la humanización del trabajo fue descrita por la OIT en estos términos: *"Si cualquier nación no adoptare un régimen de trabajo realmente humano, esta omisión constituiría un obstáculo a los esfuerzos de otras naciones que deseen mejorar la suerte de los trabajadores en sus propios países"*.⁶

Somavía, por otra parte, señala que *"El trabajo decente es el punto de convergencia de nuestros cuatro objetivos estratégicos: la promoción de*

³Chomsky, Noam. *Derechos humanos sólo para pocos*. En: "Clarín", Buenos Aires, 17 abril de 2005.

⁴Gobernanza: "Arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía." (*Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. 22ª ed., 2001).

⁵Somavía, J. *Mensaje del Director de la OIT a la Conferencia Internacional del Trabajo*. Ginebra, 2000.

⁶Preámbulo de la *Constitución de la OIT*, 1919.

los derechos fundamentales en el trabajo; el empleo; la protección social y el diálogo social”.

¿Cuáles son las principales características que describen al trabajo decente? Según el Director General de la OIT, el trabajo decente es sinónimo de un trabajo productivo y libremente elegido; es un trabajo que cuenta con la protección de los derechos fundamentales de los trabajadores, con ingresos y con una protección social adecuados, y que es un trabajo sin riesgos.

Según Somavía, si le preguntáramos a la gente que entiende por un trabajo decente, respondería que es un trabajo que permite *“educar a mis hijos y formar una familia en condiciones de estabilidad, seguridad y salud; ser tratado como ser humano; alcanzar una jubilación”.*

Desde la perspectiva de esa definición, resulta evidente que la gran mayoría de la población mundial no cuenta con un trabajo decente. De manera que existe un déficit de trabajo decente y que si queremos hacer realidad la defensa de los derechos fundamentales de los trabajadores es necesario reducir el déficit del trabajo decente. En ese sentido, Somavía hace hincapié en que *“en las dos últimas décadas, los países y las instituciones internacionales han puesto un empeño especial en la reducción de sus déficit presupuestarios. Ahora creemos que ha llegado el momento de concentrar sus esfuerzos en la reducción del déficit del trabajo decente”.*⁷

5. La convergencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo en América del Sur

Los procesos de integración que se están observando en América Latina, en particular, el caso de MERCOSUR y de la Comunidad Andina, muestran que existe - desde el punto de vista que nos interesa - una tendencia hacia la convergencia de las disposiciones que regulan la seguridad y la salud en el trabajo en los países miembros. Presentaremos una retrospectiva, en primer lugar, del proceso de convergencia de la seguridad y la salud en el trabajo en los países del MERCOSUR. Un cronograma del desarrollo de ese proceso de convergencia muestra los siguientes hitos:

⁷Somavía, J. *Reducir el déficit de trabajo decente: un desafío global*. Memoria del Director General a la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, OIT, 2001.

- 1991 - Creación del Subgrupo 11: Asuntos laborales.
- 1992 - Modificó su nombre: Relaciones del Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Dentro de este subgrupo fue creada la Comisión 5 “Seguridad, Salud e Higiene en el Trabajo”.

A lo largo de 1993 y 1994 se llevaron a cabo varias reuniones, que se resumen a continuación:

1ª Reunión, 23 y 24 de marzo de 1993 São Paulo - Brasil

La reunión trató los siguientes temas:

- Programas de seguridad y salud en el trabajo.
- Edificios y Locales de Trabajo.
- Equipamientos y Maquinarias.
- Seguridad y salud en el trabajo frente a los riesgos físicos, químicos y biológicos.
- Ergonomía.
- Equipamientos y Protección.
- Actividades y organización de los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Instalaciones.
- Sectores de Alto Riesgo y Área Rural.
- Protección Especial (mujeres, menores y discapacitados).
- Estudio comparado de las legislaciones en seguridad y salud en el trabajo.

2ª Reunión, 10 y 11 de agosto de 1993 Montevideo, - Uruguay

En esta reunión se discute el estudio comparado realizado.

3ª Reunión, 10 y 11 de mayo de 1994 Montevideo - Uruguay

En esta reunión la CUT presentó una propuesta de “Directiva Marco” sobre seguridad y salud en el trabajo que fue elevada al Plenario del SG-11, pero no fue aprobada por los Coordinadores Gubernamentales.

4ª Reunión, 29 y 30 de agosto de 1994 Montevideo - Uruguay

En esta reunión se debían definir las áreas de actividad con mayor intercambio para dar prioridad en el estudio de asimetrías.

6. La Segunda fase de la Seguridad y Salud en el Trabajo en el MERCOSUR

Un hito importante en el proceso de convergencia ha sido la Declaración socio-laboral del MERCOSUR, que fue adoptada en Brasilia, en diciembre de 1998. En ella se acordó la necesidad de asegurar la convergencia en seguridad y salud en el trabajo y en inspección del trabajo. Dicha Declaración promovió la implementación de acciones en esas materias y creó la Comisión III sobre Seguridad y salud en el trabajo, Seguridad social e Inspección.

¿De qué manera se ha estado gestionando los avances en las disposiciones reglamentarias sobre seguridad y salud en el trabajo en las reuniones del MERCOSUR? La gestión de las Comisiones la tienen los países donde se realizan las reuniones, que son los países que tienen asignada la presidencia "pro-témpore" del MERCOSUR. Por otra parte, las reuniones son tripartitas y se convocan aproximadamente cada 6 meses.

Las siguientes reuniones de la Comisión sobre Salud y Seguridad abordaron los siguientes temas

- Intercambio de informaciones sobre legislaciones recientes.
- Creación de un banco de datos comunes en materia de seguridad química.
- Realización de operativos conjuntos en el sector rural, la producción y distribución de energía y en los sectores químico y petroquímico.
- Elaboración de un documento base.
- Investigación sobre las condiciones de trabajo en el transporte.

El documento más valioso en estas materias adoptado por los países miembros en 2002 es el Documento MERCOSUR sobre Seguridad y salud en el trabajo. A continuación se reproducen todos sus artículos.

Artículo 1º - Todos los Estados Parte deben velar para que este documento sea aplicado en sus territorios.

Artículo 2º - Todos los Estados Parte deberán, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores, formular, planificar, implementar, controlar y evaluar periódicamente, un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo, que garantice una mejora continua de las condiciones y medio ambiente de trabajo.⁸

⁸El subrayado en este artículo y en los siguientes es de este autor y no figuran en la versión original del Documento.

Artículo 3º - Las instituciones gubernamentales responsables por el sistema de seguridad y salud en el país deberán crear canales permanentes de consulta con las representaciones de trabajadores y de empleadores que permitan su participación efectiva en la elaboración e implementación de políticas nacionales de condiciones y medio ambiente de trabajo.

Artículo 4º - El sistema de seguridad y de salud deberá disponer de mecanismos de notificación obligatoria de los accidentes y enfermedades del trabajo que permitan la elaboración de estadísticas anuales sobre la materia, debiendo estar disponibles para el conocimiento del público interesado.

Artículo 5º - Los Estados Partes deberán instituir, mantener y fortalecer los servicios de inspección del trabajo, dotándolos de los recursos materiales y legales necesarios que posibiliten un desempeño efectivo de los cometidos de contralor de las condiciones y medioambiente de trabajo; para una protección adecuada de la salud física y síquica de las trabajadoras y trabajadores.

Artículo 6º - El sistema de seguridad y de salud en el trabajo deberá prever el acceso a la orientación, educación, formación e información en materia de salud y seguridad en el trabajo, disponibles para trabajadores, empleadores y especialistas del área.

Artículo 7º - El sistema de seguridad y de salud en el trabajo debería prever la participación de trabajadores y empleadores, en el ámbito de las empresas, con el objetivo de prevenir accidentes y enfermedades originarias del trabajo, de manera de hacer compatible, permanentemente, al trabajo con la preservación de la vida y la promoción de la salud de las trabajadoras y trabajadores.

Artículo 8º - La legislación y las prácticas nacionales deberán garantizar que la fabricación, uso, cesión a título oneroso o gratuito de máquinas, equipos y tecnologías sean seguras.

Artículo 9º - En la adopción de medidas de protección contra los riesgos ocupacionales, el sistema de seguridad y salud en el trabajo deberá crear condiciones que privilegien las acciones de carácter colectivo. Cuando las medidas colectivas no sean suficientes para el control de los riesgos, o mientras estén siendo implantadas o en situaciones de emergencia, las empresas deberán suministrar a las trabajadoras y trabajadores, gratuitamente, equipamientos de protección individual adecuados a los riesgos y en perfecto estado de conservación y funcionamiento, e instruirlos para su uso.

Artículo 10º - El sistema de seguridad y de salud deberá crear controles adecuados de sustancias, procedimientos y tecnologías que en base a la evidencia científica puedan producir efectos graves sobre la salud de las trabajadoras y trabajadores.

Artículo 11º - Las legislaciones nacionales deberán prever que las empresas extranjeras instaladas en los países del MERCOSUR deben cumplir las mismas condiciones de salud y seguridad que las empresas del MERCOSUR.

Los Estados Parte procurarán que cuando estas empresas dispongan de estándares superiores en sus casas matrices o filiales éstos sean aplicados en los países del MERCOSUR.

Artículo 12º - La legislación y las prácticas nacionales deberán garantizar que las trabajadoras y los trabajadores puedan rehusarse a desarrollar sus actividades laborales siempre que haya condición de riesgo grave e inminente sin perjuicio para ellos, conforme con la legislación y usos nacionales.

Artículo 13º - Los estados parte reconocerán el derecho a la información de las trabajadoras y trabajadores sobre los riesgos presentes en los diversos procesos de trabajo y las medidas adoptadas para su control o eliminación.

Artículo 14º - La legislación y las prácticas nacionales deberían prever los Servicios Competentes en Seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de asesorar a empleadores y trabajadoras y trabajadores en la prevención de los accidentes y enfermedades profesionales.

Artículo 15º - Los Estados Partes acuerdan que este documento, teniendo en cuenta su carácter dinámico y el avance del proceso de integración subregional será objeto de su revisión transcurridos 2 (dos) años de su adopción, en base a la experiencia acumulada en el curso de su aplicación o en las propuestas o insumos formulados por la Comisión Temática III u otros organismos.

7. Reflexiones sobre el Documento MERCOSUR en seguridad y salud en el trabajo

En primer lugar, se destaca que el Documento se apoya en el concepto de “Sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo”. Este concepto, que ha sido tratado recientemente por la OIT en un documento específico, resulta muy importante para afianzar las acciones de la seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional.⁹ Otro concepto importante que rescata el documento es el de “servicios competentes en seguridad y salud en el trabajo”, concepto que es valioso precisamente porque al menos dos de los países miembros no incluyen este concepto en sus legislaciones respectivas.

⁹Véase: Castellá, J. L. *Guía de introducción a los sistemas nacionales de seguridad y salud en el trabajo*. OIT. SafeWork. Centro Internacional de Formación Profesional. Turín, 2002.

Por otra parte, con el propósito de fomentar el diálogo entre los actores sociales laborales, fomenta la consulta y participación de las organizaciones de trabajadores y empleadores. Asimismo, con miras a reforzar las acciones gubernamentales en la fiscalización de las leyes que protegen a los trabajadores de las contingencias y riesgos en el trabajo, el documento subraya la importancia de los servicios de inspección del trabajo.

Una particularidad de este documento y que lo distingue de otros acuerdos regionales es que constituye un avance en lo que respecta a las obligaciones de las empresas multinacionales en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Finalmente, el documento dispone la existencia de mecanismos de información obligatoria y establece la obligatoriedad de un proceso de mejora continua de las condiciones de trabajo.

8. ¿Cuál es el balance de la situación de la seguridad y la salud en el trabajo en el MERCOSUR?

El análisis de lo ocurrido muestra, por un lado, algunos altibajos y, por otro, algunas conquistas concretas. Según Carlos Aníbal Rodríguez (2005), en el terreno inmediato es necesario que las Directivas del MERCOSUR puedan convertirse en normas nacionales. Dicho experto señala que es indispensable que la acción del espacio MERCOSUR en cuestiones de la seguridad y salud en el trabajo se consolide más allá de los periódicos encuentros en la comisión específica, por ejemplo, resultaría necesaria una interacción en profundidad con otros subgrupos.

9. Seguridad y salud en el trabajo en la Comunidad Andina

El proceso de convergencia de la seguridad y la salud en el trabajo en los países andinos se ha plasmado en la adopción de la Decisión 584, en sustitución de la Decisión 547, denominada “Instrumento Andino de Seguridad y salud en el trabajo”.

El documento adoptado es el resultado de diversas reuniones tripartitas con representantes gubernamentales, del Consejo Consultivo Laboral Andino y del Consejo Consultivo Empresarial Andino que se llevaron adelante a partir del año 2000. Entre sus considerándose se hace hincapié en que el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la Subregión está

íntimamente relacionado con la obtención de un trabajo decente, y que uno de los elementos esenciales para alcanzar el objetivo de un trabajo decente es garantizar la protección de la seguridad y salud en el trabajo.

A continuación se presenta una reseña de su contenido¹¹.

Capítulo I - Disposiciones generales. Este capítulo incluye un conjunto de definiciones de términos y conceptos clave tales como: condiciones y medio ambiente de trabajo, sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo, servicio de salud en el trabajo, accidente de trabajo y enfermedad profesional, salud, comité de seguridad y salud en el trabajo y trabajador.

Capítulo II - Política de prevención de riesgos laborales. Se propicia la coordinación institucional, define las autoridades competentes, vela por el cumplimiento de normas vía las inspecciones, establece la obligatoriedad de contar con estadísticas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y propicia la creación de un sistema nacional registro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Capítulo III - Gestión de la seguridad y salud en los centros de trabajo obligaciones de los empleadores. Este capítulo alienta el uso de directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, obliga a la elaboración de planes integrales de prevención de riesgos, propicia la participación de trabajadores y de sus representantes en organismos paritarios existentes y establece la realización de exámenes médicos de ingreso, periódicos y de terminación de la relación laboral.

Capítulo IV - De los derechos y obligaciones de los trabajadores. Establece los derechos de consulta, formación, vigilancia y control de la salud, asegura el derecho de los trabajadores a estar informados sobre los riesgos vinculados a sus actividades laborales, a solicitar inspecciones, interrumpir su actividad por peligro inminente cambiar de puesto por razones de salud, determina la obligación de cumplir con normas y reglamentos internos de las empresas, a usar adecuadamente los instrumentos y materiales de trabajo puestos a su disposición, no operar equipos sin autorización ni capacitación previa, cooperar en investigación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, someterse a exámenes médicos y conocer sus resultados y a participar en organismos paritarios, capacitación dirigidas a prevención de riesgos.

¹¹Véase texto completo del Instrumento en: www.comunidadandina.org/normativa/dec/D584.htm y en las p. 68-90 de la presente publicación.

Capítulo V - De los trabajadores objeto de protección especial. Este capítulo se ocupa de los trabajadores y trabajadoras que se encuentren en una situación de discapacidad, asegura la salud de las funciones de procreación de trabajadores y trabajadoras al diseñar el plan integral de prevención de riesgos que deben preparar las empresas, establece las medidas necesarias durante el periodo de embarazo y lactancia y la prohibición de contratación de niños, niñas y adolescentes para tareas insalubres o peligrosas, estableciendo como edad límite los 18 años.

Capítulo VI - De las sanciones. Esta parte del Instrumento establece la necesidad de disponer sanciones y remite a las disposiciones nacionales.

Capítulo VII - Del Comité Andino de Autoridades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Crea esta institución, que está encargada de asesorar a diversos órganos comunitarios en temas de seguridad y salud en el trabajo. Establece las funciones siguientes: coadyuvar a la aplicación del Instrumento Andino y de su Reglamento; emitir opinión técnica, proponer modificaciones, ayudar a superar discrepancias y crear Grupos Especializados de expertos, según las necesidades.

10. Comparación del Instrumento Andino en Seguridad y Salud en el Trabajo con el Documento MERCOSUR en esas materias

En primer lugar resulta valioso señalar que entre los considerandos del Instrumento se introduce el concepto de trabajo decente, en el sentido en que ha sido propuesto y definido por la OIT. Por otra parte, el Instrumento Andino -a diferencia del Documento MERCOSUR que omite esta cuestión- incluye definiciones de términos y conceptos clave, que a nuestro entender facilitarán el proceso de convergencia de las legislaciones nacionales en la región andina.

En segundo lugar, mientras el Documento MERCOSUR hace referencia a la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Seguridad y salud en el trabajo como una herramienta estratégica para el tratamiento orgánico de estos temas, el Instrumento Andino propone el establecimiento y adopción de una política de prevención en riesgos laborales de alcance nacional.

En materia de órganos especializados y competentes en seguridad y salud en el trabajo en las empresas el Instrumento Andino establece la creación de servicios de salud en el trabajo y de comités de seguridad y salud en el trabajo. Por su parte, el Documento MERCOSUR hace referencia a que la legislación y las prácticas nacionales deberían prever la creación de servicios competentes en seguridad y salud en el trabajo.

Una particularidad del Instrumento Andino es que promueve el mejoramiento de la calidad de los profesionales que se incorporan a las agencias específicas con funciones en materia de seguridad y salud en el trabajo mediante concursos transparentes y otras medidas administrativas. En ese campo, el Documento MERCOSUR sólo señala la necesidad de instituir y fortalecer los servicios de inspección del trabajo, dotándolos de los recursos materiales y legales necesarios para asegurar el desempeño de sus funciones.

Asimismo, en el Instrumento Andino se destaca la introducción del concepto de sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo en la empresa, que no aparece en el Documento MERCOSUR.

Otra característica que distingue al Instrumento Andino del Documento MERCOSUR se refiere a las disposiciones específicas que enuncian las obligaciones de las empresas en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como la inclusión de una detallada relación de derechos y obligaciones de los trabajadores que se ha inspirado en los correspondientes establecidos en distintos convenios de la OIT.

Es interesante señalar una particularidad del Documento MERCOSUR que lo distingue del Instrumento Andino y que resulta interesante en relación con los procesos de globalización de las economías y a la luz la incorporación de tecnologías y procesos traídos a la región por compañías extranjeras. Tal como se lo presentó anteriormente, el Artículo 11º del Documento establece que *“las legislaciones nacionales deberán prever que las empresas extranjeras instaladas en los países del MERCOSUR deben cumplir las mismas condiciones de salud y seguridad que las empresas del MERCOSUR. Los Estados Parte procurarán que cuando estas empresas dispongan de estándares superiores en sus casas matrices o filiales éstos sean aplicados.”*

Para completar el análisis comparativo entre ambos instrumentos, resulta apropiado subrayar la instancia de asesoramiento legal que contiene el Instrumento Andino. Se trata de la creación del Comité Andino de Autoridades en Seguridad y Salud en el Trabajo. En ese sentido, sería altamente deseable que ocurrieran tres cosas en el devenir de la Comunidad Andina: primero, que tal Comité coadyuve de manera efectiva en la promoción de la implementación del Instrumento, alentando a los países miembros a adecuar sus legislaciones a las disposiciones del mismo. En segundo lugar que, en ese sentido, cree las oportunidades para que los países rindan cuenta de tales avances, de igual manera que lo hace

la OIT con los países cuando ratifican un convenio. Tercero, que los demás órganos de la Comunidad - por ejemplo, los Consejos Consultivos Laboral y Empresarial Andinos- promuevan la constitución de Grupos de Trabajo Especializados integrados por expertos, que asesoren al Comité en el cumplimiento de sus mandatos.

11. La Comunidad Sudamericana: un nuevo espacio de convergencia para la seguridad y salud en el trabajo

En diciembre de 2004 se firmó el Acta Sudamericana de Naciones, constituyendo el primer paso hacia la conformación de un área mayor de integración en la región. La viabilidad de esa nueva Comunidad dependerá de los avances que se desarrollen luego de analizar la comparabilidad de los niveles de desarrollo de los países que sean miembros, de un desarrollo de estrategias graduales y de una planificación adecuada, del nivel de institucionalización existente en dichos países y de la voluntad real de integración que manifiesten a lo largo del proceso. Sin duda, de continuar ese proceso llegará el momento en que habrá que poner sobre la mesa la cuestión de la necesidad de una convergencia en las cuestiones referidas a las condiciones de trabajo y a la seguridad y salud en el trabajo. En esa oportunidad habrá, entonces, que buscar la convergencia entre el Instrumento Andino y el Documento MERCOSUR ya existentes en esas materias.

12. Convergencia en seguridad y salud en el trabajo: ¿porqué es y será necesaria?

Según López-Valcárcel (1996) existen tres razones para esforzarse en la armonización de las legislaciones relativas a la seguridad y la salud en el trabajo. Primero, para asegurar un piso mínimo de calidad de las condiciones de trabajo entre los países miembros de los acuerdos; en segundo lugar, para evitar el dumping social entre países, para que unos no se beneficien respecto de otros, obligando a sus trabajadores a contar con malas o regulares condiciones de trabajo. Y tercero, para fomentar la vía alta para alcanzar un desarrollo económico y un progreso social equitativos, y basados en el mejor y mayor aprovechamiento del capital humano.¹²

¹² López-Valcárcel. *Seguridad y salud en el trabajo en el marco de la globalización de la economía*. Documento de Trabajo N° 26. Proyecto Regional Seguridad y Salud en el Trabajo en los Procesos de Integración y Globalización. Oficina Regional de la OIT. Lima, 1996.

13. Transparencia en seguridad y salud en el trabajo: ¿qué significa?

El tema de la transparencia se ha transformado en una cuestión central en el debate público democrático en el mundo y en América Latina. La ciudadanía exige cada vez más plena transparencia de sus gobiernos, así como la erradicación de todas las formas de corrupción. Un primer listado de lo que significaría la transparencia en seguridad y salud en el trabajo podría incluir los siguientes aspectos:

- Asegurar que todos los trabajadores, trabajadoras y empleadores conozcan sus derechos y obligaciones en materia de condiciones de trabajo y de seguridad y salud en el trabajo.
- Conocer los resultados de las investigaciones en seguridad y salud en el trabajo desarrolladas en los medios académicos.
- Tener acceso sin discriminaciones ni distorsiones a las estadísticas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Obligación de las agencias gubernamentales específicas de rendir cuentas en relación con los resultados alcanzados en seguridad y salud en el trabajo en los diferentes sectores productivos, incluidos el sector informal.

