

Sociologias

Sociologias

ISSN: 1517-4522

revsoc@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Brasil

Silva, María Alejandra

Arriesgarse para no perder el empleo: las secuelas en la salud de los obreros de la construcción del
Mercosur

Sociologias, vol. 4, núm. 8, julio-diciembre, 2002, pp. 358-399

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819566014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

Arriesgarse para no perder el empleo: las secuelas en la salud de los obreros de la construcción del Mercosur

MARÍA ALEJANDRA SILVA*

1 Introducción



El siguiente trabajo tiene por objeto realizar un estudio en el sector de la construcción, en donde se presume que los trabajadores exponen más su vida. En este caso, el área investigada es la de empresas de la construcción de los países miembros del Mercosur: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

Se abordó este tema porque la construcción es el sector productivo que posee más altas tasas de accidentes como primera causa de enfermedad, discapacidad y muerte; y altos índices de enfermedades relacionadas con el trabajo. Segundo estudios de la OIT, 5 de cada 20 trabajadores de la construcción sufren lesiones anualmente a causa de accidentes¹. En el Mercosur, presenta alto índice de siniestralidad que alcanza al 20% de los accidentes mortales de Uruguay, el 25% de los casos fatales registrados en Paraguay² y el 30% de los siniestros fatales de Argentina. También en Brasil la construcción ocupa el primer lugar en el ranking de accidentes laborales.

*Prof. Adjunta de la Cátedra de Medicina y Sociedad, Fac. de Cs. Médicas/UNR. Es maestrando en Ciencias Sociales/FLACSO.

¹Boletín virtual del Instituto Cuesta Duarte/PIT/CNT (2000).

²Cifras resultantes del escaso registro gubernamental.

Este hecho no sólo es preocupante en términos humanos sino también en términos económicos, pues tiene un costo³ enorme para el sistema de salud público, el privado y para la seguridad social⁴. En el caso específico de la construcción, se calcula que mientras los excesos de costes por errores de organización, alcanzan fácilmente un 2% del importe de las obras⁵, las inversiones previstas para solventar la seguridad en las mismas, significarían sólo un 1 % del costo global de éstas⁶.

No obstante, la situación se vuelve más compleja porque entre la idea y la realización de un proyecto existen numerosos riesgos a saber: materiales (toxicidad, fragilidad, etc.); útiles (complejidad de empleo, estabilidad, etc.); de energía (presión, falta de visibilidad, etc.); con los trabajadores (preparación para el trabajo, adaptabilidad al puesto, miedo al vacío, etc.), y con respecto al modo de operar. Si bien esos riesgos no pueden eliminarse, pueden llegar a disminuir mediante el conocimiento de los mismos por todos los participantes en el proyecto, la organización y la ejecución.

En primer término, la construcción posee características específicas que la diferencian de la industria en general⁷ porque es por proyecto, flexible y autónoma, con elevada fragmentación y reducida productividad. Cabe aclarar que se trata de un sector productivo muy peculiar debido a que se realiza "*in situ*", es una industria de proceso variable, tiene autonomía de gestión y producción por proyecto⁸.

3 Se incluye en los costos administrativos, los incurridos por la seguridad social, los empleadores, las aseguradoras, el gobierno, los sindicatos y los abogados. Xavier X. (1994). Evaluación económica de los accidentes de trabajo, en (Kornblit, A., 1994, p. 83).

4 En España, se estudiaron las variables de costo como: las estancias totales, el número de intervenciones quirúrgicas según tipo de anestesia, local o general; los minutos de ocupación de quirófano, las pruebas de laboratorio; el diagnóstico por imágenes; sesiones de fisioterapia y rehabilitación; el material protésico, las transfusiones, etc. (Pérez Salinas, I., 1997, p. 169).

5 Este costo puede eliminarse mediante un conocimiento de las técnicas de prevención, debido a la formación del proyectista y el propietario (AISS, 1990).

6 Suárez, O. Enfoque técnico sobre prevención. Ponencia presentada en las Jornadas de Higiene y Seguridad en Obras de Arquitectura, Rosario, 1999.

7 Panaia, M. (1998), Gestión del proyecto, gestión del proceso productivo y gestión de empresas en el sector de la construcción de Argentina, *Congresso Latino-americano "Tecnología e gestão na produção de edifícios: desafios para o terceiro milênio"*, Universidade de São Paulo. Brasil. 03 al 06 de noviembre de 1998.

8 Ibídem.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

En segundo lugar, las formas de organización y gestión de esta rama se concentran exclusivamente en el producto estático (proyecto) y no en el proceso de ejecución de carácter dinámico (logística; uso de tecnología, procedimientos de trabajo seguros y de calidad). Esta forma de gestión de la obra “del día a día” instituye el plazo como único objetivo.

Sin embargo, la tarea de proyectar puede incluir acciones preventivas, como en el caso de España y Colombia. En el primero país, se prevé que el especialista en seguridad se siente en un tablero y escoja los planos de estructura a fin de proyectar en ellos lo siguiente:

- 1) planos de instalación de la protección colectiva (redes, barandillas, pasarelas, ubicación de andamios colgantes, ubicación de andamios metálicos apoyados, tendido eléctrico provisional de obra, etc.);
- 2) planos de ordenación general de obra (lugares dedicados a los acopios, ubicación de maquinaria fija, caminos de circulación interna para personas y vehículos, ubicación de almacenes, etc.);
- 3) planos de estructura e instalación de: retrete, vestuario, comedor, botiquín, etc.;
- 4) planos de interferencia con líneas de conducciones aéreas o enterradas: eléctrica, alcantarillado, gas, agua potable, oleoducto, etc.;
- 5) planos de evacuación interna y externa de accidentados (plano callejero y de carretera).

En Colombia, se incorporó la participación de los trabajadores desde el momento del proyecto, cuando se incluye la prevención de enfermedades y accidentes laborales⁹. Se estableció la obligatoriedad de nombrar un “Vigía Ocupacional” en empresas de menos de 10 trabajadores (decreto 1295); y el establecimiento de Comités Paritarios de Salud Ocupacional para empresas de más de 10 trabajadores (Resolución 2013/86)¹⁰. Además, la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales diseñó líneas de acción que estimulan la Promoción del Trabajo Seguro¹¹.

⁹ Tema recurrente en las recomendaciones de la OIT.
¹⁰ SURATEP/Suramericana, 1997, p. 17.

¹¹ ISS. 1995, p. 15.

Sin embargo, este debate internacional no ha contribuido a resolver el dilema teórico en los países del Mercosur, y se teme que en momento de crisis socio-política, se logre obtener una ventaja comparativa, que podría suponer menores costos de producción sobre la base de un nivel inferior en las condiciones de trabajo en la empresa.

En principio, se detallan los aspectos relevantes de las negociaciones alcanzadas en el subgrupo 10 y 11; junto a los criterios regionales acerca del tratamiento de los riesgos del trabajo y la salud en el marco de un estudio de CONICET sobre la salud de los trabajadores de la construcción en Mercociudades de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay que se encuentra en curso¹². Luego se concluye reflexionando sobre los alcances y las limitaciones de la teoría del proceso de salud-enfermedad ante los nuevos desafíos de la salud en la construcción.

2 La metodología

Se adoptó una metodología de tipo cuali-cuantitativa, que incluye el uso de la técnica de observación directa en las obras de edificación¹³, las entrevistas a informantes calificados y las encuestas semi-estructuradas, porque “*hace falta estar más cerca para encontrar el trabajo perdido y para conocer la forma en que es vivido en la experiencia de la gente*”^{14,15}. Cabe aclarar que las mayores dificultades de ingreso a las obras se prudujeron en la Argentina, ya que era imposible contactarse con los trabajadores o era preciso eliminar las preguntas referidas a sueldo, tipo de contrato o beneficios sociales¹⁶.

12 El presente trabajo es parte de la investigación que lleva adelante como Becaria de Perfeccionamiento del CONICET, bajo la dirección de la Lic. Marta Panaia/CONICET/UBA. Resolución DNº 2133 del 06 de octubre de 1999 (en curso).

13 Cabe las conclusiones de esta investigación, al apoyarse en estudios particulares de empresas privadas del sector formal con más de 20 trabajadores, no son generalizables linealmente para la rama ni para la zona.

14 El subrayado es mío (Castillo, Juan José, 1997, p. 420).

15 Las entrevistas a los obreros poseen dibujos del tipo historietas, que permiten reconocer los riesgos, el peso, la postura y la cargas que manipulan habitualmente, debido a los resultados de investigaciones que muestran que la condición de trabajo es percibida como “natural”, propia de la tarea (Míguez, H., 1990, p. 21).

16 Se tomó una muestra que incluía a grandes empresas de la ciudad de Córdoba, incluyendo las entidades pertenecientes a figuras públicas como el mismo presidente de la Cámara de la Construcción de Argentina. No obstante, luego se optó por la ciudad de Rosario (quien ocupa el tercer lugar del país en lo que respecta a la densidad de población y población ocupada en la construcción).

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

En Argentina, se realizaron encuestas a representantes de: la Asociación de Arquitectos, el sindicato de trabajadores, la Secretaría de Obras Públicas Municipal, la Sec. de Trabajo de la Provincia de Santa Fe y la Fundación de Educación y Capacitación de los Trabajadores de la Construcción.

En Brasil, se consultaron los registros de datos provenientes del Ministerio de Trabajo y de Providencia y Asistencia Social y de la Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Además, se entrevistó a la Responsable por el Área de Medicina del Trabajo del Sindicato de los Trabajadores en la Industria de la Construcción Civil de Porto Alegre y al Director en ejercicio¹⁷.

En Paraguay, se recolectó información proveniente del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; el Instituto de Seguridad Social (ISS) y de la Dirección de Inspección del Trabajo del Ministerio de Trabajo, de CINTERFOR/OIT y del sindicato de trabajadores de la construcción.

Por último, en Montevideo, se realizó una búsqueda bibliográfica en las Facultades de Medicina y de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UDELAR). Además, se realizaron consultas a las autoridades del Ministerio de Trabajo (MTSS), el Banco de Previsión Social (B.P.S.), el Banco de Seguros del Estado (B.S.E.), el Colegio de Arquitectos y la Asociación de Higiene y Seguridad. También se entrevistó a los representantes empresarios y del SUNCA, la OIT y el PIT-CNT.

3 La legislación de higiene y seguridad

En Argentina, existe una legislación abultada que cambió radicalmente la cobertura de riesgos del trabajo desde 1996, creando la figura de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), que son operadores privados que aseguran a las empresas afiliadas y las ayudan a elaborar sus planes de seguridad y controlar que se cumplan.

¹⁷ Por un lado se entrevistó al Sr. Valter Souza, y por otro lado, se realizaron observaciones en los canteros de obra, referentes al cumplimiento de las “Condições e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construção” (NR 18) e ao “Programa de controle Médico de saúde Ocupacional” (NR 7). Porto Alegre, 23 y 24 de abril de 2001.

La legislación incluye la Ley No 24.557¹⁸ y otras normativas. En primer lugar, existe la Resolución 231/96 del 22 de noviembre de 1996 reglamentada en el Decreto 911, donde se especifican las actividades de prevención a los 7 y a los 15 días de iniciadas las obras y las horas de asignación profesional en forma semanal, sin distinción entre Servicio de Higiene y Seguridad interno y externo (integrados por médicos y técnicos o ingenieros de higiene y seguridad). Se prevé la entrega de las ropas de trabajo a los 7 días del inicio de la obra. En tanto, a los 15 días se realiza lo siguiente: completar la capacitación básica en Higiene y Seguridad, instalar carteles, consignar un sitio para comedor, completar la protección de incendios y adecuar el orden y la limpieza de la obra destinando sectores libres de obstáculos.

