

---

V. GRANDES  
TEMAS DE  
ANÁLISIS  
ACTUAL  
ANÁLISIS  
ACTUAL

---



## GLOBALIZACIÓN Y EXTERNALIZACIÓN DE RIESGOS<sup>1</sup>

Como imaginarán resulta particularmente difícil eludir en esta presentación hacer referencia a la externalización de riesgos Norte-Sur, dado que es la más frecuente y emerge en forma diáfana en muchos ejemplos. No obstante mi presentación intentará asumir aspectos concernientes a los siguientes puntos:

1. la globalización y algunos cambios en el trabajo, la flexibilidad y la competitividad.
2. Las distintas formas de externalizar los riesgos, la tercerización de actividades, la migración de riesgos, la migración de malas ideas.

Con el objeto de dar marco a mi presentación comenzaré recordando<sup>2</sup> que la globalización es una nueva fase en la internacionalización de los mercados. Conforme con esta idea reconocemos tres fases.

### **a. Internacionalización**

Esta fase va desde el siglo XIX hasta antes de la Primera Guerra Mundial. En ella los estados nación son soberanos y tienen todos los atributos de la soberanía, económica: emisión de moneda, definición de la tasa de cambio y control aduanero. Hay entonces soberanía económica e intercambio internacional de productos.

### **b. Mundialización**

Va desde el fin de la Segunda Guerra hasta los años '70. Las empresas multinacionales comienzan a operar sobre una base mundial y utilizan las diferencias nacionales para optimizar su producción. Establecen un tejido de intercambio mundial. El 40% de los intercambios se da entre empresas.

### **c. Globalización**

Comienza a fines de los '70, principios de los '80. Es la aceleración del proceso anterior pero con algunas características nuevas:

- *Globalización financiera y desregulación general de los mercados financieros.* Los mercados financieros están en dependencia recíproca con efectos instantáneos. De esta forma los países deben ajustar su tasa de interés teniendo en cuenta los problemas de la tasa de cambio sobre el financiamiento y refinanciamiento de la acumulación, es decir que se decide afuera.

En el área de la desregulación está también la aparición de grandes servicios internacionales masivos: telecomunicaciones, transporte aéreo, etc. La primera característica tiene que ver entonces con la desregulación.

- *La segunda característica es la regionalización dentro de la globalización.*

Se forma así la triada bloque de América del Norte, bloque europeo y bloque asiático. La inversión se concentra en la triada.

- *La tercera característica es de tipo cualitativa; se trata del fin del modelo estadounidense de organización de la producción:* masiva, economía de escala, mercaderías estandarizadas (por ejemplo el *jean* y la Coca Cola). Aparecen nuevos modelos, entre los cuales destaca el japonés, aunque primero limitado al mercado nacional, y luego irrumpe y hace explotar otros modelos. De todas formas en la lucha por los mercados sigue habiendo modelos de referencia por ramas: en la indumentaria masiva triunfa el modelo italiano, en las máquinas herramientas el modelo alemán o suizo, en la actividad automotriz: el japonés. Otro rasgo de la competitividad es adecuarse a demandas variadas para satisfacer patrones culturales, normas técnicas, hábitos de consumo locales.

La producción está globalizada pero vemos que lo más llamativo es el incremento de la especulación y la desaceleración del crecimiento. Ante esto y para disminuir los flujos especulativos, James Tobin (Premio Nobel 1981) propuso en 1978 gravar las transacciones monetarias con un impuesto de 0,1% a 0,23%. Se trataba de penalizar las actividades especulativas, destinando fondos para el desarrollo<sup>3</sup>. La propuesta fue considerada inviable, por estatista, por los economistas neo liberales.

Sin embargo, es obvio el doble discurso que suele constatarse entre estos ideólogos que impone reglas del mercado para los pobres y protección y subsidio del Estado para los ricos.

*En el meollo de esta economía globalizada está, además el endeudamiento financiero.* Es archiconocido que los países del Tercer Mundo están en crisis por:

- la caída de sus exportaciones y
- el aumento de las tasas de interés sobre antiguos y nuevos créditos.

*Competitividad y Flexibilidad son las nuevas musas en esta economía.* Es difícil encontrar negociación colectiva que no ponga estos dos conceptos en el eje de las discusiones. Considerar estos aspectos resulta fundamental en materia de salud y seguridad en el trabajo.

La palabra flexibilidad recuerda el comportamiento del árbol, que se doblega frente al viento, sin romperse, para recuperar luego su posición erguida. Sin embargo poco parece haber de esto en el mundo del trabajo si atendemos a las prácticas laborales en boga. Estas se centran principalmente en las fuerzas para doblegar a la gente. ¿Hay límites para la forma en que la gente se ve obligada a doblegarse?<sup>4</sup>. ¿Quién puede dar a la gente la elasticidad del árbol para que no se quiebre? Pareciera que el futuro de la producción flexible dependerá de la forma en que la sociedad defina el bien común y no cabe duda de que aquí hay un papel trascendental para el movimiento obrero de todos los países.

*Como se señaló, la competitividad, es el otro eje del modelo.* Ella abona el desarrollo y adquisición de nuevas máquinas, nuevas tecnologías duras y blandas. No plantea, en cambio, nuevos desarrollos para los trabajadores y sus organizaciones sindicales. Por lo contrario, las estrategias se dirigen a desarticular las relaciones existentes. Por eso la competitividad exige la limitación de la negociación colectiva y los derechos laborales y sindicales, dado que el objetivo es hacer prevalecer la pertenencia del trabajador a la empresa. Tienen la mira de sus armas dirigida a establecer el contrato individual de trabajo.

La hegemonía se consolida en el retroceso de la participación de los trabajadores en el ingreso nacional. Así por ejemplo en 1978, los cuatro países más industrializados de Europa (Alemania, Francia, Italia e Inglaterra) distribuían entre los trabajadores una media del 60% del ingreso nacional: este porcentaje retrocedió en el año 2000 a 45%. Este retroceso es justificado por la “falta de competitividad”, pero al mismo tiempo las empresas multinacionales buscan en los países del Tercer Mundo trabajadores que acepten salarios bajos y empleos precarizados, con lo que logran ganancias extraordinarias.

En este panorama de ambiciones de mayor productividad y sobre todo mayores utilidades, se incluye el tema de externalización de riesgos. La posibilidad de externalizar los riesgos dentro del país (*outsourcing*) y sobre todo fuera de él (*world sourcing*) mejoraría los costos. Cuando se hace fuera del país, frente a los riesgos graves, determina un cierto confort social ya que una determinada amenaza para la sociedad de origen ha sido controlada aunque haya sido trasladada a algún ignoto país.

*La posibilidad de externalizar los riesgos no sólo significa exportar riesgos a poblaciones más vulnerables, sino disminuir todo interés de los empresarios en*

*adoptar un buen sistema y unas buenas prácticas de gestión de la salud y seguridad en el trabajo.*

En primer lugar voy a hacer referencia a la externalización de riesgos internos. Esta se concreta a través de la transferencia de las consecuencias de los riesgos al propio trabajador o a la sociedad y también mediante la tercerización. Con respecto a la primera, el siguiente ejemplo es demostrativo por sí mismo.

COMPARACIÓN ENTRE TRABAJADORES QUE REPORTARON LER			
Consecuencias socio - económicas			
	LER	Controles	Odds ratio
Promovido	7,9	16,0	0,45
Divorciado	7,1	3,9	1,91
Traslado por motivos económicos	6,4	2,8	2,41
Perdió la casa	3,1	0,9	3,44
Perdió el automóvil	4,4	1,9	2,45
Perdió el seguro de salud	6,6	3,5	1,91

Fuente: Estados Unidos, Morse et al. 1998

TRABAJADORES QUE REPORTARON LER
Solamente 10,6% de los trabajadores que reportan LER son compensados por el seguro de accidentes de trabajo.
De ellos, los gastos médicos fueron cubiertos por: <ul style="list-style-type: none"><li>• 21% por el seguro de accidentes de trabajo.</li><li>• 71% por el seguro médico general.</li><li>• 8% con su dinero.</li></ul>

Fuente: Estados Unidos, Morse et al. 1998

Creo que este ejemplo es suficientemente claro para ilustrar una de las formas que adquiere la externalización de riesgos.

He creído inapropiado hablar de externalización de riesgos sin hablar de tercerización. En este caso lo haré mostrando la doble vertiente: interna y externa. Aún en el marco general, que es el que finalmente determina las condiciones de trabajo, una razón para trasladar los trabajos industriales a otros países, aun con mano de obra más cara, es obtener ventajas, teniendo en cuenta la defensa de las conquistas de los trabajadores y el conflicto de clases.

Si los trabajadores de una multinacional que tiene su sede en New York, por ejemplo, van a la huelga reivindicando mejores condiciones de trabajo, la empresa podría suministrar sus productos a todos los mercados desde sus plantas en otros lugares, rompiendo de ese modo la huelga. Así de concreto.

La tercerización está avanzando con pasos de gigante. La globalización de la economía y la revolución tecnológica han ayudado a crear una red de subcontratistas de pequeña y mediana escala y de productores fuera de las fábricas (con una creciente proporción de trabajo a domicilio) en todos los ámbitos<sup>5</sup>. Cada vez son menos los trabajadores cubiertos por las garantías sociales y la legislación laboral. Es obvia la repercusión de esto en la salud y seguridad en el trabajo.

En EE.UU. el sector de la fuerza de trabajo que más crece está formado por las personas que trabajan en las empresas de trabajo temporal.

En el año 2000 las 500 firmas estadounidenses más importantes no empleaban a más del 10% de los asalariados permanentes y a tiempo completo.

Los trabajadores contratados por grandes empresas de esta forma conforman casi una elite que está rodeada de trabajadores de empresas contratistas organizadas en red como proveedores.

Gortz dice: “la mano de obra esta dividida así en dos grandes categorías: un núcleo central compuesto por asalariados permanentes y de tiempo completo, capaces de polivalencia funcional y de movilidad, y alrededor de ese núcleo una masa importante de trabajadores periféricos entre los cuales hay una proporción importante de trabajadores precarios e interinos con horarios y salarios variables”. Es imposible dar cuenta de la tercerización sin hacer referencia a lo que hemos dado en llamar los trabajadores de elite. Estos, en las empresas transformadas por la reingeniería, viven su calidad de elite en forma ambivalente. Es posible ver cómo se instala la competencia entre trabajadores, patéticamente agravada por la inestabilidad en el trabajo.

En este contexto, un sello de los nuevos tiempos son las nuevas formas de contratación y de disposición del tiempo de trabajo. Nada a largo plazo, ni siquiera el trabajo.

Los nuevos trabajos están marcados por la fuerza de los vínculos débiles<sup>6</sup>, son lazos fugaces donde valores como la lealtad parecen no ser importantes. Los lazos débiles integrados en el trabajo lo hacen en la labor en equipo, en la cual sus miembros pasan de una tarea a la otra y el personal que lo forma cambia. Para hacer frente a las realidades actuales, el desapego y la cooperación superficial son una mejor armadura que el comportamiento basado en los valores de lealtad y servicios.

Si la sociedad se transforma bajo influjo de este modelo en cortoplacista ¿cómo pueden perseguirse objetivos a largo plazo? ¿Cómo puede una persona desarrollar un relato de su identidad e historia vital en una sociedad compuesta de episodios y fragmentos?

Esta realidad supone entonces un mundo del trabajo heterogéneo y fragmentado. Pero la fragmentación va más allá. La conectividad, es decir estar conectados, *el acces*, es la base de la economía en red. Mientras que 20% de la población del mundo se va instalando en las relaciones de acceso, el 80% restante se ve atrapado en la escasez y la pobreza. Este 80% todavía aspira a democratizar el acceso a la propiedad, pero está afuera del acceso a los cables de fibra óptica (*generación punto com*), de las conexiones por satélite, el ordenador, los teléfonos celulares y las redes del ciberespacio. La mitad de la población del mundo nunca ha utilizado un teléfono<sup>7</sup>.

La brecha entre conectados y los desconectados es inmensa y duradera. El *acces* en el futuro estará dotando para algunos nuevos ciudadanos del mismo concepto de democracia.

Nos dicen que lo que importa es tener trabajo y para ello es necesario advertir que el trabajo es flexible, intermitente y con salarios variables según productividad. Además nos cuentan que las nuevas modalidades de trabajo configuran un avance en nuestra libertad. Veamos por ejemplo el tema de la reducción del tiempo de trabajo. En la práctica, esta se está transformando en las empresas de algunos países (Alemania, Japón, Gran Bretaña) en una adaptación del trabajador a las necesidades temporales de la empresa (horarios flexibles, estacionales, discontinuos) de forma tal que la empresa se apropia en forma absoluta del tiempo de trabajo. Aquí estamos hablando entonces de las formas de contrato: temporario, a tiempo parcial, tercerizado etc. Mientras tanto en los Países Bajos se puede elegir entre distintas opciones pero con contratos estables y durante los períodos de licencia pueden ocupar su lugar los desempleados. Discontinuidad no es entonces, necesariamente, sinónimo de precariedad. Sin embargo la precariedad parece un signo sobresaliente del modelo, sobre todo en los sectores a los que estamos haciendo referencia: los tercerizados.



El capital recuperó la iniciativa en los países del G7 y decidió disciplinar a los trabajadores a través del mercado, reformando el funcionamiento de las empresas a través de los modelos de tercerización y organización en red o estrella. Esto desarticula a los sindicatos de rama y se asiste a un proceso de fragmentación de la clase obrera. La consigna fue entonces: desregulación y recuperación de la gobernabilidad de las empresas (Godio 2001).<sup>8</sup>

La externalización de procesos de trabajo, al reducir costos, facilita el desarrollo de la capacidad de reinversión de las grandes empresas, pero al mismo tiempo la externalización permite al capitalismo restablecer en algún ámbito apropiado y con el asentimiento de gobiernos genuflexos, condiciones sociolaborales oprobiosas más propias de otro momento histórico, sin acceso a la seguridad social, a la libertad sindical, a la negociación colectiva, etc.

La tercerización interna y externa es un proceso complejo y que busca no sólo externalizar riesgos de salud y seguridad sino un pleno dominio de los trabajadores. Como un componente fundamental de este dominio está el intento de hegemonía cultural de forma tal de exaltar el individualismo y el desarrollo tecno-productivo.

Coincido en la idea de que hay que descifrar el sentido contradictorio de la mutación cultural actual para que los trabajadores puedan conocer los nuevos intereses colectivos. Hay que recrear la solidaridad. Redistribuir el trabajo y liberar el tiempo es un componente fundamental de la nueva economía solidaria. El trabajo, como actividad, es un proceso permanente de construcción social y por lo tanto irreductible a ser subsumido en la ilusión neoliberal de la “sociedad de mercado”.<sup>9</sup>

## 1. LA TRANSFERENCIA DE RIESGOS

A medida que los países industrializados ajustan su legislación, tanto en impuestos, como en cargas laborales, legislación medio ambiental y en salud y seguridad en el trabajo, entienden que sus costos aumentan y mengua su competitividad. Es en esos momentos donde se dirige el traslado de la producción peligrosa a países con menos presiones fiscales y escasos controles y en materia ambiental y laboral.

Veamos un primer ejemplo: la Universidad de California junto a la Universidad John Hopkins y la de Massachussets estudiaron hace muy poco la industria de semiconductores de EE.UU. Los estudios mostraron un importante aumento del riesgo de aborto entre las trabajadoras. Actualmente, el mayor productor del mundo es Malasia, resulta poco creíble que allí haya interés en continuar los

estudios, por lo tanto el peso de la falta de prevención se verá entre las trabajadoras de ese país.

Es interesante ver cómo funcionan estos aspectos de la externalización de riesgos en los acuerdos de libre comercio. Es un hecho que entre los países componentes se admiten las diferencias en materia de legislación en salud y seguridad en el trabajo (posibilidad de *dumping* social). Una de las consecuencias más negativas del libre comercio es la posibilidad de que se ejerzan presiones políticas para que se moderen las normas en los países con más protección y de que no se amplíen en aquellos donde la protección es menor.

En la investigación de la OIT<sup>10</sup> sobre esta temática, respecto de las empresas multinacionales, se llegó a la siguiente conclusión: “al comparar el rendimiento en materia de salud y seguridad de las empresas multinacionales con sede en el país de origen y el de sus filiales puede informarse que, en general, el funcionamiento de sus instalaciones centrales es mejor que el de las filiales en países en desarrollo”.

Un estudio de caso realizado en China<sup>11</sup> analiza los problemas de salud en el Trabajo, en distintas actividades, entre ellas las correspondientes a empresas financiadas con capital extranjero. Debe tenerse en cuenta que hay mas de 10 millones de chinos trabajando en mas de 70.000 empresas de este tipo.

El estudio muestra que en especial la intoxicación por productos químicos ha aumentado en los últimos años. Así se han registrado casos de intoxicación por 1-2 dicloroetano (4 intoxicados con tres muertos más 19 intoxicados por benceno y sus homólogos, en una fábrica de juguetes de 23 trabajadores). También se registraron otros casos que abarcaron 42 y 1053 trabajadores. Los propietarios de las empresas de financiación extranjera no hacen caso de la legislación nacional, sólo una pequeña proporción de trabajadores es sometida a exámenes médicos y 49% de las empresas no suministra equipos de protección personal. En otro estudio realizado por el Sindicato Provincial de Guandong se indica que más del 61% de los trabajadores, realizan jornadas semanales de más de seis días (China Daily, 26 de noviembre de 1993).

Consideremos ahora un caso atinente a una multinacional europea. Las lesiones provocadas por el plomo fueron incorporadas como indemnizables en Alemania en 1936. Bayer tenía una planta de cromatos en México, a Amnistía Internacional le llamó la atención que un importante periódico de la ciudad diera a conocer que 46% de los trabajadores tenía una perforación del tabique nasal, lesión clásica del cromo. Los desechos del cromo se utilizaban para rellenar baches en las calles. Estaba contaminada el agua subterránea y el aire. La lluvia se hizo amarilla a tal punto que un visitante de los EE.UU. comparó la

situación con el infierno del Dante. Esta fábrica cerró en 1979 pero Bayer continuó con la Chrom Sudáfrica, también de su propiedad desde 1968. Para 1990, la preocupación sindical permitió identificar que varios trabajadores padecían cáncer pulmonar, enfermedad que recién aparece como indemnizable en 1994. En 1991 cesó la mayoría de sus actividades.

## 2. LA EXPORTACIÓN DE IDEAS RIESGOSAS

La ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists), a través de su elaboración de estándares higiénicos para los ambientes de trabajo, es sin duda la institución que más ha exportado un producto “científico” a otros países que han adoptado y adoptan los límites por ellos propuestos acríticamente.

Veamos qué se sabe al respecto.

En 1974 se realiza en Alemania una revisión crítica de los límites propuestos por la ACGIH (Henschler, 1974)<sup>12</sup>, con el objeto de adaptarlos a su concepción de MAC (Maximun Acceptable Concentration). Las autoridades germanas llegan a la conclusión de que sólo menos del 10% de esos límites están fundamentados en suficientes experimentos animales y estudios epidemiológicos. La revisión en esos momentos concernía a 150 sustancias. Luego, se corroboró la observación, tras estudiar 300 límites establecidos.

Posteriormente en EE.UU.<sup>13</sup> se publica un interesante trabajo con el objeto de examinar el rol histórico de la industria en el desarrollo de los TLV. Destaca en el trabajo una serie de hechos: en primer lugar se subraya que la ACGIH, cuyos miembros en principio eran agentes del Estado, en pocos años integró a académicos y consultores de la industria bien conocidos. Castleman revisa la documentación utilizada para el establecimiento de los TLV en 1986. Las conclusiones a las que arriba son las siguientes: para un total de 89 sustancias, la documentación encontrada era, en gran parte, proveniente de comunicaciones no publicadas, originadas por las corporaciones. Para otras sustancias, los TLV se adoptaron solamente sobre la base de estos estudios. La investigación permitió descubrir que ellos no pudieron ser obtenidos en las compañías, pero tampoco en los archivos de NIOSH<sup>14</sup>. Stokinger, uno de los miembros de la comisión responsable de los TLV dentro de la ACGIH, admitió que alguna documentación jamás había sido vista por escrito, sólo se había tenido información de ella por teléfono.

Esta es la calidad de límite transferido, es decir este es un ejemplo más sutil de transferencia de malas ideas que concluyen en malas prácticas.

## NOTAS

- <sup>1</sup>. Esta conferencia fue presentada ante 1000 delegados de prevención durante la Jornada Salut y Treball Defense els Nostres Drets, realizadas en Barcelona (España), el 21 de noviembre del 2001 y publicadas en la Revista “Mientras Tanto” N° 83. Barcelona 2002. Algunos de los elementos fueron retomados en la Conferencia de Foz de Iguazú.
- <sup>2</sup>. Coriat, B. C. (1994). Globalización de la Economía y Macroeconomía. Traducción de la Desgrabación del Seminario Intensivo PIETTE y el CNARS, realizado en Buenos Aires del 22 al 25 de marzo de 1994.
- <sup>3</sup>. Chomsky, N. (2001). Democracia y Mercados en el nuevo orden mundial. En: Arriola J. (ed.). Globalización y Sindicalismo, Vol. 1. Valencia: Ed. Germania.
- <sup>4</sup>. Sennet, Richard. (2000). La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. (Colección Argumentos).
- <sup>5</sup>. CIOSL (2001). El mercado mundial: un reto para el sindicalismo. En: Arriola J. (Ed.). Globalización y Sindicalismo, Vol 1. Valencia: Ed. Germania.
- <sup>6</sup>. Sennet, Richard. (2000). Op cit.
- <sup>7</sup>. Godio, J. (2001). Sociología del Trabajo y política. Buenos Aires: Atuel.
- <sup>8</sup>. Godio, J. (2001). Op cit.
- <sup>9</sup>. Godio, J. (2001). Op cit.
- <sup>10</sup>. OIT (1984). Safety and Health Practices of Multinational Enterprises. Ginebra: OIT.
- <sup>11</sup>. Su Zi. (1998). Estudio de caso: industrialización y problemas de salud en el trabajo en China. En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo / OIT, Vol. 1, 20.26. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, OIT.
- <sup>12</sup>. Henschler, D. (1974). Exposure Limits: History, Philosophy, Future Developments. Ann Occup. Hyg 28, 79-92.
- <sup>13</sup>. Castleman, B.; Ziem, G. (1988). Corporate influence on threshold limit values. American Journal of Industrial Medicine, 13: 531-539.
- <sup>14</sup>. Henschler, D. (1975). Senate Commission of the German Research Society on the testing of toxic workplace material, NIOSH.