14. Hacia una cultura de prevención de riesgos laborales: el gran desafío de la seguridad y salud en el trabajo en América Latina

La seguridad y la salud en el trabajo confrontan varios desafíos mayúsculos en la región. Uno de ellos constituye lo que he dado en llamar el gran desafío. Me refiero a la necesidad de incorporar la práctica de la cultura de prevención de riesgos en la educación, en la familia y en el trabajo. Esta práctica debería ser un hábito de comportamiento en nuestras sociedades. En muchos países el peso y la toma de conciencia de la importancia de la cultura de prevención de riesgos son muy limitados. A veces la prevención de riesgos se percibe como una barrera para el comercio. En las pequeñas y medianas empresas muchas veces se persigue la reducción de costos para lograr una mayor competitividad en vez del incremento de la productividad vía el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

En ese sentido, las mejoras en los lugares de trabajo no se logran sólo con tecnologías sino con cambios culturales. Es necesario fijar políticas y programas nacionales en la materia, asignando responsabilidades y presupuesto a las agencias gubernamentales específicas, así como desarrollar acciones para transformar políticas en normas y reglamentos y en capacitación.

Al respecto, Takala (2000), Director del Programa Safework de la OIT, señala que *“una cultura de prevención de riesgos es, en parte, una cuestión de recursos y tecnología, pero para alcanzarla se necesita, sobre todo, una mejor información y gestión, y normas éticas más importantes, que permitan enfrentar de manera eficaz los peligros del trabajo, que siguen aumentando”*.

¿Cómo construir una cultura de prevención de riesgos? Será necesario formar sobre prevención de riesgos en el proceso educativo de maestros y profesores en los institutos en los que se forman, incorporar la práctica de la prevención en la educación primaria, secundaria y universitaria, así como extender la educación en prevención de riesgos a las familias, tal vez mediante una estrategia asociada a los planes de salud pública.

15. El papel y las estrategias de las organizaciones de trabajadores para una defensa eficaz de los derechos de los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo

Entre todas las instituciones que deben ocuparse de la protección de los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo en primer lugar se destacan las propias centrales sindicales y los sindicatos de rama y de empresa. Todos ellos deberían esforzarse en el desarrollo de diferentes acciones en sus diversos ámbitos de actuación.

En materia de políticas y programas para la promoción y prevención en seguridad y salud en el trabajo podrían llevar adelante:

- Acciones de promoción y difusión, en los sindicatos sectoriales de la legislación y los reglamentos de seguridad y salud en el trabajo vigentes.
- Capacitación de cuadros directivos en seguridad y salud en el trabajo en temas de prevención de riesgos.
- Capacitación de delegados y de trabajadores como promotores de seguridad y salud en el trabajo.
- Campañas masivas a través de los medios de difusión para un mayor y mejor conocimiento de los derechos laborales en seguridad y salud en el trabajo.

En cuanto al papel de las organizaciones de trabajadores para el diálogo social en condiciones y medio ambiente de trabajo y seguridad y salud en el trabajo, esas organizaciones podrían:

- Dar su parecer en relación a proyectos de ley y de reglamentos en estudio.
- Contribuir en la formulación, el examen periódico y la puesta en práctica de políticas y de programas nacionales.

- Asegurar una representatividad de alto nivel y estar presentes en la discusión de la agenda nacional.
- En las empresas, participar y opinar en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

Una dimensión importante para asegurar discusiones de calidad con el gobierno y con las organizaciones de empleadores es la cuestión de formación y actualización en temas prioritarios relacionados con la seguridad y salud en el trabajo. Los representantes de los trabajadores deberían contar con conocimientos avanzados en áreas del conocimiento tales como:

- Condiciones y medio ambiente de trabajo.
- Ergonomía.
- Productividad y calidad.
- Competitividad.
- Economía y derecho laboral.
- Diálogo social y negociación colectiva.

16. Un trabajo decente en una sociedad decente

Tal como señalamos anteriormente, América Latina tiene sed de trabajo decente. El trabajo decente debería formar parte de las estrategias de desarrollo de nuestros países. La necesidad de alcanzar niveles más altos de empleo podría comenzar a superarse poniendo en marcha programas piloto de trabajo decente en América Latina y desarrollando enfoques integrados de políticas de promoción de trabajo decente en el ámbito nacional. El trabajo decente debe formar parte de la estrategia de desarrollo de la región, porque sólo de esa manera se podrá ofrecer mejores condiciones de trabajo y así alcanzar una mayor productividad y una más alta competitividad.

Ahora bien, el marco nacional en el que el concepto de trabajo decente, la productividad y el desarrollo se desarrollarán más adecuadamente es el de una sociedad decente. ¿Qué es una sociedad decente? Margalit (1997) define que *“una sociedad decente es aquella que no humilla a sus integrantes. Una sociedad civilizada es aquella cuyas instituciones no humillan a las personas sujetas a su autoridad y cuyos ciudadanos no se humillan unos a otros”*.¹³

¹³Margalit, A. *La sociedad decente*. Barcelona, Paidós, 1997.

17. Una conclusión y una propuesta final

La seguridad y la salud en el trabajo en América Latina enfrentan varios desafíos importantes provenientes de la situación en la que se encuentra el empleo en la región. Es importante subrayar el papel fundamental de las instituciones y de los profesionales de la seguridad y la salud en el trabajo ante esos desafíos. Por su lado, las instituciones deberían lograr que todos los trabajadores y trabajadoras cuenten con buenas condiciones de trabajo. Por el suyo, los empleadores deberían crear y ofrecer mejores condiciones de seguridad y salud en el trabajo para todos los trabajadores y trabajadoras. Finalmente los especialistas deben asumir un fuerte compromiso profesional ante esos desafíos y deben promover diversas oportunidades para bregar por un trabajo más decente en la región y esforzarse para que las tecnologías sean seguras y que los trabajadores no las teman.

Todos los actores sociales deberían contribuir en la creación de un trabajo más decente para más trabajadores y trabajadoras. De esa manera se facilitará el crecimiento económico y un progreso social más equitativos en América Latina.



LA SALUD LABORAL EN LA UNIÓN EUROPEA Y ESPAÑA EN PARTICULAR

Rafael Gadea Merino*

1. La política de la Unión Europea

La construcción de la política europea en salud laboral es un proceso que se explica en buena medida por la existencia de un mercado único, que necesita un marco jurídico común para evitar la competencia salvaje a costa de las condiciones de trabajo.

Ha sido una política basada en un esfuerzo importante de producción legislativa que, no obstante, ha sufrido importantes altibajos. Habría que destacar en primer lugar la promulgación de la *Directiva marco* 1989/391/CE, piedra angular de la normativa europea en salud laboral, la cual se complementa con diferentes directivas específicas sobre seguridad y salud en el trabajo vigentes (Base jurídica: art. 137.2 del Tratado CE).

La evolución en la producción normativa ha sido dispar. Tuvo unos inicios muy alentadores con la aprobación, en cuatro años, de doce directivas específicas, mientras que en los once años siguientes solamente se aprobaron ocho directivas más.

En el año 1989, se aprobaron tres Directivas específicas: *Lugares de Trabajo*; *Equipos de Trabajo*; *Equipos de Protección Individual (EPI)*. En el año 1990 fueron cuatro las Directivas sancionadas: *Manipulación Manual de Cargas*; *Pantallas de Visualización de Datos (PVD)*; *Agentes Cancerígenos y Mutágenos*; *Agentes Biológicos*. En el año 1991 se publicó una Directiva: la de *Trabajadores Temporales*; mientras que en el año 1992 se publicaron seis Directivas: *Obras de Construcción*; *Señalización*; *Industrias Extractivas por Sondeos*; *Minas y Canteras*; *Trabajadoras en Embarazo y Lactancia*; *Asistencia Médica a Bordo de los Buques*.

A partir del 1993, se dieron las siguientes Directivas:

1993/103/CE	Buques de Pesca
1994/33/CE	Protección de los Jóvenes en el Trabajo
1998/24/CE	Agentes Químicos
1999/92/CE	Atmósferas Explosivas (ATEX)
2002/44/CE	Agentes Físicos (Vibraciones)

*Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), Comisiones Obreras (CC.OO.) de España.

2003/88/CE	Tiempo de Trabajo
2003/10/CE	Agentes Físicos (Ruido)
2004/40/CE	Agentes Físicos (Campos Electromagnéticos)

La acción política comunitaria no se agota en la acción legislativa; para ser eficaz ha de acompañarse de otro tipo de acciones: evaluación y seguimiento de la aplicación de las Directivas, control y sanción a los Estados que no respeten las normas, integración de la salud laboral en otras políticas comunitarias, investigación, información.

Para ello se ha dotado a la Unión Europea de instituciones que lo hagan posible: Comité Consultivo, Agencia de Bilbao, Fundación de Dublín, Comité de Altos Responsables de la Inspección del Trabajo, Comité Científico de Valores Límite, principalmente.

El Comité Consultivo para la Seguridad, Higiene y Protección de la Salud en el Trabajo es el órgano consultivo tripartito de concertación formado por representantes de los sindicatos (2), empresarios (2) y gobiernos (2) de cada uno de los países miembros. La Agencia Europea de Seguridad y Salud, cuya sede es en Bilbao, tiene como objetivo actuar de catalizador para desarrollar, recoger, analizar y difundir la información que sirva para mejorar el estado de la seguridad y la salud en el trabajo en Europa. La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, con sede en Dublín, es un organismo autónomo, creado por un Reglamento del Consejo de la Unión Europea, con el objetivo de producir investigaciones de base que sirvan de apoyo para la elaboración de la política europea. Este esquema se complementa con el Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo, que tiene por misión coordinar las políticas de las inspecciones de trabajo de los países miembros y con el Comité Científico de Valores Límite de Exposición.

A lo largo de esta experiencia de institucionalización de la salud laboral como parte de la política comunitaria europea, se han consolidado los siguientes principios:

- Prevención versus indemnización.
- Multidisciplinariedad de la prevención.
- Intervención dentro y fuera de la empresa.
- Participación de los trabajadores.

La protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos es la base de toda la política. Las medidas de reparación del daño sólo se justifican por el fracaso de la prevención.

La multiplicidad de riesgos existentes en los lugares y puestos de trabajo y

su interacción y acción sinérgicas hacen necesario un enfoque integrador que precisa el concurso del conjunto de disciplinas preventivas: seguridad, higiene, ergonomía y psicología.

Las condiciones de trabajo en las empresas se ven cada vez más sometidas a las influencias de las condiciones de la economía: del mercado y del empleo. Por ello, no es posible mejorar las condiciones de trabajo si al mismo tiempo no se regulan las condiciones del mercado y del empleo.

La participación de los trabajadores y de sus representantes, desde las más altas instancias de decisión política hasta el lugar y el puesto de trabajo, es un requisito imprescindible de la actividad preventiva.

La experiencia europea estableció criterios fundamentales, que forman parte de la política nacional de cada uno de los Países Miembros de la Unión. Esta política:

- Determina que la protección de la salud es una obligación empresarial y un derecho de los trabajadores.
- Afecta a todos los trabajadores, excepto a los autónomos.
- Crea la figura del representante de los trabajadores (Delegado de Prevención).
- Establece sistemas públicos de control (Inspección de Trabajo).
- Establece cauces de participación institucional tripartitos.
- Promueve servicios de prevención para dar cobertura a empresas y trabajadores.

La actitud de los diferentes agentes frente a esta política ha sido diversa. Así, por ejemplo, los gobiernos han seguido la política de no querer más legislación. Los empresarios, por su parte, casi siempre han mostrado su preocupación porque la legislación perjudique la competitividad de la economía europea. Los sindicatos, por el contrario, siempre han reivindicado una mayor y mejor normativa, que haga frente a los nuevos problemas, un mayor y mejor control público del cumplimiento de la legislación, y una mayor participación de los trabajadores.

2. La Salud Laboral en España: del modelo teórico a la realidad

El marco institucional de la Unión Europea resulta importante para comprender del desarrollo de la salud laboral en la España de los últimos diez años. El proceso de democracia política y social en España así como su entrada en la Unión Europea (UE) marcaron las tendencias a tener una legislación más moderna y acorde con los cambios que se habían

producido en la UE, el fortalecimiento de un entramado institucional homologable a nivel de los Estados Miembros, y el modelo preventivo teórico compatible con los esquemas de la UE, aunque en España aún se aprecia la persistencia de condiciones de trabajo peores que en gran parte de la vieja Europa y tasas de accidentes muy por encima de la media europea.

Después de casi una década de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (transposición de la Directiva Marco europea), existe un amplio consenso entre los analistas acerca de los rasgos que caracterizan el estado de la prevención de riesgos laborales en España.

El modelo preventivo que incorpora la legislación en salud laboral es plenamente homologable a los modelos vigentes en los demás países de la Unión Europea, pero su aplicación a la realidad tropieza con importantes obstáculos.

En primer lugar, nos enfrentamos con una crisis de los servicios de prevención. Los servicios de prevención, constituidos para servir de apoyo a la gestión de la prevención en las empresas, se han mostrado incapaces de atender de una manera adecuada y suficiente a la demanda planteada. De su actividad puede decirse, en general, que ha estado poco atenta a las necesidades reales de la prevención en las empresas (tecnocrática) y ha sido de baja calidad técnica, debido en gran parte a la desproporción existente entre la demanda y los efectivos necesarios para hacerle frente.

Por su parte, los sistemas públicos de vigilancia y control para hacer cumplir la legislación se han mostrado, asimismo, incapaces para ejercer su función, tanto por falta de preparación como por carecer de los efectivos necesarios para ello. España es el país de la Unión que tiene la ratio más baja de inspectores de trabajo en relación con el número de trabajadores (1/27.000 en España frente a 1/5.000 en Finlandia).

Las empresas han optado en su mayoría por encargar a terceros ("externalizar") su acción preventiva; es decir, en lugar de integrar la prevención de riesgos laborales en la gestión empresarial, han optado por desentenderse de aquélla, contratándola con servicios de prevención. Junto a ello, en general, las empresas han puesto obstáculos a la participación de los trabajadores, mostrando de esta manera una cultura preventiva más propia del pasado que de los nuevos tiempos.

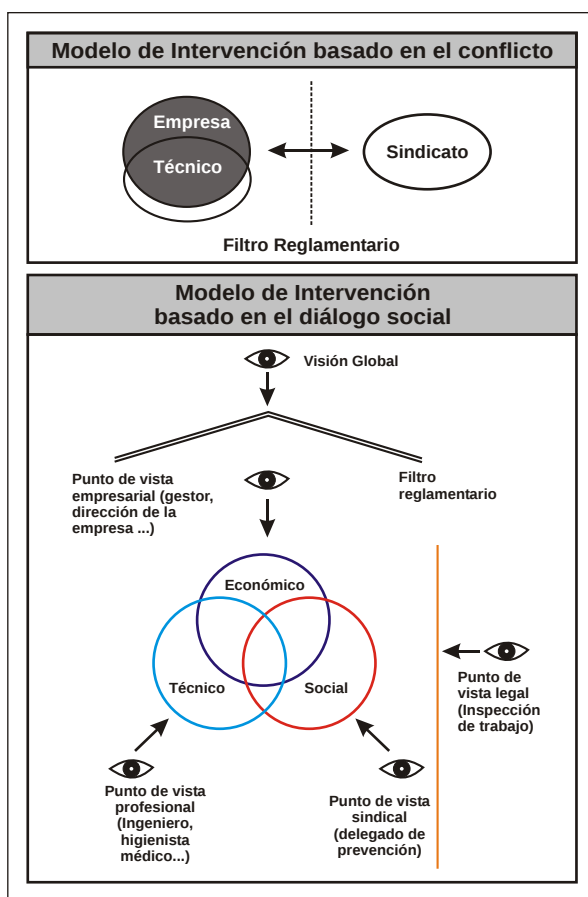
Finalmente, se ha producido un choque permanente entre, por un lado, las

tendencias del mercado de trabajo a la desregulación (y a su consecuencia, la precarización del empleo) así como al incremento de la competitividad inter-empresarial; y, por el otro, la tendencia a la mejora de las condiciones de trabajo para la protección de la salud de los trabajadores.

3. La acción sindical en Salud Laboral

La experiencia de Comisiones Obreras se puede sintetizar en el siguiente esquema: pasar de un modelo centrado en el conflicto hacia otro sustentado en el diálogo social, conforme se expresa en los siguientes gráficos.

Gráfico No. 1



Fuente: *El libro del Delegado/a sindical*. Curso de Salud Laboral para Delegados y Delegadas de Prevención. Escuela Sindical Juan Muñiz Zapico. CC.OO., 2001.

En el primer modelo predomina el enfrentamiento y no hay campo para posibles intereses compartidos entre los trabajadores y la empresa. En el segundo, la legislación favorece la participación y el diálogo entre los técnicos y los agentes sociales, y la prevención se ve como el resultado de un punto de vista global e integrador de los puntos de vista e intereses de los técnicos, el empresario y los trabajadores.

Una opción estratégica es la de mantenerse como *espectadores críticos*: podemos aplaudir o abuchear, abandonar la sala, decir públicamente que el espectáculo no nos gusta, elevar una protesta formal a la Dirección, incluso denunciar a la compañía ante la oficina del consumidor... Pero lo que no vamos a poder es cambiar el guión, ni los actores, ni la puesta en escena.

El verdadero sentido de la participación sindical en la Prevención de Riesgos es el de tratar de condicionar las decisiones que se tomen. A partir de nuestra condición de *actores interesados*, pretendemos ser escuchados y que se nos tenga en cuenta en todo el montaje. Queremos también que se respete nuestra autonomía para interpretar el papel que se nos ha asignado.

El Delegado de Prevención es ante todo *representante de los trabajadores y trabajadoras*. Su función es la de ser portavoz del punto de vista de los trabajadores y conseguir que éstos se impliquen en la prevención. Sin esta condición la acción sindical carece de sentido. Preparar la acción colectiva del conjunto de los trabajadores es una tarea fundamental. Éste es el sentido de una extendida consigna en el movimiento sindical europeo: hacer visible lo invisible, convertir lo individual en colectivo y transformar la percepción de los problemas en acción sindical.

La acción sindical en salud laboral, por otra parte, no es un tema al margen de la *estrategia sindical global* sobre condiciones de trabajo. El conjunto de la estructura sindical debe implicarse y asegurar la coherencia de los planteamientos en salud laboral con respecto a los objetivos generales en la empresa. El Delegado de Prevención ha de apoyarse en el resto de representantes sindicales y debe ser apoyado por ellos. Ni asumir papeles que no nos corresponden ni delegar en otras instancias nuestra función como representantes de los trabajadores. El Delegado de Prevención no debe convertirse en “miniespecialista” ni substituir a los técnicos. Tampoco debe permitir una transferencia de las responsabilidades empresariales. Sin embargo, puede y debe hacer una *aportación genuina e insustituible* en la tarea de organizar la prevención en la empresa.

Prevenir es algo más que hacer números. Cuando se habla de riesgo aceptable, hay que preguntar inmediatamente: «Aceptable....¿para quién?». La lógica de la empresa no siempre coincide con los puntos de vista de los trabajadores que sufren el riesgo. Cuando los intereses son contradictorios, la vía de solución es la *negociación*, no son las fórmulas matemáticas. La evaluación de riesgos, la determinación de prioridades o la selección de medidas de prevención deben hacerse de forma consensuada. No son cuestiones puramente técnicas. La *producción limpia* es el futuro de la prevención: su objetivo es reducir los riesgos del proceso productivo tanto para las personas como para el medio ambiente. Con ello se incrementa la eficiencia preventiva, se reducen los residuos y emisiones y, a la larga, se ahorra dinero. Transferir al medio ambiente la contaminación interna de la empresa nunca es una buena solución.

4. La experiencia de Comisiones Obreras (CC.OO.)

La experiencia de intervención en salud laboral desarrollada por el sindicato en los últimos años nos ha proporcionado algunas enseñanzas valiosas.

En primer lugar, la necesidad de disponer de una estrategia sindical de intervención en las empresas, de carácter autónomo, lo que significa que los delegados de prevención participen en la gestión preventiva de las empresas con el conocimiento y los criterios suficientes para “tener algo que decir”, recogiendo la opinión de los trabajadores sobre los riesgos existentes y la prioridad que ha de concederse a cada uno de ellos, proponiendo alternativas preventivas propias y negociándolas con la empresa. Y de una estrategia en salud laboral que forme parte del conjunto de la estrategia sindical: el sistema de turnos de trabajo, la jornada de trabajo o los ritmos son, también, cuestiones que afectan a la salud de los trabajadores.

En segundo lugar, la necesidad de contar con unas reglas del juego claras o, lo que es lo mismo, con un conjunto de derechos, reconocidos en la legislación, que permitan la participación plena de los trabajadores en todos los asuntos relacionados con la prevención de riesgos en las empresas.

En tercer lugar, la convicción de que la normativa, por muy buena y amplia que sea, no es suficiente. Es imposible que la normativa pueda prever y regular todas las posibles situaciones de riesgo que se dan en las empresas. Además, la distancia entre la existencia de la normativa y su aplicación en las empresas suele ser muy grande. Siempre será necesaria la presión sindical para hacer que la normativa se cumpla.

4.1. ¿Qué hacemos en Comisiones Obreras?

Desde CC.OO. intervenimos en el terreno de la salud laboral en diferentes niveles.

A nivel social e institucional, trabajamos con el objetivo de crear las condiciones sociales para una buena correlación de fuerzas, dando visibilidad social a los problemas de la salud laboral, elaborando los estudios y acciones pertinentes y presentándolos a la opinión pública. Llevamos la salud laboral a las agendas políticas, planteando en los foros existentes (Parlamento, órganos de participación, etc.) nuestra visión de los problemas y nuestras correspondientes propuestas. En este sentido, damos contenido al tripartismo a nivel estatal y autonómico en los diferentes organismos: Comisión Nacional de Seguridad y Salud, Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, Comisiones de Seguridad y Salud en las Comunidades Autónomas, etc.