En segundo término, la Resolución 231/96 establece las condiciones básicas desde el comienzo de la obra, donde se observa un Legajo Técnico conformado por: memoria descriptiva de la obra, programa de prevención de accidentes y enfermedades de acuerdo a los riesgos previstos en cada etapa¹⁹.

En tercer lugar, la Resolución 51/96 indica que los empleadores de la construcción deberán comunicar a su ART²⁰, con un mínimo de 5 (cinco) días de anticipación, la fecha de inicio de todo tipo de obra. Lo novedoso es que el reporte incluye: el contratista principal y los subcontratistas, la nómina del personal actualizada, la fecha de confección del Programa de Seguridad con la firma del empleador, el director de obra y el responsable de higiene y seguridad (aprobado por la ART).

Asimismo, la Resolución 35/98 establece un mecanismo para la coordinación en la redacción y verificación de un Programa de Seguridad Único, a cargo del comitente o contratista principal²¹. También dictamina

18 La ley de Riesgos del Trabajo (LRT) sostiene que es atribución de los empleadores y las ART mantener un sistema de registro estadístico de accidentes y enfermedades del trabajo.

19 Allí se asentará las visitas y las mediciones de contaminantes, plano del obrador y servicios auxiliares.

20 Las ART aseguran a las empresas afiliadas y las ayudan a elaborar sus planes de seguridad y controlar que se cumplan.

21 Esto no exime a los empleadores que actúan como subcontratistas, de la notificación del inicio de obra dispuesta en el art. 1 de la Resolución 51.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

que el Servicio de Prevención de la ART de cada subcontratista controle el cumplimiento del plan²².

Finalmente, la Resolución Nº 319/99 establece la responsabilidad de la coordinación de acciones en el caso de que hubiera más de un contratista principal o no hubiera ninguno. Asimismo, se refiere a "la obra repetitiva y de corta duración"²³ y a los Servicios de Medicina.

En cuanto a las responsabilidades gubernamentales, la Inspección del Trabajo del Ministerio de Trabajo, carece del personal y el presupuesto suficiente destinado a realizar visitas periódicas a las obras, ya que posee 40 personas para todo el país. Este hecho agrava la situación de inseguridad en las obras, si se suma aquel rol ambiguo y contradictorio de las ART, que las obliga a ser fiscalizador de su propio socio: el empleador. Por eso, sólo han invertido en reparar los daños y no en prevención²⁴ o en visitas a los lugares de trabajo.

Otro aspecto a considerar en relación al Estado, es el llamado a licitación de obras y servicios públicos. Esto significa que los contratos adjudicados por la administración pública, así como la compra/alquiler de equipos de trabajo y protección personal contemplen condiciones de higiene, seguridad y salud²⁵. Además carece de sanciones que ocasionen enormes pérdidas económicas a los empresarios, debido a la paralización de la obra por razones de inseguridad. Esta situación se reitera en las organizaciones públicas de carácter provincial, nacional o municipal.

En Brasil, la constitución nacional de 1988 responsabiliza al Ministerio Público de la protección de los intereses relacionados con el medio ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores (art. 129, inciso III Constitución Federal).

22 Además, debe elevar un informe de visita a obra al Director de Obra, contratista principal y/o comitente.

23 Instituye el plazo de que disponen las ART para la aprobación de todos los Programas de Seguridad en "obra repetitiva y de corta duración". Se denomina obra de carácter repetitivo y de corta duración a la que realiza un empleador siguiendo siempre el mismo procedimiento de trabajo, cuyo tiempo de ejecución no excede los 7 (siete) días corridos. Argentina, 1999. Resolución Nº 319/99, de 09 de setiembre de 1999.

24 Pelaez, A. Introducción al baile, *Rev. Empresa & Medioambiente*, Año 5, nº 34, 1998, p. 1-7.

25 Como sucede en España, Portugal, Italia, Alemania, Bélgica, Grecia, Reino Unido. OSHA. *Repercusión económica de la seguridad y la salud en el trabajo en los Estados miembros de la Unión Europea*. URL of this page: <http://agency.osha.eu.int/reports/impact/es/ei38.html>

Además, existe las normas Reglamentadora de Seguridad y Salud en el Trabajo NR 18, sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en la industria de la construcción civil destinada a los empleadores de más de 20 trabajadores. Destaca la obligatoriedad del envío del Programa de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (PCMAT) a la Delegación Regional de Trabajo, donde se inscriban las actividades y operaciones que entrañen riesgos de accidentes y enfermedades del trabajo, así como sus respectivas medidas preventivas. Por ese motivo, se hace alusión a las etapas de demolición, excavación y estructura. Además se incluye las operaciones de soldadura y corte; carpintería, armadura de acero.

La misma hace referencia a las condiciones de bienestar del ámbito laboral (vestuario, baños, comedor, lavandería, lavatorios, cocina, etc.). Luego detalla las condiciones requeridas de: rampas, escaleras, medidas de protección contra caída de altura, andamios, instalaciones eléctricas, locales confinados, máquinas y herramientas, almacenamientos y transporte de personas y de materiales.

Cabe resaltar que está prevista la participación de los propios obreros en la Comisión Interna de Prevención de Accidentes (CIPA), para tornar compatible permanentemente el trabajo con la preservación de la vida y la promoción de la salud en el trabajo²⁶.

Sin embargo, por un lado, los órganos fiscalizadores presentan carencias; y por el otro, existen algunos sindicatos que se mantienen ajenos a la problemática de la seguridad y la salud²⁷. Incluso, “todavía persiste la cultura de tener un médico de trabajo o un técnico o ingeniero de seguridad sólo para cumplir formalidades. La cultura de la prevención difícilmente es aceptada como una cosa factible y necesaria²⁸.

26 Esta normativa altera la reglamentación Nº 5, que se refería a la “Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de outras providências”. Brasil, 1999. Portaria Nº 8, de 23 de fevereiro de 1999.

27 Declaraciones de los representantes sindicales de CONTICOM, Josué Ferreira, Paulo Peres Borba y Lucía Costa Maia, ISCOD/CINTERFOR/OIT, 1999. *Taller Regional sobre Formación de Formadores en materia de Seguridad y Salud en la construcción*, Buenos Aires.

28 Litchtenberg, I. (2000). *Coloquio ICOSH de Seguridad y Salud en la Construcción Civil*, Organizado por el Sindicato de Trabajadores de la construcción de Porto Alegre, ICOSH y OPS/OMS, Porto Alegre, Brasil, 5 de diciembre de 2000.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

En Paraguay, existe la ley nº 213/93 dedicada a todos los sectores productivos, que indica la obligación de empleadores, trabajadores y Estado, tendiente a que “*el trabajador tendrá derecho a una protección en materia de salud, seguridad e higiene*” (art. 272), con una política de prevención de riesgos ocupacionales, o conjuntos de técnicas, estudios y acciones encaminadas al perfeccionamiento de las condiciones ambientales, organizativas y personales destinadas a evitar el daño o alteraciones a la integridad física, funcional o psicológica (art. 273).

Lamentablemente, según opiniones de los trabajadores, el gobierno carece de una estructura mínima a nivel del organismo encargado de fiscalizar las condiciones de seguridad y salud²⁹. Esto fue corroborado por un funcionario gubernamental, quien indicó dos dificultades: por un lado “*el código del trabajo casi permite que el accidentado sea despedido*”, y por el otro, “*la ley establece que para visitar una obra de la construcción es preciso contar con una autorización firmada por el Viceministro de Trabajo... dificultando la inspección*”³⁰.

La situación se agrava en un contexto donde conviven tres sindicatos, con un papel desdibujado “*hay que ver que representatividad tiene el sindicato de Paraguay ante un empresariado tan poderoso,... pues en las reuniones del Mercosur siempre hemos visto a los empresarios, pero nunca vimos a los sindicatos*”³¹. Un sector del mismo se ha incorporado recientemente a los talleres regionales sobre formación de formadores de la OIT, dedicados a contribuir al mejoramiento de las condiciones de Seguridad y Salud en la construcción, mediante el cambio cultural y el intercambio de experiencias sindicales³².

29 Declaraciones de los representantes sindicales Pedro Giménez, Rodolfo Giménez y Maximo Servín. Ibidem. ISCOD/CINTERFOR/OIT, 1999.

30 Cáceres, J. (2002), Legislação sobre Segurança e Saúde no Trabalho na Indústria da Construção nos Países do Mercosul, Declaraciones del Director de Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Justicia y Trabajo de Paraguay, el día 27 de abril de 2001, en el IV Congresso Nacional Sobre Condições e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construção e II Seminário Sobre Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção nos Países do Mercosul, Goiânia, Brasil, 24 al 27 de abril.

31 Entrevista realizada al representante de la Cámara de la construcción del Paraguay, In. Jorge Pazos, Montevideo, 8 de mayo de 2000.

32 Ibidem, ISCOD/CINTERFOR/OIT, 1999.

Por último, en Uruguay existe una abultada reglamentación, donde se destacan el Decreto 89/995 y el decreto 283/96. El primero establece la obligatoriedad del “servicio técnico de seguridad” en obras con más de 5 (cinco) obreros, más de 8 metros de altura o 50 de profundidad, junto a la participación de un delegado de seguridad de los trabajadores³³. El segundo hace alusión a la obligatoriedad de la empresa de realizar un plan de seguridad antes de iniciar la obra (planos y memoria de andamio).

En este caso ha sido importante la participación activa de CINTERFOR/OIT, quien promovió las negociaciones entre empleadores y trabajadores desde 1993, año de mayor conflictividad laboral a causa de las altas tasas de siniestros mortales. La misma generó numerosas actividades de capacitación y formación, e incentivó la Comisión Tripartita de la Construcción. Actualmente dicho organismo ha promovido la evaluación tripartita de las tareas, a fin de redefinir las categorías de trabajadores de acuerdo a los cambios de la organización del trabajo.

Según lo estipulado en el Decreto del 22 de enero de 1936, art. 157, y el Decreto 406 de 1988 (Prevención de Accidentes de Trabajo) título VI, artículo 3, que mantiene dicha precisión, el MTSS tiene el cometido de controlar y fiscalizar las condiciones de trabajo en el país e investigar las causas de los accidentes que se producen. Lamentablemente en la práctica, sólo se entera por dos vías: 1) la denuncia de un trabajador, 2) la prensa oral, escrita o televisiva³⁴. Por tal motivo, la información es totalmente insuficiente pues falta normatizar los sistemas de comunicación, e incluso faltan criterios unificados en las entidades involucradas en el diagnóstico, la asistencia y la prevención de los siniestros laborales y enfermedades³⁵, sumado al subregistro de datos sobre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y el atraso de 3 años en la publicación de datos³⁶.

³³ El cual debe ser un oficial con más de 2 años de antigüedad en el cargo. La mayoría de las veces pertenece al sindicato, pero existen otros casos en que solo es alguien representativo de un grupo de trabajadores específico.

³⁴ Documento obtenido en la Asesoría Médica del Ministerio de Trabajo de Uruguay, en Montevideo, durante el mes de mayo de 2000.