# DESIGUALDADES EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO QUE SON INEQUIDADES: CAUSAS Y CONSECUENCIAS<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

Cuando se estudia la relación entre las enfermedades y la desigualdad dentro de los distintos países, un hecho evidente es que la desigualdad, la explotación y la opresión concurren para producir o agravar las enfermedades<sup>2</sup>. Tal vez por eso los países que investigan las inequidades en salud son pocos y un examen cuidadoso de la literatura muestra que los estudios sistemáticos para examinar las inequidades desde el punto de vista de la salud y seguridad en el trabajo son prácticamente inexistentes. Esto da cuenta del escaso interés que tienen los gobiernos en cambiar la situación de los más desfavorecidos; también da idea de la marginalidad con que se contemplan estos temas dentro del estrato académico y científico. La ausencia de datos referida determina que tengamos que analizar el tema, reflexionando y aprovechando mayormente de la experiencia colectiva y de datos empíricos. Hay razones de peso, sociales y morales, para examinar este tema en profundidad.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup> señaló que determinantes importantes del mejor estado de salud estaban fuera del sistema de salud, dado que ellos incluyen una buena educación, un medio ambiente limpio y seguro y sustanciales reducciones de la pobreza.

En la mitad del siglo XIX, la ocupación que desempeñaba el fallecido fue agregada a los certificados de muerte en Gran Bretaña y se efectuaron las primeras tabulaciones en cuanto a tasas de mortalidad por ocupación. Los estudios evidencian una amplia y persistente brecha entre los más pobres y los económicamente mejor colocados.<sup>4</sup>

Toda la evidencia científica demuestra que el mejor estado de salud se da entre aquellos que ganan más, conocen más y tienen más poder<sup>5</sup>. Las desigualdades

en salud, de las cuales la esperanza de vida es una, entre países y al interior de los mismos, si bien se vinculan estrechamente con las diferencias económicas, tienen que ver también con la justicia social, de allí la necesidad y posibilidad de corrección.

La contribución del trabajo a las relaciones entre salud y clase social parece fundamental. En primer lugar, porque la división social del trabajo está en el origen de la clase social, y además porque hay una desigual distribución entre clases de las condiciones y los riesgos del trabajo<sup>6</sup>. A saber de la OMS, dentro de los grupos especialmente vulnerables se hallan los trabajadores sometidos a estrés y ocupaciones físicamente peligrosas. Así, la calidad del ambiente de trabajo, los accidentes y enfermedades profesionales, combinaciones de trabajos pesados, poco confortables, con tareas monótonas y repetitivas y poco control de las situaciones de trabajo, se hermanan con el estrés e incrementan el riesgo de muchas enfermedades.<sup>7</sup>

Un derecho humano fundamental es que toda persona que trabaja pueda regresar a su hogar vivo y sano. Tal vez la primera injusticia se revela por el hecho de que siendo que un buen trabajo puede tener un impacto positivo en la salud, existan “malos trabajos” que puedan ser causa de enfermedad, mutilación y muerte. El que haya trabajadores que estén en una u otra situación tal vez sea la primera y más importante inequidad con consecuencias muy claras sobre la salud. La OIT con las últimas cifras que ha brindado (2002) muestra a las claras este impacto.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO	
Estimación de muertes relacionadas con el trabajo en 1990	1.100.000
Estimación de muertes relacionadas con el trabajo en 2000	1.9 / 2.300.300
Accidentes de trabajo mortales	355.000
Accidentes en trayecto mortales	158.000
Muertes por enfermedades relacionadas con el trabajo	1.574.000

2. ACERCA DE LAS CAUSAS Y LAS CONSECUENCIAS

2.1. Distribución de las riquezas, globalización e inequidades

Para 1999, 51 de las 100 economías más grandes del mundo fueron corporaciones multinacionales y no países.

Se estima que 27 millones de trabajadores trabajan en zonas de “libre comercio” o involucrados en procesos de exportación (maquilas, por ejemplo) en zonas del mundo donde están frecuentemente excluidos de formas de regulación de salarios, horas de trabajo y condiciones de trabajo.<sup>8</sup>

Conforme con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo los tres individuos más ricos del mundo tienen los ingresos de los 48 países más pobres. Si sumamos los ingresos de las 200 personas más ricas, son mayores que los ingresos de los 2,5 billones de personas más pobres del mundo.

*840 millones de personas en el planeta están desnutridas; 1,3 billones no tienen acceso a agua potable y 11.000 niños fallecen cada día por inanición.*<sup>9</sup>

La globalización de la economía corresponde hoy a la acumulación de riqueza y poder en pocas manos y al predominio de las finanzas internacionales sobre cualquier otro interés. Estamos así frente a un capitalismo nuevo<sup>10</sup>, que posibilita que en el mercado de divisas se cambien cada día 2 billones y medio de dólares, es decir que cada día se cambia el equivalente a 3 veces el producto bruto de España.

La producción está globalizada pero vemos que lo más llamativo es el incremento de la especulación y la desaceleración del crecimiento. Ante esto, y para disminuir los flujos especulativos, James Tobin propuso en 1978 gravar las transacciones monetarias con un impuesto de 0,1 al 0,23%. Se trataba de penalizar las actividades especulativas, destinando esos fondos para el desarrollo<sup>11</sup>. La propuesta fue considerada inviable, por los economistas neoliberales, por considerarla estatista. Sin embargo, es obvio el doble discurso que suele constatar entre estos ideólogos que impone reglas del mercado para los pobres y protección y subsidio del estado para los ricos.

En el meollo de esta economía globalizada está, además, el endeudamiento financiero. Es bien conocido que los países del tercer mundo están en crisis por la caída de sus exportaciones y el aumento de las tasas de interés sobre antiguos y nuevos créditos.

Competitividad y Flexibilidad son las nuevas musas en esta economía. Es difícil encontrar negociación colectiva en un mundo donde estos dos conceptos no estén en el eje de las discusiones. Estas musas estimulan el desarrollo y adquisición de nuevas máquinas, nuevas tecnologías duras y blandas, la flexibilidad en el contrato de trabajo. No plantean, en cambio, nuevos desarrollos para los trabajadores y sus organizaciones sindicales. Por el contrario, las estrategias se dirigen a desarticular las relaciones existentes. Por eso la competitividad exige la limitación de la negociación colectiva y los derechos laborales y sindicales, dado que el objetivo es hacer prevalecer la

pertenencia del trabajador a la empresa (y no a la organización gremial). Tienen la mira de sus armas dirigida a establecer el contrato individual de trabajo.

*La hegemonía se consolida en el retroceso de la participación de los trabajadores en el ingreso nacional. Así por ejemplo en 1978, los cuatro países más industrializados de Europa (Alemania, Francia, Italia e Inglaterra) distribuían entre los trabajadores una media del 60% del ingreso nacional: este porcentaje ha retrocedido en el 2000 al 45%.*

Este retroceso es justificado por la “falta de competitividad”, pero al mismo tiempo las empresas multinacionales buscan en los países del tercer mundo trabajadores que acepten salarios bajos y empleos precarizados, con lo que logran ganancias extraordinarias.

El crecimiento importante de las inequidades se halla en la brutal transferencia de ingresos (de los salarios hacia la utilidad y la renta) y al crecimiento de la brecha entre los que ganan más y los que ganan menos<sup>12</sup>. Una consecuencia del crecimiento de las inequidades se visualiza en el aumento de la pobreza, aun en ciertos países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), encabezando este crecimiento las naciones líderes del modelo: Estados Unidos e Inglaterra. La situación, sin embargo, es distinta en cuanto a la extensión de la pobreza si se confronta la situación entre los modelos socialdemócratas y los sumados al modelo neoliberal.

La pobreza de los niños alcanza a 25% de todos los niños de Estados Unidos y a 18,5% de los ingleses, mientras que es del 2.7% en Finlandia y del 3% en Suecia<sup>13</sup>. Esto es demostrativo de que además de las teorías económicas, la elección política y la fuerza de las organizaciones sociales juegan un rol central. En el medio de este modelo de globalización, con gobiernos obedientes a los dictámenes y necesidades del modelo neoliberal, se consolidan las desigualdades que comportan inequidades.

“La historia ha demostrado que las sociedades poderosas, con ambiciones hegemónicas y expansionistas, cuando entraron en relaciones de intercambio con sociedades menos poderosas lo hicieron a través de relaciones asimétricas de poder”.<sup>14</sup>

## 2.2 Aspectos a considerar

Haremos nuestro examen de las causas y consecuencias de las inequidades en materia de salud y seguridad en el trabajo teniendo en cuenta que las situaciones sean técnica, financiera y moralmente evitables.<sup>15</sup>



Contemplaremos en nuestras consideraciones: pobreza, raza, género, variabilidad biológica, trabajo precario y cobertura. De todas formas ha de tenerse en cuenta que estos factores no se presentan necesariamente en forma independiente como factor de desigualdades, por el contrario, muchas veces se agravan como consecuencia de su asociación (es el caso, por ejemplo, de las mujeres pobres y de raza negra). Raza, etnia, clase social interactuando con el género se asocian toda vez que en la sociedad se determinan las relaciones de poder.<sup>16</sup>

Se ha mencionado la injusticia social como uno de los motores de las inequidades. Sin ninguna duda dentro del concepto de injusticia social se hace referencia a la mala distribución de las riquezas y a la consiguiente pobreza. Es oportuno señalar que el *crecimiento económico* no es la receta para acabar con las inequidades, por lo contrario, cuando este crecimiento se da en forma rápida los grupos marginales se ven privados de los beneficios y conforman el grupo de los perdedores, los excluidos.

### 2.3. Pobreza

Actualmente el concepto de pobreza no se limita a la escasez de recursos económicos sino que se amplía a la escasez de oportunidades, la inseguridad, la pérdida de participación en las decisiones que afectan a los individuos y a las poblaciones. Tiene en cuenta el acceso a los beneficios sociales tales como la salud, la educación, la vivienda, un medio ambiente saludable así como a una justicia con elementos éticos sólidos.<sup>17</sup>

El camino más eficaz para fomentar la equidad pasa por abrir rumbos que permitan que todas las personas tengan las mismas oportunidades de vida. Sin embargo, sabemos que en el mundo viven 1.300 billones de personas en extrema pobreza sin recursos para salir de su situación y sin ningún control sobre aquellas decisiones políticas y económicas que determinan el curso de sus vidas.<sup>18</sup>

*Las desigualdades que surgen de injusticias sociales son inequidades.* Nada más injusto que la pobreza a la cual están condenados sectores cada vez más amplios de la población. La pobreza y el mal estado de salud están íntimamente ligados. Esto puede verse a nivel de cada país (desarrollado o no) y entre países. Los pobres mueren antes y tienen mayores niveles de morbilidad. Las causas para esto son múltiples: malas condiciones de vida -incluyendo vivienda y alimentación-, mala infraestructura disponible -agua potable, tratamiento de las excretas-, escasa o nula accesibilidad a servicios sanitarios de calidad.

La pobreza es un determinante de las condiciones de vida y es posible advertir que se establece un círculo vicioso entre malas condiciones de vida y acceso a labores donde predominan las malas condiciones de trabajo. Es que el lugar de nacimiento y crecimiento, el estado socioeconómico de origen, condicionan en gran medida la oportunidad de trabajo. Al respecto cabe señalar que a principio de siglo se verificaron procesos de movilidad social que fueron importantes para el desarrollo de los pueblos. Sin embargo este proceso se ha invertido a través de los fenómenos que fueron determinantes y acompañan al proceso de globalización. La evidencia empírica muestra que aquellos trabajadores que provienen de familias más humildes, con escaso acceso a la educación formal o informal, acceden a los trabajos más duros, penosos, peligrosos y peor pagos. De la misma manera, esto último condiciona la permanencia de los hijos, en las mismas condiciones de vida en que se criaron sus padres. De esta forma se retroalimenta y perpetúa la pobreza.

Un elemento que en muchos de nuestros países se asocia con la pobreza y la calidad de los trabajos es el hecho de desarrollar las tareas en el ámbito rural. En efecto, estudios nacionales<sup>19</sup> demostraron la presencia de más altos niveles de analfabetismo y de hacinamiento en las viviendas precarias a las que tienen acceso los trabajadores del agro, también de déficit en el agua potable provista y de extensión de la jornada laboral así como la incorporación cada vez más temprana al trabajo (trabajo infantil), el trabajo familiar, la remuneración a destajo, etc.

Ante el claro impacto de la pobreza en la salud cabe sin embargo conocer que *no son los países ricos los que tienen más salud sino los más igualitarios*<sup>20</sup>. Japón, que es el país que presenta una mayor esperanza de vida, es al mismo tiempo el que presenta una menor desigualdad en la distribución de la riqueza entre el 20% más rico y el 20% más pobre.

## 2.4. Las diferencias étnicas

En Sudáfrica, la mortalidad infantil es cinco veces mayor en los negros que en los blancos. En Brasil hacia 1990 las tasas de mortalidad infantil para hijos de madres de raza negra, con 8 o más años de educación formal, eran comparables a las de niños de madres analfabetas y blancas<sup>21</sup>. En Guatemala, en 1995 el porcentaje total de niños menores de 5 años sin acceso a ninguna forma de inmunización estaba por debajo del 4%, en cambio entre los niños de la población indígena alcanzaba al 14%<sup>22</sup>. El nivel de pobreza, por otra parte, entre las poblaciones indígenas de Latinoamérica es más alto que entre otras etnias. También son mayores la mortalidad y menor la esperanza de vida.<sup>23</sup>

Los datos generales en salud muestran claramente a las minorías étnicas en desventaja. Como sucede con otros puntos, las investigaciones sobre las desigualdades en materia de salud y seguridad recién comienzan a estudiarse, con mayor interés, en los últimos años. Los estudiosos en EE.UU. del impacto ambiental han comenzado a hablar de *toxic racism* y de *environmental racism* dado que pareciera que es en las zonas donde viven las razas no blancas, donde con más frecuencia se asientan las empresas dedicadas al tratamiento de los desechos tóxicos<sup>24</sup>. Como veremos, la desigualdad se vislumbra también en el campo laboral.

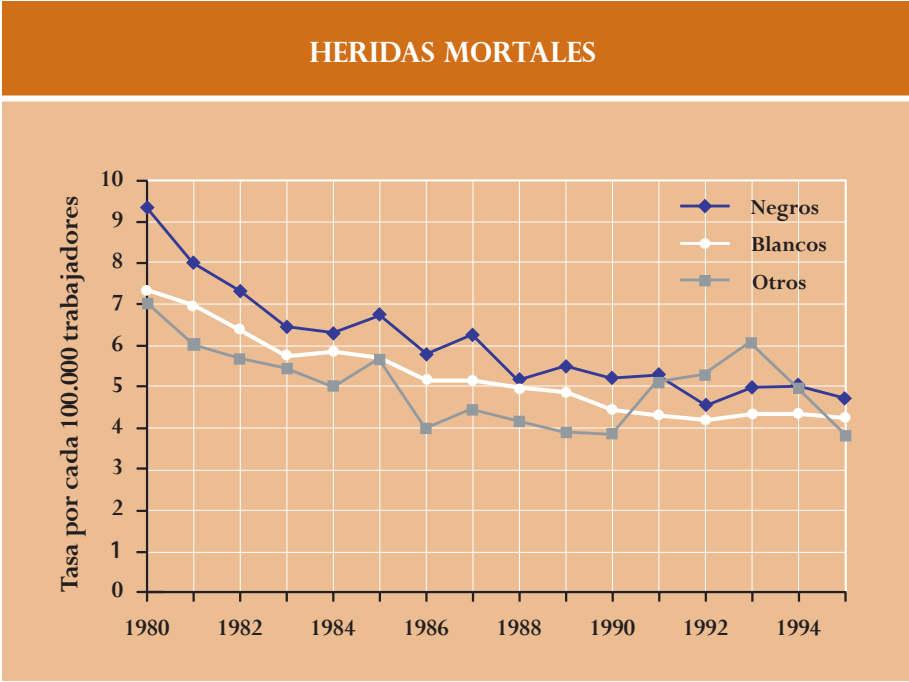
Distintos estudios han mostrado que las tasas de mortalidad en los EE.UU. están correlacionadas con las desigualdades en los ingresos a través de distintas ciudades y estados. Nuevos estudios mostraron que las tasas de mortalidad son más altas donde la fracción de la población negra también lo es y este exceso de mortalidad en la raza negra no se da sólo en relación con sus más bajos ingresos<sup>25</sup>. Los autores exponen la necesidad de profundizar el estudio.

Para su análisis, debiera tenerse en cuenta que, históricamente, los puestos de trabajo con mejor salario, mayores beneficios y con garantía de trabajo seguro han sido monopolizados en EE.UU. por hombres blancos en detrimento de mujeres blancas y de hombres no blancos. Los trabajos externalizados, a cuyas condiciones se hace referencia en otro apartado, afectan desproporcionadamente a las mujeres de todas las razas, a los hombres negros y a los hispanos<sup>26</sup>. Consiguientemente, éstos trabajan en peores condiciones.

El riesgo relativo de la exposición a seis tipos de enfermedades y accidentes de trabajo fue estudiado<sup>27</sup> en relación con los trabajadores hispanos y negros comparados con los blancos no hispanos, usando los datos de California para 1986. El riesgo relativo de los hispanos, ajustado por educación y años de experiencia en el trabajo fue de 1,33; mientras para los negros fue de 1,17. Entre las mujeres el riesgo relativo fue de 1,19 para hispanas y 1,31 para negras. Al analizarse las estadísticas provistas por el Bureau of Labor Statistics de EE.UU. se halla que los trabajadores hispanos tienen la tasa más alta de muertes laborales respecto de otros grupos étnicos. El autor del estudio sugiere que de todas formas, muchas lesiones serias y enfermedades de estos trabajadores no son informadas por ser obreros “del día” o trabajar en el sector informal.<sup>28</sup>

Confirmando las diferencias, el gráfico siguiente, tomado del sistema de vigilancia de accidentes de trabajo mortales de NIOSH, ilustra las variaciones de la tasa por 100.000 trabajadores a lo largo del período 1980-1995 según raza. Se puede ver que si bien la mortalidad descende para todas las razas, la tasa de mortalidad de los trabajadores negros es mayor que la de los blancos; la

categoría “otros” a partir de los años 90 también asciende por encima de la tasa de los trabajadores blancos.



El cuadro siguiente, por su parte, muestra los cambios, en la mortalidad para distintos grupos étnicos en EE.UU., en el período 1992-2000.

CAMBIOS EN LAS MUERTES POR EL TRABAJO ENTRE 1992 Y 2000	
Blancos	-10%
Nativos Americanos	-8%
Negros	-7%
Asiáticos	-4%
Hispanos	53%
Fuente: US Bureau of Labor Statistics	

Este análisis evidencia un claro aumento en la mortalidad por accidente de trabajo de los hispanos. Sólo en el año 2000 murieron en su trabajo 815 trabajadores de origen hispano, mayoritariamente en la construcción. En general los hispanos, exigidos por la necesidad, toman los trabajos más peligrosos, especialmente en la construcción y tienden a realizar tareas que rechazan otros.<sup>29</sup>

Los trabajadores de la agricultura se han identificado en distintos países como un sector con alto riesgo de accidentes y muerte. Un estudio practicado en EE.UU. recientemente<sup>30</sup>, en el cual se hace un análisis descriptivo de muertes en la producción agrícola entre 1990 y 1995, mostró que los trabajadores negros presentaron una tasa más alta de mortalidad y la misma situación se dio con relación a los trabajadores hispanos.

En oportunidades se argüye que estas diferencias son atribuibles a distintos niveles de educación, sin embargo se ha demostrado que, además, los trabajadores negros se encuentran, en mayor proporción en ocupaciones e industrias donde la exposición a riesgos es más alta.<sup>31</sup>

## 2.5. El género

Las cifras que proveía el Banco Mundial en 1995, en su informe sobre el desarrollo mundial revelaban que anualmente no se contabilizan 16 billones de dólares, cifra que representa el valor del trabajo no remunerado de mujeres y hombres y el pago insuficiente a las mujeres. De esos 16 millones, 11 corresponden a la contribución “invisible” de las mujeres. Por otra parte, la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha ido aumentando; en algunos países como Finlandia y Suiza, la participación de mujeres y hombres es similar<sup>32</sup>. Pero también es indispensable conocer que 79% de los pobres del mundo son mujeres y niñas.<sup>33</sup>

La primera segregación que sufren las mujeres se observa en el empleo. Se trata de una segregación tanto horizontal -lo que determina que ciertas profesiones sean femeninas y otras masculinas- como vertical; en esta última se ve con claridad que la división de poder guarda estrictamente patrones de género. Los criterios de división del trabajo en base al género responden a las relaciones de poder y a la división de roles en las sociedades. La antropología cultural da cuenta de diferentes estatus atribuidos a la mujer según la comunidad de que se trate. En la actualidad, la división sexual del trabajo responde sobre todo a atavismos culturales provenientes de la civilización judeo-cristiana, perpetuados según conveniencia.

Las diferentes modalidades económicas que ha tenido el trabajo en la sociedad, han conspirado contra la incorporación igualitaria de la mujer en el trabajo urbano en relación al hombre; la incorporación de la tecnología ha favorecido al hombre en cuanto al diseño de las máquinas, herramientas, etc. que fueron concebidas en función de sus características antropométricas y, cuando el trabajo se torna un bien escaso, siempre la variable de ajuste ha sido la mujer. Cada vez que fue necesaria su contribución se contó con ella para cualquier tarea, cuando en cambio hay menor demanda de mano de obra, las primeras en reducir su número en el empleo son también las mujeres. Durante las dos guerras mundiales, en cambio, tanto en Europa como en Estados Unidos, las tareas masculinas fueron cumplidas casi íntegramente por mujeres.<sup>34</sup>

En general las mujeres sufren muchos problemas de salud vinculados con su trabajo: trabajo repetitivo, instrumentos, herramientas y puestos de trabajo no pensados para su uso, estrés psicosocial debido a distintos elementos, acoso sexual, hostigamiento, demandas incompatibles con el embarazo o la lactancia y la vida familiar, alteraciones reproductivas vinculadas con su trabajo, agotamiento visual por trabajos meticulosos repetitivos.

Concretamente, en EE.UU. se conoce la siguiente realidad<sup>35</sup>:

- los trastornos músculo-esqueléticos son el 52% de las lesiones que sufren las mujeres a consecuencia de sus malas condiciones de trabajo, comparadas contra un 45% para los hombres.
- Si bien el estrés laboral es un problema para todos los trabajadores, el 60% de las trabajadoras lo citan como el primer problema. Las condiciones de trabajo que lo determinan son: gran demanda, poco control sobre el trabajo, roles ambiguos y conflictivos, inseguridad en el trabajo, relaciones limitadas con sus compañeros y supervisores y trabajos monótonos y repetitivos. Otros factores están dados por el acoso sexual y la necesidad de atender a los problemas del trabajo y los del hogar.
- Las tres cuartas partes de la fuerza de trabajo femenina están en edad reproductiva. Más de la mitad de los niños que nacen, lo hacen de madres trabajadoras. Se están haciendo estudios sobre impactos en la reproducción de las radiaciones cósmicas ionizantes y la exposición a jet fuel sobre la salud reproductiva de las mujeres.

