

Los riesgos del trabajo en la construcción. Los casos de Rosario y Montevideo

MARÍA ALEJANDRA SILVA KUSY*

Abstract

The paper states the lack of references in preventive labor management and health risks within two Mercosur cities: Rosario (Argentina) and Montevideo (Uruguay), as they are not included neither on the auction sheets, nor in the feasibility studies. The paper intends to extend the knowledge within social sciences to interpret the determinants of the health-sickness process among building workers in Argentina and Uruguay, and determine the management modalities of the enterprises in Rosario and Montevideo about labor risks in building work, as well as state the limits of current labor risks insurance systems, and the possibilities of disasters and diseases prevention in building sector, contrasted with the global health approach.

Keywords: precarious job, labor risks, worker's health, risk management, global health.

Resumen

La investigación plantea la carencia de referencias a la gestión preventiva de los riesgos del trabajo y la salud en dos ciudades del Mercosur: Rosario (Argentina) y Montevideo (Uruguay), debido a que no se les incluye ni en los pliegos de licitaciones ni en los estudios de factibilidad. El artículo intenta hacer extensivo el conocimiento de las ciencias sociales para interpretar los determinantes del proceso de salud-enfermedad en obreros de la construcción de ambos países, y determinar los modos de gestión de las empresas de las ciudades de Rosario y Montevideo relacionados con los riesgos del trabajo en la obra de construcción, así como las limitaciones de los sistemas de cobertura de riesgos del trabajo vigentes, y las posibilidades de prevenir siniestros y enfermedades en el sector de la construcción, a partir de su contraste con el enfoque de la salud globalizada.

Palabras clave: empleo precario, riesgos del trabajo, salud de los trabajadores, gestión de los riesgos, salud globalizada.

1. Introducción¹

La presente investigación intenta plantear el estado actual del debate sobre los riesgos del trabajo en obras de construcción en el Mercosur, ante los nuevos elementos institucionales y jurídicos de la integración.

Para encarar nuestro estudio, partiremos de entender “Las condiciones y medio ambiente de trabajo como constituidas por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo), y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Ambos grupos de factores constituyen la carga global del trabajo [...] la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera mediata o inmediata efectos directos o indirectos, positivos o negativos, sobre su vida y su salud física, psíquica y/o mental.” (Neffa, 1987: 23).

Para el caso particular de la construcción, adoptaremos la conceptualización que las caracteriza: “el conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, que influyen en la prestación del mismo y que pueden afectar la salud física y mental del trabajador. *Las condiciones de trabajo en la empresa* son los aspectos organizacionales, infraestructurales, asistenciales y sociales que inciden en el mantenimiento y desarrollo de potencialidades del trabajador, y en la preservación y promoción de su bienestar integral. *Las condiciones de trabajo del puesto* son aquellos factores del ambiente físico y del ambiente psicosocial, y los aspectos de contenido y organización del trabajo que actúan sobre el trabajador y que influyen sobre las facultades intelectuales del sujeto” (Vasilachis, 1995: 77). Estas condiciones se inscriben en un contexto de productividad, calidad y competitividad determinados y en constante cambio, que caracteriza a las exigencias del mercado en el ámbito del Mercosur.

Específicamente, en lo que respecta al proceso de salud-enfermedad del grupo de trabajadores de la construcción y sus determinantes, hemos tomado dos ejemplos particulares: los casos de Uruguay y Argentina para establecer los modos de gestión de los riesgos del trabajo en la obra, en cada caso. Además, nuestro objetivo parte de la necesidad de aplicar el conocimiento de las ciencias sociales al análisis de este aspecto.

¹El presente trabajo es parte de la investigación que se lleva a cabo como *Becaria de Perfeccionamiento* del CONICET, Argentina.

Hasta el momento, los proyectos de construcción más publicitados en el Mercosur carecen de referencias sobre la legislación pertinente para la gestión preventiva de los riesgos del trabajo y la salud, dentro de los pliegos de licitaciones o los estudios de factibilidad. No obstante, cabe destacar dos documentos de dos subgrupos del Mercosur: el Núm. 11 de salud y el Núm. 10 que abarca tres comisiones temáticas: 1. Relaciones laborales; 2. Empleo, migraciones, calificación y formación profesional; y 3. Salud, seguridad, Inspección del trabajo y seguridad social. En ese sentido se destacan: el documento producido en la VI Reunión Ordinaria de la Comisión de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Pasos de Fronteras/SGT Núm. 11 y el Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur del SGT Núm. 10. Este último permite que mediante acuerdos bilaterales se reconozcan los derechos a la seguridad social de los trabajadores de cualquier nacionalidad, que prestan servicios en cualquiera de los Estados, así como a sus familias,² aunque no fue aprobado por los parlamentos de Argentina y Paraguay.

También se destacan cuatro operativos para el intercambio de experiencias en inspección del trabajo del sector construcción realizados durante los años 1997 y 1998 en los países miembros del Mercosur y el Seminario Técnico sobre Investigación y Registro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En este último encuentro se logró un acuerdo sobre las definiciones de: enfermedad ocupacional, accidente de trabajo y accidente *in itinere*, sin hacer referencia a la situación de sectores productivos específicos.

Por último, después de diez años se adoptó la Declaración Socio-Laboral, que establece el mínimo de derechos de los trabajadores. En ella se contemplan “Principios y Derechos”, individuales y colectivos, donde se destacan los artículos 16, de Salud y Seguridad en el Trabajo, y el 17, de Inspección del Trabajo, que según las centrales sindicales aún no se han hecho efectivos.

Sin embargo, hasta el momento no se ha logrado armonizar la legislación sobre higiene y seguridad en las obras. Asimismo, los encuentros relativos a la salud omiten referirse a las condiciones específicas de los sectores productivos específicos

² Si bien este acuerdo multilateral resuelve el problema del acceso del trabajador al sistema de los Estados partes de destino, aprovechando las contribuciones realizadas en los Estados de origen, no se soluciona el problema de discrepancia entre las contribuciones en las prestaciones de la Seguridad Social en los Estados partes (Assis de Almeida, 2000: 6).

(químicos, construcción, lácteos, automotores y textiles, entre otros) y a la prevención.

Quizá esto se relaciona con lo que algunos estudiosos denominan como la distinción hecha entre asimetrías armonizables y no armonizables, pues

É que enquanto a Argentina, o Brasil e o Paraguai têm uma legislação trabalhista fortemente intervencionista, no Uruguai as relações trabalhistas são fundamentalmente reguladas por acordos coletivos e não através de uma legislação positivada. (Assis de Almeida, 2000: 6).

Asimismo, los riesgos de una obra se inscriben en un proceso laboral que incluye numerosos pasos: la idea, el preproyecto, el proyecto y la ejecución. Pero, además, entre la idea y la ejecución de un proyecto existen riesgos de los materiales de construcción (toxicidad, fragilidad, etc.), los útiles (complejidad de empleo, estabilidad, etc.), la energía utilizada (presión, falta de visibilidad, electricidad, etc.), de los trabajadores (preparación para el trabajo, adaptabilidad al puesto, etc.) (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 1986: 10) y de los criterios de gestión de la obra (obligada a contar con un promedio de 15 días laborables por mes, debido a las interrupciones por cuestiones meteorológicas o financieras). Paralelo a esto, intervienen numerosas figuras jurídicas preocupadas por el 'día a día', que abarcan tanto a técnicos especializados que realizan diferentes tareas, como a las empresas contratistas y subcontratistas más vulnerables a los vaivenes económicos y políticos.

La industria de la construcción posee una conformación y una dinámica complejas, pues se produce siempre en un sitio distinto, está sujeta a un proyecto diferente y a un determinado grado de flexibilidad y margen de libertad.

