
II. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

TRABAJO Y
SEGURIDAD
SOCIAL

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN AMÉRICA LATINA¹

1. INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de OPS (Organización Panamericana de la Salud), en América Latina y el Caribe 105 millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud, más de 2 millones de mujeres por año dan a luz sin asistencia profesional, en ocho países el 40% de la población no tiene acceso a los servicios de salud y el 85% de los medicamentos utilizados se adquieren directamente del bolsillo de los pacientes.

En su discurso de toma de posesión de la Dirección de la OPS, la doctora Mirta Roses Periago destacó que cada día más personas viven por debajo de la línea de pobreza y las diferencias entre ricos y pobres está ampliándose al interior de muchos países. En efecto, un estudio de la CEPAL en 12 países, evidenció que sólo 4 tuvieron una pequeña mejoría en la distribución de sus ingresos, en uno se mantuvo igual y en 7 empeoró. Además, en 8 países aumentó la participación del 10% más rico en el ingreso total². Se estima que para fines del siglo XX son 205 millones de personas las que vivían bajo los límites de la pobreza y esta es una cifra que avanza.

El director de la OIT, Juan Somavía, presentó en Lima (Perú) el 9 de diciembre del 2002, el “Panorama Laboral 2002” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a más de 400 representantes de gobiernos, organizaciones empresariales y sindicales de 35 países de América.

La OIT comparó el desempleo urbano de los primeros nueve meses del año 2002 con los del mismo período de 2001, y halló aumentos de 16,4 a 21,5% en Argentina, de 6,2 a 7,3% en Brasil, de 6,1 a 6,8% en Costa Rica, de 2,4 a 2,8% en México, de 9,4 a 9,7% en Perú, de 15,4 a 16,5% en Uruguay, y de 13,9 a 15,5% en Venezuela.

En promedio, el desempleo urbano regional es en la actualidad de 9,3%, calculó el organismo. También destacó el incremento de la informalidad laboral, y señaló que de 1990 a 2002, siete de cada 10 nuevos empleos en la región fueron informales. En referencia al aumento de la “precarización laboral”, la agencia subrayó que “sólo seis de cada 10 nuevos empleos tienen acceso a los servicios de la seguridad social y únicamente dos de cada 10 ocupados en el sector informal cuenta con protección social”.

Según el informe, la situación laboral latinoamericana se caracteriza por la expansión de la desprotección social, la persistente negación de los derechos laborales y deficiencias en el diálogo social.

“La región entró a la era de la globalización con un déficit del trabajo decente”. En efecto, en 1990, tenían trabajos no decentes 63 millones de trabajadores urbanos, o sea 45% de la población económicamente activa (PEA), y la cantidad aumentó este año a 93 millones, o sea 50,5% de la PEA.

En la actualidad, dos tercios de la PEA de América Latina está fuera de las redes de la seguridad social en materia de prestaciones de salud o de pensiones, advirtió la OIT. “La situación resulta particularmente aguda en el caso de las mujeres económicamente activas, quienes en un 80% carece de toda protección de las instituciones de seguridad social”, subrayó.

Con este panorama del estado de la seguridad social en América Latina, es presumible lo que acontece con la cobertura de nuestro interés.

2. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

En el informe de la OIT sobre “Seguridad Social: temas, retos y perspectivas” se plantean varios aspectos de la seguridad social que merecen atención partiendo de la base que en los últimos años del siglo XX los sistemas de seguridad social han venido experimentando dificultades.

“Uno de los problemas fundamentales con que se enfrenta la seguridad social, dice el informe, es que más de la mitad de la población mundial está excluida de cualquier tipo de protección de la seguridad social”... “Las políticas de ajuste estructural que se han venido aplicando en la mayor parte de los países en desarrollo han contribuido frecuentemente a que se viera reducido el pequeño porcentaje de la población activa ocupada en el sector formal”.

En muchos sistemas donde los regímenes son selectivos para una pequeña parte de la fuerza de trabajo las legislaciones prevén la apertura del sistema a los trabajadores por cuenta propia, es el caso de Colombia y Argentina donde las normas contemplan esta incorporación. *Sin embargo, como se verá, en la práctica estas regulaciones no han sido puestas en marcha.*

Cuando se trata de indagar en el volumen de cobertura por parte de los regímenes nacionales de riesgos del trabajo, el ejercicio es fatigante y de pocos resultados. Es notable y preocupante que aun los organismos nacionales e internacionales en el mayor número de casos, carezcan de información veraz y actualizada.

Cuando se encuentran cifras, estas pueden hacer referencia a denominadores distintos: PEA, fuerza de trabajo ocupada, fuerza de trabajo en relación de dependencia o sencillamente la información no da patrón de referencia.

Así y todo no sería para nada aventurado el decir que la media de cobertura en la región está por debajo del 30% de la PEA.

A continuación se ofrecen los datos a los que ha resultado posible acceder.

En primer lugar se presentarán los datos concernientes al Sistema de Pensiones en América Latina y el Caribe.

COBERTURA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PENSIONES)

PAÍS	AÑO	CONTRIBUYENTES / FUERZA DE TRABAJO	CONTRIBUYENTES / POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR
Argentina	1995	53.0 %	39.0 %
Uruguay	1995	82.0 %	78. %0
Chile	1995	70.0 %	43.0 %
Brasil	1996	36.0 %	31.0 %
Venezuela	1990	34.2 %	30.0 %
México	1997	30.0 %	31.0 %
Panamá	1996	50.0 %	31.0 %
Costa Rica	1996	47.0 %	35.0 %
Perú	1997	20.0 %	16.0 %
Colombia	1995	33.0 %	27.0 %
Jamaica	1989	39.0 %	33.0 %
Paraguay	1997	31.0 %	29.0 %
El Salvador	1996	26.2 %	25.0 %
Ecuador	1995	26.0 %	24.9 %
R. Dominicana	1988	11.5 %	9.0 %
Guatemala	1995	28.9 %	24.0 %
Bolivia	1992	11.7 %	9.4 %
Honduras	1994	24.0 %	20.0 %
Nicaragua	1996	13.6 %	13.0 %

Fuente: Banco Mundial

Veamos ahora alguna información respecto al aseguramiento que nos interesa. Porcentaje de personas cubiertas, con seguro de accidentes de trabajo, respecto de la Fuerza de Trabajo.

Los datos que se ofrecen a continuación si bien responden al World Labour Report de la OIT del año 2000 (último disponible en la web), corresponden a 1996.

Chile: 66,9%

El Salvador: 20,4%

México: 32,2%

Nicaragua: 12,7%

Panamá: 53,1%

COSTA RICA

La página web del Instituto Nacional de Seguro nos muestra un país con buena cobertura, veamos sus datos:

EL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO EN
COSTA RICA - AÑOS 1997-2001

CONCEPTOS	1997	1998	1999	2000	2001
Fuerza de trabajo del país	1.301.625	1.376.540	1.383.452	1.535.392	1.653.321
Población ocupada	1.227.333	1.300.005	1.300.146	1.455.656	1.552.924
Población asalariada ocupada	858.094	922.223	922.617	1.040.794	1.068.412
Poblac. aseg. por riesgos del trabajo	706.915	760.446	723.976	741.367	775.141
Empleadores asegurados	41.513	40.095	36.180	38.873	37.578
Tasas (%)					
Tasa neta de participación ^I	53.8	55.3	54.8	54.8	56.8
Tasa ocupación ^{II}	50.7	51.5	51.5	51.9	53.5
Tasa de desempleo abierto ^{III}	5.7	5.6	6.0	5.3	5.8
Cobertura seg. riesgos del trabajo ^{IV}	82.4	82.5	71.2	71.2	72.6

^I Porcentaje de la fuerza de trabajo con respecto a la población en edad de trabajar

^{II} Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población en edad de trabajar.

^{III} Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo.

^{IV} Relación de la población asegurada con respecto a la población asalariada ocupada.

Los trabajadores asegurados del año, resultan de un promedio de cifras existentes el último día de cada mes.

El año 2000 contiene una corrección en la fuerza de trabajo, la población ocupada y la población asalariada ocupada, derivado del censo de la población de este año.

Fuente: Informe anual de labores, riesgos del trabajo y salud ocupacional. Encuesta de hogares de propósitos múltiples I.N.E.C. Sistema Mecanizado de Riesgos del Trabajo.

Los datos del cuadro nos permiten ver un porcentaje de población ocupada, no asalariada, sin cobertura y un decrecimiento de las coberturas a través del período considerado.

De esta forma si consideramos el porcentaje de población asegurada por riesgo del trabajo en relación con la población ocupada, el porcentaje ha ido declinado de 57,60% a 49,91%. Si tomamos la población asalariada ocupada se observa la declinación pero esta va de 82,38% en 1997 a 72,55% en el año 2001.

ARGENTINA

La situación en nuestro país queda reflejada en las siguientes tablas.

La primera presenta la relación entre el total de trabajadores cubiertos por el sistema con la Población Económicamente Activa y el total de trabajadores ocupados en la República Argentina.

El segundo gráfico en una curva, la evolución de la cobertura del sistema de la Ley de Riesgos del Trabajo.

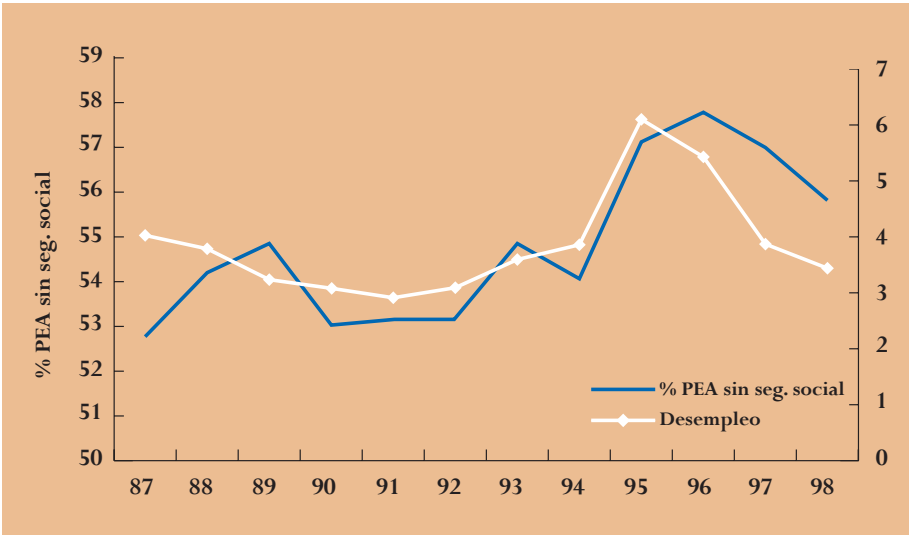
Año	Trabajadores cubiertos ³	PEA ⁴	Relación entre trabajadores cubiertos y PEA	Ocupados ⁵	Relación entre trabajadores cubiertos y ocupados
1997	4.341.364	12.971.000	33.47	11.231.000	38.66
1998	4.915.666	13.077.000	37.59	11.495.000	42.76
1999	4.880.452	13.455.000	36.27	11.641.000	41.92
2000	4.956.215	1.378.000	35.97	11.760.000	42.14
2001	4.778.667	13.914.000	34.34	11.401.000	41.91
2002 ⁶	4.361.376	14.336.000	30.42	11.827.000	36.88



De esta forma se puede ver con claridad un descenso de la cobertura que se debe al menos a tres fenómenos: desocupación, extensión del sector informal y extensión del trabajo clandestino.

MÉXICO

El cuadro siguiente, correspondiente a México da cuenta del porcentaje de la PEA sin cobertura de la seguridad social.



PANAMÁ

Para el año 2000 la cobertura del programa de Riesgo Profesional alcanzó a la totalidad de las personas que cotizan en la Caja del Seguro Social, es decir 661.397 con la siguiente distribución por sectores económicos: cotizantes activos de la Caja del Seguro Social.

POBLACIÓN ASEGURADA ACTIVA COMO PORCENTAJES DE PEA AÑOS 1995 - 2000		
1995	539.470	53.6
1996	575.880	57.0
1997	588.446	56.0
1998	595.391	54.4
1999	636.203	58.7
2000	661.397	60.7
Fuente: Dirección Nacional de Prestaciones Económicas, Departamento de Estadística de Prestaciones Económicas		

PARAGUAY

Es escasa la cobertura de la seguridad social (globalmente no se dispone de datos sobre riesgos profesionales): representa sólo el 19% de la población total del país. Los protegidos son 890.911 habitantes, mientras que los cotizantes totalizan apenas 309.700 personas, que constituyen, en última instancia, el segmento de los trabajadores que se encuentran desarrollando actividades en el marco formal de la economía⁷. Se estima que el seguro de accidentes de trabajo no cubriría más que el 9% de la población.

REPÚBLICA DOMINICANA

El Instituto Dominicano de Seguridad Social, según la Ley 1896 (Seguros Sociales), a diciembre del 2001, registra en su base de datos 44.541 Patronos y 574.499 afiliados fijos con una proyección de 114.890 trabajadores móviles. La cobertura ha sido más difícil determinarla debido a dificultades en los registros de las nóminas de las empresas que por la Ley 385 deben ser cubiertos con una póliza de accidentes sus empleados y trabajadores.

REFERENCIAS EN OTROS PAÍSES

Informantes clave sostienen que:

- en Brasil están cubiertos alrededor de 25 millones de trabajadores sobre una PEA de 70.000.000 lo que representa alrededor del 35%.

- En Venezuela se constata un desempleo de alrededor de un 20% y un 50% de los trabajadores en el sector informal. Con esto uno podría decir que la cobertura es de un 30% de la fuerza de trabajo.
- En Uruguay no se dispone de datos actuales, en 1992 la ubicaban en un 62%.
- Por último un trabajo reciente de Roberto Iunes⁸, que da como fuente la OIT (1998) y que no ha podido ser constatado, agrega una cobertura de la fuerza laboral en Bolivia de 23%; un 35% para Ecuador y 7% en Perú. Sin embargo estos datos deben tomarse con precaución pues el mismo informe da un 85% de cobertura para Colombia lo que tal vez no haga referencia a la fuerza laboral como PEA, sino como trabajadores asalariados ocupados en el sector formal.

3. LOS DISTINTOS MODELOS OPERANTES EN AMÉRICA LATINA. LA DÉCADA DE LAS NUEVAS NORMAS

En América Latina coexisten distintos modelos de cobertura de los riesgos del trabajo. Veamos algunos ejemplos:

- Uruguay y Costa Rica comparten un modelo de seguro monopolizado a través del Estado con muchos puntos de contacto (Banco de Seguros del Estado en Uruguay e Instituto Nacional del Seguro en Costa Rica).
- Modelos de responsabilidad colectiva gestionados por los empleadores, sin fines de lucro: el caso de Chile.
- Sistemas de seguridad social tradicionales, como en los casos de Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Venezuela.
- Sistemas mixtos como en el caso de Colombia, donde coexiste el seguro estatal con el privado.
- Sistemas sólo privados: el caso de Argentina.

La crisis económica de los años '80 contribuyó al deterioro financiero de los seguros sociales, sobre todo en aquellos países con sistemas más antiguos. Como consecuencia, se iniciaron ajustes estructurales, los cuales se generalizaron en los '90, con severos costos sociales⁹.

El documento "Seguridad Social y Equidad en el Istmo Centroamericano" elaborado por la CEPAL agrega algunas consideraciones de peso: "Detrás de este deterioro en la situación financiera de las instituciones de seguro social se encuentra también la caída de los ingresos, resultante de la menor absorción de la mano de obra como de la reducción de los salarios medios. Vicios

administrativos, en su mayoría vinculado a una excesiva planta burocrática y la coexistencia de múltiples instituciones dentro del sistema de seguro social, prestaciones sobredimensionadas, gastos en fines distintos a los que fueron creados y encarecimiento de los servicios que prestan, sobre todo por el material, equipo médico importado, se repiten entre causas de los desbalances financieros de las instituciones del seguro social del Istmo Centroamericano, así como en otros países fuera de él”.

Ante esto, en primer lugar se producen unas primeras experiencias de reforma de los regímenes, para pasar luego en muchos países a transformaciones radicales, especialmente en cuanto hace a los regímenes de pensiones. *Lo que era complementario pasa a ser sustitutivo.*

No es extraño que en este panorama de cambios se produjeran también transformaciones en el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Coherentemente, durante la última década del siglo pasado muchos países estudiaron y/o pusieron en marcha la modificación de sus sistemas.

Colombia de un seguro social pasó a un sistema mixto.

Argentina de un sistema de responsabilidad individual sin seguro obligatorio pasó a un seguro obligatorio mediante aseguradoras privadas.

Perú tiene un seguro obligatorio con posibilidad de optar por prestadores de salud y prestaciones económicas públicas o privadas.

Bolivia tiene las prestaciones económicas brindadas por entidades privadas.

Brasil tuvo diversos proyectos, varios debidos a parlamentarios y dos a la iniciativa del Poder Ejecutivo. El primero de ellos proponiendo la adopción de un sistema similar al de las mutuas españolas y un segundo intento privatizando el sistema mediante aseguradoras privadas. Las propuestas de privatización del Seguro de Accidentes de Trabajo han sido auspiciadas en Brasil a partir de la Enmienda Constitucional N° 20 del 15 de diciembre de 1998. Como sostiene René Mendes¹⁰, en el caso de Brasil como en el de otros países latinoamericanos no fueron agotadas las alternativas de rediseño de la política pública social relativa a protección de los trabajadores contra los accidentes de trabajo de forma tal que se convirtieron en instrumentos de “inclusión social” y de incremento de la equidad en el ejercicio de los derechos sociales básicos relativos al trabajo, la salud y la equidad social.

Uruguay también tiene preparado un borrador de proyecto privatizador.

En varios países de Centroamérica se está analizando introducir reformas. Así en Panamá se llamó al diálogo social sobre el tema, en Honduras comienza el análisis y en R. Dominicana se está a la espera de la sanción de una nueva ley.

4. EL SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO Y ALGUNOS DE SUS PROBLEMAS

La cobertura de los riesgos del trabajo es la más antigua y la más extendida de las ramas de la seguridad social. Las primeras leyes se remontan, en algunos países a principios del siglo XIX y fueron estructuradas con la finalidad de proteger contra los accidentes de trabajo a determinados trabajadores dedicados a tareas más peligrosas como los mineros del carbón, entre otros.

Entre los motivos que originaron esta preocupación se encuentra la desventaja o indefensión en que quedaba el trabajador que sufría un accidente ya que dependía de la buena voluntad del empleador o de complejos procesos judiciales que no favorecían a nadie. A partir de ello, y reconociendo la necesidad de compensar estos casos con justicia y equidad, se sentó el principio de que toda persona que realiza actividades económicas utilizando máquinas y el trabajo de otros, establece una organización que puede ocasionar lesiones accidentales a los trabajadores y que, por consiguiente, sobre esa persona recae la responsabilidad de proporcionar una indemnización en las contingencias prescritas, sin plantear la cuestión de a quien es imputable la falta.

Es así que proporcionar las prestaciones en caso de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales es una responsabilidad del empleador.

Históricamente esta responsabilidad se ha subrogado voluntariamente a entidades aseguradoras o la legislación ha impuesto la obligación de asegurarse y también los responsables han encontrado formas de distribuir la responsabilidad agrupándose en entidades de apoyo mutuo. En etapas más recientes, frente a inconvenientes en el caso de conflictos entre el trabajador y el empleador o la empresa de seguros y ante las dificultades para asegurar pensiones de largo plazo, en casos de gran invalidez o muerte, se recurre a los seguros sociales. Pese a ello y probablemente al influjo de lo sucedido con las pensiones, algunos países están recurriendo a los regímenes de seguro privado. Este es el caso de Colombia y Argentina, regímenes que se analizarán particularmente.

Los cambios en el modo de vida y de trabajo han impulsado cambios en diferentes sentidos, entre otros para incluir en la cobertura no sólo los accidentes en los centros de trabajo, sino aquellos que se producen en el trayecto del domicilio del trabajador a su empleo. En algunos países han considerado más práctico incluir en los regímenes de cobertura a todos los accidentes sin considerar si están o no relacionados con el trabajo, utilizando en estos casos criterios más extendidos sobre el carácter público de este tema.¹¹

Por otra parte los cambios en el mundo del trabajo impulsan ampliaciones de la cobertura a grupos no asalariados o del mercado no estructurado como ciertos trabajadores independientes y aparecen nuevos retos permanentemente como es la adecuación en la atribución de responsabilidades para trabajadores en regímenes “tercerizados”, dentro del mismo centro de trabajo, en otro centro o en su domicilio. El trabajo en régimen de subcontratación es un fenómeno dinámico, polifacético y aún poco estudiado, de modo que es difícil establecer una clasificación clara de sus diversas modalidades¹². Una clasificación posible es la que diferencia la subcontratación de la producción de bienes o de la prestación de servicios y la subcontratación de mano de obra. La protección de la seguridad y salud de los trabajadores y en general la cobertura de la seguridad social, presentan serios problemas por cuanto los mismos pueden estar desprotegidos, sin que por ello se estén violando normas legales y por lo tanto la búsqueda de fórmulas para asegurar su cobertura es un gran desafío. Las soluciones parecen estar vinculadas a una división o repartición diferente de las responsabilidades entre las empresas principales y las subcontratistas, aunque las complicaciones son mayores cuando, además, los trabajos se realizan en el domicilio del trabajador.