³⁵ De los siniestros, existen datos en el B.S.E., el Ministerio de Salud Pública, el área de Toxicología y de salud laboral del B.PS.

y los servicios de salud laboral.

³⁶ OPS, 2000, p. 3.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

En la práctica, lamentablemente existen dificultades de implementación de la legislación. Los técnicos prevencionistas pueden ejercer en forma particular o estar afiliados a la APPVU³⁷ y suelen estar a cargo a un número excesivo de empresas, generando una práctica exclusivamente administrativa, acompañada de escasas visitas a obra³⁸.

Pareciera que el panorama legislativo de los 4 países presenta inconvenientes de implementación, agravado por el crecimiento de la informalidad y el empleo no registrado.

En la sección ulterior existen precisiones referidas al contexto político de la cobertura de riesgos del trabajo, el cual condiciona las posibilidades de gestión preventiva de la salud en obras de construcción del Mercosur.

4 Cobertura de riesgos del trabajo: prestaciones y gestión

Los cuatro países poseen diferentes coberturas de riesgo, prestaciones y gestión. En primer lugar, en Argentina, los riesgos del trabajo están cubiertos por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART); que establecen primas según el riesgo de la actividad a cubrir y las condiciones de seguridad de la empresa. Pero, este seguro no exime a los empleadores por los accidentes que puedan ocurrir en su establecimiento.

Sin embargo, el sistema en sí, tiene dificultades provenientes de el incumplimiento de las normas de seguridad por parte de las empresas. Algunos empresarios consideran al sistema como un seguro más, donde pagan una alícuota mensual y se desligan; en cambio, muy pocas empresas trabajan en prevención y capacitan a sus obreros³⁹.

Esta situación se relaciona con las carencias del médico laboral, pues faltan tareas médicas preventivas, como ellos mismos lo reconocen: “*los médicos no recorremos los ámbitos de trabajo... y no se agrega, al registro*

37 Entrevista realizada al representante de la Asociación Uruguaya de Seguridad, Vicente Catarozzi, Mayo de 2000.

38 Se realizan en casos extremos: demolición, excavación, instalación del andamio.

39 Ernesto González, Médico de Nestlé. *Rev. Empresa & Medioambiente, op. cit.*, 1997.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

*estadístico, una tarea periódica de recorrida y observación en el ambiente laboral..."*⁴⁰.

En el caso de Brasil, la organización administrativa de los riesgos está a cargo del Ministerio de Previsión y Asistencia Social (supervisión general); del Instituto Nacional de Seguridad Social (administración de prestación en efectivo), y el Sistema Unificado de Salud, y el Ministerio de Salud (administración de las prestaciones médicas)⁴¹.

En cuanto a las normas de seguridad y salud, cabe resaltar que las mismas son revisadas por las Comisiones Tripartitas y paritarias con amplia participación de la sociedad⁴², a fin de evitar la "*superposición y el conflicto institucional... que permiten la edición de normas muchas veces incumplibles y contradictorias por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud, además del Ministerio de Trabajo*"⁴³.

Sin embargo, se está gestando un cambio radical en la cobertura de los riesgos del trabajo, pues el Ministerio de Previsión lanzó un anteproyecto de ley que transfiere al sector privado todos los procedimientos que envuelven las enfermedades ocupacionales, y el seguro de accidente deja de ser sostenido por el gobierno y pasa a ser responsabilidad de la empresa⁴⁴. Tal proceso está siendo cuestionado, porque

contraría la idea de seguridad social expresa en la Constitución Federal, ya que su esencia es el carácter público y universal; donde las acciones de salud, seguridad y asistencia social están integradas... en cambio, el proyecto nuevo se basa en la lógica de la lucratividad, que impera en contra de las garantías y derechos constitucionales,

40 OPS, 1999.

41 Conte-Grand y C. A. Rodríguez, 1999, p. 239.

42 69ª ENIC. *Encontro Nacional da Indústria da Construção*. Relatoria de la comisión de política de relaciones laborales, organizado por la "Câmara Brasileira da Indústria da Construção", Recife, Brasil, noviembre de 1998. Mimeo.

43 Ibidem.

44 "Governo prepara privatização do seguro acidente de trabalho", en el "Serviço de Notícias" – n. 36, *Correio sindical do Mercosul*, Brasil, 10 de julio de 2000.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

pues los trabajadores son excluidos de los procesos de control y gestión de los recursos del SAT⁴⁵.

En ese marco, se realizó la 11^a Conferencia Nacional de Salud donde se acordó una “*Agenda de mobilizaciones en defensa de la seguridad social*” durante el 2001. También se creó el “*Foro Nacional en Defensa de la Seguridad Pública*” en São Paulo⁴⁶.

Por último, en Paraguay, la organización administrativa de los riesgos del trabajo se encuentra en manos del ISS (administración de aportes y contribuciones). Sin embargo, apenas un 17% del total de los asalariados posee un seguro social del Instituto de Previsión Social, siendo el país con más baja cobertura médica laboral de toda la región del Plata⁴⁷.

Esto se agrega al hecho de que

prácticamente no existe la vigilancia epidemiológica en el país, porque no hay un diagnóstico que diga de qué se enferman y accidentan los trabajadores en general... y menos en una obra en construcción, pues cuando el ISS decide concurrir al lugar de trabajo, se encuentra con que la obra se termina⁴⁸.

Por último, en Uruguay la responsabilidad administrativa recae sobre el B.S.E. Desde 1994 se desmonopoliza el mercado de seguros, permitiendo la entrada de aseguradoras privadas en todos los seguros, a excepción del de accidente. Esto ha generado que grandes empresas contraten todo el resto de los seguros (contra robo, incendio, riesgos contra terceros, flota, etc.) menos los accidentes. De esa forma el BSE posee dos problemas, por un lado, no recupera lo perdido en un siniestro mortal; y por otro lado, se determinó que de cada 100 gestiones por recuperar sólo se obtienen 4⁴⁹.

45 DIESAT, 2000.

46 DIESAT, 2001.

47 CDE, 2000, p. 29.

48 Opinión vertida por el Dr. Narciso W. Fleitas, representante del Centro Nacional de Toxicología del Ministerio de Salud de Paraguay, en *La primera reunión de vigilancia epidemiológica ocupacional de los países miembros del Mercosur y Asociados*, realizada en Rosario, el día 30 de octubre de 2000.

49 Graside, Ronald es un dirigente sindical del SUNCA que pertenece a la Comisión Nacional de Salud y Seguridad Ambiental del PIT-CNT que fue entrevistado en Montevideo, Uruguay, el día 08 de mayo de 2000.

Por esa razón, desde 1996 el BSE deja de publicitar en boletines anuales, los informes de morbi-mortalidad laboral⁵⁰. Este hecho fue resaltado por docentes de la Facultad de Medicina (UDELAR), médicos laborales del MTSS y representantes de la Asociación de Higiene y Seguridad en el Trabajo de Uruguay. Los mismos señalan que tiene relación con la probable privatización del seguro de accidente.

Esta situación antecede a los recientes anuncios del presidente de Uruguay sobre la desmonopolización del seguro de accidente, que establece un seguro privado a cargo del trabajador y no como ocurre actualmente, que le debe pagar el empleador⁵¹.

Los trabajadores están obligados a obtener un carnet de salud pública, pero carece de efectividad pues pocos lo tramitan. Además sus datos son de poca utilidad para la medicina laboral.

Cabe aclarar que la construcción tiene un régimen especial que es el aporte unificado, que significa que por cada peso que invierte, aporta la misma cifra a la seguridad social, que lo recauda el BPS, donde se incluye el seguro de accidente. El BPS luego lo envía al BSE. Éste incluye además de la seguridad social, licencia, aguinaldo, seguro vacacional, etc.

De todo lo antes mencionado, es preciso destacar la necesidad de incluir en la agenda de debate público aquellas visiones “sobre los riesgos del trabajo” que subyacen a cada uno de los sistemas de cobertura social. Incluso, es menester revisar la antinomia: monetización de riesgo versus transformaciones productivas, ya que existen numerosas experiencias donde las empresas ofrecen (y los sindicatos reclaman) aumentos de salario como compensación monetaria a la nocividad y los riesgos laborales⁵².

En suma, pareciera que el principal obstáculo proviene de la vigencia de una visión compensatoria del riesgo, que genera *acciones individuales*

50 Incluso el propio subgerente de dicha entidad evita una entrevista personal con nosotros durante el mes de mayo pasado.

51 Desmonopolizan seguros de accidentes laborales, en el “Serviço de Notícias” – n. 43, *Correio sindical do Mercosul*, Brasil, 28 de agosto de 2000.

52 Berlinguer, G. 1993, p. 208.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

reparadoras, sindicales, empresariales y gubernamentales en las cuales: "se cambia vida por un plus por riesgo de altura"...; "se discute el pago de la discapacidad". Desde esta visión se pretende compensar o indemnizar el daño ocasionado, soslayando la gestión de *acciones colectivas de carácter preventivo* en conjunto con las políticas de calidad y medio ambiente, que incorporen las mejoras en:

- 1) las redes, los vallados perimetrales en huecos y ascensores, la señalización, el orden y limpieza;
- 2) las condiciones de bienestar (baños, comedor, vestuario, disposición de agua para beber);
- 3) el medio ambiente físico (ruido, exceso de temperatura, iluminación, vibraciones, humedad y radiaciones);
- 4) el medio ambiente biológico (virus, bacterias, hongos, parásitos, picaduras y mordeduras de animales e insectos);
- 5) el medio ambiente químico (polvos, líquidos, gases y vapores tóxicos);
- 6) los factores tecnológicos (transporte, electricidad, máquinas);
- 7) la duración y configuración del tiempo de trabajo (horas extras, turnos, descanso dentro de la jornada laboral, etc.);
- 8) los sistemas y niveles de remuneración (pago por metro colocado, por metro excavado, por altura, por presentismo, por productividad);
- 9) los servicios de bienestar de los trabajadores (rol de los servicio de higiene y seguridad y servicio médico);
- 10) la participación de los trabajadores;
- 11) el modo de gestión del grupo de trabajadores;
- 12) la visión de los trabajadores sobre los riesgos en el trabajo, el medio ambiente de trabajo, la siniestralidad, la prevención de accidentes y enfermedades y el ritmo excesivo de trabajo.

Además, si bien los procedimientos de vigilancia epidemiológica pueden ser abordados desde una empresa, están en el corazón de las

acciones que deben ser emprendidas desde las entidades que tengan a cargo o supervisen la cobertura de riesgos del trabajo⁵³.

En el párrafo que sigue se presenta el estado actual de la salud de los trabajadores de la construcción.

5 Las patologías que afectan a los trabajadores de la construcción

Sólo es posible conocer el perfil de morbi-mortalidad de los obreros de la construcción mediante un análisis de diferentes fuentes de datos, como: 1) registro de accidentes y enfermedades profesionales de los trabajadores con todos los beneficios sociales, 2) registro de las enfermedades comunes de los trabajadores, 3) registro de las consultas de los "trabajadores no registrados" en la salud pública, y 4) registro del empleo "informal" en entidades privadas o en la salud pública.

1) Las enfermedades profesionales

Es evidente que en la región, se asiste a la invisibilidad de las enfermedades de la construcción, aunque las estadísticas indiquen problemas comunes como: caídas de altura, atrapamiento y accidentes ocasionados por las máquinas peligrosas⁵⁴.

