

Situación en Uruguay



PIT-CNT, 1997, Plaza 1º de Mayo, Mártires de Chicago

**Departamento de Salud Ocupacional.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.**

Prof. Agdo. Dr. Fernando Tomasina, Asist. Dra. Nurit Stolovas, Asist. Dra. Elizabeth Chaves,
Posgrado Dra, Alicia Arroyo, Prof. Adj. Lic. Elizabeth Bozzo, Tec. Prev. Walter Miglionico

Introducción

1. Contexto económico, político y social (una página tamaño carta)

1.1 Características socio-demográficas

Uruguay tiene una población de 3.314.466 habitantes (1.601.024 hombres y 1.713.442 mujeres). Abarca un área de 318.413 km². Aproximadamente el 46% de la población se localiza en la capital del país, Montevideo, el 38% en el interior urbano, mientras que sólo 16% habita las zonas rurales. ⁽¹⁾

La pirámide poblacional muestra estancamiento en índices de natalidad y aumento de promedio de vida. ⁽²⁾

Desde el punto de vista demográfico se considera que existió un temprano proceso de transición demográfica, que no fue acompañada de desarrollo productivo en el país, impactando principalmente en los jóvenes. ⁽³⁾

1.2- Características económicas

La economía de nuestro país se basa predominantemente en el Sector Agropecuario. Ha habido crecimiento en la forestación y servicios, mientras que el sector industrial ha sufrido una fuerte retracción. ²

Durante las últimas décadas, en particular con el predominio de las políticas neoliberales, el país sufrió una importante desindustrialización.

La fuerte recesión económica, generó en los años 2001 al 2003, un descenso importante del ingreso promedio de los hogares.

En el año 2004, este ingreso comenzó a aumentar, tendencia que se ha mantenido en 2005 y 2006.

En cuanto a las personas que se encuentran en situación de indigencia y especialmente de pobreza, han descendido las cifras correspondientes al primer semestre de 2006 en comparación con los años anteriores. Esto se lo vincula con la recuperación de los ingresos y el empleo, no pudiendo aún llegar a los niveles de ingreso del año 2001. El ingreso de los hogares ya se presentaba con un marcado descenso desde el año 1998.

La recuperación económica ha sido mayor en el interior del país: en el primer trimestre 2006 comparado con el primer trimestre 2005, en la capital la mejora ha sido 13%, mientras que en el interior de 19%.

Cabe mencionar que el porcentaje de personas indigentes, entre 2001 -2004, aumentó en todo el país. Es desde el 2005, en que ha descendido, así como en el primer semestre de 2006. Esto se ha dado con mayor peso en la capital del país.

Sin embargo, la incidencia de la indigencia sigue siendo superior en Montevideo que en el resto del país urbano. ⁽⁴⁾

En el último trimestre del 2006, ha existido un crecimiento económico del 7%.⁽⁵⁾

El crecimiento del PBI desestacionalizado del último trimestre del 2006, aumentó en el 1% ⁽⁶⁾

1.3 Características sociales

Según un informe de la CEPAL, 2005, Uruguay posee el gasto social per cápita más alto de América Latina y también uno de los gastos más altos como porcentaje del PBI y como porción del gasto público total.

Cabe mencionar que “los recursos por habitante como el esfuerzo económico y fiscal que el país realiza en materia social se encuentran sin lugar a dudas entre los mayores de la región.

Asimismo, entre 1985 y el presente el gasto social primario en Uruguay ha presentado una tendencia claramente ascendente, rondando en la actualidad el 70% del gasto del Estado (CEPAL, 2005). A pesar de ello, pocos analistas y aun observadores atentos admitirían que el gasto social uruguayo se traduce en un satisfactorio sistema de políticas y protección social.”⁽⁷⁾

En Uruguay, desde que asumió el nuevo gobierno, se ha implementado el Plan de Emergencia, que apunta a la equidad, mejorando los salarios, bajando los índices de desocupación, mejorando las inversiones en la Rendición de Cuentas para obras, educación y salud ⁽⁸⁾

El Programa Trabajo por Uruguay está dirigido a protagonistas del PANES (Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social), que voluntariamente deseen participar, mayores de 18 años, desocupados y titulares del ingreso ciudadano (monto mensual en pesos uruguayos aproximadamente 1.400 ⁽⁹⁾

En Trabajo por Uruguay el promedio de presencia de mujeres es el 71% y existe una concentración importante de jóvenes que trabajan entre los 25 y los 35 años.