La contradicción entre trabajo y embarazo puede visualizarse rápidamente en aquellos países donde por ley existe la posibilidad de cambiar de puesto de trabajo, sin temor a perderlo. En ellos, la tercera parte de las mujeres solicita cambio de tareas por incompatibilidad ergonómica. Los puestos, sin embargo,

no son adecuados para el embarazo. Al menos cuatro sobre cinco veces en que la mujer se retira del trabajo por esas causas, el puesto queda sin variantes.<sup>36</sup> En oportunidades se ha dispuesto, aun mediante leyes, la proscripción de las mujeres en ciertos trabajos por el daño que podría causar a la trabajadora o a su descendencia. Estas formas de “prevención”, constituyen “falsa prevención”, dado que son en realidad formas de discriminación en el empleo.<sup>37</sup>

*“Los hechos sugieren que las condiciones de trabajo insalubres y los problemas de salud ocupacional de las mujeres no son en general abordados por los empleadores, sindicatos, investigadores y gestores de políticas, lo que contribuye a aumentar más las inequidades por razón de género en la salud ocupacional”*<sup>38</sup>. En efecto, las políticas en materia de salud y seguridad en el trabajo y las mismas prácticas preventivas, se construyen y ponen en práctica desde una posición de “neutralidad” de género, lo cual supone que implícitamente la referencia es el trabajador masculino<sup>39</sup>. Es más, los mismos estándares de salud y los límites de exposición para las sustancias peligrosas están basados en población masculina<sup>40</sup>. La misma ergonomía, salvo excepciones, hace poco caso del género.<sup>41</sup>

Las mujeres tienen dos obstáculos que conspiran contra el mejoramiento de su situación y que por lo tanto alientan la desigualdad: el reconocimiento de sus problemas y la habilidad para su reconocimiento<sup>42</sup>. Desde el ejercicio de los especialistas en salud y seguridad en el trabajo, la mayor parte de los estudios están realizados sin trabajar demasiado sobre las diferencias de género o simplemente con una visión masculina. Los estudios en general se concentran sobre las cuestiones más visibles: la mortalidad y los cuadros nosológicos bien establecidos y, en general existe ignorancia sobre las condiciones de trabajo de las mujeres. Desde el punto de vista sindical también el tema suele estar ausente, sobre todo cuando la inserción femenina es pobre en ellos.

Laurent Vogel<sup>43</sup> señala que la mayor parte de las investigaciones sobre las condiciones de trabajo son indicativas de que las mujeres están sobreexpuestas a esfuerzos y a atentados a su dignidad. Esto no implicaría un mero señalamiento de disfunción de la organización productiva. Por lo contrario, los sobreesfuerzos están directamente ligados a la intensidad del trabajo (y a su rentabilidad desde el punto de vista del capital) y a su organización jerárquica.

## 2.6. El mejor atributo de la especie como causa de desigualdad

La antropología nos enseña que la especie humana tiene un doble carácter: unidad y diversidad. Si se analiza esto desde el ángulo de la cultura es posible

ver que las civilizaciones que aparecieron lentamente y se fueron diferenciando profundamente, han adquirido una gran riqueza donde el conjunto dentro de la diversidad forma un patrimonio común a toda la humanidad, constituyendo un capital a preservar<sup>44</sup>. La riqueza de las diferencias biológicas entre los hombres tiene el mismo significado y debe ser respetada igualmente. Se pierde este respeto con una visión superficial de lo normal y lo patológico y mucho más cuando se identifica salud con normalidad. Un informe de la OMS<sup>45</sup> nos da una perspectiva de ello cuando dice que al tratar de fijar normas sanitarias aplicables en el medio de trabajo, no hay que hacerlo en función de un “ser humano medio” inexistente, sino en función de los trabajadores realmente expuestos, habida cuenta de la variabilidad de la exposición y de la respuesta.

Entre los estudiosos de las inequidades, las diferencias naturales por variación biológica no son vistas como inaceptables: no serían por lo tanto inequitativas, sin embargo si lo son la exposición excesiva a peligros de orden físico o químico en el medio ambiente<sup>46</sup>. Veamos entonces que el concepto de límites permisibles de la ACGIH sólo considera expuestos a la mayoría de los trabajadores, excluyendo de protección a los “hipersensibles”. Esto constituye una desigualdad que se transforma en inequidad dado que implica condenar a parte de los trabajadores a menores niveles de protección y consiguientemente a la pérdida de la salud. Para el caso de los alérgicos, que hoy son mas del 10% de la población, Pierre Gervais<sup>47</sup> hace una serie de consideraciones que merecen tenerse en cuenta:

- la noción fundamental es que las enfermedades alérgicas son debidas a sustancias que invaden el organismo sin proliferar. No son microbios, son partículas biológicas o químicas que provocan la puesta en juego del aparato inmunitario. Este es un hecho fundamental porque es la base misma de la prevención. A causa del aparato inmunitario, en un medio determinado todos los expuestos pueden presentar alergia. Por lo tanto es indispensable en estos casos tomar medidas higiénicas, ya que es inconcebible que haya trabajadores sin aparato inmunitario, insensibles a cualquier agresión alérgica.
- En presencia de determinados productos, los que tienen antecedentes alérgicos, los llamados hipersensibles, son rápidamente afectados. Estos grupos humanos están advirtiendo de los efectos sobre la salud a dosis bajas del contaminante. Es decir, son grupos que presentan la ventaja biológica de reaccionar más velozmente frente a sustancias nocivas que luego impactarán sobre todos los trabajadores.



Este último párrafo se brinda para invitar a la reflexión sobre la conducta que se suele tomar en estos casos: excluir a los trabajadores en vez de mejorar la higiene ambiental.

La aplicación de las tecnologías genéticas a los exámenes preocupacionales puede plantear otro tipo de inequidades. También la determinan el no uso de estas técnicas para conocer el impacto en la salud de la exposición a sustancias mutágenas.

## 2. 7. La precariedad en el trabajo y la salud y seguridad

Casi sin dudas podría decirse que el deterioro de la calidad en el empleo que soporta gran parte de la población trabajadora conforma una de las desigualdades más extendida. Esta precariedad abarca desde el trabajo en el sector informal hasta distintos tipos de “empleo basura”.

En primer lugar se efectuarán algunas consideraciones con respecto al sector informal para luego concentrar la atención en tres sectores: uno que podríamos denominar más moderno, otro clásico y un tercero muy vinculado con la internacionalización de la economía. Se está haciendo referencia a la terciarización, al servicio doméstico y al trabajo en la maquila.

### 2. 7.1. El sector informal

No resulta fácil definir el sector informal, ni siquiera hay acuerdo entre los científicos sociales en su nombre. Hay posiciones que consideran que hay dos sectores de la economía uno moderno y otro atrasado. Este último sería el informal. Esta posición considera al sector informal como resultado de una sobreoferta de trabajo respecto de los puestos “mejores” que se crean en el sector moderno, funcionando como reservorio anticíclico<sup>48</sup>. Contrariamente se cuenta con estudios que muestran que estas formas atrasadas de producción no simplemente sobreviven sino que con frecuencia son preservadas y creadas deliberadamente<sup>49</sup>. Es por ello que hay posiciones que describen al sector informal como subordinado al sector moderno y lo definen como: *“El conjunto de las unidades productivas que tienen muy bajas relaciones capital / trabajo y constituyen el refugio de todos aquellos que resultan excluidos del empleo en el sector moderno y se ven forzados a inventar modos de obtener un ingreso que les permita subsistir”*.<sup>50</sup>

La primera desigualdad que configura una inequidad para el sector informal es la falta de cobertura en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En efecto, el sector informal está al margen en esta materia de

toda protección. No son competencia de la inspección del trabajo y la falta de cobertura se visualiza tanto en lo que hace a su tratamiento, como a su reparación e indemnización y naturalmente tampoco está encarada la prevención. Dado que el sector informal está en avance, cabe decir que la cobertura de los sistemas de seguridad social y la protección ofrecida por los ministerios de trabajo es cada vez más insignificante.

El problema más vergonzante, originado en la pobreza y con desarrollo en el sector informal -que no abordaremos, porque su especificidad necesita un espacio propio- es el del trabajo infantil. A la edad en que otros niños juegan y van a la escuela, hay niños que trabajan y en pésimas condiciones (en la minería del oro, en las ladrilleras, en la recolección de basura o en la explotación sexual comercial, por ejemplo). El trabajo infantil ocupa a 250 millones de niños, 20 millones corresponden a Latinoamérica.

### **2.7.2. Los trabajadores tercerizados y la externalización de riesgos**

En el panorama de ambiciones de mayor productividad y sobre todo mejores utilidades, la externalización de riesgos es un eje de importancia. La posibilidad de externalizar los riesgos dentro del país y sobre todo fuera de él, mejoraría los costos. Cuando se hace fuera del país frente a los riesgos graves, se da la desigualdad de eliminar un peligro para la sociedad de origen para trasladarla a algún país, naturalmente periférico.

La externalización de procesos de trabajo, al reducir los costos, facilita el desarrollo de la capacidad de reinversión de las grandes empresas pero, al mismo tiempo, establece en un ámbito apropiado condiciones laborales oprobiosas, propias de otro momento histórico: sin acceso a la seguridad social, a la libertad sindical, a la negociación colectiva. Las diferencias fundamentales en cuanto a exposición a los riesgos entre trabajadores de la empresa y tercerizados dentro de una misma empresa, están dadas por las medidas preventivas o de protección frente a esos riesgos y hay evidencias empíricas de que son los tercerizados los que soportan las peores condiciones.

Veamos un ejemplo relativamente reciente que muestra la externalización de riesgos en materia de salud y seguridad hacia los trabajadores tercerizados dentro de una misma empresa.

Estoy haciendo referencia al último gran accidente de Petrobras con las explosiones y hundimiento de su plataforma marina. En realidad en los tres años, en torno al accidente, murieron 81 trabajadores, 66 de ellos eran

tercerizados. El presidente de Petrobras admitió que la mano de obra tercerizada no recibe el mismo entrenamiento que los trabajadores propios.

### 2.7.3. Las trabajadoras domésticas

Todos coincidiremos en que en general la función de atención de los hogares está en manos casi exclusivamente femeninas. Pese a que ésta tarea, realizada para el propio hogar o en calidad de trabajo remunerado, en general en negro aun en los países desarrollados, tiene impacto en la salud, no hemos accedido a estudios en profundidad del tema.

Es extremadamente difícil encontrar referencias a la incidencia o gravedad de sus enfermedades y accidentes de trabajo (en Australia la mitad de los accidentes que sufren las mujeres se producen en el hogar).

Esto no es raro, no sólo porque no existen mecanismos para denunciar los accidentes de un ama de casa, sino también por que las trabajadoras domésticas que dirigen su ocupación a otros hogares están excluidas sistemáticamente de las legislaciones preventivas como de las indemnizatorias, esto acontece también en los países desarrollados.

### 2.7.4. Los trabajadores de la maquila

En principio, y a sabiendas que esto puede suscitar las críticas, estamos incluyendo los trabajadores de la maquila dentro de los trabajadores precarizados. Pero debe tenerse en cuenta que entre los factores que han determinado el desarrollo de actividades de las corporaciones transnacionales fuera de su país de origen están las posibilidades de acceder a una mano de obra barata; a una legislación ambiental y en higiene y seguridad de menores exigencias y con inspecciones del trabajo débiles; muy baja o nula sindicalización entre los trabajadores; exoneración de impuestos y una apuesta definida al libre comercio. Los trabajadores de la región de maquilas del norte de México pueden hablar sobre las consecuencias del libre comercio desde su experiencia. Las maquilas fueron el proyecto piloto para el TLCAN y el ALCA.

Luego de 35 años de fronteras abiertas e inversiones extranjeras sin regulación en fábricas para la exportación, la frontera del Norte de México sigue siendo una zona libre de democracia para los trabajadores. No existe hoy ningún sindicato independiente y democrático en ninguna de las más de 3000 maquiladoras que emplean a más de un millón de trabajadores. Tampoco se ha incrementado un comercio y una inversión extranjera conducente a mejorar los derechos humanos o lograr un desarrollo sustentable. La zona franca original de América

del Norte sigue siendo un lugar peligroso e insalubre para vivir y trabajar. Los trabajadores, sus hijos y sus comunidades, que viven cerca de las maquiladoras sufren el riesgo grave, y a veces fatal, de la exposición a químicos tóxicos.<sup>51</sup> Las mediocres o malas condiciones y medio ambiente de trabajo en la maquila han sido subrayadas en diferentes oportunidades. En la maquila de Guatemala se han producido quejas por los bajos estándares existentes en materia de salud y seguridad en el trabajo y por la omisión de la inscripción en la seguridad social o del pago a ésta de las cotizaciones empresariales y de los trabajadores (a pesar de haber sido descontadas). Estamos entonces frente a un caso de desigualdad en cuanto a las condiciones de trabajo. En este sentido, en el caso de las multinacionales de origen estadounidense, la desigualdad entre las condiciones de trabajo en Centro América y en EE.UU. es clara. En la investigación de la OIT sobre esta temática, respecto de las empresas multinacionales (OIT; 1984)<sup>52</sup> se llegó a la siguiente conclusión: *“al comparar el rendimiento en materia de salud y seguridad de las empresas multinacionales con sede en el país de origen y el de sus filiales puede informarse que, en general, el funcionamiento de sus instalaciones centrales es mejor que el de las filiales en países en desarrollo”*. Esto es lo que se denomina “política de doble rasero”. El desastre de Bhopal sirve para ver con toda claridad la política de “doble rasero” que, como todos recordarán, provocó miles de muertos y daños permanentes en decenas de miles de personas. La comparación entre la fábrica de Bhopal y una similar en los EE.UU. mostró la magnitud de los diferentes criterios utilizados en cuanto a diseño y funcionamiento, auditorías de seguridad, formación de los trabajadores, personal ocupado en las tareas peligrosas, mantenimiento de las instalaciones y la responsabilidad de la dirección. Otros factores importantes fueron la carencia relativa en la India, respecto de EE.UU., de normativa pública y de responsabilidad civil.<sup>53</sup>

Finalmente, una de las consecuencias más negativas del libre comercio es la posibilidad de que se ejerzan presiones políticas para que se moderen las normas en los países con más protección y de que no se amplíen en aquellos donde la protección es menor, configurando una inequidad. En 1989 en virtud del Acuerdo de Libre Comercio entre EE.UU. y Canadá, este último país acusó al otro de *comercio desleal* cuando EE.UU. decidió suprimir las importaciones de amianto.<sup>54</sup>

### 3. EL “TRABAJO BASURA”

Aunque la que se comentará es una forma más de precariedad hemos querido darle un tratamiento específico. Se está haciendo referencia a la tendencia actual

a las contrataciones temporales muy en boga en los países centrales y en extensión en los latinoamericanos.

Las normas fordistas abarcan una doble concepción de la duración del trabajo: la duración de la jornada y la duración del contrato de trabajo. Una temporalidad estable es en el modelo una parte central del contrato social. La ruptura de alguna de estas características hiere profundamente a las mismas bases de la sociedad salarial. Aunque la tónica es llamar a esa forma de ruptura del contrato social “flexibilidad”, parece preferible llamarlo precariedad, pues de esto se trata en la práctica. El empleo precario, en especial los contratos de tiempo determinado (corto), están adquiriendo proporciones cada vez mayores.

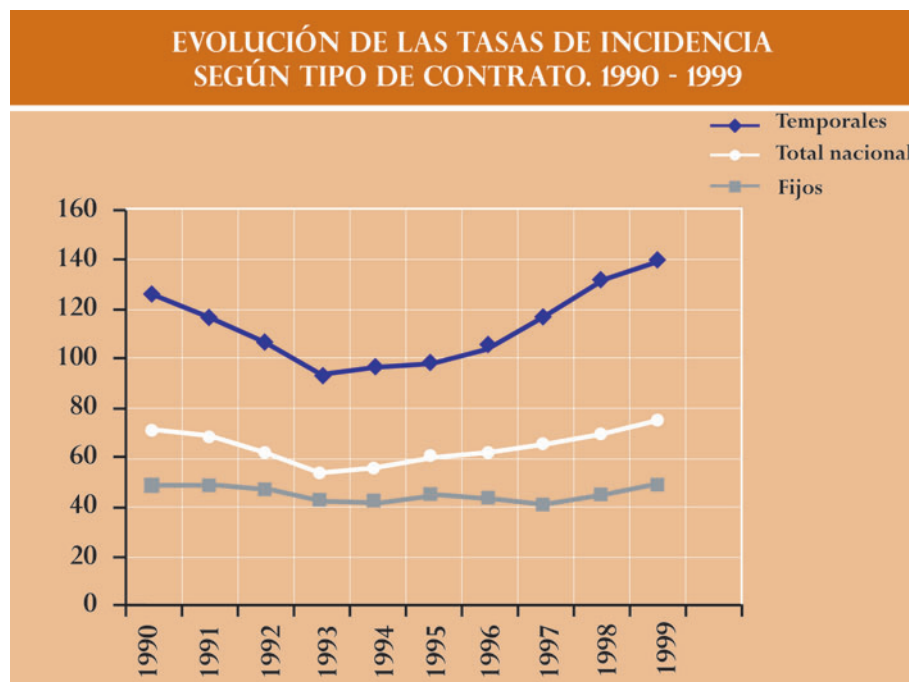
Conforme la Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo realizada para el año 2000, los países europeos donde la precariedad es más fuerte están encabezados por España (35%), Portugal (24%) y Finlandia (21%). En el caso del empleo femenino, los porcentajes de contratos temporales son mayores que en los hombres, igualmente aumenta su participación en los contratos a tiempo parcial. Asimismo la encuesta muestra un aumento del trabajo en días domingo para las mujeres. En estos casos se suma a la precariedad en el trabajo la discriminación según género.

Las repercusiones del trabajo temporal en la salud y seguridad son claras, por ejemplo, si se consideran las tasas de incidencia por accidentes de trabajo de España. En efecto, un estudio español, realizado por el Instituto Sindical de Trabajo, Salud y Ambiente (ISTAS), dedicado a analizar los incrementos en la accidentabilidad en España fue el primero en apuntar hacia la precariedad en el empleo como un factor explicativo de primer orden, toda vez que en el colectivo de trabajadores fijos la siniestralidad se mantiene sin grandes variaciones en el tiempo. Plantea, además, que se constata de manera general un importante riesgo de accidentes asociado a la contratación temporal. La probabilidad de que un trabajador temporal se accidente sería más del doble que la de uno fijo.

En efecto, como se ve en el gráfico adjunto, desde 1994 a 1999 en España la cifra global de los accidentes de trabajo se ha más que duplicado, mientras que la población cubierta sólo creció 47%. ¿Cuáles son las causas de esta siniestralidad? Un estudio de Javier Pinilla García<sup>55</sup>, en coincidencia con la investigación anterior, muestra que mientras de 1990 a 1999 la siniestralidad no varió sensiblemente entre los trabajadores con contrato definido, el incremento se ha producido a costa de los trabajadores temporales.

#### 4. EL DÉFICIT DE COBERTURA

Hemos dejado para el final el tema que suele resultar más cercano a quienes trabajan en las especialidades ligadas a la salud y seguridad en el trabajo.



El acceso a cobertura en materia preventiva y de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales muestra que:

- la cobertura en cuanto refiere a la asistencia, reparación e indemnizaciones muestra para la región latinoamericana una cobertura que va, estimativamente, del 9 al 65% de la PEA. La privatización del sistema efectuada en algunos países, como Colombia y Argentina, no ha mostrado mejorar esta cobertura. Por el contrario el aumento del sector informal en ambos países ha determinado que la cobertura esté en descenso.
- Sólo del 5 al 10% de los trabajadores de los países en desarrollo y el 50% de aquellos que trabajan en los países industrializados (con muy pocas excepciones) cuenta con acceso a servicios de salud ocupacional.<sup>56</sup>
- La cobertura por parte de servicios de salud ocupacional está centrada especialmente en la gran empresa, los trabajadores de las

pequeñas y medianas empresas sufren por lo tanto la desigualdad de no contar con los mismos niveles de protección. En el caso de Argentina el 50% de la mortalidad por accidentes de trabajo se presenta en las empresas con menos de 50 trabajadores (el 51,97% en 1997; el 55,455% en 1998; el 49,16% en 1999 y el 50,17% en el 2000).<sup>57</sup>

*Las inequidades serán menores cuando la justicia social avance. Allí debe estar nuestra lucha.*

## NOTAS

- <sup>1</sup>. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Salud en el Trabajo (2003 octubre 23-28: 27º: Foz de Iguazú, Brasil)
- <sup>2</sup>. Berlinguer, Giovanni (1989). Conferencia Inaugural del Congreso Mundial de Medicina Social: Democracia, Desigualdad y Salud (6ta.: 1989 setiembre 10-14 : Tenerife, Canarias)
- <sup>3</sup>. Brundtland, G.H. (1998). Address to the Regional Committee for the Americas. En: World Health Organisation: Regional Committee for the Americas (58ª: 1998 septiembre 21: Washington DC). [http://www.who.int/director-general/speeches/1998/english/19980921\\_amro.html](http://www.who.int/director-general/speeches/1998/english/19980921_amro.html)
- <sup>4</sup>. Wagstaff, A. (2000). Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming against the Tide? Washington, DC : The World Bank. (Working Paper no. 2795)  
Disponible en: [http://econ.worldbank.org/files/12290\\_wps2795.pdf](http://econ.worldbank.org/files/12290_wps2795.pdf)
- <sup>5</sup>. Gunning-Schepers, L.J. (1991). A policy response to socio-economic differences in health. Presentado en: Meeting of the European Community project on socioeconomic factors in health and health care (1991 mayo: Lisboa)
- <sup>6</sup>. Moncada, S. (1999). Working conditions and social inequalities in health. En: J. Epidemiol. Community Health, 53: 390-391.  
Disponible en: <http://jech.bmjournals.com/cgi/reprint/53/7/390>
- <sup>7</sup>. Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO.  
Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR\\_ICP\\_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf)
- <sup>8</sup>. Kearney, N. (2002). General Secretary of the International Textile, Garment and Leather Workers Federation (ITGLWF). Disponible en:  
<http://www.itglwf.org/displaydocument.asp?DocType=Speech&Index=349&Language=ES>
- <sup>9</sup>. Williamson, T. (2000). The Real 2YK Crisis: Global Economic Inequality. En: Dollars & Sense, January/February.
- <sup>10</sup>. Castells, M. (2001). Globalització, drets socials i identitat nacional. En: Acte central de CCOO de Catalunya sobre l'Onze de Setembre, 6 de setembre 2001
- <sup>11</sup>. Chomsky, N. (2001). Democracia y mercados en el nuevo orden mundial. En: Arriola J. (Ed.). Globalización y sindicalismo. Valencia: Ed. Germania. Vol. 1
- <sup>12</sup>. Navarro, V., Ed. (2000). The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life. New York: Baywood Publishing Company.
- <sup>13</sup> Navarro, V. Op. Cit.
- <sup>14</sup>. Betancourt, O. (2001) Globalización y Salud de los Trabajadores. Trabajo presentado en el V Encuentro Nacional de Salud de los Trabajadores y el X Encuentro Regional de Salud de los Trabajadores del estado Lara. (2001 noviembre: Barquisimeto).
- <sup>15</sup>. Bambas, A.; Casas, J.A. (2001). Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. En: Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington DC: PAHO. (Occasional Publication N° 8)
- <sup>16</sup>. Breen, N. (2001). Social class and health: understanding gender and its interaction with other social determinants. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health. (HCPDS Working Paper Series, Volume 10, Number 3).
- <sup>17</sup>. Health in Human Development. (2000) En: Advancing the People's Health: Annual Report of the Director. Washington DC: PAHO.
- <sup>18</sup>. Mittelmark, M.B. (2000). Promoción de la responsabilidad social en materia de salud: Evaluación del impacto sobre la salud y política pública en favor de la salud a nivel de la



comunidad. En: Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (2000 junio 5-9: 5ta.: México D.F.). Washington DC: OPS/OMS.