En cuanto a las enfermedades profesionales cabe aclarar que Argentina cuenta con datos insuficientes, pues se realizaron el 3% de los exámenes médicos pre-ocupacionales⁵⁵ y se diagnosticaron 500 enfermedades profesionales en un año⁵⁶. En el sector de la construcción, faltan reconocimientos médicos preocupacionales y periódicos, inspecciones en obra; cláusulas de seguridad y salud entre comitente, contratistas y subcontratistas⁵⁷.

53 Conte-Grand, A. y C. A. Rodríguez, 1999, p. 99.

54 FITCM, 2001.

55 Sobre 700.000 exámenes médicos que debieron realizar las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo para detectar preventivamente enfermedades profesionales, solo hicieron 20.000. En 1.450 casos hubo resultados anormales, y de esa cantidad cerca de 500 presentan elementos de enfermedad profesional. Faragó Andrés, es un funcionario de la SRT, que fue entrevistado por el corresponsal del Diario Clarín, Buenos Aires, 26 de julio de 1999.

56 Estos datos no están desagregados por sector productivo, para que uno pueda determinar la gravedad en la construcción.

57 Rodríguez, C. A., 2001.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

En Brasil, el sistema está sufriendo modificaciones constantes, porque se pasó de una lista de 26 enfermedades ocupacionales, a un número de 210 enfermedades, incluyendo algunas ligadas a la salud mental (*stress*, pánico, etc.)⁵⁸. En el caso de la construcción, existen registros de las enfermedades del Trabajo más frecuentes de 1990 a 1995 que señalan: pérdida auditiva inducida por el ruido (PAIR); dermatosis (irritativas o alérgicas); lesión por esfuerzo repetitivo; problemas oftalmológicos (uso de soldadura y productos químicos); neumoconiosis (en especial silicosis)⁵⁹. Además, está vigente el Programa de Controle Médico de Salud Ocupacional (PCMSO), que es regido por un profesiograma que establece el mínimo de exámenes reveladores de la capacidad del trabajador para la actividad que se propone. Este último fue elaborado por SINDUSCON⁶⁰, Servicio Social de la Industria (SESI) y el sindicato de trabajadores en el marco del Comité Permanente Regional⁶¹.

Este hecho marca una diferencia entre Brasil y el resto de los países, pues cada examen médico tiene que estar diseñado conforme a los riesgos concretos que tiene cada trabajador, utilizando procedimientos sensibles y específicos que permitan detectar exposiciones inadecuadas o efectos sobre la salud en etapa de reversibilidad. Sólo así sirven a la prevención⁶².

Se desconocen los datos del Paraguay, ya que al haber “*un 95% de los trabajadores de la construcción está en negro*”⁶³, es imposible estimar las patologías laborales.

También Uruguay posee limitaciones, pues los registros del B.S.E. datan de 1989 y 1990. Según dicho organismo, predominan aquellas enfermedades de la piel (68,33% de los operarios), seguidas por las alergias (23,3% de obreros de la construcción) y los traumas acústicos (6,67%)⁶⁴.

58 El SIAB permitiría ver qué sucede con el “trabajo informal” y “Trabajo en negro”. Luis Carlos Fadel de Vasconcellos, Ministerio de Salud de Brasil, Conferencia dictada el día 30 de octubre de 2000. OPS (2000) *Primer Reunión de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los países Miembros del Mercosur y Asociados*. Argentina.

59 Lichtenberg, I., 2001, p. 128.

60 Es el sindicato de los empresarios de la construcción.

61 Ibidem.

62 Idem, Conte-Grand, A Rodríguez, C, 1999.

63 Idem Cáceres J., Goiânia, 2001.

64 MTSS, 1991.

2) Las enfermedades comunes

Los registros de enfermedades comunes de los trabajadores que se difunden al interior de los países no son comparables porque Argentina registra las consultas del grupo familiar, y Uruguay posee información de los trabajadores exclusivamente.

En ese sentido, uno de los estudios difundidos en Argentina, indica que los primeros tres motivos de consulta del grupo familiar del obrero de la construcción son: respiratorias, enfermedades de la vista, musculoesqueléticas⁶⁵. Según declaraciones de la médica del sindicato, la obra social no depende de la UOCRA. Además, a diferencia de los colegas del Brasil, indican: *"los médicos no podemos entrar a la obra, porque apenas si puede ingresar el sindicato a una construcción... y además no es nuestra función visitar obras y poner vacunas..."*⁶⁶. En esa misma senda, se comprometieron a brindar datos de las enfermedades agudas y crónicas de la población trabajadora⁶⁷.

Dentro del ámbito público, faltan políticas asistenciales y preventivas de salud ocupacional. Sin embargo, los datos de la Dirección de Epidemiología constatan que existen registros de mortalidad que podrían atribuirse a causas laborales, como: muerte por caída de altura (1 caso), choque y golpes contra objetos (17 casos), y shok eléctrico (20 casos)⁶⁸.

En Brasil, el área de medicina del trabajo del sindicato de trabajadores posee una base de datos sobre las enfermedades comunes benignas y crónicas de los obreros, dentro de las que se pueden citar las siguientes:

65 Los registros de Rosario son de 1994, porque durante el año 1998 no se obtuvo una respuesta favorable del Dr. Ramiro Huber, que finalizó su gestión en el año 2000. Incluso se solicitó los registros del personal de obra que pertenece al plantel de las empresas que se estaban estudiando, pero respondió *"desde Buenos Aires sostienen que esos datos no pueden salir afuera, salvo que participe en la investigación el director médico de Rosario"*. Como no accedía, al año siguiente regresé mediante un contacto con el Jefe de los médicos residentes. Dicho profesional mostró una gran predisposición en el primer encuentro, pero en el segundo encuentro manifestó que el director médico puso trabas. Lo mismo sucedió cuando se invitó a una mesa de debate a la psicóloga de la Obra Social.

66 Declaraciones de la Dra. Marta Pujadas, médica de la UOCRA en una charla informal mantenida en Buenos Aires, durante el pasado 4 de abril de 2001.

67 Por ello, se están realizando gestiones *desde hace dos meses*, para obtener los registros de consultas realizadas por los trabajadores de la construcción en la obra social. Ibidem.

68 Declaraciones de la funcionaria a cargo de dicha secretaría. OPS (2000) Primer Reunión de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los países Miembros del Mercosur y Asociados. Argentina.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

Enfermedades crónicas más comunes:

- Hipertensión arterial e cardiopatías;
- Patologías de la columna;
- Patologías oftalmológicas;
- Diabetes;
- Enfermedades del hígado;
- Enfermedades de la próstata.

Enfermedades agudas benignas más comunes:

- de VAS: gripe, resfriado, sinusitis y neumonía;
- de Ap. Gastrointestinal: diarrea, gastritis;
- de Ap. Urinario: infección urinaria;
- de la Piel: escabiosis⁶⁹.

Además, desde hace 6 años los médicos realizan visitas a obras, a fin de verificar el cumplimiento de las NR 18, NR 7, N R 6, NR 5, uso de drogas lícitas e ilícitas y prevención de enfermedades sexualmente trasmisibles. Además dedican algunos minutos para sensibilizar a los trabajadores en la prevención⁷⁰.

Por último, en Uruguay, el órgano encargado de diagnosticar y tratar las enfermedades comunes de los trabajadores enfermos es el B.P.S. Según sus registros, los motivos de consulta de 1999 indican que: un 29,5 % padece problemas osteomusculares; seguido de un 19,4% que sufre de traumatismos y luego un 10% posee patologías circulatorias. En menor grado se registran enfermedades respiratorias (7 % de los pacientes), digestivas (6,2% de las consultas), y tumores (4,2% de los registros). En dichos informes oficiales se comprueba que durante un año, cerca de un 25% de los trabajadores de la construcción, han obtenido certificaciones médicas⁷¹.

69 Lichtenberg, I.; *Prevenção das doenças e acidentes graves e fatais na indústria da construção em Porto Alegre*. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional Sobre Condicões e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construcción e II Seminário Sobre Condições e Meio Ambiente de Trabajo na Indústria da Construcción nos Países do Mercosul, Goiânia, Brasil, 24 al 27 de abril, 2001.

70 Lichtenberg, I., 2000.

71 "De un total de 33.977 trabajadores, existen unos 5.437 obreros con certificación médica y 1.906 con parte de enfermo". B.P.S. Informe del Área Medicina Laboral, Uruguay, 2000.

En este caso, se reitera la situación de Argentina, pues el BPS reduce su accionar a tareas asistenciales y carece de tareas de prevención y rehabilitación⁷².

3) Enfermedades registradas en el sector público

Todos los datos de patologías detectadas por los países miembros del Mercosur son limitados, porque ignoran los altos porcentajes de empleo informal o empleo no registrado.

En Uruguay este grupo de trabajadores adquiere diferente magnitud para la cámara empresaria, el sindicato o el mismo B.P.S. Si bien están registrados unos 35.000 trabajadores, se calcula que debe ocupar no menos de 55.000 obreros⁷³. Esto también lo constata el B.P.S., quien durante el año 1999 tuvo unos 16.000 cotizantes menos que en 1998⁷⁴.

En ese sentido, se desconoce la situación de salud de los obreros del sector informal, porque concurre a sectores que no poseen interconexión entre sí como las mutuales privadas o al sector público. Según el representante del SUNCA, si bien el área de salud laboral del B.P.S. debería ser científica, a fin de detectar la relación entre las enfermedades y el medio laboral, en realidad se ha convertido en un sistema light, “*donde está todo bien*”⁷⁵.

Estos problemas han sido tratados en el Consejo Nacional de Seguridad y salud en el Trabajo⁷⁶, pues “*durante 4 años se ha insistido en la necesidad de publicar los datos sobre la salud de los trabajadores y realizar un sistema de estadística y seguimiento, sin encontrar respaldo político, de modo que esto está disimulando u ocultando un agravamiento de las condiciones de trabajo*”⁷⁷.

⁷² Ibidem, Danatro, Rosario, 2000.

⁷³ Pierlet es un Inspector del Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad social, que fue entrevistado en Montevideo, Uruguay, el día 28 de abril de 2000.

⁷⁴ Murro, E. (2000), *Evaluación del sistema de la seguridad social a cuatro años de la reforma*, Entrevista realizada por Mariano Cotelo al Director del B.P.S. en representación de los Trabajadores, Uruguay, Programa de Radio EN PERSPECTIVA, Jueves 01.06.00, Hora 09:20min.

⁷⁵ Idem, Graside, R. *Op. cit.*

⁷⁶ Creado en 1996 como ámbito conformado por delegados del gobierno, empresarios y trabajadores.

⁷⁷ Ibidem, Graside, 2000.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

En el caso de Brasil, se podría dimensionar la situación de salud de los trabajadores sin cartera si se articularan los diferentes sistemas de registro. La superposición de políticas y la fragmentación de los registros se reitera en el caso brasileño, pues dentro del Sistema Único de Salud descentralizado, que convive con numerosos sistemas de registro de morbi-mortalidad como: el SIM (mortalidad), el SIH/SUS (información hospitalaria), el SIA/SUS (información ambulatoria), el SINAM (dolencias de notificación obligatoria), y el SIB (atención básica en los barrios y generada incluso por los mismos agentes comunitarios), el carnet nacional de salud y la RIPSA (red Integrada de todas las universidades)⁷⁸.