El 75% de los Protagonistas que integran el Plan de Emergencia son menores de 30 años y ahí se concentra la población más indigente y de mayor pobreza extrema y es donde están presentes problemáticas en el área de la nutrición y la educación. ⁽¹⁰⁾
⁽¹¹⁾

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

El Estado Uruguayo tuvo una fuerte impronta de protección al trabajador a principio del siglo veinte, en el marco del estado de Bienestar, en relación a legislación protectora de la salud del trabajador desde el año 1914, específicamente a través de la Ley 5.032/14 sobre accidentes y enfermedades del trabajo. En dicha ley se señala la responsabilidad de los empleadores en cuanto a la salud y seguridad de sus trabajadores, con un grado variable de cumplimiento de la misma.

Por otra parte el país ha ratificado diferentes convenios y o recomendaciones internacionales de la OIT, en relación a la salud de los trabajadores, pero con gran dificultad en su aplicación.

Cabe mencionar en particular, los convenios internacionales 148(medio ambiente de trabajo),155(Seguridad y Salud de los trabajadores)y 161(servicios de salud en el trabajo). Los convenios 148 y 155, han sido parcialmente ratificados en el decreto 406/88. Este se vincula con la seguridad e higiene en el trabajo, reúne por categoría diferentes riesgos posibles en los lugares de trabajo y plantea criterios generales de prevención. ⁽¹²⁾

Durante décadas, ha sido duramente cuestionado, los aspectos relacionados a la participación de los trabajadores. En los últimos dos años, con el nuevo gobierno, ha existido una fuerte apuesta de recrear espacios de negociación paritaria y o tripartita. ⁽¹⁾ Como muestra de esta voluntad, en la industria química, se ha reglamentado la formación de las comisiones de salud en el trabajo.

Con referencia a la reglamentación del Convenio Internacional N° 161, se destaca el impulso que dicha reglamentación tuvo en el marco de la construcción del sistema nacional de salud, que posteriormente desarrollaremos.

El país tiene un seguro de accidentes y enfermedad profesional, estatal y monopólica, ejercida por el Banco de Seguros de Estado (B.S.E), reglamentada por la Ley 16074, referida al Seguro de Accidentes de Trabajo y las Enfermedades Profesionales. Cuando en la década de los 90, imperaban las políticas neoliberales, existió una fuerte lucha por mantener el control estatal del seguro, en particular, por parte de la central de trabajadores.

En esta ley no contempla la universalidad del seguro, ya que hay sectores en particular de la administración central del Estado, que están excluidos de la misma

El enfoque de atención a la salud de los trabajadores que ha tendido históricamente el país es predominantemente curativo e indemnizatorio.

Atender y asistir al accidentado y o al enfermo de causa laboral es una prioridad, pero debería ir acompañado también de acciones de prevención y promoción en salud. Por otra parte las acciones de rehabilitación en general están limitadas a acciones de rehabilitación física sin el componente sociolaboral.

En la Ley 16.074, los accidentes del trayecto no son contemplados, salvo tres excepciones.

En el artículo 43 de dicha ley, se señala que “Serán obligatorios los exámenes preventivos de acuerdo al riesgo laboral: los pre-ocupacionales clínicos y paraclínicos específicos, los periódicos para los ya ingresados al trabajo, así como cualesquiera otros que determine el Poder Ejecutivo por vía de reglamentación de las leyes sobre prevención de enfermedades profesionales. El patrono que no exija al trabajador el cumplimiento de los exámenes a que se hace referencia en este artículo asumirá la responsabilidad del riesgo.”

Ha existido un vacío legal en relación a los exámenes periódicos hasta el año 2004. A partir de ese año, el Ministerio de Salud Pública definió tipos de exámenes y periodicidad de los mismos, según riesgos laborales (ordenanza 337/04).

3 . Descripción del sistema de salud en el trabajo y las políticas públicas en esta área

3.1 El trabajador que padece una enfermedad profesional o un accidente de trabajo, actualmente es asistido por el Banco de Seguros del Estado, quien presta asistencia médica y abona las indemnizaciones correspondientes, con independencia de que sus patronos hayan cumplido o no con la obligación de asegurarlos.

Así mismo la patología no considerada profesional es asistida en el resto del sistema sanitario, garantizada en algunos casos por la seguridad social, prestada tanto en el subsector de salud público como privado, que hoy se encuentra en plena reforma.

La actual reforma sanitaria encarada en el país recoge, en gran parte, la estrategia de APS. La misma se plantea como proceso, con:

- reorientación de los subsistemas, las instituciones y los recursos actuales;
- construcción colectiva entre actores del sistema de salud.

A su vez esta reforma supone la construcción de un Sistema Nacional de Salud Integral e Integrado, lo cual incluye: Cambio en el modelo de atención,(lógica de la estrategia en APS) ,cambio en el modelo de gestión; cambio en el modelo de financiamiento (Seguro Nacional).