Esta peculiaridad de la obra de construcción adquiere ribetes preocupantes, porque es uno de los sectores productivos más críticos donde se estima que la construcción causa 13.5% del total de accidentes laborales y 31% de los accidentes mortales de Argentina (Rodríguez, 2001: 3). Algo similar ocurre en Uruguay, donde la construcción causa 15% de los accidentes comunes y 20% de los accidentes mortales del total de los siniestros nacionales (Guzmán, 1998: 1). Pero dichos datos adquieren otro tenor si carecen de una referencia a las horas trabajadas, o al tiempo de exposición de la fuerza de trabajo, cuestión que muestra el *índice de frecuencia*.³ Esto es así porque en el pronunciado proceso de

³ El *índice de frecuencia* se calcula con la siguiente fórmula: Accidentes x 1'000,000 / Horas-hombre trabajadas.

desocupación y de empleo no registrado suele constatarse que en menos horas trabajadas se registra la misma cantidad de accidentes (PIT-CNT, 2000: 68).

Este hecho no sólo es alarmante en términos humanos, sino también en términos económicos, pues tiene un enorme costo para las economías nacionales⁴ y el sistema público de salud, el privado y la seguridad social (Pérez Salinas, 1997: 169). En el caso específico de la construcción, se calcula que mientras los excesos de costos por errores de organización alcanzan fácilmente 2% del importe de las obras (AISS, 1990: 11), las inversiones previstas para solventar la seguridad en las mismas significarían sólo 1% del costo global de las mismas (Suárez, 1999: 1).

2. El caso de dos *Mercociudades* de Argentina y Uruguay: Rosario y Montevideo⁵

Rosario es un núcleo urbano significativo, pues junto a la capital de la ciudad de Santa Fe concentran 54.46% de la población de la tercera provincia de Argentina (esto sería: 2'249,280 habitantes). Partiendo de esta cifra, se ocupan en la construcción 46,710 obreros. De ellos, 35,493 viven en Rosario, y 11,217 en Santa Fe.⁶ Además, posee una gran obra de infraestructura vial (longitud del proyecto de 59.5 km) en ejecución, destinada a conformar uno de los corredores bioceánicos más importantes del Mercosur para el transporte de mercaderías entre los centros brasileños de producción y las terminales portuarias de Chile. Este hecho ubicará a la ciudad en esta nueva concepción de región, al menos en tres dimensiones espaciales: la región metropolitana, la región centro (Córdoba y Santa Fe) y la región Mercosur, para el final de la obra durante el mes de abril de 2002 (Plan Estratégico Rosario, 1999: 146).

⁴ Se incluyen los siguientes costos: el daño a la propiedad, el tratamiento médico, el gasto administrativo y los incurridos (la seguridad social, los empleadores, las aseguradoras, el gobierno, los sindicatos y los abogados), y la reducción neta de la producción de bienes y servicios debido a la pérdida por muertes y por lesiones (Kornblit, 1994: 83).

⁵ Si bien originalmente estaba pensada una muestra mayor, nos vimos obligados a reducir el campo de estudio del año 2000 a dos ciudades: Montevideo (capital de Uruguay) y Rosario (Argentina) debido a las restricciones presupuestarias de CONICET. Rosario ocupa el tercer lugar de importancia en el interior de la Argentina, después de las ciudades de Córdoba y la Capital Federal.

⁶ En la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de la provincia de Santa Fe se incluyen en el Conglomerado de Rosario las siguientes ciudades: Pérez, Funes, Pto. Gral. S. Martín, Villa Gdor. Gálvez, Gdero. Baigorria, Capitán Bermúdez, San Lorenzo, Fray Luis Beltrán.

Por otro lado, Montevideo posee 33,977 trabajadores registrados en el sistema de la seguridad social según el Informe del Área de Medicina Laboral del Banco de Previsión Social (BPS), los cuales están ocupados en unos dos mil centros de trabajo, ya que en Uruguay 70% de las obras se localizan en Montevideo, Canelones y Maldonado (PIT-CNT, 2000: 64).

2.1 Modalidad de trabajo en obra y precarización creciente

En Argentina existe una alta heterogeneidad en las modalidades de trabajo en obra y pueden identificarse por lo menos tres sistemas productivos. En principio, la construcción tradicional utiliza tecnología de producto (más sensible a los tiempos de trabajo y el ritmo de realización de la secuencia productiva) y de proceso (más sensibles a la calidad de las operaciones físico-químicas). Las constructoras de vivienda son empresas de bajo porte, baja composición orgánica de capital, escasa posibilidad de acceder al crédito, que subcontratan las actividades de obra en distintos gremios, mantienen muy poco personal estable (diez personas en promedio) y de bajo nivel de calificación (Panaia, 1996: 15). En segundo lugar, la construcción industrializada se apoya en la industria de componentes y en la de las máquinas para la construcción. Realiza trabajos de montaje en obra sujetos al criterio de calidad y posee una mano de obra con mayor calificación. Finalmente, la construcción industrializada liviana implica importar viviendas que requieren solamente un sistema de ensamblaje con asesoramiento técnico, y que permitiría producir en el mercado viviendas de muy bajo costo. No se requiere ninguna calificación para participar en la fabricación y en el montaje de obra (Panaia, 1996).

En Uruguay, por su parte, durante los últimos años hubo algunos cambios en el trabajo en obras, como los siguientes:

- La eliminación de tareas, actividades y etapas: un caso es el de la introducción de encofrados trepantes que permiten la eliminación de actividades de corte, fijación de clavos y cuñas.
- La unión de tareas, actividades y etapas: se observa en la introducción de la retroexcavadora, que hace posible la integración y ejecución de actividades (hace posible la excavación, carga, descarga y transporte de tierra).

- La incorporación de nuevas tareas y actividades, como la introducción de chavetas, bulones y soldadura en las estructuras metálicas.
- La transformación de actividades y etapas se observa en la introducción de las estructuras prefabricadas, eliminan pérdidas de tiempo muerto en la confección de estructuras en la obra, además se evita desperdicio de material, ya que éste se realiza en las empresas fabricantes de estructuras prefabricadas (Santamarta, 2000: 33).

En suma, se asiste a una incorporación de nuevos productos y materiales, técnicas y procesos constructivos y herramientas que generan una disminución del trabajo físico (y una mejor utilización del tiempo de trabajo), que va acompañada de mayores exigencias, sobre todo en la coordinación entre los equipos de trabajo, la atención, el ritmo y la responsabilidad en la labor (Santamarta, 2000). Dichas modificaciones han sido estudiadas en la evaluación de tareas donde participaron el sindicato de trabajadores, los empresarios y el Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR), el cual es un servicio técnico de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En ese sentido, cabe destacar la declaración del representante empresario: “nos costó mucho trabajo, pero se tomó como parámetro la ley de seguridad, si estaba legislado el riesgo y su mitigación, si se cumplía...”⁷

Sin embargo, hasta el momento faltan estudios que relacionen cada uno de los tipos de construcción o de transformaciones en los procesos constructivos antes mencionados, con su impacto en la salud de los trabajadores en ambos países.

El costo de la construcción tuvo un aumento creciente y la mayor incidencia corresponde al costo de la mano de obra argentina, que explica los altos índices de precarización del sector (Panaia, 1996). Este hecho también se corroboró en Uruguay, donde el empresario representante indicó:

Yo pago el cien por ciento en aportes al BPS de lo que gasto en salario, porque tendría que ser del setenta y dos por ciento, pero estamos llegando al noventa y dos por ciento, debido al complemento de cuota mutual. Eso lo lleva a uno a ser informal,⁸ porque el empresario le

⁷ Jorge Pazos es un dirigente de la Cámara de la Construcción de Uruguay, que fue entrevistado el 8 de mayo de 2000 en Montevideo, Uruguay.