6 Los accidentes de trabajo en la construcción

En Argentina, existe una legislación abultada que cambió radicalmente la cobertura de riesgos del trabajo desde 1996, creando la figura de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART); que son operadores privados que aseguran a las empresas afiliadas, las ayudan a elaborar sus planes de seguridad industrial y deben informar a la SRT de los siniestros y las enfermedades laborales⁷⁹.

Según los propios datos de las SRT, mientras aumenta el número de empresas, disminuye el número de obreros afectados al sector, ya que mientras el total de empleadores asegurados pasó de 15.110 (mayo de 1997) a 19.342 (mayo de 2000); se redujo el número de personas ocupadas con cobertura de riesgos de trabajo, pasando de 250.000 (mayo 1997) a unos 234.955 (mayo de 2000). Pero, paradójicamente, este descenso en la población ocupada estuvo acompañado por un incremento en el total de siniestros y casos fatales⁸⁰, ya que mientras en 1997 se identificaron 48.963 siniestros en la construcción, en 1999 la cifra alcanzó a los 57.745 casos.

⁷⁸ Fadel de Vasconcellos, 2000.

⁷⁹ Estas funciones son ambiguas y contradictorias, como señala un representante de dichas aseguradoras: "no se puede ser juez y parte al mismo tiempo". López Catáneo, A (1997).

⁸⁰ Boletín SRT (1997), Boletín SRT (1998), Boletín SRT (1999).

No obstante, falta fidelidad en los registros debido a que el sistema gubernamental de Riesgos del Trabajo⁸¹ alcanza a 4.988.637 trabajadores⁸², sobre una PEA⁸³ de 12.000.000. Cubre solamente a los trabajadores en relación de dependencia formalizada y cuyo empleador se encuentra inserto en el régimen de la Ley de Riesgos del Trabajo⁸⁴.

Este hecho también se repite en Brasil, donde existen estudios que certifican la carencia de datos rigurosos y confiables. En primer lugar, llama la atención que el petróleo (16,7%) sume más que la industria química (14,3%) y la construcción (8%). Además, más de un cuarto de las profesiones no fueron identificados y existen numerosas imprecisiones en cuanto a las funciones de los trabajadores⁸⁵. En segundo término, constataciones recientes afirman que: *"cabe más de una vez alertar que esos datos oficiales de accidentes de trabajo todavía están lejos del número real de accidentes que ocurren realmente"*⁸⁶.

Quadro 1. Distribución del número de accidentes de trabajo en la industria de la Construcción Civil, según las unidades de la federación. Año 1998

Unidades Federales	Número de Accidentes	Porcentaje
Acre	1	0,03%
Alagoas	0	0,00%
Amazonas	2	0,07%
Bahia	22	0,77%
Ceará	36	1,26%
Distrito Federal	15	0,52%
Espírito Santo	73	2,55%
Goiás	12	0,42%

81 Rige desde el 1ro de junio de 1996 como un subsistema de la seguridad social con operadores privados (las ART) y control estatal.

82 SRT, 2000.

83 Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Serie C – Parte 2. Bs. As.: INDEC, 1996.

84 Además, según la SRT habría en el país 2,7 millones de trabajadores en relación de dependencia que no están registrados por sus empresas.

85 Muestra aleatoria realizada en la "Região Metropolitana de Salvador". CESAT estudia casos de enfermedades y accidentes con trabajadores, INFOC. En: Informativo del CESAT, Año III, Nº 6, Julio/septiembre, 1997.

86 Para contabilizar esos datos fueron analizados por FUNDACENTRO, 2864 fichas de CAT (Comunicación de Accidentes de Trabajo) emitidas el año 1997 (Nóbrega, J., 2000, p. 8).

Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

Unidades Federales	Número de Accidentes	Porcentaje
Maranhão	3	0,10%
Mato Grosso	6	0,21%
Mato Grosso do Sul	0	0,00%
Minas Gerais	170	5,94%
Pará	23	0,80%
Paraíba	0	0,00%
Paraná	111	3,88%
Pernambuco	5	0,17%
Piauí	6	0,21%
Rio Grande do Norte	2	0,07%
Rio Grande do Sul	73	2,55%
Rio de Janeiro	600	20,95%
Roraima	0	0,00%
Santa Catarina	82	2,86%
São Paulo	1537	53,67%
Sergipe	19	0,66%
Tocantins	1	0,03%
Sem informação	65	2,27%
TOTAL	2864	100%

Fuente: NÓBRECA, J. Gestão de segurança do trabalho: ênfase em arranjo físico de canteiros, Brasil, 2000.

Analizando los datos del cuadro, puede verificarse que las regiones del sudeste y nordeste son los locales donde ocurre la mayoría de los accidentes oficiales. Este hecho está directamente relacionado con la grandeza económica del sudeste y la distancia de inversiones en la industria de la Construcción Civil en prevención de accidentes (en nordeste e incluso en todo el resto del país) y la cantidad de empleados. Otra información de que se puede disponer es que en esas regiones el control gubernamental es superior a la media. De hecho, será posible que un estado como el de Paraíba y Mato Grosso do Sul (la capital de este estado está sufriendo un *boom* inmobiliario como nunca antes visto) no tengan presentado a lo largo de un año completo, un único accidente? O el caso de Tocantins, donde la ciudad de Palmas presentó crecimiento de cerca de 300% en los últimos

cinco años y solamente registró un accidente con cuatro personas accidentadas? Estas aclaraciones se hacen necesarias para intentar explicar por qué estos números estadísticos debem ser analizados con bastante cuidado, a la hora de elaborar campañas educativas y planear correctamente la gestión de Seguridad en el Trabajo⁸⁷.

En este contexto, si bien todavía permanece cubierta por el estado, cabe recordar que el Ministerio da Previsión lanzó el anteproyecto de ley que la transfiere al sector privado, como antes se detalló.

En cuanto a Paraguay, la situación de subregistro es alarmante, ya que sólo se registraron oficialmente 4 (cuatro) accidentes de trabajo en un año, correspondientes a: lácteos (1); fábrica de plásticos (1); servicentro (1); y Constructora Goldenberg Perelló (1)⁸⁸.

Por último, Uruguay carece de una fuente de datos confiable y actualizada de siniestralidad desde 1996, debido a la probable *desmonopolización del seguro de riesgos laborales*⁸⁹ recientemente anunciada⁹⁰. Este proceso se inició en 1994, cuando se desmonopoliza el mercado de seguros, permitiendo la entrada de aseguradoras privadas en todos los seguros a excepción del de accidente. Esto ha generado que grandes empresas contraten todo el resto de los seguros⁹¹, menos los accidentes⁹². Asimismo, existen otros organismos que registran los siniestros, como el Ministerio de Salud Pública, el área de Toxicología y de salud laboral del BPS y los servicios de salud laboral, los cuales se encuentran trabajando por la unificación del sistema de registro⁹³.

⁸⁷ Ibídem.

⁸⁸ Este subregistro continuó el año próximo cuando se asentaron 3 (tres) accidentes; de los cuales 2 (dos) pertenecían a la construcción. De enero abril de 1997 se registraron los siguientes casos: uno de chapería y pintura; uno en el Edificio Atlántida; y uno en el Edificio Mirage. IV Reunión del subgrupo técnico Nº 10: Relaciones Laborales, Empleo y Seguridad Social, Asunción, 24 y 25 de abril de 1997. Informe de la Dirección de Higiene y Seguridad Ocupacional del Paraguay.

⁸⁹ Esto se comprobó en las entrevistas realizadas a representantes de la Facultad de Medicina (UDELAR), asesora médica del Ministerio de la Seguridad Social (MTSS) y la Asociación de Higiene y Seguridad en el Trabajo de Uruguay. Montevideo, mayo de 2000.

⁹⁰ Establece un seguro privado a cargo del trabajador y no como ocurre actualmente, que le debe pagar el empleador. "Correio sindical do Mercosul" (2000). *Desmonopolizan seguros de accidentes laborales*, en el "Serviço de Notícias" – n. 43, Brasil.

⁹¹ Contra robo, incendio, riesgos contra terceros, flota, etc.

⁹² Ibídem Graside, R., 2000.

⁹³ Entrevista realizada al Dr. Daniel Danatro, Asesor médico del Ministerio de Trabajo de Uruguay, Montevideo, mayo de 2000.

⁹⁴ Barreneche, E. 1999, p. 27.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

Según cifras del B.S.E., dentro de las ocupaciones más riesgosas en el país están la de albañil y la de carpintero. Además, las cifras de 1998 señalan que los incapacitados a causa del trabajo son 616 trabajadores, correspondiendo: 414 a la industria en general, 102 al agro y 100 *incapacitados* son de la construcción (sobre 4.813 accidentes)⁹⁴.

Por otro lado, según los casos de mortalidad por accidente investigados por autoridades del MTSS, existe un descenso en los mismos, pues, mientras en 1996 se producían 16 casos fatales, en 1999 se registran 8 muertes⁹⁵. Lamentablemente, se ha revertido esta situación, porque en un mes del 2001 se produjeron 7 muertes en Uruguay, que el sindicato atribuye a la suspensión de las inspecciones gubernamentales en el Interior y en Montevideo desde hace cuatro meses⁹⁶. El MTSS replicó las acusaciones, señalando que los siniestros se produjeron en el sector informal y durante el período de licencia de la construcción, por lo que no tiene relación de causalidad alguna con la actuación de dicha secretaría^{97,98}.

Debido a que la comparabilidad entre países es muy difícil, se conformó la red de monitoreo de las condiciones de trabajo en el Cono Sur, que realizó su 1era Reunión de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los Países Miembros del Mercosur y Asociados. En dicha ocasión la OPS y las jurisdicciones políticas intentan coordinar acciones comunes, con base a criterios unificados sobre eventos centinelas (accidentes mortales, intoxicaciones con plaguicidas y lumbalgias); y se “modifica la conceptualización de accidente fatal y evento centinela”⁹⁹.

95 Estos registros son insuficientes, según el propio MTSS, en la práctica, sólo se enteran por dos vías: 1) la denuncia del trabajador, 2) la prensa oral, escrita o televisiva (Danatro, D., 2000).

96 El SUNCA resolvió paralizar las actividades el día 23 de enero del 2001. El MTSS replicó las acusaciones sindicales, señalando que los siniestros se produjeron en el sector informal y durante el período de licencia de la construcción. *La República en la red*, Montevideo, 23/01/01, p. 29.

97 Ibidem.

98 Este problema también fue señalado por la Cámara de la Construcción de Uruguay, cuando señalan: “El alto porcentaje de informalidad que aumenta el riesgo de accidente, pues los accidentes que se produjeron el año 1999 fueron en cambios como el que estaba trabajando con una hormigonera con su hijo, y murió electrocutado. En general carecen de disyuntor y están lejos de la capacitación”. Entrevista realizada al representante, Ing. Jorge Pazos, durante el mes de mayo de 2000 en Montevideo.

99 OPS (2000). *Primer Reunión de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los países Miembros del Mercosur y Asociados*. Argentina.

No obstante, estos registros son insuficientes porque la realidad es diferente a la normativa legal, pues en este sector productivo, proliferan relaciones laborales precarias debido a la existencia de trabajadores de tiempo parcial, por tiempo determinado, servicios a terceros, interinos y de aprendizaje. Las mismas han sido estudiadas recientemente, indicando que *el empleo no registrado alcanza al 32,9% de los operarios de Uruguay, el 50,7% de obreros de Brasil; el 59,1 % de los trabajadores de Argentina y el 94,2 % de los obreros del Paraguay*¹⁰⁰. Estas cifras, son expresiones de la desprotección de los empleos precarios en la rama de la construcción. Estos empleos se apartan de alguna de estas características: *ser de tiempo completo, para un sólo e identificable empleador, por tiempo indeterminado, realizado en el domicilio del empleador, generalmente protegido por la legislación laboral y la seguridad social...*¹⁰¹.