El lugar de trabajo es un espacio privilegiado para actuar en salud. El desarrollo del primer nivel de atención es clave en la estrategia de APS . Es aquí donde sin duda juega un rol fundamental como ejecutor de las políticas en salud de los trabajadores los servicios de salud en el trabajo. La expresión servicios de salud en el trabajo designa unos servicios investidos de funciones esencialmente preventivas.

Los objetivos prioritarios que han orientado la primera etapa de la reforma, han sido:

- Fortalecer la atención en el primer nivel con una estrategia de APS, estructurado como sistema con base territorial, asegurando cobertura universal
- Gestar los instrumentos políticos y jurídicos de las transformaciones en el sistema de financiamiento y en la arquitectura del sistema institucional de salud: Sistema Nacional y Seguro Nacional.

Se elaboro durante el año 2006 un plan de reglamentación del convenio internacional 161 de la OIT, para efectores del subsector publico ,en el marco del Sistema Nacional de Salud ,el cual está en estudio para su implementación.

Cabe mencionar, que además, se ha confeccionado una propuesta de estatuto único del trabajador de la salud, que contempla la existencia de los servicios de salud y de las comisiones paritarias de salud en el trabajo.

Estamos convencidos que estrategias de capacitación y formación dirigidas a los trabajadores, son centrales en la generación de condiciones que favorecen la participación en salud.

En este sentido visualizamos como una fortaleza existente en el país, las diferentes acciones de capacitación de trabajadores en la temática de la salud y el trabajo, así como el conocimiento sobre diferentes técnicas de investigación participativas.⁽¹³⁾

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

4.1. Bloque de indicadores sobre estado de la salud en el trabajo

Hay dificultad de obtención de la información en forma centralizada si bien existe, se encuentra la misma de forma disgregada en diferentes instituciones, se destaca que en el último año ha existido disposición por parte de las diferentes autoridades (MTSS-IGTS, BSE, MSP) a facilitar dicha información.

Por parte existe un alto subregistro en particular de las enfermedades ocupacionales. La última publicación del BSE (2000-2001) no incluyo datos sobre las en-

fermedades profesionales y en general la información aportada son datos, escasamente procesados desde el punto de vista estadístico.

De los datos obtenidos del sistema de vigilancia epidemiológica del MSP, podemos aproximarnos a una categoría de enfermedad profesional, las zoonosis ocupacionales

Tabla 1- Distribución de las enfermedades profesionales, 2005 -2006, Uruguay ⁽¹⁴⁾

Año	Brucelosis	Carbunco	Fiebre Q
2005 (1)	5	4	22
2006 (2)	1	1	13

En cuanto a los accidentes laborales, la información es más abundante.

Tabla 2- Distribución global de los accidentes laborales 2000 -2006, Uruguay

Año	Numero total de accidentes	Numero de Ocupados	Tasa de incidencia
2001	26.825 (3)	1.076.200	25 x 1000
2002	Sin datos	1.038.300	
2003	24.613 (4)	1.032.000	24 x 1000
2004	30.156 (4)	1.098.900 ⁽⁵⁾	27 x 1000
2005	Sin datos	Sin datos	

Fuente (3) Fuente:

http://www.bse.com.uy/admriesgos/archivos/Analisis_de_siniestro_nro_15.pdf

Estimación del bienio (53650 accidentes laborales) (4) Comunicado del directorio del Banco de Seguros del Estado.

Tabla 3- Distribución de accidentes ocurridos en el bienio 2000-2001, Uruguay

Rama productiva 2000 - 2001	Numero total de accidentes
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	10.268
Explotación de minas y canteras	164
Industrias manufactureras	12241
Electricidad, gas y agua	1432
Construcción.	6897
Comercios, restaurantes y hoteles	7529
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	4488
Establecimientos financieros, de seguros, bienes inmuebles y servicios de asesoramiento a empresas	822
Servicios comunales, sociales y personales	9653
Actividades no bien especificadas	156.

Fuente: http://www.bse.com.uy/admriesgos/archivos/Analisis_de_siniestro_nro_15.pdf Estimación del bienio (53650 accidentes laborales)

Tabla 4.1- Distribución de accidentes mortales, tasas, según año, 2001-2005, Uruguay

Año	Accidentes mortales	Ocupados	Tasa de incidencia
2002	45	1.038.300	4,3 x 100 mil
2003	43	1.032.000	4,2 x 100 mil
2004	64	1.098.900+	5,8 x 100 mil
2005	51	Sin datos	4,6 x 100 mil (+)
Incapacidad			
2004	300		

Fuente (3) Fuente:

http://www.bse.com.uy/admriesgos/archivos/Analisis_de_siniestro_nro_15.pdf

Estimación del bienio (53650 accidentes laborales)

(+) fue tomado como denominador año 2004 de ocupados.