19. Rodríguez, C.A. (1990). Salud y Trabajo, la situación de los trabajadores en Argentina. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina.

20. Benach, J. (1997). La Desigualdad Social Perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11:255-268

21. Pinto de Cunha, E. (1997). Raca: Aspecto esquecido da inequidade em saude. En: R.B. Barata y otros (comps.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fio Cruz.

22. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística, 1995.

23. Casas, J.A.; Norberto, J.; Dachs, W.; Bambas A. (2001). Health disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants. En: *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington DC: PAHO. (Occasional Publication N° 8)

24. Greenberg, M. (2002). *Proving Environmental Inequity in Siting Locally Land Uses*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University.

25. Deaton, A.; Lubotsky, D. (2002). *Mortality, inequality and race in American cities and states*. Princeton: Center for Health and Wellbeing Princeton University.

26. Cassirer, N. (1998). *Externalizing work: the effects on sex and RACE wage inequality*. Notre Dame: Department of Sociology, University of Notre Dame. (Working Paper and Technical Report Series, Number 1999-09).

27. Robinson, J.C. (1989). Exposure to occupational hazards among Hispanics, blacks, and non-Hispanic whites in California. *Am. J. Public Health*, 79, 629-30.

28. Brian Cristopher (2001). En: Bureau of National Affairs (BNA). *Occupational Safety and Health Reporter*, 9/27/01.

29. Hopkins, J. (2002). Deaths of Hispanic workers soar 53%. En: *USA TODAY* 24/03/2002

30. Hard, D.L.; Myers, J.R.; Snyder, K.A.; Casini, V.J.; Morton, L.L., Cianfrocco, R.; Fields, Judith K. (1999). Identifying Work-Related Fatalities in the Agricultural Production Sector Using Two National Occupational Fatality Surveillance Systems, 1990-1995. En: *Journal of Agricultural Safety and Health*, 5 (2), 155-169.

31. Robinson, J.C. (1985). Racial Inequality and Occupational Health in the United States: The Effect on White Workers. *International Journal of Health Services*, 15 (1): 23-34.

32. Östlin, P. (2001). Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional. Washington DC: OPS/OMS, Harvard Center for Population and Development Studies. (Serie género, equidad, salud. Publicación ocasional N° 9. OPS/OMS)

33. LaBotz, D. (2001). Mexican Labor News & Analysis newsletter.

34. *Mujer y Trabajo en América Latina* (1986). Montevideo: GRECMU.

35. *Women's Safety and Health Issues at Work* (2002). National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) Topic page.

Disponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/women/>

36. Lippel, K.; Bernstein, S.; Bergeron, M.C. (1996). *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite: réflexions sur le droit et la médecine*. Cowansville: Éditions Yvon Blais.

37. Rodríguez, C.A. (1994). Seguridad y Salud de la mujer trabajadora frente a la reconversión industrial y el cambio tecnológico. En: *Cuad Relac Laboralos*, 4, 103-125.

38. Östlin, P. (2001). Op. cit.

39. Vogel, L. La dimensión de género en salud laboral: Primeras conclusiones de una encuesta europea. Disponible en: <http://www.etuc.org/tutb/fr/pdf/enqueteesp.pdf>
40. Badura, B.; Kickbusch, I.; Eds (1991). *Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (WHO Regional Publications: European Series, N° 37)
41. Messing, K. Le sexe des "opérateurs": un paramètre pertinent pour l'analyse de la activité du travail.
42. Messing, K.; de Grosbois, S. (1991). Women workers confront one-eyed science: Building alliances to improve women's occupational health. *Women and Health* 33 (1/2) :125-143.
43. Vogel, L. op. cit.
44. Clarke, R. (1980). *Naissance de l'homme*. Paris: Editions Dusevil.
45. Detección precoz del deterioro de la salud debido a la exposición profesional. Ginebra: OMS, 1975 (Serie Informes Técnicos, N° 586)
46. Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1992) Op. cit.
47. Gervais, P. (1976). *Allergologie et ecologie*. Paris: Masson.
48. Vaca, Carlos (2002). Monografía sobre la salud y seguridad en el sector informal de Argentina. (Inédito)
49. Portes, A. (1995). En torno a la informalidad. Ensayos sobre teoría y medición de la economía no regulada. México: FLACSO.
50. Mezzera, J. (1987). Abundancia como efecto de la escasez. En: *Nueva Sociedad*, Caracas
51. R.S.M. (Abril 2001). Lecciones aprendidas de las maquilas de México: develando el mito del Libre Comercio.  
En: <http://www.maquilasolidarity.org/espanol/recursos/maquilas/s5maqdispelling.htm>
52. *Safety and Health Practices of Multinational Enterprises*. Ginebra: OIT, 1984
53. Castleman, B. (1998). Responsabilidad respecto a los productos y traslado de riesgo industriales. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo / OIT*, vol.1, 20.16. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España).
54. Frumkin, H. (1998). Acuerdos de Libre Comercio. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo / OIT*, vol.1, 20.14. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España).
55. Pinilla García, J. (2001). Subcontratación, temporalidad y accidentes de trabajo. En: *Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, abril, p. 49-62.
56. WHO (1995) *Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health at Work: Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health (1994 october 11-14: 2nd: Beijing, China)*. Geneva.
57. Tratamiento personal de las estadísticas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo de Argentina.

# LA DIMENSIÓN ECONÓMICA DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN LATINOAMÉRICA<sup>1</sup>

*“...ningún número puede capturar las pérdidas que el dinero no puede compensar...”*

Peter Dorman, 1996

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, de la mano del proceso de globalización de la economía se ha difundido la aparente necesidad de hacer trascender la dimensión económica de los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales, evaluando costos y beneficios tanto en el ámbito de la empresa como de los países. La influencia del costo de los daños provocados por malas condiciones de trabajo y el análisis de costos y beneficios (ACB), incluyendo el atinente a futuras legislaciones protectoras de la salud y seguridad, forman parte de los temas de la agenda actual. Respecto del último punto en EE.UU., por ejemplo, desde 1980 existe un sistema de valoración previa de los proyectos de normas para estimar su impacto en la competitividad (Regulatory Impact Analyses) y también la Unión Europea (UE) discute esta posibilidad. En este último caso el Comité Tripartito *ad hoc* del Comité Consultivo sobre la Seguridad, la Higiene y la Salud en el Lugar de Trabajo de la UE, declaró en forma unánime que los ACB deberían informar en el marco de las decisiones políticas, pero no deberían determinarlas.

Estos serán algunos de los aspectos que discutiremos en esta presentación.

Para introducirnos en ella compartiremos que hay una relación estrecha entre la calidad del empleo y la de las condiciones de trabajo y, por lo tanto, en el impacto de éstas en la salud y seguridad en el trabajo. Es válido entonces recordar que las estrategias de productividad adoptadas en Latinoamérica durante los últimos años fueron dirigidas a reducir los costos (salariales y no salariales), a aumentar la flexibilidad a través de modificaciones en los contratos reducir los costos de despido. Al mismo tiempo se asiste a un menor nivel de

empleo. “Todo esto trajo aparejado un deterioro de las condiciones de trabajo”<sup>2</sup>. La informalidad aumentó a una tasa del 4,7% anual y los trabajadores sin contrato aparecen incluso en las empresas del sector formal. Así en “Argentina el 14% de los asalariados en las empresas privadas modernas no tenían contrato en 1996, en Colombia el 20%, en México el 16%, en Chile el 12% y en el Perú el 13%”<sup>3</sup>. Aumento del trabajo precario y aumento del sector no estructurado de la economía son características indeseables de estos años.

Mientras tanto, el Primer Ministro de Luxemburgo y Presidente del Consejo de Ministros de la UE advertía recientemente<sup>4</sup> que la falta de estabilidad en el empleo, la excesiva desregulación, la fragmentación y desmantelamiento de la protección previstas por la legislación laboral, particularmente en lo que hace a salud y seguridad en el trabajo, están entre las causas de crecimiento de los accidentes de trabajo en varios países de la Unión Europea. Cuando un trabajador es contratado por un par de meses, es decir, está de paso, sostenía, pocos son los incentivos para que el empleador invierta en su salud y seguridad. Mejorar la calidad del empleo aparece como un requisito central para mejorar la salud y seguridad en el trabajo.

**2. COSTOS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES RESPECTO DEL PBI**

Desde una dimensión macro uno de los intentos de dimensionar los costos de los accidentes y enfermedades del trabajo, es referirlos al Producto Nacional Bruto (PNB). Desde esta perspectiva la OIT y la OMS han dado cifras que estiman esta incidencia en el 4% del PNB como promedio, subiendo hasta el 10% para los países en vías de desarrollo.

En Europa se reconocen los siguientes valores<sup>5</sup>:

PAÍS	AÑO	% DEL PBI
Gran Bretaña	1995/1996	1,2 - 1,4
Dinamarca	1990	2,5
Finlandia	1992	3,6
Noruega	1990	5,6 a 6,2 / 10,1
Suecia	1992	5,1
Dinamarca	1992	2,7
Australia	1992/1993	3,9
Holanda	1995	2,6

En EE.UU. los estudios del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) valoran estos costos en el 3% de su PBI para 1992.<sup>6</sup>

Nada hace suponer que en la región las cosas vayan mejor, pero la revisión de la literatura no es generosa en esta modalidad de estudios. Se han encontrado referencias a Bolivia en el Informe sobre el Estado de Salud en las Américas, donde se expresa que los costos directos e indirectos en el país representan el 9,4% del PBI. En el caso de Colombia, un estudio valora estos costos en 1,5% del PBI<sup>7</sup>, tomando en cuenta sólo la población cubierta por el sistema de riesgos del trabajo del país; y para Panamá han sido definidos en torno al 11% del PBI<sup>8</sup>. Para esta presentación se ha tratado de jugar con los números, pero ellos son escasos y dudosos en su certidumbre. La baja cobertura de los sistemas destinados a tratar y resarcir las consecuencias de los accidentes de trabajo juega un rol trascendental, pero, al lado de esto, la variedad de coberturas hace muy difícil cualquier cálculo serio. Algunos ejemplos de esta variedad son los costos de las indemnizaciones, los puntos de partida para resarcir las incapacidades (hay países que sólo resarcen las incapacidades cuando superan cierto porcentaje de la total obrera); los baremos utilizados; los días pagos por el sistema de cada país (por ejemplo el sistema de Chile paga los salarios caídos desde el primer día, el argentino lo hace a partir del 11° día y el brasileño desde el 16°). En otros casos el sistema (Venezuela) disimula los costos atribuibles a accidentes y enfermedades del trabajo al no distinguirlos del resto de los subsistemas de seguridad social, o no permite conocer el volumen de los gastos médicos por ser éstos prestados por el Sistema Nacional de Salud (Brasil). *Estas últimas variantes configuran una externalización de los costos empresarios hacia el conjunto de la sociedad.*

Dentro de los siniestros registrados, que son una minoría con respecto a los realmente ocurridos, las definiciones de accidente de trabajo, enfermedad profesional y las características de los listados de enfermedades profesionales presentan grandes diferencias entre países, lo cual supone también diferentes costos. Sin embargo, lo que realmente impacta es la baja declaración de las enfermedades laborales reconocidas como tales. Como la otra cara de la moneda es posible comprobar que en Europa el 30% de los costos totales son por enfermedades músculo-esqueléticas, 25% por trastornos psicológicos y enfermedades cardiovasculares y 13% por accidentes de trabajo<sup>9</sup>. En nuestra región los costes por enfermedades profesionales soportados por los sistemas específicos son despreciables, teniendo en cuenta la escasez de su identificación y notificación. Como agregado, los períodos de prescripción establecidos en varias legislaciones son un límite para compensar las enfermedades de mayor

latencia, como el cáncer ocupacional por ejemplo, que suele aparecer una vez que se acabó la vida laboral. Sin duda estos costos los paga el conjunto de la sociedad y no forman parte de los costos conocidos.

En esta primera parte, con el objeto de ofrecer algunos datos referentes a las relaciones entre costos de los accidentes y enfermedades de trabajo y el Producto Bruto Interno (PBI), que adelanto como precarios, se presentan cifras que parten de asunciones “heroicas” tales como que el costo de la cobertura/subvenciones de la población no cubierta sería el mismo que el de la cubierta. Esto sin duda es una apreciación conservadora pues es dable suponer que las condiciones de trabajo son peores en el sector no estructurado de la economía.

En cuanto a los costos totales, se ha tenido en cuenta que desde el estudio clásico de H. W. Heinrich se han trazado distintas formulas para el cálculo de los costos de los accidentes y enfermedades del trabajo. Los estudios consisten en analizar los costos directos e indirectos. Como consecuencia de estos estudios, los costos totales se establecen calculando los costos directos y multiplicándolos por un parámetro determinado. Distintos autores han estudiado este multiplicador y lo han establecido en un rango que va de 0,5 a 54<sup>10</sup>. En esta presentación hemos decidido asumir el 4 como multiplicador considerando también una versión limitada de los costos indirectos.<sup>11</sup>

Los datos que se utilizaron para esta tarea provienen de la revisión de un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>12</sup>, y de informantes calificados que respondieron a una encuesta elaborada para disponer de datos para este documento.

Los datos conciernen a Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Brasil, México, Panamá y Perú.

Los cuadros que siguen reseñan la situación.

COLOMBIA		
P.B.I.	167.152.000	Millones de pesos colombianos
P.E.A.	17.365.262	
Trabajadores cubiertos	4.236.000	
Valor de los beneficios otorgados	379.471	Millones de pesos colombianos
Valor beneficios para toda la PEA	1.579.808	Millones de pesos colombianos
Ajuste a costos indirectos	6.319.232	Millones de pesos colombianos
% PBI (según costo de primas)	0,94 %	
% PBI (con costos indirectos)	3,78 %	

COSTA RICA		
P.B.I.	3.377	Millones U\$S
P.E.A.	1.220.914	
Trabajadores cubiertos	687.114	
Valor de los beneficios otorgados	17,4	Millones U\$S
Valor beneficios para toda la PEA	30, 9	Millones U\$S
Ajuste a costos indirectos	123,7	Millones U\$S
% PBI (según costo de primas)	0,92 %	
% PBI (con costos indirectos)	3,66%	

CHILE		
P.B.I.	40.000.000	Millones de pesos chilenos
P.E.A.	5.790.040	
Trabajadores cubiertos	3.456.300	
Valor de los beneficios otorgados	167.66	Millones de pesos chilenos
Valor beneficios para toda la PEA	280.878	Millones de pesos chilenos
Ajuste a costos indirectos	1.123.504	Millones de pesos chilenos
% PBI (según costo de primas)	0,70 %	
% PBI (con costos indirectos)	2,81 %	

BRASIL		
P.B.I.	1.398.600	Millones de reales
P.E.A.	76.885.732	1998
Trabajadores cubiertos	23.000.000	
Valor de los beneficios otorgados	1.453	Millones de reales
Valor beneficios para toda la PEA	4.857	Millones de reales
Ajuste a costos indirectos	19.458	Millones de reales
% PBI (según costo de primas)	0,35 %	
% PBI (con costos indirectos)	1,39 %	

Los datos de Brasil no incorporan los costos de atención médica por cuanto éstos están cubiertos por el Servicio Nacional de Salud. Tampoco dan cuenta del costo empresario por pago de incapacidades temporales de 15 días o menos.

MEXICO		
P.B.I.	321.240	Millones U\$S
P.E.A.	24.063.283	
Trabajadores cubiertos	9.251.639	
Valor de los beneficios otorgados	800	Millones U\$S
Valor beneficios para toda la PEA	2.600	Millones U\$S
Ajuste a costos indirectos	8.400	Millones U\$S
% PBI (según costo de primas)	0,81 %	
% PBI (con costos indirectos)	2.61 %	

PANAMA		
P.B.I.	6.354	Millones U\$S
P.E.A.	1.007.882	
Trabajadores cubiertos	545.500	
Valor de los beneficios otorgados	12,8	Millones U\$S
Valor beneficios para toda la PEA	23,6	Millones U\$S
Ajuste a costos indirectos	94,6	Millones U\$S
% PBI (según costo de primas)	0,37%	
% PBI (con costos indirectos)	1,49 %	

PERU		
P.B.I.	58.828	Millones U\$S
P.E.A.	8.906.000	
Trabajadores cubiertos	509.234	(*)
Valor de los beneficios otorgados	13,2	Millones U\$S (**)
Valor beneficios para toda la PEA	231,6	Millones U\$S
Ajuste a costos indirectos	926,4	Millones U\$S
% PBI (según costo de primas)	0,39 %	
% PBI (con costos indirectos)	1,57 %	

(\*) Incluye las FF.AA.

(\*\*) El Instituto de Estudios Energéticos Mineros de Perú en un estudio denominado Costos e Inversión en Seguridad Minera, publicado en 1999, informa que el Ministerio de Energía y Minas ha estimado las pérdidas anuales a causa de accidentes en U\$S 73.500.000, pérdidas que en su mayor parte corresponden “a pérdidas económicas en producción y maquinaria y equipo, siendo mínima la pérdida que corresponde a indemnización del personal”.



## EL CASO DE ARGENTINA<sup>13</sup>

ARGENTINA	
POBLACIÓN	
Población Económicamente Activa	15.234.343
Población cubierta Ley de Riesgos del Trabajo - L.R.T. (Noviembre 1998)	-4.843.406
Población a proteger	10.390.937
PRIMA ANUAL PROYECTADA PARA EL SISTEMA EN BASE A CUOTAS PACTADAS EN NOVIEMBRE 1998	
Cuotas totales pactadas en noviembre 1998	\$50.728.800
Coeficiente para analizar	13
Prima anual proyectada	\$659.474.400
Prima media anual por trabajador	\$136,16
COSTOS POR I.L.T. A CARGO DEL ASEGURADO DEL SISTEMA	
Población cubierta L.R.T. (noviembre 1998)	4.843.406
Siniestros totales año 1998 (excluidos mortales)	460.903
Índice de incidencia	9,5%
Días a cargo del asegurado (año 1998)	2.573.384
Siniestros totales	460.903
Días promedio por siniestro a cargo del asegurado	5,6
Salario mensual bruto promedio por trabajador accidentado	\$713,61
Cargas sociales (35% estimado)	\$249,76
Costo laboral mensual	\$963,37
Costo laboral diario	\$31,69
Costo días caídos a cargo de asegurados	\$81.550.539
Prima anual proyectada para la población a proteger	\$1.414.821.913
Siniestros anuales proyectados para la población a proteger	988.811
Días caídos proyectados a cargo de la población a proteger	5.520.882
Costo días caídos a cargo de la población a proteger	\$174.956.738
Coeficiente de costos indirectos (4)	4
<b>COSTOS TOTALES DEL SISTEMA GLOBAL (*)</b>	<b>\$9.323</b>
Millones de \$ a precios corrientes	
Costos del sistema actual	\$2.964
Prima anual proyectada	\$2.638
Costo días caídos a cargo de asegurados	\$326
Costos de la población a proteger	\$6.360
Prima anual proyectada	\$5.659
Costo días caídos a cargo de asegurados	\$700
(*) Ajustado por el coeficiente de costos indirectos (4)	

<b>PRODUCTO BRUTO INTERNO (a Precios del Productor) - Valores Corrientes</b> Millones de \$ a precios corrientes	
P.B.I. a precios de mercado	\$298.132
Productores de bienes	\$95.862
Productores de servicios	\$182.770
I.V.A.	\$13.162
I.V.A. importaciones e impuestos a la importación	\$10.437
Servicios Financieros medidos indirectamente	(\$4.099)
Costos del sistema actual extendido a la PEA	0.78%
Costos totales con costos indirectos	3.1%

Argentina adoptó un nuevo régimen de cobertura de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en 1996. La ley impone el seguro obligatorio de los empleadores y su gestión está a cargo de aseguradoras de riesgo del trabajo privadas. Las cuotas correspondientes a este seguro son establecidas libremente entre las partes. Las aseguradoras además de las prestaciones asistenciales, funerarias, indemnizatorias o de renta, tienen a su cargo el pago de salarios en todos los siniestros que superan los 10 días de duración y determinadas actividades preventivas incluyendo la realización de exámenes periódicos.

La norma ha sido cuestionada desde diversos ángulos y hay numerosos proyectos de reforma en el Congreso. Sin embargo y aun con limitaciones se dispone de algunos datos que permiten dimensionar económicamente su impacto.

En las aproximaciones realizadas no se ha tenido en cuenta que los balances de las aseguradoras reflejaron, al 30/06/98 una pérdida de \$29.167.036; las pérdidas se moderaron en 1999.

Se reitera que las cifras presentadas son sólo una aproximación conservadora con muchas limitaciones. En todo caso habría que coincidir que “ningún país del mundo puede permitirse afectar su productividad, medida a través del PNB, como consecuencia de malas previsiones y prácticas en salud y seguridad en el trabajo”.<sup>14</sup>

### **3. LA ECONOMÍA..., LOS ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO (ACB)**

Desde el liberalismo, en 1871, Stuart Mill decía: “Confieso que no me agrada el ideal de vida que defienden aquellos que creen que el estado normal de los seres humanos es una lucha incesante por avanzar; y que el pisotear, empujar, dar codazos y pisarle los talones al que va delante, que son características del tipo actual de vida social, constituyen el género de vida más deseable para la

especie humana; para mí no son otra cosa que síntomas desagradables de una de las fases del progreso industrial” (...). “Mientras las inteligencias son groseras, necesitan estímulos groseros y es preferible dejárselos. Entre tanto debe excusarse a los que no aceptan esta etapa muy primitiva del perfeccionamiento humano como el tipo definitivo del mismo, por ser más escépticos con respecto a la clase de progreso económico que excita las congratulaciones de políticos ordinarios: elemento puro y duro de la producción y acumulación”.<sup>15</sup>

Estas cáusticas palabras del economista parecen cobrar una actualidad casi desconcertante. Pareciera que la economía aprende poco de la historia. Cualquier revisión histórica y epistemológica hace emerger la observación de cómo han cambiado las relaciones entre los hombres y las cosas. En efecto, mientras en las sociedades tradicionales las relaciones entre los hombres cobran más valor que las vinculaciones con las cosas, en la sociedad moderna las relaciones entre los hombres están subordinadas a las relaciones entre los hombres y las cosas<sup>16</sup>. Oscar Carpintero Redondo<sup>17</sup> recuerda que conjuntamente también va cambiando y reflejándose en las teorías económicas la idea de riqueza que va siendo cada vez más restrictiva, así va pasando de una idea en la cual los recursos naturales forman parte de ella hasta reducir el concepto a los objetos que son valorados, apropiados y que resultan con posibilidad de intercambio. A partir de allí, aparecen las diferenciaciones entre economistas ambientales que contemplan al medio ambiente como una variante incluida en el subconjunto y los economistas ecológicos que parten de la base de que la economía es un subconjunto de un sistema mayor que es la biosfera. En este caso es dudosa la racionalidad de aplicar a un sistema mayor la lógica económica, válida con matices para un subsistema menor.<sup>18</sup>

La misma reflexión puede hacerse desde los aspectos que hacen a la salud y seguridad de los trabajadores. A la luz de los datos que disponemos ésta es la primera naturaleza violada y con ello el mismo orden natural de las cosas. ¿Cómo alguien que fue a ganarse la vida la puede perder en el mismo lugar? La pregunta sería entonces ¿son aplicables los principios generales de la economía?