Este hecho fue corroborado por el gobierno argentino, pues según conta en un informe oficial, durante la visita a 41 empresas, se comprobó que, de un total de 453 (cuatrocientos cincuenta y tres) trabajadores verificados, estaban en negro 137 (ciento treinta y siete), correspondiendo un 30% a las grandes obras y un 90% a las pequeñas obras de los contratistas y subcontratistas¹⁰². Además, un 70% de las empresas posee irregularidades notorias y de grave peligro como la constancia de inicio de obra, el programa de prevención de accidentes y enfermedades de acuerdo a los riesgos previstos en cada etapa, el servicio de higiene y seguridad, la capacitación y los vallados perimetrales en huecos y ascensores¹⁰³.

Algo similar ocurre en Brasil, quien presenta un incremento de las muertes por accidentes asociadas a la tercerización de la mano de obra, siendo la construcción civil quien ocupa el primer lugar en el ranking de

100 Galín, P.1998, p. 11.

101 Galín, P. y M. Novick, 1990.

102 Pravissani, A.; 1998. Inspección con resultados alarmantes en la industria de la construcción local; Suplemento "La Ciudad", En: *Diario La Capital*, Domingo 4 de octubre de 1998, p. 5. Rosario.

103 Eran empresas dedicadas a la construcción de: edificios de propiedad horizontal, viviendas unifamiliares, ampliación de establecimiento escolar, grandes obras, contratistas y subcontratistas. Informe del Jefe de Oficina de Inspección y Vigilancia de la Sec. De Estado de Trabajo de la Provincia de Santa Fe. Memorando. Rosario, 19 de octubre de 1998.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

accidentes^{104,105}. Se estima que “entre 75% y el 80% de los operarios trabajan sin cobertura social... y los operarios prefieren enfrentar el riesgo para no perder el empleo”¹⁰⁶.

También Paraguay posee trabajadores vulnerables en la rama, pues alberga a un 95% de empleo no registrado dentro de un marco institucional que recientemente comenzó a registrar datos de siniestralidad¹⁰⁷.

Dentro de los socios menores, Uruguay posee disímiles registros de la población ocupada, ya que el último Censo Nacional de 1996 indica que la construcción ocupa a unos 92.000 obreros en todo el país y recientemente el B.P.S. registra 67.000 trabajadores comprendidos por la Ley del Aporte Unificado (DL. 14.411/76)¹⁰⁸.

Pareciera que todo lo antes mencionado se inscribe en un contexto de globalización financiera que hace crecer las desigualdades estructurales.

*Es normal que los capitales acudan allí donde la mano de obra, en un nivel de calificación comparable, es más barata. Por lo tanto, la globalización de los mercados, no puede sino acrecentar en proporciones importantes, la competencia de los países con bajos salarios o escasa protección social. Querer una cosa es atraer la otra*¹⁰⁹.

Desde esta última visión, la capacidad instrumental del estado resulta decididamente debilitada por la globalización de las principales actividades económicas, por la globalización de los medios y la comunicación electrónica. De ello se deduce que los estados-nación individuales están perdiendo el control sobre elementos fundamentales de sus políticas... Incluso, el intento del estado por reafirmar su poder en el

104 Dunningham, A. 1998, p. 40.

105 Sin embargo, los registros de siniestralidad son insuficientes pues mientras el INSS sólo computa lo sucedido con unos 24.000.000 de trabajadores asegurados, el IGBE declara que la población ocupada en el país asciende a las 68.000.000 personas. Ibídem.

106 Rodrigues E. *Operários se arriscam para não perder emprego*, entrevista al Secretário Geral do SINDUSCON, Sr. Valter Souza, Diário Gaúcho, Porto Alegre, Brasil, Segunda feira, 11 de setembro de 2000.

107 Cáceres, J., 2001.

108 Murro, Ernesto. Entrevista realizada al Director en representación de los trabajadores del B.P.S. de Uruguay, Mayo de 2000.

109 Rosanvallon P. y J. P. Fitoussi, 1997, p. 131.

ámbito global, desarrollando instituciones supra-nacionales, socava más su soberanía... “*Cada vez resulta más矛盾的 para las empresas operar en los mercados globalizados e integrados, mientras experimentan importantes diferencias de costes en prestaciones sociales, así como diferentes grados de regulación entre los países*”¹¹⁰.

7 Las visiones del proceso de salud-enfermedad ante un nuevo desafío: la salud laboral

Hasta el momento faltan debates en el subgrupo 10 y 11 del Mercosur sobre la relación entre trabajo y salud debido a razones conceptuales, metodológicas y derivadas de la cambiante realidad laboral.

Con respecto al aspecto conceptual, pareciera que las visiones tradicionales de la salud poseen limitaciones derivadas de la noción de enfermedad profesional. Si se habla de enfermedades profesionales tiene implicaciones desfavorables para la salud, pues acota el espectro de la prevención. Dicha visión es insuficiente porque es un concepto de la medicina legal, nacido en una filosofía reparativa. Esto llevó a pensar que las únicas enfermedades profesionales son las con consecuencia directa y exclusiva de determinado agente de riesgo presente en el ámbito del trabajo. Este concepto no sólo padece de insuficiencia científica, sino que es reduccionista para quien trate de indagar la relación entre condiciones de trabajo y el proceso de salud/enfermedad¹¹¹.

Esta diferencia conceptual se asemeja a la modalidad brasileña de entender las enfermedades profesionales (producida o desencadenada por el ejercicio del trabajo peculiar de una actividad) y las enfermedades del trabajo (adquirida en función de las condiciones especiales en las que se lleva a cabo el trabajo y en relación directa con éste)¹¹².

¹¹⁰ Castells, M. 1998, p. 281.

¹¹¹ Rodríguez, C., 1990, p. 58.

¹¹² Conte Grand y C. Rodríguez, 1999, p. 174.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

Sin embargo, existen disímiles formas de entender la relación entre el trabajo y la salud.

En algunos casos, se prioriza las enfermedades dentro del *Medio Ambiente de Trabajo en la obra*, abarcando lo siguiente:

- 1 sustancias químicas (solventes, barnices, tinner, removedor, aislantes, sellantes, cementos, etc.);
- 2 sustancias peligrosas (cemento, asbesto y plomo);
- 3 ruido y vibraciones; y
- 4 exposición al calor y al frío¹¹³.

Algo similar sostiene la OIT cuando se refiere a los riesgos principales para la salud en las obras de construcción. *La exposición varía de oficio a oficio, de obra en obra, cada día, incluso cada hora.* La exposición suele ser intermitente y de corta duración, pero es probable que se repita. Un trabajador puede no solo toparse con los riesgos primarios de su trabajo, sino que también puede exponerse como observador pasivo a los riesgos generados por quienes trabajan en su proximidad. Este modelo de exposición es una consecuencia de tener muchos patrones con trabajo de una duración relativamente corta y de trabajar al lado de otros trabajadores que generan otros riesgos. Los riesgos pueden ser de cuatro clase: químicos, físicos, biológicos y sociales¹¹⁴.

Varias enfermedades se han asociado a los oficios de la construcción, entre ellas:

- Silicosis, entre los aplicadores de chorros de arena, barreneros, excavadores de túneles y los ocupados en demoliciones;
- Asbestosis (y otras enfermedades causadas por el amianto), de manera principal entre aplicadores de ese mineral;
- Bronquitis, entre soldadores;
- Alergías cutáneas, entre los albañiles y otros que trabajan con cemento;

113 OIT, 1995, p. 69.

114 Hiba, J. C., 2000, p. 4.

· Trastornos neurológicos, entre los pintores y otros oficios expuestos a disolventes orgánicos y plomo¹¹⁵.

Dentro de los riesgos físicos, se incluyen el ruido, el calor, el frío, las radiaciones, las vibraciones y la presión barométrica.

Los riesgos biológicos se presentan por la exposición a microorganismos infecciosos, a sustancias tóxicas de origen biológico o por ataques de animales. Por ejemplo los trabajadores en excavaciones pueden desarrollar histoplasmosis, que es una infección pulmonar causada por un hongo que se encuentra comúnmente en el terreno. Según la naturaleza de la obra, pueden contraer la malaria o fiebre amarilla. Las sustancias tóxicas de origen vegetal provienen de la hiedra venenosa, arbustos venenosos, zumaque y ortigas venenosas, que causan salpullidos en la piel. El aserrín puede producir cáncer, y existen otras (p. ej., la del cedro rojo occidental) que causan alergias¹¹⁶.

Dentro de los riesgos sociales, la principal causal es el carácter intermitente que cambia constantemente, y depende del estado de la economía y del clima. A causa de ellos pueden sufrir una intensa presión para ser más productivos. Debido a que cambian los horarios, la ubicación de los trabajos y las obras, muchos proyectos exigen vivir en campamento, lejos de su hogar, razón por la cual pueden carecer de redes estables y fiables¹¹⁷.

Otro enfoque que vincula trabajo y salud, ubica *los riesgos en cada fase de la obra*, desagregando los riesgos en: físicos (humedad, temperatura, iluminación, vibraciones, ruido), biológicos (contacto con bacterias, hongos, insectos), químicos (polvo, gases, humos), fisiológicos (esfuerzos, posturas) y psicológicos (turnos, conflictos, maltrato, insatisfacción, etc.)¹¹⁸. Así se pueden comprender, explicar y prevenir cada uno de los riesgos en cada fase, como por ejemplo:

¹¹⁵ Ibídem.

¹¹⁶ Hiba, J. C., 2000, p. 5.

¹¹⁷ Datos señalados en el estudio denominado "Condiciones de trabajo, seguridad y salud laborales en el sector de la construcción" (Hiba, J.C., 2000, p. 6).

¹¹⁸ ISS, 1995, p. 100.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

- los riesgos físicos se producen en las fases de: replanteo (humedad), estructura y excavación (ruido, vibraciones e iluminación);
- los riesgos químicos se producen en: excavación (polvo), estructura (contacto con el concreto premezclado, instalaciones (gases del pegamento para conectar tubos de PVC, humos producidos por el soplete de mano al entrar en contacto con el tubo de PVC);
- los riesgos biológicos se producen en: movimiento de tierra (contacto con bacterias por rompimiento de alcantarillado, fosas cépticas y pozos negros; hongos por el uso de botas de caucho; proliferación de insectos por aguas estancadas);
- los riesgos fisiológicos se producen en: replanteo y cimentación (esfuerzo por el levantamiento de tierra en alcantarillas), cimentación y estructura (postura cuando se realiza el trazado de ejes, al utilizar la pala y la pica);
- los riesgos psíquicos se producen en todas las fases: turnos y sobretiempos; relaciones conflictivas, de peleas y/o bromas pesadas; e insatisfacción en el trabajo por maltrato, subvaloración de la capacidad del obrero, mala remuneración, etc.