⁸ Con relación a la fuerza laboral que integra este sector, existen numerosas categorías como: a) Trabajadores por cuenta propia, que no perciben salario, pero son retribuidos por su labor; b) Propietarios o empleadores de microempresas, que cuentan con

pregunta al obrero si quiere ganar \$300 o \$600, y después cuando se enferma que vea qué hace.⁹

Las cifras que constatan la desprotección de los trabajadores de la construcción en ambos países indican que el porcentaje de empleo no registrado de la construcción alcanza 59.1% de las empresas de Argentina y 32.9% de las empresas de Uruguay (Galín, 1998: 11). Estos empleos precarios se apartan de alguna de estas características: “ser de tiempo completo, para un solo e identificable empleador, por tiempo indeterminado, realizado en el domicilio del empleador, generalmente protegido por la legislación laboral y la seguridad social...” (Galín y Novick, 1990: 10).

Esta situación se repite en el caso de Rosario, donde existen datos contradictorios que dan cuenta de 30% de obras no registradas y entre 70 y 120 empresas de la construcción (según la referencia sea el Registro nacional de la Construcción, la Cámara Argentina de la Construcción, las empresas que figuran en la Guía telefónica, las cooperativas de trabajo registradas en la municipalidad de Rosario o los registros de la Facultad de Arquitectura). Esta cifra se agrava con la cantidad de obreros que trabajan ‘en negro’ en obras registradas, pues según consta en un informe oficial, durante la visita a 41 empresas de la ciudad se comprobó que, de un total de 453 trabajadores verificados, estaban ‘en negro’ 137, de los cuales 30% correspondían a las grandes obras y 90% a las pequeñas obras de los contratistas y subcontratistas (Pravisan, 1998: 5).

Algo similar ocurre en Uruguay, donde la tercera parte de los trabajadores posee empresas unipersonales. A esto se suma la subcontratación y la división del trabajo en la obra, es decir, que a los contratistas tradicionales (sanitario o electricistas) se agregan nuevos fraccionamientos de la estructura de hormigón, o de la herrería y la carpintería.¹⁰ Esto se constata en los disímiles re-

aprendices y algunos trabajadores contratados, generalmente de palabra; c) Jornaleros asalariados, que son empleados por las microempresas, normalmente sin contrato formal (eventuales o permanentes); d) Trabajadores familiares, que por lo general no reciben salarios, sino retribución en especie, por alojamiento o comida, y e) Trabajadores asalariados, que eligen su lugar de trabajo y generalmente desarrollan sus actividades en su propio domicilio (Pérez Herrera, 1999: 3)

⁹ Entrevista con Jorge Pazos.

¹⁰ Entrevista con Ronald Graside, dirigente sindical del Sindicato Único Nacional de la Construcción y Anexos (SUNCA), que pertenece a la Comisión Nacional de Salud y Seguridad Ambiental de la única central de trabajadores de Uruguay (PTT-CNT, Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores). Fue entrevistado en Montevideo, Uruguay, el 8 de mayo de 2000.

gistros de la población ocupada, ya que mientras el BPS registra unos sesenta y siete mil trabajadores comprendidos por la Ley del Aporte Unificado (Decreto Ley 14.411/76),¹¹ el ministerio del trabajo señala “si bien están registrados unos 35,000 trabajadores, se calcula que debe ocupar no menos de 55,000 obreros”.¹²

Esta situación de precariedad laboral se inscribe en un contexto de “fuertes asimetrías en materia de organización sindical y de negociación colectiva entre los países del Mercosur, en el tipo de libertad sindical, la personería gremial, la titularidad del derecho de huelgas, las contribuciones sindicales, etcétera” (Treviño Ghioldi, 2000: 5).

La misma asimetría también se registra entre los propios sindicatos de la construcción. En Argentina, el sindicato de trabajadores de la Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina (UOCRA) denuncia las irregularidades empresariales, luego de ocurridos los hechos fatales, pues todavía posee una preocupación central en el campo reivindicativo de tipo económico, en cuanto a la indemnización del riesgo. Esto se debe a que la entidad sostiene “el cobro de un *plus* por trabajo en altura” y “el cambio de enfermedad por premio al presentismo”.

Las actividades de fiscalización y visita a obras del sindicato de trabajadores de Rosario también se realizan de forma esporádica, después de una denuncia y dentro de las empresas registradas oficialmente. En Rosario, el mismo sindicato naturaliza algunas condiciones de bienestar y de seguridad en obra, como cuando se afirma: “bueno acá no tienen baño, pero no es problema porque siempre es así, y hay que esperar hasta el encofrado. La falta de una canilla con agua cuando hay cuarenta grados de temperatura, tampoco es un problema, porque los muchachos pueden aprovechar el agua potable de la zona...”¹³

Este gremio carece de tareas de capacitación en higiene, seguridad y salud para todos los trabajadores de obras de diferente porte, pues la Fundación de Capacitación de la UOCRA destina los cursos a las grandes empresas de diferentes puntos del país, o a los estudios de arquitectura o ingeniería dirigidos a personas

¹¹ Entrevista con Ernesto Murro, director en representación de los trabajadores del Banco de Previsión Social de Uruguay. La entrevista fue realizada en mayo de 2000.

¹² Entrevista con Pierlet, inspector del trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que fue entrevistado en Montevideo, Uruguay, el 28 de abril de 2000.

¹³ Declaraciones emitidas por el representante del sindicato de la UOCRA/Rosario durante las visitas realizadas junto al inspector de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a dos obras de Rosario: el hipermercado COTO y un edificio de la zona centro – Buenos Aires 1021–, Rosario, 21 de diciembre de 2000.

con solvencia económica, pues su costo es superior a cien dólares. Además ofrece a un costo de cincuenta dólares cada manual normativo de seguridad e higiene de la construcción producido por esta entidad y destinado a profesionales (según se observa en su lenguaje y costo). En la ciudad de Rosario es imposible acceder a un informe donde conste la lista de empresas que recibió capacitación, a fin de observar si pertenecen a grandes firmas debido a que el representante local de la Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción argumenta la dependencia jerárquica de la misma.¹⁴

En Uruguay existen dos sindicatos, que agrupan a trabajadores y capataces. En las décadas de los ochenta y los noventa, el primero poseía un perfil más comprometido con los cambios en la legislación de higiene y seguridad. Se destacó por participar en el diseño del Manual Para Delegado de Obra en Seguridad de CINTERFOR/OIT, que contó con la participación de los empresarios, e indicó la necesidad de que el trabajador colabore con el monitoreo del plan de seguridad. El otro sindicato, denominado Asociación de Empleados, Capataces y Apuntadores (AECAC) expresó que los trabajadores viven bajo la amenaza constante de sufrir accidentes y enfermedades, reciben escasa información sobre los peligros y contingencias que entraña el desempeño de su trabajo, y pocos pueden participar en la etapa de planificación de los proyectos de construcción (ICUDU, 2000: 1).

En ese marco es necesario reflexionar acerca de las visiones sobre *el riesgo* que subyace en los sindicatos de trabajadores y los gobiernos de cada país, ya que habitualmente las empresas ofrecen, y los gremios reclaman aumentos de salario como compensación monetaria de la nocividad (Berlinguer, 1993: 208), los riesgos laborales, la discapacidad y la muerte. Esta postura *ex post* posee limitaciones porque considera a los accidentes y a las enfermedades *a posteriori*, o sea, a partir de las consecuencias o secuelas perjudiciales provocadas por el suceso nocivo sobre el trabajador, inquiriendo sobre la culpabilidad del empleador o del trabajador (Vasilachis, 1998: 301). Esta postura se basa en la carencia de mecanismos de gestión de los riesgos y la salud, debido a la falta de tareas preventivas que incluyan la visita regular y

¹⁴ Sólo se accedió a un documento denominado “Seguridad y Supervisión” (señalando los elementos de protección personal, el trabajo en altura y las excavaciones). Se argumenta la dependencia jerárquica de la Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción (Declaraciones del arquitecto Hermes del Rey, entrevistado el 19 de diciembre de 2000, en Rosario).

sistemática al medio laboral, tendente a identificar y controlar los riesgos del trabajo en la obra, y las secuelas sobre la calidad de vida en el trabajo y la salud.