Desarrollamos y organizamos una estructura sindical sólida para intervenir dentro y fuera de la empresa mediante las siguientes acciones:

- Elegimos responsables sindicales de salud laboral y medio ambiente en todos los órganos de dirección del sindicato.
- Promovemos la elección de Delegados de Prevención, y los organizamos.
- Diseñamos e impartimos formación.
- Creamos estructuras de asesoramiento.
- Elaboramos instrumentos y herramientas para la intervención sindical en las empresas.

Trabajamos también en otras direcciones, para reforzar la acción sindical: impulsando la constitución de delegados de prevención de ámbito territorial y sectorial; impulsando la creación de comisiones sectoriales (paritarias entre empresarios y sindicatos) de salud y seguridad; editando publicaciones específicas de salud laboral; investigando acerca de las necesidades y problemas de los delegados de prevención.

Promoviendo alianzas y complicidades conceptuales con el mundo técnico-profesional de la prevención, impulsamos la intervención sectorial (negociación colectiva) para facilitar las actuaciones en el marco de la empresa. Y, finalmente, hemos creado una Fundación, el ISTAS, dedicada específicamente a los temas de salud laboral y medio ambiente, como instrumento al servicio de una estrategia socio-sindical.

4.2. ¿Qué hacen los Delegados de Prevención de CC.OO.?

Una reciente encuesta dirigida a conocer las opiniones, percepciones y necesidades de los Delegados de Prevención (DP) nos ha permitido obtener una buena fotografía del trabajo de los DP y de las circunstancias en las que lo desarrollan.

4.2.1. ¿Qué hacen los Delegados de Prevención?

En relación con los trabajadores, ellos preferentemente atienden sus consultas, les informan sobre los riesgos y su prevención y, también, les piden su opinión. Investigan los problemas visitando los puestos de trabajo, examinando documentación de la empresa y consultando al sindicato o al Servicio de Prevención cuando su nivel de conocimientos no es suficiente para encarar los problemas.

También participan, aunque con menos frecuencia, en otras actividades preventivas como la evaluación de riesgos, la asistencia a reuniones del Comité de Seguridad y Salud o el acompañamiento a los técnicos en la investigación de accidentes.

Es interesante destacar que, en relación con el ejercicio de sus derechos, el más utilizado de forma absolutamente destacable es el derecho a plantear los problemas a la empresa, en lugar de la denuncia a la Inspección de Trabajo o el recurso a la paralización de los trabajos en situaciones de riesgo grave o inminente.

Tabla No. 1
Actividades que realizan los Delegados de Prevención:
España, 2004 (n= 1201 Delegados de Prevención encuestados)

Actividades de los Delegados de Prevención	%(*)
<u>En relación con los trabajadores</u>	
Atender consultas de los trabajadores	90
Informar a los trabajadores	74
Pedir información a los trabajadores	70
Organizar reuniones con los trabajadores	64
<u>Investigación</u>	
Visitar los puestos de trabajo	80
Examinar documentos	74
Consultar al sindicato	64
Consultar al Servicio de Prevención	62
<u>Participar</u>	
Participar en la evaluación de riesgos	65
Asistir a reuniones del Comité de Seguridad y Salud	61
Acompañar a los técnicos en la investigación de accidentes	59
<u>Actuar</u>	
Plantear problemas a la Dirección de la empresa	76
Paralizar los trabajos	18
Denunciar a la Inspección de Trabajo	14
Promover acciones de protesta	11

(*) Porcentaje de Delegados que han realizado ese tipo de actividad.

Fuente: *Análisis de las tareas y percepciones de los Delegados de Prevención en España*.
 ISTAS, 2005.

4.2.2. ¿Qué riesgos perciben los DP?

Según la mencionada encuesta, los DP entienden que los riesgos más importantes y frecuentes en sus empresas son los riesgos ergonómicos y algunos riesgos derivados de la organización del trabajo (ritmos de trabajo, monotonía...); luego vendrían otros riesgos más tradicionales como las temperaturas inadecuadas, el ruido o el riesgo de accidente.

Tabla No. 2
Riesgos percibidos por los Delegados de Prevención
España, 2004 (n= 1201 Delegados de Prevención encuestados)

Riesgo percibido	Nivel de riesgo alto	
	n	%
• Posturas inadecuadas	455	37,9
• Movimientos repetidos	390	32,5
• Ritmo de trabajo acelerado	375	31,2
• Trabajo monótono o aislado	313	26,1
• Esfuerzo físico	303	25,2
• Manipulación de Cargas	278	23,1
• Temperatura inadecuada	270	22,5
• Ruido	255	21,2
• Horarios y turnos	219	18,2
• Inseguridad en el empleo	178	14,8
• Accidente de trabajo	168	14,0
• Infecciones, riesgo biológico	141	11,7
• Sustancias tóxicas o peligrosas	140	11,7

Fuente: *Análisis de las tareas y percepciones de los Delegados de Prevención en España*. ISTAS. 2005.

4.2.3. La actitud de la empresa hacia los DP

Los Delegados de Prevención consultados entienden que la actitud de la empresa hacia ellos y ellas es en general positiva. Una amplia mayoría (más del 70%) piensa que la Dirección de la empresa facilita sus funciones como Delegados de Prevención, les proporciona información y está dispuesta al diálogo. Esta actitud positiva de la empresa parece reducirse a la hora de poner en práctica las recomendaciones de los DP.

Tabla No. 3
Actitudes de la empresa hacia los Delegados de Prevención:
España, 2004 (n= 1201 Delegados de Prevención encuestados)

Actitud de la Dirección de la empresa	Siempre/ casi siempre n(%)	A veces / nunca n(%)
La Dirección de la empresa facilita mis funciones como Delegado/a de Prevención	894 (76,9)	268 (23,1)
La Dirección de la empresa pone en práctica mis recomendaciones como Delegado/a de Prevención	637 (56,5)	490 (43,5)
La Dirección de la Empresa permite mi acceso a toda documentación disponible sobre prevención de riesgos laborales	875 (76,8)	265 (23,2)
La Dirección de la empresa está dispuesta a dialogar y negociar conmigo	904 (77,1)	269 (22,9)

Fuente: *Análisis de las tareas y percepciones de los Delegados de Prevención en España*. ISTAS, 2005.

4.2.4. Percepción de los DP sobre la gestión preventiva de la empresa

En la misma tónica, el 70% de los DP considera que en su empresa la seguridad y salud de los trabajadores están suficientemente protegidas, frente a un 30% que opina lo contrario. Esta última opinión se fundamenta sobre todo en la constatación de que la empresa no invierte en prevención.

4.2.5. ¿Qué piden los Delegados de Prevención al sindicato?

Finalmente, los Delegados de Prevención solicitan del sindicato:

- Más formación específica en salud laboral.
- Mejores cláusulas de salud laboral en los convenios colectivos.
- Más apoyo en las negociaciones con la empresa.
- Mejor asesoramiento técnico-sindical.
- Mayor consideración y apoyo a la salud laboral.



ASBESTO: PROBLEMAS, DESAFÍOS Y PROPUESTAS

Eva Delgado Rosas*

1. El problema Asbesto

El Asbesto¹ ha sido una de las materias primas más estudiadas a lo largo del Siglo XX, debido a que su exposición representa un riesgo para la salud de los trabajadores, de sus familiares y de la población en general. Constituye así un problema de salud pública muy ilustrativo, que incluye aspectos ocupacionales y ambientales y que ha ido extendiendo su presencia en la vida de las sociedades debido a su uso industrial, difundido en más de 3,600 productos.

Diversos estudios han puesto en evidencia los problemas de salud generados por el asbesto y la lógica inegalitaria en el dominio de la salud. Los cuatro últimos decenios testimonian la larga historia del asbesto en la que en Europa, Estados Unidos y, más recientemente, en América Latina², diferentes actores sociales (sindicatos, asociaciones, grupos de ciudadanos y movimiento ecologista) han inscrito su acción en la conquista del derecho a la salud.

Las cualidades excepcionales del asbesto (no inflamable, de débil conducción térmica y eléctrica, de fuerte resistencia a la tracción, inalterable, resistente a los ácidos y a diversas agresiones químicas, aislante del ruido, resistente a altas temperaturas y de gran flexibilidad) condujeron al ser humano a extraerlo y transformarlo para producir diversas aplicaciones industriales y utilizarlo para múltiples y diversos fines.

Fueron esas cualidades excepcionales las que originaron su pujante empleo desde 1900 y su crecimiento durante la Segunda Guerra Mundial, siendo utilizado principalmente en los astilleros navales, en la industria textil y en la construcción. La década del '40 marca los inicios de la industria del asbesto en América Latina; en el Perú esta industria comienza en 1941, con

*Socióloga, investigadora del asbesto en el Perú, Coordinadora en Perú de la Red Mundial Ban Asbestos, Directora de la Asociación Frente al Asbesto, Coordinadora General de la Mesa de Salud y Seguridad en el Trabajo,

¹El término **asbesto o amianto** designa una serie de silicatos hidratados que se presentan en forma fibrosa y estructura cristalina, constituidos por silicatos de hierro, aluminio, magnesio y calcio. Sus dos denominaciones (asbesto o amianto) provienen respectivamente del griego *asbestos*, que significa incombustible, y del latín *amiantos* que significa incorruptible.

²Brasil, en la década del '80; Perú, Argentina y Chile, en los '90; Nicaragua y Honduras, a fines de los '90.

la creación de ETERNIT o FAPESA, del grupo transnacional ETERNIT (de la rama belga), para la elaboración de productos de asbesto-cemento³.

El desarrollo industrial de los años 1950, 1960 y 1970 marcó el apogeo del asbesto en el mundo (por ej.: Noruega pasa del consumo de 500 Tn. en 1944 a 6,500 en 1970; Alemania tiene un consumo de 160,000 Tn. en 1970). Su extensión se efectuó sin que al mismo tiempo se difundiera el conocimiento, que ya existía, de sus consecuencias negativas sobre la salud humana. De 1899 parten los descubrimientos de sus efectos adversos para la salud, cuando un cardador textil de asbesto de Barking, Inglaterra, es diagnosticado con Fibrosis pulmonar; siendo a principios del siglo XX que la Asbestosis⁴ es reconocida. Desde ese entonces se fueron sucediendo numerosos estudios epidemiológicos, reafirmando la nocividad de los asbestos en la salud⁵. No obstante ello, las exposiciones masivas siguen siendo toleradas por las autoridades, principalmente en países de poco desarrollo industrial. Es el caso del Perú y de otros países de la Comunidad Andina.

Un muro de silencio fue levantado por los industriales embarcados en minimizar los nuevos conocimientos sobre la relación Asbesto, Asbestosis y Cáncer⁶. De este modo el avance del conocimiento científico sobre los efectos del asbesto en la salud no logró ser difundido, y los riesgos del amianto para la vida permanecieron bajo *"una telaraña de manipulación y silencio que se instala en todos los continentes"*⁷, permitiendo que su uso se expandiera en las sociedades, inadvertidas de los peligros que ello significaba para la salud y la vida de los expuestos.

La toma de conciencia de los daños del asbesto se inicia a partir de 1964 - 1965, con los trabajos del Dr. Irwin Selikoff, cuando la investigación adquiere autonomía en relación a los industriales del amianto. El año de 1965, el Dr. Selikoff publica las actas de la Conferencia *"Efectos biológicos del asbesto"*, con gran despliegue en los medios, generando en el mundo

³Delgado Rosas, Eva. *El Asbesto en el Perú*. Lima, AFA, 2000.

⁴La Asbestosis es una neumoconiosis caracterizada como *fibrosis pulmonar intersticio*; esto quiere decir que en ella se produce un endurecimiento de la membrana alveolo-capilar, conduciendo a una inhabilitación progresiva para transmitir el oxígeno de los alveolos a la sangre. Al reducir la capacidad pulmonar, la asbestosis causa dificultad respiratoria, que lleva a la larga a una insuficiencia cardíaca.

⁵Asociación entre exposición al Asbesto y Asbestosis (Linch, 1920); Cáncer de pulmón, Mesotelioma (Cooke, 1927; Doll, 1950; Selikoff, 1960).

⁶Las estrategias de la industria para controlar el saber es descrita en el estudio desarrollado por Herman, Patrick; Thébaud-Mony, Annie. *En busca de Ariadna para recoger la pretérita telaraña del lobby del amianto en: "Amianto, Salud y Trabajo"*, N°3, 2002. Lima, Asociación Frente al Asbesto (AFA)-PEART.

⁷Lilienfield (D). *The Silence: the asbestos industry and early occupational cancer research. A case study*. En: "American Journal of Public Health", vol. 81, n° 6, junio de 1991.

desarrollado un gran debate sobre la letalidad de los asbestos. De ese modo el grupo de Mount Sinai de Nueva York, encabezado por el Dr. Irwing Selikoff, contribuye a hacer posible la transferencia de información científica, difundiendo el saber de que el asbesto es cancerígeno, algo que desde hacía tiempo sabían los industriales.

Esta sensibilización sobre el problema da lugar a que de 1965 a 1980 los sindicatos libren una gran batalla en toda Europa sobre el derecho a la salud y la seguridad ante el amianto. Un movimiento asociativo de grupos de ciudadanos (profesores, padres, estudiantes, ex trabajadores) y de consumidores se moviliza contra los riesgos y los efectos nocivos del amianto: se trata de luchas locales que culminan en campañas nacionales. En Alemania, Francia, Países Bajos, Italia, Gran Bretaña y Suecia, ese movimiento asociativo se moviliza en una serie de variadas iniciativas para prohibir el asbesto.

Las batallas contra el amianto obtienen la *prohibición de los anfíboles*. En Suecia obtienen además la suspensión de la fabricación de cemento-amianto y la reducción de las importaciones, en tanto que en Francia logran la prohibición de los asbestos en revestimientos y de su empleo en la industria de alimentos. Estrictas regulaciones se suceden con respecto al uso de los asbestos, y empiezan las prohibiciones no sólo de anfíboles sino también del crisotilo.

En ese contexto, al inicio de los años '80, los industriales del amianto lanzan la tesis de que se dispone de técnicas que permiten una "*utilización controlada*" del asbesto o amianto. Se trata de una ofensiva ideológica para reivindicar los usos del crisotilo, con el mensaje de que el crisotilo es *poco o nada tóxico*. Los defensores del "*uso controlado*" establecen una barrera limítrofe entre los dos grupos de asbesto⁸, colocando el primero - los anfíboles - al lado de *lo prohibido*, y al segundo - el crisotilo -, en el espacio

⁸El **Asbesto** se clasifica en dos grandes **grupos**: **1. Serpentina** : comprende al **crisotilo** o amianto blanco, única variedad que pertenece al grupo de la serpentina. Es un silicato de magnesio hidratado de color blanco. Se presenta en fibras finas, curvadas, flexibles, brillantes y de tacto sedoso que adoptan formas en espiral, de gran área superficial, fáciles de hilar y resistentes al calor, pero no a los ácidos, se presenta en capas superpuestas de las que pueden desprenderse fibrillas. Constituye más del 90% del asbesto utilizado en el mundo. Es calificado por la industria del asbesto como *no nocivo*. **2. Anfíboles**: comprende a la *crocidolita*, amosita, actinolita, tremolita y antofilita, todos asbestos aceptados como nocivos por la industria y ante los que ésta sí admite su prohibición. Los más usados son: la *Crocidolita*, -silicato de hierro y sodio, de fibras rectas, largas y finas de color azul muy resistentes a los ácidos-, utilizada para fabricar tubos a presión en unión con el cemento, como aislante del fuego en construcción y como reforzante de plásticos; fue la primera en ser prohibida; la *Amosita* (asbesto marrón), resistente al calor y a los ácidos, utilizada para el aislamiento; la *Tremolita*, usada como relleno y como filtro en la industria química del talco; la *Actinolita*, que es de fibras de color verdoso, de lustre sedoso y duras, resistentes a los álcalis.

de lo permitido e incluso necesario. Para ello, la industria del asbesto desarrolla la estrategia de reagrupar a una parte del mundo científico, sacando provecho de sus trabajos de apoyo donde se afirma que *el crisotilo es una forma segura de asbesto* (Barry Castleman, 1999).

Al arribo de la década del noventa, nuevas evidencias epidemiológicas con respecto al incremento de las patologías de los asbestos⁹ remecen las sociedades desarrolladas¹⁰ europeas y confrontan la ineficacia de los mecanismos de fiscalización y control severos del "*uso controlado*", ante las "epidemias" por asbesto. Un estudio (1999) encargado por el Ministerio de Asuntos Sociales de los Países Bajos estimó que, entre 1945 y 1995, unas 10,000 personas han estado expuestas al amianto en fábricas de los Países Bajos; y 330,000 han estado expuestos por manipular y trabajar con materiales y productos que contienen amianto, estimando que se producirán 19,000 casos de Mesotelioma pleural y 19,000 casos de cáncer de pulmón.

Las movilizaciones sociales y los "Dossiers" sobre el problema, sustentados en las evidencias científicas, hacen que los Estados sean exigidos en su responsabilidad *de proteger a los trabajadores y a los consumidores*, y en que vayan asumiendo que la medida *necesaria* para limitar el riesgo de enfermar y morir por causa del asbesto es la *prohibición y sustitución de todos los asbestos*.

El debate "*uso controlado o prohibición*", inscrito a lo largo de la historia de los descubrimientos científicos y en el juego de poderosos intereses económicos, si bien concluye en el siglo XX en el mundo desarrollado, expresándose en la *prohibición del crisotilo* en Francia (1996), en Bélgica (1998) y en la Unión Europea (1999), y en las reglamentaciones de *prohibición total del asbesto* en otros países como Gran Bretaña, País de Gales, Principado de Mónaco, Arabia Saudí, España y Australia, se desplaza a América Latina, con un desfase de tres décadas, poniendo énfasis en su empleo y al margen de todo debate.

De allí la pertinencia de presentar y discutir las tesis del "*uso controlado*" y las estrategias asumidas por sus defensores. Pero antes, siguiendo con la gravedad del problema, veamos por qué es el Asbesto es un problema de Salud Pública.

⁹Mayle, François. *Amiante: le dossier de l'air contaminé*. En: "Sciences et Avenir". Paris, Mai 1990.

¹⁰Besset, Y. *Mortel amiante: une épidémie qui nous concerne tous*. En: "Sciences et Avenir", Paris, Juin 1995.

El asbesto: problema de Salud Pública

El Asbesto constituye uno de los riesgos más importantes, si no el más importante, en el mundo del trabajo, porque entraña decesos ligados a una actividad profesional y permanece como el tóxico cancerígeno N°1 en el área laboral. Sus enfermedades *forman parte de las enfermedades profesionales más graves y costosas* (OIT, alocución en Dresde, año 2003).

No obstante, el Asbesto es un problema que toca al conjunto de la población y no solamente a los trabajadores expuestos. Durante decenios ha sido utilizado en edificaciones públicas, hospitales, colegios y universidades. Su presencia en las sociedades se fue extendiendo desde diversos ángulos como: • la extracción minera; • la fábrica: con la manufactura primaria de materiales de asbesto y la manufactura secundaria de asbesto¹¹; • las redes de abastecimiento y distribución de agua y desagüe; • el parque automotor; • la vivienda; • las instalaciones de asbesto en el lugar; • la utilización de materiales con asbesto por diversos sectores de la economía: Minería¹², Construcción, Industria Automotriz, Industria Textil, Industria Naval, Industria del Talco, Siderometalurgia, Industria Cerámica, Industria Química, Comercio. A ello se añade, en realidades como las del Perú y de otros países de América Latina, su empleo en la pequeña industria y en los talleres de reparación de vehículos.

La extensión del asbesto ha creado *exposiciones ambientales*, cuyas fuentes de exposición son: el medio natural, la industria y el lugar.

En el *lugar*, la polución es causada por la circulación automotriz -por el asbesto presente en frenos, embragues, revestimiento de pistas o carreteras- o por el asbesto colocado en edificios e instalaciones diversas y cuyas fibras salen a la atmósfera, sea por degradación de las instalaciones o por intervenciones sobre las mismas.

Similar al floqueado existente en el Aeropuerto Internacional de Lima intervenido el 2004¹³.



Foto del INRS-Francia.

¹¹Manufactura secundaria en la cual los productos de asbesto son procesados e incorporados en otros productos.

¹²En el caso de Perú comprende las refinerías mineras.

¹³Desamiantado en el año 2004 sin cubrir las rigurosidades debidas para ese proceso, posibilitando la expansión del polvo y la consiguiente extensión del riesgo.

También la contaminación ambiental ocurre en los cursos y fuentes de agua y en el aire, por la inadecuada eliminación de desechos vertidos a ríos o a tiraderos a cielo abierto, así como por el desgaste del material usado en la pavimentación de vías¹⁴.

Exposiciones *para profesionales y domésticas*: la exposición para profesional al asbesto ocurre cuando las fibras son liberadas al aire en una operación del proceso productivo, generando exposición de trabajadores que no manipulan el asbesto pero que están en la vecindad en ese momento. Es el caso de los 3 a 5 millones de trabajadores de astilleros que resultaron expuestos cuando sólo 40,000 obreros aplicaban revestimiento de asbesto para aislamiento de tuberías y cubiertas de los barcos¹⁵.

La exposición en *el medio doméstico*, se da a través de la vestimenta de trabajo con polvo de asbesto llevada al hogar por trabajadores de la extracción o manufactura de asbesto, o a través de los objetos que contienen asbesto (funda de tabla de planchar, plancha, calefacción móvil, grillete de pan, paneles aislantes o planchas de asbesto-cemento como materiales de la vivienda, entre otros).

El estudio de Julian Peto, en 7 países europeos (año 1999), constata cerca de 100,000 muertes por Mesotelioma en el período de 1990-´94 y señala que el número de muertes para el período 1995-2029 será de 200,000; si se añaden los decesos por cáncer de pulmón, el cálculo asciende a 500,000 muertes por exposición al asbesto. Los mayores riesgos estarán en los hombres nacidos entre 1946 y 1950: uno de cada 150 de ellos con edades entre los 50 años morirá eventualmente de este tipo de cáncer. Los afectados son mayormente usuarios de materiales con asbesto¹⁶.

