

SITUACIÓN EN COLOMBIA



Corteros de Caña en huelga, Colombia

Mauricio Torres Tovar¹
Jairo Luna García²

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principales indicadores socio - económicos de Colombia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Estructura institucional de la salud laboral en Colombia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

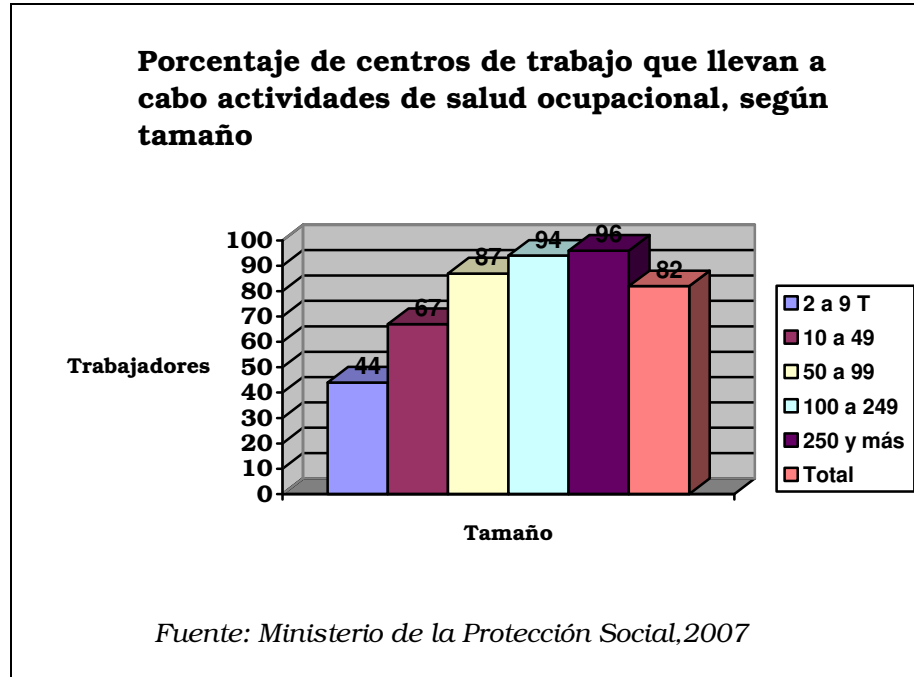
4.1 Programas de las empresas para garantizar la protección de la salud en el mundo del trabajo:

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

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

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

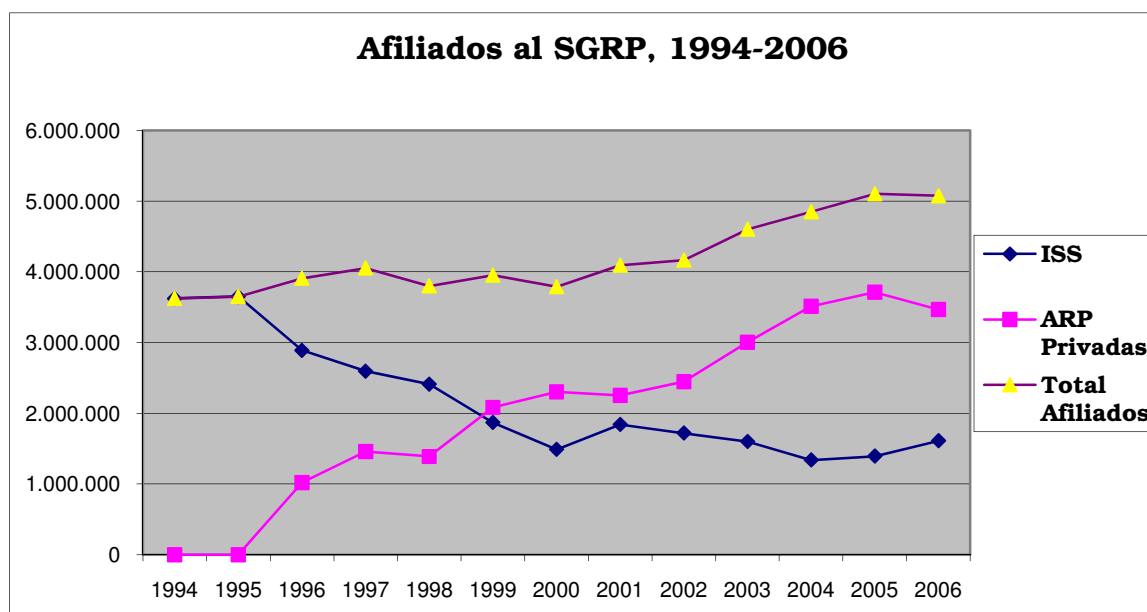
El modelo de salud ocupacional adoptado en el país, los diferentes programas, sistemas de gestión y servicios de salud y seguridad en el trabajo, no se adecuan a la realidad y a las posibilidades de las pequeñas y micro empresas que configuran cerca del 95% de las unidades productivas afiliadas al Sistema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