Las estrategias en cuanto a la cobertura de los accidentes y enfermedades del trabajo han ido cambiando. La estrategia es una manera de actuar para obtener fines determinados. Puede decirse que cuando se concluyó que debían estructurarse regímenes de cobertura de los riesgos del trabajo, sin duda se orientaron a reparar los daños causados como consecuencia del trabajo. Más tarde se llegó a la conclusión de que había que *enfaticar la prevención, siguiendo aquella idea de que “mejor es prevenir que curar”*.

Las reflexiones sobre la estrategia de atención primaria de la salud¹³ constituyeron un importante avance por cuanto, actuando bajo este concepto no sólo se reorientan las acciones hacia factores primarios que determinan la salud, sino que se reconoce la importancia de actuar sobre las causas de las enfermedades o accidentes y se otorga mayor significación a factores derivados del medio ambiente físico y social y al comportamiento individual y colectivo y no sólo a la acción de los servicios médicos.

En esta línea de pensamiento se plantean también reflexiones sobre la necesidad de reorientar los objetivos de los regímenes de protección de los riesgos del trabajo para que los mismos tengan como prioridad “evitar accidentes” y solamente en caso de que no sea posible erradicarlos se hagan cargo de la indemnización y recuperación del trabajador hasta posibilitar su reingreso al mercado de trabajo. Esta orientación, que como se comprenderá va

mucho más lejos que el enfoque tradicional basado en la reparación, debe estar en el centro de cualquier proyecto.¹⁴

Los regímenes de cobertura de riesgos del trabajo prevén normalmente las siguientes contingencias y prestaciones a cubrir, ya sea haciéndose cargo de las mismas o complementando a otros sectores en el país:

- una condición mórbida que requiere acciones de recuperación de la salud por medio del suministro de la asistencia médica necesaria hasta su reintegro al trabajo, incluyendo la rehabilitación y la readaptación profesional.¹⁵
- Interrupción de las ganancias a causa de la incapacidad producida por la enfermedad o accidente, que requiere un pago periódico que restituya los ingresos perdidos, normalmente llamadas indemnizaciones por incapacidad temporal.
- Pérdida de facultades físicas o mentales que dan origen a una indemnización única o una pensión, según la gravedad de las pérdidas.
- En caso de muerte que da origen a una pensión a las personas a cargo sobrevivientes al causante.
- Acciones tendientes a la reinserción en el mercado de trabajo por medio de servicios de orientación o formación profesional, colocación y empleo, entre otros.¹⁶

En la práctica, tradicionalmente las instituciones de seguridad social, gestoras de estos programas de cobertura han colaborado con los organismos que se ocupan de la seguridad, la salud y el bienestar en el trabajo, además de penalizar a los empleadores que tienen un historial de accidentes no deseable. Sin embargo ha transcurrido bastante tiempo y no puede constatarse que con estas medidas se logre que aumente el interés por la seguridad.

Por estos motivos se ha llegado al convencimiento de que la prevención forma parte integrante de las políticas de seguridad social aunque se concreta de diferentes formas en cada país. En algunos casos la seguridad social debe colaborar con los organismos responsables de la salud y seguridad, en otros dependen del mismo organismo y actúan más coordinados. Otras veces la relación es indirecta y la seguridad social solamente financia investigaciones o estudios sobre la prevención.

Una encuesta realizada por la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) sobre el Seguro de Accidentes de Trabajo¹⁷, enviada a los 33 países de la región fue respondida por 10 (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Santa Lucía y San Cristóbal y Nieves). La encuesta solicitaba que se señalaran tres problemas considerados

primordiales en la esfera del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Los resultados fueron los siguientes:

- insuficiencia, escasez o falta de medidas y acciones preventivas. Este fue el resultado más llamativo, correspondiendo a más del 50% de las respuestas.
- Falta de Información sobre los derechos y obligaciones de los actores sociales envueltos.
- Insuficiente valor de los beneficios concedidos a víctimas de accidentes de trabajo.
- Deficiencias de capacitación, tanto en los prestadores de servicios como en trabajadores.
- Preocupación por las enfermedades profesionales, en particular trastornos osteomusculares, hipoacusia por ruido, neumoconiosis, silicosis.
- Baja cobertura de la Población Económicamente Activa.
- Omisión de riesgos y subnotificación de daños producidos en el trabajo, por parte de las empresas.

5. ANÁLISIS PARTICULARIZADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE ALGUNOS SISTEMAS.

Si bien se consideran en forma más pormenorizada los regímenes establecidos en Argentina y Colombia, se ha considerado de interés dar información acerca de otros países.¹⁸

BOLIVIA

La reforma del sistema boliviano (1997) tiene dos componentes:

- el Seguro Social Obligatorio de largo plazo, que comprende las prestaciones de jubilación, invalidez, muerte y riesgos profesionales y
- la administración de las acciones de propiedad del Estado en las empresas capitalizadas, transferidas en beneficio de los ciudadanos bolivianos, destinadas a financiar el pago de una anualidad vitalicia denominada “Bono de Solidaridad” (Bonosol) y el pago de gastos funerarios.¹⁹

En Bolivia, el tipo de aseguramiento es de seguridad social con un campo de aplicación sobre todos los trabajadores, habiendo regímenes especiales para bancarios, personal militar, choferes, ferroviarios, petroleros y otros grupos. Las prestaciones médicas tienen una duración máxima de 52 semanas. En cuanto a las prestaciones económicas, la Ley de Pensiones 1732. Seguro Social

Obligatorio a largo plazo (1996), que crea la Administración de Fondos de Pensiones, establece en su artículo 10 que “la prestación por riesgo profesional se pagará como consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional que provoque el fallecimiento o incapacite definitivamente al afiliado para continuar realizando el trabajo que desempeñaba”. La incapacidad puede ser total o parcial (para esto último debe ser superior al 10%). La prestación de invalidez que brindan estas entidades, privadas, consiste en pensiones correspondientes a un porcentaje del salario base, de acuerdo al porcentaje de incapacidad determinado mediante calificación. Esta prestación sólo se paga cuando la invalidez determinada sea superior al 25%. Cuando la incapacidad supera el 10 y es menor al 25% recibe una indemnización por única vez.

BRASIL

Aunque a lo largo de estos 80 años prevaleció la naturaleza estatal del Seguro de Accidentes de Trabajo (SAT), en los primeros 40 años también se pudo desarrollar en este campo el seguro privado. A partir de la Ley 5.316/67, el SAT pasó a ser prerrogativa y monopolio de la seguridad social.

Debido a su naturaleza, la seguridad social se rige en Brasil por los siguientes principios y orientaciones: universalidad de la cobertura y la atención; uniformidad y equivalencia de los beneficios y servicios prestados a las poblaciones urbanas y rurales; prestación selectiva y distributiva de los beneficios y servicios; irreductibilidad del valor de los beneficios; equidad en la forma de participación en el pago; diversificación de la base de financiamiento; carácter democrático y descentralizado de la gestión administrativa, con participación de la comunidad y en especial de los trabajadores, empresarios y jubilados. (Artículo 194 de la Constitución Federal; artículo 1 de la Ley 8.212/91; artículo 2 de la Ley 8.213/91).

Actualmente no existe un seguro exclusivo para los accidentes del trabajo. Al afiliarse a la Previsión Social, el empleado (con excepción de los empleados domésticos), el trabajador ocasional, el asegurado especial y el médico residente tendrán derecho a los beneficios por accidentes del trabajo. En realidad, la Previsión Social es una modalidad de seguro social obligatorio para todos los trabajadores regidos por el Régimen General de Previsión Social (RGPS) y facultativo para los trabajadores regidos por el Régimen Facultativo Complementario de Previsión y Asistencia Social (MPAS). La administración del RGPS está a cargo del Ministerio de Previsión y Asistencia Social, donde el Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) es el ejecutor estatal del Seguro Social, del cual forma parte el SAT. Se estima que el país tiene alrededor de 150

millones de habitantes y que la Población Económicamente Activa (PEA) es de 62 millones de personas. En tanto, *la cantidad de asegurados por la Previsión y cubiertos por el SAT oscila apenas entre los 23 y 25 millones, equivalentes al 40% de la PEA*. Una parte de los 40 millones de trabajadores que no están cubiertos por el SAT se encuentra en el sector público y la otra en el informal. *La cobertura de la Previsión Social es cuantitativamente deficiente*, debido a la desproporción que existe entre la cantidad total de personas ocupadas (PEA), la cantidad de personas ocupadas que hacen aportes a la Previsión Social (con contratos de trabajo firmados) y la cantidad de contribuyentes que están cubiertos por el SAT. Entre los “asegurados obligatorios” de la Previsión Social, los empleados domésticos, empresarios y trabajadores autónomos, que suman alrededor de 10 millones de personas, no reciben los beneficios de este sistema. La base del SAT brasileño consiste, por lo tanto, en la *compensación y la indemnización*. Este sistema no asegura la asistencia médica (de la cual es responsable el Sistema Único de Salud, (SUS), ni lleva a cabo actividades de prevención (responsabilidad reglamentada y fiscalizada por el Ministerio del Trabajo y que recae en las empresas). Las consecuencias de los perjuicios que sufre la salud del trabajador son caracterizadas como condiciones incapacitantes (temporales o permanentes) y los asegurados reciben una compensación financiera durante todo el tiempo que dure la condición de incapacidad. Con todo, los primeros 15 días de incapacidad los deben costear los empleadores (quienes pretenden, en cambio, que lo haga el SAT).

En la práctica, *el punto crítico del sistema actual es la atención médica al accidentado, dado que el SAT no la presta ni se responsabiliza de su prestación*. Si no tuvieran derecho a algún sistema privado de asistencia médica suplementaria (pagado por el empleador o personalmente por el asegurado), los asegurados accidentados caerían en la “fosa común” de la atención médica pública del SUS. Hubo una época en que la atención de las víctimas de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales era diferenciada. Por su parte, la administración del SUS se queja de que el SAT no le reembolsa los servicios prestados por accidentes del trabajo. Una comisión mixta creada recientemente por el Ministerio de Salud y la Previsión Social estaría estudiando criterios y mecanismos para que el SAT contribuya a costear el SUS.

Las contingencias cubiertas son: accidente del trabajo, accidente de trayecto, enfermedad profesional y del trabajo, accidente sufrido en el lugar de trabajo, (aunque sea de otra naturaleza), enfermedad causada por la contaminación accidental del empleado en el ejercicio de su actividad y accidente sufrido fuera del lugar y horario de trabajo, estando el empleado al servicio de la empresa.

Brasil ha adoptado un sistema mixto que se basa en listas y en el concepto de “artículo abierto” para permitir la incorporación de otras enfermedades. El Anexo II del Decreto 2.172/97 contiene una lista de agentes patógenos (27 agentes o grupos de agentes químicos, físicos, biológicos o polvos), pero no define las enfermedades propiamente dichas. Se está compilando una lista de enfermedades profesionales sobre la base de la lista de agentes patógenos.

En el ámbito universal se advierte una tendencia hacia la “apertura” de las listas de enfermedades profesionales, con el objeto de incorporar todo lo conocido por la literatura científica y/o incorporado a la legislación en otros países.

Se observa que hay un espacio cada vez mayor para que la Previsión Social reconozca “otras enfermedades relacionadas con el trabajo”, tales como *las lesiones causadas por esfuerzos repetitivos y el lumbago*.

Al reconocimiento como enfermedades profesionales de *las lesiones causadas por esfuerzos repetitivos (LER)* se debe el gran aumento que han experimentado en los últimos años los diagnósticos de estas enfermedades como modalidades del accidente del trabajo. Así, por ejemplo, de una frecuencia histórica de alrededor de 2 casos por cada 10.000 asegurados por año, en 1996 se pasó a una incidencia de cerca de 16 casos por 10.000, que en 1997 disminuyó a 13 casos por 10.000 asegurados. Más del 90% de los casos de enfermedades profesionales comunicados al INSS tienen que ver con este grupo de enfermedades.

A pesar del aumento de los casos diagnosticados y comunicados a la Previsión Social, las enfermedades profesionales todavía se conocen muy mal en el país.

Además, hay que recordar que se encuentran grandes dificultades a la hora de caracterizar, con fines relacionados con el Seguro de Accidentes del Trabajo, la naturaleza “ocupacional” de los daños a la salud, principalmente cuando se trata de las nuevas enfermedades profesionales, las enfermedades que permanecen latentes durante mucho tiempo y las relacionadas con el trabajo, cuyo *nexo causal es eminentemente epidemiológico* y cada vez más ubicuo y complejo. Estas dificultades terminan por derivar los problemas hacia la esfera contenciosa y jurídica, donde siguen un curso que por lo general es largo y costoso para las partes e involucra la intervención inoportuna de terceros (abogados, peritos, etc.).

Las prestaciones por incapacidad que se ofrecen son: *Subsidio por incapacidad temporal*: al cual tiene derecho el asegurado con una *incapacidad temporal* para trabajar más de 15 días consecutivos; *Jubilación por invalidez*, a la que tiene derecho el *asegurado con una incapacidad definitiva* para trabajar y que no es susceptible de rehabilitación para el ejercicio de otra actividad capaz de asegurar su sustento; *Pensión por invalidez parcial* que se concede al asegurado

con carácter de indemnización cuando, una vez curadas las lesiones sufridas en un accidente de cualquier naturaleza, quede una secuela definitiva que implique *la reducción de la capacidad laboral*.

El Seguro de Accidentes del Trabajo es financiado por las empresas sobre la base de diferentes porcentajes sobre las remuneraciones pagadas o acreditadas en el curso de un mes a los empleados y trabajadores ocasionales asegurados, a saber: 1% para las empresas en cuya actividad principal se considera que hay un riesgo leve de accidentes del trabajo; 2% para las empresas en cuya actividad principal se considera que ese riesgo es de carácter medio; 3% para las empresas en cuya actividad principal se considera que ese riesgo es grave.

La dicotomía entre la fiscalización de los ambientes y las condiciones de trabajo por parte del Ministerio del Trabajo y eventualmente por parte del SUS y el Seguro de Accidentes del Trabajo del INSS, ha contribuido a crear una brecha entre las condiciones reales y los ambientes de trabajo y la prima por accidentes del trabajo. En teoría, la administración del Seguro de Accidentes del Trabajo se lleva a cabo de una forma democrática y descentralizada, con la participación del gobierno, la comunidad y, en especial, los trabajadores en actividad, los empresarios y los jubilados, tanto a nivel federal como de los estados, distritos y municipios. Pero en la práctica la participación real es escasa y tanto los trabajadores asegurados como los empleadores piden una mayor injerencia.

El INSS es esencialmente un órgano que paga beneficios pecuniarios como forma de compensación y que presta servicios, principalmente en el campo de la rehabilitación profesional. Por consiguiente, *no realiza directamente actividades de prevención*.

El 2% de los ingresos brutos del SAT está destinado a FUNDACENTRO (Fundación Jorge Duprat Figueiredo de Seguridad y Medicina del Trabajo) para financiar actividades en el campo de la prevención. Sin embargo, en la práctica es al menos discutible el impacto de sus acciones.

Ya se ha hecho referencia a *la dicotomía que existe entre las acciones del Seguro Social y el Ministerio del Trabajo*. En Brasil, la seguridad y salud del trabajo están definidas en la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT), especialmente en su Capítulo V (Ley 6.514/77), y reglamentadas mediante la lista de Normas Reglamentarias (NR) aprobadas por la Disposición 3.214/78 y sus modificaciones subsiguientes. La Ley Orgánica de Salud (Ley 8.080/90) también se pronuncia en algunos puntos sobre la salud del trabajador. El Seguro de Accidentes del Trabajo está incorporado en la Consolidación de las Leyes de Previsión Social (CLPS) y en especial las leyes 8.212/91, 8.213/91, 9.032/95 y los decretos reglamentarios, particularmente los Decretos 2.172/97 y

2.173/97. Por consiguiente, las actividades estatales de prevención, que en el marco del sector formal de la economía son de responsabilidad del empleador, están concentradas en los órganos del Ministerio del Trabajo (Delegaciones Regionales del Trabajo) y en algunos casos también son llevadas a cabo por los órganos del sector de la salud, en virtud del papel que desempeñan en materia de vigilancia sanitaria.

Las distintas lógicas institucionales también provocan muchos conflictos: la lógica del Seguro, que demanda certeza y tiene que establecer si *los asegurados* están o no incapacitados para trabajar; la lógica de Salud, que normalmente prioriza el diagnóstico y tratamiento de los *pacientes*, y la lógica de Vigilancia, que en virtud de su preocupación por alejar a los *trabajadores expuestos* de las fuentes de exposición a la mayor brevedad posible, prioriza las manifestaciones subclínicas iniciales detectadas con métodos clínicos que son sensibles pero aún poco específicos.

En mayo de 1999 se sustituye el decreto 2.172 que reglamentaba la ley 2.172/97 por el 3.048/99. Justamente este nuevo decreto da lugar a la introducción de la nueva lista de Enfermedades Profesionales y del Trabajo mediante la cual se realizan modificaciones de importancia, tanto conceptuales como en la misma lista. En efecto, el Ministerio de Salud en cumplimiento de sus competencias elaboró el nuevo listado como un sistema de doble entrada, por dolencia, con sus respectivos agentes de riesgo ocupacional y por agente etiológico o factor de riesgo de naturaleza laboral. Esto constituye un avance importante respecto del listado anterior.

CHILE

El Seguro Social Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales tiene por objeto prevenir los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales; otorgar prestaciones médicas por accidentes del trabajo y de trayecto y por enfermedades profesionales; entregar prestaciones económicas al trabajador en caso de incapacidad temporal o permanente para generar ingresos del trabajo, o a sus derechohabientes en caso de muerte del trabajador, rehabilitar a los trabajadores lesionados en su capacidad física y psíquica de modo de hacer posible su reintegro al trabajo habitual, reeducar a los trabajadores para su reinserción laboral cuando las secuelas de las lesiones les impidan volver a su puesto de trabajo habitual.

Un trabajador está cubierto por este seguro por el solo ministerio de la ley; es decir que no es necesario acto de afiliación alguno ya que basta la contratación de un trabajador, aunque ésta sea de palabra y no exista documento alguno que

ratifique esa contratación. El seguro que estamos analizando otorga cobertura a dos tipos de riesgos laborales: el accidente y la enfermedad.

De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 16.744, el seguro es gestionado tanto por *entidades privadas como públicas*, existiendo tres grandes grupos de organismos administradores.

El *Instituto de Normalización Previsional (INP)* es una entidad estatal que agrupa a las antiguas cajas de previsión y al Servicio de Seguro Social del Estado y que en conjunto con el *Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)* realiza una administración compartida. El INP es el encargado de la recaudación de las cotizaciones y del otorgamiento de las pensiones e indemnizaciones, y al SNSS le compete la concesión de los subsidios y de las prestaciones médicas y efectuar las labores de prevención en las empresas que cotizan al INP para los efectos de la citada ley.

Las *Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744* son colectivos de empleadores que constituyeron en su oportunidad entidades sin fines de lucro para administrar este seguro. Realizan en forma integral la administración del Seguro con respecto de las empresas adherentes y los trabajadores afiliados.

Los *Administradores Delegados* son empresas que han obtenido del INP la administración directa del seguro con respecto a sus propios trabajadores. Con excepción de las pensiones, que son pagadas por el INP, ellas deben otorgar directamente todas las prestaciones a sus trabajadores.

Además de los organismos administradores ya mencionados, la supervisión y fiscalización del funcionamiento general del seguro se encuentra radicada en diferentes entidades públicas:

El *Sistema Nacional de Servicios de Salud* tiene la competencia general en materia de supervisión y fiscalización de la prevención, higiene y seguridad de todos los sitios de trabajo, cualquiera que sea la actividad que en ellos se realice. Asimismo, la ley le encomienda la fiscalización de las instalaciones médicas de los demás organismos administradores, la forma y condiciones en que esos organismos otorgan las prestaciones médicas y la calidad de las actividades de prevención que realicen.

La *Superintendencia de Seguridad Social* tiene la tuición en materia de las prestaciones económicas que otorga la ley, la fiscalización del INP, de las Mutualidades y de las Empresas de Administración Delegada, además de otras funciones específicas que le encomienda la ley.