Si la respuesta es sí, *al menos cuando se enuncian los costos y los beneficios, sería oportuno, como primera medida, anticipar entre quiénes y de qué forma se van a distribuir los costos y los beneficios.*

En principio, el análisis costo-beneficio ha sido sometido a numerosas críticas y las metodologías para su cálculo son motivo de controversias<sup>19</sup>. El valor económico de los beneficios es más difícil de calcular que los costos: también suelen encontrarse exageraciones de los costos. Veamos que la empresa Du Pont valoraba al precio de U\$S 30.000 cada accidente que le provocaba la pérdida de

un día de trabajo (a precios de 1993)<sup>20</sup>. La Oficina Británica para la Seguridad y Salud en el Trabajo (Health & Safety Executive, HSE por sus siglas en inglés) lo estimaba en 125 dólares por accidente.<sup>21</sup>

Los estudios sobre las modificaciones impuestas a la tecnología para que permitiera reducir las concentraciones de cloruro de vinilo monómero en el proceso de polimerización, mostraron que los costos reales representaban solamente un 25% de lo estimado por las empresas. A iguales conclusiones se llegó en el caso del polvo de algodón (aquí los costos fueron un tercio) y el costo fue la mitad con respecto al formaldehído en las fundiciones de metales.<sup>22</sup> Algunos de los temas del debate que se están desarrollando con respecto a los aspectos técnicos de la ecuación son los siguientes<sup>23</sup>:

- ¿cómo se calculan los costos de las lesiones y enfermedades profesionales?
- ¿Es posible determinar todos o la mayoría de los casos de accidente y enfermedad?
- ¿Qué papel juegan las condiciones de trabajo en la etiología de las enfermedades?<sup>24</sup>
- ¿Qué valoración monetaria se le otorga a los costos subjetivos de los trabajadores discapacitados?

Podría agregarse ¿qué valoración económica hace sobre los costos psicológicos y sociales de las familias de fallecidos y mutilados?

En principio concordaremos con la posición que señala<sup>25</sup> que no existe ningún método unánimemente aceptado para calcular el valor monetario de las repercusiones permanentes para la salud como el dolor y el sufrimiento, la disminución de la calidad de vida y las expectativas de una vida sana. Las elucubraciones económicas al respecto (disposición a pagar por ejemplo) no soportan un primer análisis.

En cuanto a los costos del cumplimiento de las nuevas legislaciones Ashford dice que habitualmente se pasa por alto al calcular los costos de los beneficios tecnológicos a los que se accede por aplicar normas más estrictas.

La innovación tecnológica desempeña un importante papel en:

- la reducción de los costos reales de cumplimiento de la nueva normativa a una fracción de las estimaciones realizadas antes de la adopción,
- la obtención de beneficios en términos de ahorro en costos de material, agua y energía y
- el cambio de la naturaleza de la tecnología del proceso y producción que tiene como resultado una reducción de los daños al medio

ambiente y de los costos y la carga de trabajo que dichos daños llevan consigo.

También Ashford<sup>26</sup> sostiene que además en los costos de cumplimiento no considera que:

- las economías de escala reflejan el hecho de que un incremento de la producción de tecnologías destinada al cumplimiento de la norma suele reducir los costos unitarios.
- La capacidad de la industria para aprender con el tiempo a cumplir la normativa de forma más rentable (curva de aprendizaje).
- Los costos del cumplimiento basados en las capacidades tecnológicas actuales pasan por alto el papel que desempeña la innovación tecnológica en la reducción de dichos costos.

Tampoco tiene en cuenta el ACB los beneficios en la productividad. En este sentido, la experiencia realizada en Suecia sobre más de un centenar de empresas demostró que las inversiones en seguridad y salud en el trabajo (SST) determinaron una reducción de las bajas por enfermedad y un aumento de la productividad.<sup>27</sup>

Se han brindado algunos ejemplos de externalización de costos pero es necesario profundizar el tema.

En efecto, en el intento de indagar en la dimensión económica de la SST al nivel de las empresas, es indispensable tener en cuenta que cuantos más costos puedan transferirse a terceros menores serán las probabilidades de que la prevención produzca efectos financieros. Por consiguiente la posibilidad de exportar la carga de la enfermedad fuera de la empresa, es decir exportar los costos hacia la sociedad, hacia los trabajadores como individuos o hacia otras empresas, ofrece ventajas económicas para el empleador porque el daño no es compensado por la propia empresa. Paralelamente se reduce el interés en desarrollar una gestión adecuada en materia de salud y seguridad en el trabajo. El proceso de *externalización* de costos al que se suele olvidar en los estudios de costo-beneficio, la extensión de la tercerización y el crecimiento del sector informal de la economía mencionados, justifican por sí la reflexión sobre el tema. También nos indican la necesidad de que toda estrategia de mejoramiento tenga en cuenta poner en marcha mecanismos que impidan la derivación indebida de costos.

*En el centro esta externalización está el tema del costo social.*

Pigou<sup>28</sup> tempranamente advirtió que el *homo economicus* estaba en medio de un “aislamiento poco amable” respecto de sus esferas como consumidor y como productor, lo cual tenía consecuencias negativas para la obtención por

agregación individual, de un óptimo social<sup>29</sup>. El mismo Pigou admitía que los empresarios no estaban interesados en el producto social sino en el producto privado neto de sus negocios. No hay duda de que este privado neto aumenta en la medida en que se exportan costos hacia la sociedad.

Merece un acento de atención la situación actual donde se asiste a la externalización de riesgos a través de la exportación de tecnologías inseguras, sucias o contaminantes o la “inversión” de los países desarrollados en los del sur, en plantas productoras que no pueden ser instaladas en sus países o que requerirían unos cuidados preventivos muy costosos.

Cuando se discute acerca de los costos sociales muy a menudo se hace referencia a las dificultades para su cuantificación. Al respecto señala W. Kapp<sup>30</sup>: “Atentamos contra la investigación científica y sus objetivos si de la precisión y medida hacemos un fetiche, (...) las pérdidas sociales tienen efectos objetivos sobre la mortalidad, el nivel sanitario, la eficiencia humana en general y los valores de la propiedad, efectos que pueden ser cuantificados aún cuando las medidas estándar no siempre se expresen en dólares y en tantos por ciento”.

Partiendo de la base de que los recursos económicos son finitos y que hay que buscar el mejor impacto posible de una inversión, en términos de salud, es apropiada una mayor difusión de los estudios costo-efectividad (ACE). El ACE es una técnica de evaluación de costos de acciones alternativas para conseguir un objetivo, por lo que aporta criterios de eficiencia económica sobre el uso alternativo de recursos para el logro de un objetivo determinado.<sup>31</sup>

Mejorar los estándares y comportamientos en materia de salud y seguridad es un imperativo moral. El trabajo no es una mercancía y la salud es la única reserva de los trabajadores, no debiera ser sujeto de transacción comercial.

#### **4. NECESIDAD DE MEJORAR LA SITUACIÓN ACTUAL: EN EL CAMINO A LAS PROPUESTAS**

Una primera aproximación desde la economía sería plantear que el crecimiento económico es el punto de partida para mejorar la salud y la seguridad en el trabajo. Sin duda, si comparamos tasas de accidentalidad en países desarrollados respecto a los subdesarrollados la diferencia a favor de los primeros es abismal. Sin embargo estas relaciones no son tan sencillas.

Laurent Vogel<sup>32</sup> ofrece al respecto el ejemplo de los esclavos negros que producían el azúcar en el Caribe. Todos conocemos, por la historia, las oprobiosas condiciones de vida y de trabajo de estos trabajadores sin embargo fue un período desde el punto de vista económico altamente competitivo. Con

el 10% de la población del continente, el Caribe contaba con casi el 40% de las exportaciones a principios del siglo XIX. Sabemos que los condicionantes para ello eran la mano de obra esclava, la rápida reposición de los muertos y el desarrollo de la reproducción interna de los esclavos.

La aplicación de las relaciones entre crecimiento económico y mejoría de la salud y seguridad en el trabajo tampoco se puede aplicar linealmente, al interno de los países en la práctica actual. Tanto en la Comunidad Europea (con excepción de Alemania), como en Chile<sup>33</sup> se advierte que en los períodos de auge económico la siniestralidad por accidentes de trabajo, como tasa, aumenta. Naturalmente en esto está incidiendo la falta de actividades de capacitación para los nuevos trabajadores y los contratos temporales.

Cada vez son más los sostenedores de que hay que poner límite a la idea del crecimiento económico como algo globalmente deseable e irrenunciable. Quienes adhieren a esta posición subrayan que la sostenibilidad no será fruto de la eficiencia y del desarrollo económico, sino que implica sobre todo decisiones sobre la equidad actual e intergeneracional.<sup>34</sup>

Es conocido que cuando se estudia la evolución de la renta a nivel mundial, se puede ver que a pesar del crecimiento económico, la desigualdad avanza, tanto entre países como al interior de cada país. Esto no habla a favor de la equidad ni de los modelos económicos en uso (teoría del derrame incluida).

En materia de equidad y globalización debe considerarse seriamente la posibilidad de que en un futuro no tan lejano los países centrales producirán “información/datos”, mientras que los países periféricos ingresarán en la industrialización “plena” con su cortejo de “enfermedades del desarrollo”, incluyendo las enfermedades vinculadas con el trabajo.

Se suele escuchar en algunos ámbitos que toda política que interfiera en la competitividad resulta inaceptable. Las dimensiones del trabajo infantil, por ejemplo, ponen en duda sobre qué parámetros se asienta la competitividad deseada y cuál es la equidad a la cual se debe aspirar (ver Anexo1).

Los primeros estudios organizados en cuanto a las relaciones entre la economía y la salud fueron los de Villermé en los suburbios de París. Ellos ya demostraron que las tasas más altas de mortalidad se dan en los distritos con más baja renta individual. Existe una relación encadenada entre baja renta, malas condiciones de vida, malas condiciones de trabajo, enfermedad y accidentes de trabajo y menor productividad, configurando un círculo vicioso.

Pareciera que todas las políticas de mejoramiento de la seguridad y salud en el trabajo deberían estar incluidas dentro de las políticas destinadas a un mundo y países más equitativos.

Se ha discutido la validez de ciertas aproximaciones económicas o economicistas a la salud y seguridad en el trabajo y se reitera que el valor de la vida de un trabajador es intangible. Así y todo el impacto en los productos brutos que se sugiere en este informe es suficientemente importante para obligar a la puesta en marcha de políticas activas y acciones concretas destinadas al mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Por otra parte, mejorar la salud y seguridad en el trabajo es un imperativo de los mercados competitivos impuestos por la globalización de la economía. Si se observa lo que está aconteciendo en el mundo en los últimos años resulta claro que las posibilidades de exportaciones de unos países se ven limitadas por barreras para-arancelarias de los más desarrollados. La difusión de normas y/o acreditaciones exigibles en materia de calidad y medio ambiente, se dirige en el futuro inmediato a los aspectos de salud y seguridad en el trabajo.

La innovación tecnológica si no va acompañada de mejoras en la calidad de vida en el trabajo elevará las acusaciones de *dumping* social. Ergo, actuar rápidamente para mejorar la salud y seguridad no solamente tiene un contenido ético sino que es la garantía necesaria para competir en el mercado.

A continuación se trazan una serie de propuestas destinadas a mejorar la situación actual. De ninguna forma ellas pretenden agotar las necesidades.

### **a. EN CUANTO A LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN ECONÓMICA**

Varios procesos de integración están en marcha en la región con distintos niveles de desarrollo y expectativas: Mercosur, Tratado de Libre Comercio del Atlántico Norte (TCLAN), Mercado Común Centroamericano, Comunidad Caribeña, G3, Pacto Andino, etc. Para el 2005 entraría en vigor el Acuerdo de Libre Intercambio de las Américas (ALCA). Estos procesos son una oportunidad para que los acuerdos comerciales se vean acompañados por el establecimiento de derechos laborales que incluyan el derecho a trabajos dignos, sanos y seguros. Seguramente ésta será una exigencia dentro de los países para impedir el *dumping* social. Instituciones con injerencia en la vida económica de los países, como el Banco Mundial, el GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) deberían interesarse en el tema y comenzar a trabajar más estrechamente con los organismos internacionales con experiencia y competencia en el tema.



## **b. EN CUANTO A LOS PAÍSES**

- No es aceptable que el ingreso a una economía mundializada y la atracción de las inversiones extranjeras en los países se haga sobre la base de mantener condiciones de trabajo indecentes. El trabajo de presos en actividades productivas ligadas a la exportación y aun distintas modalidades de trabajo semiesclavo y trabajo infantil han sido detectadas en la subregión. De la misma forma no son aceptables la precariedad en los empleos y las tasas de siniestralidad hoy corrientes en nuestros países.
- No es aceptable ningún tipo de externalización de riesgos. Una atención especial debería prestarse a la externalización entre países.
- Los países deben establecer políticas y legislaciones que den cuenta de la preocupación que tienen por la salud y seguridad en el trabajo. No bastan los discursos. Dentro de ellas, la participación de los trabajadores a nivel nacional y a nivel de empresa debe ser establecida y fomentada<sup>35</sup>. La legislación, cuando sea necesario, debe actualizarse respecto de las nuevas modalidades de empleo y los nuevos riesgos.
- Las políticas de los países deben ser coherentes, es decir que debe haber coherencia entre los propósitos que se enuncian y los recursos que se asignan. Un porcentaje del PBI que se pierde alcanzaría para mejorar la situación actual.
- Una de las primeras cuestiones específicas a abordar es la extensión de la cobertura en materia de salud y seguridad en el trabajo por los regímenes de seguridad social públicos o privados, la situación actual muestra desprotegida a la mayor parte de la población trabajadora. La extensión cuantitativa de la cobertura debería ir acompañada de un incremento importante de las tareas de prevención.
- Deben mejorarse la cantidad y calidad de información disponible en materia de estadísticas de accidentes y enfermedades de trabajo. El mejoramiento de la cobertura debería ser acompañado de homogeneización respecto a la notificación, registro y estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Si se deseara avanzar en el conocimiento de los costos de los sistemas de cobertura deberían encontrarse factores de corrección que dieran cuenta de las distintas alternativas en que se desarrolla cada sistema nacional.
- Debería hacerse un esfuerzo para conocer las dimensiones de la patología vinculada con el trabajo, además de poner en marcha programas de reconocimientos periódicos y sistemas de vigilancia epidemiológica es indispensable ejecutar programas de salud ocupacional en la atención primaria de la salud.

- Las capacidades de los países en materia de inspección del trabajo deben mejorarse y actualizarse en su contenido. Las experiencias de “seudo privatización” de la inspección no han mostrado resultados positivos.<sup>36</sup>
- Deberían ponerse en marcha programas nacionales destinados a reducir la siniestralidad. Esto supone medidas de corto plazo para reducir la frecuencia de los accidentes y enfermedades y estrategias de mediano plazo para descender la gravedad.
- El fortalecimiento y modernización de los ministerios de trabajo, los ministerios de salud, los organismos de seguridad social y el desarrollo de un “Sistema Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo” van de la mano con los puntos enunciados.
- En las empresas debe existir una forma definida y consensuada de gestionar la prevención.
- A menudo se suele decir que el problema de la prevención es un problema cultural, consecuentemente se habla de fomentar la cultura de la salud y la seguridad en el trabajo. En algunos estudios realizados<sup>37</sup> hemos identificado en trabajadores sometidos a malas condiciones de trabajo que hay un “mensaje social” que tiende a significar el cuerpo del trabajador como mera herramienta de trabajo, privándolo como sujeto de sentimiento y creación intelectual. El trabajador en esas condiciones acepta el riesgo de accidente como algo natural y lo acepta como propio, lo que se traduce en neurosis de angustia y sentimiento de desvalorización. Sin desmerecer las hipótesis “culturistas” el tema cultural no puede esgrimirse como una razón para que las modificaciones en las condiciones de trabajo y en conseguir resultados apreciables tarden una generación (¿o la consuman?). Modificar la cultura incorporando el autocuidado exige la búsqueda de mejores alternativas con respecto a condiciones de vida y condiciones de trabajo y también merece capacitación, pero no cualquier capacitación.
- La capacitación y aun algunos adiestramientos conductistas para evitar los accidentes vienen demostrando tanto sus limitaciones para la interpretación de la causalidad como para la puesta en marcha de soluciones duraderas en el tiempo. La investigación de los accidentes no debe ir a la caza de los “culpables” sino a la identificación de las causas. La educación entonces debe estar destinada a reconocer los riesgos, las condiciones inseguras de trabajo, el derecho a un trabajo decente.
- Una atención especial en materia de capacitación debería dirigirse al nivel de:
  - enseñanza primaria, secundaria y terciaria;
  - enseñanza de grado y post grado universitaria; y de

- los empleadores y los dirigentes sindicales
- Debería facilitarse el acceso gratuito a la información sobre riesgos y prevención de todos los interesados. El acceso a la información CIS-OIT y en toda la región y las redes de información solidaria tal como la Red de Salud de los Trabajadores de Latinoamericana y el Caribe juegan al respecto un rol de importancia.
- Deberían estimularse la creación y difusión de técnicas sencillas y de bajo costo tanto para el mejor conocimiento de la magnitud de los riesgos como para su corrección.

## Agradecimientos

A Laurent Vogel, José Luis Castellá, Claudia Narocki, Angel Cárcoba y Pere Boix por las ideas, documentos e información que me hicieron llegar.

Por la información respecto a Brasil: a Vitor Gomes Pinto (coordinador del Departamento Nacional de la Unidad de Conocimiento y Tecnología de Salud del Servicio Social de la Industria de Brasil) y Jorge Da Rocha Gomes (profesor titular jubilado de la Facultad de Salud Pública de Sao Pablo).

Por la información de Chile: a Magdalena Echeverría (investigadora del Departamento de Estudios de la Dirección de Trabajo del Ministerio de Trabajo de Chile) y a Elisa León Carrasco (jefa del Departamento de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud Ocupacional).

Por la información de México: a Rodolfo Arias del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Por la información de Colombia: a Hugo Piedrahita (jefe División PyME de la Gerencia de Prevención de Riesgos de SURATEP S.A.) y a Julietta Rodríguez de Villamil (directora de la Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de la Federación de Aseguradores Colombianos, FASECOLDA).

A Rubén Delfino y Roberto Rois del Instituto de Mejoramiento de la Calidad de Vida y de Trabajo quienes colaboraron en la obtención y tratamiento de los datos para este documento.

## NOTAS

- <sup>1</sup>. Texto presentado en la Conferencia Internacional sobre Seguridad y Salud Ocupacional, organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID (2000 junio 19-20 : Washington).
- <sup>2</sup>. Tokman, Víctor E. (1998). Condiciones de Trabajo en América Latina. En: Revista de Trabajo, N° 7. (Ministerio de Trabajo y Promoción Social, Perú).
- <sup>3</sup>. Tokman, Víctor E. (1998). Op. Cit.
- <sup>4</sup>. Juncker, Jean-Claude (1997). Future European strategies for health and safety at work. En: Conference Proceedings: Good Safety and Health is good business for Europe (1997 September 15: Bilbao) [http://agency.osha.eu.int/publications/conference/16091997/en/index\\_4.htm](http://agency.osha.eu.int/publications/conference/16091997/en/index_4.htm)
- <sup>5</sup>. Beatson, M.; Coleman M. (1997). International Comparisons of the Economic Costs of Work Accidents and Work-Related Ill-Health. En: J. Mossink and F. Licher (eds.) Costs and Benefits of Occupational safety and health: Proceedings of the European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health (1997 May 28-30: The Hague)
- <sup>6</sup>. Leigh, J.P.; Markowitz, Steven; Fahs, Marianne; Shin, Chonggak; Landrigan, Philip (1996). Cost of Occupational Injuries and Illnesses. (NIOSH Report U60/CCU902886).
- <sup>7</sup>. Accidentes le cuestan al país el 1,5% del PBI. En: Protección y Seguridad: Revista del Consejo Colombiano de Seguridad. Año 44, N° 259, junio 1988.
- <sup>8</sup>. Eijkemans, Gerry; Díaz Merida, Francisco (1995). Panorama de la salud de los trabajadores en Panamá. Cuadernos de la Representación OPS/OMS en Panamá; 3:83-96
- <sup>9</sup>. Los trastornos cardiológicos y psicológicos no son reconocidos como profesionales por varios listados de la región y los músculo-esqueléticos son aceptados con limitaciones.
- <sup>10</sup>. Narocki, Claudia (1999). Evaluación económica de la siniestralidad laboral: una aproximación a la realidad española. Valencia: ISTAS-Fundación MAPFRE. <http://www.istas.net/upload/Costes.pdf>
- <sup>11</sup>. Los estudios de Bird y Germain los estiman entre 5 y 12 veces y Bird y Fernández entre 6 y 50 veces. Ver: Bird, Frank; Germain (1968). Liderazgo en el Control Total de pérdidas. ILCL.; y Bird, Frank; Fernández, Frank (1981). Administración del control de pérdidas. Englewood N.J.: Consejo Interamericano de Seguridad.
- <sup>12</sup>. Informe del Proyecto sobre Sistematización de Datos Básicos sobre Salud de los Trabajadores en países de las Américas (1998). Coordinado por: Walter Varillas, Gerry Eijkemans y Maritza Tennessee. OPS/OMS.
- <sup>13</sup>. En Anexo 2 se puede encontrar una selección de datos que completa la información.
- <sup>14</sup>. Piedrahíta Lopera, Hugo. El fenómeno de la productividad visto desde la óptica de la salud y la seguridad. Inédito. (<http://www.suratep.com/articulos/147/>)
- <sup>15</sup>. Mill, J.S. (1983). Principios de la Economía. México: FCE.
- <sup>16</sup>. Dumont, Louis (1982). Homo aequalis: Génesis y apogeo de la ideología económica. Madrid: Taurus.
- <sup>17</sup>. Carpintero Redondo, Oscar (1999). Entre la economía y la naturaleza: La Controversia Sobre La Valoración Monetaria Del Medio Ambiente Y La Sustentabilidad Del Sistema Económico. Madrid: Los libros de la Catarata.
- <sup>18</sup>. Carpintero Redondo, Oscar (1999). Op. Cit.
- <sup>19</sup>. Ver Conferencia Europea sobre los Costes y Ventajas de la Salud y Seguridad en el Trabajo, realizada con el patrocinio del Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo de los Países Bajos, la Comisión Europea NIA-TNO y la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1997 mayo: La Haya)

20. Webber R.P. (1973) One Company's approach to safety. En: Society of Plastic Engineers Journal, vol. 9, mayo.
21. Health & Safety Executive (1997). The costs of accidents at work (2da edición). Londres: HSE.
22. U.S. Congress, Office of Technology Assessment (Sep. 1995). Gauging Control Technology and Regulatory Impacts in Occupational Safety and Health-An Appraisal of OSHA's Analytic Approach, OTA-ENV-635. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
23. 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.  
[http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/1/es/index\\_18.htm](http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/1/es/index_18.htm)
24. En este sentido el concepto de enfermedad profesional es un concepto limitado. En general el concepto de enfermedad profesional da cuenta de lo que un sistema, a menudo indemnizatorio, definió como susceptible de resarcir. Lo que realmente interesa tanto desde el punto de vista científico y preventivo, como desde el humano es que papel juega las condiciones de trabajo en el proceso salud-enfermedad o al menos cual es el rol de estas condiciones en el conjunto de la patología humana.
25. Mossink, Jos (1999). El coste real de una salud precaria. En: Revista de la Agencia europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, N° 1.  
[http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/1/es/index\\_12.htm](http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/1/es/index_12.htm)
26. Ashford, Nicolás (1999). Costes de cumplimiento: la cuestión olvidada. En: Revista de la Agencia europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, N° 1.  
[http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/1/es/index\\_15.htm](http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/1/es/index_15.htm)
27. Wynne, Richard (1998). Folleto de resumen de las discusiones en materia de costes y ventajas de la seguridad y salud en el trabajo, en la conferencia mencionada en la referencia anterior. Dublín. Work Research Centre Ltd.
28. Pigou, A.C. (1952). The economics of Wellfare. Londres: Mc Millan.
29. Tokman, Víctor E. (1998). Op. Cit.
30. Citado por Carpintero Redondo, O. Op. Cit.
31. Arredondo, A. (1992). La incorporación del Análisis Económico del Sector Salud en Países Latinoamericanos. (Cuadernos Médicos Sociales, Vol. XXXIII (2)).
32. En correspondencia privada mantenida con él.
33. Echeverría, Magdalena (2000). Logros y Asuntos Pendientes frente a la salud de los trabajadores chilenos. Informe para Fiedrich Ebert Stiftung, inédito (Chile).
34. Las alteraciones de la reproducción de causa laboral, por ejemplo los trabajadores centroamericanos que padecen esterilidad a causa del uso del dibromocloropropano ilustran respecto a la falta de equidad intergeneracional.
35. En Argentina, Panamá y Uruguay se carece de normas que establezcan comisiones de salud y seguridad a nivel de las empresas.
36. Conte-Grand, A.; Rodríguez, C. A. (1999). Cobertura de los riesgos del trabajo: manual con experiencias actuales y alternativas. Santiago de Chile: OIT.
37. Rodríguez, Carlos Aníbal (1990). Salud y Trabajo, la situación de los trabajadores en la Argentina. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina.