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

4.2 Afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales:

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



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

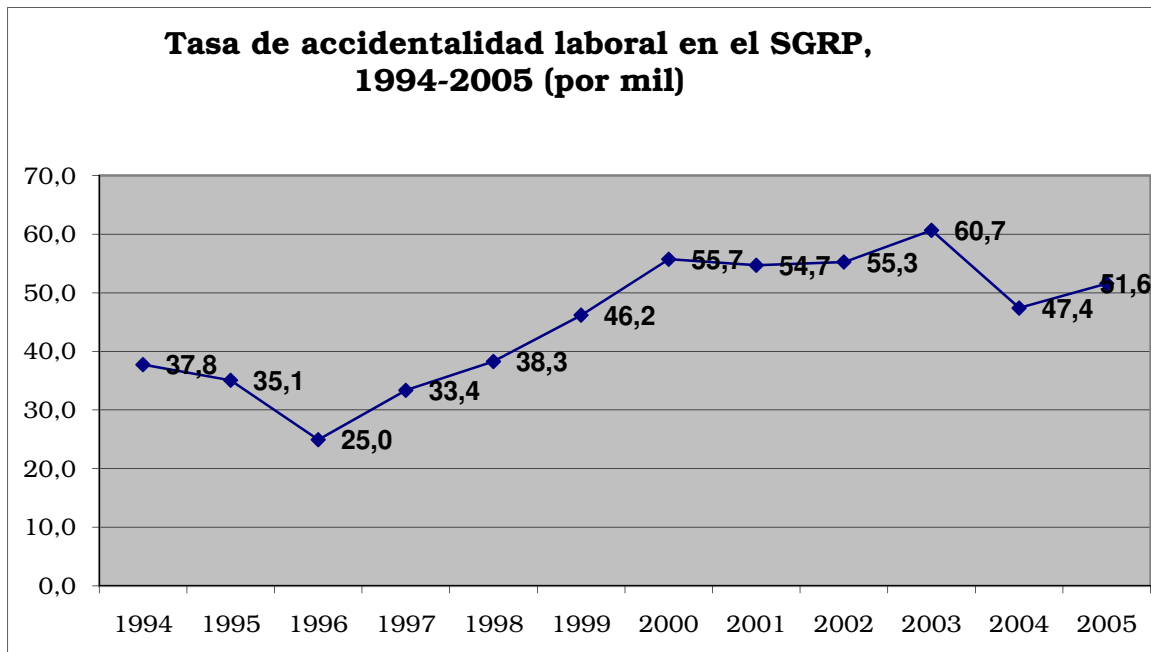
El número de trabajadores afiliados fluctúa exactamente como lo hace el empleo formal; la afiliación varía en función de la existencia de nuevos puestos de trabajo: sectores de la economía, zonas geográficas y clases de riesgo; el impacto de la precarización del empleo se refleja en una tendencia a la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

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

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

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

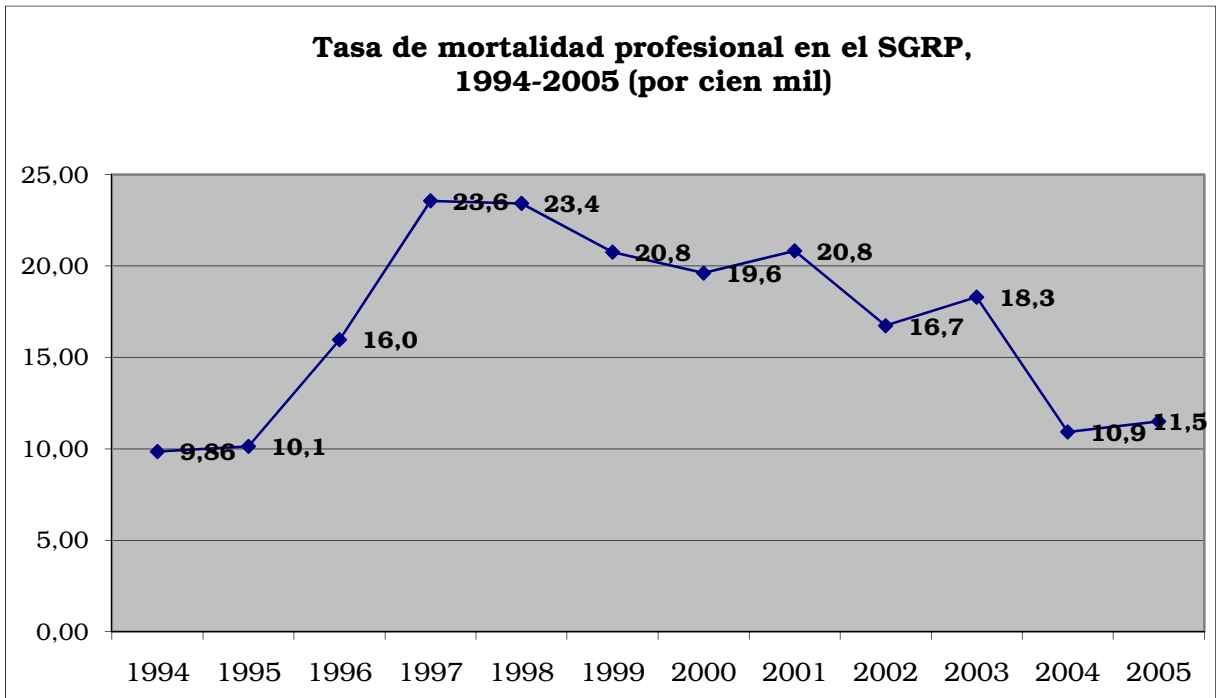
La tasa de accidentalidad en el periodo 1985-1995 venían presentando una tendencia sostenida a la disminución, mientras que en el lapso del nuevo Sistema se ha presentado un incremento de los accidentes, los cuales pasaron de 136.767 en 1994 a 263.316 en el 2005, con un pico de 279.275 en el año 2003.



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Experiencia desde los propios trabajadores/as

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minería y salud en Colombia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Escenario futuro

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

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

- TORRES, Mauricio (2007). Plan Nacional de Salud Pública ¿Respuesta a situación de la salud? UN Periódico, Bogotá, n. 107, p. 10.
- TORRES, Mauricio y MOLINA, Nancy (2000). Modelo Obrero: La experiencia colombiana. Ponencia IX Congreso de ALAMES. La Habana.