La cobertura. El Seguro Social Contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales se aplica obligatoriamente a los siguientes colectivos de trabajadores:

Trabajadores por cuenta ajena regidos por el Código del Trabajo. Están sujetos

obligatoriamente al Seguro todos los trabajadores por cuenta ajena, cualesquiera que sean las labores que ejecuten, sean manuales o intelectuales, o cualquiera que sea la naturaleza de la empresa, institución, servicio o persona para quien trabajen, incluso los empleados domésticos (trabajadores de casa particular) y los aprendices.

Con respecto a los trabajadores de contratistas o subcontratistas, *el dueño de la obra, empresa o faena* es subsidiariamente responsable de las obligaciones que afecten a sus contratistas en relación con sus trabajadores. Igual responsabilidad afecta al contratista en relación con las obligaciones de sus subcontratistas (artículo 4° Ley N° 16.744).

Trabajadores del Estado y municipios. Los empleados públicos regidos por el Código del Trabajo (Empresas Autónomas del Estado) están acogidos a este seguro desde su promulgación. Los empleados públicos acogidos al Estatuto Administrativo, con la excepción de los miembros de la Fuerzas Armadas y Policía, fueron incorporados al Seguro Social Contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales en 1995.

Trabajadores independientes. El Presidente de la República está facultado para decidir la oportunidad, financiamiento y condiciones en que se incorporarían los trabajadores por cuenta propia al seguro que establece la ley. En la actualidad han sido incorporados al Seguro Social de la Ley N° 16.744 los siguientes trabajadores independientes: campesinos asignatarios de tierras de la Reforma Agraria; los vendedores callejeros de diarios y revistas; los profesionales hípicas independientes; los conductores propietarios de autos de alquiler; los pequeños mineros artesanales (pirquineros); conductores propietarios de vehículos motorizados de locomoción colectiva, transporte escolar y carga; los comerciantes autorizados para desarrollar su actividad en la vía pública o plazas; los pescadores artesanales que se desempeñen en calidad de trabajadores independientes.

Estudiantes que ejecutan trabajos. Se encuentran también protegidos por este sistema los estudiantes de establecimientos estatales o reconocidos por el Estado que deban ejecutar labores técnicas, agrícolas y/o industriales que signifiquen una fuente de ingresos para la respectiva institución.

Hay una fracción considerable de la fuerza de trabajo ocupada que aún no tiene una cobertura adecuada del Seguro de Accidentes del Trabajo y que en la práctica, para recibir atención médica, tiene acceso al Sistema Nacional de Servicios de Salud como un grupo indigente que se beneficia de la cobertura estatal, pero que carece de toda protección en lo que respecta a la prevención de accidentes y enfermedades profesionales y las prestaciones económicas en

caso de incapacidad o invalidez.

El mayor número de trabajadores desprotegidos se encuentra entre los campesinos y corresponde en su gran mayoría a trabajadores temporeros y pequeños propietarios de explotaciones familiares en régimen de economía de subsistencia; el 43,05% no tendría cobertura de este seguro y representa al 25,24% de todos los desprotegidos. Los otros rubros que concentran una gran cantidad de desprotegidos son el comercio y los servicios, dos sectores que tradicionalmente dieron empleo a una gran cantidad de trabajadores independientes. Esta situación se estaría acentuando en los servicios, en virtud de la tendencia a concentrar en las empresas grandes y medianas sólo las actividades propias del giro y contratar servicios de distinto orden con personas o empresas externas. Llama la atención constatar que en la industria manufacturera, que siempre se caracterizó por tener una fuerza de trabajo dependiente, actualmente hay una alta proporción de trabajadores desprotegidos. En este caso, la falta de protección tendría consecuencias más graves, porque los riesgos son mayores. Paradójicamente, no hay trabajadores desprotegidos en sectores como la minería, que paga los salarios promedio más elevados y en los últimos años ha hecho una intensa incorporación de tecnología, lo que va de la mano de una fuerza de trabajo más calificada.

Las prestaciones médicas son las habituales. En materia de prevención se busca que se realicen acciones sistemáticas para evitar los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, como la capacitación en prevención de los distintos estamentos de la empresa, entrega de información sobre los agentes y factores de riesgo, entrega de elementos de protección personal, enseñanza sobre el uso de los dispositivos de protección, recomendaciones para el mejoramiento de los puestos de trabajo, etc. Asimismo, los organismos administradores deben ayudar a la creación de los *Comités Paritarios de Higiene y Seguridad* en las empresas e incentivar sus actividades, ya que ellos deben constituirse en los motores de la prevención al interior de las mismas.

Las prestaciones económicas también son las habituales de estos seguros, haciéndose la salvedad que las indemnizaciones por incapacidad permanente se abonan a partir del 15% de incapacidad.

Dentro de las críticas que se han efectuado al sistema se consignan las siguientes: Las Mutuales tienen que contar con servicios médicos propios y han desarrollado una importante infraestructura de consultorios y hospitales que cubre todo el país. Entregan prestaciones médicas de excelencia en el manejo del trauma, las que se expresan en una reducción sustancial del tiempo de tratamiento de los accidentes con tiempo perdido de 25 días promedio por

accidente en 1970 a 10,8 días promedio en 1996.

Las Mutuales han sido exitosas en lo que se refiere a la creación de un sistema eficaz de atención de los accidentados que, sin embargo, es ineficiente porque ha hecho inversiones exageradas en infraestructura ociosa.

El seguro no ha desarrollado un instrumento de reeducación para la reinserción laboral de los trabajadores incapacitados permanentes y esto representa un fracaso.

En cuanto a las prestaciones económicas, los subsidios por incapacidad temporal son satisfactorios en monto y oportunidad; sin embargo, las pensiones son exiguas, no son reajustables y suele ser engorroso obtenerlas, en especial por causa de enfermedad profesional.

Cuarenta años después de su creación, el resultado del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de Chile es positivo, porque ha permitido construir una infraestructura que está dirigida exclusivamente a la atención médica de los trabajadores, lo que es singularmente apreciado por éstos y por los empleadores y ha generado respaldo y popularidad para el sistema. Al mismo tiempo, es un sistema que está saneado económicamente y sus reservas le permiten enfrentar todas las eventualidades que pudieren surgir para el desempeño de sus responsabilidades financieras frente a los trabajadores.

Las críticas más importantes con respecto a este sistema tienen que ver con su incompetencia para alcanzar rebajas significativas de la siniestralidad laboral en la última década, la que ha sido testigo de un importante crecimiento económico y una significativa modernización de todas las actividades económicas.

Por otro lado se critica la existencia de barreras que impiden la creación de nuevos organismos aseguradores y el rígido marco jurídico que ha permitido la formación de un *sistema oligopólico*.

El resultado del *marco jurídico* de funcionamiento del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es que en la actualidad se ha llegado a un oligopolio que genera grandes excedentes y elevados costos sociales, y que además ha perdido eficacia en la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, manteniéndose este país con tasas de siniestralidad que como mínimo son dos veces superiores a las de los países de la Unión Europea.

ECUADOR

El Seguro de Riesgos del Trabajo es administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y brinda a los afiliados las prestaciones económicas y en especie habituales en este tipo de seguros. El Departamento de Riesgos del Trabajo,

dentro de sus tareas tiene las de brindar asesoramiento, vigilar el cumplimiento de la legislación existente en esta materia, el mantenimiento y provisión de adecuados ambientes y condiciones de trabajo, así como la implantación de la gestión preventiva. Para obtener estos servicios, los empleadores o trabajadores deben solicitarlo por carta. Dentro del campo de la Medicina del Trabajo, les corresponde la realización de estudios epidemiológicos, los exámenes médicos de salud ocupacional, el asesoramiento a los servicios médicos en medicina laboral preventiva; y, para los trabajadores que han sufrido accidentes o enfermedades profesionales deben efectuar la evaluación de incapacidades y brindar la rehabilitación socio-ocupacional. Otras acciones del instituto deben ser las de inspección y calificación de riesgos y el desarrollo de programas educativos permanentes (pueden pedirlo las entidades interesadas).

En este país la Comisión interventora del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha preparado un proyecto de reforma del Reglamento 741 con el objetivo de impulsar las acciones de prevención de riesgos y de mejoramiento del medio ambiente laboral; actualizar el sistema de calificación, evaluación e indemnización de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; mejorar las prestaciones económicas del Seguro de Riesgos del Trabajo en beneficio de sus afiliados y sus deudos. El segundo objetivo es el de recopilar y ordenar en un documento único las normas básicas sobre seguridad y salud actualmente dispersas e inconexas.

Los objetivos directos que persigue el proyecto de reglamento son:

- promover la seguridad y salud de los trabajadores, contribuir con la productividad y calidad empresarial y precautelar el medio ambiente.
- Definir las acciones de reparación de los daños derivados de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, incluye la rehabilitación física, mental y la reinserción laboral.
- Establecer las responsabilidades de las distintas instancias que tienen que ver con el tema: la Subdirección de Riesgos del Trabajo, sus dependencias operativas, las de los empresarios, de los trabajadores y sus organizaciones representativas y las responsabilidades de los servicios de prevención y reparación, propios y ajenos.

Los principios básicos de la acción preventiva en este país son: evitar los riesgos; combatir los riesgos en su origen; sustituir lo peligroso por lo que entrañe menos peligro; planificar la prevención que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales; identificar, medir, evaluar, controlar y vigilar los riesgos; establecer el número de trabajadores expuestos; adaptar el trabajo a la

persona; adoptar medidas de control, que antepongan la protección colectiva a la individual; informar y capacitar a los trabajadores; considerar las capacidades de los trabajadores en el momento de encomendarles las tareas; proveer las medidas en caso de distracción e imprudencias no temerarias de los trabajadores. Los accidentes y enfermedades ocupacionales no constituyen hechos imprevisibles, ni son productos del azar. Por el contrario, representan la consecuencia de una cadena causal de diversos hechos y circunstancias que, si son conocidos y evaluados, permiten su prevención; la gestión preventiva no es un gasto sino una inversión, pues contribuye a los objetivos económicos empresariales, al incrementar la productividad y la competitividad.

Establece la obligación para los empleadores de dictar su política, de crear un Servicio de prevención, de contar con un comité de seguridad y salud, tener una gestión técnica cuya primera tarea es la evaluación de riesgos.

Se establecen los programas de vigilancia de riesgos, de vigilancia de la salud, de capacitación; los derechos a la información y a la participación.

El proyecto da cuenta también de los derechos, deberes y prohibiciones de los trabajadores y empleadores.

En cuanto a los controles, el proyecto reza que los profesionales de los Departamentos de Riesgos del Trabajo (IESS) o Grupos de Trabajo de Riesgos realizarán auditorías periódicas a las empresas para verificar que estas cumplan con las normas y regulaciones relativas a la prevención de riesgos y la veracidad de los reportes enviados por las mismas; presentarán las recomendaciones que fueren necesarias, concediendo a las empresas un plazo de acuerdo a la magnitud de la inconformidad para la correspondiente corrección. Si la empresa no cumpliera con las recomendaciones en el plazo determinado, la Comisión de Prevención de Riesgos aplicará las sanciones correspondientes.

También se crea la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos. El proyecto analiza y da las prescripciones que ve oportunas para los riesgos del trabajo, incluyendo los ergonómicos, los biológicos y los psicosociales. Hay prescripciones específicas para accidentes mayores, también para elementos de protección personal.

Otros títulos se dirigen a la clasificación y evaluación de la peligrosidad de las empresas; a los procedimientos de calificación; a definir el listado de enfermedades profesionales; a establecer el baremo de incapacidades; a los derechos a las prestaciones del seguro.

Hay un capítulo dedicado al régimen de sanciones.

Dentro de las infracciones consideradas muy graves pueden señalarse las siguientes: no implementar las normas de prevención en el caso de las

embarazadas y en períodos de lactancia en trabajos penosos y/o con exposición a teratógenos, mutagénicos y cancerígenos, no acatar la disposición de suspensión de labores requerida por el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos, por la existencia de un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores o haber reanudado los trabajos sin haber solventado previamente las causas que motivaron la paralización; ubicar a los trabajadores en puestos para los cuales no están en capacidad física o psíquica, y no tener la información, la capacitación y adiestramiento en materia de seguridad y salud en el trabajo en las empresas de alto riesgo; permitir el trabajo en ambientes que superen los límites permisibles de exposición, sin adoptar las medidas de control específicas, cuando se trate de riesgos graves e inminentes.

Dentro de las infracciones consideradas como graves, están, por ejemplo, no tener política en seguridad y salud; no tener conformada la Unidad de Seguridad y Salud y/o los Comités de Seguridad y Salud según sea el caso; o no asignar el personal debidamente certificado para las actividades en seguridad y salud; no tener elaborado el plan de gestión de seguridad y salud en el trabajo en las empresas de alto riesgo; no registrar y archivar los datos obtenidos de las evaluaciones, controles, reconocimientos, investigaciones de seguridad y salud en el trabajo en las empresas de alto riesgo; no tener política en seguridad y salud; no exigir a las empresas tercerizadoras o subcontratistas el cumplimiento del presente reglamento.

También se tipifican infracciones de los trabajadores, por ejemplo: la inobservancia de las medidas de prevención de riesgos determinadas en el reglamento, constituye una causa legal para la terminación del contrato con el trabajador, cuando estas omisiones provoquen *daño grave*, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso segundo Art. 416 del Código de Trabajo; no se consideran riesgos de trabajo con derecho a indemnizaciones, los que ocurrieren por hallarse el trabajador en estado de embriaguez, o bajo la acción del cualquier tóxico; o cuando intencionalmente por sí o valiéndose de otras personas se ocasionare la incapacidad, o si el siniestro fuera el resultado de un delito por el que se hubiere sindicado al propio trabajador; la incapacidad originada por culpa grave del propio trabajador no será considerada como riesgo del trabajo para el otorgamiento de las prestaciones correspondientes por parte de la institución, en concordancia con lo dispuesto en el inciso primero, Art. 360 del Código de Trabajo; cuando un trabajador se negare a colaborar con los funcionarios del IESS en el trámite o investigación de los riesgos laborales, o no cumpliera con las medidas preventivas aconsejadas por la institución, ésta comunicará el

particular a la autoridad del trabajo respectiva, para que aplique las sanciones establecidas por el Código del Trabajo.

PANAMÁ

El seguro de Riesgos Profesionales fue considerado por primera vez en la Constitución de 1946. En 1970 los riesgos por accidentes laborales fueron centralizados bajo la administración de la Caja de Seguro Social mediante decreto de gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970. A partir de este momento, todas las personas trabajadoras tanto del Estado como de las empresas particulares son sujetos de este beneficio.

El programa de riesgos profesionales está conformado por tres componentes, a saber:

Las clasificaciones de empresas

Permite determinar los ingresos del programa mediante un sistema de tarifas. Estas tarifas dependen del margen de riesgos y peligrosidad dentro de la empresa o entidad para los trabajadores y las medidas de prevención que se precisan. Mientras más altos sean los riesgos en un centro de trabajo o empresa, la tarifa que se aplicará, será más alta.

Las prestaciones en salud

- Promoción de ambientes de trabajo seguros y saludables.
- Prevención mediante inspección de las condiciones de trabajo en las empresas.
- Evaluación de riesgos.
- Control técnico.
- Manejo de residuos.
- Protección ambiental.
- Atención de la salud del trabajador.
- Control biológico.
- Detección precoz de riesgos.
- Diagnóstico temprano de problemas de salud.
- Atención médica de urgencia, consulta externa, hospitalización
- Clasificación médico-legal de los accidentes de trabajo, enfermedades específicas según la profesión.
- Control de la incapacidad prolongada por enfermedad común y riesgos profesionales.
- Valoración de la discapacidad.
- Readaptación.
- Reeducación.
- Reinserción laboral.

- Comisión médica calificadoradora de invalidez y riesgos profesionales.
- Prestaciones económicas habituales.

Uno de los principales problemas del Programa de Riesgos Profesionales tiene que ver con la demora para hacer efectivos los pagos por accidentes laborales. Esto obedece a procedimientos burocráticos que provocan que las personas que necesitan el beneficio, prefieran acogerse a los beneficios del programa de Enfermedad y Maternidad. Esto ocasiona una recarga para otros programas de subsidios, lo cual se traduce en el superávit que tiene el Programa de Riesgos Profesionales.

Por otro lado, esta información no se registra debidamente lo que impide conocer la cantidad exacta de personas que están siendo beneficiadas por este subsidio cruzado entre programas.

PERÚ

La Ley N° 26.790 (1997) de Modernización de la Seguridad Social crea el Seguro Complementario de Trabajos de Riesgo, que otorga cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Este seguro es obligatorio para todas aquellas empresas que efectúan labores productivas y extractivas, cuya actividad propia conlleve algún tipo de riesgo para los trabajadores. Se encuentran además comprendidas en esta obligación las compañías mineras, incluso las que extraen minerales mediante tajo abierto, las industrias y aquellas que fabrican alimentos empleando procedimientos industriales. Quedan excluidos en particular las lesiones auto inflingidas, *así como los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los empleados asegurables que no hubiesen sido declarados por la entidad empleadora*, cuyas lesiones se mantendrán amparadas por el régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud a cargo de EsSalud.

Existe la posibilidad de optar por contratar libremente las prestaciones de salud proveedores de salud privados y las pensiones por invalidez temporal o permanente y de sobrevivientes y de gastos de sepelio con empresas de seguro acreditados.

MÉXICO

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene a cargo el Seguro de Riesgos del Trabajo. Para la ley mexicana accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior, que sufra el trabajador. También considera muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente, *así como lo*

que le ocurra al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en que desempeñe su labor o viceversa. Tendrá derecho a licencia con goce de sueldo íntegro cuando las lesiones lo incapaciten para desempeñar sus funciones, desde el primer día de incapacidad hasta que ésta termine o se declare la incapacidad permanente, en cuyo caso tendrá derecho a una pensión a cargo del instituto. Cuando el accidente produzca la muerte del trabajador, la prestación se otorgará a los familiares señalados por la Ley del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Cuando la enfermedad incapacite al trabajador para laborar, éste tendrá derecho a la licencia con goce de sueldo o con medio sueldo a cargo de la dependencia u organismo de adscripción. Si al vencer la licencia continúa la incapacidad, se concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo hasta por 52 semanas contadas desde que se inició la licencia, período durante la cual el instituto cubrirá al trabajador con un subsidio en dinero equivalente al 50% del sueldo básico que percibía al iniciar la incapacidad.

Las prestaciones asistenciales son las habituales y el Instituto desarrolla una amplia labor preventiva.

La Misión del Instituto es *garantizar* a los trabajadores afiliados la atención y evaluación de los accidentes y enfermedades de trabajo, y la declaración del estado de invalidez con oportunidad, calidad y apego a la ley; así como *promover* con los sectores involucrados la prevención de riesgos a la salud a fin de contribuir a su bienestar y productividad.

En el año 2001 el Instituto se propuso realizar actividades preventivas específicas alcanzando 10.034 centros laborales y 355.000 trabajadores.

REPÚBLICA DOMINICANA

Las prestaciones económicas y de salud son brindadas por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales cubren a los trabajadores amparados con pólizas de accidente de trabajo. Están obligados a solicitar pólizas de accidente de trabajo los empleadores del sector comercial o industrial y de la construcción, que emplean tres o más trabajadores, excluyendo los familiares, y cinco o más en la agricultura. También deben estar asegurados los trabajadores de todos los tipos de construcciones, sin importar la cantidad de personas que esté trabajando en obra. Dentro de las exclusiones de cobertura están los obreros que trabajen corrientemente solos, por el hecho de la colaboración accidental de uno o varios de sus camaradas. No tiene aplicación a empleados lesionados o muertos fuera del territorio nacional. *En la legislación hay accidentes de trabajo que no son considerados como tales:*

- Si el obrero ha tratado de cometer un delito, o de lesionar a su patrón, o a cualquier otra persona, o si voluntariamente se causare la lesión.
- Si el obrero estuviera embriagado siempre que la embriaguez fuera la causa del accidente.
- Si la lesión ha sido causada al obrero por el acto criminal de otra persona.²⁰
- Si la lesión ha sido causada como consecuencia de motines, huelgas, guerras en general o causa mayor justificada.

La Ley N° 385 no contempla políticas y programas de prevención, ya que esto es facultad de la Secretaría de Estado de Trabajo. La Dirección de Accidentes del Trabajo del Instituto, desarrolla un programa de Higiene, Seguridad y Prevención de Riesgos, así como de Rehabilitación Ocupacional y de Educación. Esto ha permitido, mejorar la calidad en los centros de trabajo y la reducción de accidentes y enfermedades, disminuyendo así los gastos por conceptos de indemnizaciones económicas.²¹

URUGUAY

El Banco de Seguros del Estado fue la entidad que monopolizaba los seguros en Uruguay. En 1994 se liberaliza la contratación de seguros. El seguro de accidentes de trabajo queda por fuera de esto y últimamente ha circulado un proyecto de reforma, con privatización, que no ha tomado estado de debate parlamentario.