ANEXO I

PORCENTAJE DE NIÑOS TRABAJADORES DE 10 A 14 AÑOS	
Haití	25,30 %
Guatemala	16,22 %
Brasil	16,09 %
República Dominicana	16,06 %
Bolivia	14,36 %
Nicaragua	14,05 %
Paraguay	7,87 %
México	6,73 %
Colombia	6,62 %
Costa Rica	5,48 %
Argentina	4,53 %
Perú	2,48 %
Uruguay	2,08 %
Venezuela	0,95 %
Chile	0,00 %
Cuba	0,00 %

ANEXO 2  
ARGENTINA. INFORMACIÓN GENERAL DEL SISTEMA  
DE RIESGOS DE TRABAJO

ARGENTINA	
POBLACION TOTAL	
	Año 1998
Población total	36.063.770
Mujeres	18.372.785
Varones	17.690.985
Población urbana	32.120.396
Mujeres	16.537.518
Varones	15.582.878
Población rural	3.943.374
Mujeres	1.835.267
Varones	2.108.107

Fuente: I.N.D.E.C. “Estimación de la población total, urbana y rural y crecimiento absoluto, según sexo. Total del país”. Años 1990-2025

POBLACION ECONÓMICAMENTE ACTIVA	
	Año 1998
Población total	15.234.343
Mujeres	5.654.183
Varones	9.580.160
Población urbana	13.615.081
Mujeres	5.189.883
Varones	8.425.198
Población rural	1.619.263
Mujeres	464.300
Varones	1.154.962

Fuente: I.N.D.E.C. “Estimación de la población económicamente activa, urbana y rural y crecimiento absoluto, según sexo. Total del país. Años 1990-2025”

EL EMPLEO EN LOS PRINCIPALES CONGLOMERADOS URBANOS	
	Año 1998
Tasa de desocupación	12,9%
(Total desocupados / Población Económicamente Activa)	
Población urbana desocupada	1.756.345
Tasa de empleo	36,8%
(Población ocupada / Población total)	
Población urbana ocupada	11.820.306

Fuente: I.N.D.E.C. “Tasa de actividad de los principales aglomerados urbanos. Años 1994-1998”

PRODUCTO BRUTO INTERNO (a Precios del Productor) - Valores Corrientes	
Millones de \$ a precios corrientes	
	Año 1998
P.I.B. a precios de mercado	298.132
Productores de bienes	95.862
Productores de servicios	182.770
I.V.A.	13.162
I.V.A. Importaciones e impuestos a la importación	10.437
Servicios financieros medidos indirectamente	-4.099

Fuente: Secretaría de Programación Económica y Regional

SISTEMA DE RIESGOS DEL TRABAJO	
Año 1998	
Trabajadores cubiertos (promedio anual)	4.959.647
Empleadores afiliados (promedio anual)	413.749
Cantidad de siniestros	462.006

SINIESTROS POR TIPO Y GRAVEDAD		
	Año 1998	%
Siniestros totales	462.006	
Accidentes de trabajo	412.848	89,36%
Accidentes in itinere	36.403	7,88%
Enfermedades profesionales	2.606	0,56%
Reagravación de siniestros anteriores	10.149	2,20%
SINIESTROS POR GRAVEDAD		
Leve	445.421	
Accidentes de trabajo	400.514	
Accidentes in itinere	32.903	
Enfermedades profesionales	2.543	
Reagravación de siniestros anteriores	9.461	
Grave	15.482	
Accidentes de trabajo	11.690	
Accidentes in itinere	3.049	
Enfermedades profesionales	60	
Reagravación de siniestros anteriores	683	
Mortal	1.103	
Accidentes de trabajo	644	0,16%
Accidentes in itinere	451	1,24%
Enfermedades profesionales	3	0,12%
Reagravación de siniestros anteriores	5	0,05%

Fuente: Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gov.ar](http://www.srt.gov.ar))



SINIESTROS POR INTERVALO DE DÍAS CAÍDOS	
Año 1998	
Siniestros totales	460.903
Sin días caídos	100.852
1 día	13.497
2 días	27.117
3 días	26.911
4 días	25.020
5 días	30.864
6 días	20.078
7 días	23.127
8 días	16.697
9 días	12.813
10 días	16.612
11 a 15 días	40.542
16 a 20 días	20.840
21 a 25 días	14.268
26 a 30 días	10.692
31 a 35 días	9.154
36 a 40 días	6.735
41 a 45 días	5.688
46 a 50 días	4.740
51 a 55 días	3.572
56 a 60 días	3.282
61 a 120 días	17.047
Más de 120 días	10.755

PERSONAS ACCIDENTADAS SEGÚN SALARIO BRUTO MEDIO PAGADO POR EL ASEGURADO	
Año 1998	
\$100 o menos	4.483
\$101 a \$200	18.273
\$201 a \$300	51.617
\$301 a \$400	60.956
\$401 a \$500	54.350
\$501 a \$600	44.745
\$601 a \$700	42.505
\$701 a \$800	34.895
\$801 a \$900	28.479
\$901 a \$1000	23.552
\$1001 a \$1100	20.244
\$1101 a \$1200	15.678
\$1201 a \$1300	12.665
\$1301 a \$1400	8.819
\$1401 a \$1500	7.659
\$1501 a \$1600	5.988
\$1601 a \$1700	5.747
\$1701 a \$1800	4.863
\$1801 a \$1900	3.725
\$1901 a \$2000	2.525
\$2001 y más	10.238
<b>TOTALES</b>	<b>462.006</b>

Fuente: Superintendencia de Riesgos del Trabajo

AÑO 1998	
Salario mensual bruto promedio por trabajador siniestrado	\$ 713,61
Cargas sociales (35% estimado)	\$ 249,76
Costo laboral mensual	\$ 963,37
Costo laboral diario	\$ 31,69
Costo días caídos a cargo de asegurados	\$ 81.550.538,96

SALARIOS MENSUALES BRUTOS POR NIVEL DE SALARIO BRUTO MEDIO	
	1998
\$100 o menos	448.300
\$101 a \$200	2.740.950
\$201 a \$300	12.904.250
\$301 a \$400	21.334.600
\$401 a \$500	24.457.500
\$501 a \$600	24.609.750
\$601 a \$700	27.628.250
\$701 a \$800	26.171.250
\$801 a \$900	24.207.150
\$901 a \$1000	22.374.400
\$1001 a \$1100	21.256.200
\$1101 a \$1200	18.029.700
\$1201 a \$1300	15.831.250
\$1301 a \$1400	11.905.650
\$1401 a \$1500	11.105.550
\$1501 a \$1600	9.281.400
\$1601 a \$1700	9.482.550
\$1701 a \$1800	8.510.250
\$1801 a \$1900	6.891.250
\$1901 a \$2000	4.923.750
\$2001 y más	25.595.000
<b>TOTALES</b>	<b>329.690.948</b>

## CÓDIGOS DE CONDUCTA Y OTROS INSTRUMENTOS VOLUNTARIOS<sup>1</sup>

En mi intervención trataré de dar cuentas de distintos elementos que están divisándose en el ámbito internacional como formas alternativas a las tradicionales, en lo que hace a la salud y seguridad en el trabajo. Siempre que me resulte posible trataré de ofrecer una idea respecto del debate en curso para cada una de ellas.

### 1. ¿QUÉ ES UN CÓDIGO DE CONDUCTA?

Un código de conducta es un documento que describe los derechos básicos y los estándares mínimos que una empresa declara comprometerse a respetar en sus relaciones con los trabajadores, las comunidades y el medio ambiente.

Estos códigos en general abordan compromisos respecto de no emplear trabajo forzoso, no discriminar, no emplear trabajo infantil, de observar ciertas normas en materia de salud y seguridad en el trabajo. Menos frecuentemente se expresan con respecto a horas de trabajo, salarios, y en general no van mas allá de los requisitos legales. Aunque contienen derechos expresados por la OIT no son tan inclusivos como los convenios. De hecho son muy pocos los que hacen referencia a libertad de asociación y a negociación colectiva. En este sentido, sobre 122 grandes empresas de los EE.UU. que poseen códigos, sólo 18 incluyen lo referente a la libertad de asociación y 12 la capacidad de negociación.

Otra limitación importante es que no definen sus responsabilidades respecto de las prácticas de proveedores, contratistas, subcontratistas y licenciarios. No suelen tampoco incluir disposiciones que permitan un monitoreo independiente.

El interés en estos códigos ha ido creciendo en la medida que se fueron deteriorando los estándares laborales y las mismas condiciones de trabajo. Para esto han intervenido los procesos de globalización y reestructuración de las

redes de producción y distribución; la libertad de comercio en el ámbito regional y global; las políticas de desregulación de los gobiernos; la incapacidad para reglamentar las prácticas mundiales de producción.

Esta es la realidad que en principio ha despertado el interés para ayudar a establecer estándares mínimos por encima de los estándares nacionales.

A pesar de las limitaciones, los códigos de conducta:

- mejoran con la presión, especialmente ejercida en el Norte por organizaciones religiosas y otras ONG's, como por ejemplo Fuerza de Trabajo sobre Iglesias y Responsabilidad Empresarial, (TCCR), Canadá; Comité Ecuménico de Responsabilidad Empresarial (ECCR) de Gran Bretaña e Irlanda y Centro Interfé de Responsabilidad Empresarial de EE.UU.
- Ofrecen la posibilidad de rendimiento de cuentas frente a abusos
- En sectores de indumentaria, calzado, y juguetes se tienden a aplicar a proveedores y contratistas.
- Deben estudiarse.

## 2. EL MONITOREO

Un elemento central en este tipo de códigos es que resulta indispensable su monitoreo. De hecho tanto en EE.UU. como en Europa y Australia hay campañas para su aceptación. Las campañas se han concentrado en Disney Corp., Levi's, Wall Mart, Nike, etc. En general con poco éxito.

En Centroamérica hay algunas experiencias de monitoreo por parte de algunos grupos de derechos humanos que deben tenerse en cuenta. Una de ella se desarrollo en El Salvador, en la empresa "El Mandarín" (Grupo Gap).

Antes del monitoreo, no había agua potable para beber. Se ponían candados en los baños y las mujeres tenían que pedir permiso para ir al baño, controlándoseles el tiempo. Un ex coronel estaba a cargo del personal y conducía la fábrica como un cuartel. Había problemas de trabajo extra forzoso y de ventilación. Las mujeres debían presentar un test de embarazo para conseguir trabajo. Los logros del GMIES (Grupo de Monitoreo Independiente) se pueden sintetizar en los siguientes hechos: Se removió al coronel, se sacaron los candados y el control, se colocaron bebederos de agua, no se exige el test, no se obliga a trabajar horas extras y además se reincorporaron 75 de los 300 trabajadores despedidos por apoyar una campaña de organización sindical, incluyendo la dirección del sindicato a quien se permitió restablecerlo.

El Gap no ha permitido el monitoreo de ninguna otra contratista en más de 50 países y es actualmente objeto de juicio colectivo y una campaña de

consumidores por la utilización de trabajo forzoso en Saipan.

Un tema de fondo para destacar es que no se ha podido atacar la lógica de cómo funciona la industria que trabaja para las grandes tiendas de EE.UU.: ella tiene fechas fijas de entrega y márgenes escasos de ganancia. Esto las lleva a aumentar la intensidad del trabajo.

## Veamos otros casos

El caso Nike: se pretendieron resolver las acusaciones contra la empresa mediante una auditoria “independiente” (Ernst and Young “auditoría social”). Los informes de esta auditoria inicialmente no fueron dados a conocer. Nike debió responder en 1998 a las protestas crecientes por abusos en derechos laborales y hace públicos resúmenes de los informes. A partir de allí y sólo en el Norte permitieron algún tipo de monitoreo en las fábricas (Vietnam).

## Nike en Indonesia

El 22de enero de 2001 la Alianza Global dio a conocer un informe realizado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Social de la Universidad Católica Atma Jaya de Yakarta.

La Alianza Global por los Trabajadores y las Comunidades es una alianza controvertida de ONG/sector privado que corresponde a la Fundación Internacional de la Juventud y el Banco Mundial en asociación con Nike y Gap. Ha sido utilizado por Nike con frecuencia para desviar críticas.

El informe confirma los graves abusos documentados por las ONGs indonesias más críticas y cuestiona el sistema de monitoreo “independiente” de PriceWaterhouseCoopers (PWC). Por entrevistas a 4.000 trabajadores de 9 fábricas proveedoras en Indonesia encontró:

- en 56.8% abuso verbal,
- en 13.7% abuso físico,
- en 25.7% comentarios de tono sexual y
- en 15.8% manoseos abusivos

Se ha comentado que una auditoría independiente es un requisito fundamental para aquellos casos donde se adopta un código de conducta. Veamos que el 28 de septiembre del 2000 Dara O'Rourke, profesora asociada del Instituto de Tecnología de Massachussets y experta en salud y seguridad en el trabajo, emitió un informe interno acusador sobre métodos de monitoreo de la consultora PriceWaterhouseCoopers. Así, relata que los auditores de la empresa no se dieron cuenta de que el sindicato estaba dirigido por el gerente

de planta; en las entrevistas con los trabajadores pasaron por alto las preguntas sobre libertad de asociación; hicieron sugerencias para evadir el pago de horas extras y finalmente aceptaron que los gerentes seleccionan a los trabajadores que iban a ser encuestados.

En China, la empresa Wall Mart estableció un sistema de autovigilancia. El 2 de octubre del año 2000 Bussines Week, publica un artículo bajo el título; “La auto vigilancia de Wall Mart en un taller de explotación chino fue un desastre ¿Qué tipo de sistema de monitoreo funciona”. Se comprobó que PriceWaterhouseCooper y Cal Safety habían realizado cinco auditorias en 1999.

Vemos que encontraron exceso en horas extras que, además no se pagan como tales. Mientras que no se encontraron:

- graves instancias de abuso físico que incluyeran golpizas a los trabajadores.
- Trabajadores forzados a pagar depósitos ilegales por el primer mes de alimentación y alojamiento.
- Multas y penalidades por las cuales después de varios meses debían más a la fábrica.

Los trabajadores compartieron esto con los funcionarios locales y no con los “monitores independientes”

El Centro de Recursos de Monitoreo de Asia, por su parte expresa en un informe: “De manera abrumadora, la gente con quienes nos hemos reunido, que no están conectadas con las campañas del ‘Norte’, no saben nada sobre códigos de conducta de empresas transnacionales y la mayoría de la gente no tiene idea de qué son. Por ejemplo, preguntamos a los trabajadores de fábricas de calzado deportivo del sur de China, sobre los códigos de conducta en sus empresas. Aunque los trabajadores producían para empresas que publicitaban sus códigos a los consumidores, muy pocos trabajadores sabían algo sobre el código de conducta. Algunos pensaron, de hecho, que estábamos preguntando sobre normas de la fábrica que listan multas por infracciones”.

Una consulta similar en Centroamérica expresa: “Los trabajadores que entrevisté conocían el código de conducta de Reebok, pero nunca lo habían leído en detalle porque el patrón sólo ponía el código en la ventana del edificio de seguridad. Los trabajadores sentían que los guardias de seguridad estaban siempre observando quién leía el código y a esos no los perdía de vista. Los trabajadores temían que si alguna vez había una huelga en la fábrica los trabajadores a quienes los guardias habían visto leer el código serían señalados como instigadores de la huelga”.

### 3. LOS CÓDIGOS “MULTI-INTERESADOS”

Existen distintas entidades que adoptan la figura de códigos multi-interesados. Entre ellas la Asociación de la Industria de la Indumentaria (Apparel Industry Partnerships) en los EE.UU.; la Iniciativa para el Comercio Ético (ETI) de Gran Bretaña; Código FIFA; Carta de Comercio Justo para la Indumentaria de Holanda; el Código de Práctica para Trabajadores a Domicilio de Australia y La Producción Responsable Mundial de la Indumentaria (WRAP).

Las características claves de los códigos multi-interesados son:

- la participación de la sociedad civil en su desarrollo e implementación.
- Un lenguaje más preciso, generalmente basado en las convenciones y declaraciones de la OIT y la ONU y modelos de conducta internacionales.
- Disposiciones o principios sobre la verificación independiente y/o certificación en planta.
- Mecanismos de queja de trabajadores y terceros.
- Medidas de remediación ante violaciones de códigos por parte de la empresa y sus proveedores

Hasta el momento ninguno ha adoptado un sistema de etiquetas sociales.

El debate con respecto a los códigos multi interesados se centra en los siguientes puntos:

- cómo se inscriben los derechos más allá de los derechos fundamentales.
- La necesidad de transparencia en la información sobre monitoreo.
- Cómo se hace la auditoría.
- Cómo se certifican los monitores.

La Iniciativa de Comercio Ético ha evitado por el momento acreditar auditores o certificar fábricas. Está con proyectos piloto para evaluar los distintos modelos de verificación del cumplimiento del código. El Comité Laboral Nacional de los EE.UU. y otros en defensa de los derechos laborales se oponen a la participación privada en la auditoría. En Hong Kong la asociación Derechos Laborales en China respondió a una propuesta de la Iniciativa de Comercio Ético para participar en un proyecto piloto a cargo de los trabajadores. El rol de las organizaciones laborales y no gubernamentales de Hong Kong sería el de capacitar a los trabajadores en sus derechos y registrar las quejas cuando se violen esos derechos.

Activistas de salud ocupacional han desarrollado una propuesta que enfatizaría la capacitación y participación de las ONGs del Sur en el monitoreo de la salud

ocupacional. Después de dos juicios colectivos contra 18 empresas de EE.UU. de la indumentaria por explotación y trabajos forzados en Saipan, cuatro de ellas han llegado a un acuerdo que les exige participar en un sistema con monitoreo independiente.

Otra propuesta está siendo explorada por una red estudiantil universitaria Estudiantes Unidos contra la Explotación, USA. Se centraría en el cumplimiento de códigos universitarios para productos bajo licencia. Su enfoque estaría centrado en mayor acceso público a la información sobre localización de fábricas y procedimientos transparentes de reclamo por parte de los trabajadores y otros interesados

## **FLA: EL CÓDIGO ELEGIDO POR LAS MARCAS**

La Asociación por Labor Justa (FLA, Fair Labor Association) es producto de la iniciativa de Clinton y una asociación de industrias de la indumentaria. Son miembros Nike, Reebok, Levi Strauss, Liz Claiborne, Phillips-Van Heusen, además 131 universidades cuyas prendas bajo licencia son producidas por firmas de EE.UU. Son ONGs miembros: International Labour Rights Found Lawyers Committee for Human Rights, National Consumers League, Business for Social Responsibility y el Robert Kennedy Memorial Centre for Human Rights.

El código de conducta del lugar de trabajo contiene cláusulas sobre la libertad sindical, negociación colectiva, pago de salarios mínimos locales o salarios industriales prevalentes. Certifican a marcas (diferencia con SA8000) en el Norte basándose en el monitoreo de una muestra del 30% de los proveedores de una empresa

Los monitores surgen de una lista de firmas de auditoría y ONGs acreditadas por el Consejo de la FLA. Los informes son públicos, pero no la ubicación de las fábricas monitoreadas o certificadas.

Las posiciones respecto al código son controvertidas. Ha recibido críticas porque no asegura un salario para vivir, no trata adecuadamente los problemas de libertad de asociación y por el muestreo del 30%.

## **4. CÓDIGOS Y REGULACIONES**

Debe quedar en claro que el monitoreo independiente no debe ser considerado un sustituto de la regulación gubernamental. El Código Australiano (Trabajo a Domicilio) es un ejemplo de cómo puede utilizarse un código para reforzar la legislación propia.

Es conveniente reflexionar sobre el hecho de que el debate sobre códigos de



conducta ha superado las viejas concepciones sobre autoregulación empresarial y buena conducta empresaria hasta modelos nuevos de rendición de cuentas, regulación social y participación de los trabajadores y ciudadanos.