Según informe de la Inspección General de Trabajo y Seguridad Social (del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), en su memoria de ingreso de denuncias de accidentes según decreto 64/04. correspondiente al año 2005.

Se han registrado solamente 3255 denuncias. 54% Montevideo y 46% en el Interior del país.

Se distribuyen los mismo en : 22,2%: industrias manufactureras, 14,3 %: agricultura, ganadería, pesca y frigoríficos , 12 %: servicios personales y comunales públicos y privados (salud y anexos, de enseñanza, culturales de esparcimiento y comunicaciones, profesionales, técnicos, especializados), 11%: comercio y almacenes, 8 % construcción y 4,7% transporte.

Tabla 4.2. Indicadores tradicionales de población económicamente activa, porcentaje de empleo formal, independiente e informal, porcentaje de desempleo.

PEA	2001	2002	2003	2004
Urbano (%)	60,5	58,7	58,8	58,6
Ocupados				
<i>Global</i> ⁽⁵⁾	1.076.200	1.038.300	1.032.000	1.098.900 ⁽⁵⁾
<i>Hombres</i>				624.900 ⁽⁵⁾
<i>Mujeres</i>				474.00 ⁽⁵⁾
<i>Actividad</i> Ω				
Industria Manufacturera	14,5	13,5	13,7	14,0
Comercio-hoteles y Restaurantes	22,4	22,0	21,8	22,2
Transporte y telecomunicaciones	6,2	6,0	5,9	5,8
Servicios financieros e inmobiliarios	9,1	9,3	8,8	8,6
Servicios sociales y Comunales	34,5	36,2	37,5	37,0
	2001	2002	2003	2004
Empleo Informal				
Global				28.8 %+
Hombres				29,4% +
Mujeres				28,2% +
Tasa de desempleo				
<i>Edad (años)</i> Ω				
14-24	34,3	38,1	38,3	33,0
25-34	14,2	16,5	16,9	12,9
35-44	9,9	12,1	11,7	8,1
45-59	8,6	10,2	10,0	7,2
60 y mas	8,5	7,5	9,0	5,5
Tasa de empleo				
<i>Global</i> *	51,4	49,1	48,3	50,8
<i>Urbano</i>	51,6	47,6	49,8	51,3

http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/estad/uru/ind_gen.pdf (5) www.ine.gub.uy

Tabla 4.2. Coberturas de atención en salud en el trabajo:

INDICADORES	AÑO					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PEA						
Urbano	60,5	58,7	58,8	58,6	58,6	
Ocupados						
Global	1.076,2	1.038,3	1.032,0	1.098.900+	1.114.500+	
Hombres				624.900 +	620.100 +	
Mujeres				474.00 +	494.400 +	
Rural				159.829 *	170.359 *	171.838 *
Empleo Infor- mal						
Global				28,8 %+	26,3 %+	
Hombres				29,4% +	27,0% +	
Mujeres				28,2% +	25,6 % +	
Tasa de desem- pleo						
Hombres					9,5	
Urbano	15,3	16,9	16,9	13,1	12,2	
Tasa de empleo						
Global *	51,4	49,1	48,3	50,8	51,4	
14-19					16,9	
20-29					64,2	
30-39					77,5	
40-49					79,4	
50-59					70,6	
60 y mas					17,4	
Urbano	51,6	47,6	49,8	51,3	51,4	

* Fuente: <http://www.ine.gub.uy>

* Fuente: <http://www.mgap.gub.uy/opypa/ANUARIOS/Anuario06/docs/43%20-%20ocupaci%C3%B3n%20sector%20agropecuario.pdf>

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud en el trabajo

En el 2005 fue el año con menos conflicto en 10 años, según Luis Senatore ⁽¹⁾ mientras que en el año 2006, esa tendencia se revirtió.

Así mismo la afiliación al PIT-CNT (Central Única de Trabajadores) se duplicó.

El movimiento sindical celebró el retorno a los consejos de salarios, se derogó el decreto que habilitaba la desocupación de las empresas y se aprobó una ley de Libertades Sindicales. ⁽¹⁾

Según la opinión del coordinador del Departamento de Salud Laboral y Ambiental del PIT-CNT, Walter Miglionico: “La política de la nueva administración de gobierno, mantiene en general, con algunos cambios, la subordinación de las políticas de trabajo, el restablecimiento pleno del estado de derecho en el trabajo, a la política económico-financiera. Las medidas aisladas de Consejos de Salarios para los trabajadores que habían perdido el derecho de negociación colectiva, o la ley de libertad sindical, muestran con claridad lo endeble de la política de trabajo, aunque debemos reconocer que al menos existe. El sector agropecuario sin establecer el derecho

mínimo a la extensión de la jornada de trabajo, con violación de acuerdos en industrias y comercio y el sector estatal estancado en los salarios.”