Desde esta última óptica es posible dimensionar el peso que tiene el pago por rendimiento sobre la salud, ya que frecuentemente se recurre al salario "a destajo", "por tanto", "por metro colocado", "por metros excavados", etc. En ese sentido, en estudios recientes se analizó el efecto sobre la salud de la búsqueda inescrupulosa de productividad, pues mientras algunas investigaciones en otros sectores productivos, demostraron que el trabajo por rendimiento agrava la carga física y mental¹¹⁹; otros estudios señalan que el peligro de incapacidad severa permanente es 2 (dos) veces más elevado entre las ex-operarias remuneradas por rendimiento que entre

¹¹⁹ "... los problemas observados de salud tienen relación con alguna forma de presión en el rendimiento asociada al modo de remuneración, antes que con el efecto ligado a la concepción del puesto de trabajo o del tipo de equipamiento..." (Berman, S., 1996, p. 14).

las remuneradas por hora, con un riesgo 9 (nueve) veces mayor de enfermedades artríticas y osteoarticulares¹²⁰.

Asimismo, podrían incorporarse a dicha visión aquellas constataciones que indican que la probabilidad de un trabajador temporal sufrir un accidente es mayor del doble de la que posee uno fijo, siendo la construcción aquella que presenta la mayor asociación entre siniestralidad y temporalidad en el empleo, al compararse los trabajadores expuestos (trabajadores con contrato temporal) y los no expuestos (trabajadores con contrato indefinido y fijo)¹²¹. Algo similar se constató en otro estudio español, que afirma que la incidencia de accidentes de trabajo por 1000 trabajadores asalariados en el colectivo de trabajadores temporales es casi 2 veces superior a la de los trabajadores fijos, lo que se mantiene en los distintos niveles de gravedad¹²².

A la luz de lo expuesto se hace evidente que, cuando se trata de la salud de los trabajadores, también surgen problemas operativos, como la carencia de exámenes de ingreso, periódico y dimisional en la realidad cotidiana de la obra. A este hecho se le agregan más dificultades para establecer el origen laboral en el caso de las enfermedades profesionales que el de los accidentes de trabajo. Los largos períodos de latencia entre exposición y aparición de la enfermedad, la frecuente imposibilidad de distinguir clínicamente una enfermedad de origen laboral o extralaboral, la existencia de factores de riesgo dentro y fuera del trabajo para una misma enfermedad, los efectos desconocidos de muchos tóxicos o de la multiexposición a bajas dosis¹²³, son elementos que hacen difícil demostrar una relación entre trabajo y salud.

Por último, existen dificultades para organizar una vigilancia de la salud eficaz en un contexto caracterizado por: los trabajadores que no trabajan

120 Ibídem.

121 Se utilizaron los accidentes de trabajo con baja en jornada laboral y la población asalariada. Dicha diferencia de riesgo se mantiene en todos los sectores de la actividad económica y en todas las formas de accidentes (leve, grave y mortal) y no parece estar relacionado con las características personales de los trabajadores (Boix, P. *et.alii*, 1998, p. 22).

122 Especialmente en los genitales, la cabeza y los miembros superiores (Boix, P. y E. Orts, 1997).

123 Boix, P., 1993, p. 55.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

necesariamente de manera estable durante toda su vida laboral en una misma empresa o expuestos a los mismos riesgos¹²⁴, el pluriempleo, el empleo temporal; el empleo de las subcontratas, etc. En ese sentido, las políticas de salud se encuentran ante el desafío de ser capaces de dar un salto estratégico que vaya de la salud en el trabajo a la salud de los trabajadores allí donde estos se encuentren (domicilio, autónomos, subcontratas, PYMES, incluso en la economía sumergida, etc.). Todo ello requiere un planteamiento global de las políticas de salud pública en las que se integre la salud de los trabajadores, así como una estrecha coordinación entre los Servicios de Salud en el Trabajo y los Sistemas Comunitarios de Salud, de tal forma que los grandes problemas de salud comunitaria sean abordados conjuntamente con los impactos específicos del trabajo en los niveles de salud colectivos. Hay que sacar de la marginalidad la salud laboral respecto a la salud pública¹²⁵.

8 Algunas reflexiones finales

Hasta el momento los cambios legislativos de cada país han respondido a necesidades propias

y no responden a una estrategia en que se considere el proceso de integración en conjunto. En cuanto a la Unión Aduanera es un hecho, pero en las áreas de seguridad y salud no se tiene instrumentado, al momento, mecanismos de consulta que tengan en consideración un avance en común y tampoco formas de cooperación horizontales estables y continuas en el tiempo¹²⁶.

124 Vogel L., 2000, p. 1.

125 Entrevista realizada por internet al Sr. Angel Cárcoba, Instituto sindical de Trabajo, ambiente y Salud (ISTAS), España, 5 de junio de 2001.

126 Zuher Handar, 2001.

Lamentablemente, los países miembros del Mercosur carecen del personal y los recursos gubernamentales suficientes para la inspección del trabajo debido al escaso presupuesto y la corrupción^{127,128}. Aunque Uruguay suspende el trabajo en las obras a causa de las malas condiciones de los andamios, sin embargo, existen enormes desigualdades entre los grandes centros urbanos y el interior de los países.

Además, Uruguay cuenta con tareas de capacitación a cargo de CINTERFOR/OIT, cada vez que aumenta la mortalidad por accidentes de trabajo en la obra. Por el contrario, Brasil posee una entidad dedicada a la investigación, formación e información gratuita y/o a bajo costo en todo el territorio, que de manera ininterrumpida está a cargo de FUNDACENTRO.

Otro aspecto a considerar es la naturaleza del seguro de riesgos del trabajo, pues mientras Argentina posee aseguradoras privadas, Uruguay y Brasil continúan con el seguro público en manos del ente estatal, aunque existen proyectos tendientes a la desmonopolización del mismo. Actualmente ambos sistemas adolecen de tareas preventivas en las obras.

En cuanto a los empresarios, cabe destacar que en algunas ciudades importantes de Uruguay y de Brasil, invierten en medidas individuales (elementos de protección personal) y colectivas (redes, vallados perimetrales en huecos y ascensores, señalización, orden y limpieza, etc.) de prevención, así como en mejorar las condiciones de bienestar (baños, comedor, vestuario). Por el contrario, la mayoría de los empresarios de Argentina y Paraguay consideran al sistema como un seguro más, donde pagan una alícuota mensual y se desligan de cualquier inversión (incluso eluden contratar un profesional de higiene y seguridad en forma permanente).

127 Si bien las empresas saben que para certificar están obligadas a cumplir con las normas, la fiscalización es corrupta. Declaraciones del sindicalista Edson Bernardes del CUT/Brasil (FITCM, 2001).

128 El Programa de televisión de Argentina denominado Telenoche Investiga, reprodujo varios encuentros entre empresarios y sindicalistas de la U.O.C.R.A. que daban cuenta de los sobornos a los que eran sometidos los empresarios de la provincia de Bs. As., para “evitar que tuvieran problemas derivados de la ley de Accidentes de Trabajo”, algunos de ellos se encuentran procesados y otros prófugos. Diario Clarín del jueves 29 de junio de 2000 (p. 11 y 12) y diario Clarín del 29 de noviembre de 2000. Buenos Aires. <<http://www.clarin.com.ar/2000-11-29/p-01203.htm>>

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

Por último, mientras en Uruguay, el SUNCA, forma parte de la Comisión de Salud Laboral y Medio Ambiente del PIT/CNT, y ha formado Delegados de Seguridad, el sindicato argentino mantiene su preocupación en la asistencia médica tradicional del grupo familiar¹²⁹. En cuanto a la fiscalización en obra, cabe resaltar que es insuficiente, pues mientras algunos sindicatos de Brasil se mantienen ajenos a la problemática de la seguridad y la salud¹³⁰; otras delegaciones sindicales sólo denuncian las irregularidades empresarias luego de ocurrido los hechos fatales. Por el contrario, otros sindicatos recorren las obras junto a su personal médico, como en los casos de Porto Alegre y São Paulo¹³¹. En ese sentido, en Porto Alegre, la médica del sindicato discute junto al médico de los empresarios cuál es la causa del accidente, cómo diseñar una grúa o una escalera segura, etc.

No obstante, pareciera que existe una incipiente acción conjunta de los gremios del Mercosur promovida por la FITCM¹³² que comenzó a realizar actividades en salud, seguridad e higiene en la obra, como: la capacitación de los dirigentes sindicales en los temas de salud y seguridad; la designación de un comité de salud y seguridad en la obra; la determinación de que los delegados de seguridad destinen un 50% de su tiempo de trabajo a las cuestiones de salud y seguridad¹³³.

Cabe señalar que aún se asiste a *la invisibilidad de las enfermedades y los accidentes de la construcción en la región*. Sin embargo, la causa de las enfermedades en obra son la precariedad contractual, la flexibilidad, la subcontratación en cadena (que dificulta las tareas de organización y desnuda las responsabilidades) el trabajo autónomo y la presión por la productividad¹³⁴. Esto se suma a la "falta de reconocimientos médicos

129 Cabe aclarar que esta diferencia gremial es mayor aún si consideramos que en Uruguay "ningún sindicalista tiene un salario mensual a causa de su tarea política", ni deja de trabajar como obrero de la construcción para dedicarse a dicha tarea.

130 Declaraciones de los representantes sindicales de CONTICOM, Josué Ferreira, Paulo Peres Borba y Lucía Costa Maia (ISCOD/CINTERFOR/OIT, 1999).

131 Litchtenberg, I., 2001.

132 Es la Federación Internacional de los Trabajadores de la Construcción y la Madera/Oficina Regional para América Latina y El Caribe con sede en Panamá.

133 Propuesta de todos los grupos del Taller Sindical del día 4 de abril (FITCM, 2001).

134 FITCM, 2001.

preocupacionales y periódicos, inspecciones en obra; cláusulas de seguridad y salud entre la comitentes, contratistas y subcontratistas¹³⁵ que coloca a la Argentina y Paraguay en peores condiciones de salud.

Por todo lo antes mencionado, que devela condiciones desiguales de trabajo y salud entre los países y al interior de los mismos; se requiere de políticas de salud globalizada capaces de identificar aquellos problemas derivados de la globalización de la producción y la exportación de riesgos de la obra. Por ende, el desafío radica en la coordinación de la metodología para evaluar riesgos, la ratificación de convenios internacionales y la armonización de normas laborales que regulen las condiciones de trabajo y los subcontratos¹³⁶, asegurando los derechos a la formación e información; la participación de los trabajadores en la prevención y la paralización del trabajo inseguro. Si bien en el derecho de la seguridad social, cada país tiene un derecho administrativo particular, eso no implica que no se pueda aunar criterios en el reconocimiento de algunos derechos como: las L.E.R., el amianto, el accidente *in itinere*, etc.¹³⁷.

Sin embargo, este hecho se vuelve más complejo si consideramos que esta globalización de los mercados e impotencia del Estado se inscriben en un contexto de achicamiento del derecho del trabajo y derrumbe de las mediaciones sociales y políticas tradicionales, que parecen desbordadas por el aumento del desempleo, el empleo informal y el empleo en negro. Por eso, también cabe reflexionar por el papel de otros actores como las ONGs comprometidas con la salud, el medio ambiente de la comunidad y el trabajo con la opinión pública, porque la cuestión de los accidentes es muy escandalosa y sería preciso señalar “*aquel producto se hizo con trabajo esclavo y con la muerte de los trabajadores*”¹³⁸. En ese sentido, cabe rescatar la experiencia brasileña de asesoramiento legal y sanitario para las

135 Rodríguez, C., 2001.

136 Ibídem, OIT, 2001.

137 Carneiro, Wellington, 2001.

138 Declaraciones del sindicalista de Brasil (FITCM, 2001).

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

víctimas del amianto, sean o no trabajadores, donde se les otorga asesoramiento legal y sanitario¹³⁹.