El seguro es obligatorio para toda persona de naturaleza pública, privada o mixta que utiliza el trabajo de otra, cualquiera sea su número. Incluyendo el Estado, los gobiernos departamentales, los entes autónomos y los servicios descentralizados (al personal que emplean en trabajos manuales en condiciones de riesgo).

Las prestaciones asistenciales son:

- provisión de medicamentos,
- provisión de prótesis,
- rehabilitación,
- asistencia médico-quirúrgica,
- gastos de transporte y
- gastos de sepelio.

La incapacidad temporal da lugar a pago a partir del cuarto día hasta la cura o consolidación de la lesión. Su importe es de dos tercios del jornal o sueldo mensual y hay previsiones especiales para quienes trabajan a destajo, en la zafra

o para los trabajadores rurales. En cuanto a las incapacidades definitivas la situación es la siguiente: si no alcanza al 10% no tiene derecho a indemnización. Si es igual o superior al 10% y no mayor al 20% a solicitud de la víctima y previa conformidad del banco, recibirá una indemnización de pago único equivalente a 35 veces la reducción que la incapacidad haya originado en el sueldo o salario, en incapacidades superiores al 20% renta igual a la reducción que la incapacidad haya hecho sufrir sobre el salario. La renta anual por incapacidad permanente o muerte se actualiza mensualmente y es compatible con la jubilación, lo que no sucede en otros regímenes. Ante la muerte:

- renta vitalicia igual al 50% del salario que sube a las dos terceras partes del salario si el sobreviviente es el único a percibir la renta.
- Los hijos: 20% (1) 35% (2), 45% (3) y 55% (4 ó más).
- Si no hay cónyuge, 50% para c/u no excediendo el 100%.

Los siniestrados mantienen su derecho a la indemnización aun cuando el accidente se haya producido por culpa leve o grave o fuerza mayor, pero la pierden en el caso de haberlo provocado dolosamente. También lo pierden cuando intencionalmente agraven las lesiones o se nieguen a asistirse o prolonguen el período de su curación. Si el beneficio del seguro excede el 10%, el excedente va al Fondo de Fomento de la Rehabilitación de Discapacitados por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. El fondo se puede usar para subvenciones, becas de estudio y financiar cursos y campañas sobre rehabilitación.

El régimen presenta debilidades en lo que hace a rehabilitación y recalificación profesional, tareas preventivas y reconocimiento de enfermedades profesionales.

COLOMBIA

En diciembre de 1993 se hizo en Colombia una reforma de todo el sistema de seguridad social. La Ley 100 de ese año creó un Sistema de Seguridad Social Integral con tres sistemas independientes para el manejo de pensiones, salud y riesgos profesionales. El objetivo fundamental de esta Ley es aumentar la cobertura para la población en materia de Seguridad Social y hacer que el sistema funcione de una forma más eficiente.

Seis meses más tarde, mediante facultades extraordinarias conferidas por la Ley 100, se publicó el Decreto 1.295 que creó el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) y reglamentó su funcionamiento. Las prestaciones asistenciales y económicas contempladas en el nuevo SGRP no son substancialmente diferentes de las que existían con anterioridad, pero la administración y el funcionamiento del sistema sí incluyeron reformas profundas. La más conocida es el paso de un sistema monopólico en manos de

la institución gubernamental encargada de la seguridad social (Instituto de los Seguros Sociales) a un sistema abierto a la competencia en el cual pueden coexistir entidades privadas, mixtas o públicas que ofrezcan sus servicios y compitan por la afiliación de las empresas, bajo condiciones reguladas de servicios a ofrecer y de distribución de los aportes para su utilización.

El SGRP tiene como objetivos:

- establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo, tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psico-sociales, de saneamiento y de seguridad.
- Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez derivadas de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgo ocupacionales.

En la práctica, las actividades de promoción y prevención de la salud dentro del Sistema de Seguridad Social Integral se ven limitadas, pues dependen de la disponibilidad de recursos para adelantarlas en las localidades o regiones (municipios o departamentos) mediante un Plan de Atención Básica que no ha tenido desarrollo importante por la falta de fondos.

Existen afiliados de forma obligatoria y afiliados en forma voluntaria.

Los afiliados obligados al sistema son todos los trabajadores dependientes vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, así como los estudiantes que ejecuten trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para la respectiva institución.

La afiliación al SGRP de los estudiantes en prácticas no se ha llevado a cabo.

La afiliación voluntaria se plantea para los trabajadores independientes, pero la reglamentación necesaria para esta afiliación tampoco ha sido expedida y por lo tanto no se realiza por ninguna Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP).

En resumen, aunque el SGRP busca ampliar la cobertura de protección a un sector de la población más amplio que el que se cubría antes de su creación, en la práctica, la afiliación como hemos visto es menor.

El SGRP es orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado a través del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Estas acciones son llevadas a cabo por la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales, que es una de las cuatro direcciones técnicas con que cuenta el ministerio para el manejo de sus principales asuntos: empleo, seguridad social, trabajo y riesgos profesionales.

El Ministerio de Salud tiene representación en las actividades de organización, vigilancia y control del sistema, pero su papel queda subordinado al del Ministerio de Trabajo. El Ministerio de Salud tiene importancia como organismo responsable de la organización de la prestación de servicios asistenciales a través del Sistema de Seguridad Social en Salud, por el cual deben realizarse las prestaciones asistenciales del SGRP.

La dirección e integración del sistema está bajo la responsabilidad del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, un ente de carácter permanente que está adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Son miembros del consejo el Ministro de Trabajo y Seguridad Social como presidente, el Ministro de Salud, el Consejero de Seguridad Social de la Presidencia de la República, el Representante Legal del Instituto de Seguros Sociales, un representante de las ARP distintas de las del Instituto de Seguros Sociales, dos representantes de los empleadores, dos representantes de los trabajadores y un representante de las asociaciones científicas de Salud Ocupacional.

El consejo, que tiene como finalidad recomendar al gobierno las políticas y estrategias para que el SGRP funcione adecuadamente. Cuenta con un comité asesor denominado Comité Nacional de Salud Ocupacional. Este también es de conformación pluralista y está integrado por personal técnico que, además de cumplir con la función descrita, sirve como consultor de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La administración del SGRP es responsabilidad de las Administradoras de Riesgos Profesionales, las cuales, además de recaudar el pago de las cotizaciones y pagar las prestaciones económicas y asistenciales, realizan actividades de promoción y prevención con sus afiliados.

Las contingencias cubiertas por el SGRP son el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. A continuación se presentan las definiciones de estos eventos y algunas consideraciones sobre las mismas.

El accidente de trabajo. Se define como accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga como causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. También lo es aquel que se produce durante la ejecución de

órdenes del empleador o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

Existe el criterio del Ministerio de Trabajo de que los actos terroristas, los actos violentos y los desastres naturales no modifican la aceptación del accidente de trabajo como tal, siempre que cumplan con las condiciones anteriores; pero al mismo tiempo se insiste en la necesidad de definirlos según la condición de “por causa o con ocasión del trabajo”, la cual no incluye, a juicio de algunos abogados, las situaciones de actos terroristas u otros actos violentos.

Se exceptúan dos situaciones: los accidentes que se producen por la ejecución de actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas o culturales, y los que sufre el trabajador fuera de la empresa durante los permisos remunerados o no, así se traten de permisos sindicales.

El accidente de trayecto sólo se considera cuando ocurre durante el traslado desde la residencia al lugar de trabajo o viceversa, si el transporte es suministrado por el empleador. Se considera que este traslado es suministrado por el empleador si se realiza en vehículos propios de la empresa o contratados por ésta con este fin. Los subsidios en dinero para transporte que la ley contempla como parte del salario, o los adicionales que la empresa provea para utilización del transporte público, no se consideran como situación que haga aceptable el accidente de trayecto.

La enfermedad profesional. En Colombia, la enfermedad profesional está definida dentro del SGRP como todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno nacional.

El gobierno establece mediante decreto el listado de enfermedades profesionales, que actualmente está determinado por el Decreto 1832 del 3 de agosto de 1994. Este decreto ha sido criticado porque contiene 42 “Enfermedades Profesionales” definidas, entre las que se incluyen diagnósticos específicos (silicosis, antracosis, etc.) en los que se establecen las situaciones de trabajo que pueden inducirlos (trabajo en minas, túneles, canteras, galerías, tallado y pulido de rocas silíceas) y una lista de situaciones específicas en el caso de la silicosis. Pero también figuran trastornos tan indefinidos como “otras lesiones osteo-musculares y ligamentosas” de las cuales se dice que pueden ser producidas por trabajos que requieran esfuerzos físicos excesivos, movimientos repetitivos y/o posiciones viciosas.

El mismo decreto contiene un artículo adicional que establece que siempre que

se demuestre la relación de causalidad entre los factores de riesgo ocupacionales y cualquier diagnóstico que tenga un trabajador, la enfermedad deberá ser reconocida como profesional; que la determinación de la causalidad se establece mediante la presencia del factor de riesgo en intensidad suficiente en el sitio de trabajo al cual estuvo expuesto, y el conocimiento de que la patología diagnosticada al trabajador es causada por el factor de riesgo reconocido. Se exceptúa el reconocimiento de la enfermedad profesional en estas circunstancias cuando en el examen médico preocupacional se identificó la patología en cuestión.

Uno de los problemas que se encuentra para el reconocimiento de las enfermedades profesionales es que en la mayoría de las ocasiones, las instituciones prestadoras de salud no poseen el personal especializado idóneo para la identificación y remisión de los pacientes con enfermedad profesional, generando así un subregistro importante de casos con la consiguiente limitación de prestaciones asistenciales y económicas que el SGRP ofrece a sus afiliados y una subvención oculta de los costos de atención por parte del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Cuando los casos son identificados a través de mecanismos de búsqueda activa, como pueden ser las acciones a través de los programas de salud ocupacional de empresa, el subregistro disminuye. Prueba de esta situación es el hecho de que el daño auditivo inducido por ruido es, por mucho, el primer diagnóstico de enfermedad profesional en el país, dado que esta patología cuenta con programas de vigilancia epidemiológica activa en una proporción importante de empresas cubiertas por el SGRP.

Las prestaciones en el Sistema General de Riesgos Profesionales

a) Las prestaciones asistenciales

- Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- Servicios de hospitalización.
- Servicio odontológico.
- Suministro de medicamentos.
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Prótesis y ortesis, así como su reparación y reposición en casos de deterioro o desadaptación.
- Rehabilitaciones física y profesional.

- Los gastos de traslado que sean necesarios para la prestación de todos esos servicios.

Estas prestaciones deben realizarse a través de la red de servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La prestación asistencial a través de esta modalidad busca mantener la unidad del Sistema de Seguridad Social Integral y garantizar que las prestaciones asistenciales se den bajo las condiciones normales de atención.

b) Las prestaciones económicas.

Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tiene derecho al reconocimiento de las siguientes prestaciones económicas:

- Subsidio de incapacidad temporal.
- Indemnización por incapacidad permanente parcial.
- Pensión de invalidez.
- Pensión de sobreviviente.
- Auxilio funerario.

Las prestaciones económicas son pagadas directamente por la ARP a la que esté afiliado el trabajador.

El subsidio por incapacidad temporal corresponde a la totalidad del salario y se entrega desde el día siguiente a la ocurrencia del accidente, hasta cubrir 180 días continuos de incapacidad, luego de los cuales se podrá prorrogar el período máximo de pago de subsidio por incapacidad temporal por otros 180 días como máximo, si esto es necesario para el tratamiento del afiliado o para culminar su rehabilitación.

Cuando se presenta una disminución de la capacidad laboral, ésta puede dar lugar al pago de indemnización única en caso de que la calificación de la merma se encuentre entre el 5% y el 49,99%, o de una pensión de invalidez si esta calificación es igual o superior al 50%; el sistema no cubre las mermas calificadas como inferiores al 5%.

El monto de la indemnización dependerá de la merma de la capacidad laboral y va desde dos salarios mensuales -en caso de que ésta sea del 5%- incrementándose en medio salario mensual por cada 1% adicional de merma, hasta alcanzar 24 salarios mensuales cuando es del 49%.

El monto de la pensión está sujeto también a la intensidad de la lesión.

Si la calificación de merma es entre 50% y 66%, la pensión corresponde al 60% del salario mensual declarado al sistema; si es superior a 66%, se incrementa hasta el 75% del salario y si el pensionado requiere del auxilio de otra u otras

personas para realizar las funciones elementales de su vida, la proporción se incrementa hasta el 90% del salario.

Una pensión nueva nunca puede ser inferior al salario mínimo legal vigente establecido anualmente por el gobierno y el incremento del monto de la pensión se realiza anualmente de acuerdo con el incremento del Índice de Precios al Consumidor, que el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) calcula en forma permanente. El incremento basado en este indicador permite mantener la capacidad adquisitiva de la pensión ante incrementos menores del salario mínimo legal vigente, pero no protege a los pensionados de menores ingresos, cuyas asignaciones estarán sujetas al valor de éste.

La pensión de sobrevivientes corresponde a la totalidad de la pensión que venía recibiendo el pensionado o al 75% del salario en caso de que el fallecimiento ocurra como consecuencia de un accidente de trabajo. Se le otorga a los siguientes sobrevivientes del trabajador con derecho:

1. El cónyuge o compañero permanente.
2. Los hijos menores de 18 años; los hijos mayores de 18 años y hasta los 25 años incapacitados para trabajar por razón de sus estudios y si dependían económicamente del causante al momento de su muerte, y los hijos inválidos si dependían económicamente del causante, mientras subsistan las condiciones de invalidez.
3. A falta de cónyuge, compañero permanente e hijos con derecho, corresponde a los padres si se demuestra dependencia económica del fallecido.
4. Los hermanos inválidos, si dependían económicamente del fallecido, en caso de no existir ninguno de los derecho-habientes anteriores.

El auxilio funerario se le otorga a quien demuestre al SGRP haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o de un pensionado por invalidez.

Las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales

La cotización al SGRP es aportada íntegramente por el empleador y está determinada por una proporción del pago total de la nómina.

La proporción a pagar depende de la actividad económica principal que realice la empresa y para tal fin se definen cinco clases de riesgo. Existe un listado de actividades económicas en base al cual se le asigna la clase de riesgo a la que pertenece cada una de ellas.

La cotización para cada clase de riesgo tiene un rango de valores con un valor

medio denominado valor inicial. Al ingresar al sistema, cada empresa lo hace con ese valor inicial, pero mediante el comportamiento de sus indicadores de accidentalidad y el desarrollo del programa preventivo de empresa puede aspirar a modificar su cotización dentro del rango estipulado.

En la siguiente tabla se presentan los valores porcentuales de la nómina que corresponde a la cotización para cada una de las clases de riesgo:

CLASE DE RIESGO		COTIZACIÓN		
		MÍNIMA	INICIAL	MÁXIMA
I	Mínimo	0.348	0.522	0.696
II	Bajo	0.435	1.044	1.653
III	Medio	0.783	2.436	4.089
IV	Alto	1.740	4.350	6.960
V	Máximo	3.219	6.960	8.700

La posibilidad de modificar la cotización dentro del rango para cada clase de riesgo se postuló mediante la determinación de dos variables:

- calificación del cumplimiento de las políticas y la ejecución de los programas sobre salud ocupacional que realice la ARP.
- El índice de lesiones incapacitantes de cada empleador, calculado según metodología a definir por el Ministerio de Trabajo.

Ninguno de los dos parámetros ha sido definido por el sistema y por lo tanto a la fecha es imposible modificar el valor de la cotización. Esto hace que todas las empresas que están en una misma clase de riesgo, sin importar el desarrollo de sus actividades preventivas ni el índice de accidentalidad, coticen en el valor inicial de su clase.

Un 5% de las cotizaciones se destina al desarrollo de programas, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales realizados directamente por las Administradoras de Riesgos Profesionales o a través de la contratación de su ejecución.

Las actividades de promoción y prevención en los sitios de trabajo

Las normas definen cuatro servicios de prevención que las ARP deben prestar a sus empresas afiliadas:

- asesoría técnica para el diseño del programa de salud ocupacional de empresa.

- Capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios.
- Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional.
- Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

En la práctica, algunas de las actividades obligadas para el empleador, son parte de los servicios que la ARP ofrece a las empresas afiliadas, haciendo exámenes periódicos a los trabajadores para la detección de patologías profesionales. Pueden citarse como ejemplo la realización de audiometrías, espirometrías, exámenes de laboratorio que sirven como monitoreo biológico de exposición y hasta la realización de un examen médico periódico completo a los trabajadores por cuenta de la ARP.

Los mecanismos de participación en el Sistema General de Riesgos Profesionales

El SGRP tiene mecanismos de participación para los diferentes actores del sistema en sus estamentos de dirección, a través de la participación de las ARP, los empleadores y los trabajadores en el Comité Nacional de Salud Ocupacional y en los Comités Seccionales y Locales de Salud Ocupacional.

También busca la participación activa de los trabajadores en los programas de salud ocupacional de empresa mediante el comité paritario de salud ocupacional de las empresas.

Evolución del sistema²²

Un ciudadano demandó una serie de artículos y párrafos de la norma por considerarlos violatorios de la Constitución. En resumen se planteaba que la norma vulneraba distintos principios constitucionales, tales como “la irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos por las normas laborales” y “la garantía de la seguridad social”.

Por otro lado se mantenía que las facultades extraordinarias concedidas al ejecutivo deben ser “precisas”, esto es limitadas en el tiempo, objeto y materia y que el ejecutivo se había excedido en el uso de estas facultades.

FASECOLDA (Federación de Aseguradores Colombianos) y en consonancia el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Trabajo y Seguridad social y el Ministerio de Defensa Nacional, se manifiestan en contra de la demanda. El Procurador General de la Nación por su parte adhiere a algunos aspectos de la demanda y rechaza otros.

La resolución de la Sala Plena de la Corte Constitucional se inhibe de responder algunos aspectos importantes de la demanda, fundamentando su actitud por la ineptitud sustantiva de la demanda (el demandante no explicó en qué basaba su planteo de violación de determinados artículos). Rechaza otras y acepta unos terceros. En el último artículo de su Resuelve, se dice que “los efectos de esta sentencia se difieren hasta el 17 de diciembre de 2002, para que el Congreso expida una nueva legislación sobre la materia regulada por el Decreto 1295 de 1994”.

Así nace la Ley 776 del 17 de diciembre de 2002 por la cual se dictan normas sobre la administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. La sentencia y la nueva ley no tienen en la práctica ningún efecto modificador del curso del sistema. Con la nueva ley lo que se hace es poner nuevamente piso jurídico a los contenidos del Decreto Ley 1295 que lo habían perdido por la sentencia de la Corte. No hay nada nuevo que merezca la pena señalar dado que los cambios sólo atañen a procedimientos o pequeños detalles del sistema.

Consideraciones finales

El Sistema General de Riesgos Profesionales en Colombia está funcionando desde el año 1994, reconociendo prestaciones asistenciales y económicas a los trabajadores formales a través de 18 entidades Administradoras de Riesgos Profesionales que compiten por el mercado mediante de la oferta de servicios regulada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Las prestaciones ofrecidas por el sistema son amplias e incluyen la atención a los sitios de trabajo para disminuir el riesgo de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, mediante acciones de promoción y prevención que se llevan a cabo bajo la responsabilidad del empleador en el marco del programa de salud ocupacional de empresa.

Dentro del Sistema hay dos aspectos pendientes que son apremiantes:

1. Algunas situaciones aún no reglamentadas para poder dar cumplimiento completo a lo definido en el sistema, especialmente en lo concerniente a los aspectos relacionados con el incremento de la cobertura de la población: afiliación de trabajadores independientes y estudiantes.
2. La falta de un sistema de información nacional que permita hacer un seguimiento del Sistema.

El surgimiento de un sistema basado en un régimen de competencia regulada,

en especial en un campo en el cual no sólo no había competencia, sino que además ésta se veía como un asunto inaceptable, genera una gran cantidad de situaciones sin marco de referencia para definir. La competencia desleal y la falta de definición sobre cómo proceder ante ciertas situaciones que se presentan, crean trastornos y dificultades que podrían resolverse con una adecuada dirección del sistema y una normativa clara.

Se requiere un mayor fortalecimiento técnico del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre el tema de riesgos profesionales para que pueda asumir a cabalidad su responsabilidad de liderazgo y control. Con una participación más decidida del Ministerio se podría acelerar la solución de muchos de los problemas existentes y las situaciones pendientes.