Sabemos que no son la respuesta ante prácticas de explotación, pero tienen potencialidades, teniendo en cuenta que:

- la aceptación empresarial de los estándares de la OIT mediante códigos voluntarios podría significar un avance.
- Son interesantes las posibilidades de aplicación transnacional e indispensable su aplicación a toda la línea de proveedores.
- El tema del monitoreo independiente y de la organización sindical es básico.

## **Hay ciertos condicionantes para que los códigos sean efectivos**

- El público debe tener acceso a información sobre ubicación de establecimientos productivos y el progreso realizado por las empresas para cumplir con el código.
- Muchos piensan que los proveedores deben ser compensados adecuadamente por los costos pertinentes del cumplimiento del código y aliviados de las presiones de fechas de entrega demasiado exigentes.
- Los trabajadores y terceros deberían tener medios seguros para registrar reclamos sin temor a represalias. Además deberían al menos conocer la existencia de los códigos y tener conocimiento de sus derechos bajo los mismos, y también bajo las leyes locales y los estándares internacionales.
- La empresa debería comprometerse con la capacitación de gerentes y trabajadores en estos principios. La capacitación debería ser brindada por organizaciones locales confiables de mujeres y de derechos humanos, con la cooperación de las empresas del Norte y sus contratistas del Sur.

## **5. OTRAS EXPERIENCIAS VOLUNTARIAS**

### **5.1. La norma SA 8000 de Responsabilidad Social tiene difusión entre los países europeos**

Sus disposiciones están basadas en:

- Convenio de la Organización Internacional del Trabajo

- Convenio sobre Derechos del Niño de las Naciones Unidas.
- Declaración Universal de Derechos Humanos.

En especial se atiende a los siguientes aspectos:

- trabajo infantil
- trabajo forzoso
- seguridad y salud en el trabajo
- resarcimiento
- horas de trabajo
- discriminación
- disciplina
- libertad sindical y negociación colectiva
- sistema de administración

## Características

Es una iniciativa del sector privado con participación sindical tanto en el desarrollo como en la revisión continua del modelo de “auditoría social” del sector privado. Perteneció a la Agencia de Acreditación del Consejo de Prioridades Económicas de Nueva York CEPAA (Council on Economic Priorities Accreditation Agency). No certifica fábricas, acredita organizaciones, generalmente firmas internacionales de certificación. Excluye a las ONGs locales de tener un rol efectivo en la verificación de cumplimiento. Si lo quieren deben acreditarse como auditores profesionales y ser contratadas por empresas que desean la acreditación. Terceras partes interesadas tienen el derecho de apelar al organismo de certificación o a CEPAA, cuestionando certificaciones o pidiendo la revocación de la acreditación de una determinada firma de certificación.

A favor de esta forma de acreditación está Neil Kearney, secretario general de la Federación Internacional de Trabajadores Textiles, de la Confección y del Cuero (FITTVC), apoya el modelo y piensa que el rol apropiado de las ONGs y los sindicatos es consultar con los auditores sociales profesionales y prepararse para cuestionar las certificaciones más que participar en ellas. Kearney forma parte del Consejo Asesor del SA 8000 junto a personas que representan a Avon, Toys “R”, the Body Shop, Promodes (Francia).

También están a favor: Sainsbury (Gran Bretaña), Otto-Versand (Alemania), Grupo M (República Dominicana), Eileen Fisher (EE.UU.) así como la Fundación Abrinq por los Derechos del Niño (Brasil), el Comité Nacional sobre el Trabajo Infantil de los EE.UU. y Amnistía Internacional.

## Cuestionan la certificación de China

El Comité Cristiano Industrial acusa a la fábrica de calzado Yongsheng, en el sur de China, de violar el estándar del SA 8000; cuestionan el haberla certificado inapropiadamente (DNV, Det Norske Veritas) y la efectividad de los procedimientos de quejas del SA 8000 basado en New York. Se está revisando la acreditación de la firma.

La DNV, por su parte dice que es imposible hacer cumplir los estándares laborales al Sur de China y que se prepara para abandonar este tipo de acreditación. Su representante en Hong Kong expresó: *“En el sur de China, todos los factores están en contra de los auditores. Están las multinacionales que quieren costos laborales bajos, los gerentes de las fábricas, que no simpatizan con nosotros debido a las multas por incumplimiento y aún los gobiernos locales en muchos lugares que están a favor del negocio que estas fábricas representan y quieren mantenerlos. Todo esto es negativo para la causa de los trabajadores”*.

## 5.2. Comisiones de las Comunidades Europeas

Han concluido en Bruselas, el 18 de julio de 2001 el *Libro Verde* para “Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas”.

Tiene entre sus antecedentes al Pacto Mundial de las Naciones Unidas (UN Global Compact; 2000); la Declaración Tripartita de la OIT sobre Empresas Multinacionales y la política social y las directrices de la OCDE para las empresas multinacionales

La contribución de la Unión Europea está dada por la elaboración de principios, enfoques e instrumentos y promoción de prácticas correctas en busca de la calidad y coherencia de las actividades en materia de responsabilidad social de las empresas. Lo hacen apoyando planteamientos de buenas prácticas por lo que respecta a la evaluación de la rentabilidad y la verificación independiente de las prácticas de responsabilidad social de las empresas, garantizando su eficacia y credibilidad

Pero veamos qué es esto de la responsabilidad social: sintéticamente podríamos decir que consiste en la integración voluntaria de las preocupaciones sociales y medioambientales en las operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores. No sólo es cumplir con las obligaciones jurídicas, sino invertir más en el capital humano, el entorno y las relaciones con los interlocutores. Parten de la base que no puede ser un sustituto de la legislación. La dimensión interna de la responsabilidad social afecta en primer lugar a los trabajadores y

se refieren a inversión en recursos humanos, la salud y seguridad, y la gestión del cambio y en cuanto al medio ambiente a la gestión de los recursos naturales utilizados durante la producción.

En cuanto hace a la salud y seguridad en el trabajo hacen especial hincapié en: la preocupación por los subcontratistas y proveedores; la promoción de la salud y seguridad mediante condiciones para adquirir productos y servicios y para promoción de los propios; la utilización de listas de control para contratistas y la adopción de certificaciones/etiquetas.

### 5.3. Las etiquetas sociales

Lo que más interesa a los consumidores europeos es la protección de la salud y seguridad de los trabajadores; el respeto a los derechos humanos en el funcionamiento de las empresas y en toda la cadena de suministros y la protección del medio ambiente, sobre todo la reducción de gases con efecto invernadero.

Esto ha dado lugar a etiquetas sociales y ecológicas, pero hasta ahora restringidas.

### 5.4. Los códigos de buenas prácticas en la prevención

Los códigos de buenas prácticas son los instrumentos más difundidos en los países con mejor desarrollo de la salud y seguridad en el trabajo. Es por esto que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo de Argentina concursó la redacción de uno para nuestro país, que ya está disponible. Por otra parte se reconoce que la implantación de un sistema de gestión de la salud y seguridad en el trabajo no tiene posibilidades de éxito duradero si no es acompañado por un código de buenas prácticas.

La expresión *código de buenas prácticas* hace referencia a aquellas características de una actividad o forma de organización que influyen de manera relevante en la *calidad* del producto. Podríamos resumir diciendo que lo que pretende un código de buenas prácticas es “*Hacer lo que hay que hacer y hacerlo bien*”.

Un código de buenas prácticas se basa en cuatro principios:

1. el respeto por las normas,
2. el seguimiento de los postulados de calidad,
3. la evidencia científica y
4. el respeto a los principios éticos.

Un trabajo inédito de Mario Epelman<sup>2</sup> nos indica que el corazón de un código de buenas prácticas está en tener claro los principios básicos del área de

prevención. En este sentido Kaj Frick<sup>3</sup>, sostiene los siguientes:

- las condiciones de trabajo son un aspecto de la producción.
- La dirección de la empresa es responsable de las condiciones de trabajo.
- Las consideraciones sobre salud y seguridad deben estar integradas a las decisiones de gestión empresarial.
- El asesoramiento técnico es un *pre-requisito* de las decisiones en prevención.
- La acción preventiva requiere de tareas y recursos distribuidos adecuadamente dentro de la organización.
- La dirección de la empresa no puede resolver por sí sola los problemas de salud y seguridad en el trabajo.
- La participación de los trabajadores es una condición para el éxito de los programas de prevención.

## NOTAS

<sup>1</sup>. Conferencia presentada en el XII Congreso Argentino de Medicina del Trabajo, Buenos Aires. 2002.

<sup>2</sup>. Epelman, Mario. Trabajo no publicado, multicopiado.

<sup>3</sup>. Frick, Kaj . Sociólogo investigador del Swedish National Institute for Working Life desde 1970.



## ACERCA DE LA ÉTICA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

El rango de las cuestiones éticas en materia de salud ocupacional es muy amplio y este artículo no pretende agotar el tema. Tampoco se intentará dar respuestas a cada uno de los problemas que se expondrán. Las respuestas tal vez se deban encontrar en la reflexión íntima y si fuera posible en la colectiva.

Últimamente hablar de ética es casi moneda corriente, con lo que es lícito suponer que estamos frente a una crisis de valores, que en oportunidades nos deja atónitos. Intentaré mostrar que esta crisis cobra vigor y perfil propio dentro de la salud ocupacional. Para ello, será necesario compartir algunos principios teóricos.

Durante muchísimos años, y hasta no hace mucho, la ética ha sido de código único, los valores éticos eran unos valores objetivos, reconocibles y exigibles por todo el mundo. En esa forma de ver la ética, quien no cumplía con esos valores era un depravado, o como sostenía Platón “un enfermo” o un ignorante. Hoy, vivimos un mundo donde la opinión más frecuente es que la ética es una cuestión individual. Es decir, que cada uno se las arregle como pueda y que no es posible tener criterios objetivos o intersubjetivos en las cuestiones morales. Estamos entonces ante la teoría del código múltiple.<sup>1</sup>

El problema de no dejar todo al manejo de la conciencia individual pero al mismo tiempo respetarla, es buscar un puente entre la noción de código único y aquella que hace al código múltiple.

Tom Beauchamp<sup>2</sup> y James Childress, desde dos ópticas distintas, una la utilitarista y otra la deontológica, construyeron en los ‘70 un modelo asumible por una sociedad pluralista. Ellos adoptan primariamente la posición de un profesor de ética de principios de siglo, Sir Davis Ross, quien distingue los deberes *prima facie* de los deberes efectivos. Los deberes *prima facie* serían, por ejemplo, el *deber de gratitud* que es un deber moral que se nos impone a todos,

o el *deber de cumplir las promesas*. Si consideramos este último podemos ver que en oportunidades no podemos llegar a hora a una cita, por ejemplo, y pese a que la causa fue justificada es muy posible quedar con mala conciencia. Esto muestra que por un lado hay unos deberes *prima facie* que son objetivos o si se quiere intersubjetivos y otro nivel que es el de los deberes efectivos, que son aquellos que nos obligan, en cierto momento, y que entran en conflicto con ciertos deberes *prima facie*. Cuando el conflicto se establece hay que jerarquizar lo que dice Ross.<sup>3</sup>

Beauchamp y Childress llegan a establecer cuatro principios *prima facie*, asumibles por una gran mayoría:

*Principio de no maleficencia*: yo no puedo hacer mal a otro.

*Principio de beneficencia*: tengo que brindar socorro en ciertas circunstancias, sobre todo si me lo piden.

*Principio de autonomía*: hay que respetar la conciencia y libertad de las personas y su autonomía.

*Principio de justicia*: hay que tratar a todos por igual, con equidad. Toda discriminación se siente como injusta e inmoral.

Para la mayoría de los autores, estos cuatro principios son principios *prima facie*, es decir principios primarios. ¿Cómo jerarquizar los principios cuando se da la pugna con aquellos efectivos de los cuales hablamos? El tema de la jerarquización es algo que muy a menudo hacemos y que nos deja de un lado u otro de la barrera. La jerarquización precisa de la intersubjetividad.

Creo que la actitud ética está básicamente relacionada con el conocimiento de la realidad de lo humano, ya que los hombres no somos medios sino fin en nosotros mismos, por lo tanto todos merecemos igual consideración y respeto. Esta idea de respeto es quizás una piedra fundamental de la ética aprovechable desde las profesiones dedicadas a la salud y seguridad en el trabajo.

En relación con lo dicho y como forma de adentrarnos en las vertientes prácticas de la ética, intentaré, inicialmente, dar noticias de algunos problemas en la relación médico paciente que son frecuentes, tanto en las consultas en organismos públicos como privados, incluyendo las empresas. Antes de ello recordaré que el campo de la ética en materia de salud tiene mucho por trabajar; después de la ablación de riñones de ciudadanos turcos para ser destinados al trasplante en una clínica de Londres<sup>4</sup>, no puede ser extraño que cualquier campo de la salud, en nuestro caso la salud de los trabajadores, sea sujeto de consideración.

La consulta médica en sí es un acto con dos personas en condiciones no igualitarias, donde una de ellas ha concurrido al encuentro en búsqueda de ayuda.



En oportunidades estas consultas son una mala caricatura de lo que deberían ser. Quien está informado, el médico, puede que entre otras muestras de su poder sea reticente en recibir y dar explicaciones. La relación médico paciente se transforma entonces en un acto de fe. Freidson, quien estudió estas relaciones, dice que la insistencia en la fe constituye una insistencia en que el cliente renuncie al papel de adulto independiente, el cual al ser neutralizado, protege los fundamentos esotéricos de la autoridad institucionalizada de la profesión.<sup>5</sup>

Cuando un trabajador relata sus condiciones de trabajo a un médico y se atreve a insinuar alguna relación causal entre ellas y el proceso mórbido que lo aqueja, desarticula la relación de poder, entonces es el médico el vulnerable porque la información pertenece al paciente. Ante estos casos la respuesta a flor de labios suele ser: “No, no tiene nada que ver”, aunque la respuesta implique iatrogenia<sup>6</sup>. Cuando se establece esta relación médico paciente pareciera que se está violando, al menos, uno de los deberes *prima facie*, el de autonomía, y no parecieran vislumbrarse otros deberes morales de mayor jerarquía que lo justifiquen.

Pasando a un aspecto mucho más general, se considerará, en primer lugar, algunos puntos de las condiciones de trabajo que violan la ética, para luego concentrar la atención en los elementos más próximos al ejercicio profesional y aún en algunas conductas que se pueden observar en los medios oficiales, en los estratos académicos y científicos y dentro de las empresas.

Veamos que hay conflictos éticos entre las condiciones de trabajo y el proceso salud-enfermedad: 330.000 trabajadores muertos en el mundo por accidentes de trabajo cada año y 1.200.000 fallecidos a consecuencia de sus condiciones de trabajo parecen ser suficiente ejemplificación<sup>7</sup>. Para estos trabajadores no hay mausoleos ni monumentos, porque sólo serían el testimonio de las ocasiones perdidas, de las negligencias<sup>8</sup>. En cada accidente o enfermedad del trabajo que provoca una muerte se podría reflexionar acerca de cómo jugó el deber ético de no maleficencia. Si se plantea el tema de esta forma es porque las dolencias del trabajo no son producto de la mala suerte, tienen causas y estas son prevenibles. Coincidentemente hay elementos de las condiciones de trabajo absolutamente reñidas con la ética. Vale la pena recordar que aún hay formas de trabajo que violan los derechos humanos fundamentales, como el trabajo esclavo o el trabajo forzoso, ambos con probada existencia en Latinoamérica. Conocemos también el trabajo infantil en formas y momentos donde los derechos de los niños son pisoteados, volcándolos en ocasiones no solamente a la falta de futuro sino a la humillación y la destrucción psíquica. Esta realidad, aunque sea pobre excusa, acontece también en países desarrollados, en especial con los hijos de inmigrantes.

Sin soslayar formas de vinculación laboral hoy en boga, que no garantizan el derecho al trabajo estable y que condicionan la precariedad en el empleo, estoy haciendo referencia a las formas de trabajo “basura”; consideremos también que las mismas formas de remuneración pueden configurar agresiones a la ética. Veamos, por ejemplo el trabajo a destajo, que en lugar de extinguirse se masifica y llega a los sectores de servicios, o el pago de adicionales por tolerar condiciones de insalubridad como aún se puede leer en convenios colectivos de trabajo. Reflexionemos ahora sobre algunos aspectos que involucran a los profesionales que actúan en el tema.

Todo profesional especializado en las áreas de la salud ocupacional tiene responsabilidades morales que derivan de sus conocimientos específicos. Somos nosotros quienes sabemos, en buena parte de los casos, qué elementos de las condiciones de trabajo pueden dañar y cuáles son las mejores estrategias de prevención. Estamos preparados técnicamente, además, para poner en marcha medidas correctivas inmediatas. Consideremos entonces qué suele acontecer en la realidad dentro de las empresas, a través de algunas pinturas.

Tal vez uno de los roles profesionales donde es posible ver más claramente los problemas es describiendo algunas de las situaciones que se le presentan al médico en la empresa.

La situación más corriente, en distintos países, es que el empleador quiera utilizarlo como agente de control social<sup>9</sup>. Él, aguarda como misión cardinal del médico que le informe si un trabajador puede trabajar o no y si se ausenta cuándo reiniciará las labores. El control de absentismo es, para este modelo de empleador, la tarea central del médico del trabajo. El trabajador por su parte aguarda que el médico se preocupe por él y en muchos casos que se comporte como su abogado. La pregunta a efectuarse sería: *¿Cuál es su rol cuando los intereses de empleadores y trabajadores son contradictorios?* Lo cierto es que habitualmente esta diferencia de intereses se expresa en el médico en forma de frustración personal. Cuando el ejercicio al que se ve obligado el médico es el relatado, las relaciones entre médicos y trabajadores dejan de ser las de médico-paciente deseables para pasar a ser relaciones de mutua desconfianza. El médico se atrinchera entonces detrás del escritorio, tratando de evidenciar la simulación del trabajador y éste llega a sabiendas de que sus argumentaciones van a ser mal escuchadas.

Otra situación que puede poner en conflicto a los médicos son los exámenes médicos preocupacionales y periódicos. Si bien la finalidad proclamada puede ser otra, los exámenes preocupacionales se efectúan con el objetivo de considerar las capacidades de un postulante para efectuar un trabajo, o peor

aún, cualquier trabajo, buscando a un individuo más cercano a Superman que a la media de salud de la población de la clase social a la que pertenece el aspirante. También pueden efectuarse con la intención de estar en capacidad de predecir un futuro problema de salud que puede provocar ausencias o limitaciones en el trabajo, aumentos en las cuotas del seguro, sea este público o privado, o simplemente comportar un gasto para la compañía. En virtud de esto, el diseño de los exámenes preocupacionales suele dirigirse más a la búsqueda de una presunta fragilidad que al conocimiento de las aptitudes.

Un problema que vale la pena considerar, por su actualidad, es el tema del SIDA en los exámenes preocupacionales. En casi todos los países, incluyendo Argentina, está prohibido efectuar el estudio de anticuerpos HIV sin el consentimiento informado del trabajador. Esta posición es burlada en la práctica. La burla más dramática es aquella en que no se da a conocer al trabajador que el estudio se está haciendo y en caso de obtenerse resultados positivos, se le niega el empleo sin comunicarle su problema. He podido constatar que esta práctica existe en el país y tendría cierta difusión. Pero, veamos la otra en que se informa al trabajador para que elija libremente si hacerse o no el estudio. ¿Está en realidad el trabajador en situación de elegir libremente cuando está buscando empleo? En general, podríamos afirmar que, para un trabajador, la posibilidad de participar libremente de un *screening* no existe. *¿Dónde queda entonces el principio de autonomía?*

Dentro del mismo tema es menester tener en cuenta que se está produciendo una revolución en la biología y la medicina como consecuencia del rápido crecimiento de los conocimientos en materia de biología molecular. Las nuevas informaciones están prestando servicios en la elucidación de mecanismos patogénicos, en el andamiaje de nuevos métodos diagnósticos y aun en anticipar la susceptibilidad de grupos de individuos a determinadas noxas. En efecto, han sido identificadas variaciones genéticas, como asociadas a la resistencia o susceptibilidad al cáncer, el enfisema, la diabetes y enfermedades cardíacas. Este nuevo conocimiento tan atractivo nos puede poner de frente, no obstante, a problemas éticos de envergadura. Por ejemplo, seleccionar la mano de obra según estos principios podría ser una nueva forma de discriminación en el empleo. De hecho la discriminación genética en el trabajo ya está en marcha y se conocen presentaciones ante los tribunales en los Estados Unidos. Recientemente, en Argentina, un decreto que modifica algunos aspectos de la ley de Riesgos del Trabajo (que administra la cobertura de los accidentes de trabajo a través de aseguradoras privadas) intentó abrir la lista cerrada de enfermedades profesionales. En su afán de que esta apertura fuese “controlada”

expresa que “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*.” La norma implanta por lo tanto la discriminación genética.

En los exámenes periódicos se presentan otros problemas éticos. Se coincidirá en que un examen periódico es útil en la medida que, a través de procedimientos aceptables, no cruentos, sensibles y específicos, puedan detectarse efectos sobre la salud de los factores de riesgo laboral a los cuales está expuesto el trabajador en fase temprana y reversible. En el diseño de estos exámenes, en la selección de los procedimientos, estaremos jugando con los principios de beneficencia y de no maleficencia. Veamos un ejemplo sencillo: quien en una población urbana, confía a la audición de la voz cuchicheada en lugar de la audiometría, el reconocer los impactos del ruido sobre el oído está señalando ignorancia, o que su marco ético es peculiar. Afortunadamente, algunos de los países de la región (Argentina y Brasil por ejemplo) cuentan con normas que garantizan cierto número de exámenes específicos. Pero, en los exámenes periódicos juega además otro factor importante: la confidencialidad de los resultados. Nadie puede preguntarse si es o no ético dar a conocer al empleador los resultados individuales de cada trabajador. Sin embargo, es posible que el empleador los pida para tomar alguna decisión, por ejemplo despedir al personal enfermo. He visto estas conductas.

Los problemas éticos no se presentan sólo a los médicos, sino también al resto de las profesiones que actúan en la salud ocupacional. Veamos el caso de los ingenieros donde sus consejos para reducir la nocividad de un determinado trabajo son ignorados. ¿Cumplió su tarea con haber advertido al empleador sobre el riesgo y haber mostrado su solución? ¿Debería advertir a la inspección del trabajo o a los propios trabajadores de la situación? En las respuestas a estas preguntas se va dibujando el marco ético de actuación. Nadie puede ignorar que en él cobran jerarquía la seguridad en el empleo del propio profesional y la magnitud que se otorga al propio bienestar familiar. ¿*Cuál de los deberes se debe privilegiar?*

En estudios que tuve oportunidad de realizar en mi país, y que he ratificado en otros, he podido constatar algunas prácticas en materia de higiene y seguridad que también son susceptibles reflexión desde el punto de vista ético. La primera de ellas es la atinente a la causalidad de los accidentes. Demasiado frecuentemente es posible ver aún hoy esgrimir la teoría de la distracción o del acto inseguro del trabajador como causa de la siniestralidad. Es decir en la

investigación de accidentes se tiende a buscar culpables en lugar de buscar causas, que sería la conducta que puede permitir su control para evitar la repetición del siniestro.