Elemento central del problema es que el *Asbesto es un contaminante del aire*: debido a sus *características físico-químicas tiende a fragmentarse* y puede pasar al aire en forma de fibras simples, filamentos, agregados de fibras y partículas microscópicas, resultantes del desprendimiento de las fibras provenientes de actividades profesionales de extracción y manufactura de amianto, así como del empleo de productos de asbesto y con asbestos.

¹⁴Se emplea asbesto como reforzante en el pavimento de carreteras.

¹⁵El Reino Unido fue el primer país que reguló los usos del asbesto (1932). La prohibición del crisotilo la efectuó en el año 1999.

¹⁶Unión Europea. Consejo Económico Social (CES). *Dictamen de Iniciativa SOC/OO4: El Amianto*. Bruselas, marzo de 1999, p. 3.

Por su *comportamiento volátil*, las fibras permanecen en el aire y pueden ser fácilmente inhaladas, instalándose así en el organismo humano por un largo período de tiempo durante el cual van ejerciendo una acción destructora. La importancia de la contaminación del aire por los asbestos radica en que las *fibras son carcinógenas para los seres humanos*.

Desde 1977 el Centro Internacional de Investigación del Cáncer-(IARC¹⁷ - OMS), considera al *asbesto "carcinógeno para el ser humano"*. Posteriormente (1987) lo clasifica en el *grupo 1*, indicando que es *probablemente cancerígeno para el ser humano*.

*El largo período de latencia*¹⁸ de las enfermedades del asbesto constituye otro aspecto central del problema, que es crucial para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La existencia de enfermedades graves especialmente profesionales, provocadas por el Asbesto, coloca a esta sustancia en el centro de las preocupaciones de Salud Pública. En salvaguarda de la Salud Pública, numerosos países en el mundo (34) han prohibido el Asbesto, incluido el crisotilo.

Las tesis de las industrias del asbesto

La industria del amianto publicita la propuesta del "uso controlado" del amianto o asbesto para justificar la vigencia de la utilización del crisotilo, con argumentos que sostienen la presunta "*necesidad*" de su uso en los países de bajo desarrollo industrial. Desinforma y guarda información sobre las investigaciones que señalan al crisotilo como cancerígeno.

El avance de la tendencia a prohibir todos los asbestos hace que la industria del rubro pugne por impedir que esa tendencia se extienda a los países de menor desarrollo. Por ello promociona las tesis del "*uso controlado*" del asbesto o, en particular, del crisotilo. Contrastadas con los resultados de los estudios científicos que fundamentan su prohibición, emergen claramente la debilidad y falta de fundamento de esas tesis de apoyo al uso del crisotilo, como se verá a continuación.

¹⁷IARC; CILC (Centre International de Lutte contre le Cancer). Véase: *Liste des produits reconnus cancérigènes pour l'homme; évaluation globale de cancérogénicité pour l'homme*, Monographies, volúmenes 1 a 63 (France), 1977.

¹⁸Período de latencia: es el tiempo que transcurre desde la primera exposición hasta la aparición de los signos de la enfermedad. Varía de 10 a 40 años.

TESIS DE LAS INDUSTRIAS DEL ASBESTO	RESULTADO DE LAS INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
• "Las fibras de crisotilo aprisionadas o encapsuladas no presentan ningún riesgo para la salud". • "La fuerte unión entre el crisotilo y el cemento, en los productos de fibrocemento, reduce al mínimo las expansiones de fibras en el aire". • "El asbesto moderno no entraña ningún peligro para la salud". "Es relativamente fácil utilizar el crisotilo de manera que se asegure la protección de la salud del trabajador".	Estudios epidemiológicos: Doll, Wagner, Selikoff, Olivier, Peto evidencian que los daños están ligados no sólo a la presencia de fibras en los materiales, sino al hecho de que las fibras son liberadas a la atmósfera con ocasión de las intervenciones sobre esos materiales (golpes, limpieza, corte, clavado). Los casos de Mesotelioma evidenciados en las investigaciones tanto en trabajadores de limpieza de asbesto-cemento (Magnani y otros, 1992; Ascoli y otros, 1996), como en Individuos viviendo en casas construidas de asbesto-cemento (Ascoli y otros, 1996) rebaten esa tesis. <i>Las tasas de liberación del polvo en el aire de los productos de asbesto-cemento son CENTENAS DE VECES MÁS ELEVADAS que el valor límite establecido en Francia y Estados Unidos: 0.1 f cm³ (Informe de la Union Europea, año 2000).</i> El asbesto moderno es el asbesto-cemento, que no ha tenido mayor evolución en el tiempo. <i>Siempre resulta inevitable que los materiales se fragmenten liberando fibras al ambiente</i> (Reporte Grupo Especial sobre el Amianto-OMC, 2000). La toxicidad del crisotilo incluye tanto las <i>fibras puras</i> como las <i>fibras liberadas en operación de los materiales con asbesto, por cuanto son respirables</i> (Comité Científico de Toxicidad y Ecotoxicidad, Francia). La mayoría de casos de Asbestosis y Cáncer de pleura (Mesotelioma) o de pulmón se da en los trabajadores que han estado expuestos entre los límites legalmente establecidos (Informe Unión Europea al Grupo Especial Amianto, año 2000). <i>"No es posible controlar el riesgo para la salud humana de la exposición al amianto crisotilo en todo el "ciclo de vida; la utilización controlada no es una opción práctica y factible en la vida diaria de todos los trabajadores (Dr. Infante).¹⁹</i>

¹⁹OMC -Tribunal de las Diferencias, Grupo Especial Amianto. Experto consultado. Bruselas, párrafo 5,369-OMC, año 2000.

Nocividad y letalidad del crisotilo

Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han constatado y puesto en evidencia que los daños del crisotilo no son simplemente potenciales, sino severos (OMS, 1998). La exposición a él crea riesgos acrecentados de ASBESTOSIS, incluyendo CANCER DE PULMÓN²⁰ y MESOTELIOMA²¹ (Smith, Writh, 1996; Stayner, Dankovic, Lemen, 1996)²², de una manera dosis-dependiente.

Diversas investigaciones confirman el carácter cancerígeno del *Crisotilo como causa de Mesotelioma: véanse los estudios* de Magnani y otros (1992) y Ascoli y otros (1996), en trabajadores de limpieza de asbesto-cemento; y, en trabajadores de garnituras de frenos, entre otros, los de Woitowitz y Rôdelsperger (1991).

En cuanto a la eficacia del "uso controlado" del asbesto o crisotilo, resulta sumamente clara la conclusión a la que llega el órgano de Apelaciones del Tribunal de las Diferencias, de la OMC: *"...en cuanto a la eficacia, las pruebas científicas indican que, en determinadas circunstancias, el nivel de exposición puede seguir siendo suficientemente alto para que persista un riesgo significativo de contraer enfermedades relacionadas con el amianto". Por consiguiente el "uso controlado" no sería una medida alternativa que permitiera lograr el objetivo perseguido por Francia de detener la propagación del riesgo"*²³.

Hace más de una década que las evidencias científicas sobre el crisotilo no dan lugar a dudar de la necesidad de erradicarlo del planeta para salvaguardar la salud de las personas.

2. Desafíos

Ante el conocimiento del grave riesgo que representa el asbesto para la vida y en el interés por la salud de los trabajadores, por nuestro ambiente y el futuro de la sociedad, nos preguntábamos: ¿bajo qué condiciones debemos vivir y trabajar? ¿Qué hacer ante el control del saber, la ausencia

²⁰ **Cáncer de pulmón:** neoplasia maligna que puede ir asociada o no a una asbestosis previa; tiene un período de latencia mínimo de 10 años. Por sí sola, la exposición al asbesto incrementa cinco veces el riesgo de contraer un cáncer de pulmón.

²¹ **Mesotelioma** pleural o peritoneal: cáncer de las células que constituyen el forro que recubre la parte exterior de los pulmones e interior de las costillas (PLEURA) o alrededor de los órganos abdominales (PERITONEO). Tiene un período de latencia de más de 20 años. Alrededor del 90 % de los casos de Mesotelioma constatan exposición al asbesto. Hasta la fecha no tiene cura, y el tiempo medio de supervivencia es de un año.

²² *Environmental Health Criteria 203: Chrysotile Asbestos* Gineve, WHO, IPC Report, 1998.

²³ OMC, Grupo Especial Amianto, Tribunal de las Diferencias Bruselas, 2001, párrafo 175.

de información para el correcto conocimiento del problema, la indiferencia frente a la vida y la salud, el letargo y corrupción administrativos, la ausencia del Estado, la desinformación, los silencios del mundo científico, la ausencia de los actores sociales, el hecho de que demasiada gente no está consciente del Derecho a la Salud y a un Trabajo digno que no violenta la vida? ¿Qué hacer frente a los intereses económicos colocados por encima de la vida, frente a la desregulación del Derecho del Trabajo, y a los escenarios políticos nacionales no favorables al respeto de los derechos?

Esos interrogantes conformaron los desafíos en la lucha por erradicar el asbesto en el Perú: un proceso que tiene como antecedentes el Diagnóstico Médico de cuatro casos de trabajadores afectados de asbestosis²⁴ y el acercamiento a la realidad del trabajo de la manufactura del asbesto, constatando el hecho de que los trabajadores carecían de información acerca de los peligros del asbesto, y al mismo tiempo la existencia y libre expansión de los asbestos -crosidolita, amocita y crisotilo- y la "*invisibilidad*" del peligro asbesto en el país.

A partir de 1992 impulsamos²⁵ con los Sindicatos del Asbesto el inicio de una Campaña en torno a dos estrategias: una, la del *derecho a saber*; y otra, comunicativa -entrevistas en prensa escrita, hablada y televisiva- Teniendo como eje la Denuncia Penal²⁶ interpuesta por el Sindicato contra la empresa ETERNIT por delitos contra la vida y la salud de los trabajadores, se pasa del espacio de las fábricas a la población en general, articulando las realidades y abriendo nuevos espacios sociales: el de los derechos humanos, y el de la salud pública y ambiental. Nuestra campaña inicia entonces la incidencia social en el escenario de la dictadura de Fujimori, orientándose a sensibilizar a organizaciones sociales, a organismos de derechos humanos y ambientalistas, y a profesionales de entidades del Estado, con información y conocimientos sobre el "problema asbesto", con testimonios de los propios afectados, postulando a la Salud como Derecho Humano fundamental y al Asbesto como problema de Salud Pública.

El despido de los dirigentes firmantes de la denuncia penal contra la empresa ETERNIT, apoyado en el inverosímil dictamen del Fiscal Cueva Góngora según el cual "*los trabajadores presentan 0.1, 1.1, 1.3 fibras en*

²⁴ Diagnósticos efectuados por el Dr. Francisco Kikushima, en ese entonces en ISAT al igual que la autora de este escrito, que tenía a su cargo la Dirección del Programa de Salud Laboral Industrial, desde donde se impulsa el trabajo sobre el asbesto.

²⁵ Un grupo de profesionales de la salud y de las ciencias sociales con los Sindicatos del asbesto, desde la *Alianza Sindical en Defensa de la Salud de los Trabajadores frente al Asbesto*, coordinadora de salud de los trabajadores del asbesto, articulando el trabajo con el Instituto de Defensa Legal (IDL).

²⁶ Acción legal llevada por el IDL.

*tanto que la norma establece que el máximo de fibras debe ser de 5, ello evidencia que la empresa cumple ..."*²⁷ permite acusarlos de difamación y, por ello, de falta grave. Ese hecho marca el inicio del duro golpe a las organizaciones sindicales del asbesto, amparado en los cambios en la Legislación del Trabajo. El proceso de despidos y la estrategia de la industria de imponer la falsa disyuntiva "empleo o salud" vuelven frágiles y vulnerables a los Sindicatos en su actuación. Un proceso de despidos en cascada, que incluye a afectados de Asbestosis, trae la desaparición de los sindicatos del asbesto y nos lleva a continuar el trabajo bajo una nueva estructura, como parte de la sociedad civil²⁸.

En ese accionar se realiza el Seminario Internacional "*Amianto: Uso controlado o Prohibición*" (São Paulo, Brasil, 1994). Participar en él nos permite extender al plano internacional nuestra campaña de incidencia: lograr la solidaridad internacional con los dirigentes de Eternit en su lucha por la reposición; ser parte y cofundadores de la Red Mundial Ban Asbestos, e integrarnos a un movimiento mundial de luchadores europeos y de EU, Brasil, Panamá, -todos ellos de gran calidad humana y profesional-, que nos aporta conocimientos, experiencias, información actualizada y crucial apoyo, como el de la Coordinación Mundial Ban Asbestos con sede en Francia y su coordinación latinoamericana con sede en Brasil, posibilitando afianzar la lucha frente al asbesto en el Perú y redimensionar nuestro accionar, al ser parte de campañas internacionales en apoyo a la prohibición del asbesto y la defensa de luchadores consecuentes como Fernanda Giannasi, de Brasil. De ese modo, a pesar de las agresiones y presiones que reciben los trabajadores y en especial los dirigentes sindicales del asbesto, el movimiento se mantiene y la campaña de incidencia se va ampliando a nuevos actores y escenarios.

El escenario de la dictadura nos enfrenta con el quiebre de las organizaciones sindicales y, en el espacio de lo público, nuevamente con la desinformación y el desconocimiento sobre el "problema asbesto" a casi todo nivel de nuestra sociedad -espacio académico, Estado y sociedad en general-, con la Salud puesta por el liberalismo como bien del Mercado, con la carencia de una legislación específica sobre el asbesto, el avance de la desprotección social y los casos de trabajadores afectados. Es entonces

²⁷ La calificación del grado de compromiso pulmonar por el asbesto, que va de 0/1,1/0 a 4 según la Clasificación Internacional Radiológica de la OIT, fue confundida por el Fiscal como equivalente a la medición del ambiente, cuyo límite permisible era de 5 fibras cm³, y así exculpar de responsabilidad a ETERNIT en los daños a la salud que expresaban los grados 1/0, 1/1, 1/3 como los consignados en los certificados de defunción por Mesotelioma presentes en el expediente.

²⁸ Se crea la *Asociación Frente al Asbesto (AFA)*, conformada por profesionales multidisciplinarios y ex trabajadores del asbesto.

que la campaña de incidencia asume la Defensa del Derecho a la Salud ante el Asbesto, a partir de diferentes Estrategias: *Legal* (apoyo a la reposición de los trabajadores despedidos; reconocimiento y reparación económica de las Enfermedades Profesionales); *de Comunicación* (campañas en los medios con entrevista a los despedidos, afectados, familiares; y edición de la Revista *Amianto, Salud y Trabajo*); y *Técnica* (investigación sobre los usos del Asbesto; marco normativo del Asbesto; acopio de testimonios; historias de vida; diagnósticos médicos de trabajadores; "Dossier" sobre el Asbesto; estudios del trabajo con Asbesto, entre otros)²⁹.

El proceso de transición política abre un nuevo escenario para la lucha por la prohibición del Asbesto en el país, así que decidimos aprovecharlo tejiendo relaciones o afianzando las existentes a nivel de decisores políticos y actores clave³⁰. La estrategia fue por el lado legal.³¹ en AFA se decidió elaborar un Proyecto de Ley de Prohibición Total del Asbesto en el Perú³², y un "Dossier" del "Problema Asbesto", que se entregó al entonces Presidente la Comisión de Salud del Congreso de la República, Congresista Daniel Robles, quien lo hizo suyo (año 2002).

La publicación, en el portal del Congreso, del Proyecto de Ley 3783, que postulaba la prohibición total de todos los asbesto en el país, atrajo la intervención de la industria del asbesto³³. La historia de la telaraña de la industria del asbesto empieza a construirse con el Congreso: el congresista Robles viaja a Cancún para un evento sobre el "Uso regulado del crisotilo", organizado por la industria del asbesto, que le paga pasaje, estadía y viáticos. Luego viene no sólo el cambio del proyecto de prohibición total de todos los asbestos por el del "uso regulado y de estricto control del crisotilo", sino que los lazos con la industria del asbesto empiezan a incidir desde la óptica de sus intereses con diversos representantes en el Congreso.

²⁹ En este proceso la cooperación de la Fundació Pau i Solidaritat de Catalunya, y luego la del Gobierno Vasco y de la Fundación Paz y Solidaridad de Bilbao, así como el compartir experiencias directas en ambas realidades, resultaron sustantivas en el crecimiento de la lucha por visibilizar el problema asbesto y hacer eficaces las estrategias planteadas para erradicar el asbesto en el país.

³⁰ Municipios, Colegios Profesionales, Universidades, Organismos internacionales, entidades del Estado (Ministerios, Congreso), poblaciones aledañas a las fabricas de asbesto, y Mesa de SST.

³¹ Varias actividades integran la estrategia como una Mesa de Trabajo legal auspiciada por la OPS, con participación de la OIT, Seminarios con el Colegio Médico, Talleres con el MTPE, entre otros.

³² Proyecto entregado en abril de 2002.

³³ Como autora del Proyecto original, soy invitada a sustentar frente a la industria del asbesto en el despacho del congresista, nuestra propuesta de prohibición; y después se nos comunican las presiones y continua presencia del representante de esa industria en el despacho del congresista.

Resultado: las Comisiones dictaminadoras acuerdan un documento en donde se postula legalizar el uso del crisotilo, documento que es suscrito por la Comisión Permanente del Congreso y da lugar a que salga la Autógrafo de Ley.

A partir de este hecho, la incidencia política la dirigimos entonces al Poder Ejecutivo, con el objetivo de obtener la Observación de la Ley del Congreso³⁴: elaboramos un documento técnico donde rebatimos los argumentos de la autógrafa de Ley dada por la Comisión³⁵; paralelamente logramos establecer los oportunos nexos con asesores clave del Consejo de Ministros, alcanzándoles documentación que sustenta la necesidad de prohibir también el crisotilo. Finalmente, sale la Observación de la Ley, a favor de la prohibición de todos los asbestos en el Perú (julio de 2003).

De este modo nuestro movimiento logra *colocar en la agenda pública y en la agenda política nacional el problema del Asbesto y su prohibición total*.

Al volver la Observación de la Ley al Congreso, en el 2004, nuestra campaña por la prohibición total nos lleva a nuevas presentaciones en las Comisiones de Energía y de Salud, por invitación de sus nuevos Presidentes (Sr. Oré; Dr. Chávez Chuchón), para exponer y sustentar nuestra posición por la prohibición total, situación que nos mantiene en una campaña casi permanente³⁶.

El proceso continúa³⁷ y la batalla por la prohibición total tiene en el Congreso el obstáculo mayor: ahí, por confesión de los propios congresistas, *el lobby del asbesto es fuerte*, como débil la ética. A julio del 2005 los dictámenes de las tres comisiones van por mantener el uso del crisotilo.

Creemos que la ciudadanía tiene el gran desafío de hacer prevalecer la vida y la salud, contraponiéndose al poder económico, reforzando un movimiento capaz de llevar la exigencia de una real política de salud pública en el país y en la Comunidad Andina, erradicando todo tipo de asbesto.

³⁴ El nuevo escenario político con un nuevo de Ministro de Salud, una mujer en la Presidencia del Consejo de Ministros y otra mujer como ministra del Ministerio de la Mujer, nos resulta favorable, ya que con esos actores clave veníamos ya realizando una labor de sensibilización con documentación científica y técnica del problema asbesto.

³⁵ Informe Técnico AFA: Proyecto de Ley 3783/2001 CR.

³⁶ El Proyecto de Ley de Prohibición Total del Asbesto en el Perú (cambiado por el congresista Robles) es entregado nuevamente, esta vez al Congresista Javier Diez Canseco (año 2003), quien posteriormente, estando de viaje y con cambio de asesor, es subsumido en una propuesta de dictamen del congresista Oré a favor del uso controlado.

³⁷ En junio de 2004 se gesta una campaña mediática masiva por televisión, radio y prensa escrita, bajo la conducción del *Colectivo Comité Anti-Asbesto*, -conformado por ASPEC, FCPV y AFA-, que surge para sumar fuerzas en la prohibición del asbesto en el país, y logra recolocar el problema asbesto en la escena pública.

3. Propuestas

Considero oportuno poner a discusión en los países de bajo desarrollo industrial, como son los que integran actualmente la Comunidad Andina de Naciones, el rol de la industria del asbesto, su publicitada "*necesidad*" de los usos del amianto crisotilo como alternativa para resolver un conjunto de problemas frente a la pobreza: techos con planchas de asbesto-cemento, tuberías de asbesto cemento para canalizar el agua, etc.

Como Región enfrentamos, por tanto, el desafío del "doble patrón" o racismo ambiental y social: por ser países con elevada pobreza, la industria del asbesto nos dice que *necesitamos* del asbesto crisotilo; por lo tanto, "*para ayudarnos*", nos transfieren tecnología probadamente cancerígena, contaminante, rechazada y prohibida en los países desarrollados.

Ante este contexto contamos con el dinamismo y la fuerza de la Red Mundial Ban Asbestos (resistencia social organizada, en la que el apoyo recíproco en las luchas sociales y políticas llevadas a cabo por cada uno en su propio país es reforzado por los lazos humanos de solidaridad, y por colocar la vida y la salud en el centro de su elección), que puede ser un buen ejemplo a asumir en la Región.

La iniciativa de los Sindicatos y sus Centrales con la aprobación de la Opinión N° 028 sobre el Asbesto podría ser el camino para hacer de la *prohibición de todos los tipos de asbesto* un proceso a corto plazo en la Comunidad Andina.

En tal sentido, proponemos demandar a los Estados miembros de la Región lo siguiente:

- Hacer de la protección de los trabajadores contra los riesgos provocados por el Asbesto en el trabajo un objetivo prioritario.
- Asumir y sostener todas las medidas necesarias para la prohibición total de todos los tipos de Asbesto y de los productos que lo contengan.
- Impulsar la formación y educación sobre el Asbesto, base esencial en la prevención de los correspondientes riesgos.
- Recopilar y elaborar información acerca de la producción y usos del Asbesto en la región y difundirla con el objetivo de erradicar los riesgos sanitarios ligados al Asbesto.