VENEZUELA

Aspectos de la nueva norma

En Venezuela ha sido sancionada recientemente la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

La ley define como Sistemas de Seguridad Social a un conjunto integrado de sistemas y regímenes prestacionales complementarios entre sí e interdependientes, destinados a atender las contingencias objetos de la protección del sistema. En cuanto a las contingencias a las que se hace referencia, la norma reza que “el Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales; pérdida involuntaria del empleo; desempleo; vejez; viudez; orfandad; vivienda y hábitat; recreación; cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley.”

Las prestaciones garantizadas son:

- Promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluye la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación oportuna, adecuada y de calidad.
- Programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.
- Promoción de la salud de los trabajadores y de un ambiente de trabajo seguro y saludable, la recreación, la prevención, atención integral, rehabilitación, reentrenamiento y reinserción de los trabajadores

enfermos o accidentados por causas del trabajo, así como las prestaciones en dinero que de ello se deriven.

- Atención integral en caso de enfermedades catastróficas.
- Atención y protección en caso de maternidad y paternidad.
- Protección integral a la vejez.
- Pensiones por vejez, sobrevivencia y discapacidad.
- Indemnización por la pérdida involuntaria del empleo.
- Prestaciones en dinero por discapacidad temporal debido a enfermedades, accidentes, maternidad y paternidad.
- Subsidios para la vivienda y el hábitat, para las personas de bajos recursos y para una parte de las cotizaciones al Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas en el caso de los trabajadores no dependiente de bajos ingresos.
- Asignaciones para las necesidades especiales y cargas derivadas de la vida familiar.
- Atención integral al desempleo a través de los servicios de información, orientación, asesoría, intermediación laboral, y la capacitación para la inserción al mercado de trabajo; así como la coordinación con organismos públicos y privados para el fomento del empleo.
- Atención a las necesidades de vivienda y hábitat mediante créditos, incentivos y otras modalidades.
- Cualquier otra prestación derivada de contingencias no previstas en esta ley y que sea objeto de previsión social.

Un elemento interesante es que conforme la ley “El Sistema de Seguridad Social garantizará, en todos sus niveles, la participación protagónica de los ciudadanos, en particular de los afiliados, trabajadores, empleadores, pensionados, jubilados y organizaciones de la sociedad civil, en la formulación de la gestión, de las políticas, planes y programas de los distintos regímenes prestacionales del Sistema de Seguridad Social, así como en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios y promoverá activamente el desarrollo de una cultura de la seguridad social fundamentada en una conducta previsiva, y en los principios de solidaridad, justicia social y equidad”.

El Sistema de Seguridad Social está integrado por tres sistemas prestacionales: Salud, Previsión Social y Vivienda.

Se establece que el Régimen Prestacional de Salud y el componente de restitución de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se gestionarán a través del Sistema Público Nacional de Salud;

desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida, abarcando la protección de la salud desde sus determinantes sociales; la rehabilitación; la educación y prevención de enfermedades y accidentes y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones.

El artículo 94 de la ley hace referencia a la creación del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el trabajo y señala que se crea como responsable, en concordancia con los principios del sistema público nacional de salud, de la promoción del trabajo seguro y saludable; del control de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, de la promoción e incentivo del desarrollo de programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social, y el fomento de la construcción, dotación, mantenimiento y protección de la infraestructura recreativa de las áreas naturales destinadas a sus efectos y de la atención integral de los trabajadores ante la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional y de sus descendientes, cuando por causas relacionadas con el trabajo nacieren con patologías que generen necesidades especiales; mediante prestaciones dinerarias y no dinerarias, políticas, programas, servicios de intermediación, asesoría, información y orientación laboral y la capacitación para inserción y reinserción al mercado de trabajo; desarrollados por este régimen o por aquellos que establezca esta ley y la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

En cuanto al ámbito de aplicación se estipula que se garantizan las prestaciones a los dependientes afiliados, pero agrega además que a los efectos de la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo, la prevención de las enfermedades y accidentes ocupacionales y otras materias compatibles, así como en la promoción e incentivo del desarrollo de programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social, ampara a todos los trabajadores.

Las prestaciones tienen distintos financiamientos, veamos que las pensiones por discapacidad parcial o total permanente y gran discapacidad, las de viudez y orfandad, así como los gastos funerarios causados por el fallecimiento del trabajador o pensionado y las indemnizaciones por ausencia laboral causada por discapacidad temporal, todas ellas debido a enfermedad ocupacional o accidente de trabajo, serán financiadas con cotizaciones del empleador en los términos, condiciones y alcances que establezca la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Mientras tanto las prestaciones en dinero previstas en esta ley y en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y

Medio Ambiente de Trabajo serán pagadas por la Tesorería de Seguridad Social, a cargo de los fondos de este régimen, y administrados por la misma.

La atención médica integral, incluyendo la rehabilitación del trabajador y las prestaciones de capacitación y reinserción laboral, serán financiadas por el Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo a los Regímenes Prestacionales de Salud y Empleo respectivamente.

Aún falta conocer las reglamentaciones de esta ley y sobre todo saber cómo se va a articular con la Ley de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y repartir/coordinar las competencias entre los distintos ministerios para hacer un primer balance de la ley.

ARGENTINA

En 1915 Argentina tuvo su primera ley de accidentes de trabajo. Con sucesivas modificaciones, esa legislación estuvo en vigor hasta la sanción de la Ley 24.557, Ley de Riesgos del Trabajo (LRT), que en julio de 1996 cambió el modelo de responsabilidad individual y de seguro voluntario imperante, por un régimen de responsabilidad colectiva y seguro obligatorio administrado privadamente.

El ámbito de aplicación de la ley

En forma obligatoria están incluidos:

- los sectores públicos a escala nacional, provincial y municipal.
- Los trabajadores del sector privado con relación de dependencia.
- Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

La norma autoriza al Poder Ejecutivo a incluir a los trabajadores domésticos, los trabajadores autónomos, los trabajadores vinculados por relaciones no laborales y los bomberos voluntarios.

Pese a la autorización de la norma la incorporación de los trabajadores domésticos, autónomos, etc. no ha sido concretada y como se ha visto el número de trabajadores afiliados está en descenso. El incremento del trabajo en negro y la desocupación y el no haber sabido encontrar mecanismos aptos para incorporar a autónomos e informales son elementos causales.

La ley establece cuatro objetivos:

- reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos del trabajo;
- reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado;

- promover la recalificación y la reubicación de los trabajadores damnificados;
- promover la negociación colectiva laboral para mejorar las medidas de prevención y las prestaciones reparadoras.

Las contingencias cubiertas son:

- accidentes de trabajo y de trayecto.
- Enfermedades profesionales.

Están excluidos los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o fuerza mayor extraña al trabajo y las incapacidades del trabajador anteriores a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional.

Las definiciones de accidente del trabajo y enfermedad profesional

Para la norma es accidente de trabajo todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiera interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. La norma no define técnicamente qué considera enfermedad profesional y remite a aquellas que se encuentren incluidas en el listado de enfermedades profesionales que el Poder Ejecutivo elaborará y revisará anualmente.

En los medios jurídicos se cuestiona la existencia de un listado cerrado de enfermedades profesionales. La sanción de un decreto específico si bien permite la presentación de otros casos, exceptúa aquellos que son consecuencia de hipersusceptibilidad individual, con lo cual se estaría planteando la posibilidad de incurrir en discriminación genética. Por otra parte exige que la enfermedad sea consecuencia de la acción directa e inmediata del factor de riesgo. Como es sabido las enfermedades profesionales nunca son consecuencia inmediata.

Las prestaciones en dinero

El régimen adoptado prevé prestaciones económicas en las siguientes situaciones:

- prestaciones por incapacidad laboral temporaria.
- Prestaciones por incapacidad permanente parcial (IPP).
- Prestaciones por incapacidad permanente total (IPT).
- Prestaciones por gran invalidez.

- Prestaciones por muerte: los derechohabientes acceden a la pensión por fallecimiento que les corresponda por el régimen previsional y la prestación de pago mensual descrita en el punto anterior.

La indemnización de pago mensual fue fuertemente cuestionada en particular ante la muerte, esto ha dado lugar a una reforma en la cual además de la pensión se incorpora el pago de una suma fija. También fue incrementado el valor de indemnización.

Es obligación de las ART brindar las siguientes prestaciones en especie: Asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicio funerario.

El financiamiento

Las prestaciones previstas se financian con un pago mensual a la ART escogida por los empleadores. El valor de la alícuota es libre, si bien debe reflejar “la siniestralidad presunta, la siniestralidad efectiva y la permanencia del empleador en la misma ART”.

En la práctica esto ha determinado que la competencia entre ARTs se dé sólo a través de los precios y no por la calidad del servicio.

La gestión de las prestaciones

La gestión de las prestaciones está a cargo de entidades de derecho privado autorizadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN). El autoseguro se puede obtener a partir de los siguientes parámetros: la empresa debe estar excluida de la definición de pequeña y mediana empresa dada por el Ministerio de Economía; debe celebrar un contrato de fideicomiso con una entidad bancaria a fin de respaldar las prestaciones derivadas de la LRT, debe constituir reservas especiales establecidas por la Superintendencia.

Si bien la norma autoriza a que gestionen el sistema entidades sin fines de lucro, esto no ha sucedido.

Acerca de los derechos, deberes y prohibiciones

Entre otras obligaciones de las ART figuran las de promover la prevención, mantener un registro de siniestralidad por establecimiento y denunciar ante la SRT los incumplimientos de las normas de higiene y seguridad por parte de los afiliados al Plan de Mejoramiento. Por otra parte, se establece que las

aseguradoras no pueden hacer exámenes psicofísicos de los trabajadores antes de una contratación.

Si bien los objetivos de la ley se vinculan íntimamente con la prevención, la norma se quedaría a medio camino si la prevención fuese un objetivo pero no se dieran herramientas concretas para materializarlo. La ley proporciona varias herramientas, pero centraremos la atención en:

- los deberes y derechos de las partes,
- la obligación de desarrollar un plan de mejoramiento y
- los conceptos que se incorporan en la norma que sanciona el listado de enfermedades profesionales.

La situación en la práctica

La resolución emitida el 13 de junio de 1998 estipula que el primer año (contado a partir de ese momento) se harán los exámenes de los trabajadores expuestos a riesgos químicos, biológicos y por radiaciones y en los tres años siguientes se cubrirán los trabajadores expuestos a riesgos físicos. La resolución determina también las características de los exámenes a través de la utilización de métodos sensibles y específicos. Las ART opusieron resistencia a la obligación de efectuar los exámenes periódicos, fundamentalmente porque su costo estaba reñido con la baja recaudación lograda. Como respuesta a las negociaciones establecidas con la SRT, el 9 de junio de 1998 se dictó una nueva resolución que estableció un cronograma distinto del que se comentó anteriormente. Pese a las sucesivas dilaciones, las ART no están cumpliendo adecuadamente la realización de los exámenes periódicos.

En general toda nueva norma reglamentaria de carácter preventivo que las involucre, es sistemáticamente atacada por las ART.

La participación de los trabajadores

En esta ley, el derecho a la participación en las acciones preventivas que establecen otras legislaciones aparece, curiosamente, como una obligación, pero su reglamentación no prescribe ninguna forma orgánica para ejercer ese derecho. En efecto, Argentina es uno de los pocos países de América Latina donde no existen organismos mixtos en materia de higiene y seguridad a nivel de empresa. En otras legislaciones, la obligación de informar al empleador de todo hecho o circunstancia riesgosa suele ser una obligación que deviene del derecho a paralizar el trabajo frente a un riesgo grave o inminente. Pero este asunto no está considerado en la legislación argentina actual.

El asesoramiento y los servicios en materia de prevención que deben brindar las ART

La obligación genérica de dar asesoramiento y asistencia técnica prescrita en la ley adquiere precisión en el Decreto reglamentario 170/96, que establece los siguientes temas como ejes de este servicio:

- a) determinar la existencia de riesgos y sus potenciales efectos sobre la salud de los trabajadores;
- b) informar sobre la normativa vigente en higiene y seguridad;
- c) aconsejar en la selección de elementos de protección personal;
- d) suministrar información relacionada con la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.

Pero además obliga a las ART a realizar actividades permanentes de prevención y control que se suman a las mencionadas anteriormente.

Entre ellas figuran: brindar capacitación a los trabajadores en técnicas de prevención de riesgos; informar al empleador y los trabajadores con respecto al sistema de prevención establecido por la ley y su reglamentación, especialmente en lo concerniente a derechos y obligaciones, incluyendo el reconocimiento de su derecho a participar en las investigaciones y acciones de promoción de la prevención que desarrolle la SRT.

También aparece como obligación de las ART la de “promover la integración de comisiones paritarias de riesgos del trabajo y promover su capacitación”; con esto se hace referencia al deber de participación de los trabajadores ya mencionado por la ley. La obligación de las ART de brindar capacitación a los trabajadores se ve reforzada por la obligación de los empleadores de darles una capacitación adecuada con respecto a los riesgos inherentes a los puestos de trabajo. Una parte importante de la tarea de las ART se establece en torno al denominado “Plan de Mejoramiento”.

Lamentablemente argucias técnicas y falta de capacidad técnica de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo determinaron que no conociéramos a ciencia cierta cuáles fueron los resultados de los planes (aun cuando el empleador estuviera cumpliéndolo).

Los entes reguladores y supervisores

La ley creó la Superintendencia de Riesgos del Trabajo como entidad autárquica bajo la jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, absorbiendo las funciones y atribuciones de la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo. Es obvio, entonces, que debe controlar el cumplimiento de las

normas, pero además puede dictar disposiciones que resulten de delegaciones de la ley o de sus decretos reglamentarios.

El Comité Consultivo Permanente

La ley crea este organismo integrado por cuatro representantes del gobierno, cuatro de la central de trabajadores y cuatro representantes de los empleadores, dos de los cuales corresponden al sector de la pequeña y mediana empresa. Este comité puede proponer modificaciones a la normativa sobre riesgos del trabajo y al régimen de higiene y seguridad. El comité tiene funciones consultivas en las siguientes materias:

- a) reglamento de la ley;
- b) listado de enfermedades profesionales²³;
- c) tabla de evaluación de incapacidades laborales;
- d) determinación del alcance de las prestaciones en especie;
- e) acciones de prevención de los riesgos laborales;
- f) indicadores de la solvencia económico-financiera de las empresas que pretenden autoasegurarse;
- g) determinación de los cronogramas de etapas de las prestaciones en dinero;
- h) determinación de las pautas y contenidos del Plan de Mejoramiento.

Hay que tener en cuenta que los dictámenes del Comité sobre temas comprendidos en los incisos b), c), d), y f) tienen carácter vinculante.

La responsabilidad civil del empleador

Las prestaciones de la ley eximen al empleador de la responsabilidad civil frente a sus trabajadores y los derechohabientes, salvo en caso de dolo. Esto ha determinado fuertes controversias jurídicas.

Consideraciones finales

Además de los señalamientos que se han hecho en el texto es conveniente agregar algunos aspectos generales.

La LRT constituyó un avance frente a un sistema, anacrónico y socialmente injusto. Uno de los grandes méritos es haber intentado unir la reparación con la prevención. Al copiarse la ley colombiana se la copió mal, olvidando algunos aspectos esenciales que hubiesen mejorado la prevención y establecido una competencia sobre bases no económicas. La entidad de control y que debería ser rectora en materia de salud y seguridad en el trabajo tuvo la capacidad para

poner en marcha el nuevo sistema, se fue dando un aprendizaje que no se mantuvo en el tiempo y en general tuvo aciertos, desaciertos y omisiones de los cuales se intentará dar cuenta de ello con espíritu constructivo.

El país nunca tuvo y siguió careciendo de política nacional en salud laboral, por lo tanto tampoco se encontró una política *para* y *de* la Superintendencia de Riesgos del Trabajo²⁴. Uno de los problemas centrales ha sido la sucesión de administraciones. Si bien según la ley el cargo de Superintendente debería responder a un concurso, en la práctica este ha ido variando conforme los avatares políticos.

En 6 años de existencia la SRT ha tenido 8 superintendentes y con cada uno nuevos gerentes y sub-gerentes, buena parte de ellos con limitada o ninguna idoneidad en el tema. Así cuando el Superintendente es economista trae consigo a otros economistas. Cuando el superintendente es abogado incorpora abogados (gente de confianza). De esta forma nadie se apropia del saber hacer, los planes y proyectos responden a situaciones coyunturales y son elaborados por los grupos de elite del momento. En muchas ocasiones se ha privilegiado a las consultoras sobre el saber de los funcionarios con lo cual se desmotiva al personal.

En el campo normativo, dentro de los aspectos positivos, debe contarse la puesta en marcha de una normativa en higiene y seguridad para la construcción (aunque con pocas modificaciones de fondo con la anterior). La normativa para la agricultura y la preparación de otros reglamentos específicos, que aún no han sido sancionados. Dentro de los aspectos negativos se pueden contar la desaparición de las funciones de los servicios de higiene y seguridad y medicina del trabajo (Decr. 1.338/96); la desaparición del registro de profesionales de la prevención (Decr. 491/97), la aparición de los idóneos en higiene y seguridad habiendo en el país profesionales desocupados (Decr. 491/97), la “suspensión” de los registros de agentes carcinogénicos, bifenilos policlorados y accidentes mayores.²⁵

La SRT no ha avanzado en otras áreas normativas de esta forma, se carece de regulaciones con respecto a riesgos ergonómicos, riesgos biológicos, riesgos psicosociales. Tampoco se han establecido formas de participación de los trabajadores en la salud y seguridad en el trabajo ni se ha consagrado como un principio central la obligación de las empresas de definir políticas ni planes anuales de prevención. El control de las ART en general ha sido pobre y estas configuran un espacio de poder importante. Últimamente esto ha mejorado. Por primera vez, en el año 2002, la SRT ha articulado tareas con las universidades y ha llamado a concurso a las instituciones científicas y académicas y a científicos independientes a presentar proyectos en áreas específicas, con el propósito de subvencionarlos.²⁶

EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y LAS NORMAS INTERNACIONALES DEL TRABAJO²⁷

Hasta el 2001 en la Organización Internacional del Trabajo fueron establecidos 184 convenios y 5 protocolos. De ellos, 22 tratan asuntos vinculados a la seguridad social. De los 22, 14 son sectoriales y específicos de grupos determinados. Siete de ellos no están en vigor.

Veamos las ratificaciones de los convenios vinculados con la seguridad social.

CONVENIOS		Nº DE PAÍSES QUE RATIFICARON
C12	Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura), 1921	76
C17	Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo, 1925	71
C18	Convenio sobre las enfermedades profesionales, 1925	66
C24	Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927	28
C25	Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927	20
C35	Convenio sobre el seguro de vejez (industria, etc.), 1933	11
C36	Convenio sobre el seguro de vejez (agricultura), 1933	10
C37	Convenio sobre el seguro de invalidez (industria, etc.), 1933	11
C38	Convenio sobre el seguro de invalidez (agricultura), 1933	10
C39	Convenio sobre el seguro de muerte (industria, etc.), 1933	8
C40	Convenio sobre el seguro de muerte (agricultura), 1933	7
C48	Convenio sobre la conservación de los derechos de pensión de los migrantes, 1935	11
C55	Convenio sobre las obligaciones del armador en caso de enfermedad o accidente de la gente de mar, 1936	16
C70	Convenio sobre la seguridad social de la gente de mar, 1946	7
C71	Convenio sobre las pensiones de la gente de mar, 1946	13
C102	Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952	40
C117	Convenio sobre política social (normas y objetivos básicos), 1962	32
C118	Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962	38
C128	Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967	16
C130	Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969	14
C157	Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1982	3
C165	Convenio sobre la seguridad social de la gente de mar (revisado), 1987	2

Veamos ahora en el contexto analizado el número de los 22 convenios que han ratificado los países de América Latina.

PAÍS	CONVENIOS RATIFICADOS ENTRE LOS 22 CONSIDERADOS.
Argentina	6
Uruguay	7
Chile	9
Brasil	3
Venezuela	3
México	4
Panamá	4
Costa Rica	3
Perú	12
Colombia	5
Paraguay	1
El Salvador	1
Ecuador	10
R. Dominicana	0
Guatemala	2
Bolivia	6
Honduras	0
Nicaragua	6
Cuba	3

CAUSAS DE LOS DÉFICIT DE COBERTURA, EN CANTIDAD Y CALIDAD

Mejorar la calidad del empleo es en principio el primer elemento para mejorar la cobertura. En la medida que el empleo sea en el sector informal, trabajo clandestino, en principio y con los patrones actuales de la enorme mayoría de los sistemas, no será posible mejorar la extensión de la cobertura.

Claro que también es posible reflexionar con la ampliación del seguro a los sectores señalados. Al menos deberían poder cubrirse los trabajadores independientes, cuentapropistas, etc., como lo preveen algunas legislaciones que se han presentado.