Por el contrario, existe una concepción de los accidentes y las enfermedades en la obra, que busca la incorporación de la seguridad y la salud *a priori*, desde el proyecto o la realización de los planos de construcción como en la ejecución de la estructura resistente, la explotación y el mantenimiento de una obra (o la *postobra*). En ese sentido, existen experiencias donde se prevé que el especialista en seguridad se coloque frente a un tablero y escoja los planos de estructura con el fin de proyectar en ellos lo siguiente:

- Planos de instalación de la protección colectiva (redes, barandillas, pasarelas, ubicación de andamios colgantes, ubicación de andamios metálicos apoyados, tendido eléctrico provisional de obra, etc.);
- Planos de ordenación general de obra (lugares dedicados a los acopios, ubicación de maquinaria fija, caminos de circulación interna para personas y vehículos, ubicación de almacenes, etc.);
- Planos de estructura e instalación de: retrete, vestuario, comedor, botiquín, etc.;
- Planos de interferencia con líneas de conducciones aéreas o enterradas: eléctrica, alcantarillado, gas, agua potable, oleoducto, etc.;
- Planos de evacuación interna y externa de accidentados (plano callejero y de carretera) (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1991: 15).

Esto se logra integrando la seguridad y la salud al resto de los objetivos empresariales, como la productividad, la calidad y la protección del ambiente. Asimismo, requiere de profesionales que recorran la obra en las diferentes fases constructivas, con el fin de conocer y controlar los riesgos físicos (humedad, temperatura, iluminación, vibraciones, ruido); biológicos (contacto con bacterias, hongos, insectos); químicos (polvo, gases, humos); fisiológicos (esfuerzos, posturas) y psicológicos (turnos, conflictos, maltrato, insatisfacción, entre otros) (Instituto de Seguridad Social, 1995: 20); sociales (el cambio de los horarios, la ubicación de los trabajos y las obras de muchos proyectos, le exigen al trabajador vivir en campamento o viviendas lejos de su hogar, razón por la cual pueden carecer de redes estables y fiables, su-

mado al carácter intermitente del trabajo, sujeto a cambios económicos y climáticos, por lo que suele sufrir intensa presión para ser más productivo) (ops, 2000d); tecnológicos, ergonómicos, y de infraestructura (comedor, vestuario, baño, instalación de agua potable).

3. La metodología de investigación social en salud

Para este trabajo se adoptó una metodología de investigación que combina los enfoques cualitativo y cuantitativo, que incluye el uso de la técnica de observación directa en las obras de edificación y las entrevistas a informantes calificados, porque “*hace falta estar más cerca* para encontrar el trabajo perdido y para conocer la forma en que es vivido en la experiencia de la gente” (Castillo, 1997: 420). Por tal motivo, se utilizaron 22 entrevistas semi-estructuradas en Montevideo y 23 en Rosario que sirvieron como instrumentos de comparación que incluyen a: empresarios, jefes de recursos humanos, proyectistas, jefes de obra, ingenieros de higiene y seguridad, encargado general de obra, capataces y trabajadores. Las entrevistas poseen *dibujos* del tipo historietas que permiten reconocer los riesgos, el peso, la postura y la frecuencia de las cargas que manipulan habitualmente (MTSS, 1991: 201), debido a los resultados de investigaciones anteriores, las cuales muestran que las condiciones de sobreesfuerzos son consideradas por los obreros como una señal de debilidad (Míguez, 1990: 21). El relevamiento de este sector se apoyó, a nivel contextual, en datos secundarios (censos y encuestas de carácter nacional).

En Montevideo se realizó una búsqueda bibliográfica en las facultades de Medicina y Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UDELAR), con escasos resultados. El análisis de los documentos seleccionados, las consultas a las autoridades del Ministerio de Trabajo, el BPS, el Banco de Seguros del Estado (BSE), el Colegio de Arquitectos y la Asociación de Higiene y Seguridad reflejan que, en lo referente a la vinculación entre las condiciones y medio ambiente de trabajo y la salud en la construcción – desde el enfoque integral antes mencionado– no se ha realizado ningún estudio en Uruguay hasta la fecha. Además, se entrevistó a los representantes empresarios y sindicales, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la central obrera de Uruguay denominada Plenario

Intersindical de Trabajadores y Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT).

En Rosario se realizaron encuestas a representantes de la Asociación de Arquitectos, la UOCRA, la Secretaría de Obras Públicas municipal, la Secretaría de Trabajo de la Provincia de Santa Fe y la Fundación de Educación y Capacitación de los Trabajadores de la Construcción.

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

Las dificultades de ingreso a las obras de Argentina fueron numerosas, ya que era imposible contactarse con los trabajadores, o era preciso eliminar las preguntas referidas a sueldo, tipo de contrato o beneficios sociales. Estos obstáculos fueron de tal magnitud que temporalmente se debió cambiar el universo de observación. Entonces, se optó por comenzar con el caso de Montevideo, Uruguay, donde hubo amplia predisposición empresarial para la investigación. En el segundo intento por estudiar una ciudad de Argentina, se optó por Rosario. Nuevamente hubo inconvenientes, pero esta vez fueron felizmente sorteados gracias a las numerosas negociaciones con diferentes responsables de las empresas (contadores, abogados, ingenieros y gerentes) a quienes les acercamos publicaciones científicas previas donde no figuraban los nombres de empresas o entrevistados.

4. Inconvenientes para el abordaje de medidas de seguridad concretas

Los márgenes de prevención de los riesgos del trabajo se explican por la modalidad de gestión. Por esa razón, se tiende al abordaje de la “gestión global de los tres procesos: a nivel de la concepción se toma el análisis de la gestión de proyecto; a nivel de la producción, la gestión de la empresa, y a nivel de la realización la gestión de la obra. Esta visión propone una gestión global del proyecto que organice la competencia más que la simultaneidad de prácticas y actores que son diferentes en sus *status* jurídicos, sus oficios y sus momentos de intervención” (Panaia, 1998).

Para comprender la modalidad de gestión de los riesgos del trabajo, es preciso analizar el papel del jefe de obra y el del especialista en higiene y seguridad. En primer lugar, el rol de los jefes de obra es vital en las cuestiones de seguridad, con el fin de evitar

situaciones peligrosas. Sin embargo, esta dimensión está ausente en el ámbito universitario de Rosario, pues “desde lo académico no se ha logrado unificar un criterio para la formación de grado y postgrado” (Lucarini, 1999). Este hecho se reitera en el país ya que existen escasos lugares que ofrezcan una carrera de posgrado en higiene y seguridad destinada a arquitectos o ingenieros civiles.

Los arquitectos e ingenieros pueden actuar en el área de higiene y seguridad en obras, en virtud del Acta acuerdo sobre Certificación de la Especialidad de Higiene y Seguridad de Profesionales y Técnicos en Higiene y Seguridad en el Trabajo suscrita entre la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y los consejos profesionales correspondientes en el convenio núm. 039 del 6 de octubre de 1999.

Lamentablemente, hasta el momento la prevención legislada no implica más que imputar cargas penales y económicas a algunos de los involucrados. Por ese motivo, mientras algunos arquitectos reconocen su responsabilidad porque protegen su propio patrimonio y su libertad personal, otros consideran a la seguridad en la obra de construcción como una nueva ‘fuente de trabajo’. “De esa forma, el resultado obtenido es una especie de ‘higiene y seguridad de papeles’, que implica únicamente un registro de libros de incidentes y accidentes [...] la simulación de hacer prevención y el dictado de cursos de 15 minutos [...]” (Lombardi, 1999).

En principio, la situación universitaria del pregrado de arquitectura de Uruguay es similar al de la Argentina, porque los estudiantes poseen unas cuatro horas al año para conocer elementos teóricos de higiene y seguridad en la obra. Sin embargo, en la actualización del graduado es posible capacitarse en higiene y seguridad. Según declaraciones de la Comisión de Higiene y Seguridad de la Asociación de Arquitectos de Uruguay, sobre el universo de unos dos mil arquitectos, existen unos noventa que poseen una formación de posgrado en higiene y seguridad. También se reitera el caso de aquellos que optan por este tema como una ‘salida laboral’.