NORMATIVA COMUNITARIA ANDINA EN MATERIA DE SALUD LABORAL

Estela Ospina*

Aspectos generales

Diversos especialistas mencionan una diferencia sustancial entre los Tratados de Libre Comercio y los Tratados de Integración: los primeros, constituyen instrumentos de geo-política económica y financiera internacional. Mientras que los segundos, apuntan a procesos de armonización integral de los pueblos, incluyendo los aspectos económicos y financieros y otros, como la cohesión social, la protección, la cultura, armonización de la legislación, entre otros componentes. La Comunidad Andina (CAN) es un proceso de integración de la sub región andina conformada por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. En el espacio comunitario subregional andino existe un proceso de construcción de institucionalidad con más de 30 años. Lo cual, constituye una fortaleza en los actuales procesos de globalización internacional.

Parte importante del componente social de la CAN es lo socio-laboral, de conformidad con el Protocolo Sustitutorio del Convenio Simón Rodríguez, tiene cinco ejes prioritarios: formación profesional, promoción del empleo, seguridad social, migración laboral y seguridad y salud en el trabajo.

*Coordinadora del Departamento de Salud Laboral y Medio Ambiente del Instituto Laboral Andino ILA.

El presente documento se centra en la seguridad y salud en el trabajo. Para efectos de las intervenciones del Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA)¹ se le denomina salud laboral.

Salud laboral: derecho humano fundamental

Es importante recordar que, el derecho a la salud laboral es un derecho humano fundamental, en la medida que se encuentra reconocido en los Tratados internacionales sobre la materia. En el desarrollo de los derechos humanos a nivel internacional se ha consolidado la concepción que los vincula directamente con la dignidad humana. La fuente normativa que consagra este derecho es el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*,² que se encuentra bajo vigilancia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Todos los países de la Región Andina han suscrito el mencionado Pacto y tienen calidad de Estados Parte. El Preámbulo señala que “conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad de los seres humanos”. En tal sentido, en su artículo 7º consigna que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo, equitativas y satisfactorias, que le aseguren en especial:...b) *La seguridad y la higiene en el trabajo*”. Más adelante, en el artículo 12º señala como obligaciones de los Estados el “*derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*” y que “*las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:*

¹ El CCLA es una institución consultiva del Sistema Andino de Integración, que está conformada por delegados del más alto nivel, elegidos directamente por las organizaciones representativas del sector laboral de cada uno de los Países Miembros. Este Consejo Consultivo emite opinión ante el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, la Comisión o la Secretaría General, a solicitud de éstos o por propia iniciativa, sobre los programas o actividades del proceso de integración subregional que son de interés para el sector laboral. Ver: http://www.comunidadandina.org/sai/estructura_19.html

² Adoptado por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

a. La reducción de la mortalidad...b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;...c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”.

Convenios Internacionales de la OIT

De los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) fundamentales en materia de seguridad y salud en el trabajo, como son el Convenio No. 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo y el Convenio No. 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, solamente, han sido ratificados por la República Bolivariana de Venezuela, el primero; y, por Colombia, el segundo. Aunque, estos Convenios internacionales han servido de fuente de inspiración en la legislación sobre la materia en todos los países de la sub región, no obstante su limitada ratificación.

Normativa comunitaria andina

En la construcción de la institucionalidad andina es significativa la existencia de un orden jurídico andino o Derecho Comunitario Andino, conformado por los Tratados fundacionales como es el “Acuerdo de Cartagena” y por otros Tratados de ámbito subregional; además, de los instrumentos jurídicos emanados de las instituciones comunitarias andinas, lo cual constituye el “acervo comunitario”. Los instrumentos normativos típicos obligatorios o vinculantes son las Decisiones. Se constata la existencia de órganos comunitarios también supranacionales encargados de la administración de la justicia andina en las instancias administrativas (Secretaría General) y judicial (Tribunal de Justicia del Acuerdo de Cartagena).³ Lo relativo a la supranacional es especialmente importante debido a que ello “hace que el Derecho de la Integración en general y el derecho andino en

³Véase: <http://www.comunidadandina.org/normativa/doctrina/doctrina03.htm>

particular, se distinguen del Derecho Internacional Público clásico, así como de los derechos nacionales, con los que paradójicamente forma parte y los integra. La noción de supranacionalidad, igualmente se ha ido afinando desde el nacimiento de la Comunidad Económica Europea, con el Tratado de París de abril de 1951. La noción de supranacionalidad dentro del derecho de la integración, es la negación del "Imperium" a la manera romana, y la afirmación de la autonomía de gestión que crea los Estados que se integran. La supranacionalidad a su turno se expresa en lo que la doctrina ha denominado "Aplicabilidad Directa" y "Preeminencia" y que también encontramos en el esquema de integración de la Unión Europea". Señalan los expertos que "La "aplicación directa" como primera característica derivada del concepto de supranacionalidad, tiene su base legal en el artículo 2 del Tratado del Tribunal vigente y en el Protocolo de Cochabamba, modificadorio de dicho tratado, que dispone que "las Decisiones obligan a los Países Miembros desde la fecha en que sean aprobadas por la Comisión". Por su parte, el artículo 3 establece que "las Decisiones de la Comisión serán directamente aplicables en los Países Miembros a partir de la fecha de su publicación en la Gaceta Oficial del Acuerdo, a menos que las mismas señalen una fecha posterior...". De esta manera, las leyes comunitarias (Decisiones) no requieren de procedimientos de recepción en el ordenamiento interno de los Países Miembros, para surtir todos sus efectos. Las normas andinas son de obligatorio e inmediato cumplimiento por los Países Miembros en todas sus instancias, por los órganos de la Comunidad Andina y los particulares. Lo anterior significa que la normativa andina obliga a todos los poderes de los Estados sin distinción en todo su territorio, sin limitaciones de orden estatal, regional o municipal y que el ciudadano común adquiere obligaciones y derechos cuyo cumplimiento puede exigir tanto ante sus Tribunales nacionales, como ante las instancias administrativa y judicial comunitarias"⁴.

⁴ Véase: <http://www.comunidadandina.org/normativa/doctrina/doctrina03.htm>

Este es el marco jurídico andino en el cual se inscribe la Decisión No. 584 denominado “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”. Al respecto Mendoza⁵ señaló como antecedentes que el “Consejo Asesor de Ministros de Trabajo decidió elaborar un proyecto de *Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo* a fin de contribuir a su plena vigencia en el contexto del Mercado Común Andino. La formulación de este trabajo fue precedida por un estudio de la legislación nacional de cada uno de los países y un texto consolidado de las mismas con el apoyo técnico de la OIT”. Y, más adelante “Una importante Misión Subregional de consulta con los Países Miembros de la Comunidad Andina (CAN) para la revisión de las bases de Propuesta de la Secretaría General referidas a los Instrumentos de Migración Laboral, Seguridad Social y Seguridad y Salud en el Trabajo se realizó del 10 al 24 de octubre del 2002. Dicha Misión Subregional contó con el apoyo y coordinación de los Ministerios de Relaciones Exteriores de cada uno de los Países Miembros, los cuales se encargaron de organizar, en cada capital andina, reuniones específicas con funcionarios de las distintas entidades nacionales vinculadas con la temática de estos tres Instrumentos”. Es importante puntualizar que el Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA) presentó, en mayo del 2003, la Opinión No. 21⁶ sobre el Proyecto de Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, instando a su pronta aprobación, en la medida en que el proceso de elaboración y adopción de consensos técnicos y políticos estaba concluido. Precisa Mendoza que “los diversos aportes fueron meritados por la Secretaría General de la CAN y presentados para la decisión de los Ministros de Trabajo de la CAN en junio del 2003. Tarea que culminó el mismo mes con el acuerdo suscrito por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores de la CAN como Decisión No. 547: Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”.

⁵ Mendoza, Guido. *El Instrumento Andino de Seguridad Social*. En: “Integración y Trabajo” (CCLA). Año 1, No. 4, agosto de 2002.

⁶ <http://www.ccla.org.pe/legislacion/opiniones/opiniones.php>

Finalmente, en la ciudad de Guayaquil (Ecuador), el 7 de mayo del 2004 el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores de la CAN decidió derogar la Decisión 547, en mérito a las consideraciones presentadas por la Secretaría General contenidas en la Propuesta 118/Rev. 1 sobre la Composición del Comité Andino de Autoridades en Seguridad y Salud en el Trabajo; y decidió adoptar la Decisión No.584⁷ con la denominación de “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”, Decisión que entró en vigencia desde su publicación en la Gaceta Oficial del Acuerdo de Cartagena.

En ese sentido, la Decisión No. 584 Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo se constituye en la ley comunitaria sobre la materia y tiene los atributos señalados de la supranacionalidad y de la preeminencia. El contenido de la misma se puede revisar en la página web de la Comunidad Andina: www.comunidadandina.org

Un aspecto importante es la aprobación del Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, dicho Anteproyecto obtuvo el consenso técnico en agosto del 2004 en la I Reunión del CAASST realizada bajo la Presidencia por tempore de Perú y cuyo consenso político se obtuvo en la reunión del Consejo Asesor de Ministros de Trabajo realizada en Ginebra en junio del 2005; en consulta con el Consejo Asesor de Ministros de Relaciones Exteriores. De conformidad con la Primera Disposición Transitoria de la Decisión No. 584, el Reglamento se aprobará mediante Resolución de la Secretaría General de la Comunidad Andina en un plazo breve.

Cabe mencionar que la Decisión No. 584, en su artículo 33º, crea el “Comité Andino de Autoridades en Seguridad y Salud en el Trabajo” (CAASST), como ente encargado de asesorar al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, a la Comisión, al Consejo Asesor de Ministros de Trabajo y a la Secretaría General de la Comunidad Andina, en los temas vinculados a la seguridad y salud en el espacio

⁷ Véase: <http://www.comunidadandina.org/normativa/dec/D584.htm>

comunitario. El CAASST está conformado por las autoridades nacionales competentes en materia de seguridad y salud en el trabajo de cada uno de los Países Miembros. Dichos representantes serán designados por cada País Miembro y acreditados ante la Secretaría General de la Comunidad Andina por medio del respectivo Ministerio de Relaciones Exteriores. El CAASST tiene las siguientes funciones principales:

- a) Coadyuvar a la aplicación del “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”, de su Reglamento y demás instrumentos complementarios;
- b) Emitir opinión técnica no vinculante sobre los temas referidos al “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo” ante el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, la Comisión o la Secretaría General de la Comunidad Andina;
- c) Proponer eventuales modificaciones, ampliaciones y normas complementarias del “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”;
- d) Facilitar criterios técnicos que permitan superar las eventuales discrepancias que pudiesen surgir sobre la interpretación o aplicación del “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”;
- e) Crear Grupos de Trabajo Especializados integrados por expertos en las materias que señale el Comité.

El CAASST se reúne al menos una vez por año, o cuando lo solicite su Presidencia, o el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, o la Secretaría General de la Comunidad Andina, o el Consejo Asesor de Ministros de Trabajo o, por lo menos, dos Países Miembros. El Comité, en tanto adopte un Reglamento interno, actuará, en lo aplicable, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Comisión de la Comunidad Andina. El CAASST en lo que corresponda, coordinará sus acciones con el Comité Andino de Autoridades de Migración (CAAM), con el Comité Andino de Autoridades en Seguridad Social (CAASS) y con el Consejo Asesor de Ministros de Trabajo de la Comunidad Andina. En sus reuniones podrán participar, en calidad de observadores, representantes de los órganos e instituciones del Sistema Andino de Integración, así como representantes de organismos internacionales

vinculados con los asuntos materia de discusión por parte del Comité Andino de Autoridades en Seguridad y Salud en el Trabajo (CAASST).

Finalmente es importante anotar que el Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA) en el marco del Sistema Andino de Integración puede señalar “Opiniones” que carecen de fuerza vinculante, no son obligatorias. De conformidad con la norma de creación del CCLA, esta Opinión puede emitirse a solicitud o por propia iniciativa. En el primer caso, una instancia del Sistema Andino de Integración (Secretaría General, Consejo Asesor de Ministros de Relaciones Exteriores, Consejo Asesor de Ministros de Trabajo, de la Comisión, entre otros) puede solicitar opinión al CCLA, pero sus alcances no son vinculantes ni mandatorios en el Sistema Andino de Integración. Sin embargo, es importante reconocer la significativa valoración que tienen las Opiniones y han adquirido un rol especialmente importante en el desarrollo de los ejes socio-laborales en la Región Andina.

De las 28 opiniones aprobadas por el CCLA, tres corresponden a salud laboral. Lo cual acredita su interés en abordar este importante eje socio-laboral de la Comunidad Andina. La primera es la Opinión No. 007, del 9 de junio del 2000, que precisó algunas orientaciones generales con relación a la seguridad y salud en el trabajo. La segunda Opinión es la No. 021, del 22 de mayo del 2003, que aborda la necesidad de la aprobación del proyecto de Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Finalmente, la última es la Opinión No. 028, que trata sobre la eliminación de todo tipo de asbesto en el espacio comunitario andino.



* SEGUNDA PARTE *

LA SITUACIÓN DE LA SALUD LABORAL EN BOLIVIA DESDE LA COB

*Cricencio Machaca (COB)**

Teddy Salgueiro (COB)

Ramón Escobar (COB).

1. Antecedentes

El 28 de abril se celebra el Día Mundial sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo. En Bolivia, desde la fundación de la república y según antecedentes históricos, nunca existió una seguridad y salud ocupacional tal cual lo estipula nuestra Constitución Política del Estado (Título segundo: “Del Régimen Social”, Art. 158), que a la letra dice:

1) “El Estado tiene la obligación de defender el Capital Humano protegiendo la Salud de la Población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar”.

2) “Los regímenes de Seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, *solidaridad*, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social”.

También podemos citar la Ley General del Trabajo, en su Capítulo I, Art. 82; y el Código de Seguridad Social, en su Capítulo II, arts. 8 y 10, concordantes con la Constitución Política del Estado.

En lo concerniente a mecanismos de revisión de la Política Nacional en Salud Laboral, existió en el pasado un ente consultivo, que en la actualidad no funciona por razones políticas. Los mecanismos de colaboración y

* Central Obrera Boliviana, Capítulo Bolivia del Consejo Consultivo Laboral Andino en Salud Laboral.

coordinación en Salud Laboral existen a través de la Caja Nacional de Salud (CNS), el Código de Seguridad Social y la Medicina del Trabajo. En lo que respecta a la evaluación del grado de incapacidad, a su vez, no podemos descartar también la actividad del Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO). En cuanto a los responsables de la aplicación de las normas, ellos son el INSO, la CNS, y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Los mecanismos para garantizar el cumplimiento de la Legislación en Seguridad y Salud en el Trabajo son la Constitución Política del Estado, la Ley General del Trabajo y el Código de Seguridad Social. Pero desvirtúa todos estos mecanismos la Ley 1732 ("Ley de Pensiones"), por ser una ley atentatoria a los intereses de carácter social de los trabajadores. La abrogación de esta Ley es solicitada por la COB, para volver al sistema solidario que estipula el Código de Seguridad Social.

Con la implementación del D.S. 21060, a partir de 1985, a título de relocalización se despiden a miles de trabajadores mineros, fabriles y petroleros, que se suman al mundo de los desocupados, donde los ex trabajadores y sus respectivas familias quedan desprotegidos de toda seguridad social.

2. Situación actual

Bajo este sistema se empiezan a practicar diversas formas de subcontratación, empleo temporal, parcial y limitado, donde es casi nulo el acceso a la seguridad social. A esto se suma que las microempresas con menor número de trabajadores se ubican también en el grupo de empresas con altos riesgos de accidentes, que ellas no están en condiciones de prevenir.

En la recesión económica en que está viviendo el mundo, el desempleo vuelve a ser un tema de mucha preocupación, porque hace que en este período los trabajadores y trabajadoras acepten las peores condiciones de trabajo para conseguir un empleo, como son el aumento de las horas de trabajo, contratos temporales o salarios de hambre.

Consideramos que los Ministerios de Salud y de Trabajo deben velar por el cumplimiento de las leyes y las normas de seguridad, higiene y salud ocupacional en el ámbito industrial manufacturero, minero, castañero y en el trabajo de la zafra, donde los niños que trabajan no tienen ninguna seguridad ocupacional ni salud ambiental.

Proponemos que cada sector debería contar con sus normas y reglamentos de seguridad y salud ocupacional, reglamentos que deben ser resultado de la concertación y del diálogo entre empresarios, autoridades y trabajadores.

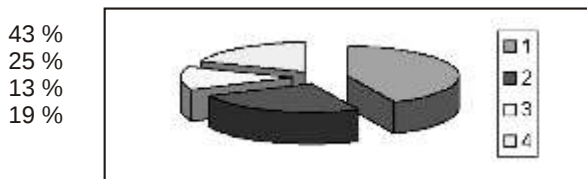
Particularmente en el rubro minero, se deben implementar normas de seguridad e higiene minera, mediante inspecciones periódicas con el fin de cautelar el cumplimiento de tales normas, para poder disminuir el número de accidentes mineros, que en el 2004 fue de 733 casos, 17 de ellos fatales (CNS).

Si hablamos de las cooperativas mineras, debemos manifestar que son entes de naturaleza privada que desnaturalizaron el significado de la palabra "COOPERATIVA", para convertirse en explotadores y destructores de la fuerza de trabajo. Los hechos así lo prueban: en Potosí, por ejemplo, un solo cooperativista tiene más de 300 dependientes; los demás socios tienen entre 5 a 10 peones o "segunda mano" como ellos denominan a sus explotados. Por ello, si hacemos una cuantificación y calificación del fenómeno, llegaremos a la conclusión de que los socios cooperativistas no pasan de 6 a 7 mil en todo el territorio nacional, y los demás son trabajadores explotados de la manera más humillante, sin un salario justo, sin ninguna protección de seguridad social, con una ausencia total de la seguridad industrial, como en el caso de los niños mineros que trabajan para satisfacer la angurria de los patrones modernos, quienes pretenden hacernos creer que son los productores. Por esto mismo, la silicosis, los accidentes cotidianos y el analfabetismo son de porcentajes alarmantes en el sector cooperativista, sin que ninguna autoridad gubernamental y específicamente del Ministerio de Trabajo ponga fin a la situación desesperante de estos compañeros, que atraviesan las peores condiciones de trabajo, según lo mencionado líneas arriba.

El Instituto Nacional de Salud Ocupacional estará incumpliendo con su rol, en cuanto a su trabajo se refiere, toda vez que los accidentes ocurren debido a :

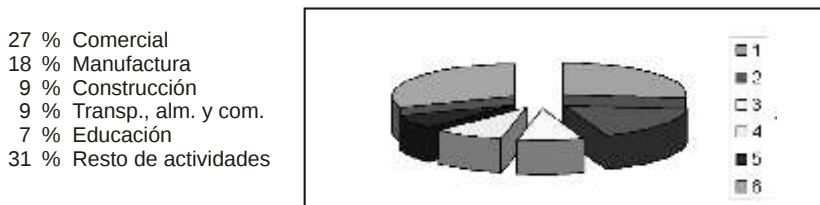
- 1.- Falta de capacitación;
- 2.- Supervisión deficiente; o
- 3.- Existencia de programas de seguridad, pero mal implementados.

Gráfico 1
Bolivia: Distribución de la Población Urbana Ocupada, según Departamentos (1999)



Las tres ciudades más pobladas conglomeran el 81% de los trabajadores.

Gráfico 2
Bolivia: Distribución de la Población Urbana según Actividad



Es natural que el sector comercial, con el 27% de la población urbana ocupada, acapare la mayor parte de la población trabajadora, ya que, en una economía frágil como es la boliviana, el comercio, y en especial el comercio informal, constituye una forma de subsistencia (migración de desempleados a comerciantes).

Respecto del sector secundario, la manufactura y la construcción son las dos actividades que emplean la mayor cantidad de recursos humanos.

Manufactura en general

El desempeño general de la gestión preventiva en la manufactura en general es deficiente (puntaje 36,3 sobre 100). Tiene a su favor el hecho de que en ella existe registro de accidentes.

Los principales riesgos ocupacionales en esta rama son los siguientes :

- 1.- Incendios y explosiones: 25%.
- 2.- Peligros en máquinas y equipo: 13%.

3.- Contactos eléctricos: 10%.

4.- Caídas a distinto nivel: 9%.

Sector Construcción

En general, el desempeño de la gestión preventiva es deficiente. Los principales riesgos ocupacionales en este sector son:

1.- Incendios y explosiones: 43%.

2.- Caídas a distinto nivel: 19%.

3.- Peligros en máquina y equipos: 12%.

4.- Contactos eléctricos: 10%.

3. Importancia del “Subsistema de Información” en un Sistema Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Uno de los principales elementos de un Sistema Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional es el “Subsistema de Información”, que, a partir de la recopilación y el procesamiento de información y la construcción de indicadores, permitirá a los subsistemas de normalización, programación y fiscalización, facilitar la toma de decisiones, establecer criterios de priorización, así como definir políticas, normas, estrategias y acciones nacionales orientadas a la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, con los propósitos esenciales de preservar el bienestar físico, mental y social de la fuerza laboral. No deja de ser importante señalar que la información obtenida mediante los procedimientos de identificación de peligros y evaluación de riesgos ocupacionales es el ingrediente sustancial para definir la *política en seguridad y salud ocupacional* de la empresa. Estas informaciones, que deben constituir toda una base de datos, permitirían:

1.- Generar información válida y confiable sobre accidentes y enfermedades.

2.- Establecer niveles en cuanto a la aplicación de técnicas analíticas y operativas en prevención de riesgos ocupacionales.

3.- Construir perfiles de riesgos ocupacionales.

Las investigaciones deben permitir tener una plataforma de base con información referida a las principales fortalezas y debilidades de la actividad preventiva de los sectores seleccionados, con la finalidad de confeccionar programas de minimización de riesgos ocupacionales.

La información también permitirá o deberá permitir orientar los procesos de capacitación de recursos humanos de los niveles operativo, táctico y estratégico. Éstas serán actividades directas. Las actividades indirectas se darán mediante el desarrollo y la difusión de currícula en prevención de riesgos, para formación técnica vocacional, académica superior y gerencial.