La otra tendencia masiva es a confiar a la protección personal el control de riesgos que se podría efectuar sobre el proceso productivo. Esta especie de “ponciopilatismo” puede resultar cómoda, pero muestra una contradicción central en el desarrollo de la ciencia y la técnica, que parecería ser incapaz de controlar el mismo riesgo que creó.

Las prácticas comentadas pueden ser vistas tan sólo como erróneas, al reflexionar sobre sus consecuencias también sería posible encontrar implicancias éticas.

Una tendencia que avanza en las grandes empresas es la promoción de formas de vida más sanas, combatir el hábito tabáquico o alcohólico, programas de reducción de peso, detección de la diabetes o la hipertensión arterial son algunas de las acciones encaradas. La Organización Mundial de la Salud se ha referido a la buena oportunidad que presentan las empresas para llegar con estos programas a los trabajadores, población difícilmente accesible de otra forma. Todos estaremos de acuerdo con la validez de estos enfoques, pero lo que debe tenerse en cuenta es que estos programas no deben postergar aquellos destinados a prevenir los riesgos laborales, porque si no estaríamos asumiendo una conducta hipócrita y engañosa.

Antes de pasar a considerar una dimensión de actividades que no se limita al mundo de la empresa, sino al de las organizaciones gubernamentales y al mundo científico, es necesario efectuar un breve comentario con respecto al *derecho a conocer*, consagrado hoy en muchas legislaciones del mundo. Sin duda este es un derecho fundamental de los trabajadores, al menos cuando es acompañado por empleadores dispuestos a dar buena calidad de información. Por este derecho los trabajadores se informan sobre los riesgos a los que están expuestos, sus efectos potenciales sobre la salud y las estrategias de prevención disponibles.

Digamos entonces que en primer lugar el riesgo más antiético es el riesgo desconocido, porque no da lugar a la más elemental de las defensas<sup>10</sup>. La identificación y evaluación del riesgo es también un imperativo moral. Los trabajadores no tienen la posibilidad de elegir libremente los lugares y ambientes de trabajo. Esta desventaja impone la necesidad. Sin embargo es importante conocer que hay una corriente de pensamiento cada vez más fuerte que dice que el derecho a conocer para tener verdadera validez debe ser acompañado por el *derecho a actuar*. La diferencia que implica esta postura es tan clara que no vale la pena fatigarlos con un mayor desarrollo del tema.

Sin embargo, con respecto a este derecho los empresarios deben conocer que el público está desilusionado en relación a la información que brindan las empresas químicas. Así consideran que son aquellas que más conocimiento tienen respecto de los riesgos para la salud de las sustancias que producen, pero también sus informaciones son menos creíbles. Justamente el programa de cuidados responsables que han encarado algunas empresas químicas de nivel internacional parte de haber conocido este pensamiento de la población a través de una investigación practicada en 1990.<sup>11</sup>

Veamos ahora qué sucede en materia de salud ocupacional en el área de la ciencia y las normas.

Partiendo de la base de que no habría nada absolutamente seguro y de que en la práctica es muy difícil técnica o económicamente llegar a la noción de riesgo cero, apareció la noción de riesgo admisible. Para evaluar un riesgo y llegar al establecimiento de un riesgo admisible, se requiere de procedimientos científicos, dentro de ellos la experimentación animal, los estudios de casos y epidemiológicos, etc. No obstante debe tenerse en cuenta que la determinación precisa del riesgo causado por un elemento, en la práctica es bien distinto de la fijación de riesgos admisibles. La evaluación de un riesgo precisa de todos los datos científicos pertinentes; la fijación de un umbral admisible no solamente utiliza la limitación de los conocimientos científicos, sino que se funda en otros parámetros, dentro de los cuales juega un papel preponderante el poder económico y político y donde raramente se toma en cuenta la opinión de los expuestos. También frente a la noción de riesgo admisible uno podría preguntarse ¿admisible para quien? Seguramente el concepto de admisibilidad sería distinto si consultamos a quien genera el riesgo que si lo hiciéramos a quien está expuesto a él.

Estas contradicciones se observan también en los estratos académicos. Si bien se pregonan la objetividad de la ciencia, la historia nos muestra que los usos que de ella se hicieron son variables. Está claro que debemos valorar los esfuerzos de los científicos, pero debe tenerse en cuenta que no siempre sus productos son asépticos, sus propios valores culturales y las presiones y subvenciones externas cooperan para ello. Por ejemplo, dentro de la epidemiología, en el mismo diseño de un trabajo, en la selección de los casos, en la selección de los controles, en la determinación de las variables de confusión puede estar, premeditadamente, incluido el sesgo de la investigación y de sus resultados finales. Si quisiera demostrar que el asbesto no aumenta el riesgo de cáncer de pulmón entre los trabajadores expuestos, bastaría escoger una población donde la antigüedad de los trabajadores en su contacto con el amianto no fuera

superior al período de latencia para la aparición de la enfermedad. Esto puede parecer muy burdo, sin embargo se ha hecho. El Consejo de Investigaciones Científicas del Canadá, hace pocos años, descubrió la falacia del estudio a raíz de que les llamó la atención que el mismo trabajo que había aparecido en el país publicado con el solo financiamiento de una universidad, se publicó posteriormente en Inglaterra y en los agradecimientos el investigador dice que ese estudio hubiera sido imposible sin la financiación de la Asociación de Empleadores Mineros de Quebec.<sup>12</sup>

Michael Baram, socio de la firma de Boston Braceen-Baram y director del Programa de Legislación del Gobierno en el Franklin Pierce Law Center, nos introduce en la temática de las decisiones normativas desde otro ángulo<sup>13</sup>. Dice Baram: “Una evaluación que acabo de completar acerca del empleo del análisis costo-beneficio en la toma de decisiones legales sobre problemas de sanidad, seguridad y medio ambiente para la Conferencia Administrativa de los Estados Unidos”, me permitió descubrir tres cosas:

1. el análisis costo-beneficio es un *juego de números* que se utiliza para oponerse a acciones legales destinadas a proteger la salud pública y el medio ambiente. Empleando una técnica inadecuada, el análisis costo beneficio, ciertos funcionarios y sus consejeros valoran reiteradamente a su arbitrio la vida humana y “trucan los números” para obtener resultados que seguidamente utilizarán para demostrar que el ahorro en vidas humanas, consecuente con la eliminación de ciertos riesgos para la salud, tiene menos peso que su coste para la industria.
2. En sus esfuerzos por obstruir la acción gubernamental protectora de la salud pública, ciertos funcionarios del área ejecutiva, emplean los resultados del análisis costo beneficio al margen de los procedimientos de actuación legalmente establecidos por las “agencias”. Los funcionarios de la oficina ejecutiva mantienen a menudo contactos “extraoficiales” con personas que tienen capacidad de decisión dentro de las agencias e influyen indebidamente sobre ellas. Esta práctica también obstruye la supervisión judicial, así como otros mecanismos de control previstos en los estatutos de las agencias.
3. Para introducir las consideraciones económicas en los procesos de toma de decisiones de las agencias, pueden desarrollarse análisis más apropiados. Deben establecerse metas con relación a la reducción de riesgos para la salud humana en base a la información sobre riesgos probados para la salud y las tecnologías disponibles para la reducción de riesgos, y después escoger el medio más efectivo en cuanto a costo para

lograr tales metas. Esta manera de abordar el problema desde el punto de vista del costo satisface tanto los criterios humanitarios como los de eficiencia económica. Es muy distinto al criterio costo-beneficio que marca metas para la salud en base a determinar “si el valor de las vidas humanas a salvar supera al costo para la industria”.

La claridad de los juicios y de la propuesta obvia los comentarios.

Dentro del contexto regulatorio es también usual solicitar datos estadísticos con un nivel de confianza de 95% para reducir la posibilidad de hallar falsos positivos. Esto puede tener un terrible impacto cuando el principio se aplica sobre poblaciones pequeñas frente a enfermedades de baja frecuencia. En este sentido Carl Cranor sostiene que la regla del 95% en muchos casos puede proteger bien a las empresas que producen ciertas sustancias más que a sus potenciales víctimas<sup>14</sup>. Algo parecido sucede con los estándares adoptados para fijar las concentraciones admisibles de sustancias tóxicas en el ambiente de trabajo. Nuestro país en este caso adopta los provenientes de la Conferencia de Higienistas Americanos, quienes por definición dejan sin protección a los hipersensibles. Los hipersensibles son alrededor del 10% de la población.

A lo largo de este artículo se ha intentado ofrecer un panorama de distintos conflictos dentro del área de cuidado de la salud de quienes trabajan. Todos los trabajadores de la salud ocupacional tendríamos algunas de las situaciones descritas para relatar, porque fuimos sus protagonistas o testigos, pero sin duda las tendrían también los hombres dedicados a las relaciones laborales y los propios empresarios. En el caso de los profesionales de la salud ocupacional la Comisión Internacional de Salud Ocupacional decidió afrontar el tema mediante la redacción y divulgación de un Código de Ética para nuestro ejercicio.

Los siguientes son algunos de sus puntos salientes:

1. Los profesionales de la salud en el trabajo están al servicio de la salud y el bienestar de los trabajadores, tanto individual como colectivamente, y deben contribuir al mejoramiento de la salud pública y el medio ambiente.
2. Los deberes de los profesionales de la salud en el trabajo incluyen la protección de la vida y la salud de los trabajadores, el respeto por la dignidad humana y la promoción de los más elevados principios éticos en las políticas y programas en salud ocupacional. La imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos sobre la salud y la vida privada de los trabajadores, son parte fundamental de estas obligaciones y de la integridad de la conducta profesional.



3. Los profesionales de la salud en el trabajo son expertos que deben disfrutar de una independencia profesional total en el ejercicio de sus funciones. Deben adquirir y mantener la competencia necesaria para ejercer sus obligaciones, y deben exigir las condiciones que les permitan llevar a cabo sus tareas, de acuerdo a la buena práctica y ética profesional.

Nunca he creído que hiciera falta un código de ética para que cada uno conozca si su conducta en cada caso es o no ética. No creo que la ética se aprenda en los códigos o en la universidad. Sin embargo un buen código de ética puede ser de ayuda para resistir las presiones que sin duda se pueden tener en el ejercicio profesional.<sup>15</sup>

De todas formas, una de las faltas más graves a la ética es actuar malamente cuando se tuvo la oportunidad y libertad de hacerlo éticamente.

Un conflicto más: si bien toda enfermedad profesional, sobre todo las conocidas desde hace miles de años, como la silicosis por ejemplo, de hecho muestra que el principio de beneficencia o de no dañar ha sido violado, hay daños superiores y que están más allá de toda frontera, de toda justificación. De esta forma se hace referencia a los daños a la reproducción, por ejemplo a la acción gonadotóxica del dibromo cloro propano (DBCP), que, esterilizando a miles de trabajadores agrícolas centroamericanos, les impidió cumplir con el mandato bíblico de crecer y multiplicarse. No puede haber justificación que avale este daño. Un trabajador podría, si no tiene otro remedio, elegir entre morir de hambre o aceptar exponerse laboralmente a una sustancia que puede causarle cáncer, pero cuando hablamos de alteraciones de la reproducción, estamos hablando de la existencia y la salud de las generaciones venideras. ¿Cuál es el marco ético que puede someter a un hombre a esta elección?

Todo trabajador que se mutila, enferma o muere en el mismo lugar donde fue a buscar su sustento y el de su familia, muestra que está pasando demasiado tiempo para unir la ciencia con la ética.

Cuando se advierte en los países de la región el exceso de mortalidad por accidentes de trabajo respecto de los países, es obvio que también los empresarios deban reflexionar sobre la ética de su gestión. De nada servirán los códigos de ética profesionales si persisten prácticas empresarias con un concepto de las utilidades mezquino y asocial. Son los empresarios y no sus técnicos los responsables de las políticas y programas de cuidado de la salud de los trabajadores que se ponen en marcha en cada ámbito de trabajo.

Últimamente en la región, al son de las ideas de que todo lo estatal es malo y de la necesidad de ampliar el mercado privado, se asiste a procesos e intentos

de privatización del seguro de accidentes de trabajo. El seguro de accidentes de trabajo es antes que nada un seguro social. Sin embargo en los países donde tal privatización es una realidad (Argentina, Colombia) o donde hay procesos de discusión al respecto (Brasil, Uruguay, México) es indispensable considerar las salvaguardas necesarias para que las compañías de seguro cumplan el rol social que les corresponde. Resulta inadmisibles que se considere a esta cobertura, simplemente como un seguro más. La política de conservación de los grandes clientes debe buscar la forma de darse la mano con aquella que privilegie la atención de los más olvidados y necesitados, por más pequeñas dimensiones que tenga la empresa donde laboren.

Karl Bücher<sup>16</sup> al investigar el origen de la economía de los pueblos y el papel del ritmo en el proceso de trabajo incipiente, puso de manifiesto que no hay duda que durante incalculables períodos de tiempo el hombre vivió sin trabajar. Parece ser que en principio el trabajo se prestó en forma lúdica. Mediante su transformación en una especie de juego rítmico, la fatiga espiritual producida por el trabajo ejecutado era atenuada de modo tal que espíritus no ejercitados pueden ejecutarlo. Astrada afirma entonces que según Bücher el trabajo no ha nacido del apremio por satisfacer necesidades de la vida, sino de móviles o impulsos que están mas allá del imperativo de la necesidad, tales como el juego y la danza. Así nacieron las canciones y danzas del trabajo.

Estamos lejos de ese ayer.

Vinculado a lo expresado y a guisa de corolario de lo expuesto, reafirmaré la idea de que nuestra primera tarea, en la pretensión de recuperar elementales vínculos de solidaridad entre humanos, es, independientemente de nuestro rol social, colaborar activamente para que los trabajadores no se mueran, mutilen o enfermen en el mismo lugar donde fueron a buscar el sustento para sí y su familia, pero teniendo en cuenta que *la victoria final solo será alcanzada el día en que los trabajadores vuelvan a cantar cuando trabajan*.

## NOTAS

- <sup>1</sup>. Gracia Guillén, Diego (1993). Principios y metodología de la Bioética. Quadern CAPS N°19.
- <sup>2</sup>. Beauchamp, T.L.; Childress J.F. (1989). Principles of Biomedical Ethics. New York; Oxford University Press.
- <sup>3</sup>. Citado en Gracia Guillén, Diego (1993). Principios y metodología de la Bioética. Quadern CAPS N°19.
- <sup>4</sup>. Dyer, C. (1990). GMC's decision on "kidney for sale". British Medical Journal, 300: 961-962.
- <sup>5</sup>. Waitzkin, H.; Waterman, B. (1981). La explotación de la enfermedad en la Sociedad Capitalista. México: Nueva Imagen.
- <sup>6</sup>. Rodríguez, C.A. (1990). Salud y Trabajo: La situación de los trabajadores en la Argentina. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina.
- <sup>7</sup>. Cifras estimadas por la Organización Internacional del Trabajo.
- <sup>8</sup>. Gerhard Weissenberg, VI Welt Kongress, Libro de Actas, 1° Tomo, Viena 1971, pag. 35-38.
- <sup>9</sup>. Rest, K.M. (1995). Ethics in Occupational and Environmental Health. En: Levy, Barry S.; Wegman, David H. (Eds.). Occupational Health: Recognizing and Preventing Work-Related disease. New York: Little Brown.
- <sup>10</sup>. Rodríguez, C.A. (1993). Acerca de la Salud de los Trabajadores. Madrid: CC.OO.
- <sup>11</sup>. Mc Callum, D.B.; Covello V.T. (1989). What the public thinks about environmental data. EPA Journal, 15:22-23.
- <sup>12</sup>. Epstein, S.S. (1993). The politics of cancer. New York: De Anchor Books.
- <sup>13</sup>. Baram, M.S. (1981). The Use of Cost-Benefit Analysis in Regulatory Decision-Making is Proving Harmful to Public Health, N.Y. Acad. of Sciences Annals, v. 363.
- <sup>14</sup>. Cranor, C.F. (1990). Some moral issues in risk assessment. Ethics, 101:123-143.
- <sup>15</sup>. Samuels, Sheldon W. (1992). Principles for Ethical Practice of Environmental and Occupational Medicine. En: Rom, W.N. (Ed.). Environmental and Occupational Medicine. Boston: Little Brown.
- <sup>16</sup>. Citado en Estrada, Carlos (1965). Trabajo y alienación. Buenos Aires: Siglo XX. Pág. 46 y subsiguientes.



## SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACGIH: American Conference of Industrial Hygienists (Estados Unidos de Norteamérica)

ADN: Ácido Desoxirribonucleico

AISS: Asociación Internacional de la Seguridad Social

ALCA: Área de Libre Comercio de las Américas

ARP: Aseguradoras de Riesgos Profesionales (Colombia)

ART: Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (Argentina)

CARICOM: Caribbean Community = Comunidad del Caribe

Cd: Cadmio

CEPAL: Comisión Económica para América Latina (Naciones Unidas)

CINTERFOR: Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (OIT)

CO: Monóxido de Carbono

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina)

DBCP: Dibromo cloro propano

DES: Dietilbestrol

DDE: Diclorodifenildicloroetileno

DDT: Diclorodifeniltricloroetano

DNHS: Dirección Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (Argentina)

ECG: Electrocardiograma

EPA: Environmental Protection Agency = Agencia de Protección Ambiental (Estados Unidos de Norteamérica)

EE.UU.: Estados Unidos de Norteamérica

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations = Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

FISH: Fluorescent In Situ Hybridization = Hibridación in situ Fluorescente

FUNDACENTRO: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de medicina e segurança do trabalho (Brasil)

GATT: General Agreement on Tariffs and Trade = Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio

HIV: Human Immunodeficiency Virus = Virus de Inmunodeficiencia Humana

HSE: Health & Safety Executive (Reino Unido)

IARC: International Agency for Research on Cancer / OMS

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Ecuador)

ILPES: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social / CEPAL

INAIL: Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro = Instituto Nacional para el Seguro Contra los Accidentes en el Trabajo (Italia)

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina)

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica)

---

INP: Instituto de Normalización Previsional (Chile)  
 INRS: Institut National de Recherche et de Sécurité (Francia)  
 INSS: Instituto Nacional do Seguro Social (Brasil)  
 ISTAS: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. (Comisiones Obreras - España)  
 ISO: International Organization for Standardization  
 ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México)  
 LER: Lesiones por Esfuerzo Repetitivo  
 LRT: Ley de Riesgos del Trabajo (Argentina)  
 MERCOSUR: Mercado Común del Sur  
 NAFTA: North American Free Trade Agreement = TLCAN: Tratado de Libre Comercio de América del Norte  
 NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health = Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (Estados Unidos de Norteamérica)  
 OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos = OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development  
 OIT: Organización Internacional del Trabajo = ILO: International Labour Organization  
 OMC: Organización Mundial del Comercio = WTO: World Trade Organization  
 OMS: Organización Mundial de la Salud = WHO: World Health Organization  
 OPS: Organización Panamericana de la Salud / OMS = PAHO: Pan American Health Organization / WHO  
 OSHA: Occupational Safety & Health Administration (Estados Unidos de Norteamérica)  
 PCB: PolyChlorinated Biphenyls = Bifenilos Policlorados  
 PBI: Producto Bruto Interno  
 PEA: Población Económicamente Activa  
 PNB: Producto Nacional Bruto  
 PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo = UNDP: United Nations Development Programme  
 PROGRAMA PIACT: Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo / OIT  
 PROYECTO PLAGSALUD: Proyecto Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano / OPS  
 PVC: Poly(vinyl chloride) = Policloruro de vinilo  
 PyME: Pequeñas y Medianas Empresas  
 SAT: Seguro Acidente do Trabalho (Brasil)  
 SGRP: Sistema General de Riesgos Profesionales (Colombia)  
 SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
 SNC: Sistema Nervioso Central  
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud (Chile)

---

SRT : Superintendencia de Riesgos del Trabajo (Argentina)

SSN: Superintendencia de Seguros de la Nación (Argentina)

SST: Salud y Seguridad en el Trabajo

SUS: Sistema Único de Saúde (Brasil)

TLCAN: Tratado de Libre Comercio de América del Norte = NAFTA: North American Free Trade Agreement

TLV: Threshold Limit Values = Valor Límite Umbral

UE: Unión Europea

VCR: Virginia Cancer Registry

VDT: Video Display Terminal

Es experto en salud y seguridad en el trabajo de la OIT y OPS-OMS y efectúa consultorías periódicas en los países latinoamericanos y en España. Integra el Comité Consultivo en Salud y Seguridad del Trabajo de la Universidad de California (UCLA). Es consultor del BID y el Banco Mundial. Desarrolla actividades docentes en universidades de distintos países y en el Centro Internacional de Formación de la OIT en Torino (Italia). Así también cumple anualmente actividades educativas en distintos master en España.

Autor de diversas investigaciones, publicaciones y libros de la especialidad. El último, escrito en cooperación con Alfredo Conte-Grand, dedicado a los sistemas de aseguramiento de los riesgos del trabajo fue publicado, en portugués y en español, por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Ha sido *keynote speaker* del XII Congreso Mundial sobre Seguridad y Salud Ocupacional (OIT-AISS, 1993), celebrado en Nueva Delhi (India) en calidad de Profesor Invitado por la OIT, para presentar los Problemas y Prioridades en América Latina, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. También del 27º Congreso Internacional de Salud y Seguridad en el Trabajo organizado por la ICOH (2003). En 1996 la Federación Argentina de Medicina del Trabajo le otorgó el Diploma de Honor y Medalla de Oro al Mérito, "en reconocimiento a su importante y permanente contribución al desarrollo de la Salud Ocupacional y su fecunda labor Científica e Institucional en el campo de la Medicina del Trabajo". En el año 2004 recibió el Premio Especial del Jurado (tripartito) de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales dentro de los Premios 28 de Abril que por primera vez se otorgaban en España. Esta distinción destinada a españoles, se otorgó al Dr. Rodríguez por las contribuciones efectuadas a la salud de los trabajadores en España y Argentina.



*"Los textos del Doctor Carlos Aníbal Rodríguez son esfuerzo ejemplar de síntesis entre la información científica y el compromiso profesional, como así también una contribución a la necesaria tarea de reconstruir puentes entre la investigación y la intervención".*  
Dr. Pere Boix. España.

*"El libro aborda un sinnúmero de temas relevantes; lo que se advierte desde la primera a la última página, la mayoría de las veces de manera implícita, es que el autor no pierde de vista su preocupación permanente: la salud y la seguridad de los trabajadores, que el trabajador vaya a desempeñarse en su lugar de trabajo para ganarse la vida, no para perderla".*  
Pedro Daniel Weinberg. Uruguay.

*"El libro es interesante, muy fácil de leer y de comprender, de gran aplicación. Permite actualizar el conocimiento y pensar y reflexionar en el tema. Muy útil para profesionales, técnicos y estudiantes, pero también para trabajadores que intenten participar en el autocuidado de su salud".*  
Prof. Estela Raquel Giménez. Argentina