No obstante, existen conflictos de competencia y responsabilidades, porque “no están claros los alcances de las disciplinas en lo que hace al estudio de seguridad del andamio, donde se requiere la firma del arquitecto técnico de obra y la tarea de prevención del técnico prevencionista” (Lombardi, 1999). Asimismo, existen problemas como: la empresa subestima los aspectos

de la seguridad argumentado restricciones económicas, la mayor desprotección en las obras del interior debido a la falta de capacitación en prevención de los profesionales en un contexto de falta de registro de las obras, la existencia de conflictos derivados de aquellas obras por administración que son un puente entre lo formal e informal: “como aquel dueño que contrata un técnico (firma), alquila equipos, arma andamios en las peores condiciones, y los elementos de protección personal son de mala calidad” (Lombardi, 1999).

Otra figura importante es el especialista en higiene y seguridad. En Argentina, su tarea en la obra de construcción es insuficiente, ya que mientras un grupo de profesionales limita su acción a tareas administrativas, realizando muy pocas visitas a obra, otro grupo, con estabilidad laboral, señala la falta de estímulos profesionales en la empresa, derivados de la legislación. Esto se desprende de sus propias declaraciones, cuando indican que carece del apoyo empresarial porque faltan premios significativos para quienes cumplen con las normas de seguridad. Esto se agrava porque el colegio que los agrupa carece de un comité de ética que responsabilice de alguna manera a quienes “no visitan los lugares de trabajo”, así como de políticas destinadas a la capacitación continua de sus miembros.

Por el contrario, en el Uruguay no se otorgan títulos de ingeniero especializado en higiene y seguridad, ni la licenciatura de ingeniería laboral o ambiental. Sólo se forman técnicos preventivistas, que pueden ejercer en forma particular o estar afiliados a la Asociación de Promotores Privados de la Vivienda de Uruguay (APPVU), que aglutina a inversionistas. Según se constató *in situ*, los mismos suelen tener a cargo a un número excesivo de empresas, generando una práctica predominantemente administrativa que se acompaña con visitas a obra en casos puntuales como: demolición, excavación e instalación de andamios.

5. La situación sociosanitaria de los trabajadores

5.1 *Las patologías de los trabajadores*

La salud de los obreros de la construcción puede ser analizada a partir de diferentes fuentes de datos como:

- Los registros de accidentes y enfermedades profesionales de los trabajadores con todos los beneficios sociales;

- Los registros de las enfermedades comunes de los trabajadores;
- Los registros de las consultas de los ‘trabajadores no registrados’ en la salud pública;
- Los registros del empleo ‘informal’ en entidades privadas o en la salud pública.

En cuanto a las enfermedades profesionales, cabe aclarar que Argentina cuenta con datos insuficientes, pues se realizaron 3% de los exámenes médicos pre-ocupacionales y se diagnosticaron quinientas enfermedades profesionales (Faragó, 1999: 5) que carecen de referencia a la actividad económica de pertenencia del obrero. En este sentido, los abogados laborales indican que: “la variable de ajuste de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) son las prestaciones, pues ‘las hernias no son accidentes y los problemas de columnas no son enfermedad...’ e incluso del total de siniestros laborales cubiertos sólo 1.2% son enfermedades profesionales, lo cual no puede interpretarse como indicador de una población sana, sino como un ocultamiento deliberado” (Ramírez, 2001: 2).

También Uruguay posee limitaciones, pues los registros del BSE datan de 1989 y 1990, e indican que existen enfermedades de *la piel* (68.33% de los operarios), *las alergias* (23.3% de obreros de la construcción) y los *traumas acústicos* (6.67%) (MTSS, 1991). Cabe resaltar que la falta de difusión de los datos actualizados se relaciona con el proceso de desmonopolización del mercado de seguros que se inició en 1994 y alcanzó a todos los rubros, a excepción del “seguro de riesgos del trabajo”. En dicho marco estructural, ambos países carecen de datos referidos a las ciudades de Rosario y Montevideo.

En cuanto a las enfermedades comunes, las cifras no son comparables porque Argentina registra las consultas del grupo familiar y Uruguay posee exclusivamente información de los trabajadores.

En Rosario, el único estudio que se difundió indica que los primeros tres motivos de consulta del grupo familiar son: respiratorias, enfermedades de la vista y musculoesqueléticas.¹⁵ No

¹⁵ Los registros de Rosario son de 1994 porque durante 1998 no se obtuvo una respuesta favorable del director médico de la obra social de la UOCRA de Rosario. Incluso le solicitamos los registros del personal de obra que pertenece al plantel de las empresas que estábamos estudiando, pero nos respondió: “desde Buenos Aires sostienen que esos datos no pueden salir afuera, salvo que participe en la investigación el director médico

obstante, es un registro insuficiente para el conocimiento específico del perfil de morbi-mortalidad de los trabajadores.

En el caso de Uruguay, el órgano encargado de diagnosticar y tratar las enfermedades comunes de los trabajadores enfermos es el Banco de Previsión Social (BPS). Según sus registros, los motivos de consulta de 1999 indican que: 29.5% padece problemas osteomusculares, seguido de 19.4%, que sufre de traumatismos, y finalmente 10% posee patologías circulatorias. En menor grado, se registran enfermedades respiratorias (7% de los pacientes), digestivas (6.2% de las consultas), y tumores (4.2% de los registros). En dichos informes oficiales se comprueba que durante un año, cerca de 25% de los trabajadores de la construcción han obtenido certificaciones médicas (Banco de Previsión Social, 2000).

Sin embargo estos datos son limitados, porque ignoran los altos porcentajes de *informalidad*, que como se expresó anteriormente, adquiere diferente magnitud para la cámara empresarial, el sindicato o el mismo BPS. Se desconoce la situación de salud de estos obreros, porque concurren a sectores que no poseen interconexión entre sí, como las mutuales privadas o al sector público.

Según el representante sindical uruguayo, el área de salud laboral del BPS debería detectar la relación entre las enfermedades y el medio laboral desde una concepción científica, pero lamentablemente se ha convertido en un sistema *light*, “donde está todo bien”. Incluso señala: “hace cuatro años que insistimos sobre la necesidad de publicar los datos sobre la salud de los trabajadores y realizar un sistema de estadística y seguimiento, pero *no* encontramos respaldo político... pues se está disimulando u ocultando un agravamiento de las condiciones de trabajo en el Uruguay”.¹⁶

5.2 Los accidentes de trabajo

En Argentina existe una legislación abultada que cambió radicalmente la cobertura de riesgos del trabajo desde 1996, creando la

de Rosario”. Como no accedía, al año siguiente regresé mediante un contacto con el Jefe de los médicos residentes. Dicho profesional mostró una gran predisposición en el primer encuentro, pero en el segundo encuentro manifestó que el director médico puso trabas. Lo mismo sucedió cuando desde la Facultad de Medicina se invitó a una mesa de debate a la psicóloga de la obra social.

¹⁶ Entrevista con Graside, 2000.

figura de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), que son operadores privados que aseguran a las empresas afiliadas, las ayudan a elaborar sus planes de seguridad industrial y deben informar a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT, órgano oficial dependiente del Ministerio de Trabajo de la Argentina) de los siniestros y las enfermedades laborales que ellas registran.¹⁷

Según los propios datos de las SRT, mientras aumenta el número de empresas, disminuye el número de obreros afectados al sector. De acuerdo con los registros gubernamentales, el total de empleadores de la construcción asegurados pasó de 15,110 (mayo de 1997) a 19,342 (mayo de 2000). Contrariamente a esta cifra, se redujo el número de personas ocupadas con cobertura de riesgos de trabajo, pasando de 250,000 (mayo 1997) a 234,955 (mayo de 2000). Pero, paradójicamente, este descenso en la población ocupada estuvo acompañado por un incremento en el total de siniestros y casos fatales (V. los boletines de la SRT de los años: 1997, 1998 y 1999), ya que mientras en 1997 se identificaron 48,963 siniestros, en 1999 la cifra alcanzó los 57,745 casos.