En síntesis, el principal desafío radica en el viraje radical del modo de abordaje de los riesgos de trabajo de una obra, que reemplace aquella visión "indemnizatoria del riesgo o compensatoria de los daños" por una nueva concepción de "la gestión de los riesgos" en cada una de las fases de la obra: proyecto, organización y ejecución y post-obra. Hasta el momento sólo en algunas ciudades del Brasil se asiste a un debate extendido de la gestión de la seguridad integrada al proceso de trabajo en la obra. Esto implica un cambio en el enfoque de los sectores sociales, sindicales, empresariales, políticos y académicos de los 4 (cuatro) países, que entienda que la manera de enfrentar los desafíos de la competitividad, la productividad y calidad va indisolublemente ligada a la mejora en las condiciones de trabajo y salud de los obreros.

Referencias

- AISS. **Formación en materia de seguridad en la construcción.** Francia: Edición del Comité Internacional de la AISS para la Prevención de Riesgos Profesionales en la construcción, 1990.
- ALLEYNE, G. **La salud y el desarrollo económico en las Américas.** Argentina: Congreso de Economía y Salud, 2000.
- BERLINGUER, G. Conflictos y orientaciones éticas en la relación entre salud y trabajo; **Cuadernos de Relaciones Laborales** 3. España: Editorial Complutense, 1993, p. 203-225.
- BOIX, P, et alii. Modalidades de contratación y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995; **Rev. Mapfre Seguridad**, Nº 69, Madrid, España, 1998.

¹³⁹ La exposición al asbestos produce neumoconiosis, silicosis, asbestosis, cáncer de pulmón y mesotelioma pleural. El mismo se encuentra en el cemento, los tanques de agua, los caños fluviales y chapas, el aislante térmico, la protección de las piezas de hierro en la industria de montaje y elevación, las instalaciones eléctricas, plomería, cerrajería y calefacción (Rodríguez, E., 2001).

Sociologías, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

CÁRCOBA, A. Entrevista realizada por internet al integrante del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), España, 5 de junio de 2001.

CARNEIRO, W. **La defensa del derecho a la salud de los trabajadores.** Iniciativas Jurídico-Sindicales En Salud Laboral, Participación Tripartita, Iniciativas Legislativas, Declaraciones del Coordinador Regional Salud - FITCM, Seminario Regional de Salud y Seguridad Ocupacional de FITCM para los Países del Mercosur, Buenos Aires, 2001.

CDE. **Informativo Laboral**, Nº 161, CDE, Asunción del Paraguay, 2000, p. 29.

CONTE-GRAND y RODRÍGUEZ, C. Cobertura de los riesgos del trabajo: manual con experiencias actuales y alternativas. Perú: OIT, 1999.

CIOSL. **Sindicalización.** Internet: <http://www.icftu.org>, 2000.

Diario Clarín del jueves 29 de junio de 2000 (p. 11 y 11) y diario Clarín del 29 de noviembre de 2000. Buenos Aires. <<http://www.clarin.com.ar/2000-11-29/p-01203.htm>>.

DIESAT. **O Futuro do SAT - Seguro sobre Acidente do Trabalho: princípios e alternativas.** Organizado por el DIESAT e a Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo, Brasil, 05 de julho de 2000. Internet: <http://www.geocities.com/diesat/sat.htm>, 2000.

DISSSAT. **Informativo Diesat** jan/2001. Edição on line - Janeiro / 2001. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes de Trabalho, Brasil. Internet: <http://www.geocities.com/diesat>, 2000.

FADEL DE VASCONCELLOS, L. Ministerio de Salud de Brasil, Conferencia dictada el día 30 de octubre de 2000 en la Fac. de Medicina de Rosario. **Primer Reunión de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los países Miembros del Mercosur y Asociados.** Argentina: 2000.

FITCM. Presentación del Programa Global en Salud, a cargo de la Dra. Fiona Murie, Coordinadora Global del FITCM, En el **Seminario Regional de Salud y Seguridad Ocupacional de FITCM para los Países del Mercosur**, Buenos Aires, 2001.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

FRIGERI, G. **La integración europea, la globalización de la producción y la exportación de los riesgos.** IV Congreso del Comité Permanente Europeo de Profesionales de la Seguridad y Salud en el Trabajo; Turín, italia, 12-13 de marzo de 1999. Traducción al castellano: Manuel Vázquez; RED SALUD de los TRABAJADORES, 1999.

GALÍN, P. **Las regulaciones laborales y su impacto en la competitividad y el empleo.** Montevideo, Uruguay: CEFIR, 1998.

GALÍN, P. y M. NOVICK *et alii* (Comp.). **La precarización del empleo en la Argentina.** Buenos Aires: CEAL/CLACSO, 1990.

GARRETÓN, M. ¿En qué sociedad vivi(re)mos?: Tipos societales y desarrollo en el cambio de siglo, **Estudios Sociales**, Revista Universitaria Semestral, Año VIII, nº 14, Santa Fe, Argentina, 1er semestre de 1998, p. 9-18.

HIBA, J. **Condiciones de trabajo, seguridad y salud laborales en el sector de la construcción.** Lima: OIT, 18 de octubre de 2000.

ISCOD/CINTERFOR/OIT. **Taller Regional sobre Formación de Formadores en materia de Seguridad y Salud en la construcción.** Buenos Aires: 1999.

LITCHENBERG, I. Prevenção das doenças e acidentes graves e fatais na indústria da construção em Porto Alegre. Ponencia presentada en el el **IV Congresso Nacional sobre condições e meio ambiente do trabalho na indústria da construção e II Seminário sobre condições e meio ambiente de trabalho na indústria da construção nos países do mercosul.** Goiânia, Brasil, 24 al 27 de abril, 2001.

LITCHENBERG, Ieda. **Coloquio ICOSH de Seguridad y Salud en la Construcción Civil.** Organizado por el Sindicato de Trabajadores de la construcción de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil: ICOSH y OPS/OMS, 2000.

NÓBREGA, J. S. **Gestão de segurança do trabalho: ênfase em arranjo físico de canteiros.** Tesis de maestría presentada a la Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil, 2000.

OIT. **Safety, health and welfare on construction sites: a training manual.** Ginebra:

1995.

OPS. Taller Nacional de coordinación de Acciones en salud Ocupacional: diagnóstico y estrategias nacionales en salud ocupacional. Ministerio de Salud Pública, MTSS, B.P.S., B.S.E., UDELAR, Cámara de Industrias del Uruguay, PIT/CNT, Sociedad de Medicina del Trabajo, Sindicato Médicos del Uruguay, 2000.

OSHA. Repercusión económica de la seguridad y la salud en el trabajo en los Estados miembros de la Unión Europea. Internet: <http://agency.osha.eu.int/reports/impact/es/ei38.html>, 2000.

PIT/CNT. Trabajo y salud hacia el tercer milenio. Uruguay, Comisión de Salud Laboral y Medio Ambiente de la central sindical, 2000.

RODRÍGUEZ, E. Gerencia de los riesgos, convenio 162 "Uso controlado o prohibición", aspectos ambientales y ocupacionales. Representante del Ministerio de Salud de Argentina en el Seminario de Asbesto del MERCOSUR, organizado por la FITCM, 2001.

RODRÍGUEZ, Carlos A. La Seguridad en el sector construcción: el carácter evitable de los accidentes y prevención y los costos de los accidentes. En el Seminario Regional de Salud y Seguridad Ocupacional de FITCM para los Países del Mercosur, Buenos Aires, 2 al 6 de abril, 2001.

SILVA, M. A. Enfoques en el sistema de producción: la organización y gestión de la higiene y seguridad. Trabalho apresentado no Congresso latino-americano de tecnologia e gestão na produção de edifícios: soluções para o terceiro milênio. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 1998.

SILVA, M. A. Los accidentes, las enfermedades y adicciones en la construcción en las jurisdicciones de Córdoba, Mendoza, Santa Fe y Rosario. **Revista Estudios del Trabajo**, Nº 19, Revista semestral de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET), Buenos Aires, 2000, p. 67-103.

SILVA, M. A. A experiência da Argentina é bastante lamentável. Entrevista concedida ao **Jornal Segurança & Saúde no Trabalho**. São Paulo, Ano 5, Nº 58, junho, 2001, p. 6-7.

Sociologias, Porto Alegre, año 4, nº 8, jul/dez 2002, p. 358-399

SILVA, M. A. Las repercusiones de la precariedad sobre la salud: el caso de la construcción. **Cuadernos Médicos-Sociales**, Nº 79, 2001, p. 71-96.

SILVA, M. A. El nuevo ordenamiento del territorio: ¿prevé los riesgos a la salud de los obreros de la construcción? En: Alicia Castagna, María L. Woelflin, Isabel Raposo (orgs). **Reestructuración productiva, mercado laboral y desigualdades regionales en la Argentina**. Universidad Nacional de Rosario, 2001.

SILVA, M. A. **Empleo informal, empleo precario y salud: los límites de los sistemas de salud y la seguridad social en los países del Mercosur**. XXIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Sede Universidad de San Carlos, Guatemala, 29 de octubre al 2 de noviembre, 2001.

SILVA, M. A. **Globalización y cobertura de riesgos del trabajo: el caso de los accidentes y las enfermedades laborales en el Mercosur**. XXIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Sede Universidad de San Carlos, Guatemala, 29 de octubre al 2 de noviembre, 2001.

SRT. **Caracterización general de los siniestros**, Año 1999. Internet: www.srt.gov.ar/publicaciones/sinies99/CUERPO/2Cap/2Cap.htm, 2000.

VOGEL, L. **Vigilancia de la salud y derechos de los trabajadores y trabajadoras**. Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité (BTS), II Foro ISTAS de Salud Laboral, España, Noviembre, 2000.

ZUHER HANDAR. **A segurança e saúde no trabalho da construção civil e os desafios da globalização**. Trabalho apresentado no IV Congresso Nacional sobre condições e meio ambiente do trabalho na indústria da construção e II seminário sobre condições e meio ambiente de trabalho na indústria da construção nos países do Mercosul, Goiânia, Brasil, 24 al 27 de abril, 2001.

Resumen

Los proyectos de construcción más publicitados en los países miembros del Mercosur carecen de referencias a la gestión preventiva de los riesgos del trabajo y la salud, dentro de los pliegos de licitaciones o los estudios de factibilidad. Por eso, se intenta plantear el estado actual del debate sobre los riesgos del trabajo en obras de la construcción.

El objetivo fue interpretar los determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad en la obra e identificar los modos de gestión de los riesgos del trabajo.

La metodología es cuali-cuantitativa, mediante el uso de los datos secundarios (censos y encuestas); la técnica de observación directa en las obras, las entrevistas y las encuestas. Además se analizan los alcances de las negociaciones en el subgrupo 10 y 11 del Mercosur.

Como corolario, se plantean las limitaciones de los sistemas de cobertura y de registro de enfermedades y accidentes laborales dentro de un crecimiento del “empleo no registrado” y el “empleo informal”; a partir de su contraste con el enfoque de la salud globalizada y la gestión de los riesgos en cada fase de la obra.

Palabras-clave: riesgos del trabajo, accidentes de trabajo, empleo no registrado, enfermedades laborales, gestión de los riesgos.