El informe de la OIT sobre “Seguridad Social: temas, retos y perspectivas” señala que hay una serie de razones para ello:

- la ausencia de una presión política efectiva por parte de aquellos que se hallan desprotegidos y una conciencia limitada respecto de las prestaciones que puede facilitar la seguridad social,
- la ausencia de una asociación social eficaz y efectiva en ciertos países y a nivel internacional,
- la falta de voluntad o la incapacidad de los gobiernos para asumir nuevos compromisos potencialmente costosos y
- la inercia institucional.

El déficit en calidad debe ser estudiado sistema por sistema. Preocupa especialmente la limitación que suelen tener en la mayoría de los sistemas las actividades preventivas. Estas limitaciones son tanto cuantitativas como en oportunidades seguidoras de conceptos antiguos y poco efectivos. El déficit de recursos profesionales con buenos niveles de especialización es otro punto a tener especialmente en cuenta.

CONSIDERACIONES RESPECTO DE LOS CAMBIOS DE SISTEMAS Y LAS NECESIDADES DE PRIVATIZACIÓN

El enfoque basado en los aspectos sociales del riesgo aparece como una decisión política que debería prevalecer, por cuanto es evidente que los enfoques económicos no han permitido llegar a las soluciones deseadas.

El análisis económico de los riesgos podría aplicarse si las decisiones estuvieran más ajustadas a lo individual pero hay que reconocer que en este tema juegan cantidad de factores como, responsabilidad patronal, actitud prudente del trabajador, normas gubernamentales locales y a veces internacionales, entre otros, que las convierten en decisiones colectivas.

Todo ello sin entrar en el discutido tema de la solución individual en el mercado privado de seguros, en el que las externalidades dan origen a distorsiones en la oferta y demanda de las prestaciones de recuperación de la salud, el precio no es representativo y se producen fenómenos como la “selección adversa”, que requiere importante regulación.

Se ha discutido intensamente la función del Estado moderno y su participación en el logro del bienestar y sin plantear aquí esa discusión cabe insistir en la necesidad de fijar claramente las responsabilidades de todas las partes intervinientes. La voluntad política de los poderes públicos constituye una condición sin la cual la seguridad social no puede avanzar. Se debe ser muy cuidadoso en la atribución de funciones a cada sector: Estado, empleadores, trabajadores, entidades para-estatales y privadas.

Todos conocemos que en América Latina se han presentado una serie de

argumentos para respaldar la privatización de los sistemas de pensiones. Estos elementos son utilizados con frecuencia para los sistemas de riesgos del trabajo. El debate, expresa el documento de la OIT antes citado, se plantea en torno a dos ejes; la responsabilidad de garantizar la administración de la seguridad social y por ende su estructura y gestión.

A nivel estructural, quienes están en contra de los principios del seguro social sostienen que anulan la libertad de elección (en nuestro caso la libertad de los empleadores). Se argumenta que las instituciones de seguro social “están al margen de la competitividad del mercado (de hecho son monopolios) y no espera que produzcan beneficios. Las fuerzas privadas tendrían en este caso un valor benéfico en las decisiones financieras que se adopten. “No obstante -señala el informe- la experiencia ha demostrado que es mucho más costoso administrar las cuentas de ahorro individuales que los registros de la seguridad social, que los administradores privados de fondos de pensiones tienen elevados costos comerciales, que los niveles de concentración de los fondos de pensiones son elevados y que el cumplimiento no se puede dejar en manos de las compañías de gestión privada”.

La OIT tiene una posición neutral respecto de la privatización de la seguridad social, incluyendo el aseguramiento en materia de salud y seguridad, siempre y cuando se sigan una serie de precondiciones mínimas:

- a) los estudios y experiencia de la OIT muestran la necesidad de que haya tripartismo en el consenso y la supervisión de los nuevos esquemas. Muchas compañías privadas, sin embargo, consideran a la supervisión tripartita como una intrusión. Como consecuencia de esto si bien unos países tienen buenos cuerpos de supervisión en otros son solamente cosméticos.
- b) Debe haber evaluaciones actuariales periódicas a disposición de esos cuerpos tripartitos. Muchas veces las compañías arguyen que esos datos son privados y que no están obligados a dar información sobre “sus clientes”. Claro está que en estos esquemas los clientes participan sobre una base compulsiva.
- c) Los esquemas de privatización de la protección social muy a menudo implican contribuciones adicionales para financiar los períodos de transición. Estos períodos, en muchos casos, duran de 25 a 40 años. Estas contribuciones adicionales se muestran con claridad en el caso de las pensiones, tanto en México como en Chile. En oportunidades el país no está en disponibilidad de efectuar estas contribuciones, la consecuencia es la reducción de los beneficios.

- d) Cuando se examina un nuevo sistema no solamente debe considerarse la parte financiera sino los beneficios ¿son estos aceptables para los trabajadores? ¿Se corresponden con sus necesidades?
- e) Cuando se intentan cambios tan profundos, la OIT sugiere que se hagan buenos estudios de factibilidad. Lamentablemente muchos países creen que cualquier solución privada ofrece una buena garantía. Muchos países han ignorado los peligros y han introducido nuevas leyes, sin el necesario análisis y consenso.
- f) Cuando se piensa en cambiar un esquema de seguridad social, es de subrayar la necesidad de contar con un soporte técnico sólido que brinde los elementos para que los actores sociales puedan analizar y llegar a un consenso.

Dos expertos reconocidos, uno de ellos del Banco Mundial, en un interesante documento plantean una situación que suele presentarse y que a mi juicio es apropiada para el caso de Brasil. Es así que dicen:

“Observamos que el sistema Z no está funcionando correctamente. ¿Debemos proponer cambiarlo por el sistema Y, o debemos trabajar para mejorar el sistema Z? Seguramente, comparar una versión idealizada de Y con una versión de Z tal y como fue implementada no va a brindar elementos de prueba profundos. En consecuencia, un primer paso sería comparar las características inherentes (idealizadas) de Y y Z y luego analizar si las restricciones de economía política afectan los dos modelos de forma diferente (en términos de las características idealizadas versus las características de implementación proyectadas). Gran parte de los mitos surgen de la combinación de las comparaciones entre las características inherentes y las características según la forma de implementación”.

Dicho en forma sencilla si un sistema presenta problemas ¿son ellos corregibles dentro del propio sistema?. Creo que en la respuesta está el núcleo de la discusión y también el camino.

Nota del autor

Se agradecen los comentarios a este trabajo realizados por el doctor. René Mendes y la ingeniera Ivone Corgosinho Baumecker que permitieron su enriquecimiento.

NOTAS

- ¹. Este documento fue escrito a solicitud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y presentado durante el 27° Congreso Internacional de Salud en el Trabajo (ICOH), celebrado en Foz de Iguazú, Brasil los días 23-28 de febrero de 2003.
- ². Vergara, C. (2000). El contexto de las reformas en el sector salud. *Rev. Panam Salud Pública* Vol 8 (1/2): 7-12.
- ³. Datos correspondientes al mes de diciembre de cada año. Fuente SRT.
- ⁴. Estimación de la población urbana total económicamente activa, a partir de la EPH, onda del mes de octubre. Fuente: INDEC.
- ⁵. Estimación de la Población Urbana Ocupada, a partir de la EPH, onda del mes de octubre. Fuente: INDEC.
- ⁶. Últimos datos disponibles, corresponden al mes de septiembre 2002. Fuente SRT.
- ⁷. Paredes R. (1996) Derecho a la Seguridad Social. En: *Derechos humanos en Paraguay*. Serpaj-Paraguay. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/ddhh1996/segsoc.html>
- ⁸. Fontes Iunes, R. (2001). Seguridad y Salud en el Trabajo en América Latina y el Caribe: análisis, temas y recomendaciones de política. Trabajo presentado en el Primer Seminario Técnico de Consulta Regional sobre Temas Laborales, realizado en la Ciudad de Panamá, en noviembre de 2001. Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/doc/Segysalud.pdf>
- ⁹. Lozano E. (2001). Impacto de las reformas de la seguridad social y su repercusión en la atención del adulto mayor. Ponencia presentada en el Seminario Envejecimiento Poblacional en el nuevo milenio, realizado en Bogotá, Colombia en agosto de 2001. Disponible en: <http://www.cadamciss.org.ar/contenido/espanol/semin5.asp>
- ¹⁰. Mendes, R. (2000) Minuta de proiet de Lei Para o Seguro Contra Accidentes do Trábalo: Parecer da Consultoria Técnica Contratada pela SPS/MPAS, Belo Horizonte. 39 p.s.d.
- ¹¹. En América Latina Guatemala estructuró en 1947 El Programa de Protección Relativa a Accidentes en General que cubre todo tipo de accidente, cualquiera sea su origen.
- ¹². OIT (1997). Trabajo en régimen de subcontratación, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 85° reunión.
- ¹³. La Conferencia de Alma-Ata (1978) señaló que la estrategia de atención primaria de la salud era la clave para alcanzar la meta de “salud para todos en el año 2000”.
- ¹⁴. Una comisión de encuesta establecida en Columbia Británica en 1965 decía “la misión principal de los que administran la indemnización de accidentes del trabajo y el propósito principal de la ley no es proporcionar prestaciones financieras sino fomentar las medidas de prevención de las lesiones que puedan sufrir los trabajadores”, *Workmen's compensation in Canadá*, Sección Legislativa, Canadá, Dpto. de Trabajo de Canadá, The Queen's Printer, Ottawa, 1969, pag.70.
- ¹⁵. El Convenio 159 de OIT sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (1983), define la readaptación como: “permitir que la persona inválida obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo y que se promueva así la integración o reintegración de esta persona en la sociedad”.
- ¹⁶. El artículo 40° de la Recomendación de OIT 168 Readaptación profesional y empleo de personas inválidas (1983) dice: Siempre que sea posible y apropiado, los regímenes de seguridad social deberían asegurar programas de formación, colocación y empleo (incluido el empleo protegido) y de servicios de readaptación profesional para personas inválidas, con

inclusión de servicios de asesoramiento en materias de readaptación, o contribuir a su organización, desarrollo y financiación. Y el artículo 41° prescribe: Esos programas deberían asimismo prever incentivos para las personas inválidas que busquen un empleo, y medidas que faciliten la transición gradual al mercado regular del empleo.

17. Schubert B. (2001). Problemas Actuales del Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo a Escala Mundial: Una Encuesta de la AISS. América Latina. En: Asamblea General de la AISS (27ª: 2001: Estocolmo). Informes presentados. Ginebra: AISS

18. Los textos correspondientes a los Sistemas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, son síntesis de los tratamientos más profundos que se dan en el libro de Alfredo Conte-Grand y Carlos Aníbal Rodríguez: Cobertura de los Riesgos del Trabajo, manual con experiencias actuales y alternativas, publicado por OIT en 1999. En el caso de Colombia y Argentina se han actualizado los datos. No se ha estimado pertinente hacer lo mismo con los correspondientes a Brasil y Chile, dado que no ha habido cambios importantes, salvo las propuestas de modificación en Brasil a las cuales se menciona en el texto.

19. La OIT ha desarrollado una propuesta de protección social con un rediseño del bono solidario.

20. Hay varios casos de actos criminales que son considerados accidentes de trabajo, tales como la muerte sobrevenida en guardias de seguridad.

21. Estos datos fueron ofrecidos por los participantes dominicanos Baldomero Jiménez, Claridania Rodríguez de Rosario, Esther Dominga Ozuna, Eugenio Pérez Cepeda, en el Curso sobre Sistemas de Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo ofrecido en el CIESS (México) por el Centro Internacional de Formación de la OIT (Torino) en 2002.

22. Quien desee más detalles sobre el tema debe consultar la Sentencia C-452/02 de la Sala Plena de la Corte Constitucional.

23. En este tema el Comité ha sido inoperante, últimamente se les ha solicitado la revisión del listado de enfermedades profesionales no habiéndose obtenido respuesta

24. Por primera vez se emitió una política para la SRT con la asunción de Alfredo Conte-Grand como secretario de Seguridad Social. Ella ha sido seguida parcialmente.

25. La norma para estos registros ha sido redactada últimamente y la correspondiente al registro de carcinogénicos ha sido emitida, la UART (Entidad que agrupa las ART) ha interpuesto un recurso administrativo.

26. Ver pagina web de la SRT: <http://www.srt.gov.ar>

27. Se ha tomado como referencia los aportes realizados por la Ing. Ivone Corgosinho Baumecker en sus comentarios a este trabajo.

LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO¹

1. LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEBE CONSIDERARSE UNA CUESTIÓN DE ESTADO

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece en su artículo 25 el derecho de toda persona a gozar de un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...), la asistencia y los servicios sociales necesarios. Por su parte el Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Por otra parte pareciera suficientemente claro que la salud es un bien final para la satisfacción del propio individuo pero también es un bien de capital. En efecto, es un bien de capital ya que colabora para producir otros bienes. La salud de las personas y en especial de aquellas que trabajan determina la productividad actual y futura y estimula el crecimiento económico.²

Por lo dicho y por elementales consideraciones humanitarias, sociales y solidarias, el tema de la salud y seguridad en el trabajo debe considerarse *una cuestión de estado*.

Hacer el trabajo sano³ y seguro y dar una lucha definitiva contra la trágica cadena de enfermedades, mutilaciones y muertes acaecidas en el mismo lugar donde un trabajador procura encontrar el sustento para sí y para su familia, es ante todo un imperativo ético.

Este imperativo debiera traducirse en la generación de políticas y esta es una tarea que debe encabezar el gobierno. Estas políticas deben ser coherentes, coordinadas y consensuadas. Coherentes porque debe haber coherencia entre el discurso y los recursos, idoneidad, trabajo y voluntad que se ponen al servicio

de ese discurso. Coordinadas porque el Ministerio de Trabajo es insuficiente para asumir el desafío, necesita de otros estamentos gubernamentales, prioritariamente de los ministerios de Salud y Educación y consensuadas en la medida que las políticas deben expresar la articulación de las aspiraciones comunes de empleadores y trabajadores.

Así como el objetivo de un sistema de jubilaciones y pensiones continúa siendo la búsqueda de una alternativa que permita una vejez digna y sin carencias y un alcance universal⁵, los objetivos de la salud y seguridad en el trabajo⁶ fueron y son:

- que el trabajo respete la vida y la salud del trabajador.
- Que le deje tiempo libre para su descanso y distracción.
- Que le permita servir a la sociedad y al mismo tiempo realizarse expandiendo sus facultades personales.

Lo expresado podría sonar desafinado en un escenario dominado por el desempleo. No hay duda que un trabajador desocupado busca, en su indefensión, cualquier trabajo. Sin embargo, *“si queremos que la decencia y el respeto por la dignidad del trabajador imperen en nuestro medio, tenemos que promover empleos de calidad, empleos que respeten los derechos de los trabajadores y desarrollen progresivamente formas modernas y efectivas de protección social”*.⁷

La protección de la salud de los trabajadores en Argentina dista de ser la deseable, las estadísticas de accidentes de trabajo nos muestran con una mortalidad por accidente de trabajo que es varias veces la de los países desarrollados.

2. EL MARCO NORMATIVO Y SU APLICACIÓN⁸

La Ley de Riesgos del Trabajo (LRT) de Argentina vino a concluir con el anacronismo normativo que tenía el país en el campo de la cobertura de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. El pasaje de un sistema de responsabilidad individual a un sistema de responsabilidad colectiva fue largamente postulado por el autor de este texto.⁹

Lamentablemente la falta de especialización y conocimientos suficientes en los redactores de la ley y su poca vocación para la consulta determinó que naciera con falencias, equivocaciones conceptuales, y fragilidades que pudieron ser evitadas. Copiada en buena medida de la ley colombiana no reparó en corregir los errores que ya se habían identificado en ese país y sumó algunos propios. No es la intención de este artículo hacer un inventario detallado de estos defectos. En todo caso se intentará alertar respecto de algunos problemas que se divisan en la práctica.

2.1. Cobertura del Sistema

Todo sistema de cobertura de los riesgos del trabajo y sobre todo si pretende constituirse en un sistema de la seguridad social debe tener vocación por la universalidad¹⁰. En este momento la cobertura es de aproximadamente el 50% de la Población Económicamente Activa. En esto juegan: la extensión cada vez mayor del sector informal de la economía, el no haberse reglamentado la incorporación de los trabajadores autónomos y el no cumplimiento de la ley por parte mayoritaria de las provincias y municipios. El sector informal, en brutal crecimiento, debe y puede ser cubierto.^{13,14}

2.2. Prestaciones del sistema

A todas luces las prestaciones económicas por incapacidad y muerte son insuficientes. A esto se agrega que el pago en mensualidades exagera la tutoría de estado e impide una salida digna a quienes han sufrido importantes limitaciones o a los deudos¹⁵. Estos problemas no requieren mayores estudios para ponerles solución.

Aunque no existen parámetros de medición, las prestaciones asistenciales son de mejor calidad y extensión que las anteriormente ofrecidas. En especial la atención de las patologías “trazadoras”¹⁶ y la incorporación paulatina de servicios de recalificación que eran inexistentes en el país. Cabe todavía valorar la atención de las patologías de gravedad intermedia o leve, donde la eficiencia del sistema no parece ser igual. Un promedio de 21 días de incapacidad temporal por accidentes es una muestra de que la calidad de la atención, en estos casos, no es la deseable. Esto no es un problema atribuible a la ley ni a su implementación. Parecería indispensable que el Ministerio de Salud afrontara con detenimiento el tema de la acreditación y certificaciones de calidad de los establecimientos asistenciales. El paso siguiente debería incluir la conformación de comités de expertos para normalizar, al menos, los tratamientos más importantes. Los países que así lo han hecho muestran mayores éxitos en la recuperación, menos incapacidades residuales y más pronta reincorporación del trabajador a sus tareas. Naturalmente el pago de honorarios apropiados por las prestaciones es un deber ineludible.

Las prestaciones en prevención seguramente han sido, por las mismas características que adoptó la financiación de la cobertura, una variable de ajuste del sistema. Para comprender su por qué es necesario recordar cual es la competencia que ha permitido esta ley.

La LRT optó porque la competencia entre las ART se hiciera por precios y no por

calidad de servicios. Al inaugurar un sistema de cotización libre, a diferencia de lo que sucede en el sistema colombiano y la de todos los sistemas de seguridad social, abrió las puertas a una “guerra de precios” hacia la baja. El resultado final fue que las prestaciones económicas como las asistenciales debían brindarse, quedaba entonces una sola variable para controlar los costos: las actividades prescritas en materia de prevención.

Aun así, seguramente los empleadores recibieron más información en la materia en estos años que en todos los anteriores.

Al limitarse las acciones en materia de prevención quienes seguramente más sufrieron la ausencia de apoyo técnico fueron las microempresas y las PyME. Paradojalmente son éstas las que sostienen económicamente al sistema. En efecto, cualquiera que estudie las primas que se pagan verá que a igual actividad las grandes empresas pagan per capita hasta 10 veces menos que las empresas con poco personal. Lo dicho es la consecuencia del libre mercado donde son sólo las grandes empresas las que tienen poder de negociación. En resumen: se ofrece más a quien más tiene. A nadie le resultará extraña la afirmación de que es en las empresas más pequeñas donde la asistencia técnica es más necesaria.

Otro elemento, esta vez de carácter cultural, limitó las acciones en materia de prevención: la falta de “historia” en la materia por parte de la mayor parte de las compañías de seguro que se abocaron a este riesgo.

Los exámenes médicos periódicos puestos en cabeza de las ART, por utilizar procedimientos sensibles y específicos, son un hecho a valorar positivamente. Tal vez hubiera sido más efectivo una posición menos ambiciosa e ir certificando laboratorios y metodologías en forma previa al lanzamiento de los operativos. Aquí hay también trabajo urgente para el Ministerio de Salud.

Las ART en su gran mayoría han tenido pérdidas en su balance, sin embargo la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) les permite ahora ganancias sin límite. En principio, el límite de ganancias para una ART era de 8%, este límite de alguna forma permitía caracterizar al régimen como un subsistema de la seguridad social de gestión privada. La Resolución N° 26.793 de la SSN quita este límite con lo cual también se hace frágil la caracterización señalada.

2.3. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo

La Ley de Riesgos del Trabajo data de 1996 y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), su organismo de control (junto a la Superintendencia de Seguros) ha tenido hasta concluir el gobierno del presidente doctor Carlos Menem, cuatro Superintendentes. Es decir que este puesto sigue siendo de

designación preferencial por la gestión que tenga el Ministerio de Trabajo y no nombrado “previo proceso de selección” como indica la ley.