Se desconoce la situación de la *Mercociudad* de Rosario, ya que según los registros gubernamentales, sólo existen datos generales de la provincia de Santa Fe (de la cual Rosario es la ciudad de mayor tamaño). Asimismo, tampoco registra la realidad de las obras en cada lugar, pues se incluye a la empresa según su ámbito de residencia, desconoce la existencia de entidades de una jurisdicción que gana licitaciones y ejecutan proyectos en otro ámbito geográfico.

La situación de desprotección estatal se ha profundizado con la última modificación legislativa (Ley 1278/00) que pareciera salir en auxilio de las ART y en perjuicio de los trabajadores, ya que reduce el universo de inspección nacional de las SRT a unas 3,412 empresas y 812,806 trabajadores del total de 430 mil empleadores afiliados al sistema y de los 4 millones 988 mil trabajadores asegurados durante 1999. Esto significa cubrir 47% de la siniestralidad total a través del plan de acción para empresas críticas con una incidencia de 10% superior a la media del sector. Este hecho generó un enorme rechazo entre los abogados laborales, de modo que su presidente afirmó: “de esta forma hay una prevención al revés, porque será prevención sobre el mayor índice de siniestralidad... O sea una vez que ocurrieron los hechos.

¹⁷ Estas funciones son ambiguas y contradictorias, como señala un representante de dichas aseguradoras: “no se puede ser juez y parte al mismo tiempo” (Entrevista con A. López Catáneo, 1997).

¡El trabajador se tendrá que enfermar, que accidenter y que morir para que vayamos a verlo!” (Ramírez, 2001).

En cuanto a Uruguay, cabe señalar que al momento en que surge la ley en Argentina, como se expuso en el primer párrafo de este subtítulo, el BSE deja de publicar los boletines de siniestralidad, debido a la probable desmonopolización del seguro de riesgos laborales. Este hecho fue anunciado recientemente por el presidente de Uruguay (Correio Sindical do Mercosul, 2000: 4).

No obstante, existen dos fuentes secundarias de información de la situación en dicho país: el BSE y el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Por un lado, según cifras del banco, las ocupaciones más riesgosas en el país son: albañil, conductor, limpiador, maquinista, mecánico, carpintero y cocinero, y el cargo con mayor siniestralidad es el de peón. La mayoría son hombres con edades desde los 18 a los 36 años. Además, las cifras de 1998 señalan que los incapacitados a causa del trabajo son 616 trabajadores, correspondiendo: 414 a la industria en general, 102 al agro y 100 incapacitados pertenecen a la construcción (sobre 4,813 accidentes) (Barreneche, 1999).

Por otro lado, según los casos de mortalidad por accidente investigados por el Ministerio de Trabajo existe un descenso en los mismos, pues, mientras *en 1996 se producían 16 casos fatales, en 1999 se registran 8 muertes*. Lamentablemente, en la actualidad se ha revertido esta situación, porque *en un mes del 2001 se produjeron 7 muertes en Uruguay*, que el sindicato atribuye a la suspensión de las inspecciones gubernamentales en el interior y en Montevideo desde septiembre de 2000 (*La República en la red*, Montevideo, 23 de enero de 2001: 29). El MTSS replicó las acusaciones, señalando que los siniestros se produjeron en el sector informal y durante el periodo de licencia de la construcción, por lo que no tiene relación de causalidad alguna con la actuación de dicha secretaría (*La República en la red*, Montevideo, 23 de enero de 2001, pág. 29).¹⁸

Cabe aclarar que estos registros son insuficientes porque la realidad es diferente a la normativa legal. Según lo estipulado en el Decreto del 22 de enero de 1936, Art. 157, y el Decreto 406 de 1988 (Prevención de Accidentes de Trabajo), Título VI, Artícu-

¹⁸ Este problema también fue señalado por la Cámara de la Construcción de Uruguay, cuando afirmaron: “El alto porcentaje de informalidad que aumenta el riesgo de accidente, pues los accidentes que se produjeron el año 1999 fueron en changas como el que estaba trabajando con una hormigonera con su hijo, y murió electrocutado. En general carecen de disyuntor y están lejos de la capacitación” (Entrevista realizada al representante, Jorge Pazos, durante el mes de mayo de 2000 en Montevideo).

lo 3, que mantiene dicha precisión, el MTSS posee el cometido de controlar y fiscalizar las condiciones de trabajo del país e investigar las causas de los accidentes que se producen. Lamentablemente en la práctica sólo se entera de los mismos por dos vías: la denuncia de un trabajador o bien la prensa, ya sea oral, escrita o televisiva (Asesor médico del Ministerio del Trabajo de Uruguay, 2000). Por tal motivo, la información es totalmente insuficiente.

Otros aspectos a considerar en Uruguay son: la falta de criterios unificados en las entidades involucradas en el diagnóstico, la asistencia y la prevención de los siniestros laborales y enfermedades, que son el BSE, el Ministerio de Salud Pública, el Área de Toxicología y Salud Laboral del BPS y los servicios de salud laboral. Asimismo, existe un subregistro de datos sobre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y el atraso de tres años en la publicación de datos (OPS, 2000a: 1).

6. Reflexiones finales a partir de la noción de salud globalizada

La situación de los riesgos del trabajo en la construcción se inscribe en el contexto de una sociedad que ya no se organiza en torno a la producción, el trabajo y la política, sino en torno a la comunicación y el consumo... y el lugar de encuentro de la gente no es la fábrica, el partido, ni la asamblea, son los *e-mail* y el espacio público creado por los medios de comunicación de masas (Garretón, 1998: 12). Además, los mecanismos productores de solidaridad están desintegrándose de manera casi irreversible debido a que el Estado providencia tradicional que funcionaba como una máquina de indemnizar, fue concebido para tratar situaciones coyunturales que se han convertido en estados desgraciadamente más estables (Rosanvallon, 1995: 10).

En el caso de los países del Mercosur también se observa esta retracción del papel del Estado como compensador de los avatares a los que el mercado somete a los trabajadores. En principio, las jurisdicciones locales de ambas *Mercociudades* carecen de mecanismos de licitación de obras donde comitentes, contratistas, subcontratistas y proveedores sean seleccionados según prioridades sobre las condiciones de higiene, seguridad y salud. Además, la inspección del trabajo de ambos países carece del personal y de presupuesto suficientes destinado a realizar visitas periódicas, tanto a las obras del sector formal como informal, de grandes ciudades y del interior. No obstante, la inspección del trabajo del gobierno de Uruguay todavía posee algún control so-

bre 'la memoria de andamio' dentro de empresas del sector formal, ya que suele clausurar aquellas obras que desconocen el marco legal.

Este hecho es preocupante si se analizan los siniestros mortales. Por un lado se incrementan los casos en Argentina; por otro lado, mientras en Uruguay parecía registrarse una reducción de los casos entre 1993 y 1999, actualmente presenta un panorama inquietante. No obstante, en ambos países preocupa la situación de seguridad en un contexto de precarización e informalidad crecientes, en obras no registradas que carecen de inspección gubernamental o sindical.

Algo similar ocurre en lo que respecta a la salud de los trabajadores, pues en ambas jurisdicciones políticas "faltan los reconocimientos médicos pre-ocupacionales y periódicos, inspecciones en obra; cláusulas de seguridad y salud entre los comitentes, contratistas y subcontratistas" (Rodríguez, 2001). Además, ambos países carecen de fuentes confiables y comparables sobre: enfermedades ligadas al trabajo, enfermedades comunes, discapacidad y siniestralidad de trabajadores formales, informales y no registrados. Incluso, carecen de políticas de salud orientadas a dicho campo de la medicina.