Según su opinión : “Continúa el ocultamiento de la información y las inspecciones puntuales, sin un plan para todos los organismos estatales controladores involucrados. No se ha progresado en materia de tripartismo para el control y desarrollo de estas condiciones a que hacemos referencia, aunque se trabaja en ese sentido, como veremos en el punto 6.”

“Los representantes de las empresas, acostumbrados a décadas en las que impusieron su voluntad, se mantienen en la misma, cuestionando los intentos de avanzar en la temática debido a que consideran que aumenta los costos laborales, con excepciones que confirman esta regla. Tenemos varios casos de empresas recientemente instaladas en las cuales se ha privilegiado la creación de puestos de trabajo frente a las condiciones en que se realiza el mismo. Un problema muy preocupante es la cobertura en caso de accidentes y enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo, en Uruguay solo son reconocidas las enfermedades profesionales de la lista anexa al CIT 121 original o sea la lista de 29, no se ha adecuado la misma pese a nuestra insistencia y la OIT al respecto. El organismo que brinda esta cobertura es monopolio estatal y como defensores del mismo nos preocupa su gestión, que en este caso valoramos como incorrecta, ya que se rige por criterios comerciales alejados de su cometido social.”

“Al ser un problema que afecta a toda la sociedad, planteamos como necesidad impostergable la reflexión de toda ella, es interesante destacar que en plena discusión de un Sistema Nacional Integrado de Salud, un objetivo, plenamente compartible, del actual gobierno, de lo analizado no surge como será encarado el problema de la salud de los trabajadores. Esto nos lleva al problema de la relación Movimiento Sindical- fuerzas progresistas en el gobierno, el cual aparece como especialmente complicado. Para algunos hay un viento fuerte a favor, para otros tan solo un vientito, pero no se puede negar que es a favor en la mayoría de los casos y en consecuencia nos puede permitir avanzar. Pero, como sostenía Séneca; *“Para el navegante que no sabe hacia donde va, no importa desde donde sople el viento”*. Todo navegante sabe que tampoco alcanza solo con saber hacia donde se va, también es necesario saber orientar el aparejo para que las velas aprovechen ese viento y poder llegar a destino. “

El Movimiento Sindical manteniendo su independencia, debe valorar la posibilidad de recuperar conquistas perdidas y profundizar su exigencia de país productivo con justicia social. En el campo de la Salud Laboral y Medio Ambiente, de las condiciones sociales, técnicas y ambientales del trabajo esta perspectiva acerca la posibilidad de que se institucionalice la participación de los trabajadores en el diseño y gestión de la organización del trabajo, incluyendo no sólo el ambiente de trabajo, sino también su relación con el medio ambiente en general.

Analizar y estudiar con el objetivo de tomar acciones para revertir los efectos sobre nuestro estado de salud de esas condiciones implicar discutir y actuar sobre el como, para que y con que trabajamos. Las manifestaciones sobre nuestro estado de salud del proceso de trabajo no son ni castigo divino, ni obra de la fortuna, son consecuencia de las definiciones que se toman a la hora de establecer como se realiza ese proceso, definiciones en que pese a la legislación específica nacional, los avances de la ciencia y la técnica y las experiencias de otros países que han avanzado al respecto, pocas veces admiten la participación de los trabajadores. “

“El movimiento sindical de Uruguay tiene como característica el estar conformado por una sola Central, el **PIT- CNT. Plenario Intersindical de Trabajadores – Convención Nacional de Trabajadores**. Nacido en 1966 como CNT, ilegalizada durante la dictadura cívico – militar en 1975, durante 1979-1980 se aprovechó una norma de la dictadura para su reorganización, entonces se tomó el nombre de PIT, al recomponerse la democracia se produjo, bajo la consigna “**dos nombres un solo movimiento sindical**” la unión de ambos.

De acuerdo a datos de nuestro último Congreso (el IX desde la fundación de la CNT) nuclea aproximadamente entre un 16 y un 20 % de la población económicamente activa asalariada (en su época de auge la CNT nucleaba cerca del 35%). Nuestra central cuenta con una Secretaria de Salud y Medio Ambiente dividida en dos Departamentos, Salud Laboral y Medio Ambiente, que hace al tema que nos convoca y Salud que aborda los temas de los gremios y sindicatos del área”

6. Experiencias desde los propios trabajadores/as

En el punto 5, establecimos una serie de consideraciones, el eje central de las mismas es la participación de los trabajadores, no es posible admitir que quienes ponen su esfuerzo físico e intelectual en el trabajo, quienes exponen su estado de salud, su único “bien” sean excluidos de las definiciones de los procesos de trabajo, algo, marcado claramente por la ciencia, la técnica y la experiencia como imprescindible para revertir el actual estado de cosas. En este sentido nuestra Central ha llevado adelante, como mínimo, desde hace décadas luchar por la reglamentación de los Convenios Internacionales del Trabajo que garantizan, la definición de las condiciones de trabajo adecuadas (CIT 148), el control de las mismas por parte de los mismos trabajadores (CIT 155) y el monitoreo de cómo afectan las mismas y como deben ser cambiadas para evitarlos (CIT 161). En este sentido y gracias a su lucha los trabajadores de la Construcción (desde 1996) y la Química (desde el 2005) son los únicos que cuentan con algunos mecanismos legales (Comisiones bipartitas, delegados de Salud y Seguridad en el Trabajo) para asegurar su participación, en algunas actividades (metalúrgicos, empresas públicas) fue posible obtener estas conquistas pero no respaldadas por una Ley o reglamentación de alcance nacional si por acuerdos acordados en cada empresa. Esto determino que trabajáramos en el sentido de dar elementos para una lectura adecuada de la situación por la vía de un estudio realizado en el 2000, que llamamos **Trabajo y Salud hacia en Tercer Milenio**, en el mismo se buscó reseñar que había pasado en los diez años anteriores y como debíamos posicionarnos en el futuro. Material al cual se convocó a todas las instancias académicas que trabajan con sus naturales roles pero con idénticos propósitos que nosotros, preservar la Salud de los Trabajadores, el mismo sirvió y aún sirve como referencia en la actuación sindical. No es posible revertir la situación dramática que vivimos sin un análisis de la realidad, que sirva de herramienta para apoyar la reflexión y consecuente toma de conciencia de los trabajadores. En este sentido además de nuestra exigencia en todos los foros, encuentros, seminarios y congresos de la necesidad de mayor participación, nos enfrentamos a que la misma si no es potenciada con la adecuada formación de los trabajadores, una vez lograda se vera disminuida y acotada por carecer de ella. Así es que definimos y estamos llevando adelante una agresiva política de formación, desde el 2005 hemos realizado 47 instancias de capacitación de cuatro horas cada una por las cuales pasaron casi mil trabajadores, 9 instancias de 16 horas (para delegados) en las cuales participaron 157 trabajadores, se publicó un Manual específico para ellas y otros materiales. Hemos creado dos equipos de

trabajo específico en dos temáticas de importante relevancia, Acoso Psicológico en el Trabajo (Acoso Moral –Laboral) y Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Ámbito Laboral, ambos con la colaboración de la Universidad de la República, el segundo también con el apoyo de la secretaria del Poder Ejecutivo. Participamos como delegados de la Central de Trabajadores en el Consejo Asesor de la Inspección General del Trabajo en el mismo se acordó discutir la reglamentación del CIT 155, a punto de ser promulgada por el P. Ejecutivo, si bien no refleja todas nuestras aspiraciones y podemos sostener que es una reglamentación parcial, consideramos que es un avance al crear los ámbitos bipartitos por empresa y sectoriales para actuar. También se está participando en la Comisión tripartita de reglamentación del CIT 184 (Condiciones de Salud y Seguridad en el Agro) con avances muy lentos.”

7. Estudios de caso: Industria frigorífica en el Uruguay

La producción ganadera tiene una larga tradición en la historia del país aportando materia prima para la industria cárnica, textil y del cuero. Este desarrollo de la ganadería, llevó por sí mismo al desarrollo de la industria frigorífica que ha ido aumentando en los últimos años.

Los diferentes establecimientos frigoríficos se distribuyen generalmente en el sur del país, presentando diferentes niveles de inversión en los mismos.

Esta inversión está determinada generalmente por los estándares internacionales que se deben cumplir para poder exportar la carne, no estando acompañada la misma en cuanto a las condiciones en las que los trabajadores cumplen su labor.

Desde el punto de vista del empleo la industria frigorífica ocupa alrededor de 16000 trabajadores con un gran componente de mano de obra femenina.

En este ámbito se realizan diferentes procesos de trabajo cada cual con sus propios riesgos para la salud de los trabajadores.

En muchos casos incluye la matanza de los animales y la manufactura de una gran variedad de subproductos como ser diferentes cortes envasados, proceso de recuperación de descartes : tales como grasa, huesos, cabezas, sangre y vísceras.

Todos estos procesos requieren que los trabajadores realicen tareas que les exigen una gran carga física, en posición de pie, con movimientos repetidos de brazos y manos, lo que hace que este grupo de trabajadores presente problemas musculares, óseos y tendinosos.

Entre otros riesgos que se pueden asociar al trabajo son lesiones traumáticas, heridas, infecciones causadas por contacto con animales, estiércol o carne. Sordera, por exposición excesiva a ruidos de máquinas (sierras), animales y sistemas de ventilación. Agotamiento físico, producido por exposición a temperaturas extremas, humedad y olores desagradables, los cuales pueden causar discomfort.

Todo esto unido a una organización del trabajo en la cual se le exige al trabajador una cuota de producción, con un salario a destajo, el que más produce más cobra, sometiendo de esta manera a los trabajadores a una exigencia muy superior a sus capacidades.

Como otro elemento agregado muchos de los trabajadores pertenecen a empresas tercerizadas, con contratos de trabajo irregulares, no estando cubiertos por la seguridad social. Desde los Servicios de Salud de la Intendencia donde se encuentran

localizados varios de los frigoríficos, surgió la inquietud respecto a esta problemática, como respuesta a reclamos de los trabajadores.

En tanto esta situación se realizaron contactos con el Ministerio de Salud Pública, con la Facultad de Medicina a través del Dpto. de Salud Ocupacional, la Facultad de Veterinaria y la Central de Trabajadores PIT- CNT con el fin de acordar estrategias de intervención.

De esto surge una propuesta participativa, con la realización de talleres a nivel local, donde participaron autoridades de Salud locales pertenecientes a la Intendencia, al Ministerio de Salud, docentes de la Universidad y dirigentes sindicales, Esta instancia se realizó a través de una convocatoria abierta a los trabajadores y sus familias, concurriendo algunos de ellos.

En dichos talleres, se realizó primero una charla donde se expusieron los riesgos identificados en la industria, luego de lo cual se realizaron preguntas disparadoras para discusión entre los trabajadores sobre su propia percepción de las condiciones de trabajo y que soluciones plantearían para la mejora de las mismas. En este espacio de reflexión e intercambio de saberes, surgieron algunas propuestas de cambio.

Se realizó la evaluación médico ocupacional de los trabajadores a cargo del Dpto Salud Ocupacional de Facultad de Medicina-

Partiendo de los planteos, y viabilizando la defensa de los derechos laborales, los trabajadores que anteriormente no estaban organizados sindicalmente, se agruparon formando el sindicato de la carne..

Como conclusiones positivas podemos decir que este proceso involucró varios actores, entre ellos y fundamentalmente la participación de los propios trabajadores como eje principal, quienes fueron los que analizaron sus propias condiciones y medio ambiente de trabajo y plantearon las soluciones en conjunto con los técnicos .

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

La precarización laboral, alimentada durante mas de 30 años en el marco de políticas neoliberales, en gran medida facilitadas por el desempleo, a manera de chantaje social, ha determinado condiciones de trabajo poco saludables, que hoy es parte del desafío a revertir, en el marco del nuevo gobierno.

Entre 1998-2002 la pobreza aumentó un 45%, con un incremento particularmente relevante en el último año (30%). La pobreza es mayor cuando se mide en personas que en hogares, ya que mientras en los hogares no pobres el promedio de personas es de 3,1, en el caso de los hogares pobres dicho valor llega a 4,8.

También la desocupación es mayor en las familias pobres.

La caída muy importante de los salarios reales, el aumento de la desocupación y el cierre de empresas, profundizó la recesión y llevó al aumento de la pobreza

La sociedad uruguaya pasó de tener 532 mil personas en situación de pobreza a casi 800 mil personas. ⁽¹⁵⁾

Podríamos afirmar que las estrategias neoliberales para la mayor extracción del valor, han tenido como resultados en el mundo del trabajo: la precarización de las relaciones laborales, la externalización de los riesgos laborales, tercerización, debili-

tamiento de las funciones del Estado en cuanto a regulador de las siempre desiguales relaciones entre el trabajador y el empleador.

A manera de ejemplo de los antes mencionado, la exposición a pesticidas sin ningún criterio de seguridad, a lo cual han sido expuestos frecuentemente los trabajadores rurales en su condición de zafrales.

La extensión de modelos de producción segmentada con externalización de parte del proceso productivo realizado en pequeños talleres cuasi familiares, sin los controles ambientales correspondientes.

Externalización, que en definitiva es también una externalización del riesgo, procesos productivos sucios muy contaminantes se dan a terceros como forma de disminuir costos vinculado a las acciones en salud y seguridad en el trabajo.

La creciente pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores está afectando claramente el espacio de consumo y constituye de por sí otro determinante negativo para la salud de los trabajadores (caída en del salario de los trabajadores tanto en el sector público como en el privado).

Esta marcada tendencia se ha comenzado a revertir de acuerdo a los últimos datos estadísticos, existiendo una fuerte apuesta al combate contra el trabajo informal demostrado en el crecimiento de la capitación en la seguridad social.

9. Escenario futuro.

Crear condiciones que faciliten el control social de los determinantes de la salud y el trabajo es central.

Los trabajadores a través del Departamento de Salud Laboral y Ambiental del PIT-CNT reclaman el derecho a conocer, participar y controlar las acciones para la defensa de su salud, sin embargo en la normativa vigente no se contempla la real participación de este sector social.

Existe además una histórica vinculación de trabajo entre el espacio sindical y el académico, en particular con la Universidad de la República, en cuanto a la acción por la defensa y la dignificación de las condiciones de trabajo.

Consideramos indispensable, no solo el cumplimiento de la normativa vigente sino también incorporar un espacio que concentre los recursos para facilitar el desarrollo de políticas en salud de los trabajadores, porque en definitiva los problemas de la salud ocupacional son los problemas de la salud pública de un colectivo particular la de la fuerza laboral de un país.

En tanto los cambios socio políticos del país, con el encare de una reforma en el sistema de salud en donde se jerarquiza la atención primaria, con una reorientación hacia la promoción y prevención en salud, la salud de los trabajadores debe estar necesariamente inserta.

Por lo que es necesario, oportuno y viable :

a) crear un centro de referencia para los distintos actores en el área de la salud y trabajo (institucionales, profesionales y sociales) que sea generador de información y o recursos calificados, que puedan ser utilizados por quienes toman las decisiones.

Que actúe como centro catalizador y optimizador de recursos y de sinergias en el ámbito del conocimiento, para la elaboración de diagnósticos y propuestas de mejora en el ámbito de la salud de los trabajadores. En el marco de una red de colaboradores en salud y trabajo.

b) Continuar desarrollando políticas en salud de los trabajadores con énfasis en la formación de promotores en salud ocupacional, en los diferentes sectores productivos y centros laborales. Estos promotores tendrán como rol además de informar-formar la evaluación de las condiciones de trabajo, seguimiento de eventos adversos y de las medidas que se implementen para lograr un trabajo saludable.

c) Continuar desde la Universidad el camino ya emprendido:

c-1) en la formación de recursos humanos especializados en el área.

c-2) incorporar en la formación de las diferentes profesiones, la orientación en salud ocupacional.

c- 3) Acrecentar la interdisciplinariedad en el enfoque de la salud ocupacional fortaleciendo la Red Universitaria del Mundo del Trabajo.

Continuar con la formación de promotores a nivel Universitario, apoyar la creación de las comisiones de Salud de los Trabajadores y fortalecer el rol de los promotores ya formados.

Desde el órgano rector en salud, Ministerio de Salud Pública, continuar con el desarrollo y fortalecimiento, del Dpto. de Salud Ambiental y Ocupacional, en caminado a la reorientación de políticas en el marco de la salud pública.

Bibliografía

1. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2006/uruguay%20en%20cifras%202006.htm>
- 2- 1er. Taller Nacional de Coordinación de Acciones en Salud Ocupacional - Octubre/2000
3. <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro58/ii/i/index.htm>
4. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Informe%20pobreza%20y%20desigualdad.pdf>
5. http://www.cuestaduarte.org.uy/home/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=1
6. http://www.cuestaduarte.org.uy/home/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=1
- 7- Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado por Fernando Filgueira (coordinador), Federico Rodríguez, Claudia Rafaniello, Sergio Lijtenstein y Pablo Alegre A la memoria de Carlos H. Filgueira (1937-2005) Prisma 21 / 2005
8. <http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2007/01/2007011105.htm>
9. http://www.presidencia.gub.uy/web/MEM_2006/MIDES.pdf
- 10- <http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2007/01/2007011105.htm>
- 11- <http://www.presidencia.gub.uy> (Memoria 2006)
- 12- 1er. Taller Nacional de Coordinación de Acciones en Salud Ocupacional - Octubre/2000 Página 23 de 43
13. La experiencia y perspectiva del Ministerio de Salud del Uruguay en la incorporación de la salud laboral dentro de la atención primaria de la salud. Dr. Fernando Tomasina. Presentado en la IV Semana argentina en Salud y Seguridad en el trabajo (24 al 27 de Abril de 2007) Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina

14. www.msp.gub.uy Casos notificados confirmados hasta la semana epidemiologica 52 (año 2005) Fuente MSP,
Casos notificados confirmados desde el 1 de Enero de 2006 HASTA el 29 de julio de 2006 (Sepi 27 a 30)
Fuente MSP
15. Daniel Olesker , Instituto Cuesta Duarte