4. Conclusión

Consideramos que la única posibilidad para mejorar la seguridad y salud en el trabajo es, primero, la de determinar en qué situación nos encontramos y cuál es la problemática que enfrentan los diferentes sectores.

Con el resultado de un diagnóstico, se podrá proceder a la prevención de los riesgos ocupacionales, prevención que es no sólo un requisito de índole legal para las empresas, sino algo mucho más importante, siendo un cuidado y conservación del capital más valioso de la empresa, que son los trabajadores, y un ingrediente sustancial para la formación de una ventaja competitiva.

La Paz, 26 de abril de 2005.



LA SALUD LABORAL EN COLOMBIA, DESDE LA CUT, LA CTC Y LA CGT

*Fernando Morales (CUT)**

*Iván Toro (CTC)***

*Víctor Hugo Saidiza (CGT)****

1. Algunos antecedentes

Durante cerca de cinco lustros, la tendencia predominante para el manejo de la enfermedad profesional o el peligro de un accidente de trabajo fue la de compensar económicamente a los trabajadores expuestos a tales circunstancias. Así nacieron, en la negociación colectiva, las primas de calor y otras modalidades de cambiar salud por dinero, una nociva práctica nacida de la incomprensión predominante sobre una verdadera salud ocupacional.

Es en estas circunstancias que el Seguro Social comienza su permanente labor de promoción de la salud en el trabajo y de prevención de la accidentalidad en los sitios de labor. Durante cuarenta años, la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) del Instituto del Seguro Social (ISS) lideró más de mil investigaciones que dieron origen a normas y actividades técnicas estandarizadas en salud ocupacional; hizo más de mil publicaciones que han sido el soporte del conocimiento, estudio y adelanto técnico y científico del sistema; elaboró protocolos y programas de vigilancia epidemiológica para riesgos prioritarios; produjo guías, cartillas y procesos que permiten implementar mecanismos y metodologías de promoción en las empresas, entre los trabajadores y en la comunidad; y contribuyó a la creación y fortalecimiento del Fondo de Promoción de la Salud Industrial, entre otros logros.

Sobre la base del trabajo del ISS, se constituyó un Estatuto de Seguridad Industrial, que regulaba la higiene y la seguridad en los establecimientos de trabajo. Se elaboraron sus complementos, el Decreto 614 de 1984 y las Resoluciones 2013 de 1986 y 1016 de 1989; se reglamentó la conformación de los Programas de Salud Ocupacional y los Comités Paritarios; y se avanzó también en el control de los factores de riesgo y en la promoción del

* Central Unitaria de Trabajadores (CUT).

** Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC).

*** Confederación General del Trabajo (CGT).

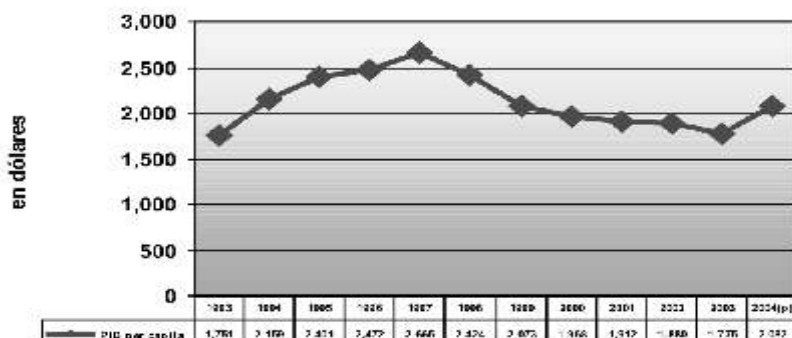
bienestar laboral, superando la visión restringida de atención e indemnización.

Desde cuando, en 1967, se elaboró el Reglamento de Prevención de los Riesgos Profesionales, la actividad fue intensa y productiva, al punto que se cuenta con laboratorios de toxicología, higiene industrial y neurociencias, así como con Unidades Integrales de Rehabilitación. Sus aportes han sido valiosos en temas como el control de polvo de sílice, algodón y asbesto, y el control de radiaciones ionizantes, contaminantes químicos, radiología, esmeriles, prensas, calderas, iluminación, plaguicidas, ruido industrial y temperaturas anormales, entre otros muchos. Ya para 1972 el Seguro Social agrupaba más de cien mil empresas y cobijaba un millón cien mil trabajadores, bajo el esquema de cotización y aportes del Instituto Mexicano de Seguridad Social, que contemplaba cinco clases de riesgo y una tabla con 489 actividades económicas.

En los últimos quince años, las políticas de atención a la salud ocupacional en Colombia se han visto seriamente afectadas por las dificultades de la economía, derivadas de la aplicación de las políticas neoliberales. A partir de la premisa de que *sin desarrollo económico no puede haber desarrollo social*, los efectos de la apertura de la economía han implicado que la cobertura y la calidad del cuidado de los riesgos profesionales se hayan deteriorado, como consecuencia principalmente de la participación del sector privado en la prestación de esos servicios.

Como quiera que el denominado *gasto social* sólo puede ser financiado sobre la base de la riqueza generada en el aparato productivo y éste se ha visto gravemente disminuido, ello entraña que el rubro destinado a estas actividades haya bajado de nivel y de la debida calidad e importancia. Al contrario de lo que generalmente se dice, ese “gasto” no es improductivo, puesto que su rentabilidad es indirecta y de tipo social, en cuanto es inversión en el principal factor de la producción: *el recurso humano*. Es sabido que una población trabajadora que no tenga solucionadas y satisfechas sus necesidades sociales no puede participar de la mejor manera en la producción ni puede aportar al incremento de la productividad.

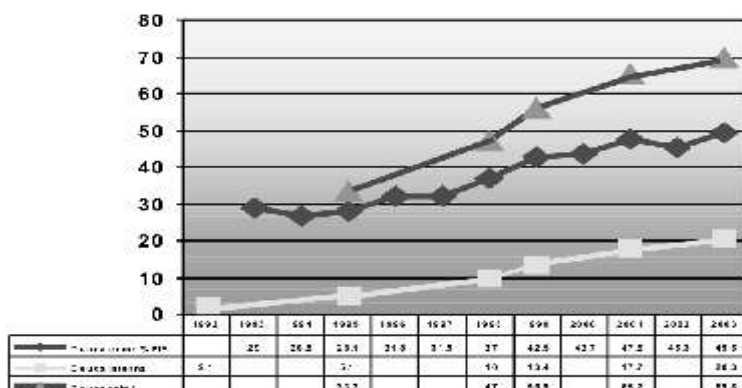
Gráfico N°1
Colombia: PIB per cápita, 1993-2004



2. Principales indicadores económicosociales

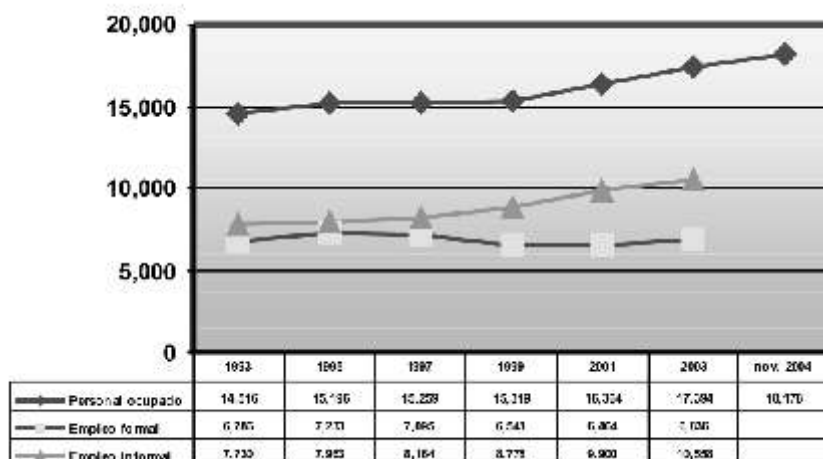
A contrapelo de los optimistas augurios oficiales, los últimos diez años se pueden considerar como otra década perdida, en la medida en que el Producto Interno Bruto (PIB) bajó de US\$94.379 millones, en 2004, a US\$ 92.356 millones en 1995, lo cual significa que ha habido un descenso del PIB per cápita.

Gráfico N°2
Colombia: deuda externa e interna y total
como porcentaje del PIB, 1992-2003



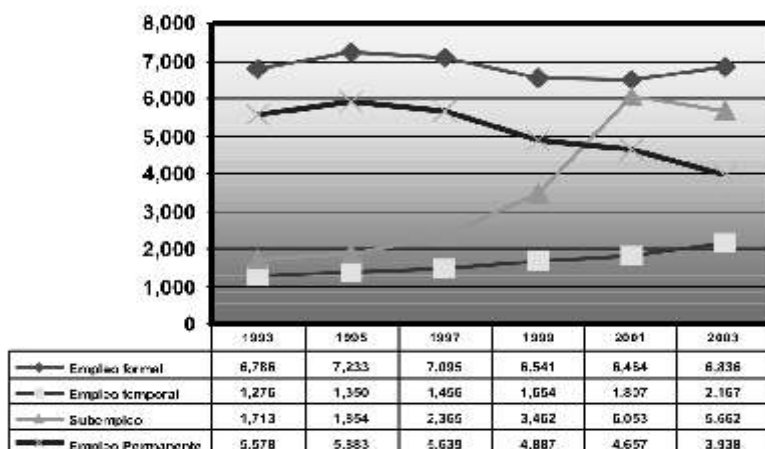
Lo que sí crece es la deuda externa, pues, al tiempo que se estanca la producción, se incrementa el endeudamiento del país, que pasa de US\$18.866 millones en 1993 a US\$35.884 en el año 2004. Es decir que mientras producimos menos nos endeudamos más, al punto que el conjunto de la deuda externa e interna como porcentaje del PIB pasó a representar del 33,2% en 1995 al 69,8% en el año 2003.

Gráfico N°3
Colombia: Evolución del empleo formal e informal,
1993-2004



Como efecto de la política económica entre la población ocupada, el porcentaje de personas dedicada a las actividades informales, -que no tienen acceso al sistema de riesgos profesionales-, subió del 53% de la población ocupada al 61%, en tanto que el empleo formal bajó del 47% al 39%.

Gráfico N°4
Colombia: Evolución del subempleo y el empleo temporal y otros,
1993-2003

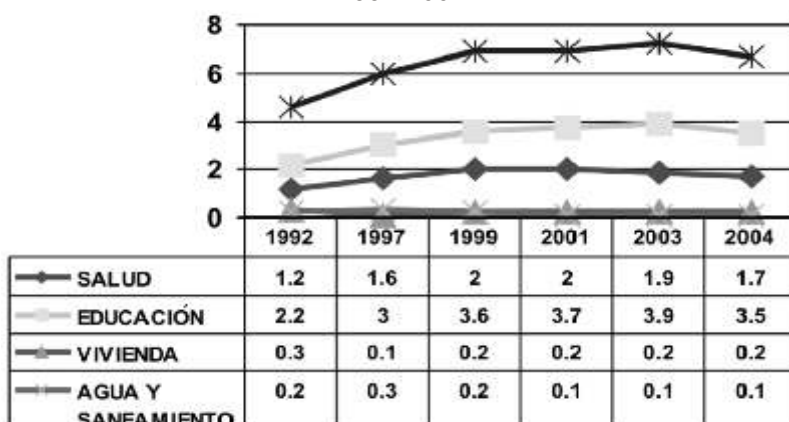


Entre 1993 y 2003, el empleo formal, que es el que se vincula al sistema de riesgos profesionales, sólo creció en 50.000 personas, pero el empleo permanente se redujo en 1'640.000 puestos, en tanto que los empleos temporales crecieron en 891.000 unidades.

Estas cifras son altamente discutibles, porque son manejadas de manera amañada, para reducir tramposamente los niveles de desocupación. Es así como de 2'101.000 personas que ingresaron, por edad, al mercado laboral, 360.000 se integraron a la Población Económicamente Activa y 1'741.000 se desviaron hacia la llamada Población Inactiva.

En 1992 el 93% del empleo industrial era permanente y el 7% era temporal. En cambio, en el año 2001 el 79% era permanente y el 21% era temporal.

Gráfico N°5
Colombia: Gasto social del Estado como % del PIB,
1992-2004



El gasto social del Estado como porcentaje del PIB había crecido hasta el 7.2% en el año 2003, pero en el año 2004 descendió al 6.7%¹.

3. Normatividad del sistema de aseguramiento

En 1979, la Ley 9ª (Título III) introdujo normas de prevención de riesgos profesionales, complementando el concepto anterior de indemnización y reparación. Posteriormente se dictaron las Resoluciones 2400 de 1979, 2013 de 1986, y 1016 de 1989, así como los Decretos 586 de 1983 y 614 de 1984.

¹Los datos económicos son extraídos de fuentes oficiales, como el DANE, Planeación Nacional y el Banco de la República.

Mediante la Resolución 2400 y los decretos reglamentarios, se constituyó un Estatuto de Seguridad Industrial, que regula la higiene y la seguridad en los establecimientos de trabajo. Sus complementos, el Decreto 614 de 1984 y las Resoluciones 2013 de 1986 y 1016 de 1989, reglamentaron la conformación de los Programas de Salud Ocupacional y los Comités Paritarios. Se avanzó así en el control de los factores de riesgo y en la promoción del bienestar laboral, superando la visión restringida de lo que deben ser la atención y la indemnización.

4. Las reformas neoliberales

Las reformas de corte neoliberal comenzaron con la expedición de la Constitución de 1991, que señala: *“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. (...) Podrá ser prestada por entidades públicas y privadas”*. De esta manera se abrió paso a la privatización de la seguridad social.

En desarrollo de ese mandato constitucional, se expidió la Ley 100 que, en materia de riesgos profesionales, estableció la cobertura obligatoria restringida a la fuerza laboral asalariada. Por lo tanto, no cubre a la mayoría de trabajadores, que se mueve en la informalidad. Las cotizaciones se basan en los salarios y están totalmente a cargo del patrono. También es facultativo para los empresarios definir a qué Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) se afilian sus trabajadores. Los grandes grupos económicos han conformado sus propias ARP, convirtiéndose en juez y parte, aprovechando el esquema de competencia entre el sector público y el privado. Bajo este esquema persisten un escaso nivel organizativo en las empresas y una carencia total de investigación. No existe un registro de los Programas de Salud Ocupacional en las empresas y hay poca tradición de generación de información aplicada.

5. Sistema de vigilancia

El sistema de vigilancia está a cargo de la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de Protección Social, la cual sin embargo no cuenta con el apoyo administrativo y científico suficiente. La Superintendencia Bancaria sólo ejerce control financiero, pero sin criterios técnicos. El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales sólo tiene facultades para hacer recomendaciones, sin carácter vinculante, y es una instancia donde los trabajadores siempre se encuentran en minoría, puesto que allí hay dos representantes de los trabajadores contra siete de los

empresarios y el gobierno. También existe el Comité Nacional de Salud Ocupacional, de carácter consultivo, donde también los trabajadores estamos en franca minoría (dos contra seis).

Antes del gobierno de Uribe Velez, los recursos de este Fondo se destinaban, en una buena proporción y con algunos favoritismos, para programas de capacitación manejados por las centrales obreras. Para el año 2004, de un presupuesto de cerca de US\$4 millones, no se le otorgó un solo programa al movimiento sindical, habiendo sido adjudicados a universidades privadas de carácter elitista. La Universidad del Rosario recibió contratos por más de US\$500.000, y una programadora de televisión, poco conocida, recibió contratos por US\$300.000. Para el año 2005, el presupuesto es de US\$5 millones, en los cuales tampoco tiene ninguna participación el movimiento sindical.

6. Prestaciones asistenciales y económicas

El Sistema de Riesgos Profesionales brinda los siguientes servicios:

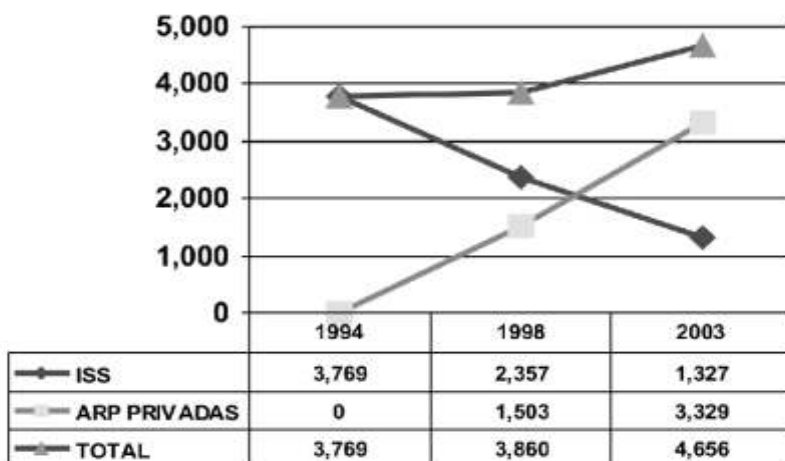
- Asistencia en salud
- Incapacidad temporal
- Incapacidad permanente parcial
- Pensión de invalidez
- Pensión de sobreviviente
- Auxilio funerario.

6.1 Plan Nacional de Salud Ocupacional, 2003 - 2007

Sin una participación activa de los trabajadores, el gobierno expidió un Plan Nacional de Salud Ocupacional para cuatro años, cuyos supuestos objetivos serían:

- Fortalecer la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo;
- Consolidar y fortalecer las instituciones;
- Impulsar el desarrollo tecnológico y científico y garantizar la viabilidad financiera;
- Favorecer la ampliación de la cobertura y la prevención de los riesgos.

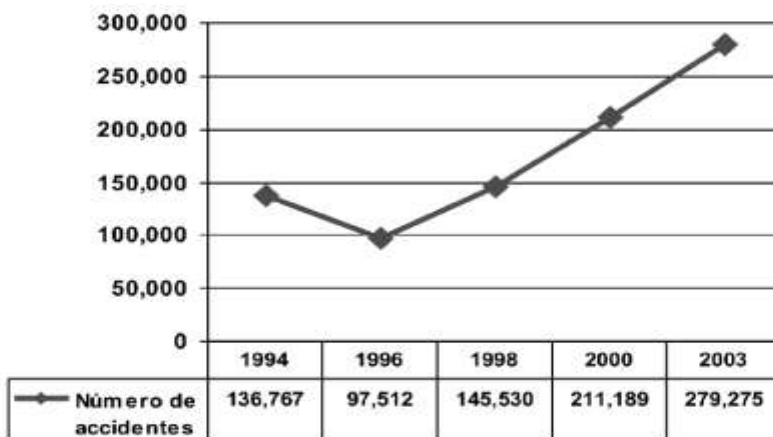
Gráfico 6
Colombia: Cobertura de los riesgos profesionales
por el ISS y las ARP, 1994-2003



6.2 Cobertura

La cobertura ha pasado de 3'769.000 trabajadores en 1994, año en que se estableció el actual sistema, a 4'659.000 en el año 2003. Pero hoy día la mayoría -3'329.000- se encuentra afiliada a las ARP privadas, en tanto que el ISS, que antes de las reformas afiliaba a la totalidad de los trabajadores, ahora sólo tiene 1'327.000 afiliados.

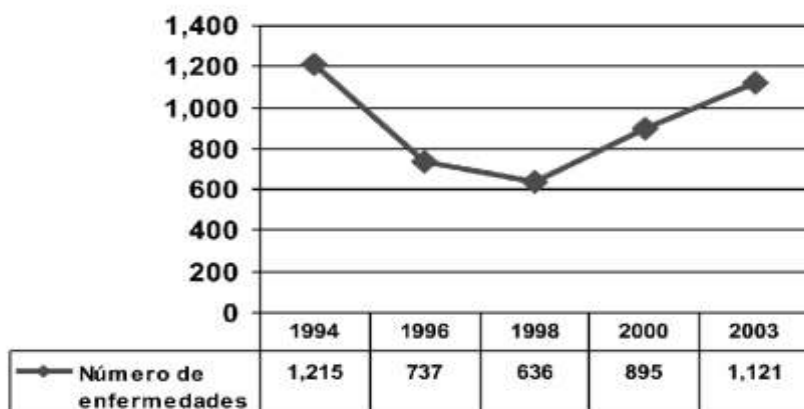
Gráfico 7
Colombia: Evolución del número de accidentes
de trabajo, 1994-2003



6.3 Accidentes de trabajo

El reporte de accidentes de trabajo adolece de problemas derivados de la diferencia entre la atención que se brinda por un accidente común, atendido por las Empresas Promotoras de Salud, o por un accidente de trabajo, cuya atención está a cargo de las ARP de manera integral. De esta manera las ARP privadas eluden la calificación del incidente como resultado de la actividad productiva, para que sea atendido por las EPS. Ello hace que las estadísticas no sean confiables, aunque es notorio un incremento importante de la accidentalidad laboral. En 1994 se reportaron 136.767 accidentes de trabajo; y, a los dos años de implementadas las reformas, el registro bajó a 97.512. Desde ese entonces ha venido creciendo hasta llegar a 279.275 accidentes reportados en 2003, último año sobre el que se conocen cifras.

Gráfico 8
Colombia: Evolución del número de enfermedades
profesionales, 1994-2003



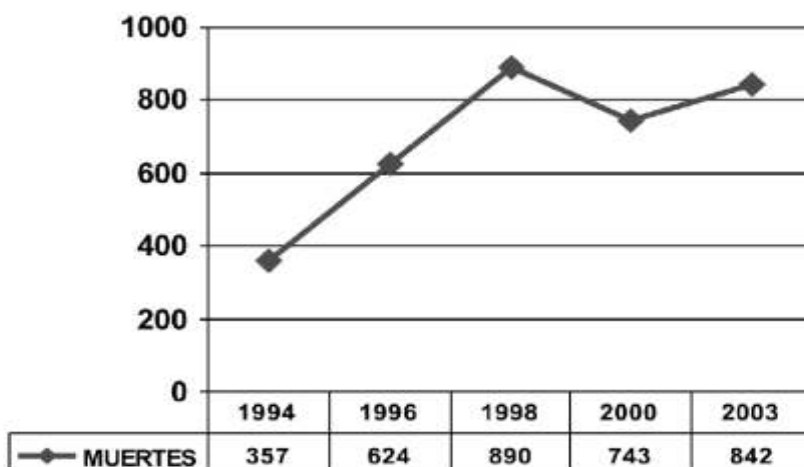
6.4 Enfermedades profesionales

En este caso también las estadísticas están distorsionadas por las maniobras de las Aseguradoras privadas que hacen todo lo posible por desviar los casos hacia la calificación de enfermedad común. En 1994, se habían reportado 1.215 casos de enfermedad profesional, registro que descendió a 636 en 1998, para volver a subir a 1.121 en el año 2003. La determinación de si se trata de enfermedad común o profesional está en manos de unas Juntas de Calificación que, en general, procuran calificar en contra del trabajador, pese a que éste tiene que cancelar los honorarios de esas Juntas.

6.5 Muertes en el SGRP

Las cifras de muertes declaradas como derivadas de un accidente de trabajo o de enfermedad profesional también están distorsionadas por las maquinaciones del sector privado. En 1994 se registraron 357 decesos calificados como causados por los riesgos profesionales, cifra que ha venido creciendo, hasta llegar a 842 en el año 2003².

Gráfico 9
Colombia: Evolución del número de muertes
en el Sistema General de Riesgos Profesionales



7. Conclusiones

Para 1994, fecha de instauración del esquema de competencia con las aseguradoras privadas, con el que se eliminó el monopolio del Estado en la prestación de los servicios de seguridad social y los convirtió en un negocio, el Seguro Social tenía adscritas casi 420 mil empresas, con más de tres millones setecientos mil trabajadores. Con la expedición del Decreto 1295 de 1994 se modificaron las tablas de cotizaciones para las 604 actividades registradas, de manera que el mínimo subió de 0,28% a 0,348% y el máximo de 7% a 8,7%. Así se crearon las condiciones para el ingreso del sector privado en el recién creado Sistema de Riesgos Profesionales.

²Las cifras sobre Riesgos Profesionales provienen del documento publicado por el gobierno "Plan de Salud Ocupacional, 2003-2007".

Como efecto de esa nueva política, las compañías aseguradoras crearon sus propias Administradoras de Riesgos, de alguna manera ligadas a los grandes grupos empresariales, lo cual causó una perversa situación, en cuanto son los propios empresarios quienes definen a qué ARP se afilian sus trabajadores. Es así como, a lo largo de estos diez años, la ARP del ISS bajó a 255 mil empresas afiliadas y a sólo un millón trescientos mil trabajadores amparados, mientras que las Administradoras privadas crecieron. Pero ese debilitamiento numérico no ha sido óbice para que la estructura básica del ISS, construida durante cuarenta años, siga siendo la más desarrollada y experta, al punto que hasta las empresas privadas acuden a sus laboratorios y centros de rehabilitación.

Empero, las secuelas de la privatización siguen haciendo estragos en la atención de la salud ocupacional de los trabajadores, y los problemas estructurales de la salud ocupacional siguen sin resolverse. En estas condiciones, el ISS continúa siendo líder en cobertura y servicios de protección al trabajador, velando por el bienestar en los ambientes laborales y por la productividad de las empresas.

Bogotá, Junio de 2005.



LA SITUACIÓN DE LA SALUD LABORAL EN ECUADOR, DESDE LA CTE, LA CEOSL Y LA CEDOCUT

*Eduardo Alcibar (CTE)**

*César López (CEOSL)***

*Washington Tufiño (CEDOCUT)****

De todos los retos, el mayor a enfrentar por la mayoría de los países en vías de desarrollo es el de combatir la pobreza.

Conscientes de que esta realidad nos obliga a renovar y modernizar las estructuras organizativas de nuestra matriz sindical y del Movimiento Obrero en general que ha crecido considerablemente, se ha contemplado tomar acciones en un tema de mucha importancia que ha estado olvidado y considerado sin importancia por los trabajadores. La CEOSL considera así tomar acciones en programas de seguridad y salud en el trabajo, y procede a la reapertura del Centro de Estudios de Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene Industrial (CESSHI).

El CESSHI, comprometido con los acuerdos realizados mediante sus actualizaciones de Formación, Asesoría y Apoyo Internacional, empieza a trabajar en programas de Formación, Capacitación y Asesoramiento dirigidos a las organizaciones sindicales, actividad de la cual nos permitimos compartir algunos aspectos importantes.

En el Ecuador, el combatir la pobreza y el precautelar el bienestar de las futuras generaciones, el uso racional de los recursos naturales y el medio ambiente en general, deben enfrentarse en el marco no sólo de un mundo globalizado, sino también de una economía dolarizada cuya permanente necesidad de divisas aumentará la presión sobre el uso de los suelos.

Abordar temas de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente no es simple, pues existe un amplio contexto a considerar para ubicarlo sin perder de vista el conjunto de sus interrelaciones.

* Confederación de Trabajadores del Ecuador (CTE).

** Confederación Ecuatoriana de Organizaciones Sindicales Libres (CEOSL).

*** Confederación Ecuatoriana de Organizaciones Clasistas Unitarias de Trabajadores (CEDOCUT).

El medio ambiente laboral es una consecuencia de la forma de desarrollo de la producción, supeditada a factores tecnológicos, económicos y sociales específicos, y se presenta de diversas formas, las mismas que establecen las bases de la organización y las condiciones de trabajo y, en consecuencia, influyen en la Seguridad, Higiene y Salud en el Trabajo.

El tema de la salud de los trabajadores, por su lado, contempla un conjunto de elementos desde el estado de salud general y sus trastornos por enfermedades comunes, hasta los problemas de salud dentro de la actividad laboral, tanto en forma de accidentes como en forma de enfermedades denominadas profesionales o del trabajo.

Las condiciones de trabajo, por otro lado, parecen no haber sido analizadas en todo su contenido. La discusión de los condicionantes de la producción y la productividad no ha estado en el eje de las relaciones entre empleadores y trabajadores; incluso los aspectos técnicos de producción, no han tenido el peso y la importancia necesarios en la discusión entre ambos; al menos así lo indican los acuerdos, contratos colectivos y algunos otros documentos de este tipo.

1. La salud de los trabajadores: accidentes de trabajo entre 1990 y el 2000

Presentamos a continuación la información disponible sobre accidentes del trabajo producidos en el Ecuador.

A partir de 1990, la tendencia detectada por la Unidad de Informática de la División Nacional de Riesgos del Trabajo fue hacia un incremento en el registro de fallecimientos por accidentes de trabajo, entre los afiliados al IESS.

Si bien ha existido una importante reducción en el número de fallecidos por accidentes laborales, la persistencia de los decesos es preocupante.

Lamentablemente, no se dispone de información completa, lo cual hace difícil un adecuado análisis. Según datos del IESS, en el año de 1996 se registraron 155 fallecimientos por accidentes laborales; en 1997, 154; en 1998, 185; y en 1999 (hasta el mes de julio), 81.

Los accidentes de trabajo según la actividad económica, desde 1990 hasta 1992, se han presentado en varias actividades, tales como: manufactureras de servicio comunal, social y personal; comercio al por mayor y menor; construcción; transporte; almacenamiento; industria textil; floricultura, bananeras.

Los últimos datos proporcionados por el IESS indican que en 1996 se presentaron 273 casos de incapacidad temporal y 211 casos de incapacidad permanente; en 1997 se registraron 375 de incapacidad temporal y 208 de incapacidad permanente; en 1998 se reportaron 324 casos de incapacidad temporal y 214 de incapacidad permanente; y finalmente, hasta junio de 1999, se registraron 130 casos de incapacidad temporal y 119 de incapacidad permanente.

2. Ámbitos de la salud de los trabajadores

En la salud de los trabajadores no es posible intervenir con eficiencia y eficacia si no se conocen las particularidades del centro laboral. Los resultados producto de la concentración de las acciones sólo en las personas, aisladas de sus condiciones de trabajo, son extremadamente pobres y superficiales. La relación salud - trabajo obliga a conocer las condiciones de trabajo y el estado de salud de las personas y a intervenir en ellas.

También lo que sucede fuera del espacio laboral tiene estrecha relación con la salud. Por ello, se deben incorporar en el conocimiento de los trabajadores y la correspondiente acción los aspectos más importantes de la vida extra laboral.

Una parte de la acción del CESSHI en este aspecto ha sido la de capacitar a los trabajadores en la creación y formación de los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo. Cuando se conformaban los Comités de Seguridad, apenas se realizaban reuniones de poco contenido y, en el mejor de los casos, acciones dispersas. Los resultados que se obtenían, eran, en general, de tipo puntual y superficial respecto de las necesidades generales. La higiene industrial recién comenzaba a desarrollarse, y solamente para algunos riesgos, especialmente limitada por las escasas posibilidades técnicas a implementarse.

Por esta razón, el CESSHI está trabajando en la formación de compañeros trabajadores y ha creado un grupo de *Delegados en Seguridad y Salud en el Trabajo*.

En el Ecuador, en los actuales momentos, es necesario realizar estudios del estado de salud de los trabajadores, a efectuarse de forma tripartita, por cuanto existe todavía mucha despreocupación de parte del Estado y los Empresarios.

Los trabajadores, por nuestra parte, estamos realizando varios talleres - seminarios con la finalidad de concienciar a los trabajadores acerca de la gran importancia de la Seguridad y la Salud en los centros de trabajo.

Esto permite al menos apoyar a los trabajadores en los conocimientos de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en los centros de trabajo, y en lo que respecta a los avances en la incorporación de Programas de Salud Laboral en los primeros niveles de los Sistemas de Salud y en los centros de trabajo.

La presencia de los equipos de salud en cualquier nivel y con responsabilidades específicas en los programas de salud de los trabajadores es una adecuada medida para que estos programas se materialicen y desarrollen. La participación activa y el desarrollo de iniciativas de autogestión de los trabajadores y los empleadores, laborando de manera estrecha con el equipo de salud y contando con los recursos necesarios, es una alternativa que las condiciones actuales exigen implementar.

En el Ecuador existen empresas llamadas "tercerizadoras" que no demuestran ninguna clase de responsabilidad para con sus trabajadores en lo que se refiere a seguridad y salud en el trabajo: en efecto, sus trabajadores laboran muchas horas, no tienen equipos de protección y, peor aún, no son capacitados para los trabajos que van a desempeñar.

El Estado ha permitido a estas empresas su libre oferta de mano de obra barata y expuesta a muchos riesgos laborales.

3. Problemas en las florícolas

La consideración del tema de la seguridad, higiene y salud en el trabajo y el ambiente en la producción florícola requiere de una experiencia previa en el sector, y de un análisis integral del proceso de producción, así como de la organización de toda la actividad, las condiciones de trabajo y los riesgos que la misma conlleva.

Para eso es necesario abordar la evolución del sector florícola en sus variables más importantes, ya que a partir de ellas se establecen las empresas como unidades productivas con sus diferentes áreas de trabajo. La dinámica de la dependencia del mercado internacional marca pautas fundamentales al desarrollo del sector. Más aún, lo condiciona en componentes centrales, como son la producción, la calidad, la forma de

organizar el trabajo, y las condiciones de trabajo que se generan en su interior. Las exigencias internacionales imponen la adopción de respuestas empresariales adecuadas, ajustadas a las demandas del momento.

A partir de allí se generan respuestas más o menos precisas, dependiendo del posicionamiento de las empresas, que llevan a asumir diferentes formas de producir. Los trabajadores, en este contexto, debido a las actuales condiciones de flexibilidad laboral y, sobretudo, a la ausencia de organizaciones sociales o sindicales importantes en el sector, han tenido diferentes momentos en su participación, pero generalmente no han podido contrarrestar los efectos más negativos de esta situación.

Todo lo expuesto hasta aquí refleja experiencias que hemos recopilado del trabajo que realizamos en el CESSHI y que esperamos puedan ser útiles para otros colectivos de trabajadores y otras entidades interesadas en el tema.

4. El trabajo infantil en el Ecuador: evolución del problema

El trabajo infantil en el Ecuador es motivo de gran preocupación social y oficial. En todo caso, el Ecuador es uno de los países donde la dimensión del problema tiene niveles alarmantes. Su evolución puede considerarse desde dos puntos de vista: cuantitativo y cualitativo.

4.1. Aspecto cuantitativo

Desde el punto de vista cuantitativo, el crecimiento del trabajo infantil ha sido fuerte y muy rápido. Se considera que, en 1990, habían 487.945 personas de entre 10 y 17 años en alguna actividad productiva. En 1997, estas cifras llegaban aproximadamente a 810.000 niños y adolescentes y, en el año 2000, superaban el millón.

4.2. Aspecto cualitativo

Este crecimiento numérico amerita también una consideración cualitativa: como para el resto de los trabajadores, las condiciones de trabajo han cambiado sustancialmente, habiendo empeorado en todo sentido en amplios sectores productivos y lugares de trabajo, aunque no en todos.

Por lo tanto, para el estudio de la salud en los niños y adolescentes que trabajan, se requiere hacer un breve intento de interpretación de la situación general del ámbito laboral del Ecuador, dentro del cual se inscribe el trabajo como categoría socioeconómica, técnica y cultural.

Se podría estudiar el trabajo infantil en tres dimensiones:

- Aspecto estructurales;
- Presencia institucional; y
- Condiciones generales de vida.

Dentro de los aspectos estructurales no podemos dejar de destacar el desarrollo de políticas de ajuste, -recesivas y con efectos de desempleo-, el aumento de la pobreza y la reorientación productiva hacia la exportación. En este marco, el trabajo puede ser encuadrado en el siguiente esquema de factores que se han modificado profundamente:

- Cambios productivos;
- Cambios tecnológicos;
- Flexibilización del trabajo;
- Viejos y nuevos riesgos del trabajo.

Entre los *cambios productivos* destacan la modernización de algunas ramas de actividad, el desarrollo de procesos intensivos de producción en el agro y la industria, y el crecimiento del sector servicios. Dichos cambios no hacen desaparecer la agricultura tradicional o la industria destinada al mercado interno, pero sí incorporan nuevas formas de producir.

Estas nuevas formas se manifiestan en *cambios tecnológicos* con la incorporación de tecnología de punta o más avanzada que, entre otros efectos, es ahorradora de mano de obra e incorpora nuevos perfiles de trabajadores (entre ellos mujeres y niños), y también en la introducción de *nuevos riesgos del trabajo*, ya que requiere de nuevos procesos y actividades del trabajador. Un complemento sustancial de esta modernización, que incluso, en algunos casos, se adelantó a las nuevas inversiones, ha sido la *flexibilización laboral*. Esta nueva estrategia de tratamiento a la fuerza de trabajo ha sido implementada fundamentalmente para cambiar las formas de organización y las condiciones de trabajo.

Quito, mayo de 2005.



LA SITUACIÓN DE LA SALUD LABORAL EN EL PERU, DESDE LA CGTP, LA CUT, LA CTP Y LA CATP

*Carlos Jiménez (CGTP)**

*Guillermo Onofre (CUT)***

*Walter Saavedra; Flor Gutti (CTP)****

*Néstor Loayza (CATP)*****

1. Diagnóstico de la situación actual

Un proceso que rechazamos es la conformación del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA) y a sus políticas pro-empresariales, sin dimensión social, autoritarias, tecnocráticas y excluyentes en seguridad y salud en el trabajo que se implementan desde el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC).

Se hace un llamado para fortalecer, al interior de la CAN y del MERCOSUR, un proceso de integración de la "Comunidad Sudamericana de Naciones" y para promover una política de Sistema Regional Latinoamericano en Seguridad y Salud en el Trabajo de carácter tripartito y democrático, que reconozca la importancia del punto de vista y percepción de los trabajadores y que sea incluyente en salud laboral y condiciones de trabajo.

Es importante señalar que los diferentes gobiernos no se han preocupado de implementar políticas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, y que además no cumplen a cabalidad con el control y la fiscalización de las normas. La peor época fue durante el Gobierno del Ing. Alberto Fujimori que desmontó la limitada institucionalidad nacional en salud laboral. Casi se eliminó al Ministerio de Trabajo, se disolvió al Instituto Nacional de Salud Ocupacional en la Dirección Nacional de Salud Ambiental, se permitió la fiscalización privada en seguridad e higiene en el sector minero (con lo cual se incrementaron las muertes en la minería), entre otras políticas.

Un aspecto central que se implementó durante ese Gobierno fue la flexibilización de la legislación laboral. Los trabajadores y sus organizaciones sindicales se vieron directamente afectados por la precarización del empleo, el creciente deterioro de la calidad de su trabajo y el debilitamiento de las organizaciones sindicales.

* Central de Trabajadores del Perú (CGTP).

** Central Unitaria de Trabajadores del Perú (CUT).

*** Confederación de Trabajadores del Perú (CTP).

**** Central Autónoma de Trabajadores del Perú (CATP).

Actualmente, se puede afirmar que en el país una gran mayoría de las empresas formales no asumen su deber de prevención de los riesgos en el trabajo, no cumplen con la legislación sobre seguridad y salud en el trabajo, no han constituido Comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo, y tampoco tienen programas para la prevención de riesgos en el trabajo; y, finalmente, no hay información para los trabajadores sobre los riesgos en el trabajo, entre otros problemas. La situación es peor en las pequeñas y micro empresas, en las cuales no existe ni información ni capacitación.

Uno de los efectos de la reforma del Estado y de la privatización de la Seguridad Social es la limitación en la protección social y la ausencia de controles a las empresas frente a los incumplimientos legales. En este sentido, son las familias quienes asumen los costos derivados de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, porque no hay protección para los trabajadores.

Las Centrales sindicales y sus bases asumimos autocríticamente que no hemos desarrollado en forma articulada experiencias de sensibilización y de organización sindical en salud laboral. Las Centrales sindicales asumimos que la salud laboral es el mantenimiento de la vida en el trabajo para un mejor desarrollo humano, para cuya defensa requiere de la acción sindical.

Consideramos fundamental un esfuerzo mancomunado para iniciar un proceso de unidad y solidaridad entre las Centrales Sindicales a favor de la salud laboral. Señalamos que las mujeres trabajadoras se encuentran laborando en condiciones de mayor precariedad, y lo mismo sucede en el sector informal; por tanto se deben desarrollar acciones al interior de las organizaciones sindicales para incluir a estos sectores de trabajadores actualmente desorganizados.

2. Propuestas

Nuestras propuestas consisten en los siguientes puntos:

1. Que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo elabore e implemente una política nacional en seguridad y salud en el trabajo (SST).
2. Que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo desarrolle una fiscalización más efectiva en los centros de trabajo; y que los recursos de las sanciones se destinen a un Fondo de Prevención e Investigación en SST.
3. Que es necesario que la Comisión Multisectorial de SST culmine el

Sistema de Registro y Notificación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

4. Que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo promueva la ratificación de los Convenios Internacionales de la OIT No. 67, 121, 145, 155, 156, 161, 167 y 176.
5. Que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo publique el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo que fuera aprobado por consenso por la Comisión encargada de elaborarlo, después de un trabajo de más de dos años, y prepare un Proyecto de Ley que recoja los principios fundamentales de la SST.
6. Que el Congreso de la República recoja la exigencia de una Ley de Prevención de Riesgos en el Trabajo.
7. Que el Ministerio de Salud atienda con carácter de emergencia a los trabajadores contratados y de "services" en las mismas condiciones que a los trabajadores nombrados, con cargo a que su atención sea reembolsada por parte de las empresas a través de la SUNAT.
8. Que ESSALUD invierta más recursos en la prevención de los riesgos en el trabajo, a través de los CEPRITS, y realice estudios participativos sobre las condiciones de trabajo y con enfoque de género. Estudios que deben mejorar e implementar políticas de prevención en los diferentes sectores productivos y de servicios, con especial atención a las trabajadoras y a los menores trabajadores.
9. Que ESSALUD-CEPRIT coordine con las organizaciones sindicales en todo el país sus acciones de capacitación en prevención.
10. Que ESSALUD reconsidere el Seguro Facultativo y el monto de sus escalas de aporte para el Seguro Independiente como el mínimo vital, para permitir la incorporación de los trabajadores autónomos y despedidos.
11. Que el Ministerio de Educación incluya, en el currículo de todos los niveles educativos, asignaturas sobre los principios de la cultura de prevención de riesgos, en especial de los riesgos laborales. Para ello, las Centrales Sindicales nos comprometemos a elaborar una propuesta que tratará de concertar con el sector empleador para luego elevarla al Ministerio de Educación y Consejo Nacional de Educación.
12. Que la salud laboral tenga una mayor importancia para el movimiento sindical, por lo que se acuerda crear, en las cuatro Centrales, las Secretarías de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como una política de formación de promotores en SST.
13. Que se conforme una instancia de coordinación entre las cuatro Centrales sindicales, sobre Seguridad y Salud en el Trabajo.
14. Que se revisen y controlen las jornadas atípicas en todos los sectores, en especial en minería y petróleo, por sus graves implicancias para la seguridad, salud y vida familiar de los trabajadores.
15. Que se elabore un Proyecto de Ley sobre la base del Seguro de

Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (D.L. 18846) y del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, y se derogue el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

16. Que en cada centro de trabajo se constituya un Comité de Seguridad e Higiene con carácter bipartito y paritario, con participación de trabajadores y empleadores, y que éste desarrolle un Plan de Trabajo centrado en la prevención y en las mejoras de las condiciones de trabajo y que no se limite a la entrega de algunos implementos de seguridad.
17. Que cada Central Sindical desarrolle Planes y Acciones de Prevención, procurando involucrar al Estado, al Empresariado y a la Sociedad Civil.
18. Que las Centrales Sindicales promuevan y participen en eventos conjuntos con el empresariado y con representantes del gobierno, para lo cual la OIT se constituiría en un importante agente promotor y facilitador.
19. Que en las Negociaciones Colectivas y en los Pliegos de Reclamos de las organizaciones sindicales se incluyan demandas sobre seguridad y salud en el trabajo y que no se acepte la monetarización de las pésimas condiciones de trabajo.
20. Que las Centrales sindicales implementen sus correos electrónicos y se conforme una Red Sindical de Seguridad y Salud en el Trabajo.