En ambos países, el Estado busca desprenderse de la cobertura de los riesgos del trabajo y la salud laboral. La desmonopolización del mercado de seguros, que en Uruguay permite la entrada de aseguradoras privadas en todos los seguros, a excepción del de accidente durante 1994, alcanza la cobertura de riesgos del trabajo de Argentina en 1996. Por esa razón, actualmente Argentina posee aseguradoras privadas y Uruguay todavía continúa con el seguro público en manos de la entidad estatal denominado BSE. No obstante, los recientes anuncios del presidente de Uruguay sobre la desmonopolización del seguro de accidente establecen un seguro privado.

Sin embargo, a pesar de que difieren en la fuente de financiamiento de los costos de accidentes, ambos gobiernos poseen una visión indemnizatoria del daño que elude la perspectiva preventiva y educativa. Este proceso de transferencia de responsabilidades desde el Estado a los particulares tiene un sustento en la tensión entre el principio de solidaridad (la sociedad tiene una deuda con sus miembros) con el principio de responsabilidad (cada individuo es dueño de su existencia y debe hacerse cargo de sí mismo) (Rosanvallon, 1995: 21). La preeminencia de una u otra visión tiene su correlato en una concepción de 'los riesgos del

trabajo y la salud', que adquiere diferente forma en otros dos actores significativos: los empresarios y el sindicato.

En cuanto a los empresarios, cabe destacar que en Montevideo invierten en medidas individuales y colectivas de prevención, así como en mejorar las condiciones de bienestar (instalación de comedor, vestuario y baño con ducha y agua caliente). Por el contrario, la mayoría de los empresarios de Rosario consideran al sistema como un seguro más, donde pagan una alícuota mensual y se desligan de cualquier inversión en medidas individuales y colectivas (incluso eluden contratar un profesional de higiene y seguridad en forma permanente).

En lo que respecta al sindicato de los trabajadores, en principio se observa un comportamiento diferenciado. Mientras el SUNCA difundió un diagnóstico de la salud de los obreros en los últimos diez años dentro de la Comisión de Salud Laboral y Medio Ambiente del PIT-CNT y ha capacitado delegados de seguridad en obra, el sindicato argentino UOCRA continúa preocupado por la asistencia médica individual y carece de registros que diferencien la salud del obrero de la de su familia, desinformando a la opinión pública. Sin embargo, en ambos casos pareciera que aún predomina una visión de salud laboral *ex-post*, que considera a los accidentes y las enfermedades *a posteriori*, o sea a partir de las secuelas.

Este develamiento del contexto regional vigente puede tener efectos aflictivos y desalentadores. Sin embargo, la manera de evitar el agravamiento de las condiciones de trabajo en las obras de construcción requiere de una visión de la salud globalizada, capaz de identificar aquellos problemas derivados de *la globalización de la producción y la exportación de riesgos*, que caracterizan el comportamiento de algunas empresas europeas como el caso típico del traslado a Rumania de la producción de aislante desde una fábrica de Busseto, Italia, luego de la prohibición de amianto en dicho país durante 1981. Se transfiere la producción debido a la legislación y los sistemas político-administrativos débiles... No sólo por el menor costo de la mano de obra, sino también para eludir las ataduras legislativas en materia ambiental y de seguridad (Frigeri, 1999: 7).

Por esta razón, se plantean nuevos retos para la salud pública internacional, pues "la movilidad creciente de las personas, los bienes, de las empresas y de la información determina la transferencia a nivel fronterizo o multinacional de riesgos de la salud relacionados con los entornos del trabajo, el ambiente y el com-

portamiento” (OPS, 2000c). De esta forma, la salud de un país se ve afectada por la globalización de las enfermedades (Gro Harlem Brundtland, 1999: 14). En ese sentido, la OPS organizó un encuentro internacional de personas de habla hispana de EEUU y delegados de los países de Centro y Sudamérica, donde se ha señalado la necesidad de poner en operación políticas tendentes a la armonización de la legislación, la capacitación y las acciones universitarias, estatales y no gubernamentales en la salud de los trabajadores.

En el caso de la construcción, la perspectiva de la salud globalizada precisa de algunas decisiones gubernamentales regionales y nacionales, de investigaciones científicas, empresariales, sindicales y de las organizaciones no gubernamentales, a favor de un *trabajo decente*, que “no se circunscriba a un trabajo con adecuados niveles de productividad y salarios, sino que requiera que el trabajador esté protegido frente a los riesgos de accidentes, ya que la prevención de estos riesgos constituye una inversión social y es económicamente rentable” (OIT, 1999: 18). Esto implica armonizar las normativas de salud de los trabajadores que vaya acompañada de acuerdos multilaterales de la salud pública, debido a la creciente informalidad laboral.

Asimismo, requiere de la coordinación de metodologías para evaluar riesgos, ratificar convenios internacionales y armonizar aquellas leyes laborales que regulen las condiciones de trabajo y los subcontratos (Montanaro, 2001: 2), asegurar los derechos a la formación, información y participación de los trabajadores en la prevención y la paralización del trabajo inseguro. Si bien en el derecho de la seguridad social cada país tiene un derecho administrativo particular, eso no implica que no se puedan aunar criterios en el reconocimiento de algunos derechos como: las lesiones por esfuerzos repetitivos, el amianto, el accidente *in itinere*, etcétera (Carneiro, 2001).

Sin embargo, el mayor desafío, proviene del necesario viraje cultural en todos los actores sociales, de la *visión indemnizatoria del riesgo* a la *detección previa de la seguridad* en cada una de las etapas de la obra: proyecto, organización y ejecución.

En suma, mientras los actores sociales eviten reflexionar sobre la pérdida de centralidad del trabajo y la política (Garretón, 1998: 2), como se la conocía hasta ahora, y evadan la tensión entre la solidaridad institucionalizada y la gestión preventiva de los riesgos del trabajo, seguirá reproduciéndose el *mal de nuestra época*: “Unos se matan por trabajar, debido al empleo

precario, a la coacción externa del miedo al desempleo, y otros se matan trabajando: ¡o nada o demasiado!” (Castillo, 1997: 424).

Bibliografía

- AISS (1986), *Coloquio para la prevención de los riesgos profesionales en la construcción*, Informe de un Comité Internacional de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, Orleans, Francia.
- (1990), *Formación en materia de seguridad en la construcción*, edn. del Comité Internacional de la AISS para la Prevención de Riesgos Profesionales en la Construcción, Francia.
- Assis de Almeida, G. (2000), “Impacto da globalização nas relações de trabalho: o caso do Mercosul, Argentina”, Ponencia presentada en el VIII Encuentro de Especialistas en el Mercosur, II Encuentro Internacional de Derecho de la Integración, organizado por el Centro de Estudios Comunitarios de la Facultad de Derecho de la UNR, Rosario 7 y 8 de septiembre, Argentina.
- Alleyne, G. (2000), *La salud y el desarrollo económico en las Américas*, Congreso de Economía y Salud, Argentina.
- Berlinguer, G. (1993), “Conflictos y orientaciones éticas en la relación entre salud y trabajo”, *Cuadernos de Relaciones Laborales* 3, Editorial Complutense, España, pp. 203-225.
- Banco de Previsión Social (2000), “Informe del Área Medicina Laboral”, Banco de Previsión Social, Uruguay.
- Barreneche, E. (1999), “Peligro: gente trabajando”, en *Revista Tres*, Uruguay, p. 27.
- Carneiro, W. (2001), “La defensa del derecho a la salud de los trabajadores. Iniciativas jurídico-sindicales en salud laboral. Participación tripartita, iniciativas legislativas, declaraciones del coordinador regional salud – Federación Internacional de los Trabajadores de la Construcción y la Madera”, *Seminario Regional de Salud y Seguridad Ocu-*

pacional de FITCM para los países del Mercosur, Buenos Aires.

Castillo, J. (1997), "En busca del trabajo perdido (y de una sociología capaz de encontrarlo)", *Estudios Sociológicos*, vol. XX, núm. 44, El Colegio de México, México, pp. 405-434.