Pese a que la SRT asumió todas las funciones que tenía anteriormente la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, ninguno de los superintendentes tuvo antecedentes profesionales en esas disciplinas. Por otra parte la misma estructura de la SRT no presenta una gerencia dedicada a la prevención. Esto es paradójico dado que la ley establece que su primer objetivo es “reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos laborales”. Esto, más los cambios en la subgerencia de higiene y seguridad, que también fue ocupada por distintos funcionarios sin antecedentes de mérito en el tema, determinaron el predominio de las actividades burocráticas (propias y para las ART). Pese a esto un hecho relevante y positivo fue la concreción del reglamento relativo a la higiene y seguridad en la actividad agrícola. Lamentablemente otros textos reglamentarios redactados, como para la actividad minera y las comerciales, quedaron postergados.

El cumplimiento del término establecido para cumplir con los planes de mejoramiento hizo enfrentar a la SRT con la denuncia en masa de todas las ART sobre casi todas sus empresas afiliadas. La denuncia por incumplimiento por parte de los empresarios de dicho plan no particularizaba en cada uno de forma tal que no podía concluirse, siquiera, si había sido formulado. Faltó entonces una forma definida de encaminar una respuesta y el país se quedó sin la posibilidad de conocer los resultados de una experiencia novedosa. ¿Sirvió de algo el período de gracia que se dio a los empresarios? ¿Cuál fue el porcentaje de empresas que mejoraron sus condiciones de trabajo?

El nuevo proceso de poner en marcha planes de reducción de la siniestralidad mostró el buen tino de la SRT al asumir la experiencia que ya estaban haciendo algunas ART.¹⁷

2.4. La inspección del trabajo en materia de higiene y seguridad

La Ley de Riesgos del Trabajo prescribe, entre los deberes de las ART, el de denunciar “ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo...”

Sin duda la prescripción es cuanto menos ingenua. A la hora de su redacción ya había demostrado su inutilidad en Colombia. Nadie denuncia a sus clientes o en todo caso se denuncian los “malos” clientes. Es decir que la obligación puede terminar ofreciendo a las ART la posibilidad de expulsar a aquellos donde las cuentas “no den”.

En cuanto a la inspección en manos de la SRT hay que mencionar en primer lugar que en buena medida está en manos de gente contratada o con otras formas de inestabilidad en el empleo, con lo cual el país incumple con el Convenio 81 de la OIT sobre inspección del trabajo, que está ratificado por la Argentina. El incumplimiento de las prescripciones del Convenio 81 también se verifica en las provincias. Buena parte de los inspectores, además, carece de la formación necesaria lo que determina que las sanciones que imponen, en su gran mayoría, son formales y no sustanciales (verifican comprobantes y papeles). Cabe señalar que, sin embargo, en el último semestre de 1999 la SRT solicitó la cooperación de la OIT en la materia.¹⁸

Por último, aun a sabiendas de los acuerdos firmados y del Pacto Federal es necesario decir que la fiscalización de las normas de higiene y seguridad en el trabajo en las provincias es muy limitada o inexistente. Aunque parezca controversial, la revisión de los convenios con las provincias y la propuesta de una inspección federal calificada y dentro de los términos del Convenio 81 sería un hecho ausplicable. Al lado de esto debe definirse un programa de inspecciones cuyo objetivo no sea la multa sino el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

EPÍLOGO

Teniendo en cuenta los errores que señalamos, que son sólo una muestra limitada de los identificados, y la judicialidad creciente, parece indispensable una reforma de la Ley de Riesgos del Trabajo. Esta reforma, que debiera mantener al sistema dentro de la seguridad social, no puede buscar solamente permitir mejores indemnizaciones y acceso al Código Civil, debe intentar dar respuesta a todos los problemas identificados en la experiencia realizada. Por fuerza entonces, la reforma debería ser de concepción interdisciplinaria. En este punto, el anacronismo de no facilitar la participación de los trabajadores en la promoción de la salud y seguridad en el trabajo debe ser resuelto.

Las normas son necesarias pero no suficientes. Es necesaria una gestión seria y ambiciosa por parte del Estado. En este sentido al menos los Ministerios de Salud y Educación tienen importantes tareas a desarrollar en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Las mezquindades políticas debieran dejarse de lado. Esta gestión debería ser acompañada, también seriamente, por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los interlocutores sociales.

NOTAS

1. Este documento es inédito y corresponde al año 2001.
2. OPS/CEPAL (1997). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington-Santiago Chile: OPS/CEPAL.
3. Cuando un trabajo no tiene la medida de la salud de quienes trabajan, lo que está enfermo es el trabajo.
4. Ver Convenio 155 de la OIT, sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo.
5. Bonilla García, Alejandro; Conte-Grand, Alfredo (compiladores) (1998). Pensiones en América Latina: Dos Décadas de Reforma. Perú: Oficina Internacional del Trabajo.
6. Los tres grandes principios del programa PIACT (Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo) 60ª Conferencia de la OIT. 1975.
7. Somavía, Juan (1999). Trabajo Decente y Protección para todos: Prioridad de las Américas. Memoria del Director General. Lima: OIT/ Oficina Regional.
8. Por las necesidades de extensión del artículo sólo se hará referencia a la Ley 24.557.
9. Rodríguez, Carlos Aníbal (1995). Trabajo Humano y Salud Ocupacional. En: Jorge A. Mera (Ed.). Los Servicios de Salud en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Docencia, Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias".
10. Conte-Grand, Alfredo; Rodríguez, Carlos Aníbal (1999). Cobertura de los riesgos del trabajo: Manual con experiencias actuales y alternativas. Santiago de Chile: OIT.
11. Están afiliadas las provincias de Buenos Aires, Salta, Mendoza, Neuquén y La Pampa el resto no registra afiliación ni tampoco se ha presentado a cumplir con las disposiciones de autoseguro.
12. Según el diario Clarín del 9 de agosto 1999, el 75% de los empleos que se crearon en 1999 son informales. Sobre 58,422 puestos nuevos, casi 44.000 no pagan jubilaciones ni obra social (ni ART). La contratación informal abarcaría el 62% de la construcción, el comercio con el 44% y la industria con el 35%. Aún en la administración pública se registra un 23% de empleos transitorios sin cobertura social.
13. Van Ginneken, Wouter (1998). Seguridad Social para el sector informal: Temas, opciones, perspectivas. Ginebra: Departamento de Seguridad Social/OIT.
14. Rodríguez, Carlos Aníbal. Sistemas para valorar el origen ocupacional en egresos hospitalarios. Publicado por el Ministerio de Salud y Acción Social dentro del Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina (Gob. Arg./BIRF/PNUD).
15. En este caso además la noción de derecho habiente excluye a los padres del trabajador fallecido.
16. Se trata de patologías graves que son auditadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
17. Las críticas sobre la gestión de la SRT no implican desmerecimientos personales ni limitan las buenas intenciones y los esfuerzos realizados, sino que sirven para sostener la necesidad de la búsqueda de idoneidad específica.
18. El proyecto, que involucra distintos componentes para tornar más eficiente el accionar de la SRT ha quedado a consideración de las nuevas autoridades de la SRT para su iniciación.

LA PREVENCIÓN EN LAS EMPRESAS CRÍTICAS¹

1. INTRODUCCIÓN

El Decreto N° 1278/00 fijó que: “Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo deberán establecer exclusivamente² para cada una de las empresas o establecimientos considerados críticos, de conformidad a lo que determine la autoridad de aplicación, un plan de acción que contemple el cumplimiento de las siguientes medidas: la evaluación periódica de los riesgos existentes y su evolución; visitas periódicas de control de cumplimiento de las normas de prevención de riesgos del trabajo y del plan de acción elaborado en cumplimiento de este artículo; definición de las medidas correctivas que deberán ejecutar las empresas para reducir los riesgos identificados y la siniestralidad registrada; una propuesta de capacitación para el empleador y los trabajadores en materia de prevención de riesgos del trabajo”.

A los efectos de la determinación del concepto de empresa crítica, reza el decreto, la autoridad de aplicación deberá considerar especialmente, entre otros parámetros, el grado de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, así como el índice de siniestralidad de la empresa.

Cabe comentar que en este texto, se otorga a las ART el beneficio de cumplir con las obligaciones que le fijara la Ley de Riesgos del Trabajo, exclusivamente, en empresas que les puedan suponer pérdidas económicas³.

El Plan de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo “Trabajo Seguro para todos”⁴ toma como componente primordial el Plan de Prevención de Riesgos Laborales en las denominadas “empresas testigo”.

Conforme la propia definición de la SRT⁵, las empresas sobre las cuales se aplicará son aquellas “cuya dotación de personal es igual o superior a 50 trabajadores y cuyo índice de incidencia de siniestralidad es superior en un 10% al promedio de su grupo de pertenencia.

El plan se propone reducir la siniestralidad en ellas en un 10% en el término de un año.

Puede asegurarse que el objetivo será alcanzado y para esto seguramente no se necesita una inversión específica, ni un “programa ad hoc”. En efecto, como ha sido probado, la reducción de la actividad económica traerá como consecuencia la disminución de la siniestralidad.

Lo expresado no obvia el interés que tiene el desarrollo de actividades preventivas en las empresas con mayor siniestralidad. En este sentido el autor intenta mostrar algunas debilidades que deberían ser subsanadas para mejorar la iniciativa y mostrar caminos que pueden ayudar a yugular, progresivamente, la muy mala situación actual.

2. LIMITACIONES EN LA DEFINICIÓN DE EMPRESAS TESTIGO

Conforme con la definición cabe inferir que se descartan de los planes de reducción de siniestralidad, las empresas con menos de 50 trabajadores y no se introducen criterios de gravedad de los accidentes⁶.

Hay coincidencia generalizada de que es la pequeña y mediana empresa la más necesitada de asesoramiento externo; es conocido también que su estado económico financiero hace casi imposible recurrir a una asesoría externa seria, sobre todo en un tema donde debe recibirla en forma gratuita, conforme la Ley de Riesgos del Trabajo.

Resulta claro que las empresas con menos de 50 trabajadores necesitan planes específicos y si no los tienen es porque juegan menos en los números⁷ y porque significaría para las ART un mayor esfuerzo. Sin embargo, es lícito asegurar que son las PyME quienes soportan la economía del sistema, dado que son las que más pagan por cada trabajador asegurado y que carecen del poder negociador de las grandes empresas. Paradojalmente las PyME son las que a la postre reciben menos servicios en materia de prevención.

Contrasta esto con las medidas adoptadas por el gobierno español, que fue quien definió el modelo que ahora se intenta en Argentina. En efecto, el Plan General de Actividades Preventivas de la seguridad social a desarrollar por las Mutuas en España en 2001, conforme con la resolución de 26/04/2001, dedica atención prioritaria a las actuaciones en las PyME, como sujetos con más necesidades de apoyo institucional en la materia. El tamaño de las PyME va a servir como criterio identificativo del tipo de programa a aplicar diferenciándose tres tramos: empresas de menos de seis trabajadores, Empresas

de entre seis y cincuenta; y aquellas con más de cincuenta y menos de 249 trabajadores. Por primera vez se incorpora la posibilidad de que los Delegados de Prevención colaboren con las Mutuas para perfeccionar el contenido de los informes derivados de la aplicación del plan.

Con estos criterios el plan establece diferentes programas.

Programas de visitas a las empresas con menos de 50 trabajadores. Aquí están incluidas las empresas de menos de 6 trabajadores, que serán objeto del asesoramiento para la realización de evaluación de riesgos y para la elaboración de los planes de prevención correspondientes. Se elaborará un informe sobre cada empresa visitada en función de los objetivos pretendidos. Complementará la visita la impartición del Programa Básico de Prevención de carácter divulgativo (excepto en aquellas empresas de especial siniestralidad - EES). El resto de empresas de menos de cincuenta trabajadores, con independencia de la tasa de siniestralidad de la rama de actividad, serán objetivo de segundo grado de este programa de visitas.

Programa para empresas de menos de seis trabajadores. Programa de capacitación de empresarios para que puedan asumir personalmente la actividad de prevención. Incluye jornadas y seminarios para empresarios con el objetivo descrito, y otros para los trabajadores con una finalidad informativa y de colaboración. Las visitas a realizar a estas empresas se harán una vez desarrolladas las actividades formativas descritas. Serán objetivo secundario las empresas de menos de seis trabajadores pertenecientes a ramas de actividad con índice de siniestralidad en 1999 inferior al 60 por 1.000. Para mejor comprensión de estos dos programas se puede entender que el destinado a las empresas de menos de seis trabajadores incorpora todas las prestaciones del primer programa más las de capacitación a empresarios y trabajadores.

Está claro que en España han considerado que la acción sobre las empresas de menor talla tiene importancia.

Consideremos ahora el tema de la gravedad de los accidentes. La no introducción de criterios de gravedad, al menos incorporando aquellas empresas en las cuales se hayan producido accidentes mortales o graves⁸, hace intuir un concepto de prevención más dirigida a “sanear” los números que actuar a fondo. En efecto, el incorporar esta dimensión hubiese permitido no sólo actuar con un sentido preventivo más feliz sino también controlar la calidad de los servicios ofrecidos por la ART en esas circunstancias, lo que no es poco. En nuestro país, controlar a fondo y asesorar a todas las empresas donde se haya producido un accidente mortal o grave es indispensable si tenemos en cuenta, por ejemplo, que la posibilidad de morir por un accidente de trabajo para un

trabajador de la construcción argentino es 300% superior que si hubiera trabajado en Francia.⁹

Otras grandes ausentes dentro de las “empresas testigo”¹⁰ serán seguramente las empresas que han presentado enfermedades profesionales. La última serie estadística ofrecida en la página web de la SRT¹¹ (julio 98 / julio 99) brinda el siguiente panorama:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS SINIESTRADAS SEGÚN TIPO DE SINIESTRO. JULIO 1998 - JUNIO 1999.*			
Tipo de siniestro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Accidente In Itinere	39.666	8.5	8.5
Enfermedad Profesional	4.293	0.9	9.5
Reagravación	10.138	2.2	11.6
Accidente de trabajo	410.767	88.4	100.0
Total	464.864	100	

* La lectura del registro de siniestralidad se efectuó el día 04/01/2000.

Debido al retraso existente en la remisión de información a la SRT, es posible la existencia de subregistro en los últimos meses del período.

Fuentes: Superintendencia de Riesgos del Trabajo sobre remisión de datos de las aseguradoras y Empleadores Autoasegurados.

Si se tiene en cuenta, conforme con las estadísticas provistas por OIT¹², que mueren a causa de accidentes de trabajo cada año en el mundo 335.000 trabajadores, pero que sumadas las enfermedades se llega a 1.200.000, las cifras que ofrece la SRT carecen de toda lógica. Cualquier iniciado en el tema sabe, por ejemplo, que la cifra de trabajadores padeciendo hipoacusias producidas por ruido, tomando en consideración sólo el Gran Buenos Aires, seguramente es muchísimo mayor, que las 4.293 de las que da cuenta la SRT para todas las enfermedades profesionales.

Es cierto que el subregistro de enfermedades profesionales es un fenómeno que puede verificarse en muchos países. En nuestro caso la incorrección del dato seguramente se debe a que las ART no están ofreciendo las denuncias de las enfermedades profesionales que identifican¹³ o peor aun, no las están diagnosticando. A este respecto cabe consignar que las empresas afiliadas al sistema efectúan una contribución extra para el pago de las consecuencias de las

enfermedades (llamado en su origen fondo para hipoacusias).

No parecería apropiado que un programa nacional de prevención desconozca la existencia de los riesgos higiénicos y los riesgos ergonómicos¹⁴. Paradojalmente, en estos momentos la Unión Europea, preocupada por la frecuencia de estos últimos, lanzó su programa para la prevención de las lesiones por esfuerzos repetitivos.

En realidad el tema de las enfermedades profesionales no ha podido ser abordado con patrones técnico científicos por la SRT en sus sucesivas administraciones. El temor a la judicialidad y el desconocimiento de los aportes de la epidemiología seguramente han ayudado a ello. Es lícito reconocer que también ignoraba la epidemiología y la clínica la antigua ley de accidentes de trabajo, ya que obligaba a resarcir la cuotaparte debida al trabajo en las enfermedades laborales, lo cual técnicamente es imposible.

Lamentablemente la SRT no aprovechó la posibilidad de actualizar la lista de enfermedades profesionales que la ley le ofrece. Dilapidó varias oportunidades dado que pudo hacerlo anualmente. Descartó también la utilización de los mismos principios que prologan la lista de enfermedades profesionales. De haberlos comprendido y utilizado no hubiera necesitado el intento de corrección que hoy conocemos.

En el afán de controlar una avalancha de peticiones de inclusión de patologías como enfermedad profesional e intentando frenar las demandas judiciales por enfermedades no contempladas en el listado oficial, el Poder Ejecutivo recurrió a tomar providencias al respecto en el decreto de necesidad y urgencia que modifica la Ley de Riesgos del Trabajo.

De esta forma el decreto prescribe que “Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por *causa directa e inmediata* de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los *factores atribuibles al trabajador* o ajenos al trabajo”. Posteriormente enfatiza este último punto expresando: “En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador, tales como la *predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia*”.¹⁵

Desde el conocimiento estrictamente técnico es bien sabido que las enfermedades profesionales responden a la acción repetida de una noxa y que aun en ciertos casos como el cáncer profesional hay un período -denominado de latencia- de 20 a 40 años entre la exposición al factor de riesgo y la aparición de la enfermedad. Es decir que, por definición, *nunca* una enfermedad

profesional es provocada *por causa inmediata*. Ergo, es posible afirmar que si se sigue la norma ninguna enfermedad podría ser de causa profesional, *ni siquiera las que están hoy en el listado*.

El tema de la labilidad o predisposición es un problema aun de mayor gravedad ya que plantea, seguramente por desconocimiento del tema, *la discriminación genética*. En efecto, en la medida que hoy conocemos la estructura del genoma existe la posibilidad de “predecir” la susceptibilidad para contraer algunas enfermedades. A nivel internacional, en la misma OIT se ha advertido el problema señalando que “el cribado genético aplicado al trabajo constituye una violación desproporcionada de los derechos individuales”.¹⁶

Debe considerarse que la variabilidad es el atributo más rico de la especie humana, justamente el que seamos unos distintos a los otros permitió a los humanos llegar a nuestros días. La prevención no debe establecer sus normas para un hombre medio inexistente. El hombre medio, en el mejor de los casos, es una enteleguía matemática. Coherentemente, la prevención debe ser apta para proteger a todos los trabajadores independientemente de su sexo o patrimonio genético.

Conforme lo expresado, puede suponerse que el decreto, tan infelizmente redactado, no evitará juicios por enfermedades no contempladas, sino que además se pueden esperar otros por discriminación.

Un programa de prevención no puede dejar de contemplar las enfermedades profesionales. Después de los años de existencia del régimen, hay recursos suficientes para haber puesto en marcha programas nacionales de vigilancia epidemiológica al menos sobre cuatro o cinco enfermedades. También esto bien planificado hubiera constituido una forma adecuada de auditar la calidad de los exámenes que hoy se están realizando.

Concluyendo: incluir en los programas de prevención a las empresas con menos de 50 trabajadores, tal vez con un indicador de desplazamiento de la media mayor que el considerado para el grupo hoy tutelado, incorporar aquellas empresas donde se hayan producido accidentes mortales o con patologías trazadoras¹⁷ (graves) y una revisión de lo que está pasando en materia de enfermedades profesionales, parecen medidas saludables para mejorar el panorama nacional en materia de salud y seguridad en el trabajo.

3. QUÉ MODELO DE PREVENCIÓN UTILIZAR

Conforme la denuncia que oportunamente hicieran las ART respecto del cumplimiento de la legislación en materia de higiene y seguridad por parte de sus empresas afiliadas y acabado el plazo para evaluar los resultados de los planes de

mejoramiento, la enorme mayoría de las empresas estarían en situación crítica¹⁸. No obstante y focalizando en las empresas a las cuales dedica su atención el programa de la SRT, aun con todas las limitaciones señaladas, es posible hacer prevención si la tarea es tomada a fondo y seriamente. En este sentido, facilitar una participación plena de los trabajadores en la prevención y la adopción de sistemas de gestión de la salud y seguridad en el trabajo parece una tarea insoslayable. Los logros que seguramente se conseguirán con medidas paliativas y de prevención secundaria¹⁹ serán de corto plazo.

3.1. Prevención y participación

Los representantes del empresariado de nuestro país han rechazado la participación de los trabajadores en la materia. Tampoco parecieron interesados en el tema la mayor parte de nuestros legisladores pues los distintos proyectos²⁰ de ley al respecto perdieron estado parlamentario sin ser analizados en comisión.

Curiosamente la enunciada parece ser una posición casi solitaria en el ámbito mundial. En efecto, si consideramos la experiencia latinoamericana, sin necesidad de tomar en cuenta la de la Unión Europea, vemos que la participación de los trabajadores a nivel de empresa es lo usual. En Argentina esta participación a nivel de comisiones mixtas de salud y seguridad en el trabajo²¹ no forma parte de nuestro ordenamiento jurídico. Cabe señalar que sólo es contemplada en algunos convenios colectivos.