A nivel de la Comunidad Andina las Centrales Sindicales del Perú coincidimos en saludar la aprobación del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decisión N° 584 de la Comunidad Andina) y nos comprometemos a:

- Difundir entre las organizaciones sindicales el contenido de esta Decisión N° 584 y a destacar su importancia para el mejoramiento de las condiciones de trabajo en el Perú.
- Dar el seguimiento necesario y desarrollar acciones de vigilancia permanente, desde las Centrales Sindicales y en coordinación con el Consejo Consultivo Laboral Andino, para el cabal cumplimiento de la Decisión N° 584 por parte del Estado Peruano.
- Proponer las modificaciones y las mejoras que sean necesarias en la legislación vigente para su adecuación a la Decisión N° 584.
- Lograr que se incluyan en el Observatorio Laboral Andino indicadores relativos a las condiciones y medio ambiente de trabajo y a la seguridad y salud en el trabajo.

En el Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA) se deberían realizar acciones de:

- Difusión, en las centrales nacionales sindicales, de información sobre el contenido del “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”.
- Elaboración de propuestas de capacitación y formación en seguridad y salud en el trabajo en las organizaciones sindicales.
- Pedido de la asistencia técnica de la OIT para la reglamentación del Consejo Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo tripartito.
- Coordinación con la Secretaría General de la CAN para una Campaña andina de difusión de la Decisión 584, invitando a la OIT a participar en la mencionada Campaña.

Lima, mayo de 2005.



SITUACIÓN DE LA SALUD LABORAL EN VENEZUELA, DESDE LA CODESA, LA CGT, LA CUTV, LA UNT Y LA CTV

*Miriam Rodríguez (CODESA)**

*Ramón García Polanco (CUTV)***

*Miguel Ángel Muñoz (CGT)****

*Tito Blanco (CTV)*****

*José David Mora (UNT) ******

La representación sindical de Venezuela saluda con afecto a las diversas delegaciones asistentes a este importante evento y recibe con esperanza y entusiasmo la creación del Departamento de Salud Laboral en el seno del Consejo Consultivo Laboral Andino. Esto es un indicador de que en la estructura organizativa de ese organismo se ha fortalecido el área de la salud en el trabajo. Ratificamos nuestro compromiso de continuar trabajando ahora en una alianza sinérgica con las nuevas instancias rectoras y con los representantes sindicales de la región andina.

1. Antecedentes históricos de la salud laboral en Venezuela

En Venezuela, por el año de 1968, para regular lo relativo a la salud laboral, sólo se contaba con un Reglamento Técnico, reformado levemente en 1973. Ya en esta última década se inició la formación de un movimiento nacional por la salud laboral en el que participaban especialistas de diversas áreas, quienes fueron creando un espacio de formación en las universidades, donde actualmente tenemos seis postgrados en la materia.

La Central Unitaria de Trabajadores (CUTV) denunció ante organismos internacionales la violación del derecho a la salud de los trabajadores/as debido a la inexistencia de un órgano rector y de un marco legal en la materia. El Programa Internacional de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (PIACT) realizó un estudio y declaró la emergencia en salud laboral en Venezuela. Se designó, entonces, una Comisión Presidencial para el

* Confederación de Sindicatos Autónomos de Venezuela (CODESA).

** Central Unitaria de Trabajadores de Venezuela (CUTV).

*** Central General de Trabajadores (CGT).

**** Confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV).

***** Unión Nacional de Trabajadores (UNT).

estudio de los riesgos en el trabajo, presidida por el Dr. Emigdio Cañizalez Guédez, uno de los primeros médicos especializados en salud laboral. Esta Comisión terminó su trabajo con la propuesta de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) en 1976, que fue promulgada en 1986, aunque no se instrumentó su cumplimiento.

En 1978 se creó el Departamento de Salud Laboral de la CUTV. En la misma época el sindicalista José Beltrán Vallejo, de la CTV, inició un trabajo por la salud laboral en beneficio de los trabajadores metalúrgicos en el Estado Bolívar.

En el año 1989, el Departamento de Salud laboral de la CUTV y CODESA iniciaron en Caracas un trabajo conjunto sobre el área, con el apoyo de reconocidos especialistas universitarios: entre ellos, Oscar Feo, Aismara Borges y Erick Omaña. Por la CUTV coordinaron el trabajo los sindicalistas María León y Ramón García Polanco; por CODESA fue responsable la Lic. Miriam Rodríguez conjuntamente con Flor Lugo. Se inició un trabajo formativo muy interesante, sobre todo con los trabajadores de las estaciones de servicio de gasolina afiliados a CODESA. Este equipo de trabajo organizó varios eventos, como fueron: la “Reunión Preparatoria para el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares sobre Salud y Participación Popular”, realizada en Caracas en noviembre de 1989, financiado por UNICEF y la Universidad de Carabobo; y el “Encuentro Taller Mujer y Salud”, realizado en Maracay, Estado Carabobo, los días 22 y 23 de febrero de 1990, financiado por los mismos organismos. Posteriormente, se incorporó al equipo la representación sindical de la CGT.

Finalmente, el 23 de septiembre de 1990, se realizó en Caracas el “Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares sobre Salud y Participación Popular”, donde se logró una amplia incorporación de trabajadores/as de todas las centrales sindicales y organizaciones comunitarias dedicadas al trabajo por la salud. Lamentablemente, esta importante experiencia no pudo continuar, debido a la incomprensión de algunos directivos sindicales.

Paralelamente, en 1989, CODESA del Estado Lara, representada por el sindicalista Eleonides Rodríguez (actualmente integrante del comité ejecutivo), conjuntamente con la CUTV fundó un Departamento de Salud Laboral común para ambas organizaciones. En la actualidad, las dos

instituciones continúan trabajando unidas y han organizado, conjuntamente con otros organismos, trece “Encuentros Regionales por la Salud y la Vida de los Trabajadores del Estado Lara”, evento que se realiza todos los años en el mes de noviembre. Fundaron también, en 1990, el Centro de Formación Laboral y Sindical del Estado Lara (CENFORLASIN), dirigido por Pedro Abarca de la CUTV (quien dedicó gran parte de su vida a la lucha por la salud laboral) hasta el año 2004, cuando falleció.

En 1992, el Dr. Pedro Ortega Díaz de la CUTV denunció ante la OIT el incumplimiento de la ley. Se fundó entonces el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, contemplado en la “Lopcymat”, bajo la dirección del doctor José Michelangelli, quien debió renunciar dos años después por no haber recibido recursos para que el Instituto pudiera funcionar.

En 1999, cuando asumió la presente administración gubernamental, se formó una Comisión para reglamentar la “Lopcymat”, y se incorporó a nivel de la nueva Constitución Política (en el art. 87) el tema de la salud laboral, a través de la participación de expertos y defensores de la salud laboral en la Asamblea Constituyente. En mayo de 2002, entró en funcionamiento el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) bajo la dirección del doctor Enrique Agüero Gorrín, el cual no pudo integrar a su equipo a las personas conocedoras y defensoras del tema, motivo por el cual su gestión no tuvo éxito, en parte también por falta de apoyo oficial. Posteriormente, la nueva Ministra del Trabajo, María Cristina Iglesias, le concedió prioridad al tema y ofreció proporcionar los recursos necesarios, pero de inmediato sobrevinieron el golpe de Estado y después el paro petrolero, generándose una profunda crisis que detuvo todos los proyectos existentes en el país. En mayo de 2002, la Ministra nombró como director de INPSASEL al Dr. Francisco González, quien finaliza su gestión en mayo del presente año (2005), para que asuma el Dr. Jhonny Picone, también experto en el área.

2. El nuevo sistema de seguridad social

Después de múltiples estudios, eventos nacionales e internacionales, y consultas con todos los sectores de base de la comunidad organizada, en Venezuela se ha ido perfilando un Sistema de Seguridad Social congruente con los principios de la democracia participativa y protagónica contenidos en la Carta Magna. Para alcanzar esta meta se ha recorrido un camino muy

complejo, interferido por situaciones conflictivas que son del dominio de la comunidad internacional.

En el año 2002 se derogó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, aprobada por la comisión tripartita durante el gobierno del doctor Rafael Caldera, en diciembre de 1997. Dicha ley respondía a un sistema mixto, donde se combinaban los fondos solidarios de reparto con los fondos de capitalización individual administrados por la empresa privada.

Así mismo se eliminó el carácter retroactivo de las prestaciones sociales, con el fin de abaratar el despido sobre todo de trabajadores con mayor antigüedad en las empresas (no obstante ello, la reforma favorecía a los de poca antigüedad). Esto se acordó con la promesa de los empresarios de incrementar significativamente los sueldos y salarios, lo cual sería posible al no tener el peso de la retroactividad, promesa que luego ellos se negaron a cumplir.

Finalmente, el 30 de diciembre de 2002, se aprobó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, en la cual se establece un sistema solidario, de reparto, sin capitalización individual, que ampara a la persona trabajadora en las siguientes contingencias: Derecho a la salud, Maternidad, Paternidad, Enfermedades y accidentes, Discapacidad, Necesidades especiales, Pérdida involuntaria del empleo, Desempleo, Vejez, Viudedad, Orfandad, Vivienda y hábitat, Recreación, Cargas familiares y otras derivadas de contingencias no previstas en esta ley. La Constitución Bolivariana contempla los siguientes preceptos sobre la Seguridad Social:

- Es un derecho humano y social fundamental.
- Toda persona tiene derecho a la seguridad social.
- El Estado tiene la rectoría y garantiza la efectividad del derecho.
- Es un servicio público de carácter no lucrativo.
- Es un derecho universal, integral, unitario, eficiente y participativo.
- Su financiamiento es solidario y con aportes directos e indirectos.

Finalmente, reconoce el trabajo del ama o amo de casa como actividad económica con valor agregado, con derecho a la seguridad social.

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social contempla *tres sistemas prestacionales*, los cuales incluyen *cinco regímenes prestacionales*:

Sistema Prestacional de Salud: Tiene a su cargo el *Régimen Prestacional de Salud* orientado al desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, que unirá progresivamente los múltiples regímenes existentes en una estructura homogénea, con objetivos y beneficios comunes. Contempla la atención preventiva a través de Barrio Adentro I, Barrio Adentro II, Centros de Diagnóstico Integral y Curativo a través de las Clínicas Populares para atención intermedia y los grandes Hospitales para atención médico-quirúrgica de alto nivel.

Sistema Prestacional de Previsión Social: Tiene a su cargo los siguientes regímenes prestacionales:

- Servicios sociales al adulto mayor y otras categorías de personas.
- Empleo, pensiones y otras asignaciones económicas.
- Seguridad y salud en el trabajo.

Sistema Prestacional de Vivienda y Hábitat: Tiene a su cargo el *Régimen Prestacional de Vivienda y Hábitat*. Se ha destinado este año (2005) muchos recursos y esfuerzos para la construcción masiva de viviendas, dando prioridad a las personas más necesitadas. También se ha establecido una disminución significativa de los intereses bancarios por créditos para la compra de viviendas, los mismos que sólo pueden alcanzar una tasa máxima del 11,36 %, El Estado ofrece también subsidios de hasta 16 millones de bolívares para las familias de menores recursos.

Cada Régimen Prestacional creará una Oficina de Asuntos Educativos y Comunicacionales. Además existirán dos grandes organismos de control del Sistema de Seguridad Social como son: la *Superintendencia de Seguridad Social*, la cual tiene como finalidad fiscalizar, supervisar y controlar los recursos financieros de los regímenes prestacionales y la *Tesorería de Seguridad Social*, la cual tiene como finalidad la recaudación, distribución e inversión de los recursos financieros de la Seguridad Social. Ambas entidades son Institutos Autónomos, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

3. El Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Según lo establece la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, tiene por objeto lo siguiente:

- Promoción de la salud y seguridad en el trabajo;
- Control de las condiciones y medio ambiente de trabajo;
- Prevención de enfermedades, accidentes ocupacionales y otras materias compatibles;
- Promoción del desarrollo de programas de recreación;
- Utilización del tiempo libre, descanso y turismo social;
- Atención integral al trabajador y a la trabajadora afectados por un accidente o enfermedad ocupacional y a sus descendientes con afecciones o deformaciones derivadas de su trabajo.

Es importante señalar que se tiene el propósito de atender en forma integral la salud de los trabajadores y las trabajadoras, tanto en el aspecto físico como en el psíquico. En lo referente a la salud y accidentes ocupacionales, el organismo gestor es *el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Los aspectos psicosociales de la salud se incorporan a través de la recreación, el uso del tiempo libre, el descanso y el turismo social. Las políticas en este sentido tienen como organismo gestor *al Instituto Nacional de Recreación y Turismo Social de los Trabajadores*. La mencionada ley contempla una nueva estructura para el señalado Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que por motivos de espacio no podemos incluir en este documento; sin embargo, podemos señalar que el órgano rector es el Ministerio con competencia en seguridad y salud en el trabajo, y que los órganos de gestión son los que indicamos anteriormente.

La seguridad y salud en el trabajo se fundamenta legalmente en lo siguiente:

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela;
- Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de trabajo (en proceso de reforma);
- Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el Trabajo;
- Ley Orgánica del Trabajo y su Reglamento;
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social;
- Convenios de la OIT ratificados por Venezuela;
- Normas COVENIN;
- Ley de Alimentación y su Reglamento (este último en discusión) (Misión Mercal, 13.300 establecimientos a nivel nacional);
- Ley Orgánica de Turismo.

Como señalamos al principio, el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Venezuela ha sido complejo. En la actualidad sólo están aprobadas la Ley marco del Sistema de Seguridad Social ("Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social") y la Ley del Régimen Prestacional de Vivienda y Hábitat. La reforma de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) ya fue aprobada en primera discusión: esta ley, que regula todo lo relativo a la salud laboral, fue promulgada en 1986 y se ha reformado para adaptarla a la Constitución y a la nueva Ley marco. Las leyes de los otros regímenes prestacionales y la nueva Ley del Trabajo están en proceso de discusión.

El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), que en la LOPCYMAT reformada se denomina Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, es un organismo autónomo, adscrito al Ministerio del Trabajo, que inició sus actividades en mayo de 2002, y es uno de los órganos gestores de la salud laboral, conjuntamente con el Instituto Nacional de Recreación y Turismo Social de los Trabajadores (adscrito recientemente a este régimen prestacional).

En el informe de su gestión correspondiente al período 2002-2005, el INPSASEL señala las siguientes *acciones en defensa de la salud y la vida en el trabajo*:

- Declaratoria de "prioridad de Estado" de los problemas de Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Diseño y ejecución de la política nacional en materia de promoción, prevención y atención de la salud y la seguridad laboral.
- Conformación de una estructura organizativa como expresión de la nueva institucionalidad en el marco del Sistema de Seguridad Social.
- Creación y funcionamiento pleno de 8 unidades regionales de salud de los trabajadores en los Estados de Aragua, Carabobo, Lara, Zulia, Táchira, Anzoátegui, Bolívar y Región Capital.
- Desarrollo del Programa Integral de Promoción de la Salud Laboral, Prevención de Accidentes y Enfermedades Ocupacionales.
- Desarrollo del Programa de Promoción y Educación a trabajadores y empleadores para la constitución y registro de los Comités de Higiene y Seguridad en las empresas.
- Apoyo a la Coordinadora Nacional y Coordinadoras Regionales de Salud de los Trabajadores para asumir el compromiso de la defensa de la vida y la salud en los centros de trabajo.

- Puesta en marcha del Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores (PRONAT).
- Propuesta de Reforma de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT).
- Convenios con organismos nacionales e internacionales de salud de los trabajadores (Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba, Ministerio del Trabajo de España, Petróleos de Venezuela, Instituto de Altos Estudios de Salud Pública “Arnoldo Gabaldón”).
- Coordinación para toda Latinoamérica del Capítulo Salud-Trabajo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).
- Diseño de la Propuesta del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores.
- Participación en la redacción de la propuesta venezolana del “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo” y su Reglamento.
- Conformación de la Red de Profesionales en Salud de los Trabajadores con más de 500 miembros.
- Diseño de la página web del Instituto (www.inpsasel.gov.ve).
- 28.801 trabajadores y empleadores capacitados en el marco del Programa de Promoción y Capacitación para Comités de Higiene y Seguridad.
- 7.662 análisis toxicológicos realizados a trabajadores.
- 12.958 inspecciones y estudios a los centros de trabajo para reconocer, evaluar y controlar condiciones y procesos peligrosos que afecten la salud de los trabajadores.
- 14.201 accidentes de trabajo investigados.
- 6.574 diagnósticos médicos realizados a través del Programa Nacional de Atención Integral.
- 2.348 evaluaciones a trabajadores con alguna discapacidad por el trabajo.
- 36.265 trabajadores atendidos/as a nivel nacional como parte de la implantación del Plan Nacional de Atención Médica Integral.

Una de las actividades que ha asumido este organismo con gran entusiasmo es el impulso a la creación de los Comités de Higiene y Seguridad en las empresas (en la LOPCYMAT reformada se denominan Comités de Seguridad y Salud Laborales). En la empresa estos comités paritarios, según la nueva LOPCYMAT, se ocuparán de lo siguiente:

1. Aprobación de la política y el programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa, y la vigilancia de su cumplimiento.
2. Vigilancia de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo;

prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales; promoción de seguridad, salud, recreación y turismo social, así como de la existencia de la infraestructura para esos fines.

3. Asesoramiento a empleadores y trabajadores en el área de seguridad y salud laboral.
4. Denuncia de las condiciones inseguras y del incumplimiento de los acuerdos.
5. Conocimiento y análisis los daños producidos a la salud, con el fin de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas.

El comité estará conformado por los Delegados de Prevención elegidos democráticamente por los trabajadores de la empresa, en un número proporcional a la cantidad de trabajadores de la misma, y por el empleador o sus representantes en número igual al de los Delegados de Prevención. Deben registrarse ante el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

4. Financiamiento del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Según el artículo 7 de la nueva LOPCYMAT, las cotizaciones para este Régimen Prestacional estarán a cargo exclusivo del empleador o empleadora, la cooperativa, o la asociación productiva de carácter social y participativo. Deberán cotizar un porcentaje comprendido entre el 0,75 % y el 10 % del salario, ingreso o renta de referencia de cada trabajador o trabajadora, según el nivel de riesgo de las empresas.

El financiamiento del área de recreación, ocio, uso del tiempo libre y turismo social, y de la construcción de infraestructuras destinadas para tal fin provendrá de la recaudación fiscal, de los impuestos a licores y cigarrillos. Además, en las Convenciones Colectivas se podrán acordar planes y fondos vacacionales para los trabajadores.

Oficina de Asuntos Educativos y Comunicacionales

Según el artículo 19 de la nueva LOPCYMAT, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo contará con una Oficina de Asuntos Educativos y Comunicacionales, que tendrá bajo su responsabilidad la política de educación, comunicación e investigación del Régimen Prestacional.

Instituto Nacional de Recreación y Turismo Social de los Trabajadores

En la nueva LOPCYMAT tiene la responsabilidad en lo relativo a la recreación, uso del tiempo libre, descanso, ocio, turismo social, planes vacacionales e infraestructuras para estos fines, en beneficio de los trabajadores, pero aún funciona con su vieja estructura como un organismo que coordina planes vacacionales e infraestructuras turísticas con una cobertura bastante limitada.

La nueva LOPCYMAT contempla ampliamente, con muchos detalles, las prestaciones dinerarias que recibirá el trabajador por accidentes o enfermedades ocupacionales (según la gravedad del daño) por parte de la Tesorería de Seguridad Social, y las indemnizaciones que deben asumir los empleadores cuando la lesión se debe a su incumplimiento de la normativa establecida, así como las multas y sanciones derivadas de sus responsabilidades administrativas, penales y civiles.

Las indemnizaciones y prestaciones que reciba el trabajador afectado no interfieren la obligación de la atención médica integral ni la capacitación y reinserción laboral.

En Venezuela, según cifras estimadas por la Comisión de Estudios Actuariales de la Asamblea Nacional y el INPSASEL, durante el año 2004 se produjeron accidentes de trabajo en la proporción que se señala a continuación:

Accidentes de trabajo

- | | |
|---|----------------|
| • Por año | 276.172 |
| • Por mes | 23.014 |
| • Por semana | 5.311 |
| • Por día | 757 |
| • Por hora | 32 |
| • Con discapacidad | 27.600 por año |
| • Mortales | 1.500 por año |
| • 85 % de los afectados son menores de 40 años | |
| • 55 % de los afectados son menores de 30 años. | |

Enfermedades ocupacionales más frecuentes (según el INPSASEL)

- Trastornos músculo-esqueléticos (hernias discales)
- Enfermedades de la piel

- Enfermedades respiratorias
- Hipoacusia
- Intoxicaciones: plomo, mercurio, solventes, plaguicidas
- Cáncer
- Enfermedades Psicosomáticas.

Industrias más generadoras de accidentes

- Industrias Básicas (Acero, Aluminio, Minería, Petroleras)
- Construcción
- Metalmecánica
- Alimentos
- Manufactura en general.

Estamos en un momento de transición, cuando coexisten elementos del Sistema de Seguridad anterior con los cambios de la nueva Seguridad Social. Predominan aún el desconocimiento y la desinformación; hay fallas en las estadísticas de accidentes laborales y mucho más en las estadísticas de enfermedades profesionales; hay debilidad de la acción fiscalizadora del Estado; y hay poco interés de los empleadores y débil organización de los trabajadores. Sin embargo, el INPSASEL se ha fortalecido y está promoviendo con fuerza las organizaciones paritarias en las empresas. Además se han constituido las Coordinadoras Regionales y Nacionales de Salud de los Trabajadores, formadas por todos los gremios, instituciones o personalidades con interés en el tema. Tenemos mucha esperanza en que esta situación mejore cuando se establezca definitivamente el nuevo régimen.

Sólo nos queda hacer dos reflexiones:

- 1) Recordar la encíclica papal que dice: “No debemos seguir permitiendo que mientras la materia prima sale ennoblecida de los talleres y de las fábricas, los trabajadores se degradan”.
- 2) Recordar que, como aliciente estimulador para repotenciar la lucha por la defensa de la salud y la vida en el trabajo, entre otros, tenemos la Decisión 584 en reemplazo de la 547, que crea el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo (mayo de 2004)

Caracas, 8 de junio de 2005.