Coordinadora de Centrales Sindicales del Cono Sur (2000), "Conclusiones del grupo de construcción y la madera", Coordinadora de Centrales Sindicales del Cono Sur, *Cumbre Sindical del Mercosur por el Empleo, el Salario y la Protección Social*, Florianópolis, Brasil.

Correio Sindical do Mercosul (2000), "Desmonopolizan seguros de accidentes laborales", en *Serviço de Noticias*, núm. 43, Brasil.

Ferrer, A. (1997), "Los dos modelos de Mercosur", *Encrucijada*, año 3, núm. 6, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, pp. 8-25.

Frigeri, G. (1999), "La integración europea, la globalización de la producción y la exportación de los riesgos", *IV Congreso del Comité Permanente Europeo de Profesionales de la Seguridad y Salud en el Trabajo*, 12-13 de marzo de 1999, Turín, Italia. (Traducción al castellano de Manuel Vázquez, Red Salud de los Trabajadores).

Galín, P. (1998), *Las regulaciones laborales y su impacto en la competitividad y el empleo*, CEFIR, Uruguay.

Galín, P. y M. Novick *et al.* (comp.) (1990), *La precarización del empleo en la Argentina*, CEAL/CLACSO, Buenos Aires.

Garretón, M. (1998), "¿En qué sociedad vivi(re)mos?: Tipos sociales y desarrollo en el cambio de siglo", *Estudios Sociales, Revista Universitaria Semestral*, año VIII, núm. 14, Santa Fe, Argentina, pp. 9-18.

- Guzmán, M. (1998), “Apuestas a la inversión privada”, Declaraciones del Secretario General del SUNCA de Uruguay, *Boletín Virtual Brecha*, 16 de diciembre.
- Hiba, J. (2000), “Condiciones de trabajo, seguridad y salud laborales en el sector de la construcción”, *Hispanic Forum on a Safe and Healthy Environment*, organizado por World Health Organization, OIT, Lima, 18 de octubre de 2000.
- Linhart, D. (1997), *La modernización de las empresas*, PIETTE/CONICET, Buenos Aires.
- López Catáneo, A. (1997), “Riesgos en el trabajo, políticas de higiene y seguridad y estrategias empresarias”, Seminario internacional *Los efectos de la competitividad de los trabajadores*, Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- INSHT (1991), *Guía práctica para estudios y planes de seguridad e higiene: construcción*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España, España.
- Instituto de Seguridad Social (1995), *Manual para la prevención de accidentes y promoción del trabajo seguro en la industria de la construcción*, Instituto de la Seguridad Social, Colombia.
- Lombardi, J. (1999), “Enfoque técnico-legislativo”, *Jornadas de Higiene y Seguridad en Obras de Arquitectura*, Facultad de Arquitectura de la UNR, Rosario.
- Lucarini, J. (1999), Ponencia presentada en las *Jornadas de Higiene y Seguridad en Obras de Arquitectura*, Rosario, Facultad de Arquitectura de Rosario, 6 y 7 de septiembre.
- Míguez, H. (1990), “Uso farmacológico de alcohol en la construcción y en la estiba”, en *Rev. de Prevención “Salud y Sociedad”*, año II, vol. 3, Fundación Proyecto de Vida, Buenos Aires.
- Montanaro, L. (2001), *Integración regional, cambios estructurales y salud laboral, la situación de la salud en el Mercosur*,

Consultor CINTERFOR-OIT en salud ocupacional, Buenos Aires.

MTSS (1991), *Encuesta nacional de condiciones de trabajo en la construcción*, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, España.

Municipalidad de Rosario (1999), “Diagnóstico y formulación”, *Plan Estratégico Rosario*, pp. 146-147.

Neffa, J. C. (1987), “Condiciones y medio ambiente de trabajo: aspectos teóricos y metodológicos”, *Humanytas*, Bs. As., pp. 23-48.

OIT (1999), *Trabajo decente y protección para todos*, Organización Internacional del Trabajo, Suiza.

Organización Panamericana de Salud (2000a), *Programa de Formación en Salud Internacional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos*, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. Estados Unidos, año 2001, <<http://www.165.158.1.110/spanish/hsp/hspitp1.htm>>.

OPS, (2000b), *Hispanic Forum on a Safe and Healthy Environment*, Consejo Nacional de Seguridad (NCS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia para la Protección del Medio Ambiente (EPA) y Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), EEUU.

OPS (2000c), *Primer Taller Nacional de Coordinación de Acciones en Salud Ocupacional: diagnóstico y estrategias nacionales en salud ocupacional*, Ministerio de Salud Pública, MTSS, BPS, BSE, UDELAR, Cámara de Industrias del Uruguay, PIT-CNT, Sociedad de Medicina del Trabajo, Sindicato Médicos del Uruguay, Uruguay.

Panaia, M. (1996), “Los desafíos de la industria de la construcción en el Mercosur”, *II Seminario Internacional del Sector de la Construcción y el Desarrollo Humano Autosustentable*, Buenos Aires, 23 al 25 de abril, Argentina.

- Panaia, M. (1998), "Gestión del proyecto, gestión del proceso productivo y de la empresa en el sector de la construcción", Congreso Latinoamericano *Tecnologia e gestão na produção de edificios*, Escola Politécnica de San Pablo da USP, Brasil.
- Pérez Herrera, G. (1999), *Sector informal y sindicalismo en América Latina*, Proyecto: educación y organización para la acción en el sector informal - EOASI/CIOSL - ORIT/FNV, Perú.
- Pérez Salinas, I. (1997), "Costo por proceso en accidentes de tráfico y laborales" en *Mapfre Medicina*, 8 (3), Madrid, pp. 169-183.
- PIT-CNT. (2000), *Trabajo y salud hacia el tercer milenio*, Comisión de Salud Laboral y Medio Ambiente de la central sindical, Uruguay.
- Plan Estratégico Rosario (1999), "Diagnóstico y formulación", Agencia Española de Cooperación Internacional, Rosario, Argentina.
- Pravisani, A. (1998), "Inspección con resultados alarmantes en la industria de la construcción local", en Suplemento La Ciudad, *Diario La Capital*, Rosario, domingo 4 de octubre, p. 5.
- Rodríguez, C. A. (1990), *Salud y trabajo: la situación de los trabajadores en la Argentina*, CEAL, Buenos Aires.
- Rodríguez, C. A. (2001), "La seguridad en el sector construcción: el carácter evitable de los accidentes, la prevención y los costos de los accidentes", Ponencia presentada en el *Seminario Regional de Salud y Seguridad Ocupacional de FITCM para los países del Mercosur*, Buenos Aires.
- Rosanvallon, P. (1995), *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*, Ed. Manantial, Buenos Aires.
- Santamarta, I. (2000), *De las tareas preestablecidas a los objetivos esperados en la industria de la construcción*, Uruguay,

Tesis de licenciatura en Sociología de la Universidad de la República, Uruguay.

Suárez, O. (1999), “Enfoque técnico sobre prevención”, *Jornadas de Higiene y Seguridad en Obras de Arquitectura*, Rosario, Facultad de Arquitectura de la UNR.

Tennessee, L. M. (1999), *Plan Regional de la OPS sobre “Salud de los Trabajadores en la Región de las Américas”*, División Salud y Ambiente de la OPS, Washington.

Treviño G., S (2000), “El principio de libertad sindical en el Mercosur”, Ponencia presentada en el Encuentro de Especialistas en el Mercosur, Centro de Estudios Comunitarios de la Facultad de Derecho de la UNR, Rosario 7 y 8 de septiembre.

Vasilachis de Gialdino, I. (1998), “La definición legal de enfermedades y accidentes derivados de las condiciones de trabajo en la reciente legislación internacional”, en *Doctrina Laboral*, ERREPAR-DLE - núm. 151, Buenos Aires, pp. 300-311.

Xolórzano, X. (1994), “Evaluación económica de los accidentes de trabajo”, en Ana Lía Kornblit, *Ciencias sociales y medicina*, Editorial de Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires.

Enviado: 4 de junio de 2001
Aceptado: 18 de julio de 2001