La Ley de Riesgos del Trabajo coloca como tarea de las ART estimular la conformación de estas comisiones, tal vez como contraparte del período de gracia que se otorga a los empleadores²². También estipula que un trabajador debe ser instruido en el control del cumplimiento del Plan de Mejoramiento. Sería interesante que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo auditara el cumplimiento de estos deberes.

Se brindarán elementos para valorar la necesidad y pertinencia de incorporar la participación de los trabajadores para garantizar el éxito de la prevención.

En lo que hace a las relaciones de las empresas con sus trabajadores se ha pasado por distintos modelos: *el clásico o histórico* que corresponde a los años 20 - 30 y tiene como referencia al taylorismo. En la década de los 40 se instala el *Modelo de las Relaciones Humanas* que tiene como sustrato las experiencias de George Elton Mayo. El *Modelo de las Facultades Humanas* corresponde a los '60, nace como consecuencia de los estudios de motivación en el trabajo. Parte de la base de que los trabajadores quieren contribuir a alcanzar las metas que tengan un

significado a cuyo establecimiento hayan aportado. Establece que la mayor parte de la gente puede desarrollar trabajos más creativos, con mayor responsabilidad, autonomía y control sobre el propio trabajo. En este modelo la tarea básica de la dirección es el aprovechamiento de las capacidades personales, el crear un ambiente en el que todos los miembros puedan aportar y estimular el autocontrol y la autodirección.

En los '80, comienza a aparecer el denominado Modelo Participativo. En este modelo se parte de considerar al trabajo como una cualidad humana básica y una forma de cooperación social. La acción de la dirección se encamina a dar cauce de armonización a los planes e iniciativas de los responsables inmediatos y está abierta a los cambios, estimulando las iniciativas y no imponiendo desde arriba. La expectativa de este modelo es que con una mayor participación de los trabajadores se logrará que el trabajo se efectúe de una forma más creativa, flexible, rotativa, desarrollando posibilidades de aprendizaje, de innovación y de mejora. De esta forma los trabajadores con más identificación e involucramiento actuarán con más responsabilidad social y con más satisfacción personal. Esto permitirá mantener un rendimiento de nivel competitivo.

En este marco debería analizarse la participación como elemento de mejoramiento de las condiciones de trabajo y salud en la empresa, es decir dentro del marco general de gestión.

La participación, en el caso que analizamos, es un conjunto de procedimientos formales e informales instituidos o creados a modo de permitir a los trabajadores y sus representantes influenciar el proceso de decisión en todas las materias relacionadas con las condiciones de trabajo en general y la salud y seguridad en particular.

En principio, la participación es necesaria porque los problemas de salud no son problemas meramente técnicos y la prevención es un proceso socio-técnico en donde se complementa el conocimiento técnico y la intervención social.

*Que los trabajadores intervengan es la expresión del derecho a controlar el propio destino*²³. Esto es así porque el trabajo no es neutral desde el punto de vista de la salud, puede ser motivo de la satisfacción y desarrollo individual o de enfermedad, mutilación y muerte.

La participación es un derecho a pesar de que nuestras normas no lo establezcan. El derecho a la salud implica conocer cómo inciden las condiciones de trabajo en la propia salud y la posibilidad de mejorar esas condiciones.²⁴

Un enfoque moderno requiere partir de lo que saben y sienten los trabajadores para fijar los objetivos y también para saber si fueron alcanzados.

Desde un punto de vista técnico estas son algunas de las ventajas de la participación:

- favorece la detección precoz de síntomas y la prevención de las enfermedades. Debe recordarse que el sistema de prevención no lidia con casos individualizados sino con grupos homogéneos de trabajadores.
- Permite enfrentar las dificultades de las mediciones objetivas de carga mental y carga síquica.²⁵
- Favorece un abordaje más global, comprensivo y dinámico de los factores de riesgo.
- Obliga a los empleadores a asumir sus responsabilidades en la creación de un ambiente de trabajo sano y seguro.
- Permite un abordaje proactivo, una orientación dirigida a los problemas concretos y a su solución.
- La participación obvia o minimiza los riesgos tradicionales de solución de continuidad entre la investigación y la intervención.

Además, una serie de estudios muestran otras ventajas. Así “A large scale survey of participation and performance in British manufacturing industry”, trabajo del Bradford Management Centre (1994) sirvió para demostrar una productividad diferencial del 5 al 10% en las empresas que habían desarrollado la cultura de la participación. En el estudio de Simard y Marchand (1994)²⁶ se considera la acción de los jefes y los límites de los comités de administración respecto de los resultados en seguridad. Hallan que los elementos más importantes son el comportamiento de los jefes, la participación de los trabajadores y su iniciativa.

El grupo de investigación Mc Master, Simard y Marchand encuentra la clave de los buenos resultados en materia de seguridad en el “*empowerment*”²⁷ (conjunto de medidas organizativas que concurren a acrecentar el grado de control ejercido por los trabajadores sobre sus condiciones de trabajo). Al empowerment colaboran: la contribución al proceso adicional, la atribución de responsabilidad unida a una ampliación de los márgenes de autonomía y el establecimiento de relaciones cooperativas entre la dirección y los trabajadores.²⁸

Es importante considerar que la participación puede ayudar a mejorar la calidad del proceso y favorecer la transparencia de las decisiones adoptadas, reducir el tiempo fijado para las intervenciones y consolidar el interés de los trabajadores en la empresa.

Es fundamental tener en cuenta que “el trabajador es el mejor situado para testimoniar la fatiga que siente, la peligrosidad del puesto que ocupa... (y) sólo

él puede hacer balance global de sus situaciones de trabajo”.²⁹

Por todos estos elementos y centralmente porque la salud es la única reserva que tienen los trabajadores y resulta paradójal que la puedan perder por causa de malas condiciones de trabajo, los trabajadores deben participar de la prevención.

3.2. Necesidad de adoptar un sistema de gestión de la Salud y la Seguridad

En el curso de estos últimos años la Organización Internacional de Normalización (ISO) ha elaborado normas internacionales sobre la gestión de la calidad y del medio ambiente.

Es indudable que los magros resultados que se tienen en materia de salud y seguridad en el trabajo, la creciente complejidad de los procesos de trabajo y los cambios en sus condiciones sumados a los nuevos riesgos que conllevan y las actuales demandas nacionales e internacionales, requieren un enfoque transparente, sistemático y general de la salud y seguridad en el trabajo. A esto van los sistemas de gestión en esta materia. Además hay evidencias suficientes de que la gestión en materia de salud y seguridad en el trabajo debe mejorarse por distintas razones, humanas, sociales, productivas y de calidad. A estas razones deben incorporarse aquellas que emergen del proceso de globalización de la economía. *Los aspectos atinentes a la salud y seguridad en el trabajo ya han comenzado a transformarse en barreras para arancelarias.*

En un Taller sobre normalización de los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo que realizó la ISO en Ginebra en 1996 se llegó a la conclusión que la OIT, por su estructura tripartita y experiencia normativa, era el organismo más apropiado (más que la propia ISO) para elaborar documentos internacionales para el establecimiento de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo eficaces y de participación voluntaria.

Un sistema de gestión permite al empleador mejorar su desempeño en materia de salud y seguridad en el trabajo, asegurar una mejor organización, planificación y control de las medidas que se requieran y motivar al personal de dirección y a los trabajadores en todos sus niveles.

Las ideas fuerzas subyacentes en un sistema de gestión son³⁰:

- la salud y la seguridad son una responsabilidad de la dirección y revisten la misma importancia que la producción y la calidad.
- La mayoría de los accidentes no son provocados por trabajadores descuidados, sino por fallos en el control que es una responsabilidad de la dirección.

- El control se logra con un esfuerzo de cooperación entre todos los niveles de la organización.
- Todos los incidentes, accidentes y enfermedades laborales son prevenibles.
- Una buena gestión no se basa en el sentido común sino en el conocimiento profundo de los riesgos y cómo controlarlos mediante una buena gestión.
- La aptitud para gestionar la salud y la seguridad en el trabajo es una parte esencial de la profesionalidad de la dirección.

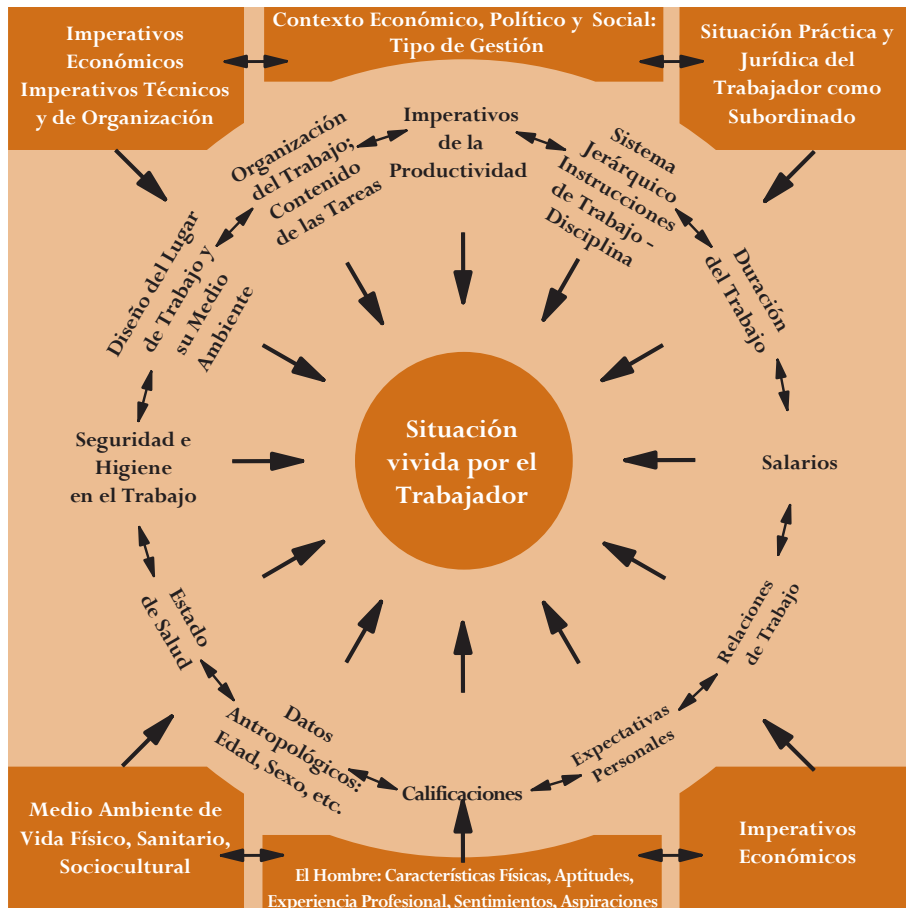
Recientemente (del 19 al 27 de abril de 2001) se reunió en Ginebra³¹ un grupo de expertos nominados por los representantes del Estado, los empleadores y trabajadores a fin de examinar las directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Los expertos examinaron y adoptaron por unanimidad estas directivas. En la discusión general del proyecto los expertos felicitaron a la OIT por haber preparado un proyecto de directrices técnicas sobre el tema muy completo y flexible.

¿En qué consiste un sistema de gestión? Básicamente es un modelo de intervención que busca la mejora continua. Casi todos los sistemas de gestión establecen los siguientes puntos en su desarrollo:

a) *Definición de la política empresarial*: una política revela cuál es la importancia que el empleador otorga a la salud y seguridad de sus trabajadores. La política fija entre otras cosas cuál es la participación de los trabajadores. En el caso del sistema propuesto por la OIT, garantiza su participación en la organización, planificación, aplicación, evaluación y acción del sistema de gestión de la salud y seguridad en el trabajo.

b) *Establecimiento de una organización de la prevención*: en este punto, cada estamento de la empresa debe tener sus responsabilidades, obligaciones, competencias. En esa organización deben establecerse la documentación necesaria y las formas de comunicación.

c) *Planificación y Aplicación*: la primera actividad dentro de la planificación es el “examen inicial”, en el cual se identifican y evalúan los peligros y riesgos, lo que servirá de base para las medidas a ser adoptadas y de referencia para la mejora continua. Naturalmente este diagnóstico inicial dependerá de las normas nacionales/internacionales de que se disponga, pero también del marco teórico que se adopte. En este caso el marco de referencia que permite un acercamiento más global es el de la noción de “condiciones y medio ambiente de trabajo”³² y del cual se brinda el siguiente esquema:



Luego corresponde la planificación con el establecimiento de objetivos, la estipulación de medidas de prevención y control y la gestión del cambio.

d) *Evaluación*: la evaluación se lleva a cabo mediante una serie de procedimientos activos y reactivos, entre ellos mediciones de desempeño, cumplimiento de planes específicos, la vigilancia de parámetros ambientales y biológicos, la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades, etc.

e) *Auditoría*: deben realizarse auditorías periódicas destinadas a comprobar la buena marcha del sistema. Esta auditoría debería tener delimitada su esfera de competencia, el alcance, la periodicidad, la metodología y la presentación de informes.

f) *Acción en pro de mejoras*. Además de las acciones preventivas y correctivas que se adopten el sistema prevé la instauración de medidas para la mejora continua.

4. EPÍLOGO

Descartando análisis que corresponden a otros artículos de esta publicación respecto de la constitucionalidad de la Ley de Riesgos del Trabajo, el mayor déficit de nuestro sistema de cobertura de riesgos del trabajo es su cobertura. Los escasos 5.000.000 de cubiertos se corresponden con el achicamiento del sector formal de la economía y la falta de iniciativa para dar cobertura a las nuevas formas de trabajo.

Otro problema importante en el país son las concepciones arcaicas en cuanto a vislumbrar las causas de los problemas. A menudo se invoca la necesidad de un cambio cultural para modificar la situación actual en relación a la prevención. Sin desmerecer lo interesante de los cambios culturales creo que se trata de mejorar la calidad del trabajo. Es el trabajo quien está enfermo.

Una estrategia de prevención que se dirija al “autocuidado” del trabajador y a evitar sus “distracciones”, está olvidando que muchas veces los trabajadores vivencian su cuerpo sólo como una herramienta de trabajo. Está desconociendo que la atención en una función síquica superior por definición fatigable (para que haya atención debe haber distracción), está pidiendo a los hombres lo que es propio de las máquinas. Pese a esto, aún es dominante la línea de pensamiento que imputa al accidentado la responsabilidad del accidente. Esta concepción no sirve para indagar seriamente en sus causas y naturalmente no sirve para cambiar la situación.

El país gasta seguramente más de 4% de su PBI a consecuencia de las dolencias del trabajo³³; en estos momentos donde reina el interés por lo económico por encima de lo humano, debería ser elemento suficiente para actuar a fondo. Sin embargo, no hay ningún número que pueda compensar las pérdidas que el dinero no puede compensar³⁴. De allí que todo programa de prevención, sea a nivel nacional o de empresa, debe tener una aproximación técnicamente seria y éticamente correcta.

NOTAS

1. Trabajo publicado en la Revista de Derecho Laboral, 2001-II. Ed. Rubinzal-Culzoni, pág. 69-85.
2. La bastardilla es del autor.
3. Naturalmente esto debe coincidir con las empresas de mayor siniestralidad.
4. El nombre evoca la contracción entre la denominación del programa de la OIT, Trabajo Seguro y el antiguo slogan de la OMS “Salud para todos en el año 2000”.
5. Resolución SRT 700/00.
6. Si bien dentro del grupo de empresas seleccionadas se produjeron 128 casos mortales estos representan sólo el 20% de los acaecidos en 1999.
7. Numéricamente la acción sobre empresas de mayor talla influencia en forma más definida sobre los resultados globales de siniestralidad.
8. En este sentido la información disponible, la mejor que tuvo nunca el país, es débil en materia de indicadores y en oportunidades carece de la coherencia necesaria.
9. López-Valcárcel, Alberto (Ed.) (2000). Seguridad y salud en el trabajo de construcción: el caso Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Lima: OIT.
10. Nótese que la resolución denomina como empresas testigo a lo que en el decreto se llaman críticas. Se ignora las causas del cambio de nombre.
11. www.srt.gov.ar
12. Ver “Programa SafeWork” en la página web de la OIT: www.ilo.org
13. Después de todo las normas no lo facultan ni obligan a ello.
14. No se incorporan las psicosociales dado que estos factores no son contemplados ni en la Ley 19.587 ni el decreto reglamentario 351/70. Se recuerda que ambos son productos de dictaduras militares.
15. La bastardilla es del autor.
16. OIT (1998). Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Ginebra: OIT. (Serie Salud y Seguridad en el Trabajo, N° 72).
17. Resolución SRT 60/98.
18. Las ART denunciaron masivamente a sus empresas afiliadas, con pocas excepciones, ante la SRT por no haber alcanzado el nivel 3 (cumplimiento de la legislación), mientras que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, careció de reflejos para una respuesta adecuada que obligara a dar a conocer el estado de cada empresa.
19. Apelando por ejemplo solamente a la protección individual.
20. Uno de los proyectos más interesantes fue presentado durante la primera legislatura posterior a la última dictadura militar por el entonces diputado Guillermo Estévez Boero (PSP)
21. Aun en países con modelos de gestión del sistema de riesgos del trabajo empresaria (Chile) como privada (Colombia) estas comisiones existen.
22. El cumplimiento del Plan de Mejoramiento acordado con la ART, impedía que el empleador fuera sancionado a causa de incumplimientos en materia de higiene y seguridad.
23. Syme, S. L. (1988). Social epidemiology and the work environment. *Int. J Health Serv*, 18(4): 635-645.
24. Boix, Pere; Vogel, Laurent. Participación de los Trabajadores. En: Benavides F.G., Ruiz-Frutos, C.; García, A.M. (ed). Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson.
25. Nuestra legislación no obliga a realizar estos estudios.

26. Simard, M.; Marchand, A. (1997). The behavior of first-line supervisors in accident prevention and effectiveness in occupational safety. *Safety Science*, 26 (3) 201-217.
27. Esta palabra sin una buena traducción al castellano comienza a ser utilizada en nuestra lengua como “empoderamiento”.
28. Shannon, H.S. et al. (1996). Workplace organizational correlates of lost time accident rates in manufacturing. *Am J Ind Med*, 29 (3) 258-268.
29. Guélaud, F. et al. (1978). Pour une analyse des conditions de travail ouvrier dans l'entreprise. Paris: Armand Collin.
30. Health & Safety Executive (1997). The costs of accidents at work. London: HSE.
31. OIT (junio 2001). Informe de la Reunión de Expertos sobre las Directrices relativas a los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. (GB 281/4) En: Reunión del Consejo de Administración (281ª: 2000: Ginebra).
32. Neffa, J.C. (1987) Condiciones y medio ambiente de trabajo: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Humanitas.
33. Rodríguez, Carlos Aníbal (2000). La dimensión económica de la salud y seguridad en el trabajo en América Latina. Presentado en Conferencia Internacional sobre Seguridad y Salud Ocupacional, BID, realizada en Washington el 19 y 20 de junio de 2000.
34. Dorman, Peter (1999). Seguridad, salud y economía mundial. En: Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, N° 1.



S.M. el Rey Juan Carlos I de España saluda a Carlos Rodríguez en el X Congreso Español de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo y Iº Encuentro Iberoamericano sobre Seguridad e Higiene Ocupacional, como portavoz del grupo hispanoamericano por decisión unánime de los concurrentes. Granada, España, 1984.



Carlos Rodríguez cerrando la Iª Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo, junto a Héctor O. Verón, Superintendente de Riesgos del Trabajo, Javier González Olaechea de OIT y Laurent Vogel de la Confederación Europea de Sindicatos. Buenos Aires, Argentina, 28 de abril 2004.



Carlos Rodríguez junto a Giovanni Berlinguer, profesor de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Roma y a Hernán Sandoval, médico chileno especialista en Salud Ocupacional, actualmente Embajador de Chile en Francia. Foz de Iguazú, Brasil, febrero de 2003.



Antonio Grieco, director de la Clínica del Lavoro “Luigi Devoto”, en donde Rodríguez completó su formación. Foz de Iguazú, Brasil, febrero de 2003.

Jesús Caldera, ministro de Trabajo de España hace entrega a Carlos A. Rodríguez el Premio Especial del Jurado del Premio Nacional “28 de Abril” a la Prevención de Riesgos Laborales, concedido por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Madrid, octubre 2004.



Pedro Montero, Carlos A. Rodríguez, Elisa García Peinado, Agustín Ibarrola (escultor - autor del premio entregado), Mario Grau Ríos, Arturo Alonso Llanos, Jesús Caldera y José Antonio Niederleytner Molina, reconocidos por el Premio Nacional “28 de Abril”.



La distinción es una estatuilla realizada por el escultor vasco Agustín Ibarrola que representa el “hombre roto”, una figura humana en bronce con el reverso invertido y partido en dos mitades.



La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente

