

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



¿Cómo viven los trabajadores el Derecho a la Salud en el marco de las actuales
Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo?: La experiencia de las
Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad
UAM - SITUAM

TESIS

Que para obtener el grado de Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA

Luisa Fernanda Delgado Martínez

Comité de Tesis:
Directora: Dra. Oliva López Arellano
Codirectora: Dra. Liliana Cunha
Asesor: Dr. Sergio López Moreno

Noviembre de 2019

A los trabajadores del mundo, especialmente a esa mujer, madre soltera, sobreviviente de la inequidad social, quien fue, es y será una trabajadora incansable; mi madre.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma Metropolitana por ser una casa abierta para quienes queremos hacer de la educación una bandera de resistencia y transformación social.

Al Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva DCSC - Unidad Xochimilco UAM-X. A cada una de las personas que trabajan en este posgrado, por su calidad humana puesta en actividad:

- A la coordinación del DCSC por todo el apoyo recibido durante mi proceso de formación; inicialmente con la Dra. Oliva López Arellano, y posteriormente con la Dra. Carolina Tetelboin Henrion; a quienes aprendí a decirles “Oli” y “Caro” al ir comprendiendo que la postura ético-política del Doctorado atravesaba las prácticas cotidianas del mismo, construyendo una política de la amistad¹ que se traduce en cariñosas y respetuosas formas de relacionarnos para caminar juntos.
- A todos los profesores del DCSC, especialmente al Dr. José Alberto Rivera Márquez y al Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto, por su voto de confianza y la oportunidad de participar en sus clases y compartir otros espacios que aportaron para la construcción de esta investigación.
- A Maria Eloisa Serrano Gonzalez, “Elo”, por su apoyo y paciencia permanente.
- A los trabajadores de intendencia y mantenimiento porque gracias a su trabajo pude disfrutar de unas instalaciones funcionales, limpias y acogedoras.

¹ Me apropio del concepto política de la amistad, usado por la profesora Beth Barros en el I Encuentro de Psicología Social del Trabajo en la USP cuando dice que “[...] en el ámbito de la universidad estamos siendo convocados a producir políticas e investigaciones que estén pautadas en la construcción de políticas públicas, que a mi modo de ver, sólo se hacen a partir de una Política de la Amistad, de una política del compartir [...] Es al lado del otro, yendo en contravía de las políticas de privatización de la vida, de aislamiento y del miedo, que podemos hacer ese enfrentamiento y ese movimiento de resistencia [...] Estar aquí compartiendo con amigos [...] como aquellos con quien compartimos la existencia, compartimos valores, compartimos una dirección ético-política, aunque pensemos diferente [...] es una posibilidad de resistencia” (BARROS, 2019) .

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT por apoyar esta investigación, mediante la asignación de las becas nacional y de movilidad.

A la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto FPCEUP, Portugal, por aceptar mi solicitud para hacer mi estancia de movilidad doctoral.

Al Taller de Psicología del Trabajo de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto FPCEUP, por acogerme con cariño durante el periodo de mi estancia doctoral y brindarme el soporte académico y los recursos necesarios para el desarrollo de esta investigación. Especialmente a las profesoras Dra. Liliana Cunha y Dra. Marianne Lacomblez, por su cuidado y orientación; a Claudete por su amistad; a Sacha por sus recomendaciones y solidaridad; a Daniel, Luis, Juliana y demás colegas y profesores por compartir su experiencia, tiempo y espacio, así como sus historias a la hora del almuerzo.

A mis asesores de tesis:

- A mi directora de tesis, Dra. Oliva López Arellano, “Oli”, por estar siempre dispuesta a escuchar y a orientar; porque con su coherencia discursiva y práctica me enseña con su ejemplo; porque verla como Secretaria de Salud de la Ciudad de México es un motivo de orgullo e inspiración; porque me hace sentir que vale cada esfuerzo, que no estoy sola, tampoco loca, o por lo menos, que somos varios los locos que andamos buscando una sociedad más justa, una Latinoamérica donde el derecho a la salud sea una realidad. Por hacerme enamorar del Doctorado cada día, desde aquel día cuando conocí el posgrado a través de sus palabras en un video de YouTube (LÓPEZ, 2012); momento en el que pensé y sentí “yo quiero estar allí, quiero hacer parte de eso”. A ella por demostrarme que no me equivoque en mi elección y darme el honor de ser su estudiante y recibir sus orientaciones y apoyo permanente.
- A mi codirectora, Dra. Liliana Cunha, por creer en mí. Por valorar mi reciente incursión en la psicología social del trabajo y la ergología, así como mi pasión por este campo del conocimiento. Por posibilitar mi

participación en redes y actividades académicas que han alimentado esta investigación y mi formación profesional y personal. Por las innúmeras y valiosas contribuciones que me dio para el desarrollo de esta investigación, sobre todo por conducirme incansablemente a agudizar la observación en el plano de lo micro, donde sucede la actividad concreta, para que la investigación no se quedara en un plano abstracto; y por las experiencias compartidas en su hermosa e inolvidable ciudad, Porto.

- A mi maravilloso Asesor el Dr. Sergio López Moreno, por ayudarme a ordenar el pensamiento, reflexionando, discutiendo, replanteando; actuando. Por compartir todo su ser como profesor, asesor y amigo; porque cada encuentro con él ha constituido una oportunidad de aprendizaje invaluable; un regalo de la vida.

Al Jurado de Tesis en cabeza de la Dra. Carolina Tetelboin Henrion; Dra. Oliva López Arellano y, especialmente a las profesoras Dra. Margarita Pulido Navarro y Dra. Dellanira Ruiz de Chávez por aceptar la invitación realizada por parte de nuestro doctorado para actuar como sinodales de esta investigación. Mil gracias.

A mi familia, porque sólo con su amor se resiste un proceso de formación doctoral:

- A mi hijo, Andrés Camilo Alfonso Delgado, “El hijo”, por ser mi compañero incondicional de aventura. Por apoyarme en este proyecto; por comprender y asumir su parte en el trabajo doméstico que nos convoca el ser parte de una familia; por su paciencia y valentía para enfrentar mis momentos de ausencia, como los tres meses de estancia doctoral; por cuidar de Solaire, nuestro gato y, por saberse de memoria mi tema de investigación. Por su amor y cuidado.
- A mi madre, Flor Alba Martínez Santamaria y, a mis hermanos, Zandra L Valenzuela Martínez y Miguel Ángel Hernández Martínez, por su apoyo constante, especialmente a mi hermanito “Migue” porque después de compartir mis crisis sobre el derecho a la salud de los trabajadores, era

satisfactorio concluir que, al final, lo que hacemos es una micro materialización del sueño por un mundo mejor.

A los amigos y la política de la amistad:

A los colegas de mi promoción del DCSC, por el compañerismo y/o la amistad que me brindaron; por los aportes que me hicieron en las aulas, coloquios y otros escenarios para repensar esta investigación. Por todos aquellos encuentros y desencuentros que nos hacen coincidir y permanecer en este camino.

A los amigos del Seminario Permanente de Derecho a la Salud de la UAM-X, por hacer posibles discusiones que me convocaron a repensar y recolocarme en la problemática a tratar.

A los amigos del Diplomado en Análisis de Políticas Públicas de la UAM-X, especialmente al Maestro Oscar Torres, por facilitar todas las condiciones que brindaron valiosas herramientas para esta investigación.

Al Dr. Rafael da Silveira Gómes, mi director de tesis de la maestría en Psicología Institucional del PPGPSI de la UFES; porque ese encuentro no planeado en Portugal, en la FPCEUP, fue fundamental para hacer memoria, recargar las fuerzas y continuar.

A la Sociedad Internacional de Ergología SIE, por ampliar su mirada más allá de la realidad europea, considerando la realidad Latinoamericana y específicamente la realidad mexicana. Por los aportes para la transformación de la vida de los trabajadores que encuentro en este colectivo.

Al grupo de “dramas”, a las amigas y futuras Doctoras: a Daisy Iturrieta Henríquez, por una historia de amistad profunda; a Sandra Gallegos Lecona, por nuestra química a primera vista desde el primer día de clases del doctorado y por hacer periódicamente la pregunta mágica ¿Cómo van las cosas?; a Adriana González Delgado, por su alegría y hacerme parte de su familia y su contagioso amor por la cultura mexicana; y a María del Carmen Suárez, por compartir su admirable capacidad de análisis y su pasión por Latinoamérica. A

todas ellas por la amistad que tejimos en el doctorado, por todas las aventuras académicas y de vida compartidas.

A Sandra Milena Ibañez Sastoque, “mi Sandrita”, por el orgullo de ser su amiga y compatriota e inspirarme para seguir compartiendo nuestra lucha por la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores.

A Sirley, mi “amiguissssss”, por su escucha permanente, por estar presente en los momentos difíciles, por motivarme a seguir adelante, por creer en mis sueños y mis capacidades para sacar este proyecto adelante.

A Manthan Pagare, por estar.

A los amigos trabajadores de la UAM y del SITUAM, especialmente a las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad por permitirme entrar en su espacio y aproximarme a su actividad de trabajo, a su vida; por el tiempo y la disposición que dedicaron en todos los encuentros; por hacer realidad los Foros por el Derecho a la Salud de los Trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida.

A Dios y a México, por el amor y oportunidad de estar aquí.

RESUMEN

El trabajo que tienes en tus manos es el fruto de una reflexión colectiva *con* colegas, profesores y trabajadores, con quienes fuimos construyendo la pregunta ¿Cómo viven los trabajadores el Derecho a la Salud en el marco de las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo?

Para responder a este cuestionamiento, acudimos a la experiencia de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad UAM – SITUAM. Ubicamos la vivencia de los trabajadores frente al derecho a la salud en un contexto socio histórico, con ayuda de la salud colectiva y, valoramos su actividad concreta, con las contribuciones de la perspectiva ergológica.

A partir de 5 encuentros denominados “Foros por el Derecho a la Salud de los Trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida”, construimos las Narrativas Colectivas que sustentaron los resultados encontrados.

Los hallazgos indicaron seis (6) elementos que limitan el derecho a la salud de los trabajadores: Discriminación, Burocracia, Hostigamiento, Corrupción, Desconocimiento y Miedo; así como ocho (8) estrategias que constituyen las técnicas individuales y colectivas que permiten hacer frente a los límites construidos socialmente. Estas estrategias son: Exigir, Orientar, Apoyar, Recomendar Sensibilizar, Conciliar, Heredar y Debatir. Técnicas que surgen del debate de normas y valores que convoca la actividad de los comisionados.

Concluimos que el Derecho a la salud de los Trabajadores incluye elementos que escapan a las Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, toda vez que los límites identificados no se restringen a los factores de riesgo laboral sino al ejercicio de otros derechos. Situación que traza varios desafíos a nivel macro y micro, como la capacitación técnico- política de los trabajadores, la valoración de la actividad de trabajo y su patrimonio de saberes para la producción de salud y la formulación e implementación de políticas intersectoriales.

Palabras clave: Derecho a la Salud, Trabajadores, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The work that you have in your hands is the result of a collective reflection with colleagues, teachers and workers, with whom we were building the question “How do workers live the Right to Health in the framework of current Public Occupational health and safety policies at work?”.

To answer this question, we turn to the experience of the Joint Health and Safety Commissions UAM - SITUAM. We identify the experience of workers about the right to health in a socio-historical context, with the help of Collective Health Field and, we approach their concrete activity, with the contributions of the Ergological Perspective.

From 5 meetings called "Forums for the Right to Health of Workers: reflections on a public policy that affirms life", we built the Collective Narratives that supported the results found.

The findings indicated six (6) elements that limit the right to health of workers: Discrimination, Bureaucracy, Harassment, Corruption, Ignorance and Fear; as well as eight (8) strategies that constitute the individual and collective techniques that allow facing socially constructed boundaries. These strategies are: Demand, Orient, Support, Recommend, Sensitize, Reconcile, Inherit and Debate. Techniques that arise from the debate of norms and values that summons the activity of the commissioners.

We conclude that the Right to Workers' Health includes elements that are beyond the Occupational Health and Safety Policies, since the limits identified are not restricted to occupational risk factors but to the exercise of other rights. Situation that traces several challenges at the macro and micro level, such as the technical-political training of workers, the valuation of work activity and their heritage of knowledge for health production and the formulation and implementation of intersectoral policies.

Keywords: Right to Health, Workers, Public Policies.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo 1. ¿De qué trata esta tesis?.....	1
1.1 El camino y las metas: estructura del documento.....	1
1.2 Introducción.....	9
1.3 Justificación.....	13
Capítulo 2. ¿Cuáles son nuestros referentes teóricos?.....	24
2.1 Relación Salud – Trabajo.....	25
2.1.1 Mirada crítica de la interrelación histórica salud-trabajo.....	25
2.1.1.1 Campo de la Salud del Trabajador (ST).....	35
2.1.1.2 La perspectiva ergológica.....	39
2.2 Derecho a la Salud y Derecho al Trabajo.....	47
2.2.1 El Modelo de Derecho a la Salud.....	47
2.2.2 El Modelo de Derecho del Constitucionalismo Garantista: Perspectiva Contemporánea de Derechos Humanos.....	50
2.3 Políticas Públicas.....	53
Capítulo 3. Lo Macro: El contexto y las políticas.....	55
3.1 Meta I. Conocer el contexto mexicano.....	55
3.1.1 Aproximación al derecho a la salud de los trabajadores desde la Salud Colectiva.....	56
3.1.2 La población mexicana.....	64
3.1.3 Perfil epidemiológico.....	67
3.1.4 El Sindicalismo.....	78
3.2 Meta II. Visibilizar un problema de investigación como un problema público: Las políticas públicas.....	82
3.2.1 La salud de los trabajadores en las Políticas Internacionales.....	88
3.2.1.1 México y los convenios OIT.....	90
3.2.2 La salud de los trabajadores en las Políticas Nacionales.....	93
3.2.2.1 Antecedentes de la Carta Magna.....	93
3.2.2.2 Plan Nacional de Desarrollo y Políticas Sectoriales.....	94
3.2.2.3 Instrumentos Jurídicos.....	99
Capítulo 4. Lo Micro ¿Cuál fue la lógica metodológica?.....	104

4.1	Meta III. Construir un espacio colectivo: Los foros como un Dispositivo Dinámico a tres Polos DD3P	104
4.1.1	Por la Unidad en la Lucha Social: El SITUAM.....	105
4.1.1.1	Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad.....	106
4.1.2	El proceso de construcción colectiva	111
4.1.2.1	Propuesta y consideraciones éticas	111
4.1.2.2	Convocatoria y participantes.....	112
4.1.2.3	La estrategia de los foros	115
4.2	Meta IV. Rescatar la vida colectiva: Las narrativas.	118
4.2.1	Análisis temático.....	120
Capítulo 5 Así viven los trabajadores el derecho a la salud		124
5.1	Discriminación <i>“pues ya te di tus zapatos 7 y no te los cambio porque eres temporal”</i>	129
5.1.1	De las dramáticas a las estrategias: Exigir <i>“a halones y estirones”</i>	132
5.2	Burocracia <i>“fuiste al ISSSTE y te pudriste”</i>	140
5.2.1	De las dramáticas a las estrategias: Orientar, Apoyar y Recomendar <i>“con papel en mano”</i>	145
5.3	Hostigamiento <i>“y el jefe le dice, ponte a trabajar y no te puedes salir a cada rato, y no pueden estar niños aquí”</i>	161
5.3.1	De las dramáticas a las estrategias: Sensibilizar y Conciliar <i>¿Cómo proteges a ese trabajador? Entonces a lo único que llegamos es a la conciliación”</i>	164
5.4	Corrupción <i>“o sea, la salud es un negocio”</i>	166
5.4.1	De las dramáticas a las estrategias: recomendar	168
5.5	Desconocimiento <i>“Somos representantes, pero no somos expertos, ni en salud, ni en higiene”</i>	169
5.5.1	De las dramáticas a las estrategias: Heredar	171
5.6	Miedo <i>“está prohibida la palabra aprendizaje y conocer”</i>	173
5.6.1	De las dramáticas a las estrategias: Debatir.....	175
Capítulo 6. La salud colectiva y la ergología articulando lo macro con lo micro: Discusión, conclusión y recomendaciones.....		177
6.1	Meta V. Identificar los desafíos: la salud colectiva y la ergología articulando lo macro y lo micro.....	177
6.1.1	Desafíos para políticas situadas y prácticas ético-políticas.....	177
6.1.2	Desafíos para el derecho a la salud de los trabajadores frente a los límites y estrategias identificados.....	189

6.1.2.1	Superación del Desconocimiento.....	190
6.1.2.2	Superación del Miedo	194
6.1.2.3	Superación de la Discriminación, Burocracia y Corrupción.....	195
6.1.2.4	Superación del hostigamiento	197
6.1.3	Desafíos teórico-metodológicos.....	199
REFERENCIAS		201
ANEXOS.....		210
	Anexo 1. Propuesta para el trabajo de campo.....	210
	Anexo 2. Formato de Consentimiento Informado a aplicar.....	211
	Anexo 3. Narrativas.....	213
	Anexo 4. Oficio1 Manifestación posible incumplimiento Acuerdo CMGHyS-01/15.....	254
	Anexo 5: Oficio 2 Protesta por incumplimiento Acuerdo CMGHyS-01/15	255
	Anexo 6. RT-01 Solicitud de Calificación	257

Capítulo 1. ¿De qué trata esta tesis?

1.1 El camino y las metas: estructura del documento

“O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método - não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um hódos-metá”. (PASSOS, et al., 2009, p. 17)

En otras palabras, “se hace camino al andar”²²

La estructura de la presente comunicación de tesis se basó, sobre todo, en la idea y en el intento de que el lector nos acompañe caminando por los senderos que se fueron trazando y las elecciones que fuimos tomando en esta investigación, que estuvo atravesada en todo momento por la aspiración de que constituyera un aporte al derecho a la salud de los trabajadores y a las políticas públicas en esta materia.

Siguiendo este propósito, el documento se organizó en seis (6) capítulos. El **capítulo 1** busca explicar en qué consiste esta tesis, introduciendo al lector en la problemática a abordar y justificando su importancia. El **capítulo 2** expone cuál es la mirada y postura que asumimos para discutir el tema que nos convoca. En el **capítulo 3** se desarrollan las metas I y II que están relacionadas con una lectura macro del problema: el contexto mexicano y las políticas públicas a nivel internacional y nacional. El **capítulo 4** expone la metodología y los métodos que se

²² Una de las líneas del poeta español Antonio Machado.

fueron construyendo con las metas III y IV que corresponden a la dimensión micro desde la experiencia concreta de los trabajadores. El **capítulo 5** presenta los resultados que obtuvimos a partir del trabajo de campo y; finalmente el **capítulo 6** responde a la meta V que, mediante un diálogo entre las perspectivas de la salud colectiva y la ergología, pretende analizar y discutir la articulación entre las políticas y la experiencia concreta de los trabajadores frente al derecho a la salud en el marco institucional de la seguridad y la higiene en el trabajo, a fin de generar las recomendaciones pertinentes.

Estos cinco 6 capítulos pretenden dar cuenta del camino de investigación que comenzó en septiembre del 2016, cuando comenzamos a construir ciertas rutas y encontrar algunas pistas que a su vez nos fueron reorientando en la actividad de investigar. Los objetivos se fueron re-haciendo una y otra vez a medida que avanzábamos y por momentos nos deteníamos en el camino de pesquisa. Reconstrucción indispensable, si consideramos que permitir una relación dialéctica entre lo prescrito y lo real en la actividad de investigar, constituye un orientador fundamental en el desarrollo de cualquier investigación.

Por lo anterior, los objetivos/metapas planteados y alcanzados en este caminar constituyen la guía para presentar la tesis que defendemos. De igual manera es pertinente recordar que la producción de la realidad no es tan lineal como se presenta en este texto y, a pesar de que algunas situaciones que, tal vez pareciendo insignificantes, son mencionadas por jugar un papel fundamental en este proceso. Muchos otros movimientos como tensiones y distensiones, límites y permisos, inmovilizaciones y movilizaciones, incapacidades y capacidades, debilidades y fuerzas, un sinnúmero de idas y venidas, fueron omitidos por su difícil captura en palabras, no desconociendo la importancia que tuvieron en esta investigación.

Entonces, empezamos mencionando que una de las razones que me motivaron a incursionar en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva DCSC en la Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco UAM-X, fue el papel destacado que esta casa de estudios tiene en el desarrollo del pensamiento crítico latinoamericano en Salud Colectiva SC.

Estando en la UAM-X decidí establecer mi residencia en la Ciudad de México para construir un vínculo más cercano que me permitiera mayores comprensiones con esta perspectiva. En el transcurso del primer año escolarizado puede evidenciar en el contexto mexicano algunas problemáticas en el campo de la salud de los trabajadores que no me eran ajenas, si tenemos en cuenta mi propia experiencia, como trabajadora en el campo de la psicología ocupacional en Colombia y, como investigadora en la maestría del Programa de Posgraduación en Psicología Institucional PPGPSI de la Universidade Federal do Espírito Santo UFES., donde pude generar mayores comprensiones acerca de la actividad del psicólogo del trabajo (D MARTÍNEZ, 2015) al aproximarme al Campo de la Salud del Trabajador (ST), proveniente del pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana MSL (Salud Colectiva).

Estas experiencias aunadas a una mayor relación³ con la mirada del enfoque de determinación social, sin duda permitieron ampliar mi visión sobre la salud de los trabajadores, llevándome a pensar en una investigación que esta vez incluyera con más fuerza la discusión de las políticas públicas, con el reto de articular las dimensiones macro y micro de esta problemática. En consecuencia, estas

³ Esta relación se fue fortaleciendo en el DCSC con cada clase, seminario, discusión, coloquio, taller de tesis, etc. Encuentros formales e informales que ni por ser extracurriculares dejaban de aportar a la formación de un pensamiento cada vez más crítico y, por qué no decirlo, más ambicioso.

experiencias son la razón de ser de lo que el lector encontrará en el capítulo 2
¿Cuáles son nuestros referentes teóricos?

Fue bajo las condiciones descritas es que elegí a México como el lugar pertinente para desarrollar la investigación propuesta. No obstante, esta decisión significaba un doble desafío en “mi condición de extranjera” (D MARTÍNEZ, 2013, p. 76). Se trataba de habitar un nuevo territorio, no sólo como residente y sino también como investigadora de un lugar y espacio del que poseía un conocimiento limitado.

Identificando que era fundamental comprender la realidad en la que estaba inmersa, planteamos como **primera meta** de esta investigación “**conocer el contexto mexicano en dialogo con la relación salud-trabajo**”; para ello nos soportamos principalmente en la revisión de literatura y en la asistencia y participación a eventos académicos como foros, seminarios y congresos; experiencias que me permitieron una aproximación a la realidad mexicana en este campo de análisis. **El apartado 3.1** da cuenta de esta etapa de la investigación.

Como **segunda meta**, trazamos “**Visibilizar la sistemática vulneración al derecho a la salud de los trabajadores y la ausencia de una política pública efectiva, cómo un problema público**”, lo que significó no sólo realizar una revisión documental de las políticas oficiales publicadas, sino valorar mi condición de investigadora en constante formación para darme cuenta de que era necesario entrenar mi entendimiento acerca de las políticas públicas, siendo que ellas constituían un eje fundamental para la investigación en curso; así que, en febrero de 2018 realicé el Diplomado en Análisis de Políticas Públicas Método Comparado, propuesto por la Coordinación de Educación Continua de la División de Ciencias

Sociales y Humanidades de la UAM Unidad Xochimilco; sin la pretensión de convertirme en una experta en análisis de políticas públicas, pero sí con la intención de tener una mejor comprensión de este campo.

Durante el proceso de formación en el Diplomado se fue re-constuyendo el problema de investigación, a partir de la tesis que veníamos trabajando sobre visibilizar el problema de investigación como un problema público. En otras palabras, el problema fue planteado en términos de un problema público que busca ser considerado parte de la agenda pública; para ello el análisis de las políticas públicas constituyó un pilar fundamental. En consecuencia, se destinó el **apartado 3.2** para evidenciar la fragilidad en las políticas públicas frente al Derecho a la Salud de los Trabajadores.

Consideramos que un problema público debe partir de las realidades concretas de las comunidades, pensamiento que sustenta nuestro posicionamiento de investigar “con” y no “sobre” (PASSOS, et al., 2009, p. 135) los trabajadores, toda vez que ellos son considerados como los principales actores en la problemática planteada. El desafío fue mantener el compromiso ético-político con el lugar destacado que ocupa la experiencia/saber de los trabajadores/protagonistas en las principales perspectivas teórico-metodológicas escogidas: la ergológica y la salud colectiva.

Esta postura sugirió generar un diálogo, situación que nos orientó hacia una **tercera meta: construir un espacio/encuentro de reflexión y formación mutua con los trabajadores** ⁴ (*Delegados Sindicales ante las Comisiones de Higiene y*

⁴ Agradecemos a Alejandra por la idea de sugerirnos a los trabajadores de la UAM.

Seguridad del SITUAM) reconociendo su potencia participativa como actores políticos. La estrategia creada para dar cabida a este propósito se denominó “Foros por el Derecho a la Salud de los Trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida”. Estrategia que será descrita en el **apartado 4.1.**

Estos encuentros constituyeron la vía para conocer cómo los trabajadores vivían el derecho a la salud, lo que sugirió una **cuarta meta: “Rescatar la vida colectiva a través de la memoria colectiva en relación con el derecho a la salud y recuperarla en la construcción de narrativas, considerando la actividad concreta de los comisionados;** para ello nos inspiramos en la experiencia metodológica en la investigación de la maestría⁵ (D MARTÍNEZ, 2015; D MARTÍNEZ, 2013). La construcción de estas memorias colectivas y el análisis de los datos se abordará en el **apartado 4.2.**

Y finalmente, la **quinta meta** propuesta “**Identificar los desafíos para el efectivo ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores, produciendo un diálogo entre las perspectivas de la salud colectiva y la ergología como estratégica teórico-metodológica,** es un objetivo que constituye la discusión, conclusión y recomendaciones que fueron producidas en esta investigación.

Este último objetivo trazado constituyó en sí mismo un desafío, por tratarse no sólo de una etapa del proceso investigativo, sino del aporte fundamental de la misma. Por ello consideramos indispensable soportarnos en estas dos perspectivas ético-

⁵ Programa de Posgraduación en Psicología Institucional (PPGPI) de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

políticas de pensamiento, por su gran capacidad explicativa y consistencia científica.

Sin embargo, siendo consciente de mi reciente incursión en ambas perspectivas y lo que ello puede significar para lograr el análisis propuesto, consideramos pertinente realizar un periodo de estancia doctoral en el Atelier de Psicologia do Trabalho APT da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto FPCEUP, bajo el acompañamiento de la Dra. Lílana Cunha como co-directora de tesis.

El objetivo de la estancia doctoral, además de fortalecer los conocimientos en el campo para obtener mayores recursos para el análisis de los foros realizados y la producción final del documento de tesis, a través de diversas actividades de investigación, fue propiciar el dialogo entre las perspectivas de la salud colectiva y la ergología, toda vez que se identifican convergencias significativas para viabilizar una sólida articulación teórico-metodológica que permita transformar la realidad de los trabajadores.

Consecuentemente en el **capítulo 6** se busca un diálogo entre las perspectivas de la salud colectiva y la ergología principalmente, para lograr mayores comprensiones y aportes a la transformación favorable de la relación trabajo-salud/enfermedad-políticas públicas.

Como el lector podrá notar a lo largo de los seis (6) capítulos descritos se abordan los cinco (5) objetivos de investigación que preferimos denominar metas y que fueron desarrolladas según las impredecibilidades y certezas del camino y los

métodos que fuimos adoptando/adaptando. Esperamos que esta manera de presentar la comunicación de tesis, y su contenido en sí mismo, permita que el lector comprenda el *por qué* y *para qué* de este estudio; el *cómo* se abordó el problema planteado; el *qué* se consiguió con esta investigación y *cuáles* son nuestros aportes para avanzar hacia el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los trabajadores.

1.2 Introducción

El objetivo de esta investigación es responder a la pregunta ¿Cómo viven los trabajadores⁶ el Derecho a la Salud en el marco de las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo? Pregunta que intenta sintetizar nuestras inquietudes frente a un problema de investigación identificado, que a la vez pretendemos visibilizar como un problema público: *una sistemática vulneración al derecho a la salud de los trabajadores*, que suponemos está asociada a la ausencia de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores (PP-DST), o al menos, a que las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo (PP-SST) se muestran frágiles para el ejercicio efectivo del Derecho a la Salud.

La vulneración referida se puede apreciar no sólo en contextos de trabajo informal donde son más evidentes las condiciones de precariedad, sino en contextos de formalidad (como la UAM, espacio en el cual se desarrolla esta investigación), donde también se sufren las consecuencias del desmantelamiento de los derechos adquiridos, a causa de políticas y reformas que favorecen el mercado sobre la salud, agudizando la precarización del trabajo y consecuentemente, las formas de vivir, enfermar y morir de la población trabajadora. En otras palabras, creemos que “o sufrimiento que se tem instaurado tem sua gênese política e é nessa arena que deve ser enfrentado” (BASTOS, 2019).

Para abordar este problema por el que fuimos convocados, nos apoyamos en varios referentes que nos ayudaron a tener una mayor comprensión de este. Para leer la complejidad de la relación salud-trabajo consideramos principalmente el “Campo de

⁶ Se utiliza el término “los trabajadores” para efectos de delimitación de la comunidad de interés y para reducir la extensión de las palabras, pero durante el desarrollo del proyecto se considera la perspectiva de género.

la Salud del Trabajador, derivado de la Medicina Social Latinoamericana” (LACAZ, 2012). Para entender el derecho a la salud desde una perspectiva amplia nos subsidiamos en la lógica del derecho a la salud propuesto por la Salud Colectiva (LÓPEZ & LÓPEZ, 2015). Para comprender cómo se puede garantizar el derecho a la salud, emprendimos una aproximación al modelo de derecho del Constitucionalismo Garantista (FERRAJOLI, 2001). Y para ampliar nuestra comprensión sobre políticas públicas, las consideramos cómo decisiones que tienden a resolver problemas públicos (AGUILAR, 1992A); y que deben guiarse por una perspectiva de derechos humanos (AGUILAR & BERRIOS, 2016).

Así mismo, nuestros principales referentes jurídicos fueron el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), específicamente la Observación General 14 sobre el derecho a la salud (CDESC, 2000) y la Observación General 18 sobre el derecho al trabajo (CDESC, 2005).

Estas miradas nos llevaron a considerar que las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo que pretenden ser garantía para la salud y vida a partir de la higiene y la seguridad en los ambientes laborales, tienen un enfoque reduccionista al centrar su acción en el control de los riesgos y estar fundamentadas en el saber de ciencias hegemónicas limitadas, como la epidemiología y la medicina del trabajo tradicionales; favorecen los intereses económicos de las minoritarias clases privilegiadas, generalmente simpatizantes fervientes del actual modelo de desarrollo capitalista neoliberal, al colocar en un mismo nivel la producción y la justicia social (bien que incluye a los Derechos Humanos [DDHH]); y adicionalmente dejan abierta la puerta para que se violen derechos ya conquistados por los trabajadores.

En este sentido creemos que las actuales Políticas Públicas en Seguridad y Salud en el Trabajo (PP-SST) serían tan sólo un elemento de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores (PP-DSTT), de la cual se carece y que sería interesante imaginar; pero como el alcance de esta investigación no es proponer una política pública y sí cuestionar las actuales, le apostamos al dialogo con los trabajadores como condición fundamental para que el derecho a la salud se constituya en el eje articulador de las actuales políticas públicas que buscan garantizar la salud, seguridad y vida de los trabajadores.

No obstante, consideramos que identificar cómo viven los trabajadores el derecho a la salud, en el marco de las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, en un contexto de trabajo formal como lo es la UAM, permitirá visibilizar los límites de las actuales políticas públicas e identificar oportunidades para contribuir con algunos elementos para su reformulación, a fin de que conlleven al ejercicio efectivo del derecho a la salud, ya que garantizar los derechos y sobre todo el derecho a la salud, “requiere políticas públicas saludables que tiendan a elevar la calidad de vida de las poblaciones” (LÓPEZ & JARILLO, 2017, p. 8); poblaciones que están constituidas, en su mayoría, por trabajadores.

En consecuencia, para el desarrollo de esta investigación insistimos en la necesidad de generar un diálogo entre lo macro y lo micro; es decir, entre la discusión teórica de las políticas públicas y la experiencia de los trabajadores. Esto, teniendo en consideración nuestra vinculación con las perspectivas⁷ de la salud colectiva y la ergología y, nuestro interés por intentar adoptar/adaptar el “Dispositivo Dinámico a Tres Polos (DD3P)” (SCHWARTZ, 2007) a la construcción teórico-metodológica.

⁷ Perspectivas que serán presentadas en la Parte 2 de esta tesis.

Para cumplir con tal propósito nos arriesgamos a crear un espacio de reflexión colectiva, estableciendo un vínculo entre el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva DCSC de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco UAM-X y la Secretaria de Previsión Social del Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana SITUAM; instancia que viabilizó el trabajo con las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad – Comisión Mixta General de Higiene y Seguridad CMGHyS y Comisión Mixta de Unidad de Higiene y Seguridad CMUHyS.

Este vínculo permitió realizar en las instalaciones del SITUAM cuatro (4) encuentros que denominamos “Foros⁸ por El Derecho a la Salud de los Trabajadores: Reflexiones hacia una política pública que afirme la vida”. De estos encuentros colectivos construimos las narrativas⁹ que constituyen las memorias colectivas de las reflexiones generadas, fuente importante para los hallazgos presentados.

Esperamos que este trabajo sea un dispositivo potente que contribuya a la salud de los trabajadores y a la reformulación de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos, donde el diálogo entre los diferentes campos (ergología, salud colectiva, derechos humanos, políticas públicas) y con los trabajadores, nutra de manera sustancial la apuesta ético-política del derecho a la salud de los trabajadores.

⁸ La dinámica de estos encuentros es descrita en la parte 3.

⁹ Las narrativas pueden ser consultadas en el anexo 3.

1.3 Justificación

Nuestra organización social capitalista ha generado una serie de crisis sociales, económicas y políticas, que han afectado directamente al “mundo del trabajo”, imponiendo la precarización del trabajo y a su vez, la represión frente a las protestas de los trabajadores que exigen condiciones de trabajo más dignas¹⁰. “La crisis global del capitalismo, expresada crudamente en sus vertientes financiera, alimentaria y ambiental es la punta de lanza para impulsar el despojo masivo de recursos materiales y simbólicos y para embestir contra la vida de los pueblos, negar y destruir derechos individuales y sociales e intensificar el control poblacional a través de las fuerzas policiaco-militares para desactivar e inhibir el descontento y la protesta ciudadana” (LÓPEZ, 2013, p. 147).

El trabajo, como una actividad determinante en la organización de la vida de los seres humanos, ha venido sufriendo las consecuencias históricas negativas impuestas por los intereses y la crisis misma del capitalismo, como son la precarización, la flexibilización y la tercerización, entre otras. La centralidad del trabajo, entonces, nos lleva a identificar a esta actividad como determinante de los procesos de salud y enfermedad de los individuos y las comunidades. Ya la medicina social ha planteado que el “-trabajo- es uno de los determinantes principales del proceso salud-enfermedad colectivo” (LAURELL, 2000, p. 19) y ha analizado la relación entre el proceso salud enfermedad y el proceso de trabajo, evidenciado que esta relación modula los modos de vivir, enfermar y morir de los trabajadores.

¹⁰ Vivimos un ejemplo de ello en enero del 2018, cuando el diario animal político tituló “Trabajadores de Salud denuncian hostigamientos del gobierno de Chiapas por exigir sus derechos”. <https://www.animalpolitico.com/2018/01/hostigamiento-carcel-chiapas-salud/>

Sin embargo, así como el trabajo es determinante de la enfermedad, también lo es de la salud, si se tiene en cuenta que salud y enfermedad son dos procesos que tienen una interrelación dinámica. “El trabajo es la actividad fundamental del ser humano, puesto que lo crea física y mentalmente...Desde un punto de vista individual y colectivo, el trabajo debería permitir, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además, concebido de esta manera, no sólo no es productor de enfermedad sino que posibilita la vida humana misma” (LAURELL, 2000, p. 171).

Comprender el trabajo como un importante determinante de las condiciones de salud de nuestra sociedad, y además como generador de vida, es ubicar su nivel jerárquico en nuestra organización social, pero además es ubicar también nuestra capacidad de transformación social. Si bien los modos de vivir de los trabajadores están moldeados por el trabajo, esta determinación no anula ni domina la capacidad de resistencia y transformación de los individuos. Afirmamos la necesidad de valorar la potencia de las capacidades humanas colectivas en el “mundo del trabajo”; para ello es necesario superar la visión mercantil del trabajo y entenderlo como una actividad de creación constante que supone nuevos desafíos.

No obstante, es necesario colocar en la mesa los efectos negativos del trabajo en la salud de los trabajadores, sobre todo si se consideran los recientes cambios introducidos en la organización del trabajo caracterizados por: privilegios sistemáticamente contrastados a los criterios de gestión del negocio en detrimento a los del trabajo, evaluación individualizada del desempeño y calidad total (DEJOURS & BÈGUE, 2010).

En Latinoamérica la problemática salud-trabajo se agudiza teniendo en cuenta el contexto socio económico. “La reestructuración del trabajo desde los años 1990 en el mundo y, especialmente, en América Latina ha estado marcada por el aumento de contratos precarios a la sombra de modelos de crecimiento y competencia organizacional como la subcontratación y el outsourcing” (GALLO, 2016, p. 57). Esta historia social y económica, sugiere a su vez, la historicidad de las enfermedades laborales y el surgimiento-reconocimiento de “nuevas” patologías relacionadas con el trabajo, teniendo en cuenta la transformación del trabajo y sus condiciones en las distintas formas de producción humana.

En México, por ejemplo, se tiene evidencia de cómo el trabajo, desde el trabajo esclavo¹¹ de la época de la colonia, pasando por el trabajo en la industria capitalista, hasta nuestros días, ha cobrado numerosas vidas, y ha constituido una fuente importante de accidentes y enfermedades (SANDOVAL, et al., 2016). Diversos estudios muestran los impactos del trabajo en la salud (PULIDO & NORIEGA, 2003; NORIEGA, et al., 2005; CUNHA, et al., 2019; SAUCEDO, et al., 2011; GÓMEZ & JUÁREZ, 2016; DEJOURS & BÈGUE, 2010; GÓMES, 2003); realidad que trasciende fronteras y que ha dejado numerosos costos económicos, físicos y psicológicos para los trabajadores y sus familias.

Cabe entonces preguntarse, ¿Qué se ha hecho frente a esta problemática? “Previamente a la Revolución inician los primeros intentos por implantar medidas para la protección de los Trabajadores en México... La protección a la salud del

¹¹ La célebre obra literaria *La Vorágine* es una excelente narración que permite sentir honesta indignación por las difíciles condiciones de vida que impuso el trabajo esclavo a los pueblos originarios en la selva amazónica; territorio colonizado por los empresarios de caucho y convertido en campo de muerte a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX (RIVERA, 2009).

trabajador se pone a la vista de la sociedad durante 1906” (SANDOVAL, et al., 2016, p. 93). Las medidas tomadas desde la fecha en adelante han provenido de la teoría del riesgo profesional y el enfoque de aseguramiento, obligando a las empresas a controlar los riesgos a los que expone a la población trabajadora y brindando los beneficios asistenciales y económicos por accidentes, incapacidades, enfermedades y muerte. Donde el Estado actúa como garante de estos “acuerdos”.

Esta respuesta social, que obliga a los empresarios a asumir su responsabilidad frente a la salud de los trabajadores, constituye un avance significativo, si se tiene en cuenta que para 1912 “los accidentes laborales y las enfermedades eran considerados únicamente como desgracias e infortunios y no como riesgos profesionales, por lo cual cuando eran atendidos esto se consideraba un acto de caridad o de ayuda por parte de los patrones y no por estar obligados a cumplir con una indemnización; los obreros eran objeto de benevolencia patronal, no sujetos de derechos ni interlocutores políticos” (SANDOVAL, et al., 2016, p. 96).

¿Y cómo saber si hoy en día los trabajadores son vistos como sujetos de derechos e interlocutores políticos? Creemos que revisar la respuesta social frente al problema Salud-Enfermedad/Trabajo, especialmente las políticas públicas, nos darán cuenta de ello. Es evidente que se ha creado un sistema institucional (actores interesados: Estado, Gobierno, trabajadores, empleadores, Sindicatos y Academia) que pretende dar respuesta a las condiciones de salud de la población trabajadora; sin embargo, al revisar las políticas públicas vigentes encontramos que esta respuesta se encuentra centrada en la epidemiología y en la salud ocupacional tradicional, expresada en Políticas para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, centrandó la problemática en el ambiente y en el individuo, el control de agentes causales y no en una perspectiva de derecho.

Tener unas políticas públicas centradas en la perspectiva de riesgos, donde las medidas se centran en el control de los mismos -sea en la fuente, el medio o el trabajador-; así como en las prestaciones económicas y asistenciales derivadas de enfermedades y accidentes laborales, nos instiga a pensar que si bien se establecen las responsabilidades de los empleadores por las condiciones de salud, el trabajador es visto como parte de la maquinaria de la empresa, al procurar la salud para fines de productividad, desconociendo su dignidad como persona, y por ende sus derechos fundamentales. Esta perspectiva de riesgos difiere considerablemente de la perspectiva contemporánea de Derechos Humanos, que los define como “normas de derecho público que protegen bienes jurídicos considerados fundamentales e inherentes a la persona humana” (LÓPEZ & LÓPEZ, 2015, p. 43).

Acreditamos que la noción de Riesgos es limitada respecto a la noción de Derechos, al anteponer los intereses del capital sobre la dignidad de las personas. Por ejemplo, la seguridad industrial habla de TLV ((Threshold Limit Value)¹² o Umbrales límite de tolerancia a sustancias químicas; según estos valores límite, la “mayoría” de trabajadores puede exponerse a los agentes químicos sin que ocasionen riesgo a la salud. ¿Qué tan saludable y digno puede ser exponerse diariamente a una sustancia química esperando ser parte de la “mayoría” que saldrá ilesa de los efectos nocivos que tiene cierto químico para la salud?

No se quiere decir en ningún momento que el control de los riesgos en el trabajo y la respectiva responsabilidad de los empleadores es un tema que deba ser excluido; por el contrario, consideramos que debe ser fortalecido con educación y vigilancia;

¹² Sobre TLV

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/201a300/ntp_24_4.pdf

lo que afirmamos es que nuestra comprensión de la salud debe superar las aspiraciones de no lesionarnos, no enfermarnos y no morir por causas relacionadas al trabajo, si la consideramos desde una perspectiva más amplia, es decir, desde una perspectiva de derecho a la salud.

Por otra parte, identificamos contradicción entre las Políticas Públicas para la salud en el trabajo y lo establecido con acuerdos internacionales a los que está adscrito México. Por ejemplo, existe incongruencia entre el proyecto de reforma a la Ley Federal del Trabajo (en sus artículos 513, 515 y 515 bis), y la recomendación 194 de la OIT que establece parámetros para la lista de enfermedades profesionales (OIT, 2002). La OIT menciona que la tabla de enfermedades debe ser elaborada por la autoridad competente, que en este caso es el poder legislativo (Congreso de la Unión –Cámara de Diputados y Cámara de Senadores), pero la Cámara de diputados delegó su función legislativa a una oficina administrativa y la actualización de la tabla fue realizada por Secretaría del Trabajo y Previsión Social y la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Coconasst). “Esta comisión tiene carácter tripartito y conforme a la ley vigente es de simple consulta... Por ello, resulta absurda, pero también regresiva, la iniciativa de ley, pues convierte a los empresarios en juez y parte” (ALCALDE, 2017).

Hechos como estos, reafirman la contradicción capital–trabajo; los patrones buscando cada vez mayor acumulación de capital y, por ende, los medios para sustraerse de las responsabilidades económicas derivadas de los accidentes, las enfermedades y las muertes que conlleva la explotación de los trabajadores. Y los trabajadores por su parte, haciendo de la actividad de trabajo, su vida; una vida que se resiste a la muerte y que está en una lucha constante para tratar de demostrar lo

obvio: que el trabajo en condiciones precarias si enferma y mata. Una vida que de algún modo intenta hacer valer la dignidad humana.

Si bien es cierto que “...todos los que nacemos morimos, unos antes, unos después...” como fue expresado por el entonces secretario general del Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (STPRM) y senador del PRI, Carlos Romero Deschamps, al referirse a la explosión del 15 de marzo de 2017 en la refinería de Salamanca, Guanajuato, donde fallecieron cinco trabajadores y tres resultaron graves (GARCÍA & AVENDAÑO, 2017); es por lo menos justo que tengamos unas condiciones dignas de vida, y en este caso unas condiciones dignas de trabajo, más cuando esa vida está al servicio de los intereses del capital.

No obstante, si esta es la opinión que un accidente de trabajo le merece a un representante sindical, ¿que podremos esperar de quienes privilegian el capital sobre la salud? Desafortunadamente el trabajo como sinónimo de vida y salud, no es una prioridad para los empresarios. De acuerdo con la segunda encuesta europea de empresas ESENER-2 realizada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) en 2014, en el 85% de las empresas de la Europa de los Veintiocho, la razón principal que motiva a las empresas a gestionar la Salud y la Seguridad en el Trabajo (SST) es el cumplimiento de las obligaciones jurídicas. (EU-OSHA, 2014). No habría que hacer un gran análisis para deducir que estas motivaciones tienen su raíz en lo económico, si se considera que el incumplimiento de tales obligaciones tiene un impacto directo al bolsillo de las empresas.

Por esta razón, consideramos necesario sumarnos a las acciones políticas que afirman la vida sobre los intereses del capital, para superar la lógica economicista de la relación salud-trabajo.

Si es cierto que “la política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir aspectos macro que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones” (LÓPEZ, et al., 2008); entonces es necesario que la acción política que atraviesa esta investigación destaque el protagonismo de los trabajadores como actores políticos, cuya potencia participativa es fundamental para que las actuales políticas públicas fomenten el trabajo como sinónimo de salud y de vida digna.

Partiendo de que el derecho a la salud siempre ha sido uno de los postulados centrales de la corriente médico social/salud colectiva (STOLKINER & ARDILA G, 2012) y que “las políticas públicas deben propender por soluciones a los problemas públicos que a su vez garanticen la realización de los derechos humanos” (AGUILAR & BERRIOS, 2016, p. 28), creemos que es necesario problematizar con los trabajadores el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo.

Establecer caminos de participación para los trabajadores, significa una construcción colectiva *con* los sujetos y no *para* los sujetos. A futuro este elemento diferenciador, permitiría que la potencia de los trabajadores como actores políticos, se exprese contribuyendo a la reformulación e implementación de políticas que

permitan transitar del enfoque de control de riesgos al enfoque del derecho a la salud.

Reafirmamos nuestra consideración de que la higiene y la seguridad en los ambientes de trabajo constituyen los “mínimos” necesarios para trabajar; éstas son condiciones básicas, pero no suficientes para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores. Por eso vemos fundamental que las políticas relativas a la salud de los trabajadores estén orientadas por la perspectiva de derechos humanos. Esta articulación hace que las políticas públicas sean la “vía idónea para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos con toda la formalidad que la acción gubernamental exige para el cumplimiento de sus obligaciones a través de la vía institucional” (AGUILAR & BERRIOS, 2016).

Consideramos necesario superar el discurso de la salud *en el trabajo* para hablar de salud *de* los trabajadores, porque identificamos que los riesgos a la salud de los trabajadores no sólo están en lugares de trabajo inseguros e insalubres, sino también en las reformas que desmantelan los derechos ya adquiridos por los mismos. Es decir, la salud de los trabajadores también se ve amenazada por reformas que legitiman la precariedad laboral:

“Existe una mayor precariedad del trabajo en virtud de las medidas de flexibilidad de condiciones de trabajo adoptadas en la reforma laboral de 2012, por ejemplo, en materia de jornada de trabajo con la adopción del sistema de banco de horas que facilita la realización de horas extraordinarias excesivas sin pago correspondiente” (OSC, 2017).

Sin duda la realización de horas extraordinarias excesivas tendrá una repercusión no sólo para la economía del trabajador y su familia, sino que constituirá un riesgo

para su salud. Entonces los riesgos a la salud de los trabajadores pueden estar en diversas fuentes, no sólo en las máquinas, equipos y organización del trabajo, sino, en las condiciones de trabajo subsumidas a las directrices de la política laboral, por ejemplo, en una reforma que elimina el pago de horas extras; en un proyecto de ley que pretende la reducción del salario mínimo, colocando en peligro el derecho a la alimentación adecuada de un trabajador y su familia; o en las leyes que le niegan el derecho a la seguridad social al trabajador informal, quien generalmente trabaja en condiciones precarias.

La OMS hace un cambio, por lo menos en su discurso, cuando habla de salud del trabajador y no de salud en el trabajo:

“Salud de los trabajadores. Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, incluidos el calor, el ruido, el polvo, los productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud. Las condiciones de empleo, la ocupación y la posición en la jerarquía del lugar de trabajo también afectan a la salud. Las personas que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensas a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable” (OMS, 2018).

La vulneración del derecho a la educación en salud también constituye otra fuente de riesgo a la salud de los trabajadores. Si se invierten los menores esfuerzos y recursos para que los trabajadores se eduquen en salud, sólo brindándoles información mínima, a través de capacitaciones para el uso de equipos y elementos de protección personal, los trabajadores no podrán acceder a la salud entendida en su acepción más amplia de modo que les permita el desarrollo integral de sus capacidades, sino estarán comprendiendo y exigiendo su derecho a la salud al nivel de la prevención de enfermedades y accidentes. Lo que los trabajadores demandan

como derecho a la salud está íntimamente relacionado con la comprensión que tienen de este derecho.

Venderles a los trabajadores la idea de que la salud se reduce a no amputarse un brazo, o a controlar el estrés para no tener una enfermedad digestiva o cardiovascular o, a informarles sobre sus derechos asistenciales y económicos en caso de un siniestro, es perverso.

En este sentido la salud *del* trabajador es más amplia que la salud *en el trabajo*. Requiere mayores compromisos gubernamentales y, por supuesto, mayor participación de los trabajadores. Requiere una política con perspectiva de derecho.

Capítulo 2. ¿Cuáles son nuestros referentes teóricos?

Las siguientes ilustraciones expresan de manera sucinta cuáles fueron los ejes temáticos y las principales herramientas teóricas que nos ayudaron a comprender como viven el derecho a la salud los trabajadores de la UAM, en el contexto de las políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo.

Ilustración 1. Ejes temáticos



Elaboración propia.

Ilustración 2. Referentes teóricos.

Relación Salud - Trabajo

- Abordaje de la actividad de trabajo desde la perspectiva de la Ergología (SCHWARTZ, 2007).
- “Campo de la Salud del Trabajador, derivado de la Medicina Social Latinoamericana” (LACAZ, 2012).

Derecho a la salud

- Modelo propuesto por la Salud Colectiva (LÓPEZ & LÓPEZ, 2015).
- Modelo de derecho del Constitucionalismo Garantista (FERRAJOLI, 2001).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966):
 - Derecho a la salud (CDESC, 2000).
 - Derecho al trabajo (CDESC, 2005).

Políticas Públicas

- Cómo decisiones que tienden a resolver problemas públicos (AGUILAR, 1992A)
- Con perspectiva de derechos humanos (AGUILAR & BERRIOS, 2016).

Elaboración propia.

2.1 Relación Salud – Trabajo

2.1.1 Mirada crítica de la interrelación histórica salud-trabajo.

La relación trabajo-salud, como veremos, es un tema relevante no sólo en la agenda estatal, sino en el ámbito académico; generalmente la importancia de su abordaje se fundamenta en datos estadísticos nacionales e internacionales sobre muertes, enfermedades y accidentes de trabajo. En el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018, por ejemplo, se reportan datos de la OIT y del IMSS en materia de morbilidad y accidentalidad, así como la necesidad de intervenciones de promoción y prevención (STPS, 2013).

Por otra parte, diversos estudios demuestran la relación trabajo-salud; (LAURELL, 1978; ALCÁNTARA & FLORES, 2008; GÓMES, 2003), entre otros. “Los resultados del conjunto de estos estudios revelan que se vive una problemática de salud muy intensa en el mundo laboral. Demuestran, por una parte, que el trabajo es uno de los determinantes principales de las condiciones de salud de la población adulta que es necesario analizar para comprender las características de la salud colectiva; por la otra, destacan que esta problemática, relacionada con el trabajo en ciertas áreas, es más intensa en Latinoamérica que en los países desarrollados” (CDESC, 2005; LAURELL, 2000, p. 9).

Se podría decir que los estudios citados se destacan por su perspectiva crítica a diferencia de diversos estudios cuyo enfoque es la salud ocupacional y están orientados por la medicina dominante, cuyo interés central es la gestión de riesgos y la reinstalación de la fuerza de trabajo. Bajo la perspectiva de la crítica de la Salud Colectiva (SC) no nos preguntamos cómo gestionar los riesgos, sino que “se

pregunta cómo el trabajo deteriora la salud bajo determinadas condiciones históricas y cómo se puede revertir este deterioro” (LAURELL, 2000, p. 14).

No obstante, la potencia creadora de esta visión crítica permite avanzar en la construcción de conocimiento y de políticas públicas centradas en la salud de los trabajadores. “Esto ocurre sobre todo con los estudios realizados junto con los sindicatos para avanzar hacia la formulación de políticas de defensa y luchar por la salud de los trabajadores” (LAURELL, 2000, p. 16).

Sin embargo, pese a las bondades de esta perspectiva crítica, cuando se revisa la investigación científica referente a las Políticas Públicas relacionadas con la salud de los trabajadores¹³, la cantidad de publicaciones es mucho menor que trabajos relacionados con la gestión de riesgos ocupacionales. De las investigaciones críticas destacamos cómo relevantes las siguientes:

Tabla 1. Investigaciones en Políticas Públicas para la Salud de los Trabajadores

AÑO	AUTOR	TITULO
1978	(BASAGLIA, et al., 1980)	Salud de los trabajadores: aportes para una política de salud.
2000	(LAURELL, 2000)	Para la investigación sobre la salud de los trabajadores

¹³ Ver anexo 1.

2005	(MENÉNDEZ, 2005)	El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores
2011	(GOMEZ, et al., 2011)	Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.

Elaboración propia

Tal vez, el hecho de que la perspectiva predominante en las investigaciones sea la perspectiva biologicista de los riesgos se deba al importante papel que le hemos atribuido al “modelo médico hegemónico”. Esto se puede comprender en la investigación desarrollada por Menéndez (2005), cuando afirma que para el Modelo Médico Hegemónico “la salud de los trabajadores, no se explica por los ritmos y tiempos de producción ni por las características y desarrollo de los procesos productivos, sino por la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad” (MENÉNDEZ, 2005, p. 12).

Este mismo autor devela el carácter político del proceso la salud/enfermedad, que por un lado es manipulado por la bio-medicina para los fines de las organizaciones sociales capitalistas y no capitalistas, pero que, por otro lado, puede constituirse en una posibilidad para la definición de una verdadera política para la salud, al considerar el papel de las condiciones sociales en dicho proceso.

Es así como la salud de los trabajadores vista desde el enfoque de la determinación social, aunque un tema “novedoso” para algunos, es un hecho histórico en sí mismo, rebelado de la forma más contundente por el economista y filósofo alemán Karl Marx, cuando advierte de la pobreza de los trabajadores, pobreza que los lleva a precarias condiciones de salud, derivadas de la explotación a la que son sometidos por parte de la clase burguesa. “El nexo interno entre los tormentos del hambre

padecidos por las capas obreras más laboriosas y la acumulación capitalista, acompañada por el consumo excesivo - grosero o refinado- de los ricos, sólo es advertido por el conocedor de las leyes económicas” (MARX, 1988).

Hoy en día, tal nexo entre pobreza y capital tal vez sea advertido, no sólo por los economistas, sino también por cualquier lector interesado en esta problemática, cómo se puede apreciar en las páginas de un número de la revista National Geographic en Español, que muestra a Dubai como la Capital de la buena vida. “Aquí los teléfonos celulares con incrustaciones de diamantes, cuyo costo es de 10.000 dólares, se venden como pan caliente, y cada año llegan millones de personas sólo para ir de compras” (AFSHIN, 2007, p. 62). En esta misma capital, en contraste, se evidencian las condiciones de vida precarias e inhumanas de los trabajadores.

“La prensa local reportó disturbios laborales la noche que visité uno de los más pobres vecindarios, donde viven decenas de miles de trabajadores extranjeros. Sus barracas se encuentran en medio de muchos edificios maltratados y ocupados ilegalmente, a lo largo de un sucio camino de grava cubierto por basura. Cientos de hombres, con los rostros curtidos por el sol, pasaron corriendo: vestían camisetas, pantalones holgados y sandalias. Algunos de ellos, hartos de ser tratados como si fueran “menos que humanos”, según palabras de Human Rights Watch, recientemente se unieron para ir a la huelga. El trabajador promedio gana unos cinco dólares diarios por laborar turnos de 12 horas, en medio de un calor abrasador. (Human Rights Watch registró alrededor de 900 muertos en la industria de la construcción durante 2004, incluidos los fallecimientos por insolación). Al escuchar sus historias, uno se entera de que aquí muchas personas quedaron atrapadas por el dinero que deben a los agentes laborales de su país de origen, quienes les exigen pagos exorbitantes por sus visas de trabajo” (AFSHIN, 2007, p. 66).

Así, para comprender las condiciones de salud, tanto como las formas de enfermar y morir de una sociedad, es necesario ahondar en el campo económico como substrato de la organización social. Marx nos llama la atención en el análisis

científico cuidadoso que se debe hacer frente a la forma de organización social, delimitada por la infraestructura -base material- y su relación con la supraestructura –instituciones e ideologías-.

Si lo económico determina la organización social en la sociedad capitalista, entonces entendemos el surgimiento de instituciones como el hospital, el manicomio, la cárcel, la familia, la escuela, la fábrica, etc., como formas instituidas para los intereses del capitalismo que permiten su reproducción.

Michel Foucault llamaría a estas instituciones, “instituciones disciplinares”, implementadas en el Siglo XVII y principios del Siglo XVIII como un mecanismo para someter los cuerpos – la vida- al poder del soberano (Biopoder); ideología que fue conservada en los siglos siguientes. “Decir que el poder, en el siglo XIX, tomó posesión de la vida, decir al menos que se hizo cargo de la vida, es decir que llegó a cubrir toda la superficie que se extiende desde lo orgánico hasta lo biológico, desde el cuerpo hasta la población, gracias al doble juego de las tecnologías de disciplina, por una parte, y las tecnologías de regulación, por la otra” (FOUCAULT, 2000).

En síntesis, el autor sugiere distinguir dos mecanismos de poder: disciplinarios – sobre el cuerpo – y de control – sobre las poblaciones- Estos mecanismos son dispuestos por el Estado para inducir ciertas conductas, como la higiene. De esta manera la higiene pública surge, a fines del siglo XVIII para contrarrestar las enfermedades de larga duración que afectan la fuerza productiva de la población.

Por otro lado, en el texto de 1929 titulado “De la posición del enfermo en la sociedad”, Sigerist menciona cómo el Estado Moderno impone al individuo el deber de ser saludable. El hombre debe mantener la salud y curar la enfermedad como obligación para el bienestar general de la sociedad, de lo contrario tendrá el estigma de antisocial e incluso criminal (DUARTE NUNEZ, 1999).

Es en esta lógica que las tecnologías disciplinarias y normativas, fundamentadas en el discurso de la economía política y el discurso del saber médico, toman cuenta del “mundo del trabajo”, funcionando conjuntamente para cumplir los fines del capitalismo. Adiestrando, vigilando y castigando los cuerpos y la vida. La división del trabajo que está encaminada a aumentar la eficiencia –lograr la acumulación de capital disminuyendo los tiempos y costos de producción – es una muestra de la implementación de estos mecanismos de poder en el trabajo.

Esta breve mirada teórica nos podría llevar a varios cuestionamientos ¿se puede inferir entonces que la salud fue vista exclusivamente como un medio para conseguir los fines de acumulación de la sociedad capitalista? ¿Qué ha cambiado a hoy? ¿Se sigue viendo como criminal, por ejemplo, al trabajador que no cumple su deber de ser saludable según las normas de seguridad y salud en el trabajo?

Podemos encontrar que hoy en día se mantienen y legitiman las tecnologías de poder, las cuales siguen modulando el trabajo y la salud a partir de la norma jurídica y médica. En Colombia, por ejemplo, en el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, Artículo 2.2.4.6.10., se observa un título llamado “Responsabilidades de los trabajadores”. Aquí se mencionan las siguientes:

“1. Procurar el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST” (COLOMBIA, 2015).

Además, se identifica como dispositivo normativo, el hecho de que todos los trabajadores deben estar afiliados a una Aseguradora de Riesgos Laborales ARL, instituciones que a su vez ratifican que la salud en Colombia se encuentra en manos del mercado liderado por el sector privado.

Se puede evidenciar una situación normativa parecida en México. En el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, que en el capítulo tercero del título primero habla de los sujetos obligados, y en el artículo 8 menciona obligaciones similares de los trabajadores. Adicionalmente el Artículo 82 establece el Programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, afirmando que éste “constituye una acción promocional de la Secretaría que tiene por objeto impulsar que las empresas instauren y operen Sistemas de Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo, con la corresponsabilidad de empleadores y trabajadores, a partir de estándares nacionales e internacionales, y con sustento en la normativa vigente, a fin de favorecer el funcionamiento de Centros de Trabajo seguros e higiénicos” (MÉXICO, 2014).

Como se puede apreciar, el momento actual de la relación salud/trabajo es una construcción social con historicidad. Asignar al trabajador la responsabilidad por su salud, no es un hecho que surgió en el aquí y el ahora, es un hecho que se construyó

a lo largo del tiempo, que tiene raíces y que atraviesa la concepción de salud del Estado y la sociedad, la que, a su vez, se reproduce a través de las instituciones.

Entonces, ¿Qué hacer si estamos determinados por la historia? ¿Existen caminos posibles? Encontramos algunas pistas en la filosofía de vida de Canguilhem, cuando afirma que la salud es crear nuevas normas para vivir (CANGUILHEM, 1978). El autor no desconoce la determinación, pero evidencia una potencia en la posibilidad de reinención y creación de la especie humana. Esto es, en la capacidad de transformación.

En este sentido, podríamos afirmar que, si bien la salud y el trabajo están determinados por la forma de organización social, no se puede desconocer la capacidad transformadora del ser humano. Esto significa comprender lo humano y lo social más allá de reduccionismos. De aquí la importancia de la dialéctica de las relaciones entre lo biológico y lo social. "... Creemos que es posible crear una sociedad mejor que aquella en que vivimos en la actualidad; que las desigualdades de riqueza, poder y status no son "naturales", sino obstáculos impuestos socialmente a la construcción de una sociedad en la que el potencial creativo de todos sus ciudadanos sea empleado en beneficio de todos" (LEWONTIN, et al., 1987).

Entonces, ¿es posible que el discurso de la salud como estrategia político-económica afín a los intereses del capitalismo, se transforme en un pensamiento crítico que conlleve a prácticas más justas en el "mundo del trabajo"? Acreditamos que sí. Como nos ha sido enseñado históricamente por los trabajadores, académicos y la sociedad civil en pie de lucha, la resistencia sustentada en el

pensamiento crítico es el camino para transformar y superar las relaciones de subordinación y hegemonía, que muchas veces son impuestas a través de las políticas públicas.

Si bien nuestras prácticas reproducen la estructura social, ellas también pueden transformarla, ya que el espacio social es un campo de fuerzas, “cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura” (BOURDIEU, 1997).

Entendemos que la relación salud-trabajo debe estar atravesada por una apuesta ético-política que permita recuperar la salud como un derecho, en lugar de ser un medio para alcanzar los intereses del capital. Cuando en el ámbito del trabajo la salud es vista como las condiciones biológicas que debe tener un individuo para garantizar la productividad, se cae en el reduccionismo biológico, que, a su vez, sustenta prácticas racistas dentro del “mundo trabajo”; los exámenes médicos de ingreso como requisito para ocupar un puesto de trabajo en las empresas, son un ejemplo de ello. Entonces, el llamado es a tener un pensamiento crítico en salud.

Consideramos que la MS/SC, promueve este tipo de pensamiento crítico en salud, donde se pasa de culpabilizar al individuo por su estado de salud, a identificar la responsabilidad del Gobierno y los sectores productivos en los procesos de salud-enfermedad. En este sentido, el trabajador no enferma porque quiere, porque es negligente con el uso de los implementos de protección personal o porque carece de la cultura del autocuidado; sino porque está inmerso en la lógica de la sociedad

capitalista que le impone unas condiciones y organización de trabajo característicos de la misma. La sociedad actual genera unas demandas específicas que derivan en formas de producción y condiciones de vida particulares, que a su vez tienen repercusión en el proceso de salud, enfermedad y muerte del trabajador, así como en el bienestar de su familia.

Hemos intentado hacer una brevísima lectura histórica de la interrelación salud-trabajo; sin embargo, ¿Qué es la salud, el derecho a la salud y el trabajo? Intentaremos encontrar estas respuestas aproximándonos más a las perspectivas que orientan nuestra comprensión del problema en cuestión: “El Campo de la Salud del Trabajador, derivado de la Medicina Social Latinoamericana” (LACAZ, 2012); la lógica del derecho a la salud propuesto por la Medicina Social Latinoamericana /Salud Colectiva (LÓPEZ & LÓPEZ, 2015); el Modelo de derecho del Constitucionalismo garantista (FERRAJOLI, 2001); y, la perspectiva ergológica (SCHWARTZ, 2007).

2.1.1.1 Campo de la Salud del Trabajador (ST)

Entendemos la Salud Colectiva (SC) versión actualizada de la Medicina Social (MS) latinoamericana, como un movimiento político contra hegemónico, cuyos esfuerzos están encaminados a intervenir el proceso salud, enfermedad, atención y cuidado desde la comprensión histórica de la determinación social para buscar una sociedad más justa y equitativa. “Esta corriente que surge en los años setentas del siglo XX reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares” (FLACSO, 2018).

En este sentido,

“La medicina social latinoamericana, según Juan César García, no era una mera herramienta de desarrollo económico, sino un campo de posibilidades para la transformación de las sociedades, cambios que sólo podrían desencadenarse mediante un trabajo de hormiga: formando recursos locales, promoviendo espacios de discusión, mejorando los canales de educación de los profesionales y construyendo todo tipo de redes” (GALEANO, et al., 2011).

Al decir que la MS/SC constituye un movimiento político, no nos referimos a la política en el sentido tradicional-clientelar que ha caracterizado a varios de nuestros Gobiernos durante años. Nos referimos a un movimiento de vida, a una apuesta ético-política que sustenta su ideología en la diversidad de saberes, científicos, técnicos y ancestrales. En este sentido, para la MS/SC la historia tiene un valor incalculable ya que ella permite construir realidades más justas a través del conocimiento, la comprensión, recuperación y superación de hechos pasados.

No obstante, para la MS/SC los individuos tienen un papel protagónico en la configuración de salud, en su modo de vivir, enfermar y morir; sin embargo, no se trata de un individuo aislado “original”, desprovisto del otro, se trata de un individuo construido sólo a partir del otro y por esto, se hace manifiesto el carácter jerárquico de la determinación social de la salud, sin menguar, la potencia creadora de cada ser humano, hecho humano con el otro; es decir, en colectivo.

Desde este posicionamiento que reconoce la determinación social de la salud, la SC contribuyó en la configuración del Campo de la Salud del Trabajador (ST)¹⁴. Como afirma Lacaz (2012), es justamente la consideración de la determinación social en el proceso salud/enfermedad el gran diferencial de la MS/SC frente a posturas hegemónicas como la Medicina del Trabajo (MT) -cuya actuación se da en el ámbito privado de las empresas-. De la misma manera, la ST sugiere que además de considerar el proceso de trabajo como determinante del proceso de salud/enfermedad de los trabajadores, la actuación en ST se da en el área de la Salud Pública. “La propia OIT en los años 80 propone que las actividades ligadas a salud-trabajo, deberían estar asumidas por políticas públicas”. (LACAZ, 2012).

Por lo anterior, el campo de la ST brinda herramientas suficientes que permiten superar la visión mono y multicausal de factores de riesgo propuesta por la Salud Ocupacional -constituida por la MT y la seguridad e higiene industrial-; la ST al ser un movimiento ético político que considera la perspectiva histórica del proceso salud/enfermedad y reconoce a los trabajadores como sujetos explotados que producen riqueza social a la que no tienen acceso, pero además como actores

¹⁴ Hacemos uso de la sigla ST para referirnos al campo de conocimiento, político y teórico-metodológico.

políticos, ofrece una mayor capacidad explicativa para abordar el problema aquí planteado.

“O discurso da saúde do trabalhador emerge, do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre a relação saúde-trabalho da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Como parte integrante do campo da saúde coletiva, propõe-se ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre a causa e efeito de ambas concepções que são sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho” (GOMEZ, et al., 2011, p. 9).

Por otra parte, la ST se diferencia de ciencias hegemónicas como la salud ocupacional, al ser un campo que se constituye en la concepción de Derechos, superando las relaciones contractuales del mercado laboral. En Brasil la ST significó la conquista de derechos, donde el proceso de redemocratización del país y los avances de la medicina social latinoamericana, permitieron incorporar el Derecho a la Salud del Trabajador a la constitución política.

“A saúde ocupacional não transcende o direito trabalhista porquanto a este é subordinado. A saúde do trabalhador, por seu turno, transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. A ST invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais "direitos" estão subordinados. A saúde do trabalhador arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito. Para essa missão a ST é ungida pela Constituição Federal/88 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde” (VASCONCELLOS, 2007, p. 161).

El campo de la ST, al constituirse como un movimiento esencial que posibilitó el Derecho a la Salud de los Trabajadores en Brasil, es un referente potente para la reflexión de este derecho en México, y aporta a la orientación de las Políticas

Públicas hacia el Derecho a la Salud del Trabajadores. Consideramos que esta visión permite repensar la discusión de Seguridad y Salud en el Trabajo como un aspecto constitutivo de la salud de los trabajadores, pero no como el eje central de una necesaria política pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores.

Hasta parece clara la influencia de la MS-SC latinoamericana en la construcción del campo de la salud de los trabajadores; pero ahora bien ¿Cómo entendemos la salud y el trabajo desde esta mirada? Para la medicina social latinoamericana “La salud colectiva no es ausencia de enfermedad, la salud no es el máximo bienestar físico, mental y social, sino que este término podría expresar la posibilidad y la capacidad que un grupo tiene en la sociedad para controlar y dirigir individual y colectivamente sus procesos vitales, su forma de vivir” (LAURELL, 2000, p. 186).

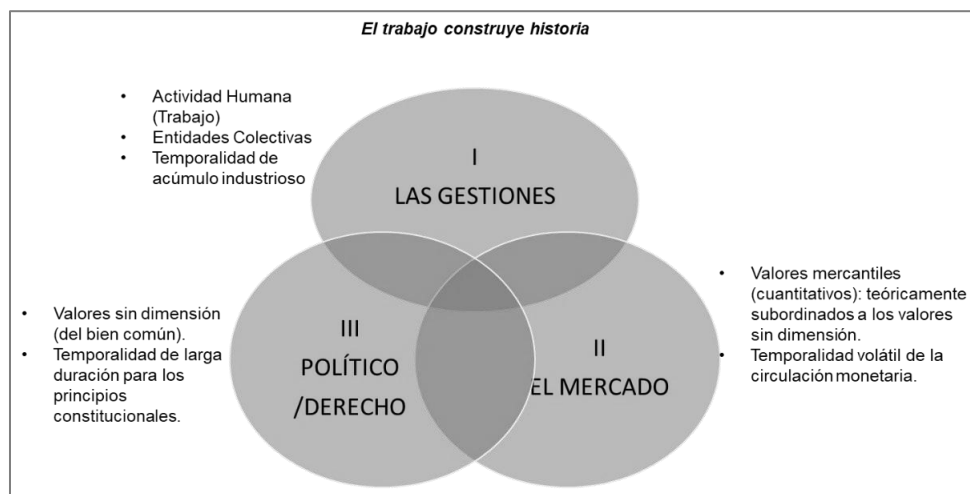
Por su parte, el trabajo no es sólo un determinante importante del proceso salud-enfermedad de los trabajadores, sino que “es la actividad fundamental del ser humano, puesto que lo crea física y mentalmente... Desde un punto de vista individual y colectivo, el trabajo debería permitir, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además, concebido de esta manera, no sólo no es productor de enfermedad, sino que posibilita la vida humana misma” (LAURELL, 2000, p. 19).

2.1.1.2 La perspectiva ergológica

El prefijo griego ergo es sinónimo de acción, trabajo, obra. Si la *ergonomía* examina la relación que la persona establece con su medio bajo el ángulo de la salud; la “*ergología* amplía el examen interesándose por los saberes construidos y por las competencias desarrolladas por el hombre en cuanto productor, continuando en el eje de la salud en el trabajo” (SCHWARTZ, 2007, p. 297). Entonces la ergología lleva a serio la “actividad de trabajo”; es decir, se interesa por “la vida de las personas en el trabajo”.

El movimiento ergológico surge en Francia en los años 80s con el equipo de Yves Schwartz, a partir de la cuestión: ¿Qué es el trabajo? Este cuestionamiento, como veremos más adelante, desarrolla el pensamiento acerca del trabajo como actividad humana; otro cuestionamiento igual de relevante para esta perspectiva es sobre el lugar del trabajo en la historia, para explicar este aspecto, el autor acude al “Espacio Tripolar” (SCHWARTZ, 2007, p. 254).

Ilustración 2. El espacio tripolar.



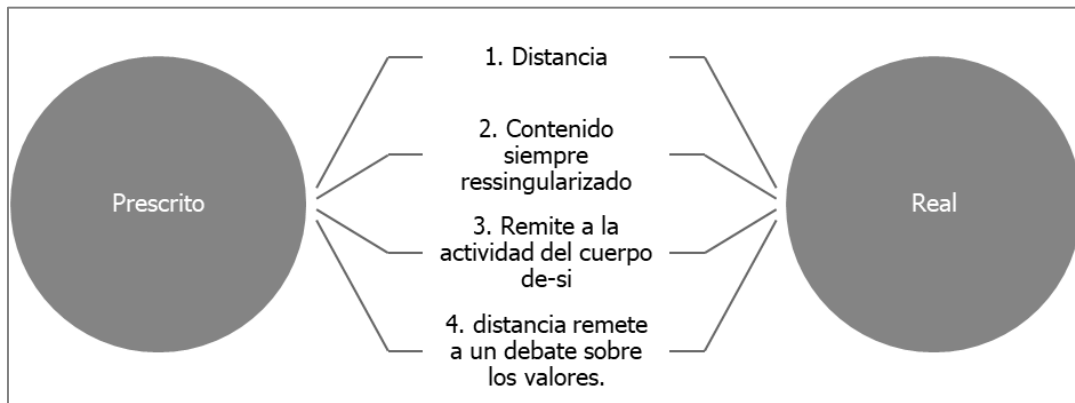
Fuente: Elaboración propia con base en la adaptación del espacio tripolar (SCHWARTZ, 2007, p. 254)

El espacio tripolar, como su nombre lo indica, está conformado por tres polos y ayuda a explicar cómo el trabajo hace historia. En el Polo I (las gestiones) se ubica la actividad humana del trabajo y con él, las entidades colectivas y la temporalidad del acúmulo industrial. En el Polo II (El mercado) se encuentran los valores mercantiles (cuantitativos): teóricamente subordinados a los valores sin dimensión y la correspondiente temporalidad volátil de la circulación monetaria. En el Polo III (Político-De Derecho) están los valores sin dimensión (del bien común, por ejemplo, la salud), con su temporalidad de larga duración para los principios constitucionales.

¿Cuál es la dinámica en este espacio tripolar para que el trabajo haga historia? El autor usa un ejemplo: La presión de los sindicatos (polo I) hace que las instituciones generen leyes sociales (polo II), para regular la venta y uso de la fuerza de trabajo (polo III). Sin embargo, no se trata de una interacción lineal. La correlación de fuerzas entra presente todo el tiempo entre estos tres polos.

Pero, teniendo en cuenta esta mirada macro de hacer historia, ¿Cómo es que se hace historia a nivel micro, en la propia actividad humana, en el propio trabajo, en el polo I de las gestiones?

Ilustración 3. La actividad humana.



Fuente: elaboración propia según las “preposiciones de la actividad humana” (SCHWARTZ, 2007, p. 42)

Desde esta perspectiva, la actividad humana es comprendida a partir de cuatro características que constituyen las preposiciones ergológicas: la distancia entre lo prescrito y lo real; el contenido de la distancia es siempre resingularizado; la distancia a la actividad del cuerpo de sí y; la distancia remite a un debate sobre los valores.

Dichas preposiciones fueron afirmadas por la ergología al analizar situaciones de trabajo que se daban bajo el esquema taylorista; donde se distinguieron dos conceptos tratados por la ergonomía francesa: el trabajo prescrito -trabajo preconcebido en función de la racionalidad y la eficiencia- e; el trabajo real – el que el operador realmente hacía en su local de trabajo- (SCHWARTZ, 2017).

Observar las distancias entre lo que era propuesto por la organización del trabajo y lo que era realizado por los trabajadores, evidenció que no existe una única manera de hacer el trabajo y, en consecuencia, éste es más complejo de lo que se piensa. Esto dio lugar a las 4 preposiciones mencionadas.

La primera preposición indica la distancia entre lo prescrito y lo real donde lo prescrito hace referencia a las normas que anteceden a la actividad y lo real, dice al respecto al encuentro de esas normas con las coyunturas concretas. Quiere decir que “la situación real es siempre diferente de aquello que fue anticipado por lo prescrito” (SCHWARTZ, 2007, p. 68). En palabras del mismo autor, “la vida ultrapasa” lo que antecede de ella.

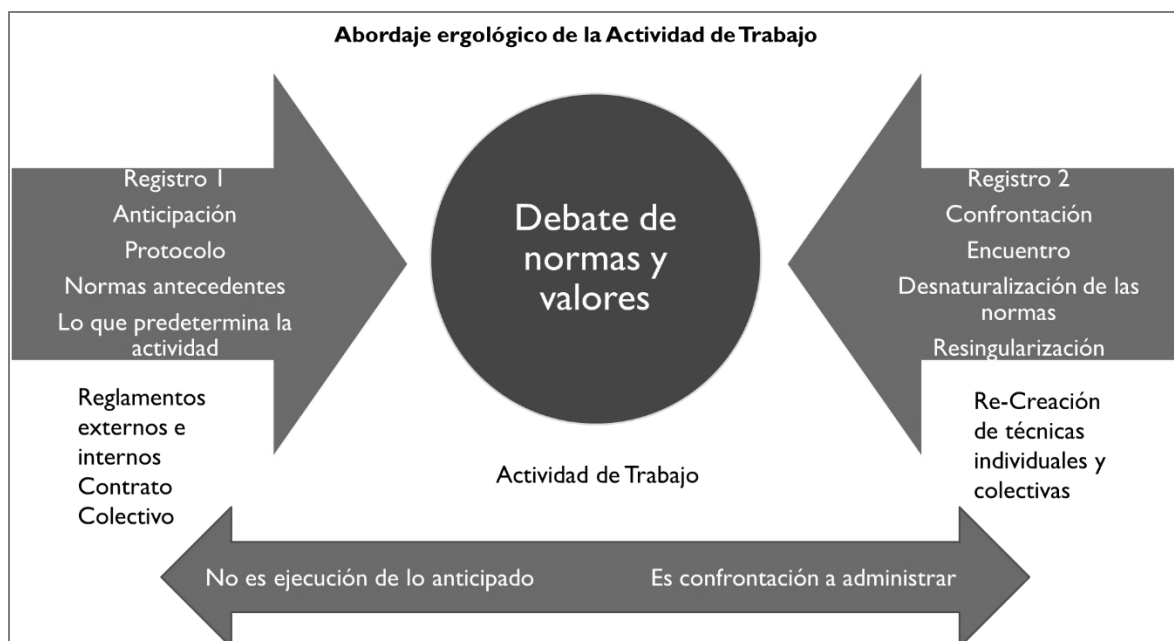
La segunda característica, sugiere que la vida de los individuos interfiere de manera singular en la situación real. Cada ser humano cuenta con una historia particular - psíquica, física, cultural, etc.- que media sus acciones en el trabajo; cada acción tiene sus particularidades alimentadas por condiciones de trabajo también específicas, no podemos esperar que las distancias entre lo prescrito y lo real sean gestionadas del mismo modo por todos los trabajadores.

La tercera preposición, señala la injerencia de un tipo de racionalización, de arbitraje que no siempre es consciente, pero que se moviliza buscando dar una respuesta eficaz a las demandas del medio. Podríamos decir que nos referimos a la subjetividad, el autor la llama cuerpo de sí, que está atravesada por lo biológico y cultural y que hace elecciones tanto inconscientes como conscientes.

La cuarta y última característica indica que, en la actividad, las elecciones se hacen en función de criterios, de valores. El movimiento que determina este proceso, es el debate de normas y valores. Por eso para la ergología *trabajar es gestionar* (SCHWARTZ, 1988) & (SCHWARTZ, 2007, p. 93). Gestionar la distancia entre lo prescrito y lo real; entre las normas antecedentes y los encuentros con lo real, a partir del debate de normas y valores. En la actividad de trabajo se manifiesta la dialéctica del uso de sí, o sea, la manera singular por la cual los hombres y las mujeres hacen uso de sí mismos en función de ellos mismos y de aquello que otros les demandan (SCHWARTZ, 2007, p. 70).

No obstante, el autor va más allá de la distinción entre lo prescrito y lo real, mencionando tres elementos más generales, que constituyen las dimensiones de la competencia -1. Registro 1 o normas antecedentes; 2. Registro 2 o Confrontación y 3. Los valores-. El Registro 1 o de normas antecedentes, que hace referencia a lo que existe antes de la actividad y supone orientarla. La capacidad de neutralización del tiempo de este registro permite la anticipación. Lo que se tiene predeterminado a nivel social, técnico, científico, legal, etc.; pero, como *el medio es infiel* (CANGUILHEM, 1978), porque nunca nos encontramos en una situación totalmente estandarizada y además, no sería posible la vida desde la sujeción a los protocolos, si entendemos que “la actividad es vida” (SCHWARTZ, 2007, p. 95); entonces, esta situación da paso al Registro 2 o de encuentro/confrontación, que en su capacidad de des-neutralización del tiempo, de historicidad, remite a la resingularización de las normas antecedentes; quiere decir, posibilita encuentros de encuentros.

Ilustración 4. La actividad de trabajo. Registros.



Elaboración propia a partir de la dialéctica en la actividad humana. Los registros de anticipación y confrontación (SCHWARTZ, 2007, p. 94).

Estos encuentros viabilizan la Renormatización. Es aquí donde intentamos hacer prevalecer lo que para nosotros son valores fundamentales de vida. Intentamos establecer una relación de salud con el medio. Por eso el autor habla de una tercera dimensión, la de los valores. En este sentido “ser competente es sacar partido del medio, administrar las relaciones de anticipación y de encuentro en función de los valores” (SCHWARTZ, 2007, p. 98).

Con el sucinto abordaje de este cuerpo teórico nos gustaría resaltar que el aporte principal de la ergología es una invitación a desnaturalizar el trabajo y los procesos globales y locales que involucra esta actividad humana; en consecuencia, esta perspectiva apela a la humildad epistemológica como principio metodológico del necesario diálogo entre los saberes. Diálogo que constituye un elemento

fundamental del Dispositivo Dinámico a Tres Polos DD3P, dispositivo que es explicado por los ergólogos de la siguiente manera:

“Tendo em conta que estamos num mundo que transformamos continuamente pela atividade, o regime de produção de conhecimentos tem não só necessidade dos saberes investidos* nessa atividade [e produzidos em diversos graus de aderência*] como também de saberes organizacionais, acadêmicos, disciplinares – que são já providos de uma forma de codificação. Ora, o diálogo desses dois polos não se pode fazer frontalmente. Ele supõe uma disponibilidade – que não é natural – dos parceiros que operam provisoriamente e tendencialmente nos dois polos. É necessário que emerja, então, um terceiro polo a fim de fazer trabalhar os dois primeiros de modo cooperativo [humildade e rigor na relação ao saber], de maneira a produzir um saber inédito a propósito da atividade humana” (DI RUZZA, et al., 2018, p. 15).

El DD3P constituye un método que nos ayuda a ampliar nuestra lectura de la realidad del mundo del trabajo; subsidia nuestra comprensión de los debates de normas y valores que se dan en actividad y de cómo los trabajadores renormalizan su trabajo, un trabajo que está situado en relación con la macroestructura social. Tal vez, por ello se afirme que:

“lo esencial de la perspectiva ergológica es mostrar la complejidad de las cuestiones colocadas (haciendo la conexión de lo micro y lo macro) y la insuficiencia de respuestas simples [...] Luego, ese nivel macro del análisis obliga también a hacer una conexión con lo micro de la actividad, a ir a ver de cerca cómo las personas fuera de Europa entienden y viven en el cotidiano lo que denominamos con los términos de trabajo y empleo (SCHWARTZ, 2007, p. 288).

Como hemos visto, la ergología se interesa por comprender la actividad de las personas que trabajan, es decir, por los trabajadores, pero ¿A quiénes podemos llamar trabajadores?¹⁵

¹⁵ Agradecemos esta pregunta que fue realizada en el XXXI Congreso ALAS Uruguay 2017, en el cuál tuvimos la oportunidad de hacer parte del Panel “Los aportes de la Salud Colectiva al estudio de las inequidades en

Pensar en la categoría trabajadores nos parece un cuestionamiento pertinente que merece ser abordado. Para la ergología, que intenta comprender la actividad y el medio de trabajo, todos trabajamos. “um dos elementos fundamentais é compreender que nesse sentido todo mundo trabalha, inclusive o executivo, inclusive o engenheiro, inclusive o profissional de gestão” (SCHWARTZ, 2007, p. 140).

No obstante, en la intención de explicar mejor nuestro entendimiento por “trabajadores” y si esta categoría comprendía a los representantes de higiene y seguridad del SITUAM, como un sindicato mixto, que vincula personal administrativo, operativo y docente y, que es convocado a reivindicar los derechos de la clase trabajadora, nos permitimos explorar el concepto de clase trabajadora en nuestra sociedad capitalista y nos encontramos con el concepto de “trabajadores subalternos”:

“Una grande clase de personas cuya fuerza de trabajo es mercantilizada de muchas formas *diferentes*. Esta clase es denominada como *trabajadores subalternos* [...] Todo portador o portadora de fuerza de trabajo cuya fuerza de trabajo es vendida (o alquilada) a otra persona en condiciones de compulsión económica o no económica pertenece a la clase de trabajadores subalternos, independientemente de que el portador o portadora de la fuerza de trabajo venda o alquile él mismo su fuerza de trabajo, e independientemente de que el portador o portadora posea los medios de producción” (LINDEN, 2013, p. 41)¹⁶.

salud” con la Ponencia denominada “Reconocimiento de los sujetos como actores políticos frente a las inequidades en salud” (ALAS, 2017).

¹⁶ Traducción propia.

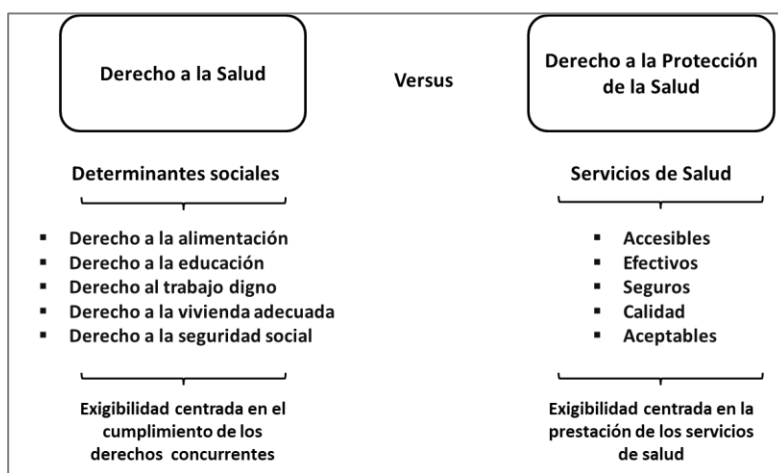
2.2 Derecho a la Salud y Derecho al Trabajo

2.2.1 El Modelo de Derecho a la Salud

“El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS)” (LÓPEZ & LÓPEZ, 2015, p. 51).

Desde la perspectiva de la salud colectiva, existen diferencias substanciales entre el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) y el Derecho a la Salud (DS). Esta diferencia está marcada por un posicionamiento político, que, en una visión crítica y amplia, considera la Determinación Social de la Salud (DSS) y no se restringe sólo a la prestación de servicios de salud, como se expresa en el siguiente gráfico:

Ilustración 5. Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección en Salud, de acuerdo con la Observación General 14 del PIDESC.



Fuente: (LÓPEZ & LÓPEZ, 2015, p. 63).

Así pues, “el derecho a la salud se comprende en el marco de una integralidad de derechos” (STOLKINER & ARDILA G, 2012, p. 62). Y para el problema que nos convoca, el derecho al trabajo digno es el derecho fundamental para hacer exigible y justiciable el derecho a la salud de los trabajadores.

El derecho a la salud de los trabajadores no sólo se refiere a tener acceso a la prestación de servicios de salud mediante la seguridad social (cuando la hay); a recibir prestaciones asistenciales y económicas (cuando se logran obtener) por enfermedades o muertes de trabajo; o a recibir los elementos de protección personal (cuando se entregan). Creemos que el derecho a la salud de los trabajadores es una discusión más amplia que relaciona al trabajo y a la salud como sinónimos en la construcción de una vida digna.

Por otra parte, en cuanto al derecho al trabajo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 6 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la ONU en 1966, el trabajo debe ser un trabajo digno, éste “...es el **trabajo que respeta los derechos fundamentales** de la persona humana, así como los derechos de los trabajadores en lo relativo a condiciones de seguridad laboral y remuneración. También ofrece un ingreso que permite a los trabajadores vivir y asegurar la vida de sus familias... Estos derechos fundamentales también incluyen el respeto a la integridad física y mental del trabajador en el ejercicio de su empleo” (CDESC, 2005).

Que el trabajo afirme la vida y que la salud sea concebida más allá de un medio para aumentar la productividad - como queda claro que es entendida por el Banco Mundial, cuando expresa su preocupación por la salud mental: “Tenemos que actuar

ya porque la pérdida de productividad es algo que la economía mundial no se puede permitir” (OMS & BM, 2016)- es un desafío que estamos llamados a asumir apostándole a la reformulación de políticas públicas para la salud desde las necesidades reales de los trabajadores.

2.2.2 El Modelo de Derecho del Constitucionalismo Garantista: Perspectiva Contemporánea de Derechos Humanos.

Teniendo en cuenta que el campo de la ST y la SC son campos académicos/políticos que se constituyen en la defensa de los Derechos de las comunidades vulnerables, consideramos que el Modelo de derecho capaz de fundamentar el Derecho a la Salud de los Trabajadores es el generado en Europa por la corriente jurídica contemporánea denominada escuela italiana del Constitucionalismo Garantista (formada entre otros por Luigi Ferrajoli, Gerardo Pisarello y Roberto Gargarella).

Consideramos que esta perspectiva ofrece elementos suficientes para la indispensable reflexión del Derecho a la Salud del Trabajador. En un contexto como el actual, dónde se vive una embestida contra el trabajo, no se puede negar la vulnerabilidad de los trabajadores y sus derechos. “Aunque los derechos sean tendencialmente generalizables, es evidente que incumben, sobre todo, a los sujetos más vulnerables, es decir a aquellos cuyas necesidades o intereses se encuentran amenazados o insatisfechos debido a la posición política, social, cultural o económica que ocupan en la comunidad” (APARICIO & PISARELLO, 2008, p. 143).

Hace algún tiempo fuimos advertidos sobre cómo el derecho a la salud constituía un derecho subjetivo de los trabajadores, que significó una lucha y una conquista para el Movimiento Obrero Italiano (MOI) (FERRAJOLI, 1978). Esto nos indica el carácter vulnerable, pero a la vez protagónico de los trabajadores, actores sociales fundamentales en la construcción de políticas que reivindican sus propios derechos.

Como se puede apreciar, esta visión no se contrapone a la ST; por el contrario, es complementaria. No obstante, luego de que muchos derechos han sido adquiridos por la lucha de los trabajadores, las recientes reformas de política social¹⁷, que pretenden superar la crisis estructural de la organización social capitalista, arremeten contra los derechos ya conquistados. Es toda una contradicción. “Resulta inaceptable que la solución a la crisis sea a costa de los derechos y la salud de los trabajadores” (ALZAGA, 2006).

Creemos que es un problema que los derechos sean vulnerados con cada reforma implementada. Por esta razón encontramos en la propuesta del Constitucionalismo Garantista -también llamado Constitucionalismo Rígido o Garantismo- de Luigi Ferrajoli, una posible vía a la problemática plantada si se comprende el pensamiento del autor así:

“Los derechos humanos son un tipo particular de derechos fundamentales”. Dice el autor que “los derechos fundamentales son todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados de estatus de personas, ciudadanos o personas con capacidad de obrar”. Por derecho subjetivo Ferrajoli entiende cualquier expectativa positiva (de prestación) o negativa (de no interferencia) adscritas a un sujeto por una norma jurídica. Por estatus entiende la condición de un sujeto (prevista por una norma jurídica) como presupuesto de su idoneidad para ser titular de dicha situación jurídica. La definición permite adjudicar a los derechos fundamentales la capacidad de funcionar como elemento sustantivo de las Constituciones Políticas, lo que a su vez permite salvaguardar la democracia y la justicia social (a través del Garantismo). Incorporar los derechos humanos “como si fueran” sustantivos, permite tratarlos bajo cláusulas de eternidad (como lo indecible) impidiendo que se

¹⁷ Desde la SC entendemos la política social como instrumentos que generan una vida digna y bienestar social.

eliminen o modifiquen como resultado de cambios de las mayorías parlamentarias” (LÓPEZ, 2018).

2.3 Políticas Públicas

En un primer acercamiento a este campo, entendemos las Políticas Públicas cómo un conjunto de decisiones que se debaten en la arena del poder político (Estado) y, que tienden a resolver problemas públicos. A su vez el problema público, lo concebimos como una situación sobre la que se tiene cierto consenso frente a la necesidad de intervenir porque convoca el interés común.

“Las políticas -su diseño y desarrollo-, no son un tranquilo y neutro espacio jurídico o administrativo sino una arena política en la que convergen, luchan y conciertan las fuerzas políticas”. (AGUILAR, 1992B, p. 31)

“La política pública emerge, entonces, como una tarea colectiva que incorpora conjunta y corresponsablemente la iniciativa social y la gubernamental, pues ante ciertos problemas se adolece teórica y tecnológicamente de una línea segura de respuesta. Por ende, como una estrategia susceptible de error y frustración. Sobre todo, como una estrategia capaz de aprender de sus errores y de no repetirlos insensatamente” (AGUILAR, 1992C, p. 70).

Esta perspectiva práctica y conceptual nos advierte que “si bien la agenda es del gobierno, los problemas que la componen se originan y configuran en el sistema político.” (AGUILAR, 1992C, p. 31). Según esto habría dos agendas, una general, que corresponde a las necesidades de los actores que se debaten en la arena de lucha política y otra específica, que es la que efectivamente el gobierno construye, a partir de una elección de problemas que hace públicos al incorporarlos en su agenda. Aquí lo crucial es saber ¿Cuáles son los criterios para elegir que es o no un problema público?

La literatura dice que el proceso de decisión para determinar la agenda de gobierno se relaciona con la definición de los problemas y las oportunidades de elección. Serán mayores las posibilidades de que un problema se incorpore a la agenda pública si se caracteriza por "...el grado de especificidad de una definición, su ámbito de significación social, su relevancia temporal, su complejidad técnica y la existencia de precedentes..." (AGUILAR, 1992C, p. 35). Además de la definición del problema están otros criterios de selectividad relacionados a las oportunidades de elección:

"La decisión gubernamental de introducir en su agenda asuntos públicos específicos va a depender de si el gobierno se encuentra o no en una oportunidad de elección favorable (pocos asuntos, obligaciones básicas desahogadas, tiempo, recursos, ausencia de demandas contradictorias...), si las cuestiones y demandas son o no tratables (hay experiencia, analogías, información, teorías, tecnologías, recursos, personal competente), si los participantes en la toma de decisiones están o no interesados en intervenir en la cuestión por muchas razones (políticas, morales, económicas, de ámbito de jurisdicción)" (AGUILAR, 1992C, p. 40).

Capítulo 3. Lo Macro: El contexto y las políticas

3.1 Meta I. Conocer el contexto mexicano

Para ***conocer el contexto mexicano en dialogo con la relación salud-trabajo*** además de sustentarnos en la revisión documental, nos aproximamos a la realidad mexicana mediante seminarios, foros y demás eventos de discusión pertinentes para la comprensión del problema planteado y la construcción de la tesis que fundamentamos.

El método de revisión documental se soportó en la revisión de libros y demás material impreso, pero también en la visita virtual a Organismos Internacionales como la OIT, y nacionales como la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, que disponen de documentos oficiales pertinentes. Adicionalmente, en esta época de amplio uso de las redes sociales, hay que destacar que Facebook nos permitió conocer grupos y organizaciones de la sociedad civil que activamente informan sobre acontecimientos relacionados con “el mundo del trabajo”, permitiendo crear una red de conocimiento virtual que brinda información de primera mano o da pistas para acceder a las fuentes de información oficial.

También la visita presencial a la Comisión Nacional de Derechos Humanos CNDH de la Ciudad de México permitió acceder a documentos relevantes sobre los Derechos Humanos Laborales. Así mismo, consideramos que esta información se fue organizando con ayuda del Diplomado en Políticas Públicas, toda vez que tener una mejor comprensión de las políticas orientó la jerarquización de la información disponible.

3.1.1 Aproximación al derecho a la salud de los trabajadores desde la Salud Colectiva

Como fue abordado en el capítulo anterior, nuestra lectura de la realidad social y del derecho a la salud de los trabajadores, como la problemática social que nos convoca, está filtrada por la mirada de la salud colectiva. Si entendemos el derecho a la salud como un derecho humano determinado por el ejercicio de otros derechos, como son alimentación, educación, trabajo digno, vivienda adecuada y seguridad social, entonces es pertinente dar un vistazo a lo vivido por los trabajadores con respecto a estos otros derechos.

Con respecto al **derecho al trabajo digno** el diagnóstico no es muy favorable, según el informe alternativo de las Organizaciones de la Sociedad Civil sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA):

“La crisis que vive el país en materia del derecho humano al trabajo fue constatada por el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre Empresas y Derechos Humanos en su misión a México en 2016, en la que constató: la precaria situación de los trabajadores con contratos temporales; la falta de acceso a la seguridad social; los bajos salarios y un salario mínimo que no cubría la canasta básica de alimentos ni era suficiente para que los trabajadores pudieran mantenerse a sí mismos y a sus familias; el aumento del empleo temporal que ha conllevado un empeoramiento de los salarios y de las condiciones de trabajo; de un aproximado de 2 millones 48 mil niños que participan en una actividad económica, 1 millón tienen menos de 15 años y 900 mil no van a la escuela” (OSC, 2017, p. 7).

En este pequeño extracto del informe, se puede apreciar que el trabajo en México no se caracteriza justamente por su cualidad de digno, pudiendo observar como dentro del este mismo derecho al trabajo coexisten otros derechos que son vulnerados y que también determinan el derecho a la salud, como el **derecho a la seguridad social**; vulneración que se agudiza por el fenómeno de informalidad

laboral, que además es mayor en mujeres, como es el caso de las mujeres trabajadoras del hogar¹⁸:

“[...] quienes tienen impedida su incorporación al Régimen Obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social por trato discriminatorio tanto en la LFT como en la Ley del Seguro Social. Además, el Estado mexicano se ha negado a ratificar el Convenio 189 de la OIT sobre trabajadoras y trabajadores domésticos” (OSC, 2017, p. 7).

No obstante, se observa que el derecho a la seguridad social, derecho carente en un contexto de precarización laboral, es atravesado por una evidente problemática de género (hombres y mujeres), donde las condiciones laborales son más desfavorables para las mujeres que para los hombres, pero no por eso son equitativas con los hombres; consecuencia de los roles estereotipados que hemos atribuido a ambos géneros:

“Las brechas salariales se perpetúan de forma discriminatoria en contra de las mujeres y son ellas las que ocupan el 70% de los trabajos más precarios (según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) el 44.1% de las mujeres trabajadoras no tiene un contrato y el 44.7% no cuenta con servicios de salud. [...] En materia de conciliación de la vida profesional y familiar, la legislación mexicana sigue manteniendo una protección de maternidad menor al estándar internacional, al limitar el pago de prestaciones garantizadas a 12 semanas frente a 14 semanas garantizadas en el Convenio 183 de la OIT¹⁹; y si bien la reforma a la Ley Federal del Trabajo incluyó una licencia de paternidad, su duración de 5 días es notoriamente insuficiente y vinculada aún al estereotipo de que el cuidado de recién nacidos corresponde a las mujeres” (OSC, 2017, p. 8) .

¹⁸ Cabe mencionar que, hasta el 14 de mayo del 2019, el Senado aprobó reformas a la Ley Federal del Trabajo y a la Ley del IMSS para que las trabajadoras del hogar pudieran ejercer su derecho a la seguridad social <https://www.animalpolitico.com/2019/05/senado-aprueba-reformas-trabajadoras-hogar-seguridad-social-prestaciones/>

¹⁹ Hasta el 22 de septiembre de 2019 El Senado aprobó modificar el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo para aumentar a 14 semanas la incapacidad laboral por maternidad <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/46162-aprueban-aumentar-semanas-de-incapacidad-por-maternidad.html>

El trabajo atravesado por el estereotipo de género implica no sólo que significamos que las mujeres son y deben ser las cuidadoras de los hogares por excelencia, constituyéndose en trabajadoras no remuneradas²⁰, sino que los hombres son principalmente proveedores y como tal deben trabajar de manera remunerada y no pueden, necesitan, ni quieren ocuparse de las tareas del cuidado. Además, descalificamos a los hombres que cuidan con el peyorativo de mandilones. Alentamos a mujeres y hombres para que se distancien de sus necesidades y deseos afectivos y profesionales para responder a nuestros preconceptos sociales, y como vimos, la legislación lo legitima, contribuyendo a la naturalización de la inequidad de género y dificultando percibir que esta construcción social de los géneros tiene un alto riesgo para la salud, como lo identifica el Dr. Benno de Keijzer al referirse a “la masculinidad hegemónica como riesgo a la salud”²¹.

En general, se puede decir que el ejercicio del derecho a la seguridad social no es una realidad para la mayoría de mexicanos, si se tiene en cuenta que “de acuerdo con los estudios oficiales sobre pobreza y carencias sociales que realiza el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la carencia por acceso a la seguridad social en el país alcanzó a 70 millones de personas (58.5% de la población total) en 2014” (OSC, 2017, p. 9).

²⁰ En el Segundo Seminario Internacional “Trabajo doméstico y de cuidado: conceptos y mediciones” al que tuve la oportunidad de asistir los días 10 y 11 de octubre de 2018 en el Colegio de México COLMEX se evidenció que “45% de las mujeres jóvenes que no estudian, ni trabajan, se encuentran en esa situación porque deben dedicarse a tareas del hogar o de cuidado: ENADIS, 2017” https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=1162&id_opcion=&op=213

²¹ Este concepto fue desarrollado por el Dr. Benno de Keijzer en el taller grupal “Los retos de género en los sistemas de salud” al que tuve la oportunidad de asistir como parte del XXV Curso Monográfico de Medicina Social “Hacia la Transformación del Sistema Público de Salud. Avances, dificultades y retos. Realizado del 02 al 06 de septiembre de 2019 en la UAM-Xochimilco <https://www.clacso.org/actividad/xxv-curso-monografico-se-medicina-social-hacia-la-transformacion-del-sistema-publico-de-salud-avances-dificultades-y-retos/>

Si estamos identificando que el trabajo se caracteriza por ser precario, no sólo por las modalidades de contratación que dejan por fuera el disfrute del derecho a la seguridad social, sino por los bajos salarios, entonces podríamos entender que el **derecho a la alimentación** también se vea afectado como lo evidencia el CONEVAL:

“El valor monetario de una canasta alimentaria básica (costo total que le implica a una persona contar con comida suficiente en cantidad y calidad nutricional al mes) no corresponde en términos monetarios con el valor calculado y aprobado en 2017 de \$80.04 pesos como salario mínimo vigente; por lo que 7 de cada 10 personas en el país tienen un ingreso laboral inferior al costo de la canasta básica familiar, y a decir del CONEVAL habría que incrementar 4.7 veces el salario mínimo para que cumpliera el objetivo de satisfacer las necesidades del trabajador y su familia” (OSC, 2017, p. 8).

En marzo de 2018 en el auditorio del Instituto de Ciencias Sociales y Administración (ICSA) de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, se realizó el foro “Por un Salario Justo y Digno” que organizó el Comité de la Huelga General de Obreras de Maquiladoras de Ciudad Juárez, donde las trabajadoras de la maquila denunciaron las condiciones de precariedad laboral a las que son sometidas, que han afectado su salud y sus derechos fundamentales, entre ellos el derecho a una alimentación adecuada. Uno de los medios de comunicación que cubre esta noticia titula “Mujeres de maquila: más que trabajar, sobrevivir”:

““Me da tanto coraje que los empresarios y dueños de las maquiladoras no valoren el sacrificio de lo que hacemos. Ellos se hacen ricos a costillas de nosotros, y ellos muy felices disfrutando lo mejor con sus hijos, y mis hijos comiendo frijoles y sopas”. “¡Ya basta de tantas injusticias!” (VÁZQUEZ, 2018).

El relato de esta trabajadora es analizado por uno de los voceros del Movimiento Antorchista Nacional en Chihuahua, quien contextualiza la situación de las maquilas en la característica desigualdad de la relación entre los dueños de los medios de producción y la clase obrera:

“En momentos se traslucía la indignación de quien se sabe impotente ante las fuerzas sociales que están en juego en el proceso de producción. En éste, ella y sus iguales, los demás miembros de la clase obrera, son engranes de una maquinaria ciega e insensible que se mueve con el único fin de extraer riqueza para sus amos, los dueños de los medios de producción, sin contemplar para nada el beneficio de los productores directos, que son los obreros, y cuyo trabajo aplicado es la fuente de toda la riqueza social” (MEZA RIVERA, 2018).

Las trabajadoras de la maquila también denuncian la aparente indiferencia del Gobierno y la imposibilidad de cubrir con un salario precario las necesidades esenciales de la propia vida y las de su familia:

“No es justo que quienes gobiernan esta ciudad coman los mejores platillos y los obreros malcomamos con el miserable sueldo que nos dan, tenemos que pagar luz, gas, agua, gastos medios, escuela, vestimenta, no nos alcanza para todo”. (VÁZQUEZ, 2018).

¿Será qué si los salarios de la mayoría de los trabajadores mexicanos no alcanzan para llevar a la mesa una canasta básica y tener una alimentación digna, estos mismos salarios les permiten ejercer su **derecho a habitar una vivienda adecuada**?

“[...] la política de vivienda implementada entre 2006 y 2012 se enfocó en la construcción de unidades habitacionales por parte de sector privado dirigidas a una parte de la clase trabajadora, lejanas de los centros urbanos y carentes de servicios. En 2010 se contabilizaron 4.99 millones de viviendas abandonadas, aun cuando no todas nuevas, lo que da cuenta del fracaso de esta política. Si bien el actual gobierno se ha enfocado más bien en compactar las ciudades, lo ha estado haciendo sin ofrecer suelo barato y servido a los sectores de más bajos ingresos, además de seguir impulsando la construcción de vivienda nueva, accesible sólo a quiénes perciben más de 5 salarios mínimos o sea el 23.8% de la población ocupada” (OSC, 2017, p. 13).

El derecho a una vivienda digna es aún más lejano en el caso de los trabajadores rurales, quienes se caracterizan por ser personas migrantes jornaleras agrícolas:

“En los albergues, cuarterías y viviendas no hay garantía de vivienda digna, hay hacinamiento, inseguridad, carencias respecto al agua en cantidad y calidad suficiente e infraestructura para el saneamiento: sanitarios, regaderas y manejo de desechos” (RENACJJA, 2019).

Los trabajadores agrícolas no sólo sufren las consecuencias a su salud de lo que significa no tener derecho a habitar una vivienda digna, sino que además son quienes más ven vulnerado su **derecho a la educación**:

“En el país más de 5 millones de personas mayores de 15 años de edad no saben leer ni escribir, en su mayoría mujeres indígenas y habitantes de las zonas rurales. La tasa de analfabetismo llega hasta a 50% en ciertas zonas y existe un número inestimable de analfabetismo funcional. De acuerdo a indicadores del 2015, en México: de la población total mayor de 15 años, el 5.48% es analfabeta. De dicho porcentaje el 38.5% son hombres y el 61.50% son mujeres. El indicador sobre rezago educativo que calcula Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ubicaba a 22 millones de personas en esa situación en 2014. En cuanto al acceso a la educación superior, de acuerdo con cifras oficiales, sólo tres de cada diez personas entre los 18 y los 24 años de edad se encuentran matriculados en alguna institución de educación superior, esto refleja la exclusión y la insuficiencia de oportunidades para la juventud del país” (OSC, 2017, p. 16)

Este precario panorama del derecho a la educación dice acerca de un sistema de educación excluyente que afecta a los trabajadores, por lo que “resulta indispensable, adecuar los servicios educativos de conformidad con las obligaciones laborales de las madres, padres y jóvenes trabajadores/as” (OSC, 2017).

Entendemos el derecho a la educación de los trabajadores como un acto político que va más allá de entrenamientos en técnicas para la realización de un trabajo de calidad y en capacitaciones en seguridad para la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo. Los trabajadores requieren una educación integral donde debatir los conceptos de trabajo y salud sea la puerta de entrada para el

conocimiento, la reflexión, exigibilidad y justiciabilidad de sus derechos. Evidenciamos que esta fue la apuesta ético-política de los cursos de alfabetización para adultos de Paulo Freire 1963: “No debate sobre a palavra trabalho o que é que vem? Vem as condições de trabalho. Aí evoca discussão sobre trabalho, condições de trabalho, remuneração de trabalho, garantias, direitos, deveres” (BRASIL, 2019)

Si la educación es una herramienta de poder, de transformación de las realidades sociales, entonces, la falta de educación inclusiva perpetúa la concentración del poder en una pequeña parte de la población. Es por esta razón que para muchos un pueblo ignorante es más conveniente que un pueblo educado.

“Na época analfabeto não votava, então você imagine o que era você passar a ter mais ou menos 6 milhões de novos eleitores em um ano” [...] Em abril de 1964, um decreto acabou com a campanha nacional de alfabetização. Desde então, nunca mais, o Paulo Freire entrou no Ministério da Educação” (BRASIL, 2019).

Hasta aquí intentamos hacer una sucinta aproximación a la realidad mexicana respecto al derecho a la salud de los trabajadores desde la perspectiva de la salud colectiva. Derecho que se ve vulnerado, sobre todo, por el rezago frente al derecho al trabajo digno donde “el diagnóstico revela una extendida precariedad laboral en el país agravada, según el caso, por razones de sexo y edad, así como entre los grupos más vulnerables” (CONEVAL, 2018).

Como se puede evidenciar, aún no hemos abordado los daños directos a la salud, es decir, las enfermedades laborales, que nos parecen son consecuencia de las realidades mencionadas, donde la inequidad e injusticia social son las condiciones estructurales que sostienen todas estas vulneraciones a los derechos de los trabajadores. No obstante, intentaremos hacer una aproximación al perfil

epidemiológico que este modelo de organización social neoliberal ha moldeado para los trabajadores, evidenciando las consecuencias directas de las vulneraciones al derecho a la salud de estos. Sin embargo, primero es relevante describir algunas características de la población mexicana.

3.1.2 La población mexicana

Antes de entrar a ver los daños a la salud para los trabajadores, resulta pertinente saber cuál es la distribución económica de la población mexicana. Para el primer trimestre de 2018 México contaba con una población total de 124.286.623; una población económicamente activa (PEA) de 54.590.773; sólo 19.642.652 de la PEA ocupada tenía acceso a los servicios de salud y la tasa de informalidad laboral era del 56.9%. ¿Se podría decir que, en estas condiciones, las personas que tienen un trabajo formal con acceso a la seguridad social hacen parte de una población privilegiada?

Tabla 2. Caracterización Laboral de México.

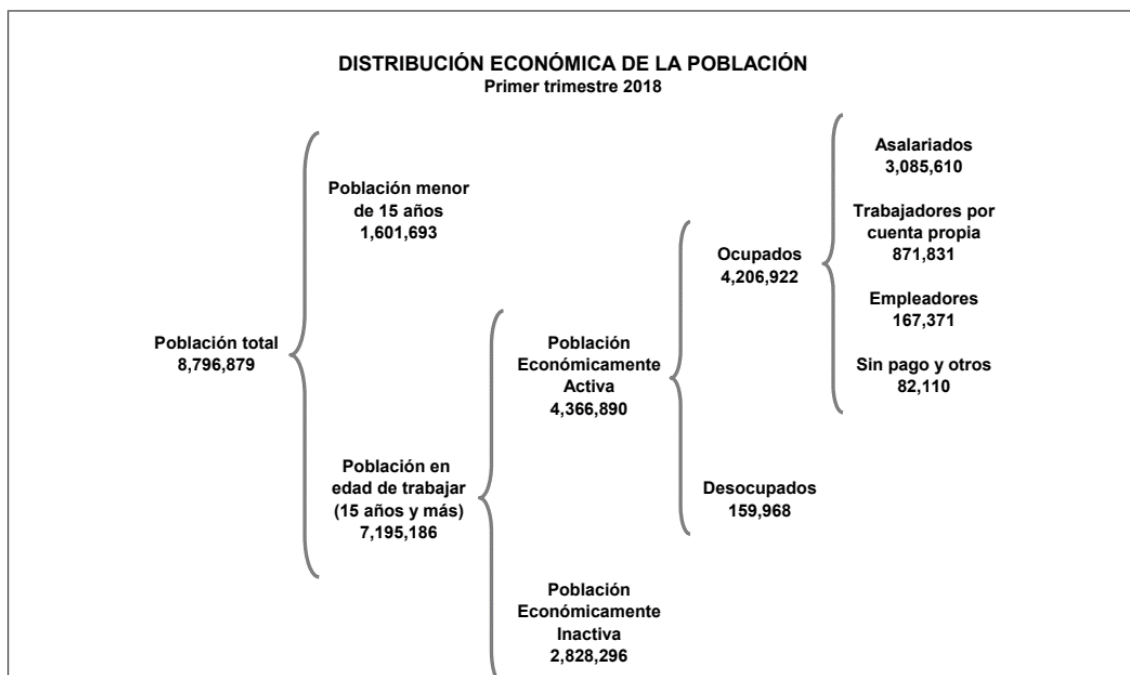
Población total	124 286 623	
Población de 15 años y más	92.604.805	
Población económicamente activa (PEA)	54.590.773	Tasa de participación 59,7%
Ocupada	52.876.916	Tasa de Subocupación 6,9% ↓ Tasa de Informalidad Laboral 56.9% ↑ Tasa de Ocupación en el Sector Informal 27.5% ↑
Población Ocupada Informal	44,4 millones	
Desocupada	1.713.857	Tasa de desocupación TD 3,4% ↑
Población no económicamente activa (PNEA)	38 014 032	
Disponible	5 784 558	
No disponible	32 229 474	

Elaboración propia según Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE 1er. Trimestre de 2018 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI (INEGI, 2018)

Por su parte, para el mismo periodo, según datos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS, 2018A), la Ciudad de México contaba con una población total de 8,796,879; una población ocupada de 4.206.922, de los cuales el 54,6%

eran hombres y 45,4% mujeres; la Tasa de Informalidad Laboral (TIL) fue de 47,1% para hombres y 49.1% para mujeres.

Ilustración 6. Distribución económica de la Población CDMX. I Trimestre 2018.



Fuente: Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS, 2018A)

Podemos evidenciar tanto para el nivel Federal como para el nivel Estatal una alta tasa de informalidad laboral, trabajadores informales que en su mayoría son mujeres; es decir, son las mujeres quienes están más expuestas a la precarización laboral y los daños que ello trae para la salud. Esta realidad no significa que la precarización laboral sea ajena a los contextos de trabajo formal, como veremos más adelante.

Se puede observar que cada vez hay más empleos, cuando los hay, con salarios bajos que con salarios altos. Según el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

(CEFP) de la Cámara de Diputados, las personas que ganan salario mínimo aumentó 29,9%; personas que ganan de 1 a 2 salarios mínimos aumentó 21,4% (plazas); mientras que las personas que ganan más de 5 salarios mínimos disminuyó 33%; Así, el número de trabajadores con 2 salarios en adelante disminuye progresivamente (MONTERO, 2018). Recordemos que el salario mínimo diario para el primer trimestre de 2018 estaba en 88,36 MXN y el salario mínimo mensual en 2,686.14 MXN.

3.1.3 Perfil epidemiológico

Considerando que “las estadísticas son un elemento indispensable para la planificación de acciones en las políticas públicas de un país” (PÉREZ H, 2016), es pertinente aproximarnos a los datos epidemiológicos relacionados a la salud de los trabajadores, para analizar cómo viven el derecho a la salud en el marco de las políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo.

Las políticas públicas para la seguridad y la salud en el trabajo como uno de los elementos fundamentales para el derecho a la salud de los trabajadores han sido implementadas en los diferentes países, como en México, considerando algunas de las recomendaciones realizadas por la Organización Internacional del Trabajo, que ha estimado a nivel mundial la magnitud de los graves daños para la salud de los trabajadores, que han ocasionado condiciones y organización del trabajo poco dignas:

“Según las estimaciones de la OIT, cada 15 segundos muere un trabajador a causa de un accidente o una enfermedad relacionados con el trabajo lo que representa 6 300 fallecimientos al día y más de 2,3 millones al año. Además, más de 313 millones de trabajadores sufren lesiones profesionales no mortales cada año, lo que significa que 860 000 personas se lesionan cada día en su trabajo” (OIT, 2017).

Esta es una información a la que no todas las personas tienen acceso, incluso los mismos trabajadores. Cierta día, en un espacio académico, una persona con una alta formación académica me interpelaba entre sorprendido y dudoso exclamando ¡¿el trabajo mata?, ¡¿cáncer ocupacional?!

Es comprensible este tipo de pensamiento cuando no se ha estado cerca de esta realidad, y más aún si se entiende el trabajo como una actividad que nos construye como humanos, que nutre nuestra subjetividad, nuestras capacidades para el servicio propio y colectivo. Pero la realidad es que para muchos trabajadores y sus familias el trabajo constituye fuente de sufrimiento, de enfermedad, de invalidez, de reducción de las capacidades de crear y crearse, de enajenación.

El diccionario de la lengua española, dentro de las definiciones para enajenar menciona “Vender o ceder la propiedad de algo u otros derechos” y “Desposeerse, privarse de algo” (RAE, 2018). Para muchos trabajadores los derechos cedidos hacen referencia a los derechos de su propia condición humana, a los derechos humanos fundamentales. Carecer de estos derechos significa privarse de sí mismo. Pero no seamos incautos pensando que eso les pasa a los trabajadores que no quieren salir de su zona de confort y eligen un permanecer en un trabajo que atenta contra su dignidad porque simplemente les gusta vivir bajo esas condiciones.

En muchos casos, la inequidad social lleva a que los trabajadores no puedan ejercer sus derechos fundamentales y desconozcan sus derechos humanos laborales, cómo se puede evidenciar en la narrativa de una trabajadora doméstica que compartió su historia de vida en el Foro organizado por ProDESC AC y la Coordinadora Nacional de Defensoras de Derechos Humanos Laborales CNDDHL sobre historias de las mujeres en defensa de los Derechos Humanos Laborales:

“A mí me gusta estar allá en esa organización, que es un colectivo de empleadas domésticas. Me gusta porque ahí, gracias a ese colectivo, aprendí a leer. La mayoría que entramos no sabíamos que teníamos derechos; que, si nos daban un descanso nuestras patronas, pensábamos que porque era buena; pero yo me di cuenta de que, gracias a ese colectivo, entonces me di cuenta de que era mi derecho como trabajadora” (DÍAZ, 2019).

En este mismo evento, otra trabajadora, Margarita Ávalos de la organización Ollin Calli Tijuana A.C., hace referencia a las lesiones, enfermedades y muertes que ocasionan las prácticas violatorias de las empresas a los derechos humanos laborales:

“Todas las maquilas tienen practicas violatorias a los derechos, y todas las maquiladoras hasta el día de hoy usan químicos, cada químico tiene un efecto distinto en la salud de las trabajadoras. También hay problemas muy graves en la audición, porque hay empresas que tienen maquinas donde los decibeles de ruido son tan altos que van dañando el oído. Las trabajadoras están teniendo daños al túnel carpiano por los movimientos repetitivos; mucho dolor de espalda porque hay trabajos donde las 12 horas están sentadas o; problemas de circulación de sangre porque también hay operaciones donde todo el día están paradas. En el año 2000 comencé a saber que existen los derechos. Comencé a saber que existen leyes, a saber, que existen grupos y organizaciones que apoyan a las mujeres y que apoyan los movimientos de la clase trabajadora [...] A lo largo de estos 20 años he visto múltiples tipos de accidentes, accidentes que han terminado con los sueños de mujeres, con la familia de mujeres; incluso mujeres que han perdido parte de su cuerpo, como brazos, ojos, piernas; mujeres que han quedado cuadripléjicas; incluso mujeres que han muerto ” (ÁVALOS, 2019).

El desconocimiento de algunos trabajadores frente a sus derechos, aunado a prácticas abusivas por parte de algunas empresas y a la carencia de un sistema de información “íntegro, confiable y oportuno” (PÉREZ H, 2016) sobre enfermedades y accidentes de trabajo, contribuye al subregistro de eventos y casos, teniendo como consecuencia que en México el perfil epidemiológico oficial no dé cuenta de cómo viven los trabajadores el derecho a la salud para la toma de acciones efectivas.

¿Por qué decimos que el sistema de información con el que se cuenta no es confiable? Varias son las razones: la Ley Federal del Trabajo (LFT) en su artículo 504, fracción V obliga a los empleadores a reportar accidentes, pero no enfermedades; además, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) no

centraliza los reportes de accidentes de trabajo del sector público y del privado, por lo que los datos que la STPS reporta como accidentes y enfermedades de trabajo ocurridos anualmente en México son los que el IMSS publica en sus memorias estadísticas (PÉREZ H, 2016).

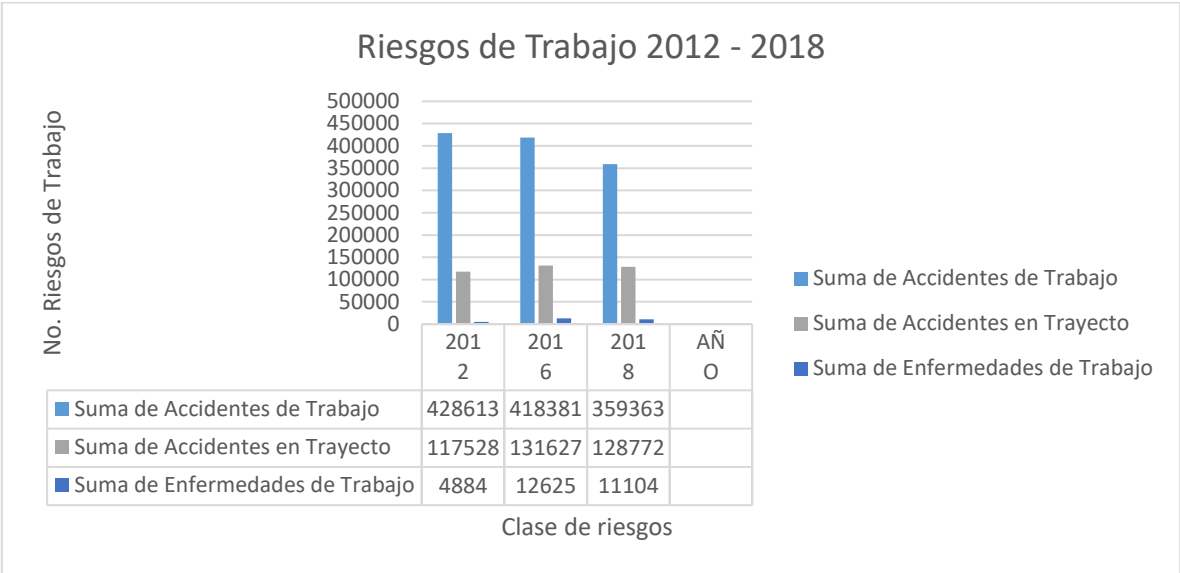
No obstante, revisamos la información oficial disponible en los sitios de las instituciones nacionales como el IMSS y la STPS, considerando también algunos datos de la OIT que estima que, en México, para el año 2017 por cada 100.000 trabajadores murieron 7.5 por daños relacionados con el trabajo y, en 2018 por cada 10.000 trabajadores habían 0.1 Inspectores de Trabajo (OIT, 2019). Esta situación da cuenta de la insuficiencia de recursos humanos para abordar la problemática de seguridad y salud en el trabajo, componente esencial del trabajo decente y, a nuestro ver, del derecho a la salud de los trabajadores en un sentido integral. También indica el nivel de compromiso y capacidad gubernamental para intervenir el derecho a la salud de los trabajadores como un problema público

Considerar el perfil epidemiológico y las respuestas del Estado es esencial para garantizar la vida de los trabajadores como lo señala la OIT:

“Las estadísticas sobre lesiones profesionales son esenciales para evaluar en qué medida los trabajadores están protegidos de los riesgos y peligros relacionados con el trabajo. En este sentido, los indicadores de accidentes de trabajo son complementarios a los de la inspección del trabajo, ya que la inspección del trabajo es uno de los principales mecanismos de control de la seguridad en el trabajo. Las estadísticas de la inspección del trabajo desempeñan un papel importante en la elaboración de políticas, sistemas, programas y estrategias nacionales de inspección del trabajo. Las estadísticas de la inspección del trabajo permiten a los gobiernos observar las tendencias de los mercados de trabajo y analizar mejor las cuestiones relativas al cumplimiento” (OIT, 2019).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS los Accidentes de Trabajo tienden a disminuir considerando los datos de los años 2012, 2016 y 2018. Por su parte, los Accidentes de Trayecto tienen a aumentar, con algunas variaciones. En cuanto a las Enfermedades de Trabajo se registró un drástico incremento en el 2016 (IMSS, 2019).

Ilustración 7. Riesgos de Trabajo.



Elaboración Propia según memoria estadística del IMSS.

En cuanto a la morbilidad nacional la tasa de incidencia por cada 10,000 trabajadores fue de 3,1 para el año 2012; mientras que para el año 2016 fue de 6,9. La tasa de incidencia de enfermedades de trabajo mostró una leve disminución para el año 2018 tanto a nivel Federal como para la Ciudad de México. Los sectores económicos que sobresalieron en el aumento de enfermedades fueron el agropecuario, comercio y servicios para empresas, personas y el hogar (STPS, 2017).

Ilustración 8. Tasa de Incidencia de Enfermedades de Trabajo 2012-2018.

Territorio	2012		2016		2018	
	Federal	CDMX	Federal	CDMX	Federal	CDMX
Casos	4.884	104	12.625	225	11.104	165
Trabajadores con Seguro de Riesgo de Trabajo	15.876.086	2.776.224	18.411.949	3.256.055	19.884.681	3.136.434
Tasa Incidencia de Enfermedades de Trabajo (por cada 10,000 trabajadores)	3.1	0.4	6.9	0.7	5.6	0.5

Elaboración propia con base en Memorias Estadísticas del IMSS

La pregunta que sigue es ¿Cuáles son estas enfermedades de trabajo que han venido afectando la salud de los trabajadores en los últimos años? Según la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) las enfermedades que más se presentan en la población trabajadora están relacionadas con daños a sus músculos, huesos, oídos, pulmones y ojos.

“En el caso de México, para 2016, el IMSS registró 12 mil 622 casos de enfermedades laborales, de los que 4 mil 683 (37.1%) fueron musculoesqueléticos, ubicándolas entre los grupos de enfermedades de trabajo con mayor índice de ocurrencia. Lo anterior, equivale a que 2 de cada 5 casos de padecimientos laborales está relacionado con este tipo de enfermedades” (STPS, 2017, p. 88) .

Ilustración 9. Enfermedades de trabajo con mayor número de casos.

Enfermedades de trabajo en México, 2016 (Principales 10 con mayor número de casos)	
Musculoesqueléticas	
Entesopatía	675
Lumbago	642
Síndrome del túnel carpiano	636
Tenosinovitis de estiloides radial [de Quervain]	422
Espondilosis	412
Subtotal	2,787
Otras	
Efectos del ruido sobre el oído interno	1,858
Siderosis	443
Conjuntivitis aguda, no especificada	364
Conjuntivitis, no especificada	313
Queratoconjuntivitis	249
Total	6,014

Fuente: Elaboración propia con base en información contenida en el Sistema de Información Estadística Laboral (SIEL) de la STPS, consultada en junio, 2017.

Entesopatía (dolor en el tendón de Aquiles), *Lumbago* (dolor intenso en la espalda), *Síndrome del túnel carpiano* (dolor, entumecimiento y sensación de hormigueo en las manos), *Tenosinovitis de estiloides radial [de Quervain]* (inflamación de los tendones del dedo pulgar de la mano) y *Espondilosis* (desgaste de los discos espinales).

Fuente: (STPS, 2017, p. 88).

En cuanto a los accidentes de trabajo, la tasa de incidencia en la Ciudad de México ha venido mostrando una disminución desde el año 2012 hasta al 2018.

Ilustración 10. Tasa de Incidencia de Accidentes de Trabajo 2012-2018

Territorio	2012		2016		2018	
	Federal	CDMX	Federal	CDMX	Federal	CDMX
Casos	428.613	39.299	418.381	41.209	359.363	34.136
Trabajadores con Seguro de Riesgo de Trabajo	15.876.086	2.776.224	18.411.949	3.256.055	19.884.681	3.136.434
Tasa Incidencia de Accidentes de Trabajo (por cada 100 trabajadores)	2.7	1.4	2.3	1.3	1.8	1.1

Elaboración propia con base en Memorias Estadísticas del IMSS

Por otro lado, según la estadística 2008- 2017 de la STPS, encontramos mayor accidentalidad en hombres que en mujeres. Los casos en mujeres llegan a ser cerca de 200 mil cada año; mientras que, en el caso de los hombres, los eventos superan los 280 mil.

Ilustración 11. Accidentes de trabajo según género 2008-2017.



Elaboración propia según STPS 2008-2017 (STPS, 2018B)

Según los mismos datos, los accidentes reportados en 2017 generaron incapacidad permanente a 6,327 hombres y 1.196 mujeres; así mismo 699 familias vivieron el

duelo de uno de sus miembros, casos de defunción en los que se evidencia una diferencia considerable entre hombres mujeres.

Tabla 3. Consecuencias de Accidentes de Trabajo 2017.

Consecuencias de AT	Hombres	Mujeres	Total
Sin secuelas	230.385	110.975	341.360
Incapacidad permanente	6.327	1.196	7.523
Defunción	659	40	699

Elaboración propia según STPS 2008-2017 (STPS, 2018B)

¿Cuál era el trabajo que desempeñaban las y los trabajadores que se accidentaron? Según las STPS la mayoría de los eventos se presentaron en trabajadores no calificados. Aquí se puede evidenciar el componente de formación como una condición de vulnerabilidad para los trabajadores, donde trabajadores con menor formación están expuestos a trabajos de mayor riesgo para su salud.

Tabla 4. Accidentes de Trabajo por Ocupación 2017.

Ocupación (Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO)	No. AT
Trabajadores no calificados	100.350
No especificado	92.320
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	57.422
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	51.218
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	48.885
Empleados de oficina	40.177
Técnicos y profesionales de nivel medio	11.607
Profesionales científicos e intelectuales	5.003
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	3.323
Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas	1.476

Elaboración propia según STPS 2008-2017 (STPS, 2018B)

Por otra parte, la Tasa de Incidencia de Accidentes de Trayecto ha tendido a disminuir según se observa en el gráfico siguiente:

Ilustración 12. Tasa de Incidencia de Accidentes de Trayecto 2012-2018

Territorio	Año 2012		2016		2018	
	Federal	CDMX	Federal	CDMX	Federal	CDMX
Casos	117.528	16.531	131.627	16.467	128.772	16.290
Trabajadores con Seguro de Riesgo de Trabajo	15.671.553	2.726.632	18.206.112	3.220.360	19.884.681	3.407.194
Tasa Incidencia de Accidentes en Trayecto (por cada 1000 trabajadores)	7.5	6.1	7.2	5.1	6.5	4.8

Elaboración propia con base en Memorias Estadísticas del IMSS

Por lo que se puede apreciar según los datos oficiales -pero sobre todo por lo narrado por los propios trabajadores que pertenecen a Organizaciones de la Sociedad Civil OSC- el trabajo no es traducido como sinónimo de vida en un contexto donde los derechos humanos no son el eje que regula las relaciones laborales, permitiendo la prevaencia de condiciones de explotación, abuso e inequidad, que favorecen los daños a la salud de la población trabajadora.

Si la manera en que las instituciones se relacionan con las personas, en este caso, con los y las trabajadoras, no es respetuosa de sus derechos humanos, no es de sorprender que se establezca este mismo tipo de relación con la naturaleza. La explotación del hombre por el hombre no es ajena a la irracional y poco sustentable explotación que hacemos de la naturaleza; perdemos salud, capacidades y la alegría y el disfrute por el trabajo, en la misma medida que vamos perdiendo bosques, especies animales, ríos, paramos y la posibilidad de vivir en un medio ambiente saludable. Palacios Nava, et al., (2018) muestran en su estudio la crítica situación de salud ocupacional y medio ambiente que se vive en México, concluyendo que:

“es necesario implementar medidas generales y particulares contra las inequidades, aumentar el presupuesto en salud y ambiente, reforzar la legislación y expandir la cobertura de seguridad social para la población. Estas medidas deberían ser parte de políticas públicas, así como las acciones de los académicos e investigadores” (PALACIOS NAVA, et al., 2018, p. 348).

3.1.4 El Sindicalismo

Nos aproximamos al sindicalismo no con el objetivo de estudiar el sindicalismo en México, más de situar el tipo de sindicato con el que realizamos el trabajo de campo, pero antes, resulta pertinente compartir nuestro entendimiento sobre los sindicatos y algunas de sus formas.

Entendemos el sindicato como una organización colectiva que defiende los derechos de los trabajadores, toda vez que:

“Los empleados que se afilian a un sindicato tienen dos tipos principales de intereses a defender: el trueque de la fuerza de trabajo por dinero (el contrato de trabajo implícito o explícito) y el “consumo” de hecho de la fuerza de trabajo comprada por el empleador en el transcurrir del proceso de trabajo. Los sindicatos, por lo tanto, tratan de negociaciones salariales, incapacidades para tratamiento de salud, etc.; así como de las condiciones y de la intensidad del trabajo y sus correlatos. Una huelga o amenaza de huelga es, por excelencia, el arma usada por los sindicatos para forzar la atención de esos intereses. Una organización de trabajadores que repudie por completo y por principio la táctica de huelga, o que jamás ni siquiera *amenace* entrar en huelga, no puede ser realmente considerada un sindicato” (LINDEN, 2013, p. 246)²².

No obstante, los sindicatos han vivido algunas metamorfosis desde su origen a finales del siglo XVIII hasta la actualidad. Sabemos de sindicatos que no sólo no defienden los derechos de los trabajadores, sino que actúan como verdaderos grupos criminales extorsionando por igual a empleadores y trabajadores. Linden (2013) nos ofrece una tipología de los sindicatos según la frecuencia de las huelgas y su nivel de autonomía:

²² Traducción propia.

Ilustración 13. Tipología de los sindicatos.

	Autonomía	Heteronomía
El sindicato <i>tiene como principal objetivo</i> la organización de huelgas	Sindicalismo revolucionario. Sindicatos “Hongo”.	—
El sindicato <i>no tiene como principal objetivo</i> la organización de huelgas	Sociedades de oficio. Sindicatos de Negociación.	Sindicatos autocráticos. Crimen organizado.
El sindicato <i>no tiene como objetivo</i> la organización de huelgas	—	Sindicatos amarillos

Fuente: “Una tipología general de los sindicatos” (LINDEN, 2013, p. 251).

El sindicalismo en México se caracteriza por ser un sindicalismo predominantemente *amarillo, charro u oficial*, que data de la llegada a la Presidencia del partido político *Partido Revolucionario Institucional PRI*, con Miguel Alemán Valdés (1946-1952). Este tipo de sindicalismo se caracteriza por defender los intereses del Gobierno de turno y los líderes sindicales, más que los intereses de la clase trabajadora. Entendemos que este sindicalismo se ha actualizado por el denominado sindicalismo *Blanco o patronal*, que desde los Gobiernos de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se ha distinguido por estar al servicio del neoliberalismo empresarial. (ALZAGA, 2018).

No obstante, parece pertinente destacar algunas sutiles diferencias entre el denominado *sindicalismo charro* y el *sindicalismo blanco*:

“Hay que insistir en diferenciar el sindicalismo “amarillo”, charro u oficialista, del blanco o patronal, porque todavía en los años 70 y 80, si bien eran dependientes y antidemocráticos los sindicatos de la CTM, CROC y otros, defendían los derechos adquiridos en la Ley, en los CCT y rechazaban la reforma laboral de Salinas, Zedillo, Fox y de Calderón hasta 2011. Pues los estatutos del PRI estaban en contra de las privatizaciones de Pemex y CFE. Por lo que en enero de 2013 fueron modificados para dejar libre el camino de la desnacionalización, corrupción y vende patrias del gobierno de Peña Nieto. Al sindicalismo blanco corresponden los contratos colectivos de protección patronal, la política de cero huelgas y el tope salarial, aunque el último venía desde los años 80” (ALZAGA, 2018, p. 428).

En medio de estas diferencias, entendemos que el movimiento sindical se ha venido destacando por ser un sindicalismo corporativo, que no trabaja sobre los derechos, sino sobre el privilegio capitalizado por cúpulas sindicales vinculadas al poder político clientelar. Estas prácticas dan como resultado que los recursos y beneficios que se gestionan favorezcan prioritariamente a los líderes y muy poco a la base.

A diferencia de este tipo de sindicalismo sometido al poder de las elites y convertido en sí mismo en élite, encontramos uno de los casos excepcionales, el Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM), “un organismo independiente, representativo y democrático siendo su duración indefinida” (SITUAM, 2019).

El SITUAM se caracteriza por una acción sindical que se aleja del sindicalismo charro y blanco; es legítimo ya que cuenta con representación democrática de los trabajadores de la comunidad universitaria y no está subordinado a los intereses de las autoridades.

“el SITUAM, constituido en 1975, es representativo de esa generación de sindicatos universitarios que se involucraron activamente en el movimiento sindical rebelde de los años setenta y entre cuyas banderas más relevantes destacaron las demandas de autonomía y democracia efectivas. Subyacía, entre otras, la aspiración enfática, tantas veces frustrada por el sindicalismo oficial, de crear organizaciones y liderazgos gremiales verdaderamente eficaces y representativos del interés de sus bases” (GATICA LARA, 1995).

En el apartado 4.1.1 nos referiremos nuevamente al SITUAM por la pertinencia de identificar su modo de funcionamiento específicamente en lo referente a la seguridad y la higiene en el trabajo.

3.2 Meta II. Visibilizar un problema de investigación como un problema público: Las políticas públicas.

Para ***Visibilizar la sistemática vulneración al derecho a la salud de los trabajadores y la ausencia de una política pública efectiva, cómo un problema público***, en este apartado nos hemos propuesto identificar las políticas públicas relacionadas con la salud de los trabajadores a nivel internacional y nacional.

Consideramos, dentro los criterios de elección para que un problema sea llevado a la agenda del Gobierno, como un criterio estructural el que se refiere a los valores. “Leyes, valores, ideas, compromisos históricos, delimitan el universo de los problemas a calificar como públicos y de competencia gubernamental” (AGUILAR, 1992C, p. 42). Si los valores son determinantes en la configuración de la agenda de gobierno, ¿Qué tipo de valores son estos? ¿Cuál es el sistema axiológico en juego? ¿Son los valores mercantiles o, los valores relativos a la protección de la dignidad humana los que definen los problemas públicos y las políticas respectivas?

Es a partir de estos cuestionamientos, suscitados en nuestro acercamiento con las políticas públicas, que fuimos encontrados por las Políticas Públicas con enfoque de Derechos Humanos (PP-DDHH):

“Las políticas públicas con enfoque de derechos humanos son las acciones del Estado orientadas a la prevención, protección y garantía de todos y cada uno de los derechos, y que de manera explícita se diseñan e implementan para cumplir con obligaciones nacionales e internacionales del Estado en cada una de las materias. Son políticas desarrolladas para favorecer y garantizar el cumplimiento y el respeto de los derechos humanos. Por otra parte, la realización de éstos requiere lineamientos específicos: políticas públicas de derechos humanos” (AGUILAR & BERRIOS, 2016, p. 12).

Creemos que, si los valores son determinantes en el proceso de políticas públicas, esos valores deberían estar orientados en los derechos humanos, en el valor de la dignidad humana principalmente.

“Dos de las características de las políticas públicas de y con enfoque de derechos humanos son el empoderamiento de las personas y el cumplimiento de los estándares internacionales en materia de derechos humanos. Ambos aspectos están guiados por el elemento central de los derechos humanos: la dignidad humana” (AGUILAR & BERRIOS, 2016, p. 23).

¿Qué pensaríamos si por ejemplo, una política pública, que se hace llamar Política Pública de Seguridad y Salud en el Trabajo (MÉXICO, 2007), que se encuentra plasmada en un documento de 123 páginas, no contiene en ninguna parte de su texto la noción de derechos, menos aún, de derechos humanos, de dignidad y, ni por error, de trabajo digno? ¿Será que, este hecho, nos da alguna pista sobre el lugar que tienen los de derechos humanos en esta política? ¿Cuál es el enfoque de esta política, qué es lo que la orienta?

El artículo 512 de la Ley Federal de Trabajo, que es uno de los fundamentos de dicha política, se afirma que “En los reglamentos de esta Ley y en los instructivos que las autoridades laborales expidan con base en ellos, se fijarán las medidas necesarias para prevenir los riesgos de trabajo y lograr que éste se preste en condiciones que aseguren la vida y la salud de los trabajadores” (MÉXICO, 2015, p. 104). Entonces podríamos decir que esta política entiende la vida y la salud de los trabajadores en referencia exclusiva al control de riesgos laborales para evitar enfermedades y accidentes. ¿Cuál es el problema de que la política pública que pretende asegurar la vida y la salud de los trabajadores tenga este enfoque?

Un problema de que las políticas públicas de salud de los trabajadores estén centradas en la noción de riesgos y no de derechos, es que antiguas conquistas de los trabajadores pueden resultar vulneradas con nuevas normas jurídicas que instrumentalizan dicha política. Por ejemplo, identificamos que actualmente se encuentra en trámite una reforma a la LFT que busca dejar la actualización de las tablas de enfermedades de trabajo y valuación de incapacidades permanentes en manos de los patrones (PÉREZ H PANTOJA, 2017).

Según el análisis que hace el profesor Pérez a esta reforma, la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (COCONASST) actuará como juez y parte al decidir lo que es o no una enfermedad de Trabajo y los trabajadores verán vulnerado su derecho a las indemnizaciones (PÉREZ H PANTOJA, 2017). Además de esto, identificamos que, con un tipo de reforma como esta, el derecho a la reubicación laboral también podría verse afectado. Y vale la pena recordar que, en la configuración de este derecho, la lucha de los trabajadores de la fábrica de loza “El Anfora” fue determinante, quedando plasmado en artículo 499 de LFT (SANDOVAL, et al., 2016) “Si un trabajador víctima de un riesgo no puede desempeñar su trabajo, pero sí algún otro, el patrón estará obligado a proporcionárselo, de conformidad con las disposiciones del contrato colectivo de trabajo” (MÉXICO, 2015). O sea, si la ley actúa a favor de los patrones, no sólo el derecho a las indemnizaciones se verá afectado sino también el derecho a la reubicación laboral.

En consecuencia, si los patrones determinan qué es una enfermedad de trabajo, la lucha capital / trabajo será resuelta, “en este caso”, a favor del capital, teniendo en cuenta que los empleadores ya no estarán obligados a responder económicamente por las enfermedades que antes se consideraban de origen profesional, y serán los

trabajadores quienes -además de asumir los daños a su salud, derivados del trabajo- asuman los costos económicos de su condición de salud, porque muy seguramente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) no cubrirán algunos de los servicios que demandan ciertas enfermedades, lo que dará paso una mayor participación de las aseguradoras y entidades privadas, a partir de las nuevas demandas generadas como resultado de una reforma que evidentemente desconoce el derecho a la salud de los trabajadores, porque responde a otros intereses. Recordemos que las reformas en sí mismas constituyen una estrategia global político económica.

“...La política social y de salud que ampara la Reforma desarticula los a veces precarios, pero logros al fin, en materia de derechos que se habían alcanzado. Tal situación no ocurre por casualidad, ni por la mala implementación de las políticas, sino porque el objetivo de la Reforma es poner el financiamiento y las instituciones públicas en función de la ampliación del mercado en salud y de la creación de nuevos prestadores privados...” (TETELBOIN, 2007, p. 54).

Retomando, identificamos que la política pública de seguridad y salud en el trabajo es la herramienta de gobierno que busca abordar el problema de la relación salud-trabajo, pero comprendemos que no se trata de una política orientada por el enfoque de derechos, derecho a la salud y derecho al trabajo digno²³. Es decir, no hay una política pública de derecho a la salud de los trabajadores.

Si a esto le sumamos que “el movimiento laboral ya no es un interlocutor que es tomado en cuenta para fijar políticas públicas” (ALCALDE JUSTINIANI, 2014) entonces estamos ante un doble desafío ¿Cómo hacer para que la política pública

²³ Derechos que serán abordados más adelante.

se transforme en una política de derecho a la salud de los trabajadores y cómo hacer para que sean los trabajadores quienes participen activamente y efectivamente en esta construcción?

Una participación que es necesaria no sólo por ser los trabajadores objeto de políticas, como en el caso de las políticas de salud y seguridad en el trabajo, sino por ser sujetos implementadores de las diversas políticas sectoriales; porque son los trabajadores, quienes en definitiva implementan en sus prácticas cotidianas las políticas públicas. Son los trabajadores los traductores de las políticas públicas: El profesor, de la política educativa; el médico de la política de salud. En este sentido el trabajador debería ser doblemente tenido en cuenta, tanto cuando se trata de políticas que tienen que ver con su proceso salud-enfermedad en el trabajo, como cuando se trata de políticas que va a decir al respecto de la forma de hacer su trabajo. Aunque ambos tipos de políticas indudablemente intervienen en la salud de los trabajadores, lamentablemente, estos actores políticos no son suficientemente tenidos en cuenta en la formulación de dichas políticas. Cada instrumento de política pública pasa a ser una “pieza de política con un diseño aéreo; es decir, no es el resultado de una escucha y ejecución simultánea con las profesiones “ (LEAL, 2019).

Si lo que está en juego y discusión es el derecho a la salud de los trabajadores, que ha venido siendo reducido a la seguridad en el trabajo, y por ende tratado en la agenda pública desde la perspectiva de riesgos, y considerando que las políticas públicas implican una compleja construcción colectiva atravesada por un intenso

“debate de valores”²⁴, ¿Cómo podríamos responder a esta demanda que traza el problema planteado? Consideramos que la perspectiva ergológica nos brinda suficientes aportes en la construcción de un camino metodológico posible.

Pero antes de entrar a la ruta metodológica que se trazó esta investigación, nos detendremos un poco a contextualizar cuales han sido las políticas públicas, a nivel, internacional y nacional, que han intentado responder al problema público de la salud de los trabajadores.

²⁴ Término que será fundamental para la perspectiva ergológica como lo explicaremos más adelante.

3.2.1 La salud de los trabajadores en las Políticas Internacionales

La siguiente tabla intenta ilustrar las políticas que han sido determinantes en la construcción del Derecho a la Salud y el Derecho al Trabajo.

Tabla 5. Instrumentos jurídicos internacionales sobre el Derecho a la Salud y el Derecho al Trabajo

Categoría Derecho fundamental	Tratado/Convenio y organismo Internacional
Derecho a la salud	Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1948. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) Artículo 12. (ONU, 1966)
	Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 23. (ONU, 1948). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Apartado a) del párrafo 3 del artículo 8. (PIDCP, 1966). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. artículo XIV. 1948. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU. (PIDESC / 1966).
Derecho al Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al trabajo (artículos 6 y 7) • Derecho a fundar sindicatos y afiliarse al de su elección (artículo 8) • Derecho a la seguridad social (artículo 9)
	Artículo 6 del PIDESC. Observación General No 18. (CDESC, 2005).
	Protocolo de San Salvador. Artículo 6 y 7. 1988.
	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Inciso i) del párrafo e) del artículo 5.
	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Apartado a) del párrafo 1 del artículo 11.
Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 32	
Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares. Artículos 11, 25, 26, 40, 52 y 54	

CONVENIOS OIT²⁵

Convenios fundamentales:

“Estos abarcan temas que son considerados como principios y derechos fundamentales en el trabajo” (OIT, 1996).

1. Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)
2. Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)
3. Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29)
4. Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105)
5. Convenio sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138)
6. Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182)
7. Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100)
8. Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)

Convenios de gobernanza

Importantes “para el funcionamiento del sistema de normas internacionales del trabajo” (OIT, 1996).

1. Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947 (núm. 81)
2. Convenio sobre la política del empleo, 1964 (núm. 122)
3. Convenio sobre la inspección del trabajo (agricultura), 1969 (núm. 129)
4. Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (núm. 144)

Elaboración propia

²⁵ “La OIT, perteneciente al sistema de Naciones Unidas, ha establecido lo que se conoce como el contenido el derecho internacional en materia de derechos humanos laborales” (CNDH, 2016).

3.2.1.1 México y los convenios OIT

Tabla 6. México frente a los convenios con organismos internacionales.

Aspecto Pertinente (Categorías)	Nombre del Convenio	Compromisos de los Estados parte
	C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores. OIT, 1981	Art 4. Objeto de una política nacional (prevenir accidentes y daños a la salud & reducir causas de riesgo).
Seguridad y Salud en el Trabajo	C187 - Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, OIT, 2006.	Prevenir las lesiones, enfermedades y muertes ocasionadas por el trabajo mediante el desarrollo de una <i>Política</i> , Sistema, Programa y Nacional Seguridad y Salud en el Trabajo SST. No está ratificado.
Derecho a la Salud	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Artículo 6. Artículo 12. Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

	(PIDESC) (ONU, 1966)	
Derecho al Trabajo	Observación general N° 18 de la Naciones Unidas, aprobada en 2015 CDESC	<p>“es un derecho fundamental... es esencial para la realización de otros derechos humanos y constituye una parte inseparable e inherente de la dignidad humana.”</p> <p>“El trabajo, según reza el artículo 6 del Pacto, debe ser un trabajo digno. Éste es el trabajo que respeta los derechos fundamentales de la persona humana, así como los derechos de los trabajadores en lo relativo a condiciones de seguridad laboral y remuneración. También ofrece una renta que permite a los trabajadores vivir y asegurar la vida de sus familias, tal como se subraya en el artículo 7 del Pacto. Estos derechos fundamentales también incluyen el respecto a la integridad física y mental del trabajador en el ejercicio de su empleo” (CDESC, 2005).</p>
	Convenios Ratificados con la OIT ²⁶	<ul style="list-style-type: none"> • C029 - Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29). • C087 - Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87).

²⁶ Consultar

https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102764

-
- C100 - Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100).
 - C105 - Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105).
 - C111 - Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111).
 - C138 - Convenio sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138) Edad mínima especificada: 15 años.
 - C182 - Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182).
-

Elaboración Propia

Como se observa, “México ha ratificado 7 de los 8 convenios fundamentales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)... También ha ratificado 1 de los 4 convenios de gobernanza de la OIT, el relativo a la consulta tripartita, y 71 de los 177 convenios técnicos de la OIT, entre ellos el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169)” (ONU, 2017).

Cabe destacar que el 23 de noviembre de 2018, México ratificó el C098 - Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949. Es decir que, a la fecha de agosto de 2019, México había ratificado 80 de los convenios 190 convenios de la OIT.

3.2.2 La salud de los trabajadores en las Políticas Nacionales

3.2.2.1 Antecedentes de la Carta Magna

Al revisar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, identificamos dos artículos pertinentes a esta investigación, que hacen referencia a la salud y el trabajo puntualmente. Los artículos 4º y 123 establecen el derecho a la protección de salud y la responsabilidad de los empresarios de organizar el trabajo para garantizar la salud y vida de los trabajadores, respetivamente.

“Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Párrafo adicionado DOF 03-02-1983” (MÉXICO, 2017A).

“Artículo 123. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley. Párrafo adicionado DOF 19-12-1978. Reformado DOF 18-06-2008” (MÉXICO, 2017A)

Art 123. A. XV. “El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de

mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso; Fracción reformada DOF 31-12-1974” (MÉXICO, 2017A).

Encontrar en la Constitución Política estas disposiciones, constituye una herramienta que permite introducirnos en la discusión del Derecho a la Salud de los Trabajadores.

3.2.2.2 Plan Nacional de Desarrollo y Políticas Sectoriales

Al revisar la materia de la Salud de los Trabajadores en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, vigente en el gobierno de Enrique Peña Nieto, se identificó que en el objetivo 4. México Próspero; apartado 4.3. Promover el Empleo de Calidad se trazan 4 estrategias que abordan el trabajo y la salud, pero que bajo nuestra apreciación se encuentran (*desencuentran*) desarticuladas.

Tabla 7. PND. Objetivo 4. Promover el empleo de calidad.

PND. Objetivo 4: México Próspero. 4.3. Promover el empleo de calidad.	
Estrategia	Líneas de acción
4.3.1. Procurar el equilibrio entre los factores de la producción para preservar la paz laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Privilegiar la conciliación para evitar conflictos laborales. • Mejorar la conciliación, procuración e impartición de justicia laboral. • Garantizar certeza jurídica para todas las partes en las resoluciones laborales.
4.3.2. Promover el trabajo digno o decente.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar acciones para la adopción de una cultura de trabajo digno o decente. • Promover el respeto de los derechos humanos, laborales y de seguridad social. • Fomentar la recuperación del poder adquisitivo del salario vinculado al aumento de la productividad. • Contribuir a la erradicación del trabajo infantil.

4.3.3. Promover el incremento de la productividad con beneficios compartidos, la empleabilidad y la capacitación en el trabajo.

- Fortalecer los mecanismos de consejería, vinculación y colocación laboral.
- Consolidar las políticas activas de capacitación para el trabajo y en el trabajo.
- Impulsar, de manera focalizada, el autoempleo en la formalidad.
- Fomentar el incremento de la productividad laboral con beneficios compartidos entre empleadores y empleados.
- Promover la pertinencia educativa, la generación de competencias y la empleabilidad.

4.3.4. Perfeccionar los sistemas y procedimientos de protección de los derechos del trabajador.

- Tutelar los derechos laborales individuales y colectivos, así como promover las negociaciones contractuales entre los factores de la producción.
- Otorgar créditos accesibles y sostenibles a los trabajadores formales.
- Diseñar el proyecto del Seguro de Desempleo y coordinar su implementación.
- Fortalecer y ampliar la cobertura inspectiva en materia laboral.
- Promover la participación de las organizaciones de trabajadores y empleadores para mejorar las condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo.
- Promover la protección de los derechos de los trabajadores mexicanos en el extranjero.

Elaboración propia

Se evidencia que el tema de salud de los trabajadores es escasamente abordado, limitándose a la mejora de las condiciones de seguridad en los centros de trabajo; además, la salud no se identifica como un eje central de política pública que conlleve a abordar la determinación social. Si fuera así, el derecho al trabajo digno y los derechos humanos serían articulados a la salud como una de sus determinaciones importantes.

Como es evidente, este es un enfoque de productividad y no de derecho, a pesar de que una de las líneas de acción del objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.5 Promover la Cooperación Internacional en Salud, establezca “cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos” (MÉXICO, 2017B).

En México, el PND da paso a las políticas sectoriales, para nuestro objeto de estudio, aplican la Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018. En cada una de estas políticas se identifican aspectos relacionados con la salud de los trabajadores; sin embargo, estas políticas se caracterizan por su fragmentación y, por ende, su falta de intersectorialidad. Así, a la salud del trabajador se le confiere un pequeño espacio al interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, donde es reducida al control de riesgos mediante el Modelo de la Salud Ocupacional, focalizándose en la salud y la seguridad en los ambientes de trabajo.

Lo anterior se puede evidenciar al revisar los cuatro (4) ejes de la Política Laboral Nacional “a) Impulsar el empleo de calidad e intermediar en el mercado laboral para favorecer la empleabilidad, la protección social y la ocupación productiva.; b) Democratizar la productividad laboral, la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores; c) Salvaguardar los derechos de los trabajadores y personas en situación de vulnerabilidad y vigilar el cumplimiento de la normatividad laboral y, d) Conservar la paz laboral, así como fortalecer la conciliación, procuración e impartición de justicia laboral.” (STPS, 2013). A su vez, el eje u objetivo C, contempla promover mejores condiciones de salud y seguridad en el trabajo.

Consideramos que la política laboral debería traer la discusión de salud y viceversa, y así poder gestar una política integral de derecho a la salud de los trabajadores, donde temas como el salario, la seguridad social y el trabajo digno, entre otros, son determinantes de la salud de los trabajadores y sus familias.

Por otra parte, al investigar si existía una política pública relacionada con la salud de los trabajadores, sólo se encontró la Política Pública de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012 que establece ocho diagnósticos sobre debilidades, ocho líneas estratégicas y ocho proyectos para atender los límites identificados. No se encontró la actualización de esta política.

Se asume que esta política pretende dar respuesta a “la cuestión²⁷” de la salud de los trabajadores -conforme a los lineamientos del convenio C-155 de la OIT, al que está adscrito el país-. Como ya se ha dicho, si bien estas políticas pretenden garantizar ambientes de trabajo seguros, no superan la noción de riesgos y no constituyen una verdadera Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores que considere una mirada integral de la determinación social de la salud.

Es posible que la carencia de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores sea coherente con la incorporación parcial del Derecho a la Salud en México. En este sentido, ¿Qué tan coherente es pretender garantizar la salud y la vida de los trabajadores cuando no se reconoce plenamente el Derecho a la Salud?; surge entonces la duda: ¿Qué están entendiendo por salud nuestros legisladores?

²⁷ “Llamamos [cuestiones] a estos asuntos (necesidades, demandas) [socialmente problematizados]” (OSZLAK & O' DONNELL, 1995, p. 110)

Si la salud está siendo acotada a la prestación de servicios que tratan la enfermedad y pretenden su ausencia, entonces el derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución Política está en sintonía con las actuales políticas de seguridad y salud en el trabajo que se limitan a la protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales: Proteger a los trabajadores de los riesgos para que no se accidenten, enfermen o mueran y brindar las prestaciones económicas y asistenciales correspondientes.

3.2.2.3 Instrumentos Jurídicos

Como se evidencia, la salud de los trabajadores está centrada en la salud en el trabajo y es reglamentada principalmente por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; adicionalmente existen otros referentes jurídicos como se puede observar en la tabla siguiente sobre la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ley Federal del Trabajo (LFT), Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo y las Normas oficiales mexicanas en la materia (NOMs):

Tabla 8. Marco normativo del Sistema Jurídico mexicano en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).

Normas del Sistema Jurídico	Preceptos Principales	Referentes a salud y trabajo
	Artículo 4º	“...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917. Última Reforma DOF 15-09-2017	Artículo 5º	“A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos... Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución”.
	Art. 123	XIV. Responsabilidad de empresarios por Accidentes y enfermedades laborales.
	“Toda persona tiene derecho al trabajo digno...”	XV. “...Organizar el trabajo de tal manera que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores...”

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 1976.	Artículo 39 A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:	XVII. Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo
Última reforma DOF el 19 de diciembre de 2016	Artículo 40. A la Secretaría del Trabajo y Previsión Social corresponde el despacho de los siguientes asuntos	XI. Estudiar y ordenar las medidas de seguridad e higiene industriales, para la protección de los trabajadores, y vigilar su cumplimiento
Ley Federal del Trabajo (LFT). 1970.	Artículo 2º	Las normas del trabajo tienden a conseguir el equilibrio entre los factores de la producción y la justicia social, así como propiciar el trabajo digno o decente en todas las relaciones laborales.
Última reforma publicada DOF 12-06-2015	Artículo 3º	El trabajo es un derecho y un deber sociales. No es artículo de comercio.
Ley Federal sobre Metrología y Normalización	Artículos 38, fracción II, 40, fracción VII, y 43 al 47	La determina la competencia de las dependencias para expedir las normas oficiales mexicanas relacionadas con sus atribuciones; la finalidad que tienen éstas de establecer, entre otras materias, las condiciones de salud, seguridad e higiene que deberán observarse en los centros de

		trabajo, así como el proceso de elaboración, modificación y publicación de las mismas.
Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2014.	Artículo 2°	“...Garantizar a los trabajadores el derecho a desempeñar sus actividades en entornos que aseguren su vida y salud, con base en lo que señala la Ley Federal del Trabajo”.
Normas oficiales mexicanas (NOMs)		Disponen sobre la atención de factores de riesgo y prevención de riesgos. Se clasifican en normas de seguridad, salud, organización, específicas y de producto.

Elaboración propia.

Considerando que en esta investigación nos planteamos cuestionar como viven los trabajadores el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas públicas - es decir, las políticas de seguridad y salud en el trabajo-, a partir de la experiencia de las comisiones mixtas de higiene y seguridad UAM-SITUAM, es pertinente que identifiquemos la institucionalización de estas comisiones en la ley, para lo cual presentamos la siguiente tabla:

Tabla 9. Marco jurídico sobre la institucionalización de la Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad.

Normativa	Reformas	Disposiciones frente a las Comisiones
Ley Federal del Trabajo	01-04-1970 (original)	Art. 509 Creación de comisiones. Art. 513 adopta tabla de enfermedades. Art. 514 adopta Tabla de valuación de incapacidades permanentes
	30-12-2012	Art. 2 introduce concepto de trabajo digno o decente (incluye seguridad e higiene).
	12-06-2015	Art. 513 STPS actualiza la tabla previa opinión de la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Art. 514. Retira Tabla de valuación de incapacidades permanentes
	02-07-2019	Art. 513 STPS actualiza la tabla escuchando la opinión de actores. Art. 527. Autoridades federales ven cumplimiento de obligaciones patronales en seguridad e higiene.
Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.		Art. 5 y 46 La secretaria debe promover el funcionamiento.
		Art. 7 y 45 los patrones deben constituir, integrar y dar facilidades de operación y capacitación.
	13-11-2014	Art. 47 plazo de constitución.
		Art. 8 Los trabajadores deben designar a sus representantes. Avisar sobre condiciones inseguras. Art. 9 los integrantes deben promoverán la observancia.

Norma Oficial	30-11-2004	Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo.
Mexicana NOM-019-STPS	13-04-2011	Constitución, Integración, Organización y Funcionamiento de las Comisiones de Seguridad e Higiene.

Elaboración Propia.

Como se evidencia la razón de ser de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad UAM-SITUAM, se encuentran fundamentada en la legislación federal, la cual establece las responsabilidades de los actores para su funcionamiento, partiendo por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, los patrones y los trabajadores.

Se puede comprender que la función de estas comisiones es básicamente “investigar las causas de los accidentes y enfermedades, proponer medidas para prevenirlos y vigilar que se cumplan”. (MÉXICO, 2019B, p. Art 509). Es pertinente mencionar que dichos accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo, son comprendidos como Riesgos de Trabajo (MÉXICO, 2011).

En el siguiente capítulo nos aproximaremos a la actividad de trabajo de estas comisiones para ver cómo dialoga la política pública en seguridad y salud en el trabajo con la actividad concreta de los trabajadores y su ejercicio al derecho a la salud.

Capítulo 4. Lo Micro ¿Cuál fue la lógica metodológica?

4.1 Meta III. Construir un espacio colectivo: Los foros como un Dispositivo Dinámico a tres Polos DD3P

En este capítulo abordaremos el camino que trazó el objetivo de ***construir un espacio/encuentro de reflexión y formación mutua con los trabajadores (Delegados Sindicales ante las Comisiones de Higiene y Seguridad del SITUAM) reconociendo su potencia participativa como actores políticos.***

Comenzaremos diciendo que la lógica metodológica que orientó esta investigación fue el abordaje de un estudio de caso, el caso de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad; del cual nos interesó observar la complejidad de las relaciones entre las tres variables que identificamos: la relación salud-trabajo, el derecho a la salud y las políticas públicas. En otras palabras, nos encontramos frente a una investigación de carácter cualitativo.

Antes de describir el proceso realizado, es necesario que hagamos una aproximación institucional al SITUAM y a las prescripciones del trabajo de las comisiones, a fin de contextualizarnos en la actividad de trabajo de los comisionados, la cual constituye el fundamento principal de nuestros análisis.

Dentro de los métodos que utilizamos para realizar esta investigación, destacamos cuatro principales: la revisión documental, los foros, las narrativas y el análisis temático de datos en psicología. Herramientas descritas a continuación.

4.1.1 Por la Unidad en la Lucha Social²⁸: El SITUAM

Para efectos de nuestra investigación destacamos 2 de los 7 objetivos del SITUAM “a) El estudio, mejoramiento y defensa de las condiciones económicas, sociales y laborales de sus afiliados. b) Realizar las acciones necesarias para hacer efectivos los derechos de los trabajadores e incrementar las prerrogativas que las diversas leyes, disposiciones y convenios les otorguen” (SITUAM, 2019).

Dentro de los 10 Órganos de Coordinación del SITUAM se encuentra la Secretaria de Previsión Social que, dentro de sus funciones relacionadas con la higiene y la seguridad en el trabajo, tiene las de “promover la ejecución de programas de higiene y seguridad en coordinación con las respectivas CM (parte sindical) y; elaborar conjuntamente con la Secretaría de Trabajo y la de Conflictos, proyectos de modificaciones contractuales y del Reglamento de Higiene y Seguridad”. (SITUAM, 2019).

En este sentido las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad, están íntimamente vinculadas a este órgano coordinador.

²⁸ Esta frase constituye el lema del SITUAM.

4.1.1.1 Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad

Las comisiones mixtas son órganos paritarios, cuya integración y funcionamiento está establecida en el Capítulo I del Título Cuarto del Contrato Colectivo de Trabajo CCT UAM-SITUAM. “Los miembros integrantes... durarán en sus funciones dos años” (UAM-SITUAM, 2018, p. 34); además, según la cláusula 58 del mismo CCT para la viabilidad de los acuerdos es necesaria la presencia de mínimo dos miembros por cada parte.

Adicionalmente “las Comisiones Mixtas pueden ser Generales, de Unidad y Especiales; las primeras se integran por un representante de cada una de las partes por Unidad y un representante de cada una de las partes por Rectoría General; las segundas se integran por representantes sindicales delegacionales y de la Universidad de la Unidad respectiva e igualmente en Rectoría General [...]” (UAM-SITUAM, 2018)

Dentro de estas disposiciones se encuentra reglamentada la conformación de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad, cuyas funciones específicas se encuentran señaladas en el Capítulo VII del mismo título e intentamos explicar en la siguiente tabla:

Tabla 10. Facultades CMGHyS – CMUHyS

Comisión Mixta General de Higiene y Seguridad CMGHyS	
MATERIA	FACULTADES
Labores insalubres y/o peligrosas	Determinar lineamientos y condiciones a observar en cada centro de trabajo.
Servicios y elementos higiene y prevención de accidentes y enfermedades	Definir lineamientos para su implantación en cada centro de trabajo.
Manuales	Elaboración de medidas correctivas y preventivas de higiene y seguridad para cada centro de trabajo.
Incapacidades Permanentes o parciales	Acordar cambio de adscripción, horario o puesto; reducción de jornada, de funciones, de un trabajador según dictamen del ISSSTE.
Exámenes médicos periódicos y de ingreso	Establecer normas para la realización.
Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales	Investigación y medidas correctivas y preventivas.
Información	Proporcionar información sobre disposiciones legales.
Prevención de riesgos	Establecer programas de divulgación

Servicios médicos y alimentarios	Revisar la calidad para determinar medidas preventivas y correctivas
Suspensión de actividades	Previa comunicación a la UAM en caso de actividades que incumple con las medidas preventivas que establece la propia comisión.
Riesgos de trabajo	Realizar estudios.
Programa de capacitación	Elaboración conjunta el último trimestre de cada año priorizando trabajadores que realizan actividades potencialmente peligrosas.
Adicciones	Diseñar el programa preventivo.
Programas de Seguridad	Evaluar y proponer medidas.
ISSSTE y Seguro de Gastos Médicos Mayores.	Enviar recomendación de atención para trabajadores que no han sido adecuadamente atendidos.
Ropa de trabajo y equipo de protección personal y general	Aprobar el equipo y ropa de trabajo. Revisar el acuerdo en septiembre (parte sindical). Vigilar y promover el uso adecuado.
Acuerdo CMGHyS-01/15	Dictaminar dotación en casos no contemplados y la sustitución por deterioro.

Comisión Mixta de Unidad de Higiene y Seguridad CMUHyS

Conformada por dos representantes de cada parte, en cada unidad, en la Rectoría, en la Dirección de Difusión Cultural y en cada CENDI²⁹

MATERIA	FACULTADES
Licencias médicas <i>Acuerdo CMGHyS-02/79</i> <i>Acuerdo CMGCyR³⁰-47/88</i>	Dictaminar las incapacidades de médico particular.
Colaborar con la CMGHyS	<ul style="list-style-type: none">• Determinando labores insalubres y lineamientos de higiene y seguridad en los centros de trabajo.• Estudiando problemas y medidas en cada centro.• Elaborar el primer trimestre de cada año el diagrama o registro de posibles riesgos y el Plan de Trabajo Anual.• Informar periódicamente sus actividades.• Dictaminación de ropa de trabajo y equipo de protección.
Vigilancia	Observar el cumplimiento de las medidas en cada centro de trabajo. Vigilar que las áreas de trabajo tengan condiciones adecuadas.
Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales	Recibir de la Universidad por escrito y en un plazo no mayor de cinco días hábiles, la información de los accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales dictaminadas como tales, así como el comprobante de notificación de los accidentes de trabajo ante el ISSSTE

²⁹ “Los Centros de Desarrollo Infantil UAM (CENDI) son un servicio que brinda la Universidad Autónoma Metropolitana a su personal académico y administrativo en activo, de tiempo completo y medio tiempo, para la educación integral de sus hijos” <http://www.uam.mx/cendi/>

³⁰ Comisión Mixta General de Conciliación y Resolución.

		para la elaboración de las estadísticas necesarias.
Equipos de Seguridad	de	Verificar mantenimiento y estado, reportar a la UAM deficiencias, solicitar programas de mantenimiento correctivo y preventivo.
Medidas preventivas adicionales		Determinar requerimientos de áreas de trabajo siguiendo los lineamientos de la CMGHyS.
Comunicación de riesgos y medidas	de	Comunicar a la UAM con copia a la CMGHyS. La Universidad ejecutará las medidas en un plazo de 30 días.
Enfermedades profesionales		Investigación de causas y relación con el trabajo. Informar a la CMGHyS.
Informe		Elaboración semestral. Análisis, evaluación y recomendaciones de la problemática de higiene y seguridad en el trabajo.
Señalización		Prescribir y proponer instructivos.

Elaboración propia.

4.1.2 El proceso de construcción colectiva

4.1.2.1 Propuesta y consideraciones éticas

Considerando el lugar destacado que la salud colectiva y la ergología le otorgan al protagonismo de los trabajadores, se estimó pertinente llevar la discusión del derecho a la salud a un plano concreto, inspirados en el Dispositivo Dinámico a Tres Polos (DD3P). Para ello se buscó crear un vínculo entre el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (DCSC) y el SITUAM.

La factibilidad para acceder a los trabajadores del SITUAM, la lucha que abanderan por los derechos y, la consolidación de su organización reconocida como uno de los pocos sindicatos independientes en el contexto del sindicalismo mexicano, fueron las principales razones para elegir el SITUAM como un interlocutor válido donde se podría viabilizar un espacio reflexivo/formativo para llevar a cabo la discusión del derecho a la salud de los trabajadores.

Luego de entrar en contacto³¹ con la Secretaria de Previsión del SITUAM, instancia con la que se planeó una reunión para presentar la propuesta de trabajo, formalizada mediante la carta que se puede encontrar en el Anexo 1., se estableció la pertinencia de la discusión propuesta para las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad (Comisión Mixta General de Higiene y Seguridad CMGHyS y Comisión Mixta de Unidad de Higiene y Seguridad CMUHyS).

³¹ Agradezco a las personas que me mediante un trabajo en red, no planeado, me ayudaron a materializar mi ingreso al SITUAM.

Seguidamente se acordó una reunión con los comisionados para conocer su opinión frente a la misma propuesta, estableciendo si el tema a discutir era una cuestión relevante y pertinente para ellos, considerando el objetivo de la investigación. En esta reunión se aclaró que el propósito de los encuentros era discutir el derecho a la salud de los trabajadores, a partir de su realidad y teniendo en cuenta su potencia como actores políticos.

Una vez el grupo estimó pertinente la discusión, viabilizó crear un espacio de encuentro, reuniéndonos los miércoles de cada semana. En el primer encuentro se explicó los alcances de la investigación, aclarando que la misma no implicaba riesgos o incomodidades que los afectara negativamente en su condición de participantes voluntarios. En la sesión siguiente se leyó y firmó el Formato de Consentimiento Informado que se puede revisar en el anexo 2.

4.1.2.2 Convocatoria y participantes

Que el grupo estuviera conformado por los comisionados de higiene y seguridad, representó una oportunidad no planeada que se valoró como relevante por los saberes que estas comisiones podían tener, de manera más específica, en relación con la salud de los trabajadores y la realización de este derecho para los trabajadores.

No obstante, la convocatoria fue abierta, no siendo exclusiva para los representantes sindicales. La misma se realizó de manera personal y a través de la

Secretaría de Previsión Social del SITUAM. También se diseñó una invitación para ser divulgada con ayuda de medios digitales:



Elaboración propia.

La participación oscilaba de tres (3) a once (11) personas por sesión. El grupo se caracterizó por mayor representatividad femenina. Siete (7) mujeres, cuatro (4) hombres. Cuyas edades estaban entre los 25 a los 66 años y su formación educativa, en el caso de los comisionados, a excepción de dos mujeres, no superaba el nivel técnico.

Además de los comisionados, participaron algunos trabajadores de la Secretaría de Previsión Social del SITUAM, una profesora de la UAM y compañera del diplomado en políticas públicas y, el Dr. Sergio López como invitado especial, quien auxilió al grupo en la formación sobre los planteamientos que sustentan el derecho a la salud.

Tabla 11. Caracterización de los participantes en los Foros.

PARTICIPACIÓN DE LOS COMISIONADOS EN LOS FOROS					
Unidades Universitarias	Comisión General de Higiene y Seguridad (CMGHyS)	Mixta	Comisión Unidad de Higiene y Seguridad (CMUHyS)	Mixta	de
Azcapotzalco UAM-A					
Cuajimalpa UAM-C					
Iztapalapa UAM-I					
Lerma UAM-L		3		4	
Xochimilco UAM-X					
Rectoría General					
CENDIS					

Elaboración propia.

Si bien se había acordado con el grupo realizar un encuentro los miércoles de cada semana al medio día, por motivos de actividades sindicales, la agenda fue modificada según lo prescrito, teniendo lugar a cinco (5) encuentros que abarcaron los meses de marzo a mayo.

Tabla 12. Cronograma final ejecutado.

Foros por El Derecho a la Salud de los Trabajadores: Reflexiones hacia una política pública que afirme la vida. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva DCSC / UAM-X Secretaria de Previsión Social Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana SITUAM Cronograma de Foros 2018		
FECHA	ACTIVIDAD	
MARZO	1	Reunión con la Secretaria de Previsión Social
	7	Reunión/foro con los comisionados
	28	Foro 1
ABRIL	11	Foro 2
	25	Foro 3
MAYO	2	Foro 4

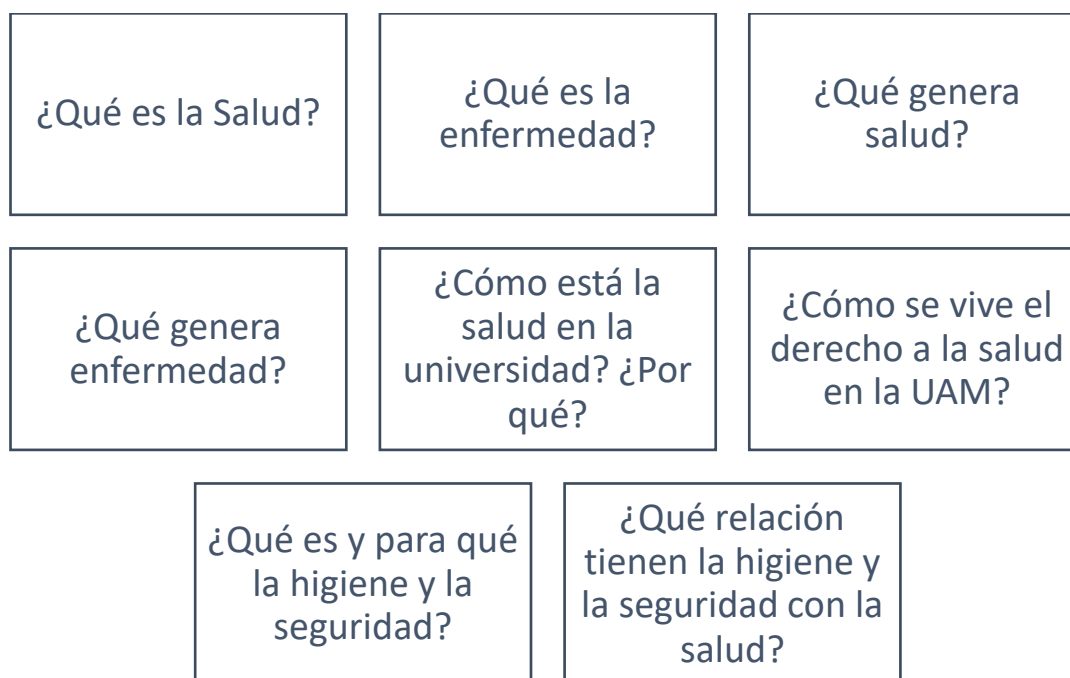
Elaboración propia.

4.1.2.3 La estrategia de los foros

Reuniéndonos en las instalaciones del SITUAM y con apoyo permanente de la Secretaria de Previsión Social, que suministró los recursos técnicos y logísticos, se realizaron 5 encuentros denominados “Foros por el Derecho a la Salud de los Trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida.

Para cada encuentro se diseñó una presentación en power point como herramienta pedagógica para abordar las variables de interés a partir de preguntas disparadoras. Durante el desarrollo de los foros surgían debates, preguntas y narraciones de casos de “los compañeros” – frase que los comisionados usan para referirse a los otros trabajadores”-. Todas estas colocaciones nutrían el diálogo en grupo y la reflexión sobre el derecho a la salud.

Ilustración 14. Preguntas disparadoras.



Elaboración propia.

Las participaciones de los comisionados muchas veces, sino la mayoría, rompieron el formato que se tenía previsto para los encuentros. Además de los aportes que surgían en el momento, los comisionados respondían positivamente a la indicación de pensar acerca del tema propuesto para la siguiente sesión, algunos hacían

pesquisas en internet con auxilio de sus familiares, como en el caso de un comisionado de adulto mayor, que su nivel de educación no sobrepasaba la formación media superior.

En este sentido los foros constituyeron un espacio encuentro de formación mutua, donde la articulación entre el conocimiento académico y el conocimiento de los trabajadores, a partir de su actividad, fue el camino que intentamos seguir, inspirados en el Groupe de Rencontre de Travail (GRT) como una modalidad del DD3P:

“Mas, o que é o GRT? Trata-se de uma modalidade de DD3P (Dispositivo Dinâmico a Três Polos) no sentido ergológico (SCHWARTZ, 2007). De um lado, a produção de conhecimento e, de outro, a organização social. Ao reunirmos saberes acadêmicos e saberes investidos da/na experiência, e dentro de um contexto social, político e cultural, encontramos-nos numa postura de DD3P” (SILVA, 2016, p. 84)

Así los foros como una postura del DD3P, funcionaron en sí mismos como un analizador de la realidad concreta, donde experiencia y conocimientos fueron invertidos para debatir el derecho a la salud de los trabajadores en el contexto de la UAM.

4.2 Meta IV. Rescatar la vida colectiva: Las narrativas.

Rescatar la vida colectiva a través de la memoria colectiva en relación con el derecho a la salud y recuperarla en la construcción de narrativas, considerando la actividad concreta de los comisionados constituyó un objetivo fundamental, toda vez que consideramos que la problemática del derecho a la salud no es una cuestión de responsabilidad individual sino una problemática colectiva por estar determinada por condiciones sociales que en muchos casos son inequitativas.

Considerando que en cada momento en el que tuvieron lugar los foros, los comisionados hacían uso del recurso de su memoria para manifestar como vivían el derecho a la salud, trayendo al presente sus experiencias pasadas, entendemos que este fue un ejercicio que no se redujo al medio para suministrar/obtener información para cumplir con el objeto de una investigación, sino que, significó el tránsito de lo singular a lo colectivo, es decir la construcción de una memoria colectiva, que trato de ser recuperada en las narrativas; pero que además habla de una vida que también transita de lo singular a lo colectivo, una vida colectiva que pretende ser rescatada en una sociedad capitalista que nos individualiza cada vez más con la intensificación de su lógica de la productividad.

En este sentido buscamos rescatar la memoria colectiva no sólo como un método para documentar y analizar los encuentros (foros), sino como una vía que permitiera visibilizar una problemática colectiva, pero a su vez evidenciar la potencia de la fuerza colectiva sobre la individual para la búsqueda de mejores condiciones de trabajo-vida, de salud.

En la lógica anterior, los encuentros fueron grabados, con previo consentimiento, a fin de rescatar información suficiente que permitiera la construcción de las memorias colectivas, es decir, de las narrativas que daban cuenta de las cuestiones tratadas en estos espacios de discusión/formación mutua. Las cuales fueron encaminadas para el grupo a fin de confirmar su sentido y propiciar el debate.

“Las conversaciones de estos encuentros, fueron releídas, repensadas y reescritas...transformándose en las narrativas que visibilizaron los desafíos de la actividad. El texto de la experiencia narrada fue titulado como memorias y enviado a cada uno... con el fin de autoconfrontar lo dicho. Este ejercicio se identificó como un dispositivo importante para dos cosas: primero, abrir el diálogo...con su propia actividad; segundo, conferir que el sentido de las narrativas construidas correspondiera al sentido que...habían atribuido en lo conversado sobre su actividad.” (D MARTÍNEZ, 2016).

Las narrativas que pueden ser consultadas en su versión completa en el anexo 3, son fuente importante para el análisis que se presentará en el siguiente capítulo, ellas subsidian el “incansable esfuerzo de leer” (OLIVEIRA, 2006, p. 57) la realidad del derecho a la salud de los trabajadores en este mundo globalizado.

El texto denominado “narrativas” fue escrito a manera de que una voz pudiera traer todas las voces de los participantes, tarea que se facilitó en la medida en que, en general, había consenso en los debates que surgieron; pero que no por ello dejó de ser un arduo desafío que fue retrabajado una y otra vez para obtener un texto final, el cuál fue dividido en tres apartados según las fechas en las que se realizaron los foros.

4.2.1 Análisis temático

Una vez construido el texto final de las narrativas, la pregunta que siguió fue ¿Cómo analizar la basta y rica información que en él estaban contenidas, de manera que el mismo proceso de análisis no dejara por afuera elementos significativos e importantes para el objeto de esta investigación?

En esta etapa del proceso de investigación fue muy significativa la asesoría recibida durante la estancia doctoral en el laboratorio de Psicología del Trabajo de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto FPCEUP, principalmente en cabeza de la Dra. Liliana Cunha y la Dra. Marianne Lacomblez.

A partir del retrabajo constante de las narrativas, y nuestra inspiración en el “thematic analysis in psychology” (BRAUN & CLARKE, 2006) intentamos un primer análisis buscando identificando y clasificando los temas relevantes.

Se dijo que los foros en sí mismos funcionaron como un dispositivo analizador, entonces el análisis temático de las narrativas tenía que dar cuenta a su vez, de los análisis que los propios trabajadores hicieron en cada uno de los encuentros, sobre el derecho a la salud.

Podemos ver a continuación el primer intento de análisis temático, donde se categorizó la información de la memoria colectiva del primer foro, con ayuda de una tabla y colores que permitían ubicar grandes grupos temáticos en el texto completo:

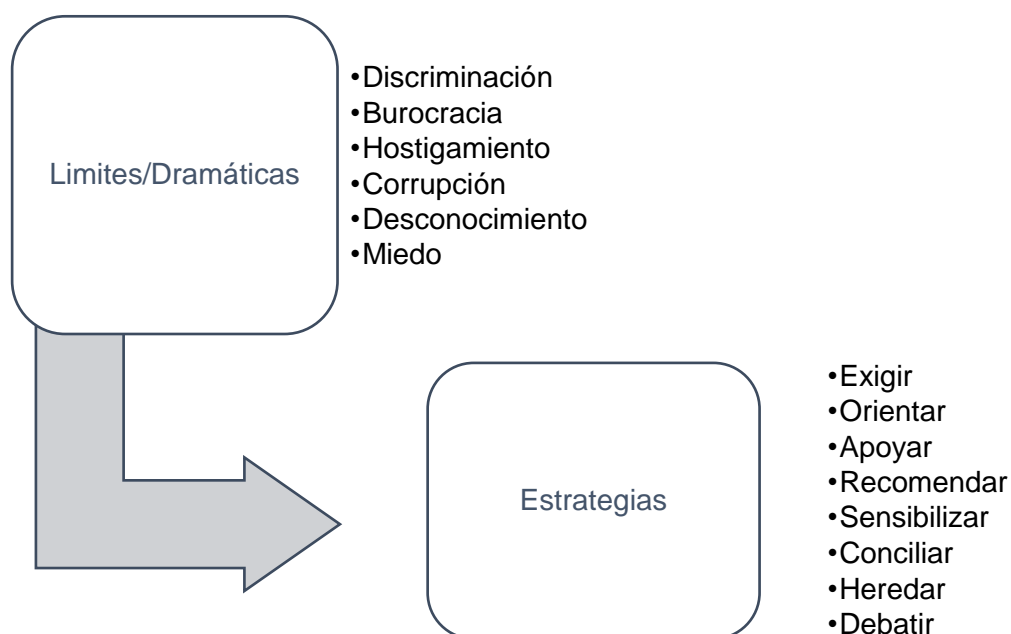
Tabla 13. Primer intento de análisis temático.

Salud y derecho a la salud		
Higiene y seguridad en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Acceso a la información - Distancia al lugar de trabajo - Salario 	Creemos que no hay un derecho a la salud de los trabajadores
Situación de Salud/Enfermedad en la UAM		
Hostigamiento	La salud no es una prioridad para los patrones	Ausentismo relacionado a lo psicosocial
Derechos vulnerados	Injusticias con uniformes e incapacidades	
Relación con Políticas Públicas		
Políticas que desprecian al humano	Si hay derechos, pero en el papel; en la realidad no es así	Deficiencias del acceso a la salud en (atención y calidad)
Su visión frente a sí mismos y el sindicato		
Límites	Motivaciones	Fortalezas del sindicato
Voz débil	Deseo de ayudar a la comunidad universitaria	Independiente
Miedo hacia la UAM, compañeros y Concejo General de Delegados (CGD).	Prevenir riesgos	Beneficios
	Cumplimiento de acuerdos	Contrato colectivo.
Poca información		
Necesidad de capacitación para orientar casos		

Elaboración propia.

Como se puede observar, esta codificación era bastante amplia y no recogía el análisis realizado por los comisionados en todos los foros. Entonces continuamos realizando varios intentos más, hasta que identificamos temas transversales que recogían las grandes problemáticas del derecho a la salud y lo que ellos hacían frente a estas situaciones problemáticas. Es decir, que daban cuenta de cómo los trabajadores vivían el derecho a la salud.

Tabla 14. Resultado final de análisis temático.



Elaboración propia.

En este análisis, identificamos seis situaciones (6) que impedían el ejercicio efectivo del derecho a la salud, las cuales codificamos como “límites” que daban cuenta de las “dramáticas de los usos de sí” (SCHWARTZ, 2007) y; a su vez, evidenciamos 8 acciones que eran empleadas por los trabajadores para hacer frente a los límites referidos, éstas las denominamos “estrategias”. Se puede decir entonces que, con

los trabajadores, identificamos cómo viven el derecho a la salud, a partir de los límites y las estrategias que demandan el ejercicio efectivo de este derecho.

Por lo anterior resulta pertinente explicar lo que entendemos por “dramáticas” -las dramáticas del uso de sí”-:

“Na origem, – um drama individual ou coletivo, a dramática do uso de si tem lugar quando ocorrem eventos que rompem os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida. Daí a necessidade de reagir, no sentido de tratar esses eventos, “fazer uso de si”. Ao mesmo tempo, isso produz novos eventos e, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas. A situação é, então, matriz de variabilidade, matriz de história* porque engendra outros possíveis em razão das escolhas a fazer (microescolhas) para tratar os eventos. A atividade aparece, então, como uma tensão, uma dramática” (DI RUZZA, et al., 2018, p. 16).

Los temas clasificados tanto en límites como en estrategias fueron fieles en todo momento a las propias palabras de los trabajadores; es decir, si se leen las narrativas, se puede evidenciar que estos son temas traídos en las propias palabras de los comisionados y no, palabras a las que recurrimos como investigadores para conseguir hacer el análisis temático; pero además, no se trata tan sólo de palabras, son temas que dan cuenta del análisis que los propios trabajadores iban haciendo sobre cómo ellos viven el derecho a la salud en México, específicamente en la UAM- considerándola como una institución inmersa en el sistema institucional que gestiona las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo; por eso nuestra apuesta por el diálogo entre lo macro y lo micro”

Capítulo 5 Así viven los trabajadores el derecho a la salud

Los hallazgos serán presentados en función al análisis temático descrito previamente; donde se identificaron algunos Límites (Discriminación, Burocracia, Hostigamiento, Corrupción, Desconocimiento y Miedo) y Dramáticas para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores; así como las Estrategias producidas por los comisionados para hacer que la actividad suceda (Exigir, Orientar, Apoyar, Recomendar, Sensibilizar, Conciliar, Heredar y Debatir). Creemos que estos elementos identificados no sólo afectan el ejercicio del derecho a la salud, sino que permiten vislumbrar los desafíos que ellos trazan para aportar a la reformulación de las políticas públicas. Se intenta hacer un somero resumen en la ilustración.

Antes de presentar estos hallazgos creemos que otro hallazgo importante es que, aunque los comisionados relacionan el derecho a la salud principalmente con el acceso a los servicios de salud, también lo relacionaron con algunos de los derechos propuestos por el modelo de la salud colectiva, como se observa en la siguiente ilustración:

Ilustración 15. Comparativo entre el Modelo del Derecho a la Salud de la SC y el Derecho a la Salud de los Trabajadores según los comisionados.

Derecho a la Salud Modelo de la Salud Colectiva	Derecho a la Salud de los Trabajadores Vivencias de los Comisionados
Derecho a la Alimentación	Derecho a la Alimentación
Derecho a la Educación	Derecho a la Educación
Derecho al Trabajo Digno	Derecho a la Higiene y la Seguridad en el trabajo y al Salario
Derecho a la Vivienda Adecuada	Derecho a la Vivienda Adecuada
Derecho a la Seguridad Social	Derecho a la Seguridad Social
	Derecho a la Movilidad
	<u>Derecho a la Protección de la Salud</u>

Elaboración propia.

Los derechos a la alimentación, educación, vivienda y seguridad social son coincidentes con los propuestos con el modelo de la salud colectiva. Los comisionados no mencionan como tal el derecho al trabajo digno, pero en su lugar mencionan el derecho a la higiene y la seguridad en el trabajo y al salario. Además, mencionan las dificultades del trayecto casa trabajo y viceversa, que hemos clasificado como derecho a la movilidad. Se hace referencia al Derecho a la Salud de los Trabajadores sobre todo en relación con el Derecho a la Protección de la Salud.

Ilustración 16. Resultados Así viven los trabajadores el derecho a la salud.

Así viven los trabajadores el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas de seguridad y salud en el trabajo, partir de la actividad de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad			
LIMITES	DRAMÁTICAS		ESTRATEGIAS
	Actores	Comisión	
Discriminación	Trabajadores Temporales: Dificultades para la sustitución de Uniformes y bajas intermitentes del ISSSTE.	Discrepancias entre comisionados representación sindical (RS) y representación Universidad (RU).	Exigir
	Trabajadores de Intendencia: Preconcepto por parte del servicio médico UAM.		
Burocracia	UAM: Impedimentos a recomendaciones de recorridos de verificación.	Dificultad para el reconocimiento de su voz como comisionados.	Orientar – Apoyar y Recomendar
	ISSSTE: Calidad y oportunidad reducida en la atención para enfermedad común y riesgos de trabajo.		

Hostigamiento	Caso de trabajadora que renuncia por dificultad de conciliar el trabajo con su enfermedad común.	Dificultad para actuar por la misma burocracia.	Sensibilizar Conciliar
Corrupción	Gobierno: falta de transparencia presupuestal. Privados: mercantilización de la salud. Trabajadores: Casos de simulación de incapacidad.	Tensión entre el rol como representante sindical y los propios valores.	Recomendar
Desconocimiento	Estructural: Reformas que no son socializadas con los trabajadores. Trabajadores: Falta de educación en salud.	Falta de profesionalización de los comisionados. Requieren educación en salud y solución de conflictos.	Heredar

Miedo	CGD (Concejo General de Delegados):	No pueden expresar necesidades de conocimiento.	Debatir
	Censuran la falta de conocimiento de los comisionados.		
	Sector Salud:	Dificultad para que su voz sea escuchada en el ISSSTE.	
	Miedo de los trabajadores para reclamar por la atención y negligencias médicas.		
	UAM	Dudas de los comisionados por las garantías sindicales.	
	Trabajadores	descalifican y sancionan el trabajo de los comisionados.	

Elaboración propia.

5.1 Discriminación “*pues ya te di tus zapatos 7 y no te los cambio porque eres temporal*”

El subtítulo de este apartado, como el de los siguientes, corresponde a un extracto de las narrativas que fueron construidas. En esta oportunidad los comisionados estaban hablando sobre algunas de las omisiones en las que incurre la Universidad frente al ejercicio del Derecho a la Salud y las consecuencias de ello para los trabajadores:

“Tenemos el ejemplo de un trabajador que entró de manera temporal, dijo yo soy del número 7, le dieron sus zapatos y no le quedaron, en realidad eran como 6, y la universidad le dice pues ya te di tus zapatos 7 y no te los cambio porque eres temporal. Cosas así son las omisiones. Entonces el trabajador se cuestiona ¿y si me llega a pasar algo y no traigo mis zapatos?, luego pregunta ¿no tienen unos zapatos que me presten mientras? Nosotros le decimos no hay zapatos en préstamo, y hay modelos que los hacen exclusivamente para las empresas, ese modelo no se puede comprar a parte en una zapatería. Hay cositas así donde la Universidad es muy necia y no tiene sentido común” (NARRATIVAS, 2018).

Durante los encuentros se evidenció que en la Universidad existen algunas prácticas de discriminación que limitan el ejercicio del derecho a la salud. Estas prácticas se expresan según el tipo de contratación (trabajadores temporales) y según la actividad de trabajo (trabajadores del comedor e intendencia).

“No debe haber discriminación para el derecho a la salud y sin embargo es lo que más impera. Derecho a la salud, pues si lo hay, pero aquí lo que cuenta es la calidad con la que nos dan el derecho a la salud; la Universidad no lo niega, aunque la Universidad también discrimina. A una compañera médica del departamento de servicios médicos, su jefa le dijo, nada más te voy a hacer un comentario, a los que vengan del comedor o de intendencia no les creas mucho, porque ellos siempre están enfermos, ellos siempre van a querer venir aquí. O sea, su comentario fue como etiquetando a los trabajadores del comedor y de limpieza, pero yo me imagino que ellos ocupan mucho el servicio por lo mismo, porque es un trabajo más pesado, son áreas de cocina; ellos deben decir, me presento al trabajo, pero si me siento mal voy al servicio médico. Y ahí las tienen acostadas por la presión o la diabetes. Son trabajadores de edad mayor, aunque ahora hay más jóvenes. A veces, cuando el personal de intendencia requiere medicamentos

costosos, en el servicio médico les arman el tratamiento con puras muestras gratis” (NARRATIVAS, 2018).

En este sentido se entiende que el ejercicio del derecho a la salud depende del “estatus”. Cabe mencionar que el ejercicio de este derecho en la UAM no está aislado del funcionamiento del sistema institucional que implementa las políticas públicas para la seguridad y la salud en el trabajo. Así pues, la UAM como local de trabajo, constituye tan sólo uno de los actores dentro de este gran sistema, que interactúa con instituciones de la seguridad social, llámese ISSSTE, con el Gobierno y con el sector privado como las aseguradoras. Esto permite entender por qué al hablar del ejercicio del derecho a la salud, los trabajadores se refirieron no sólo a lo que sucede al interior de la UAM, sino también al exterior de ella.

Comprendiendo esto, la UAM como un local de trabajo, como una pieza de este gran rompecabezas institucional, nos permitimos dialogar con los trabajadores en ese ir y venir desde y hacia la UAM, condición indispensable para conocer cómo viven el derecho a la salud dentro de este sistema. En este sentido, los comisionados discuten lo que sucede con una prestación que ellos tienen denominada Gastos Médicos Mayores:

“Ese es otro de los derechos que tenemos en la UAM como trabajadores, pero no todo el mundo tiene derecho a esto porque, aunque todos somos trabajadores de la UAM, los estatus son diferentes. Por ejemplo, un académico, él sí puede. La calidad depende de mí estatus económico. Si yo soy de intendencia y con un salario muy bajo, pues tengo derecho, pero no puedo pagar un seguro de 60 u 80 mil pesos. En cambio, una persona con su categoría más elevada, se supone que académicos, personal de confianza, que sus salarios son más generosos, pudieran tener accesibilidad a ese tipo de servicio médico. Nosotros nos tendríamos que ir a los servicios de niveles más bajos, las farmacias similares, por ejemplo. Tenemos accesibilidad, pero con una calidad más baja, o sea hay calidades. Hay quien dice, con 30 pesos yo me voy a similares. En cambio, tú, rectora de la unidad no te vas a una (farmacia) similares. Todos tenemos derecho a la salud en la UAM, no hay discriminación

en ese aspecto, pero sí hay calidades; a unos se les atenderá con mayor calidad y a otros con menor, y eso depende de mí estatus” (NARRATIVAS, 2018).

Podríamos preguntarnos entonces, ¿lo que refieren los comisionados es que el ejercicio del derecho a la salud depende de la clase social a la que pertenecemos? pero ¿acaso la salud no es un derecho humano? ¿cómo hacer para que el ejercicio de este derecho humano no dependa de si fuiste contratado como trabajador de base o trabajador temporal, o si tu trabajo se trata impartir clases en un salón o de limpiar este mismo salón una vez que finaliza la clase?

Nos encontramos entonces ante prácticas que nos dicen que el ejercicio de nuestros derechos depende de nuestro estatus:

“(...) situações que revelam discriminação, desrespeito, indiferença e mesmo desvalorização da condição humana do trabalhador. Tudo isso numa espécie de escala valorativa de grau de humanidade do trabalhador, na qual alguns direitos são atribuídos, como o de proteção à saúde, por exemplo, a depender da modalidade de vínculo. Como se o direito à saúde no trabalho não fosse um atributo do trabalhador de maneira geral, mas, sim, de alguns trabalhadores, cuja posição na hierarquia dos vínculos lhes garantisse um acesso diferenciado a esse e a outros direitos” (BASTOS, 2019, p. 71).

De esta manera vemos cómo las políticas públicas y las prácticas institucionales están atravesadas por la inequidad social, como refieren los comisionados al traer a la memoria colectiva un problema que están teniendo, nuevamente con los trabajadores temporales, al ser dados de baja del ISSSTE antes de terminar su contrato y quedar desamparados por el sistema de seguridad social:

“Estar dado de baja es estar sin servicio médico. Este era el caso de ese trabajador temporal. Anteriormente, a los temporales los ingresaban al servicio del ISSSTE a partir de que entraban a laborar y se les quitaba el servicio dos o tres meses después. Tenerlos en el ISSSTE genera cobro a la UAM. Entonces los dan de baja cuando se acaba su contrato. Este es un problema que tenemos

que hablar como comisión, tanto general como unidad, porque ya no nos respetan el tiempo de los tres meses, se acaba la prestación del ISSSTE antes de que se termine tu contrato. Esto pasa un poco por el ISSSTE y por la Universidad” (NARRATIVAS, 2018).

El trato diferenciado frente a trabajadores de base y quienes son contratados de manera temporal se evidencia en el acceso a la ropa de trabajo y elementos de protección personal y el acceso a los servicios de salud.

“Esos problemas generalmente suceden con los temporales, nosotros que somos de base no nos quejamos de eso porque nos dan todo. Ellos son a quienes les dan de baja del ISSSTE y no les cambian sus uniformes. Entonces hay que separar, no hay igualdad; el derecho a la salud no es igual para trabajadores temporales que para trabajadores de base” (NARRATIVAS, 2018).

Los comisionados también evidencian que, en este aspecto, el incumplimiento por parte de la UAM afecta a los trabajadores de base:

“A nosotros los de base nos cambian los implementos, pero a veces se demoran, y por eso hemos tenido problemas. Esto no debería ser porque la Universidad siempre ha contado con un stock, justamente para que en el momento que se necesite, cambiarlos. Pero la Universidad no cuida a sus propios trabajadores, porque ya no tiene ese stock. Cuando hemos necesitado dicen, déjame lo consigo en otra unidad. Y así nos podemos pasar dos semanas. En lo que el representante de la universidad lo puede conseguir. Entonces ellos mismos están mermando nuestro derecho a la salud” (NARRATIVAS, 2018).

5.1.1 De las dramáticas a las estrategias: Exigir “a halones y estirones”

Hemos descrito cómo la discriminación constituye uno de los elementos que limitan el derecho a la salud de los trabajadores. Mencionamos las prácticas de discriminación que se presentan, sobre todo con los trabajadores temporales al momento de solicitar la sustitución de sus elementos de protección y uniformes.

Ahora veremos cuáles son las dramáticas y estrategias en la actividad de los comisionados frente a este límite. Nos aproximaremos un poco más a la actividad de los comisionados con relación al Acuerdo sobre la dotación y uso de la ropa de trabajo y equipo de protección personal y general (SITUAM, 2015). ¿Por qué? Porque identificamos que, dentro de las facultades que tienen atribuidas los comisionados en su trabajo prescrito, la dotación y las incapacidades corresponden a las tareas que mayor atención, e incluso mayor sufrimiento les demanda. Las dramáticas y estrategias en la actividad de trabajo referidas a la tarea de las incapacidades, las abordaremos en el apartado de burocracia.

Se evidencia que, aunque la labor de las comisiones es buscar la mejora de las condiciones de trabajo y prevenir los riesgos, dentro de la misma comisión hay discrepancias entre las partes involucradas:

“Una compañera estaba pidiendo cambio de guantes, le dije que sí, que pasara a la comisión para que se dictaminara. Ella ya había pasado y mi contraparte le dijo que no porque se los acabo de cambiar en enero. Y yo le digo ¿Y qué? Si se te acaba cuantas veces en el año se te tenga que cambiar el implemento se te tiene que cambiar. La compañera es de biblioteca, entonces ellos manipulan muchos libros y dentro de sus implementos están los guantes, precisamente para que no tengan problemas con su salud. Si ella tiene los guantes rotos y llega un hongo a su piel, ella es quien sufre las consecuencias. Mi contraparte generalmente es no, no y no” (NARRATIVAS, 2018).

Como se evidencia, estas discrepancias entre los miembros de la representación sindical y representación universidad, constituyen una lucha de poderes, donde los valores juegan un papel fundamental. Este microespacio parece ser el reflejo de lo que sucede al nivel macro en la arena política del Estado, los intereses de unos y otros en un debate constante de valores.

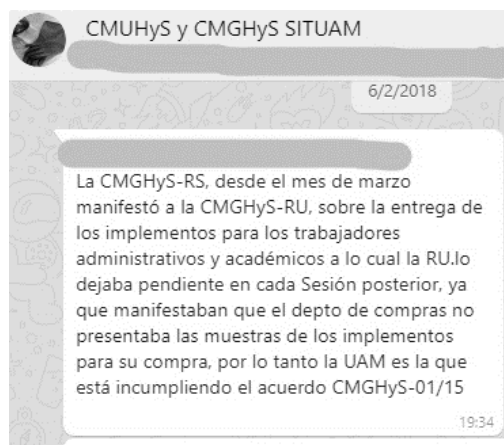
Como se evidencia esta es una dramática que viven los comisionados para dar cumplimiento a las normas antecedentes y al trabajo prescrito que regulan su actividad. Lo que significa que los comisionados representación sindical, se ven convocados a administrar esta discrepancia de pareceres creando diversas estrategias que podríamos nombrar con sus propias palabras de “halones y estirones”.

“En otras unidades hacen el cambio de implementos, pero ha costado mucho trabajo porque dicen que ya en mayo les dan sus uniformes, pero, así como van, no creemos que sea en mayo porque están atrasados en este procedimiento. Finalmente, si me han hecho los cambios, pero a halones y estirones” (NARRATIVAS, 2018).

Según lo estipulado en la cláusula 1 del Acuerdo CMGHyS-01/15, “la Universidad Autónoma Metropolitana proporcionará durante el mes de mayo de cada año, la ropa y equipo de protección de higiene y seguridad con las características y cantidades acordadas” (SITUAM, 2015). Justamente el incumplimiento de este acuerdo requirió que los Foros que estábamos llevando a cabo, llegaran a su término, toda vez que esta situación demandaba la actividad sindical de los comisionados.

Entre las estrategias de los comisionados se evidenció la elaboración de oficios con destino a la Universidad, manifestando su preocupación por el posible incumplimiento con el acuerdo señalado, como se puede evidenciar en el anexo 4; pero las estrategias empleadas por los comisionados comienzan por negociar con la contraparte; es decir, la comunicación constante entre la representación Sindical (RS) y la Representación Universidad (RU) constituye una estrategia fundamental:

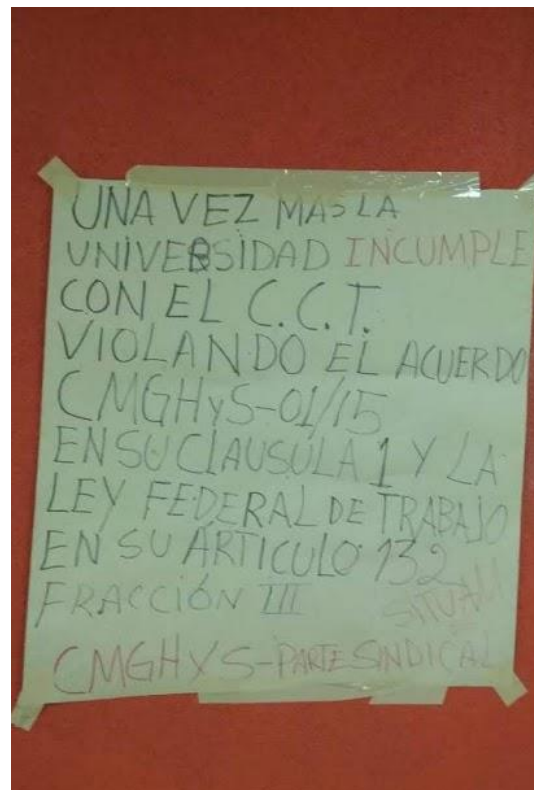
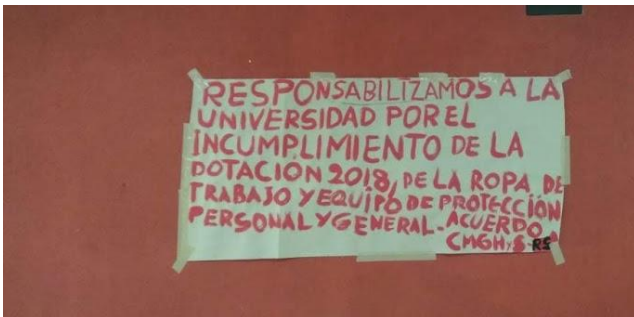
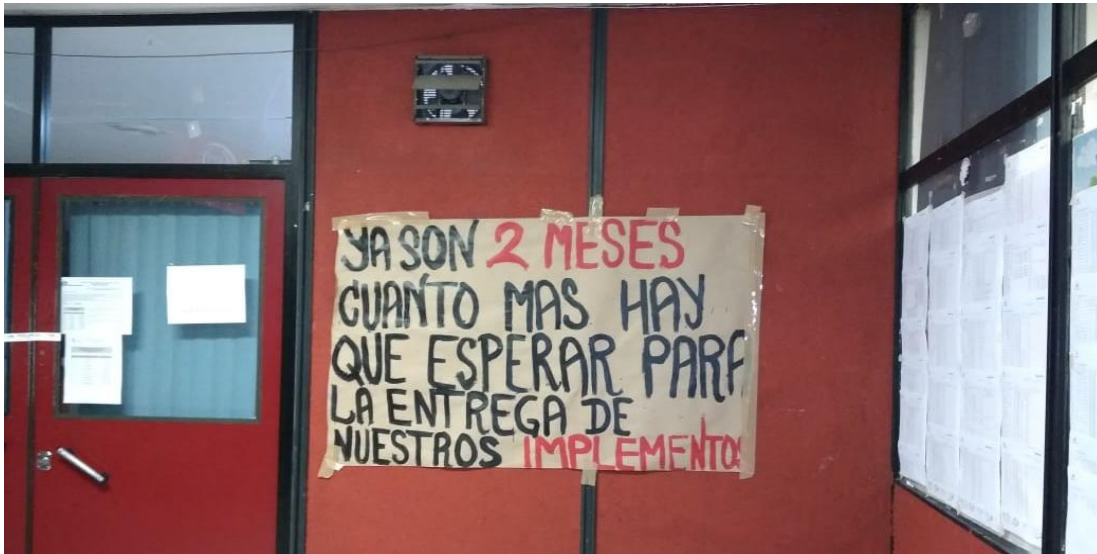
Ilustración 17. Chat Incumplimiento acuerdo 01/15



Fuente: WhatsApp CMUHyS y CMGHyS (Representación Sindical).

Efectivamente la universidad no cumplió con la entrega de uniformes en mayo como estaba estipulado en el acuerdo 01/15 y, para el mes de junio de 2018 fue visible la manifestación pública a través de carteles que denunciaban dicho incumplimiento.

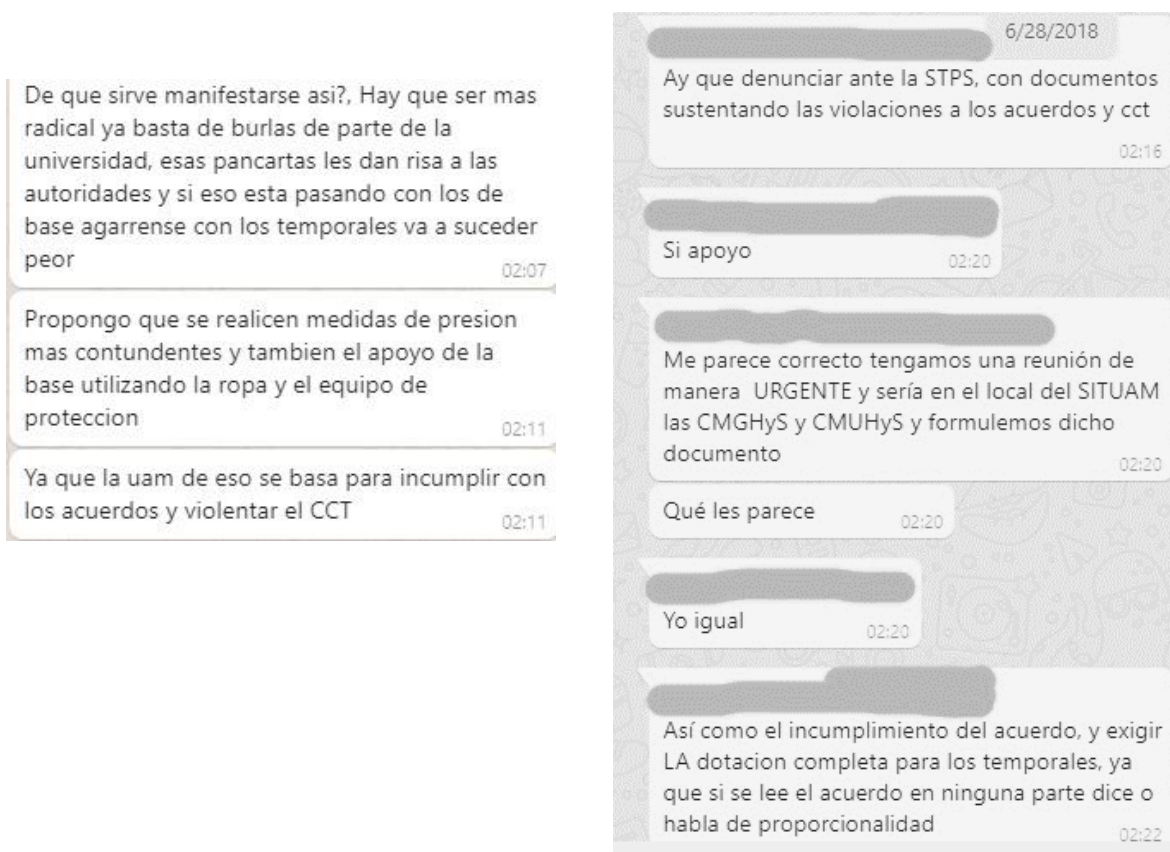
Ilustración 18. Pancartas Incumplimiento Acuerdo 01/15



Fuente: WhatsApp CMUHyS y CMGHyS (Representación Sindical).

En esta era de la información, el uso de herramientas tecnológicas constituye una estrategia ineludible, de la que por supuesto, la organización sindical no escapa. El uso de la aplicación de mensajería de whatsapp facilitó establecer las estrategias a seguir frente al incumplimiento del Acuerdo 01/15:

Ilustración 19. Uso del WhatsApp en la actividad.



Fuente: WhatsApp CMUHyS y CMGHyS (Representación Sindical).

Así mismo las redes sociales como Facebook facilitan la comunicación entre los trabajadores frente a la evolución de la situación en curso y las estrategias de acción colectiva:


Ilustración 20. Panfleto virtual por incumplimiento de la UAM con el Acuerdo 01/15

Incumplimiento al acuerdo CMGHyS 01/15

Relacionado a la entrega de ropa de trabajo de uso personal y general.


¿Qué esta pasando?

La universidad violenta el acuerdo CMGHyS 01/15 en su clausula 1 donde establece que la entrega de ropa y equipo de protección de uso personal y general tiene que ser entregada en el mes de mayo.



¿Cómo nos pega a los trabajadores?


Al no tener los implementos en buen estado y que cumpla su función se pone en riesgo la integridad física de los trabajadores ya que se expone al trabajador en el uso de líquidos, electricidad, etc; según el trabajo para el cual fue contratado y así desempeñar sus funciones de manera adecuada y segura.




¿Qué debería de hacer el sindicato?

Exigir a la universidad que cumpla con los acuerdos bilaterales firmados y no permitir que la universidad escuse y pretenda desvirtuar el incumplimiento, justificándose diciendo que la comisión no quiso revisar las muestras de dichos implementos, debido a que la universidad no cumplió con el acuerdo antes mencionado y el acuerdo verbal que se hizo el 13 de diciembre de 2013 donde se estableció por el Secretario General de la UAM que por lo nuevos procedimientos del RADOBIS y el monto económico que esta destinado a esa compra, se realizaría por licitación pública. Y hacer cumplir a la universidad con lo estipulado en el CCT vigente, la Ley Federal del Trabajo y los acuerdos bilaterales.

Así mismo exigir a la Universidad que los implementos cumplan con las características específicas del acuerdo y la calidad idónea de los implementos.

PÁGINA WEB
 <http://tallerformacionsindical.esy.es/>

FACEBOOK
 <https://www.facebook.com/encuentrodeformacionsindical/>

powered by
PIKTOCHART

Fuente:

<https://www.facebook.com/encuentrodeformacionsindical/photos/a.1151486328220868/16>

[99567743412721/?type=1&theater](https://www.facebook.com/encuentrodeformacionsindical/photos/a.1151486328220868/1699567743412721/?type=1&theater)

A finales de junio de 2018 la CMGHyS representación sindical encaminó una protesta escrita a las autoridades de la UAM, frente al incumplimiento del Acuerdo 01/15, como se puede evidenciar en el anexo 5. No pudimos acompañar más el trabajo de la comisión porque en Julio de ese año ingresó el nuevo Comité Ejecutivo del SITUAM, lo que significó el fin de actividades de la mayoría de los trabajadores como representantes ante las comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad.

Como se puede observar, son diversas las estrategias y recursos utilizados por los comisionados a la representación sindical para hacer frente a los incumplimientos de la UAM frente a las disposiciones de seguridad y salud en el trabajo. Todas estas estrategias las incluimos en la categoría “exigir” teniendo en cuenta las mismas palabras de los comisionados:

“¿Cuál es el trabajo de nosotros? Exigir a la autoridad que esos acuerdos sean cumplidos; por ejemplo, implementos de trabajo: si yo tengo que utilizar un pantalón y una camisola de acuerdo a las fichas técnicas del implemento, entonces nosotros tenemos que exigirle a la universidad, ¿sabes qué? estás son las características del implemento que le tienes que dar a X cantidad de trabajadores; y ellos dicen no, espérate, lo que pasa es que esto está muy caro, pero que te parece si le damos este, porque ese vale 1 peso y este vale 50 centavos. Entonces la universidad trata de optimizar gastos, y al optimizarlos, la calidad de los implementos es inferior a lo que está acordado. Entonces identificamos que los valores son diferentes; para la universidad, optimizar gastos y, para los trabajadores, que las condiciones sean las más adecuadas para su seguridad, para la mejor realización de las actividades de los trabajadores. Teniendo una buena higiene en su centro de trabajo y salud, ellos tendrán mejor desempeño en sus actividades” (NARRATIVAS, 2018).

5.2 Burocracia “fuiste al ISSSTE y te pudriste”

La burocracia como impedimento para el ejercicio del derecho a la salud es tanto en los procesos internos de la UAM como en los procesos del ISSSTE, procesos que pueden afectar de manera positiva o negativa la salud de los trabajadores.

¿Quien no se acuerda del sismo del 19 de septiembre de 2017 (19S)³² que cobró la vida de cientos de personas y la relativa tranquilidad de quienes habitamos en México? Como es de imaginar, después de una tragedia como esta, viene un análisis de las autoridades para evaluar los daños y las generar las acciones correctivas y preventivas derivadas. Según mencionan los comisionados de higiene a la fecha de los encuentros había acciones que no habían podido ser implementadas por culpa de la burocracia al interior de la UAM.

“a veces no se pueden tener las condiciones de higiene y seguridad en determinadas áreas porque la burocracia interfiere con el cumplimiento de las actividades de la comisión. Por ejemplo, en los recorridos que hemos hecho después del sismo del 19 de septiembre, vemos que hay maquinas, equipos o elementos que no se usan y obstaculizan el paso, pero no los pueden reubicar porque tienen que pedir permisos y es un trámite demorado” (NARRATIVAS, 2018).

¿Qué sentido tiene que la comisión haga unos “recorridos de verificación” de las condiciones de higiene y seguridad si las recomendaciones derivadas de los mismos no se van a ejecutar por cuestiones burocráticas?

³² Este evento fue conocido a nivel internacional como lo reporta la BBC <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45544734>

¿Que son los recorridos de verificación? Según la Norma Oficial Mexicana 019 son “las revisiones que realiza la comisión en el centro trabajo para identificar agentes, condiciones peligrosas o inseguras y actos inseguros; investigar las causas de los accidentes y enfermedades de trabajo; proponer medidas para prevenirlos, así como vigilar su cumplimiento” (MÉXICO, 2011)

Adicionalmente constituye una de las obligaciones del patrón “atender y dar seguimiento a las medidas propuestas por la comisión para prevenir los riesgos de trabajo, de acuerdo con los resultados de las actas de los recorridos de verificación” [...] (MÉXICO, 2011). Entonces, sería interesante comprender ¿Cómo es que la burocracia logra prevalecer sobre el interés colectivo que incluso es de carácter legal, como en este caso?

Tal vez pensemos que un elemento que obstaculiza el paso no afecta considerablemente a nadie y nos podemos adaptar a convivir con él, naturalizando su inoportuna presencia, pero en el caso de un evento natural como el del 19S que, por obvias razones, todos esperamos que no se repita, la reubicación de estos elementos puede hacer toda la diferencia en el momento de evacuación. Hemos visto que han realizado simulacros de evacuación, pero ¿De que serviría esta capacitación si el paso no se encuentra libre de obstáculos?, como lo identificaron los comisionados en sus recorridos de verificación.

Como estudiante de la UAM tuve oportunidad de recibir clase de idiomas en la Unidad Xochimilco. El salón estaba más lleno de sillas que de alumnos. Era evidente que una evacuación no se facilitaría en esas condiciones. Cuando fui a comentarle mi preocupación a la coordinación responsable, la solución fue que, si el profesor

del salón continuo estaba de acuerdo, me autorizaba trasladar las sillas allí. Me pareció que la solución que se planteó era algo similar a trasladar el problema. Imagino que seguramente esa fue la solución más rápida porque tal vez pedir una reubicación de las sillas al sector de mantenimiento era un trámite demorado, como saben los comisionados.

Frente a este límite que impone la burocracia al interior de la UAM para que las recomendaciones de los comisionados se lleven a cabo, se evidencia una dramática de la actividad de los comisionados que es percibida por ellos mismos:

“Creemos que existen algunas problemáticas al interior de la UAM, pero tenemos ciertas dificultades para que se reconozca nuestra voz como comisionados de Higiene y Seguridad” (NARRATIVAS, 2018).

Ahora veamos cómo la burocracia al interior de la UAM dialoga con la burocracia del ISSSTE. Los comisionados refieren una constante insatisfacción frente a la prestación de los servicios de salud por parte del ISSSTE, manifestando que la calidad y la oportunidad de éstos se ve reducida por cuestiones burocráticas.

Las consecuencias negativas para la salud que viven los trabajadores por cuenta de la burocracia es tan real, que se vieron obligados a realizar un acuerdo interno con la UAM, para responder al problema del cual era incapaz de responder el ISSSTE:

“derivado de esa burocracia, se ganó un acuerdo que se llama Acuerdo 02/79, porque se hizo en el año 1979. Se pactó con la Universidad que en función de que los trabajadores no perdieran el tiempo y por el mal trato que se les da en la institución de salud pública, podían tener sus reposos para mejorar la salud a través de una receta de médico particular” (NARRATIVAS, 2018).

La insatisfacción con la prestación de los servicios de salud no se reduce sólo al ISSSTE, sino a las demás instituciones de salud a las que como trabajadores han tenido acceso:

“Ante esta mala atención del ISSSTE es que surge el acuerdo 02/79, porque cada día dan las citas más lejanas en el tiempo. Si uno tiene un padecimiento se demora en ser atendido [...] Efectivamente los servicios IMSS, ISSSTE y de Gobierno forman un cuadro básico para atender enfermedades. Son cuadros básicos, lo otro lo tiene que comprar el trabajador. Hemos hecho uso de estas dos instituciones. Han sido nuestras experiencias y por eso las compartimos. Es una cuestión crítica la de los centros de salud” (NARRATIVAS, 2018).

Esta situación de la ineficiencia en materia de la prestación de servicios de salud, por parte de las instituciones públicas de la seguridad social, relacionada a prácticas burocráticas, parece agudizarse cuando se trata de enfermedades y accidentes de trabajo; es decir, los que la Norma Oficial Mexicana 019 denomina riesgos de trabajo:

“La tramitología es un “plan con maña”, porque para que un riesgo de trabajo lo dictaminen como positivo o favorable para el trabajador pueden pasar tres años, en tres años esa enfermedad me puede mermar mi salud y “ya no llegué” y ya nada más me pagan mi marcha fúnebre y lo que me toca por ley y adiós; ahí se ahorraron un dinero. Por eso es el dicho que tenemos “fuiste al ISSSTE y te pudriste” es como una broma, pero describe lo que pasa, que se te tardan mucho” (NARRATIVAS, 2018).

La Ley del ISSSTE (MÉXICO, 2019A) en su capítulo V establece el seguro de riesgos de trabajo para los trabajadores, considerando las enfermedades como aquellas que definan las leyes del trabajo (básicamente la LFT según Art. 476) y los accidentes como:

“toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, la muerte o la desaparición derivada de un acto delincuencia, producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste, así como aquéllos que ocurran al

Trabajador al trasladarse directamente de su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa” (MÉXICO, 2019A).

Así mismo en el artículo 58 se expresa que la calificación de estos riesgos será responsabilidad de este Instituto de acuerdo con el Reglamento; y en sus artículos 61 y 62 establece cuáles son las prestaciones en especie (asistenciales) y en dinero (económicas) a las que tienen derecho los trabajadores en caso de riesgos de trabajo.

Pero veamos qué dicen los trabajadores respecto al Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores, que “tiene por objeto regular el proceso de dictaminación de medicina del trabajo, simplificando sus distintas etapas, para que ésta sea ágil, oportuna, ordenada, eficiente y eficaz” (MÉXICO, 2017):

“¡Ah!, recordemos que ya no se llama enfermedad profesional, se llama probable riesgo de trabajo. Es lo que está manejando el ISSSTE. O sea, ya no es un accidente profesional como antes se llevaba, esto es más burocracia, pero, además, ahí se están deslindando con la palabra probable, era mejor como estaba antes, probable es ambiguo; o sea, no se considera ni el accidente, ni la enfermedad profesional, sólo el probable riesgo de trabajo. Comprobar el accidente o enfermedad profesional es un largo trámite burocrático. ¿Sabes cuantos formatos de Probable Riesgo de Trabajo (RTs) debes tramitar para comprobarlo? Nueve (9)” (NARRATIVAS, 2018).

Según lo narrado por los trabajadores la “tramitología” y la ambigüedad de la palabra “probable” dan cuenta de lo que ellos llaman un “plan con maña”, es decir, con la intención de que los trabajadores no puedan ejercer su derecho a la salud, en términos del acceso a las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de los riesgos de trabajo.

5.2.1 De las dramáticas a las estrategias: Orientar, Apoyar y Recomendar “con papel en mano”

Habíamos mencionado que una de las tareas que más demandan la atención de los comisionados, junto con el tema de los elementos de protección, tiene que ver con las incapacidades. Veremos entonces cuáles son las estrategias de los comisionados frente a las dramáticas que encontramos. Nos aproximaremos a la actividad de los comisionados en dos situaciones concretas: primero, cuando el trabajador está siendo atendido por el ISSSTE y segundo, cuando el trabajador acude a los servicios médicos particulares.

Veamos entonces en qué consiste la actividad de los comisionados frente a los casos para dictaminación de riesgo de trabajo, considerando el Reglamento existente del ISSSTE:

“¿Qué hace la comisión? Nada más yo como trabajador le entrego a la comisión toda la documentación para que ellos a su vez lo hagan extensivo a la institución. Nosotros tenemos el RT1, es lo que se llena cuando la Universidad da aviso al ISSSTE y a la comisión nos notifican de que ya dieron aviso. Pero después de ahí es responsabilidad del trabajador estar haciendo todo el papeleo. Muchos se desesperan y se cansan, bueno a todos nos da flojera y más a ellos. Y algunos quisieran que nosotros les hiciéramos las cosas, culpan a veces al comisionado. Hasta que le explicamos que los podemos apoyar y acompañar, pero no lo podemos hacer por ellos” (NARRATIVAS, 2018).

El Formato RT-01, al que se refieren los comisionados, es un documento oficial del ISSSTE llamado Formato de solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo³³, “por medio del cual se inicia formalmente el trámite en la Subdelegación de

³³ El RT-01 está disponible en la página oficial del ISSSTE.

<http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/prevencion-riesgos-trabajo/FORMATOS%20T-01.pdf>

Prestaciones correspondiente, para el reconocimiento de un probable riesgo del trabajo” (MÉXICO, 2017C).

“El RT01 lo hace el servicio médico con la jefatura. La jefatura da aviso a la UAM, a la secretaria general, diciendo que hubo un probable accidente de trabajo; la UAM a su vez, le avisa al ISSSTE que su trabajador sufrió un probable accidente de trabajo, entonces la jefatura hace el primer reporte, le da el expediente al trabajador para que vaya al ISSSTE y ya el ISSSTE hace el seguimiento. Los demás requisitos, son una serie de documentos entre recursos humanos, la jefatura, etc. El trabajador te dice consígueme estos papeles y tienes que estarte moviendo con las autoridades necesarias para que él vaya adquiriendo su expediente, así se puede apoyar al trabajador” (NARRATIVAS, 2018).

Al parecer la dramática del trabajador que padeció un riesgo de trabajo y se ve enfrentado a todo el aparato burocrático para exigir la dictaminación respectiva, es algo que también atraviesa la actividad de los comisionados, quienes orientan y apoyan a los trabajadores, pero a veces, parecen no satisfacer las expectativas de algunos de ellos:

“Se pueden apoyar y orientar, pero, por ejemplo, hay un compañero que quiere que todo le hagamos, el RT-01, el RT-02, el RT-03 etc. Ya le dijimos que no. Entonces ya ha llegado hasta a ofendernos. Le explicamos que es algo personal y que nada más el RT-01 es nuestra obligación. Yo como trabajador tengo la obligación de dar el seguimiento a que se haga toda la tramitología para que se llegue al RT-09 y se me dé un dictamen médico derivado de ese riesgo de trabajo, para que yo pueda exigirle a la institución, según dice la cláusula 72 del Contrato Colectivo de Trabajo, la reducción de funciones, el cambio de horario, el cambio de puesto, en virtud de la incapacidad del ISSSTE” (NARRATIVAS, 2018).

Por otra parte, cuando los trabajadores no son atendidos de manera eficiente por el ISSSTE, los comisionados tienen la facultad de solicitar la atención de calidad y oportuna que requiere el trabajador, dirigiéndose directamente a las oficinas de esta institución, colocando en práctica la estrategia de orientación y apoyo:

“Podemos apoyarlos si tenemos tiempo de llevarlos al ISSSTE. El apoyo consiste en que, si al trabajador no se le atiende adecuadamente, con calidad, nosotros tenemos la facultad de ir al ISSSTE, pero para eso tenemos que tener una acreditación ante el ISSSTE por parte de las estructuras, para que puedas ir como comisionado representante. Uno no va con el médico, va con recursos humanos o con la coordinación del lugar, del hospital; no a pedirle, a exigirle que el compañero o la compañera sea atendido adecuadamente como está solicitando, ese es el trabajo que uno tiene que hacer como comisionado, exigir los derechos del trabajador” (NARRATIVAS, 2018).

Sin embargo, a pesar de que los comisionados acudan al ISSSTE con el trabajador que así lo requiere, en ocasiones las demandas no tienen una respuesta satisfactoria por parte de la institución de servicio público:

“Yo tuve que ir al ISSSTE a hablar por un trabajador, y pedí hablar con la directora. Dije: vengo a hablar con la directora, soy comisionada de higiene y tengo un problema con un trabajador; y me dice la asistente ¿De qué lugar vienes?, dame una identificación, la directora está muy ocupada, puedes hablar con la coordinadora. Yo indignada pensé, soy una comisionada de higiene ¿Qué te pasa?, pero bueno, fui a hablar con la coordinadora; le dije tengo el problema de que el trabajador está dado de alta y de baja intermitentemente. Fue un caso que se reportó a la comisión mixta general de higiene y seguridad CMGHyS. Y la respuesta fue, es que el trabajador ahorita está dado de baja, yo no puedo hacer nada” (NARRATIVAS, 2018).

Ahora veamos la actividad de los comisionados cuando los trabajadores acuden a los servicios privados de salud según lo pactado en el Acuerdo CMGHyS-02/79 (SITUAM, 1979).

Según el numeral I de la Cláusula 75, del CCT, una de las facultades y obligaciones de las CMUHyS es “dictaminar sobre las licencias médicas expedidas por médico particular” (UAM-SITUAM, 2018). Esta tarea significa una serie de dramáticas y estrategias para las comisiones, a las cuales nos intentamos aproximar.

En primera instancia identificamos que esta tarea de dictaminación de incapacidades ha permitido que los comisionados tengan conocimiento amplio del proceso de salud-enfermedad-atención considerando la trazabilidad UAM- ISSSTE/Privados. Un ejemplo de ello es que han identificado la frecuencia de patologías relacionadas con factores de riesgo psicosocial:

“Tenemos casos de daño a la salud mental. Nos interesa el tema de lo psicosocial porque identificamos mucho estrés y ausentismo por incapacidades relacionadas a migraña, dolores de estómago y depresiones. Por ejemplo, hay un caso de un trabajador que fue secuestrado y hasta hoy no se ha podido recuperar” (NARRATIVAS, 2018).

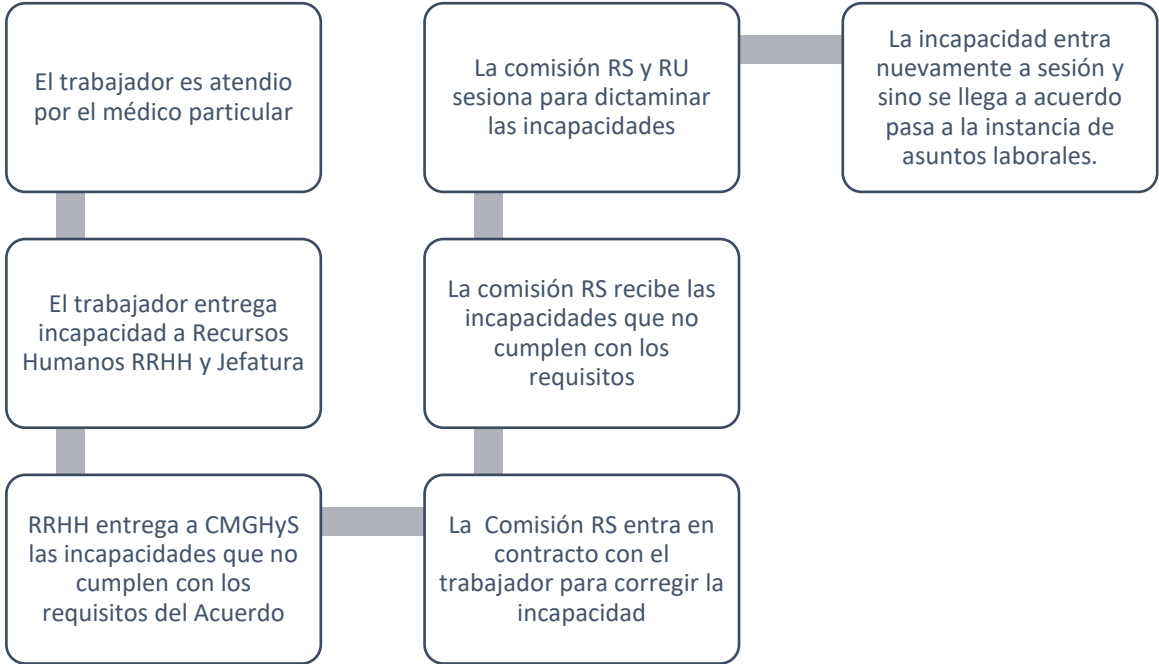
Los comisionados relacionan el ausentismo con factores de riesgo psicosocial, que tienen que ver con la relación con los jefes:

“Hay otros departamentos en los que no hay tanto trabajo, es trabajo de oficina, pero el ambiente es tan feo que nadie va a trabajar. Nos ha pasado que hemos buscado a una señora para corregir su incapacidad y vamos y nadie se presenta. Ni las trabajadoras, ni las secretarias, ni ella que es auxiliar de oficina; y luego volvemos a ir otro día y no hay nadie, o luego no está ella. Hay ausentismo porque no se llevan bien, porque los jefes son muy groseros” (NARRATIVAS, 2018).

Pero ¿A qué se refieren los comisionados cuando mencionan que han buscado a una trabajadora para “corregir su incapacidad”? Como ya fue mencionado el Acuerdo CMGHYS-02/79 viabiliza la posibilidad para los trabajadores de la UAM de presentar incapacidades de médico particular, pero para ello, dichas incapacidades deben cumplir con los siguientes requisitos: 1- Nombre del médico particular, 2- Registro de S.S.A. y cédula profesional, 3- Fecha y domicilio del médico que extiende la incapacidad y 4- Diagnostico y tiempo de incapacidad que ampara al trabajador.

A pesar de que estos requisitos están escritos de manera clara en dicho Acuerdo, muchas de las incapacidades que los trabajadores entregan a recursos humanos no cumplen con lo señalado. ¿Por qué sucede esto y que significa para la actividad de los comisionados? Primero tratamos de comprender gráficamente el proceso de la dictaminación de incapacidades.

Ilustración 21. Proceso de dictaminación de incapacidades



Elaboración Propia.

Se identificaron dos razones principales por las cuales las incapacidades no cumplen con los requisitos. Primera, conflicto de intereses: el médico que expide la incapacidad trabaja para una de las tantas farmacias que se pueden encontrar en México, donde el costo de la consulta médica es muy bajo o a veces gratuito si compras los medicamentos en el mismo lugar, situación que genera que el médico

se enfoque más en escribir la lista de medicamentos que el paciente/cliente debe comprar y no tanto en el diagnóstico:

“Aquí el problema es en el diagnóstico y en el tiempo de incapacidad, que es el reposo absoluto que se le debe dar al trabajador. Es obligación mía, como trabajador, pedirle al médico que escriba esa información. El médico generalmente no la escribe porque lo que le importa es escribir cuales son los medicamentos que le deben dar en la farmacia” (NARRATIVAS, 2018).

Segunda razón, el trabajador simuló una enfermedad:

“A veces no es tanto que estén enfermos, a veces ya lo hacen con dolo algunos compañeros, por faltar a trabajar, no voy a ir a trabajar por tantos días” (NARRATIVAS, 2018).

Por otra parte, cuando los trabajadores, además de reportar incapacidades que no cumplen con los requisitos del Acuerdo, lo hacen fuera del tiempo establecido para tal fin, el problema se agudiza para el trabajador y los comisionados:

“Esos son los problemas cotidianos. Como los trabajadores saben que hay una comisión, me vale, meto la incapacidad a recursos humanos, me ponen el sello, porque tampoco están obligados a revisarla en el momento. Entonces me voy a mi trabajo. Y cuando hacen la revisión de documentación y se dan cuenta que no cumple con los requisitos, entonces la desconocen. Sumado a que el trabajador la entregue extemporáneamente, porque, además, a partir del día que me presento a trabajar tengo 5 días hábiles para entregar la incapacidad en recursos humanos”

“Si el trabajador no le avisa a su jefe, éste reporta la inasistencia y recursos humanos hace los descuentos correspondientes. Posteriormente a los 30 días, si no justificó, viene el aviso de generar rescisión de contrato. Hasta entonces se preocupa el trabajador, ahí llegan a la comisión, porque hay un reclamo, porque el daño ya está hecho; pudiéndolo haber resuelto desde antes, pasando con la comisión, preguntando si la incapacidad esta correcta y, el comisionado está facultado para decirle” (NARRATIVAS, 2018).

Se identificó que sumado a los problemas de que los trabajadores no sigan los procedimientos establecidos para acceder a la prestación de incapacidades de médico particular, lo que más preocupa a los comisionados es que han encontrado casos puntuales de trabajadores que abusan de esta prestación; situación que significa una serie de dramáticas y debate de normas y valores a los que se ven enfrentados los comisionados en su actividad:

“Hay un caso de una trabajadora que falta mucho, ella faltó desde el 13 de octubre hasta el 01 de diciembre. Su incapacidad está toda revuelta, entonces a nosotros no la dan para que su doctor le corrija bien las fechas y aclare como estuvo su procedimiento. Se le regresa a la compañera para que la corrija, pero como ella es de las que han faltado y abusado de la prestación, va con el doctor y él le dice: no te voy a corregir nada porque los abogados de la UAM ya vinieron a buscarme y a amenazarme. Yo no te corrijo ni te pongo nada porque ellos vinieron a decirme muchas cosas. Entonces, nuestra obligación es defender a la trabajadora, lo más que se pueda. Desde la comisión de unidad, hasta la general. Luego se pasa a la instancia de conciliación y así” (NARRATIVAS, 2018).

El debate de normas y valores consiste en que, por un lado, su facultad como comisionados es defender los derechos de sus compañeros, pero, por otro lado, justamente como militantes que conocen lo que ha significado la lucha por sus derechos y la conquista de prestaciones como la que lograron materializar con el Acuerdo 02/79, son convocados a cuestionar el abuso que hacen algunos trabajadores de esta prestación.

“Esos problemas nos dejan a nosotros en indefensión. El trabajador que tiene esa costumbre minimiza la prestación (poder meter incapacidades de médico particular), porque somos la única universidad que tiene ese beneficio; minimiza su salud. Ellos abusan, pero nosotros no estamos facultados para cuestionar a los compañeros sino para defenderlos. Minimiza su salud porque este rollo de las prestaciones con respecto a la salud las utilizamos a veces para otros fines, no para cuidar la salud, sino para cuidar otros aspectos, no importando que esté de por medio que una prestación que ya tengo llegue en un momento a perderla” (NARRATIVAS, 2018).

Este debate de valores que atraviesa su actividad los lleva a acudir a varias estrategias de enfrentamiento a este tipo de casos particulares. Defender al trabajador, como lo indica su mandato como sindical o, frente a lo indefendible, evitar enfrentar a su contraparte y finalmente proceder como tal vez lo indica su sentido común:

“En conclusión, nosotros tenemos que defender al trabajador, sea culpable o no para nosotros es inocente, y curarnos en salud. Efectivamente hay cosas que uno tiene que hacer para que no haya problemas con un despido. La compañera que se incapacita con frecuencia hasta manda mensajes preguntando como va su caso, porque está incapacitada. Y nosotros haciéndonos patos en toda la universidad, haciéndonos tontos, terminamos revisando aquí y allá y nada más le hablamos a nuestra contraparte para no sesionar y que no nos digan de nuestra incapacidad. Lo vamos dejando pendiente, alargando. Y la trabajadora como de vacaciones, sólo llamando a preguntar si ya la dictaminaron. De plano ya le diremos ¿sabes qué? Tu incapacidad está mal, se va a pasar. Nosotros pedimos asesoría y a esa trabajadora ya la conocen, no es la primera vez, con esta es la tercera vez que se le salvaría de que la corran y no entiende. ¿Te vas a quemar como comisionado por una trabajadora que todo el mundo ya conoce, o mejor la damos como procedente y seguimos con los otros casos?” (NARRATIVAS, 2018).

Identificamos que la atención a este tipo de casos particulares distrae el trabajo de los comisionados de tareas que intervienen en la salud colectiva, evitando colocar en discusión temas estructurales que afectan la salud de los trabajadores, como por ejemplo la organización y condiciones de trabajo por departamentos o áreas.

“Y a veces por esos casos de salud personal se desatienden otras cosas, o sea, falta la salud colectiva. Como es la higiene, la salud colectiva es ver si hay en el recinto focos de infección, exigir a la universidad que cumpla con los requerimientos de los hallazgos que se hicieron para la solución de los problemas; y a veces la universidad dice no nos enfrasquemos en eso porque eso me cuesta dinero, aquí en este caso particular nos entretenemos y ahí nos la llevamos. Entonces la salud colectiva es como segundo término” (NARRATIVAS, 2018).

Entonces, sin proponérselo, ¿Funcionan estos casos como distractores de problemas reales que la Universidad debería intervenir, valorizando el saber que los comisionados tienen de la problemática de salud-enfermedad-atención, a partir de su actividad?

Encontramos que los comisionados no tienen un registro sistemático de la información que manejan, pero no por ello desconocen la problemática de la salud de los trabajadores, que no sólo se refiere a casos particulares de aquellos que simulan enfermedad:

“La salud en la universidad está muy grave, es preocupante porque el índice de incapacidades es muy elevado, muchas veces en departamentos completos. Se tendría que llevar un poquito de tiempo para hacer una estadística nosotros como comisión general, para hacer una tablita de las incapacidades mensuales de toda la institución. Por ejemplo, en el mes de diciembre fueron 300 incapacidades en sólo Azcapotzalco, de las cuales 26 estuvieron mal hechas, les faltó un requisito, y dos fueron extemporáneas. ¡300 incapacidades son muchas! La mayoría son de intendencia (limpieza). Las incapacidades en diciembre se pueden relacionar con que fue una temporada de mucho frío, pero también de muchas fiestas. También aumentan las incapacidades en temporada de vacaciones, o las completan con días económicos” (NARRATIVAS, 2018).

La estrategia que usan los comisionados para responder a la problemática de la corrección de las incapacidades es *orientar* a los compañeros, suministrándoles información de manera personalizada o elaborando material visual que contengan las recomendaciones pertinentes para acceder a sus derechos, según los acuerdos establecidos con la Universidad. Esta estrategia de divulgación de la información resulta ser efectiva para su actividad:

“En la bolsa traigo tres acuerdos El 02/79 (incapacidades), 047/88 (retroactividad) y el 01/2015 (implementos), porque, por ejemplo, un compañero estaba presentando una incapacidad retroactiva y le mostré que según el acuerdo 047/88 la retroactividad se da sólo en dos casos; pero

¿Cómo le dices a los compañeros? Con papel en mano. Esos acuerdos son mis biblias, junto con el contrato colectivo de trabajo. Estos acuerdos son nuestras herramientas de trabajo. En una unidad mandamos a hacer un tríptico con la información del acuerdo 02/79, y sí ha funcionado porque ya no salen tantas incapacidades para corregir. Vamos a entregar este tríptico en las otras unidades” (NARRATIVAS, 2018).

Cabe mencionar que, en la sesión de esta narrativa el foro propició que los comisionados generaran una estrategia adicional para hacer frente al problema que habían venido describiendo; esta consistió en compartir el material que tenían impreso, acuerdos y medios informativos; sacaron fotocopias para todos, con el propósito de que todos tuvieran la misma información y la pudieran replicar en las unidades respectivas.

De esta manera se identifica que los foros constituyeron un dispositivo para repensar la actividad, recrear estrategias para hacer frente a las dramáticas de su actividad.

Como se puede evidenciar, se identificó que esta situación de las incapacidades se reduce a un tema procedimental, pero no constituye una fuente de información relevante para la toma de decisiones frente a problemática de la salud colectiva. Es decir, se sabe que existe la simulación de enfermedades por parte de algunos trabajadores, pero ¿Qué pasa con los casos restantes -que son mayoría-?, aunque esta información podría hacer parte del diagnóstico de salud laboral y el plan de intervención de la misma comisión, no es así.

En este sentido, se observó en los comisionados no sólo su malestar emocional por el abuso de algunos compañeros frente al mal uso de las incapacidades, sino su preocupación por saber porque unos departamentos se incapacitan más que otros.

“Recientemente tuvimos dos casos de problemas con incapacidades; curiosamente el primer caso, de una compañera que mete constantemente incapacidades, se resolvió y, el otro caso de una compañera que no tiene este comportamiento, no se resolvió. Entonces da coraje porque por culpa de los compañeros tenemos a veces esos problemas. Llegamos a pensar en escribir en nuestros informes los departamentos recurrentes que se incapacitan, como por ejemplo intendencia o vigilancia; para que también se den cuenta del trabajo que sí hacemos, porque dicen que no trabajamos; pero yo creo que nos crucificarían en la plaza roja. Pero habría que ver porque esos departamentos tienen tantos problemas de salud” (NARRATIVAS, 2018).

Pero concretamente ¿De qué se incapacitan los trabajadores y cuáles son los riesgos de trabajo que se presentan en la UAM?

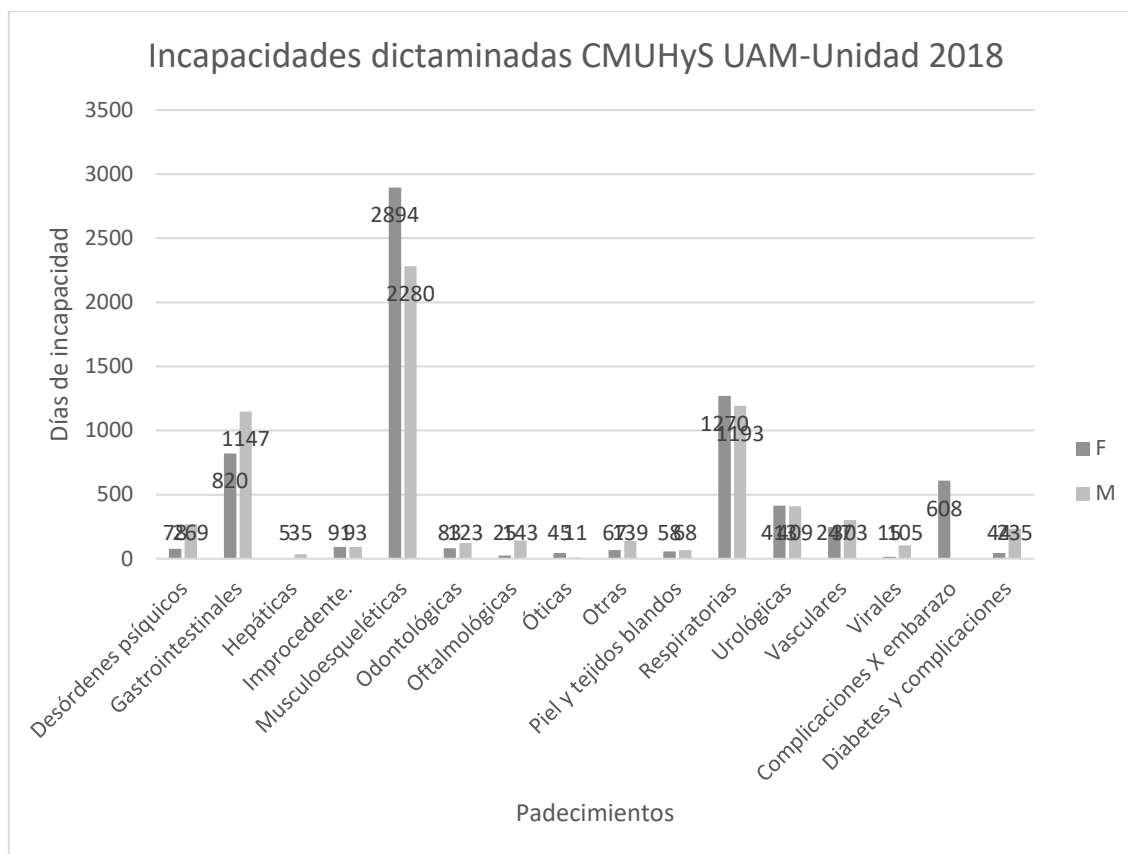
“En diciembre tuvimos 300 incapacidades en una unidad y en enero 244. Esos meses faltaron más por el clima y las fechas. Se podría hacer un documento dirigido a los trabajadores para sensibilizarlos diciendo que hay un problema de salud ¿Por qué se incapacitan tanto y qué problemas de salud se están derivando en los departamentos? ¿Qué? y ¿Por qué? Por ejemplo, ¿Que padecimientos? problemas de las vías respiratorias; ¿Por qué? Porque los compañeros de intendencia están en un cubículo y salen a tirar la basura, entonces están expuestos a cambios bruscos de temperatura” (NARRATIVAS, 2018).

Durante la investigación una de las preocupaciones principales fue la dificultad para acceder a datos duros que logran soportar lo narrado por los comisionados. Las comisiones no cuentan con una base de datos consolidada por varias razones. Como se dijo, el periodo de gestión de las comisiones es solamente de dos años y esto incide en que no haya un proceso de acompañamiento epidemiológico a la situación de salud en la universidad, lo que a su vez lleva a que las respuestas de la comisión estén centradas en problemas de orden inmediato como la corrección de incapacidades.

A esta variable del tiempo de permanencia de las comisiones se le puede sumar un problema adicional; la alta posibilidad de que, si los representantes sindicales salientes y entrantes de las comisiones son de corrientes políticas diferentes, los comisionados que se van se llevan la poca información que levantaron durante su gestión, dejando sin información a la comisión entrante.

Teniendo en cuenta lo anterior, presentaremos la información estadística a la que se logró acceder para ampliar nuestra comprensión acerca de cómo viven los trabajadores el Derecho a la Salud en el marco de las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, desde la experiencia de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad.

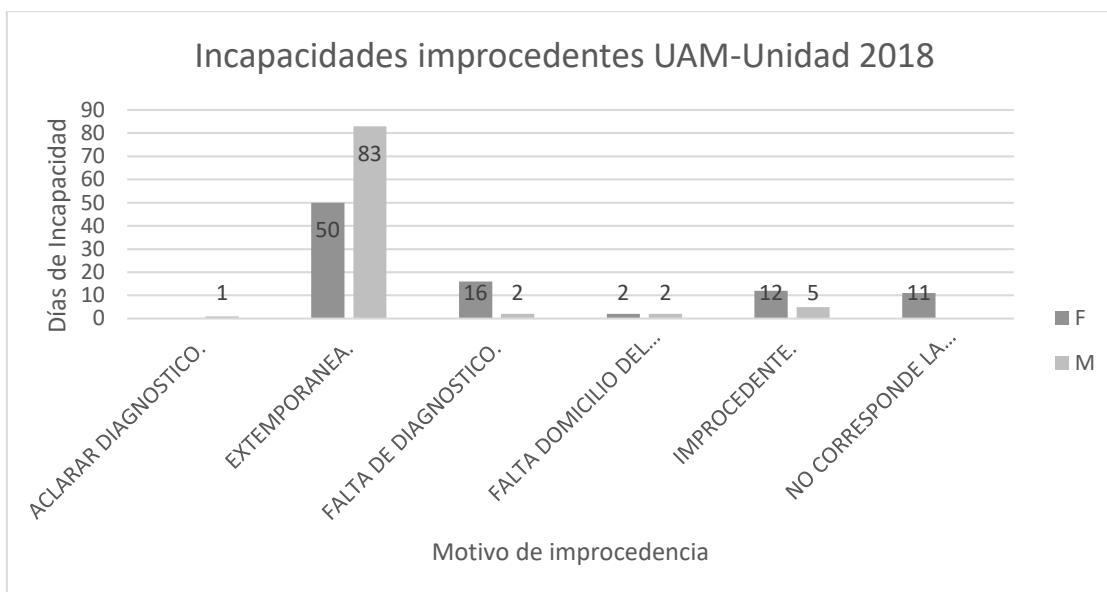
Ilustración 23. Incapacidades de Unidad 2018.



Elaboración propia según datos CMHyS.

Esta información es sobre una plantilla de aproximadamente 2800 trabajadores entre personal de base y confianza. Como se observa la mayoría de las incapacidades están relacionadas con enfermedades musculo esqueléticas, respiratorias y gastrointestinales. También hay registros de desórdenes psíquicos, cuya presencia es mayor en hombres que en mujeres y están relacionados a depresión, ansiedad y síndrome de abstinencia alcohólica. En una de las unidades la comisión realizó un taller con AA que tuvo la oportunidad de acompañar, y los asistentes eran mayoritariamente hombres.

Por su parte, en la siguiente gráfica podemos observar la improcedencia de las incapacidades para la misma unidad académica y en el mismo año, por incumplir con los requisitos del Acuerdo 02/79:



Elaboración propia según datos CMHyS

Así mismo los riesgos del trabajo tienen el siguiente comportamiento:

Tabla 15. Riesgos de trabajo

Probables riesgos de trabajo

2018

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Azcapotzalco	7	6	4	17	17	12	15
Cuajimalpa	0	1	2	2	1	4	1
Iztapalapa	8	7	4	7	11	4	13
Lerma					1	1	
Rectoría General	6	9	7	4	6	5	8
Xochimilco	7	15	11	28	14	22	30
Cendi 1	3	5	5	14	11	9	7
Cendi 2	1	5	6	8	6	6	6
Cendi 3	0	4	3	12	12	2	5
Indefinido	1	-	-	-			
	33	52	42	92	79	65	85

Causa	2017	2018	
En trayecto	17	26	9
Caída en el centro de trabajo	17	31	14
Accidente de trabajo	31	28	-3
Total	65	85	

Genero	2017	2018	
Mujeres	47	56	9
Hombres	18	29	11
Total	65	85	

Fuente: CMHyS

En las ilustraciones anteriores se puede evidenciar que la unidad que más presenta riesgos de trabajo es la UAM Xochimilco, registrando 30 de los 85 RT para el año 2018. En estas estadísticas también se observa que no hay reporte de enfermedades de trabajo y según esta información, los Riesgos de Trabajo tienen mayor presencia en mujeres y en su mayoría corresponden a caídas en el local de trabajo.

5.3 Hostigamiento “y el jefe le dice, ponte a trabajar y no te puedes salir a cada rato, y no pueden estar niños aquí”

El título de este apartado refiere a uno de los casos de hostigamiento que se identificaron en los foros a partir de la experiencia de los comisionados. Un caso que comienza con una negligencia médica por parte de la institución de salud; pasando por un ambiente de trabajo hostil; seguido de la presión emocional que genera la combinación entre el desconocimiento de los derechos y las exigencias burocráticas; llegando a la indiferencia de las autoridades; para finalmente desembocar en una salida desesperada que deja a la trabajadora, no sólo con una afectación a su salud física y emocional, sino en una situación de vulnerabilidad al quedar desprotegida de toda seguridad social:

“Tuvimos una compañera de “Xochi” con un caso de salud muy fuerte, entonces la íbamos a empezar a ver. Ella tuvo una negligencia médica en el ISSSTE cuando tuvo su bebe, lo que ocasionó que no pudiera controlar sus esfínteres y tuviera que usar pañal. Era una persona joven. Tenía que estar saliendo a lavarse. Ella acude a la comisión, nos lleva lo poco que tenía, le decimos que le faltan más cosas por tramitar; le hacía falta mucha documentación para poder cambiarla de lugar. Íbamos a hablar con su jefe y de repente ella se desespera, va y renuncia a la UAM con carácter de irrevocable. Luego sus familiares van a reclamarnos que fue lo que le dijimos y porque no hicimos nada. Pero cómo ella renunció ¿cómo se puede revertir eso? ¿Entonces ahí como te quedas? Como un villano. Desarmados totalmente” (NARRATIVAS, 2018).

Este caso se puede generar varios interrogantes frente al ejercicio del derecho a la salud, no sólo al interior de la UAM, sino haciendo una trazabilidad al interior del sistema institucional; es decir, considerando todos los actores involucrados. ¿Qué causó esta negligencia médica en el ISSSTE? ¿Cuál fue el acompañamiento asistencial (médico y psicológico) que recibió esta mujer por parte del ISSSTE? ¿En manos de quien quedó la protección jurídica que recibió o no recibió esta mujer?

¿Cuál fue la protección que recibió el hijo de esta mujer al ser rechazado en el CENDI? ¿El sistema institucional garantizó la equidad de género para que esta mujer pudiera ejercer su derecho a la salud y sus derechos humanos laborales con garantías?

Estas como otras preguntas que nos hicimos durante el desarrollo de la investigación, quedarán por responder, considerando como un límite el tiempo mismo del programa de formación doctoral; sin embargo, son preguntas que nos sirven para identificar los desafíos que tenemos a nivel de la formulación e implementación de políticas públicas que efectivamente respondan a las necesidades y derechos de las y los trabajadores, población que está conformada por grupos vulnerables como mujeres, niños (desafortunadamente), comunidad LGBTI, pueblos originarios y migrantes.

En el caso puntual de esta mujer trabajadora, se identifica que una enfermedad de origen común genera alteraciones en la salud emocional que se ven agudizadas por las condiciones de trabajo y el hostigamiento que recibe por parte de su jefe. Valdría la pena preguntarse también si la reciente norma de Factores de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (MÉXICO, 2018) considera este tipo de situaciones.

“Eso podría decirse que es salud mental y emocional, derivado de un padecimiento físico. La compañera se sintió incapaz, o incapacitada de resolver o que alguien le resolviera su problema. Ella acudió a recursos que a veces son trámites muy engorrosos, tanto por parte de la autoridad, de la misma sociedad y del sector salud. Ella lo que solicitaba era poder tener una reducción de jornada. Beneficio que está en la norma como derecho del trabajador; sin embargo, si no llevas el proceso adecuado, llega el momento que hay personas que se desesperan” (NARRATIVAS, 2018).

Aquí podríamos evidenciar como una vez más la burocracia interfiere en el ejercicio del derecho a la salud de las y los trabajadores. No sólo con respecto a los diversos

documentos que la trabajadora tiene que recopilar para tramitar la reducción de su jornada laboral; sino al impedimento que tiene el ISSSTE para extender su incapacidad y, la Universidad, para aceptar la solicitud que hace la trabajadora de desistir del carácter irrevocable de su renuncia; e incluso el mismo centro de cuidado infantil para recibir a su hijo:

“Y es que el ISSSTE ya no le daba incapacidad y ella se tuvo que reincorporar al trabajo. Tenemos una prestación que es una guardería, donde ella llega con su bebe como de 10 meses y le dice la persona encargada, yo no te lo acepto hoy, hasta el otro lunes. Entonces tiene que llegar con su bebe cargando al trabajo, y el jefe le dice: ponte a trabajar y no te puedes salir a cada rato, y no pueden estar niños aquí. O sea la presionaron demasiado [...]

[...] el lunes estaban en la universidad queriendo revertir todo, pero nosotros ahora no podemos hacer nada. Ella ahora depende de la benevolencia de la universidad, porque dice la universidad, para nosotros, como autoridad, la compañera renuncia de manera irrevocable ¿Qué quiere decir? Que suceda lo que suceda ella ya no quiere regresar.

[...]Creemos que hasta la UAM ya sacó su plaza” (NARRATIVAS, 2018).

¿Benevolencia Vs. Insensibilidad? ¿Se tratará de una cuestión de insensibilidad por parte de las autoridades como lo mencionan los comisionados o, de un sistema instituido que no funciona justamente a favor de las y los trabajadores?

“En la UAM yo siento que son insensibles. Hay compañeros que se atienden en el ISSSTE por algún padecimiento; por ejemplo, a una compañera la van a operar del síndrome del túnel del carpo, ella es de intendencia. El ISSSTE aún no la programa para cirugía, aunque ya tiene sus estudios. En marzo le dijeron que la iban a programar y no la han programado. Ella dice, ¿Cómo le hago para hacer mi trabajo que es limpiar, sacar basura? Entonces en la Universidad le dicen: pues mientras no tengas otra cosa que no sea un dictamen o que te vayas operada y la incapacidad, vas a tener que hacer tu área. Entonces, es cuando nosotros como comisión vamos a tratar de sensibilizar a los jefes” (NARRATIVAS, 2018).

Identificamos que estas situaciones tienen una repercusión emocional, no sólo en los trabajadores como personas directamente afectadas, sino en los comisionados

como actores convocados a dar respuesta a estas injusticias; entonces ¿Cuáles son las estrategias que ellos emplean para lidiar con las propias dramáticas que suscitan en su actividad la imprevisibilidad de este tipo de situaciones?

5.3.1 De las dramáticas a las estrategias: Sensibilizar y Conciliar *¿Cómo proteges a ese trabajador? Entonces a lo único que llegamos es a la conciliación*”

“¿Qué hacer ante esas situaciones? Cada uno tenemos distinta forma de ser, hay personas muy aprensivas, otras muy relajadas. Ante eso las comisiones se ven rebasadas, ante este tipo de situaciones; entonces se agotan las estrategias de los comisionados, quedamos solamente a la conciliación y a la benevolencia del ser humano. Hay que entrar en ese tipo de dialogo donde a veces la autoridad, como ellos son la autoridad, dicen pues vamos a ver, en una actitud muy superiores a todo acto humanitario (NARRATIVAS, 2018)”.

Identificamos que, como los mismos comisionados refieren, frente a este tipo de situaciones se agotan sus estrategias; sin embargo, vemos que, aunque se reduce su poder de acción, no está del todo ausente, ya que ellos mismos mencionan que recurren a estrategias alternativas como sensibilizar a los jefes y conciliar con la autoridad.

El poder de acción de los comisionados será menor en la medida de que las situaciones que se les presentan se salgan de lo prescrito: por ejemplo, no hay mucho que hacer en el caso de un trabajador que está enfermo, pero no tiene un dictamen médico que le permita hacer cambios en la organización y condiciones de trabajo, como sucedió en el caso de la trabajadora diagnosticada con túnel del carpo.

Tampoco se puede hacer mucho por el trabajador que ya no se encuentra legalmente vinculado a su centro de trabajo; como en el caso de la trabajadora que fue víctima de dicha negligencia médica en el ISSSTE y presenta su renuncia irrevocable.

No creemos que lo que deba determinar la conducta frente a este tipo de situaciones que se escapan del prescrito por la ley, sea necesariamente la benevolencia de las autoridades, o la capacidad que tengan los comisionados para sensibilizar o persuadir a los jefes frente a una condición de salud de una trabajadora o trabajador; tal vez, como los comisionados refieren, sería necesario construir una ruta de atención, con la que no se cuenta, para dar respuesta a estas situaciones que pueden llegar ser sólo algunos ejemplos que expresan la situación de salud-enfermedad-atención de los trabajadores:

“Se hace necesaria una ruta de atención, porque quisiéramos poder orientar a los trabajadores con varias situaciones como, por ejemplo, un trabajador que se reincorporó al trabajo tras una cirugía, a quien su jefe le pide que cargue el garrafón, y el compañero nos pregunta, ¿Cómo le digo a mi jefe que no puedo hacer fuerza si la incapacidad ya se acabó?; tenemos otro ejemplo de unos trabajadores que tienen dificultades con el estado mental de una compañera, pero el ISSSTE dice que ella está apta para trabajar” (NARRATIVAS, 2018).

5.4 Corrupción “o sea, la salud es un negocio”

La corrupción como impedimento para el ejercicio del derecho a la salud se expresa a través de todo el sistema institucional, comenzando con prácticas indebidas que algunos trabajadores hacen con las incapacidades:

“Porque entonces digo, semana santa, me voy a enfermar lunes, martes y miércoles, y me voy de vacaciones toda la semana y, como tengo un día suelto, entonces voy con un médico ¿Cómo se llama eso? Corrupción, se llama complicidad” (NARRATIVAS, 2018).

El problema va escalando a medida que el poder económico es mayor. Los prestadores de servicios de salud privados, al parecer, lejos de la atención a la salud, se interesan por captar clientes potenciales que alimenten su ánimo de lucro:

“Nosotros tenemos una prestación que se llama gastos médicos mayores y, si uno llega con estas personas, te ven y luego te quieren intervenir quirúrgicamente, y tú le dices, pero bueno, primero dime qué tengo para que me quieras llevar al quirófano. Ya ni te dejan salir, te quieren operar ese mismo día con el argumento de que estás muy grave; se te va a reventar la vesícula, el apéndice, o los riñones; y tú les dices: no, pero mírame, si yo nada más vengo porque me duele la muela. A ese grado, o sea, la salud es un negocio” (NARRATIVAS, 2018).

Paralelo al tratamiento de la salud como mercancía por parte del sector privado; práctica que es congruente con la propia naturaleza de este sector, y que por lo mismo no nos extraña, se presentan prácticas del sector público que si debieran ser extrañas por la naturaleza del bien común al que convoca lo público.

Los trabajadores ilustraron estas prácticas con situaciones que estaban siendo noticia nacional en ese momento:

“Ahorita está muy mermado el derecho a la salud, ha salido en la Tele que metieron a un médico a la cárcel, han subido a internet mucha información de que no tienen insumos los hospitales, los médicos trabajan con lo que tienen y con lo que pueden. La cuestión es que está el presupuesto, porque México es un país donde sí se maneja dinero, pero el tema es que desvían ese recurso; entonces sí deberíamos exigir que lo manden a los hospitales. En estos días hubo una marcha desde el Ángel de la Independencia hasta el Zócalo, para apoyar al doctor, pero también por las malas condiciones en los hospitales, porque no hay insumos, porque estamos mal en el derecho más importante del mundo, universal, que es el derecho a la salud. Entonces tenemos que hacer algo nosotros mismos por nosotros mismos, exigirlo. Exigir que no le hagan tantos hoyos al barril de presupuesto” (NARRATIVAS, 2018).

De esta manera los trabajadores se identifican como afectados directos del desvío de dineros y la falta de transparencia presupuestal del Gobierno, toda vez que la oportunidad y la calidad en la atención se ve limitada porque no se cuenta con la infraestructura ni los recursos humanos necesarios en las unidades de salud.

Lo anterior permite observar que la corrupción es una práctica que atraviesa a todos los actores del sistema institucional; trabajadores, sector privado y Gobierno. La corrupción en la esfera del Gobierno constituye un verdadero círculo vicioso que, no solamente acaba con los recursos económicos que se desvían a favor de intereses particulares en detrimento del bien común, sino que coloca en riesgo la vida y la salud de las personas más vulnerables dentro de este sistema. Tal vez las personas que más producen la riqueza de este país son las “menos astutas” para abusar de los recursos de bien común y, las que más se ven afectadas por los depredadores del patrimonio público. Basta mirar hacia las zonas rurales para verificar este supuesto.

5.4.1 De las dramáticas a las estrategias: recomendar

Las estrategias que los comisionados emplean para enfrentar la corrupción a nivel de los trabajadores con el mal uso de las incapacidades son las mismas recomendaciones descritas en el apartado 5.1.2.1., referentes a la burocracia.

“Por ejemplo, como comisionados, sobre todo la comisión local, luego hace recomendaciones a los compañeros sobre procedimientos; por ejemplo, las incapacidades. Le decimos que todos tenemos derecho a enfermarnos, todos nos podemos enfermar y tenemos derecho a la incapacidad porque hay un acuerdo y se va a hacer respetar, pero por favor, si se van a enfermar, hagan las cosas bien, porque abusan de la prestación” (NARRATIVAS, 2018).

5.5 Desconocimiento *“Somos representantes, pero no somos expertos, ni en salud, ni en higiene”.*

“Somos representantes, pero no somos expertos, ni en salud, ni en higiene. Representamos a esta comisión, pero para eso me tuve que preparar, estoy haciendo al revés las cosas, primero me involucro en la comisión y después me estoy preparando, como ahora, pero nos hace falta prepararnos” (NARRATIVAS, 2018).

Identificamos que otro de los límites para el ejercicio del derecho a la salud está relacionando a la educación en salud, toda vez que los comisionados reconocen la falta de conocimientos como un obstáculo que atraviesa su propia actividad. ¿Cómo se expresa esta tensión?

Esta tensión frente a la educación se evidencia al observar que son inversamente proporcionales los deseos y las posibilidades de los comisionados; es decir, sus motivaciones para pertenecer a la comisión versus sus capacidades reales. Veámoslo con las propias palabras de los comisionados: *“Nos gusta ayudar a la gente y conocer sus necesidades” VS. “[...] Como que hace falta que haya ese tipo de programas, empezar a hacer cosas nuevas que vienen de otros países, pero ¿Cómo? ¿Uno que no tiene esa capacidad o esa experiencia?”*

La ausencia de profesionalización de las comisiones permite identificar que esta carencia tiene una base estructural. En este sentido podríamos hablar de un desconocimiento estructural que es gestado por las autoridades del Gobierno y/o las instituciones, y que busca afectar la capacidad de los trabajadores para exigir sus derechos:

“Todas las normas mexicanas, todas las normas del diario oficial de la federación, están a favor de las jefaturas, de los patrones. Ahora ya no es

nada a beneficio del trabajador, del obrero; o sea, realmente ahorita están modificando las normas, como la constitución, y todo eso se está reformado a favor de los patrones. Yo estaba revisando la constitución, pero veía reformas del diario oficial y me preguntaba ¿Qué onda? ¿Y los derechos de los trabajadores y los derechos de los seres humanos dónde quedan? pues ya no puedo ni defenderme. Las normas ya no son a favor de los trabajadores, son a favor de los patrones. Cuando tienes el caso te das cuenta de esas reformas, pero hay cosas de las que no tenemos conocimiento; o sea, ni siquiera te lo hacen saber” (NARRATIVAS, 2018).

¿El Gobierno como gestor de ignorancia? Teóricamente contradictorio si se entiende al Gobierno como el elegido por el pueblo para administrar el poder público a favor de nuestros derechos, entre ellos la educación; pero prácticamente posible cuando recordamos que el Gobierno en alianza con los dueños de los medios de producción, sobre todo de los medios de comunicación, han manipulado la información decidiendo sobre lo que sabemos para incidir sobre lo que pensamos y hacemos.

En este orden de ideas resulta conveniente la desinformación no sólo a los Gobiernos que diseñan reformas neoliberales pintándolas de colores progresistas, sino a las autoridades de los centros de trabajo como es identificado por los comisionados:

“la universidad no nos capacita porque para ellos, entre menos sepamos mejor” (NARRATIVAS, 2018).

¿Esta afirmación quiere decir que la ignorancia es un valor? parece una afirmación contradictoria, pero más contradictorio tal vez es que esto sea posible en un espacio académico. El hecho de que los trabajadores sepan más puede implicar para la universidad que ellos van a exigir más, pero también podría significar que van a

prevenir más y en ese sentido las demandas podrían ser menores. Tal vez este sea un planteamiento pertinente para la discusión.

Los comisionados identifican que su falta de conocimiento y su correspondiente necesidad de formación no sólo es con referencia a la salud y a la higiene, sino frente a las estrategias para solucionar conflictos:

“Sin embargo, hay compañeros que han sido enfermeros o doctores y pensamos que esta comisión les queda perfecta, porque ellos tienen un conocimiento, pero ¿qué crees? a veces nos les ha ido tan bien. [...]También había otra doctora que puro peleaba, lo poco que ya se había avanzado con la universidad ella lo rompía” (NARRATIVAS, 2018).

Como se puede apreciar el desconocimiento expresado en el no saber cómo actuar, indica la necesidad de los comisionados de educarse en salud y en la resolución de conflictos. Fue en la actividad que los comisionados pudieron percibir la necesidad de adquirir estas herramientas y fue en este espacio de reflexión en los foros donde pudieron compartir las dramáticas que los vacíos de la profesionalización generan, sobre todo en medio de la contradicción de habitar un espacio educativo.

5.5.1 De las dramáticas a las estrategias: Heredar

“Los comisionados que son antiguos ya tienen el conocimiento, pero los que somos nuevos nos falta mucho por conocer, y los que ya saben ya van saliendo; lo que es lamentable, porque es de ellos de quienes aprendemos” (NARRATIVAS, 2018).

Se evidencia que la forma de enfrentar la falta de profesionalización es mediante una práctica hereditaria, donde los comisionados antiguos le enseñan a los nuevos a actuar como comisionados. Esta transmisión de conocimientos se ve interrumpida

por el propio tiempo que duran las comisiones, que como se mencionó, corresponde a un periodo de dos (2) años.

No obstante, el conocimiento de los propios comisionados antiguos se ve limitado por la falta de profesionalización. Así mismo es pertinente recordar que el nivel educativo de los comisionados generalmente es técnico, y en pocos casos alcanzan el nivel de licenciatura:

Entonces, ¿Cómo conjuntar?, ¿Cómo actuar como comisionado? Creemos que lo importante es que se hagan las cosas, buscarle la manera, aunque no seas doctor” (NARRATIVAS, 2018).

Es de esta manera que los comisionados adquieren sus conocimientos, en la práctica; quienes cuentan con mayor experiencia generalmente hacen parte de la comisión mixta general y son a ellos a quienes acuden los representantes de las comisiones mixtas de unidad para despejar sus dudas e inquietudes.

Otra estrategia que se identificó para hacer frente a los vacíos de la falta de formación es el uso de las tecnologías, como WhatsApp, medio por el cual comparten y resuelven cuestionamientos que subsidia su actividad.

5.6 Miedo “está prohibida la palabra aprendizaje y conocer”

“Aunque no hay que decir que no sabemos, ante el CGD (Concejo General de Delegados) están prohibidas esas palabras: aprendizaje y conocer. Si decimos estoy integrado a esta comisión y estoy aprendiendo, te dicen ¿Cómo es posible? entonces ¿Para qué te metes? Se supone que debemos saber, pero hay cosas que no sabemos” (NARRATIVAS, 2018).

Los comisionados identifican que el desconocimiento es algo penalizado dentro de la misma estructura sindical, no siendo visto con buenos ojos que los comisionados manifiesten su falta de conocimiento para realizar su trabajo. Situación que nos lleva a preguntarnos: Si dentro del propio sindicato los comisionados no tienen la oportunidad de expresar sus necesidades en cuanto a formación ¿en dónde y con quien lo deberían hacer?

Por otra parte, se identifica que el miedo como un límite para el ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores está presente no sólo en la actividad de los comisionados, sino en la relación que se establece entre los trabajadores y las instituciones de salud:

“Nosotros como trabajadores tenemos el derecho de exigir al sector salud. Si voy al ISSSTE, para que me atiendan bien, o me atiendan más o menos, tengo que ir a pelearme con el director o con el de recursos humanos. Tengo que reclamar, y cuidado de ir a caer en manos de un profesional de la salud negligente, porque ha habido casos donde a compañeros, lejos de mejorarle su problema de salud, se lo han empeorado. Y luego a veces por desconocimiento o por miedo no denuncian. No hacen valer su derecho; es mi derecho a la salud y también tengo derecho a que se me trate con dignidad, con ética” (NARRATIVAS, 2018).

Son estas las formas en las que el miedo constituye una emoción que se manifiesta atravesando las relaciones de los trabajadores no sólo con la estructura sindical y el sector salud, sino con la Universidad:

“En ocasiones tuvimos algunas dudas para pertenecer a esta comisión por miedo frente a lo que puede implicar meterse con los intereses de la Universidad” (NARRATIVAS, 2018).

Adicional al miedo que genera “meterse con los intereses de la universidad”, identificamos un miedo relacionado a “ser devorado por la universidad en caso de cometer algún error”:

“Porque aquí hay que andar bien al pendiente, o sea que no se te pase ningún caso, ninguna cosa, porque si no te das cuenta la universidad te come” (NARRATIVAS, 2018).

Observamos que el miedo instituido en la actividad de los comisionados también atraviesa las relaciones que se construyen con los propios compañeros al recordar lo mencionado frente al abuso de incapacidades por parte de algunos trabajadores. En estos casos, la estrategia de la comisión es generar recomendaciones y aunque quisieran tener una acción más contundente frente a esta problemática, el miedo interfiere con su actuar:

“Meternos en el rollo de las incapacidades es muy complicado porque nos pueden decir ¿Y tú quién eres? ¿Eres parte de la patronal para que me digas que yo no haga uso de mis incapacidades? Yo tengo el derecho a enfermarme, entonces tengo el derecho a incapacitarme. Luego, si yo me enfermo a ti no te importa de qué me enfermo yo” (NARRATIVAS, 2018).

Es este sentido es claro que el trabajo de los comisionados exige cierta cautela para que una recomendación no sea interpretada como una manifestación que contraviene los intereses y derechos de los trabajadores; es decir, de sus pares a quienes representan.

Es en la actividad que los comisionados deben lidiar con este debate de valores que se impone. Su “investidura” como representantes sindicales les convoca a cuestionar las omisiones y/o acciones de la universidad más que el comportamiento de sus pares, aunque éste en ocasiones sea discutible; pero al ser elegidos por los trabajadores para representar sus intereses resulta una tarea difícil cuestionar a quienes a su vez evalúan su gestión:

“La omisión de la universidad nos afecta como comisionados en los cuestionamientos que nos van a hacer los propios trabajadores; sino canalizamos las cosas según la norma, a nosotros quienes nos sancionan y descalifican son los propios trabajadores” (NARRATIVAS, 2018).

La pregunta que sigue es ¿Cómo los comisionados hacen frente “al fantasma” del miedo que su propia actividad les impone?

5.6.1 De las dramáticas a las estrategias: Debatir

“Por eso nosotros tenemos que ponernos muy hábiles para poderles debatir” (NARRATIVAS, 2018).

Identificamos que los comisionados enfrentan el miedo mediante las estrategias que les permiten ampliar sus conocimientos para debatir no sólo con la universidad sino con los trabajadores, pero como ya lo vimos, estas estrategias para hacer frente a los vacíos del conocimiento se ven reducidas porque no cuentan con un sólido soporte para la formación y consecuente profesionalización.

Si, como vimos, el desconocimiento es una causa del miedo que se instituye, entonces el conocimiento en sí mismo funciona como estrategia para enfrentar el miedo, a eso se refieren los comisionados cuando mencionan la necesidad de

“ponerse hábiles”. Es decir, tener el conocimiento para debatir. Un debate que sólo es posible con los argumentos que da el conocimiento.

Capítulo 6. La salud colectiva y la ergología articulando lo macro con lo micro³⁴: Discusión, conclusión y recomendaciones

6.1 Meta V. Identificar los desafíos: la salud colectiva y la ergología articulando lo macro y lo micro

Identificar los desafíos para el efectivo ejercicio del derecho a la salud de los trabajadores, produciendo un diálogo entre las perspectivas de la salud colectiva y la ergología como estratégica teórico-metodológica, es un objetivo que constituye la discusión, conclusión y recomendaciones que fueron producidas en esta investigación.

6.1.1 Desafíos para políticas situadas y prácticas ético-políticas

“Si por lo menos se cumpliera la LFT y por lo menos se cumpliera la constitución, sería un gran avance. Obviamente que hay huecos en las leyes, obviamente que faltan derechos y que tenemos que seguir luchando por ellos, pero si no se respeta lo mínimo no podemos hablar de justicia” (ÁVALOS, 2019).

Traigo la narración de esta trabajadora, porque me hace recordar que cuando iniciamos esta investigación, yo, con el espíritu entusiasta de los que queremos cambiar el mundo, pensaba que lo que faltaba para eliminar o reducir las vulneraciones al derecho a la salud de los trabajadores era construir una política pública que, primero, definiera y reconociera el derecho a la salud de los

³⁴ Consideramos que esta dialéctica entre lo macro y lo micro nos da la posibilidad de reescribir la historia, toda vez que usamos la “perspectiva micro-macro” en el sentido que nos explica la ergología: “O que ocorre na escala macro de uma sociedade pode ser encontrado no agir humano em escala micro. Assim, é em relação ao debate permanente entre o mercado e a política nas nossas sociedades modernas, de mercado e de direito, que é possível perseguir e especificar no mais modesto dos atos de trabalho. E vice-versa: porque é justo no ínfimo de sua atividade que cada um de nós reavalia as normas antecedentes* e retrabalha, uma segunda vez, os valores circulantes” (DI RUZZA, et al., 2018) .

trabajadores como un derecho y, segundo, que se soportara en una perspectiva de derechos humanos. Debo reconocer que esta intención fue influenciada por mi aproximación en Brasil con el campo de la Salud del Trabajador. Este es un movimiento al que admiro mucho por toda la incidencia ético-política que ha tenido; lograr que se escriba en la constitución de un país “la salud del trabajador”, ya dice bastante de la fuerza que este movimiento tuvo en los años 80 y, que hoy en día, a pesar de las políticas de Bolsonaro, sigue teniendo.

Entonces, pensaba que esta tesis podría ser la construcción de ese modelo de política pública. Hasta entonces no comprendía la complejidad de una política pública, y, sobre todo, de una política pública de estas características. Incluso porque cuando hablamos de salud desde la perspectiva de la salud colectiva, parece que estamos hablando de todo; y bueno, prácticamente si es verdad, si recordamos que la discusión de la salud involucra diversos elementos, todos aquellos que la determinan socialmente. Edmundo Granda menciona la necesidad de resignificar la salud, considerando la disminución de riesgos y enfermedades profesionales, pero involucrando otras aspiraciones y derechos:

“Buscando al mismo tiempo cambiar su interpretación ideologizada sobre el proceso salud-enfermedad: se requiere que el obrero comprenda que solamente a través de su control consciente del proceso de trabajo será posible disminuir los riesgos y las enfermedades ocupacionales, es fundamental que la población interprete que salud es: vivienda y alimentación adecuadas, cuidado de la naturaleza, comunicación social reproductora de la cultura, educación liberadora, solidaridad humana, posibilidad de ejercicio político, y sobre todo, que la salud es activa lucha por la salud y la vida” (GRANDA, 1991, p. 54).

Valorar todos los elementos que implicaba considerar para elaboración de un diseño de política pública de esta naturaleza no acabo con mi sueño, porque aún sigo pensando en su necesidad y viabilidad, pero gracias a todo el proceso de reflexión

colectiva que conlleva hacer un trabajo de investigación como este, empezamos a identificar que un camino más interesante para el desarrollo de esta investigación sería discutir el derecho a la salud de los trabajadores en el marco vigente; es decir, las políticas públicas de seguridad e higiene en el trabajo; toda vez que ya intuíamos algunos límites en las políticas actuales y su distancia con lo vivido por los trabajadores, intuición que era necesaria colocar en cuestión con los propios trabajadores. Así surgió una ruta más en el camino recorrido, conduciendo a la pregunta ¿Cómo viven los trabajadores el derecho a la salud en el marco de las actuales políticas públicas de seguridad y salud en el trabajo?

Frente a esta pregunta hallamos las respuestas que fueron abordadas en el capítulo anterior; pero antes de discutir los desafíos que estos hallazgos trazan, a la luz del análisis que hemos venido haciendo sobre la teoría encontrada en los documentos de producción de científica y los documentos oficiales nacionales e internacionales, resulta pertinente discutir la distancia entre las políticas públicas y la realidad de los trabajadores.

Podría decirse que el abismo entre lo que dicen las leyes y lo que en realidad se vive en nuestras sociedades latinoamericanas es un planteamiento que no requiere un ejercicio de mayor de raciocinio; podría decirse que esta afirmación constituye un aprendizaje que ha sido interiorizado por nuestro sentido común gracias a nuestra experiencia y, de hecho, es una vivencia, un conocimiento que no es ajeno a los comisionados:

“pensamos que es cuestionable hablar de derechos, porque si hay derechos, pero en el papel; en la realidad no es así porque dejamos la salud para lo último” (NARRATIVAS, 2018).

El punto para discutir es ¿Cómo y por qué se da esa distancia entre las políticas y las prácticas; ¿Cómo se traduce en el cotidiano y es vivida por los trabajadores en su trabajo? -aspecto fue abordado en el capítulo 5- ; pero, sobre todo, ¿Cómo se puede transformar para que el derecho a la salud de los trabajadores supere la dimensión del discurso y se constituya en una práctica?

En nuestros hallazgos evidenciamos que los trabajadores viven el derecho a la salud bajo los obstáculos que les imponen 6 límites identificados: discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo. Consideramos que estos elementos contribuyen a ampliar la brecha entre el discurso de justicia de las políticas públicas y las injusticias vividas por los trabajadores. Parece entonces que estos elementos se superponen a las políticas públicas debilitando su capacidad para superar el problema público de la vulneración al derecho a la salud de los trabajadores.

Además, vemos que la implementación de las políticas relativas al derecho a la salud, a la seguridad y la salud en el trabajo, a los derechos humanos laborales, generar un costo que los sujetos obligados no quieren asumir:

“Otro de los problemas es que existen normas, leyes y reglamentos en el papel, pero es complicado que se cumplan, porque llevar esa normatividad al pie de la letra a alguien le tiene que costar; y decimos que la salud no se negocia, pero desafortunadamente, en estas sociedades, si se tiene que negociar la salud” (NARRATIVAS, 2018).

No se invierte suficientemente en seguridad y salud en el trabajo y mucho menos en salud de los trabajadores en un sentido amplio, ni siquiera por negocio, incluso cuando se sabe que los daños a la salud ocasionados por el trabajo tienen impactos económicos, en la pérdida de la productividad y el producto interno bruto de un país:

“In addition to immeasurable human suffering, these fatalities and ill health cause major economic losses for enterprises and societies as a whole, including lost productivity and reduced work capacity. It is estimated that around four per cent of the world’s gross domestic product (GDP) is lost due to various direct and indirect costs, including compensation, medical expenses, property damage, lost earnings and replacement training” (ILO, 2014, p. 4).

Entendemos que la implementación de políticas públicas significa un costo, o mejor, una inversión, no sólo de recursos económicos, sino humanos y tecnológicos. La pregunta es ¿A quién corresponde garantizar esos recursos? ¿Cómo negociar, no el derecho a la salud, sino las maneras de hacerlo efectivo?

Como vimos, el derecho a la salud dentro del marco de las Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo es un poco limitado, ya que prioritariamente considera la gestión de riesgos ocupacionales, acción fundamental, pero que va dejando fuera de la discusión derechos fundamentales que también determinan la seguridad y la salud de los trabajadores, como por el contrario sí es considerado desde la perspectiva de la salud colectiva. No obstante, consideramos que los instrumentos de política pública de los que disponemos actualmente, como convenios, leyes y normas, si bien tienen vacíos, tutelan derechos; instrumentos que, si se aprovecharan, se podría avanzar en el derecho a la salud de los trabajadores, pero ¿Cómo avanzar? ¿Cómo construir historia para que las políticas públicas sean efectivamente implementadas y que además se superen los aspectos que identificamos como limitantes (discriminación, burocracia, hostigamiento, corrupción, desconocimiento y miedo)?

Encontramos algunas pistas en los planteamientos de la ergología cuando Marcelle Duc interpela a Schwartz preguntándole: “¿Podríamos decir que la historia se

desenvuelve en el espacio entre una lógica mercantil y una otra lógica, del interés general, o sea, del bien común?” (SCHWARTZ, 2007, p. 249) Si bien, la salud colectiva describe cómo la lógica mercantil ha pervertido el derecho a la salud y hace una crítica contundente al capitalismo por crear las condiciones sociales desfavorables que determinan la salud de las poblaciones, consideramos que esta lectura macro de la realidad necesita una articulación con la dimensión microsocial que puede ser fortalecida mediante los planteamientos de la ergología.

La ergología nos aproxima a la capacidad de los sujetos como transformadores de normas para vivir, pero sin desconocer todo el espacio de lucha que significan la confluencia de fuerzas que median las transformaciones sociales.

Recordemos nuestra adaptación gráfica del “espacio tripolar” (SCHWARTZ, 2007, p. 254) que fue abordado en el capítulo 2. Este espacio, busca explicar cómo los sujetos construimos historia en nuestras sociedades mercantiles y de derecho. Al ser cada polo un espacio de valores diferentes, entendemos que la historia la construimos a partir de lo que nos es valioso. A partir de nuestros hallazgos pudimos evidenciar que el componente axiológico atraviesa toda la dinámica entre la formulación e implementación de las políticas públicas. Entendemos los valores en el sentido que nos explica la ergología:

“No sentido subjetivo, valores é o peso que se atribui mais ou menos às coisas; uma hierarquia, uma categorização própria a cada um a propósito do que se estima, do que se prefere, ou pelo contrário do que se negligencia, rejeita. Em certa medida, é a tentativa de cada um de ter uma mestria sobre o meio no qual se encontra (exemplo: um escritório personalizado). A começar daí, um indivíduo não inventa sozinho nem completamente os seus valores: contudo, ele os retrabalha incessantemente, através das convocações e solicitações do meio e da vida social. Nisso, pelo menos parcialmente, ele os singulariza. Esses valores se incluem no nosso agir através das normas (normas antecedentes e normas endógenas) que*

comandam esse agir – mas a relação entre os valores e normas nunca é simples e natural” (DI RUZZA, et al., 2018, p. 28).

En el polo del mercado, evidenciamos cómo los valores mercantiles se expresaron en diferentes actores que intervienen en las políticas públicas. En el caso de los servicios médicos particulares, observamos que tiene mayor valor la prescripción de medicamentos que van a ser comprados en la farmacia o la posible cirugía que agotará el seguro de gastos médicos mayores, sobre las reales necesidades de salud del paciente/trabajador. En ocasiones parece que la universidad no escapa a esta lógica gerencialista, cuando se prioriza la productividad sobre el cuidado de la salud de los trabajadores.

En el polo del Derecho/Político, evidenciamos cómo los valores sin dimensión, es decir, los valores del bien común son manifestados en el marco del Derecho Internacional, rescatando los derechos fundamentales y los derechos humanos laborales. Algunas de estas recomendaciones de organismos internacionales fueron acogidas por México, pero vemos que aún persiste la vulneración del derecho a la salud de los trabajadores, incluso en un espacio de trabajo formal como lo es la UAM, donde suponemos no existen las condiciones precarias que podemos encontrar en la economía informal, como fue expuesto en los casos del trabajo en las maquilas, el trabajo agrícola y el trabajo doméstico. ¿Podríamos decir entonces que, en comparación con otros contextos, en la UAM “no estamos tan mal” o “podríamos estar peor” con respecto a la salud del trabajador? Edmundo Granda nos llama la atención como investigadores de la salud frente a ese tipo de pensamiento:

“El compromiso del investigador en salud radica en primer término en no ver las cosas malas como menos malas ante la posibilidad de la existencia de lo peor, sino en reconocer que en este momento de barbarie es cuando más

claramente podemos registrar la irracionalidad de la sociedad en la que vivimos y la falta de sentido de ese mundo forjado por el poder imperante” (GRANDA, 1991, p. 52).

En este sentido, insistimos en la necesidad de leer la realidad de la salud de los trabajadores más allá de sus locales de trabajo. Como nos mostraron los comisionados, lo que pasa en la UAM está amarrado a un proceso socio histórico. Habría que ver, por ejemplo, cómo incide en la realidad de los trabajadores y de su actividad sindical, la reciente firma del Convenio OIT C098 sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva.

Sin embargo, no es suficiente que México suscriba los tratados de Derecho Internacional, porque como vimos, muchas de estas recomendaciones que México ha ratificado no son puestas en práctica a manera de garantizar el derecho a la salud de los trabajadores y, muchas otras ni siquiera son reconocidas por el Estado Mexicano. El estudio de Karina Trejo (2009) sugiere la instrumentalización del Derecho Internacional mediante algunas modificaciones a la Ley Federal del Trabajo para garantizar los derechos de los trabajadores:

“Por mandato constitucional, la observancia de los tratados internacionales es obligatoria. En estos términos, si las disposiciones de nuestro derecho interno consagran menores prerrogativas para los trabajadores en materia de condiciones de trabajo y salud laboral, es menester que las disposiciones de dichos instrumentos internacionales sean incorporadas a la Ley Federal del Trabajo para otorgar más garantías a los trabajadores” (TREJO S, 2009).

En este polo de los valores sin dimensión cabrían varias preguntas ¿Qué es lo valioso para el país?, ¿por qué unas recomendaciones son aceptadas y otras no?, ¿Cuáles son los valores en juego? ¿Por qué, a pesar del robusto aparato jurídico que se tiene, se sigue presentando un rezago en términos de salud de los trabajadores y condiciones de vida digna para la población trabajadora? Si se ha

documentado la necesidad de recursos económicos, humanos y técnicos ¿Por qué no se cuenta con esa atención parte del Estado? ¿qué es lo valioso para el Estado?

Y aquí cabría la distinción entre políticas de Estado y Políticas de Gobierno, donde se supone que ambas estarían dirigidas por los valores sin dimensión, del bien común, pero las primeras serían más estables y no variarían como las segundas que dependen de los intereses de las autoridades de turno; sin embargo, hemos visto como el derecho a la salud ha sufrido varios intentos de atentado con proyectos de reformas, como el de la modificación a las tablas de enfermedades laborales, donde prácticamente quedaba en manos de los empleadores la decisión de lo que era una enfermedad profesional.

En este sentido apelamos a la discusión totalmente pertinente que hace Ferrajoli sobre la necesidad de un Constitucionalismo Rígido. Recordamos una vez más las palabras que el Dr. Sergio López compartió con los comisionados en los foros: “Incorporar los derechos humanos “como si fueran” sustantivos, permite tratarlos bajo cláusulas de eternidad (como lo indecible) impidiendo que se eliminen o modifiquen como resultado de cambios de las mayorías parlamentarias” (LÓPEZ, 2018).

Hasta aquí comprendemos que la configuración de nuestra sociedad mercantil y de derecho está determinada por un irrecusable componente axiológico. Comprensión que tomó forma gracias a los foros que construimos con los comisionados como espacio de discusión sobre el derecho a la salud. Fue justo a partir de nuestro intento por aproxímanos a su trabajo como comisionados de higiene y seguridad, que además comprendimos la fuerza del polo de las Gestiones, es decir; de la

actividad, que es convocada a construir historia en la sociedad mercantil y de derecho. Recordando que el trabajo, como toda actividad humana, también está atravesada por los valores. Como Schwartz (2007) nos advierte, la actividad de trabajo es siempre un debate de normas y valores. Así lo vivimos con los comisionados cuando identificamos que tenían que debatirse entre las prescripciones de su trabajo, las demandas de sus compañeros, los intereses de la universidad y los propios valores y, en medio de todo esto construir salud a través de su lucha política, para sí mismos y para sus pares. En palabras ergológicas diríamos hacer “uso de sí para sí y para los otros”.

Nos gustaría destacar la capacidad de este polo de la gestión, es decir, de la actividad, por su capacidad para hacer historia, es justo en este punto que recobra sentido nuestra apuesta ético-política de preguntarnos por la vivencia de los trabajadores, porque pensamos que es justo en la actividad de trabajo que se concretan las transformaciones. Nos interesaba aproximarnos a las vivencias de los trabajadores en torno al derecho a la salud, a partir de su trabajo como comisionados. Si bien el trabajo prescrito de los comisionados (CCT, Reglamentos, Normas, Acuerdos, etc.) era un aspecto indispensable para conocer su actividad, toda vez que el trabajo prescrito alimenta al trabajo real y, uno no es sin el otro, nos interesaba saber cómo es su vida en el trabajo de cara al derecho a la salud.

Pero antes de comprender la potencia de la actividad de trabajo como transformadora social y constructora de historia, necesitamos entender la diferencia entre el trabajo como actividad y el trabajo como empleo. Llama la atención que el artículo 3 de la LFT exprese que “el trabajo es un derecho y un deber sociales. No es artículo de comercio” (MÉXICO, 2019B); pero sabemos que una característica de nuestra sociedad capitalista es que el trabajo se vende y se compra. Además,

vemos que las políticas sectoriales de trabajo están enfocadas en el *mercado* laboral, más que en el derecho al trabajo digno.

Además de una visión mercantil del trabajo, que consideramos va en contravía del trabajo como un derecho, Luis Derrive, menciona la diferencia entre trabajo y empleo/oficio. Describe el empleo y oficio como campos codificados por normas establecidas; mientras que el trabajo es concebido como actividad vivida que escapa a las codificaciones. “es por eso por lo que es tan difícil hacer a una persona hablar sobre lo que ella vivió, sobre lo que llamamos *actividad de trabajo*” (SCHWARTZ, 2007, p. 297)

La actividad siempre va a escapar a la codificación, porque la actividad significa administrar la distancia entre lo prescrito y lo real del trabajo. Por lo que no podríamos decir que hicimos un análisis de la actividad de los trabajadores, pero si una aproximación que nos permitió identificar tensiones en relación al ejercicio de su derecho a la salud.

No obstante, consideramos el trabajo como una actividad humana creadora de historia y productora de salud que merece ser situada en un lugar destacado en la producción de conocimiento científico y por ende en la transformación de la realidad social. Por ello creemos que si la medicina social/salud colectiva necesita nutrirse del saber los trabajadores para su acción ético-política, el diálogo con la ergología puede contribuir en este sentido.

Edmundo Granda nos mencionaba que hay “una problemática que no la conocemos en profundidad, o todavía no se ha avanzado suficientemente en el conocimiento de cómo la población forja su saber en salud” (GRANDA, 1991, p. 54); por su parte la ergología al colocar en el centro de la discusión el saber de los trabajadores puede contribuir a consolidar este conocimiento, favoreciendo la identificación de tensiones y la construcción de estrategias desde los trabajadores para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Valorizar el saber de los trabajadores recobra todo el sentido cuando además recordamos las enseñanzas del MOI al demostrar “que las situaciones laborales concretas bien conocidas por los obreros comprometidos forman parte esencial de los conocimientos científicos” (ODDONE, 2007, p. 8) y de la transformación de sus condiciones de trabajo.

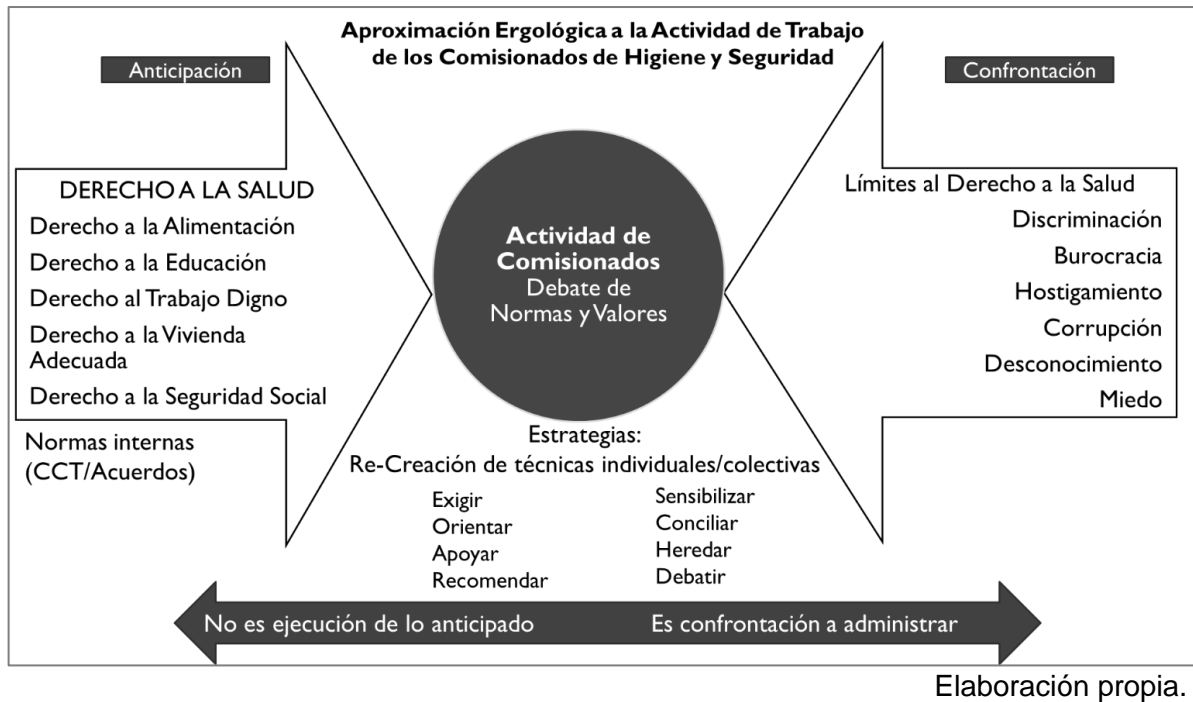
En este sentido consideramos que la actividad de trabajo debe constituirse no sólo como una actividad de construcción subjetiva, sino colectiva. Son los trabajadores (incluyendo a los investigadores) quienes debemos continuar en la lucha por condiciones de trabajo más dignas, pero para ello necesitamos contar con capacidades humanas y técnicas pertinentes; por esto recomendamos que el dialogo/investigación-formación entre academia, organizaciones de la sociedad civil y sindicatos independientes siga fortaleciéndose y sea encaminado a la reformulación e implementación de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de los trabajadores, toda vez que los cambios sociales no vienen sólo de las normas previstas por la dimensión macro social, sino de los debates de normas y valores que surgen en la esfera micro social de la actividad de trabajo y que llama a los sujetos a ejercer su capacidad como actores políticos responsables por las transformaciones sociales.

6.1.2 Desafíos para el derecho a la salud de los trabajadores frente a los límites y estrategias identificados.

Como fue expuesto en el capítulo anterior, se identificaron seis (6) elementos que limitan el derecho a la salud de los trabajadores: Discriminación, Burocracia, Hostigamiento, Corrupción, Desconocimiento y Miedo; así como ocho (8) estrategias que constituyen las técnicas singulares y colectivas que permiten hacer frente a los límites construidos socialmente. Estas estrategias son: Exigir, Orientar, Apoyar, Recomendar Sensibilizar, Conciliar, Heredar y Debatir. Técnicas que surgen del debate de normas y valores que convoca la actividad de los comisionados.

Por lo anterior, presentamos los desafíos que identificamos tanto para las políticas como para los actores, considerando las tensiones y posibilidades que producen estos debates de la actividad. Desplegaremos nuestra discusión de un nivel micro al macro, intentando el dialogo teórico-metodológico entre la salud colectiva y la ergología, que hemos pretendido ilustrar en el gráfico siguiente, trayendo las tensiones entre las prescripciones de la actividad de los comisionados, - específicamente el derecho al trabajo digno como uno de los elementos del derecho a la salud propuesto por la salud colectiva- y los límites y estrategias derivados de su confrontación con lo real de la actividad.

Ilustración 24. Diálogo entre la salud colectiva y la ergología a partir de la aproximación a la actividad de los comisionados



6.1.2.1 Superación del Desconocimiento

Considerando lo discutido sobre el desafío que traza construir políticas situadas y prácticas ético-políticas, mediante el fortalecimiento de la lucha social por los derechos y la correspondiente formación técnica y humana que esto sugiere, nos gustaría empezar diciendo que el principal desafío que encontramos, sobre todo en un contexto universitario, es la superación del límite del desconocimiento.

Será que como fue narrado por los comisionados ¿a la universidad si le conviene la ignorancia de los trabajadores? Creemos que esto es algo a ser discutido, toda vez que si bien el conocimiento por parte de los comisionados puede generar más demandas frente a sus derechos, también puede generar que los trabajadores se constituyan como agentes productores de salud colectiva, no sólo como trabajadores que demandan derechos, sino como sujetos colectivos comprometidos con la salud, en capacidad de identificar y proponer estrategias de solución para las problemáticas identificadas en la UAM con respecto de condiciones de higiene y seguridad. ¿Por qué no le convendría esto a la Universidad?

Es necesario que los comisionados se capaciten en salud ocupacional, en derechos humanos laborales y, específicamente en el derecho a la salud en un sentido amplio, ya que, si bien se identificó que los comisionados relacionan la salud con otros derechos, como es propuesto por el modelo de la salud colectiva, frecuentemente tienden a asociar la salud sobre todo con la prestación de servicios. Esto constituye un problema importante a ser superado, ya que la visión limitada del derecho a la salud impide avanzar en políticas integrales. Los representantes sindicales están llamados a tener incidencia social, y para ello requieren de formación político-técnica, la cuál va más allá de la capacidad de generar el panfleto, gritar arengas o cerrar la Universidad. Se requiere además formación en el campo de la salud de los trabajadores.

En este sentido consideramos que la ergología puede subsidiar la necesidad de formación de los comisionados, y de los académicos interesados, a partir de la constitución y consolidación de Grupos de Encuentros de Trabajo (GRT), que, como una forma del Dispositivo Dinámico a Tres Polos permiten el diálogo entre los

saberes de la academia y los saberes de la experiencia de los trabajadores mediante la postura ética de la humildad epistemológica.

Consideramos que los foros permitieron evidenciar gran parte de los saberes invertidos en la actividad de los comisionados. Estos conocimientos son una oportunidad para los trabajadores y para la propia Universidad, y en ese sentido deben ser valorados y potencializados con el compromiso del comité ejecutivo del sindicato y las autoridades universitarias.

Frente al límite del desconocimiento, se impone el desafío de conocer. Es más, frente al límite del miedo que genera la falta de conocimiento, la educación es la opción; ella permitirá que los comisionados adquieran mayores herramientas para su actividad, para la solución de conflictos, el enfrentamiento de los casos de hostigamiento, problemas de salud en áreas como el comedor e intendencia, el abuso de las incapacidades de médico particular por parte de algunos compañeros y el ausentismo. No obstante, este desafío supone otro, ¿Cómo hacer para que el proceso de formación genere un impacto en la actividad de los comisionados y en la producción de salud en la universidad cuando su paso por la comisión se limita a un tiempo de dos años?

Llama la atención que el desconocimiento sea un límite presente en los comisionados, toda vez que la ley considera la capacitación como un derecho y obligación. Así lo podemos apreciar en los Artículos 7 y 45 del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se menciona que los patrones deben dar facilidades de operación y capacitación a las comisiones; así como lo dice la NOM 019 sobre una de las obligaciones del patrón “5.13 Proporcionar a los integrantes

de la comisión, al menos una vez por año, capacitación para la adecuada realización de sus funciones, con base en el programa que para tal efecto se elabore, de acuerdo con lo señalado en el Capítulo 10 de la presente Norma” (MÉXICO, 2011).

Evidenciamos cómo se presenta una distancia entre lo prescrito y lo real, pero sobre todo el debate de normas y valores que ello genera en la actividad de los comisionados. ¿Qué hacer frente al desconocimiento, cuando se supone que la estructura sindical y los compañeros dan por hecho que los comisionados cuentan con los conocimientos pertinentes no sólo en cuanto a higiene y seguridad, sino frente a la solución de conflictos, normatividad y protocolos de atención, entre otros? Recordemos que los mismos comisionados compartieron la necesidad de contar con una ruta de atención.

Como encontramos en los hallazgos, su estrategia consiste en “heredar”; es decir, en la transmisión de conocimientos; quienes son antiguos les enseñan a los novatos; pero la cuestión que surge es, en medio de la temporalidad transitoria de los representantes sindicales en la comisión y, considerando las transformaciones en el mundo del trabajo, que incluye la realidad de los trabajadores temporales en la UAM ¿Cómo construir un patrimonio de conocimientos que se sobreponga a estos cambios para incidir efectivamente en el derecho a la salud de los trabajadores?

“Essas mudanças do trabalho sempre existiram, mas aplicam-se hoje a temporalidades de mais curta duração, através de processos de transformação contínuos e cada vez mais rápidos das organizações produtivas, o que pode – a curto, médio ou longo prazo – limitar a capitalização da experiência, quer dizer a transformação em patrimônio individual e coletivo dos modos de proceder para obter o que é pedido” (DI RUZZA, et al., 2018, p. 142).

¿Cómo convertir en patrimonio el conocimiento que un comisionado antiguo tienen cuando, por ejemplo, dice “Aparte cada grupo de trabajo se organiza de diferente forma, no es lo mismo tratar con un grupo de una oficina, que con el grupo de mantenimiento, vigilancia, cafetería o intendencia” (NARRATIVAS, 2018)?

El funcionamiento de la comisión, al ser renovada cada dos años, dificulta la posibilidad de crear historia; es decir, impide la consolidación del colectivo, el proceso formativo de los comisionados, el acompañamiento de los trabajadores - sobre todo en el caso de quienes se encuentran en procesos de determinación de enfermedades laborales- y, no sólo el impacto en la transformación de las condiciones de higiene y seguridad y la producción de salud en la Universidad, sino el impacto en la reformulación de las políticas públicas. En este sentido recomendamos valorar el tiempo que los comisionados, representación sindical, duran en las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad.

6.1.2.2 Superación del Miedo

Como evidenciamos en los hallazgos, el miedo está relacionado con el desconocimiento, en la medida que los comisionados prefieren callar acerca de su falta de conocimiento que reconocerlo ante la estructura sindical para evitar ser penalizados con juicios de valor. En este sentido, hemos dicho que un camino para superar el miedo es el conocimiento.

No obstante, el límite del miedo sugiere el desafío de la profesionalización colectiva, del desarrollo de capacidades técnicas y negociadoras que facilite las relaciones de

trabajo con la estructura sindical, con los compañeros, con la universidad y con el sector salud. Estamos convocados a superar el miedo porque “tiende con demasiada frecuencia a bloquear la deliberación racional, envenena la esperanza e impide la cooperación constructiva en pos de un futuro mejor” (NUSSBAUM, 2019, p. 23).

6.1.2.3 Superación de la Discriminación, Burocracia y Corrupción

Por otro lado, frente a los límites que se refieren a la discriminación, la burocracia y la corrupción, que a veces parecen un poco intrincados atravesando el espacio micro y macro, se sugiere que los comisionados identifiquen y documenten los obstáculos que los trabajadores han tenido tanto dentro de la Universidad como con el ISSSTE - los resultados de esta tesis pueden contribuir a esa tarea-, dejando sobre la mesa la necesidad de proponer alternativas a la organización de los procesos internos y externos que permitan superar estos límites para garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios.

Por ejemplo, ¿Cómo podrían organizarse los procesos dentro de gestión humana para que los comisionados en lugar de dedicarse a perseguir a un trabajador para que corrija su incapacidad, se dediquen a tareas relacionadas con la producción de la salud colectiva?; ¿Cómo se podría educar a los trabajadores que abusan de las incapacidades para que asuman prácticas más conscientes y solidarias?; ¿Cómo convocar a la Universidad a tener prácticas más inclusivas, equitativas con los trabajadores temporales y que acciones concretas pueden proponer los comisionados considerando su factibilidad?

Por otro lado, recomendamos a los comisionados construir el perfil epidemiológico de los trabajadores de la Universidad, tarea que permitirá intervenir con mayor conocimiento. Esta información debería estar sistematizada y disponible en un medio de fácil acceso, considerando las grandes dificultades que tuvimos para acceder a la estadística que presentamos. Si esta es una tarea que resulta necesaria a nivel local, lo es más a nivel del Gobierno.

Resulta totalmente urgente que la STPS genere un sistema de información confiable frente a los perfiles de epidemiológicos de la población trabajadora. Un sistema integral que realmente dé cuenta de las condiciones de salud, no sólo de los afiliados al IMSS sino de la población trabajadora afiliada al ISSSTE y demás trabajadores que no cuentan con seguridad social.

Así mismo, frente a la fragilidad de las Políticas Públicas para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, por no brindan elementos que garantizan el derecho a la salud de los trabajadores, evaluamos pertinente la creación de un puente estratégico que permita confluir al sector trabajo y al sector salud para la construcción conjunta de una política intersectorial que intervenga el derecho a la salud de los trabajadores de manera integral.

¿Cómo hablar de “Trabajo Decente y Crecimiento Económico” -Objetivo 8 de la Agenda 2030- (ONU, 2015) si este trabajo no considera la “Salud y el Bienestar”- Objetivo 3 de la Agenda 2030 (ONU, 2015)? Recordemos que todas las decisiones políticas afectan la vida de las personas toda vez que éstas pretenden ser soluciones a problemas de orden público y, al ser la salud una dimensión constitutiva de la vida de las personas, es necesario valorar el impacto de las

decisiones de la STPS en la salud de los trabajadores, por ello entendemos la pertinencia de adoptar el enfoque de “Salud en todas las Políticas” (WHO, 2015) para la formulación de políticas públicas.

El sector trabajo está llamado a interrogarse por las políticas públicas que necesitan los trabajadores; además de necesitar políticas de empleo y salario, necesitan que se creen los instrumentos necesarios para garantizar condiciones de trabajo digno que favorezcan su salud. Por su parte, el sector salud, desde un enfoque de prevención primaria de la salud, puede considerar intervenir en la salud de los trabajadores. Conocemos las causas de las enfermedades de alta prevalencia en México, como la obesidad y diabetes, pero también sabemos que hay enfermedades asociadas al trabajo; y tal vez si se interviniera en este rubro, las demandas por prestación de servicios de salud podrían disminuir.

Si reconocemos que la población no sólo se está enfermando por lo que come, sino por los modos en los que tiene que trabajar, aún más, si reconocemos que lo que tiene que comer la población, así como el consumo del tabaco y el alcohol está íntimamente relacionado a las demandas de sobre carga laboral, estamos llamados a intervenir en estas condiciones más allá de los discursos de autocuidado y estilos de vida saludable.

6.1.2.4 Superación del hostigamiento

Consideramos necesario que en la UAM se implemente la NOM 035 para la valoración e intervención de factores de riesgo psicosocial con un enfoque

preventivo. El caso de la trabajadora que se vio forzada a renunciar, al desconsiderarse su condición de salud y como el trabajo pudo desencadenar una crisis emocional que la llevó a tomar esta decisión, es un llamado de que la salud no sólo significa tener seguridad social y un trabajo estable, la salud debe significar que en el trabajo se consideren otros factores de vulnerabilidad, como las condiciones de ser madre, mujer, víctima de negligencia médica, las relaciones con el jefe y el estado emocional; como en ese caso puntual.

Más allá de seguir los parámetros que esta ley ofrece mediante el uso de algunas guías para la evaluación del riesgo psicosocial, es indispensable el diálogo con los trabajadores y la aproximación a su actividad de trabajo en una actitud de humildad epistemológica. Son estas condiciones las que nos darán luz para saber cuáles son los obstáculos e impedimentos que viven los trabajadores y que van en detrimento de su salud; recordando que es en estas mismas dramáticas, que los trabajadores crean las estrategias para hacer posible el trabajo y la vida misma. Por ello, no es absurdo creer que tal vez en esas mismas estrategias no sólo podamos encontrar las respuestas para renormatizar el trabajo, sino para reformular las políticas públicas que tienen que ver con la salud de los trabajadores. Políticas que como intentamos mostrar, van mucho más allá de las políticas para la seguridad y salud en el trabajo, pero que, en la práctica, se reducen pobre e insuficientemente a estas.

6.1.3 Desafíos teórico-metodológicos

La estrategia “Foros por El Derecho a la Salud de los Trabajadores: Reflexiones hacia una política pública que afirme la vida” permitió conocer cómo viven los trabajadores el derecho a la salud Derecho a la Salud en el marco de las actuales Políticas Públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo a partir de la experiencia de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad UAM – SITUAM.

Consideramos que este método como espacio de formación mutua viabilizó el diálogo sobre la salud y el trabajo, favoreció un espacio para colocar en palabras los debates de normas, valores y tensiones de la actividad de los comisionados y hasta posibilitó un mini-curso sobre el derecho a la salud, los derechos humanos laborales y las políticas públicas relacionadas a la salud de los trabajadores.

Como ventaja de estos foros destacamos su potencia para recuperar los saberes de los trabajadores y colocarlos en diálogo con los saberes académicos, toda vez que el principio de la humildad epistemológica está presente por ser inspirados en el DD3P, además, como método de investigación permiten tener una lectura más amplia de la realidad al facilitar la participación libre de los asistentes y no restringir su opinión a preguntas cerradas.

Encontramos que el método de los foros debe considerar el funcionamiento de los grupos con los cuales se quiere trabajar, recomendamos explorar el funcionamiento de estos, para adaptar la intervención en grupos de corta duración o alta rotación de sus integrantes, como es el caso de las comisiones.

Valoramos que una contribución importante de esta investigación fue el esfuerzo por comprender las vivencias de los trabajadores y las posibilidades para incidir en la transformación de su realidad, propiciando el diálogo teórico-metodológico entre los campos de la salud colectiva y la ergología, porque su diálogo posibilita reconocer la determinación social de la salud como un eje fundamental, pero, además, recuperar la capacidad de los colectivos de producir salud a través de su actividad de trabajo.

Debido a lo anterior constituye un desafío integrar la perspectiva ergológica a más investigaciones relacionadas con la salud de los trabajadores en México, toda vez que este campo tiene mucho que aportar para la transformación favorable de las condiciones de vida de los trabajadores a partir de la comprensión los debates de normas y valores que suceden en la actividad de trabajo.

REFERENCIAS

- AFSHIN, M., 2007. Súbita Ciudad. De las arenas de Dubai emerge un sueño hecho realidad. *National Geographic en Español*, 20(1), pp. 54-73.
- AGUILAR, C. R. A. & BERRIOS, M. D. P. N., 2016. *Derechos y Políticas Públicas. Desafíos políticos e institucionales en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Juan Pablos Editor.
- AGUILAR, L., 1992A. *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa.
- AGUILAR, L., 1992B. *La hechura de las políticas*. México: Porrúa.
- AGUILAR, L., 1992C. *Problemas Públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa.
- ALAS, 2017. *ALAS 2017*. [En línea]
Available at: <http://alas2017.easyplanners.info/opc/pdfs/programa.pdf>
[Último acceso: 02 11 2017].
- ALCALDE JUSTINIANI, A., 2014. *Once Noticias*. [En línea]
Available at: https://www.youtube.com/watch?v=JH2rTQhL_Y8
- ALCALDE, A., 2017. *La Jornada*. [En línea]
Available at: <http://www.jornada.unam.mx/2017/03/18/opinion/016a2pol>
[Último acceso: 18 Marzo 2017].
- ALCÁNTARA, S. M. & FLORES, M. A. C. C., 2008. El acoso psicológico en el trabajo. *Psicología y Salud*, 18(2), pp. 255-265.
- ALZAGA, Ó., 2006. La política laboral en México y la pretendida reforma laboral. *Alegatos*, Issue 62, pp. 141-158.
- ALZAGA, O., 2018. Huelgas, sindicatos y luchas sociales en la historia de México. *Alegatos*, mayo/agosto(99), pp. 411-434.
- APARICIO, M. & PISARELLO, G., 2008. Los derechos humanos y sus garantías básicas. En: *Los Derechos Humanos en el Siglo XXI: Continuidad y Cambios..* Barcelona: Huygens, pp. 139-161.
- ÁVALOS, M., 2019. *ProDESC*. [En línea]
Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=0w2NwyTfOg>
[Último acceso: 25 09 2019].
- BARROS, E. D. B. M., 2019. *Instituto de Psicología de la USP*. [En línea]
Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=dotcqGMSJIY>
[Último acceso: 22 05 2019].

- BASAGLIA, F., GIOVANNINI, E., L. P. & PIRELLA, A., 1980. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. Méxio: Nueva Imagen.
- BASTOS, J. A., 2019. *Servidores, funcionários, terceirizados e empregados: a babel dos vínculos, cotidiano de trabalho e vivências dos trabalhadores em um serviço público*. São Paulo: Tese Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social USP.
- BOURDIEU, P., 1997. *Razones Prácticas*. Barcelona: Anagrama.
- BRASIL, R., 2019. *Canal da Resistência*. [En línea]
Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=2DAAO08jPyCU>
[Último acceso: 03 04 2019].
- BRAUN, V. & CLARKE, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, pp. 77-101.
- CANGUILHEM, G., 1978. Lo Normal y lo Patológico. En: México: Siglo XXI, pp. 137-177.
- CANGUILHEM, G., 2009. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária 6.ed. rev.
- CDESC, 2000. *Observación general Nº 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: ONU.
- CDESC, 2005. *Observación General 18. El Derecho al Trabajo*. Ginebra, ONU.
- CNDH, C. N. d. I. D. H., 2016. *Derecho humano al trabajo y derechos humanos en el trabajo*. Primera ed. CDMX: CNDH México.
- COLOMBIA, 2015. *Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo*. Colombia: Ministerio del Trabajo.
- CONEVAL, C. N. p. I. E. d. I. P. d. D. S., 2018. *Estudio Diagnóstico del Derecho al Trabajo 2018*. 1ra. ed. Ciudad de México: CONEVAL.
- CUNHA, L. y otros, 2019. Reconfiguração do horário de trabalho para turnos de 12h: que impactos na saúde?. *Tempus, actas de saúde coletiva*, 13(2), pp. 91-103.
- D MARTÍNEZ, L. F., 2013. Depoimento. En: *Notas das aulas do curso de Michel Foucault "O Governo de si e dos outros"*. Vitória: Saberes Instituto de Ensino, pp. 76-77.
- D MARTÍNEZ, L. F., 2015. *O RISCO PSICOSSOCIAL: Uma questão que desafia a atividade do psicólogo na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores. Dissertação de mestrado em Psicologia Institucional*. <http://repositorio.ufes.br/handle/10/1652> ed. Vitória: UFES.
- D MARTÍNEZ, L. F., 2016. Subjetividad y riesgo psicosocial: desafíos para la actividad de los psicólogos del trabajo. *Salud de los Trabajadores*, 24(1), pp. 39-49.
- DEJOURS, C. & BÈGUE, F., 2010. *Suicídio e trabalho: o que fazer?*. Brasília: Paralelo 15.

DI RUZZA, R., LACOMBLEZ, M. & SANTOS, M., 2018. *Ergologia, Trabalho, Desenvolvimentos*. Belo Horizonte: Fabrefactum.

DÍAZ, J., 2019. *ProDESC AC Nuestras Historias en Defensa de los Derechos Humanos Laborales*. [En línea]

Available at: <https://www.youtube.com/watch?v= 0w2NwyTfOg>

[Último acceso: 25 09 2019].

DUARTE NUNEZ, E., 1999. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Huicitec.

EU-OSHA, 2014. *Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. [En línea]

Available at: <https://osha.europa.eu/es/surveys-and-statistics-osh/esener>

[Último acceso: 19 03 2017].

FERRAJOLI, L., 1978. Defensa de la Salud en la fábrica y artículo 9 del estatuto de los trabajadores. En: *La salud de los trabajadores: Aportes para una política de salud*. México, D.F.: Nueva Imagen, pp. 113-123.

FERRAJOLI, L., 2001. Los fundamentos de los derechos fundamentales. *Primera Vista*, pp. 19-56.

FLACSO, 2018. *FLACSO ARGENTINA*. [En línea]

Available at: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>

FOUCAULT, M., 2000. *Defender la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

GALEANO, D., TROTTA, L. & SPINELLI, H., 2011. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, pp. 285-315.

GALLO, Ó., 2016. Alienación, riesgos sociales y enfermedades crónicas. *Cultura & Trabajo*, Issue 92, pp. 50-59.

GARCÍA, C. & AVENDAÑO, C., 2017. *La Jornada*. [En línea]

Available at: <http://www.jornada.unam.mx/2017/03/18/estados/025n3est>

[Último acceso: 18 Marzo 2017].

GATICA LARA, I., 1995. El sindicalismo universitario independiente ante el cambio laboral: el caso del SITUAM. *Política y cultura*, Otoño(5), pp. 191-205.

GÓMES, R. D. S., 2003. *A PRODUÇÃO SOCIAL DO INFORTÚNIO: acidentes incapacitantes na construção civil*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública ENSP.

GOMEZ, C., MACHADO, J. & PENA, P., 2011. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GÓMEZ, V. & JUÁREZ, A., 2016. Condiciones de trabajo, exigencias psicosociales y salud en población Latinoamericana. En: *La salud laboral en el siglo XX y el XXI-De la negociación al derecho a la salud y la enfermedad-*. Medellín: Escuela Nacional Sindical ENS, pp. 473-503.

GRANDA, E., 1991. El compromiso social de la investigación en salud. En: *Reproducción social y salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 40-58.

ILO, I. L. O., 2014. *Safety and Health at Work: A Vision for Sustainable Prevention: XX World Congress of Safety and Health at Work 2014: Global Forum for Prevention*. Geneva: ILO.

IMSS, 2019. *IMSS*. [En línea]

Available at: <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/riesgos.htm>

[Último acceso: 15 11 2019].

INEGI, 2018. *INEGI*. [En línea]

Available at: <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>

[Último acceso: 2018 08 20].

LACAZ, F. A. D. C., 2012. *Instituto de Psicología USP*. [En línea]

Available at: <https://youtu.be/6fRmX0YhkU0>

[Último acceso: 5 Agosto 2017].

LAURELL, C., 1978. Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, Issue 17, pp. 59-79.

LAURELL, C., 2000. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. *Sene PALTEX, Salud y Sociedad*. OPS, Issue 3, pp. 7-296.

LEAL, G., 2019. *Entrevista Crítica - AMLO: en salud, primero los pobres-*

<https://www.youtube.com/watch?v=lgtd2kmvXGg> [Entrevista] (09 02 2019).

LEWONTIN, R. C., ROSE, S. & KAMIN, L., 1987. No está en los genes. En: 13-52 y 282-352. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes Crítica.

LINDEN, M. V. D., 2013. *Trabalhadores do mundo: Ensaio para uma história global do trabalho*. Campinas: Unicamp.

LÓPEZ, O., 2012. *UAMVIDEOS*. [En línea]

Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=qVAFdkvS7zA&t=44s>

[Último acceso: 22 05 2015].

LÓPEZ, O., 2013. Determinación Social de la Salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgação em Saúde para Debate*, Issue 49, pp. 144-150.

LÓPEZ, O. A. & JARILLO, E. C. S., 2017. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), pp. 1-13.

LÓPEZ, O., ESCUDERO, J. & CARMONA, L., 2008. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), pp. 323-335.

LÓPEZ, S. & LÓPEZ, O., 2015. *Derecho a la Salud en México*. Primera ed. México: UAM.

- LÓPEZ, S. M., 2018. *Derecho a la Salud. Aproximación conceptual*, Ciudad de México: s.n.,
- MARX, K., 1988. *El Capital*. México: Siglo XXI.
- MENÉNDEZ, E. L., 2005. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), pp. 9-32.
- MÉXICO, 2007. *Política pública de seguridad y salud en el trabajo*. México: STPS.
- MÉXICO, 2011. *NORMA Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011, Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene*. 2 ed. México: STPS.
- MÉXICO, 2014. *Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo*. México: Secretaria del Trabajo y la Previsión Social.
- MÉXICO, 2015. *Ley Federal del Trabajo*. México: Camara de Diputados del H Congreso de la Unión.
- MÉXICO, 2017A. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. DOF 15-09-2017 ed. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- MÉXICO, 2017B. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. CDMX: Diario Oficial de la Federación DOF.
- MÉXICO, 2017C. *Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n490.pdf> ed. México: ISSSTE.
- MÉXICO, 2018. *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo - Identificación, análisis y prevención*. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- MÉXICO, 2019A. *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_040619.pdf ed. México: CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN.
- MÉXICO, 2019B. *Ley Federal del Trabajo*. México: STPS.
- MEZA RIVERA, F., 2018. *Movimiento Antorchista Nacional*. [En línea] Available at: http://www.antorchacampechina.org.mx/articulos_colaboradores.php?id=49641#.XYuSMehKjIU [Último acceso: 2019 09 25].
- MONTERO, J. A., 2018. *Aristegui Noticias*. [En línea] Available at: <https://aristeguinoticias.com/1408/mexico/entre-2015-y-2018-los-empleos-precaros-aumentaron-y-los-mejor-pagados-disminuyeron-cefp/> [Último acceso: 20 08 2018].
- NARRATIVAS, C. M. d. H. y. S. C. S., 2018. *Narrativas* [Entrevista] (marzo-mayo 2018).

NORIEGA, M. y otros, 2005. La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez. *Cad. Saúde Pública*, 21(3), pp. 887-897.

NUSSBAUM, M., 2019. *La monarquía del miedo*. 1ra ed. España: Paidós.

ODDONE, I., 2007. Reflexiones sobre el Modelo Obrero Italiano. *Revista Sindical Salud, Trabajo y Medio Ambiente*, pp. 4-8.

OIT, 2002. *Organización Internacional del Trabajo*. [En línea]

Available at:

http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R194

[Último acceso: 18 Marzo 2017].

OIT, 2017. *Conferencia Internacional de Trabajo 106 Reunión 2017: Trabajar juntos para promover un medio de trabajo seguro y saludable.*, Ginebra: OIT.

OIT, O. I. d. T., 1996. *Organización Internacional del Trabajo (OIT)*. [En línea]

Available at: <http://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang--es/index.htm>

[Último acceso: 13 11 2017].

OIT, O. I. d. T., 2019. *ILOSTAT*. [En línea]

Available at: <https://ilostat.ilo.org/es/data/country-profiles/>

[Último acceso: 8 noviembre 2019].

OLIVEIRA, B. B. C. D., 2006. *Olhar e narrativa. Leitura Benjaminianas*. Vitória: EDUFES.

OMS, 2018. *Organización Mundial para la Salud*. [En línea]

Available at: http://www.who.int/topics/occupational_health/es/

OMS & BM, 2016. *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. [En línea]

Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

[Último acceso: 5 Agosto 2017].

ONU, 1966. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*. New York: s.n.

ONU, 2015. *Naciones Unidas México. Agenda 2030.* [En línea]

Available at: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/>

[Último acceso: 10 noviembre 2018].

ONU, 2017. *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas acerca de su misión a México*, México: Naciones Unidas Asamblea General.

- OSC, 2017. *Informe Alternativo conjunto sobre los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en México (2017) Resumen ejecutivo*. [En línea]
Available at: http://www.pudh.unam.mx/informe_alter_conjunto_sobre_DESCA_en_mx.html
[Último acceso: 10 abril 2018].
- OSZLAK, O. & O' DONNELL, G., 1995. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2(4), pp. 99-128.
- PALACIOS NAVA, M. y otros, 2018. Situacion of occupational and environmental health in Mexico. *Annals of Global Health*, 84(3), pp. 348-359.
- PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L., 2009. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- PÉREZ H PANTOJA, L. M., 2017. *La Jornada*. [En línea]
Available at: <http://www.jornada.com.mx/2017/03/02/cultura/036n4soc>
- PÉREZ H, L. M., 2016. *Frecuencia Laboral*. [En línea]
Available at: <http://www.frecuencialaboral.com/accidentesdetrabajocomonotificarlos206.html>
[Último acceso: 20 08 2018].
- PULIDO, M. & NORIEGA, M., 2003. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), pp. 269-277.
- RAE, 2018. *Diccionario de la Lengua Española DLE. Real Academia Española RAE.* [En línea]
Available at: <https://dle.rae.es/?id=EusiHns>
[Último acceso: 01 10 2019].
- RENACJJA, R. N. d. J. y. J. A., 2019. *Desinformémonos*. [En línea]
Available at: <https://desinformememos.org/jornaleros-agricolas-denuncian-pobreza-explotacion-y-precariedad-de-condiciones-en-los-campos-mexicanos/>
[Último acceso: 22 09 2019].
- RIVERA, J. E., 2009. *La Vorágine*. 2a ed. México: Grupo Editorial Tomó.
- SANDOVAL, J., GÓMEZ, G., FERNANDÉZ, L. & TORRES, A., 2016. *Esbozo de la historia de la salud en el trabajo en México*. México: UNAM FES Zaragoza.
- SAUCEDO, S. R., DE CHÁVEZ RAMÍREZ, D. R. & SÁNCHEZ MORALES, F. D. M., 2011. Riesgos laborales y sus efectos en la salud en obreros de una empresa minera de Zacatecas. *Revista electrónica semestral especializada en el Área de la Salud*, pp. 1-16.
- SCHWARTZ, Y., 1988. *Travailler, gérer. Société Française*, pp. 18-20.
- SCHWARTZ, Y., 2007. *Trabalho e Ergologia. Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EduFF.

- SCHWARTZ, Y., 2017. *Educación y actividad de trabajo: diálogos, obstáculos y desafíos – Conferencia Mayo 5 de 2015*. Montevideo, Uruguay, Laboreal
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0117ys>, pp. 69-80.
- SILVA, E. R. D., 2016. *O gesto profissional em psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho*. Belo Horizonte: Tese de Doutorado em Educação.
- SITUAM, 1979. *Acuerdo CMGHYS-02/79 Incapacidad de médico particular..* México: SITUAM.
- SITUAM, 2015. *Acuerdo CMGHYS-01/15 en relación a la dotación y uso de la ropa de trabajo y equipo de protección personal y general para los trabajadores administrativos y académicos*. México: SITUAM.
- SITUAM, 2019. *Estatuto Sindicato Independiente de trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana*. [En línea]
Available at: http://situam.org.mx/wp-content/uploads/2016/05/situam_estatuto_mayo2016.pdf
[Último acceso: 06 Agosto 2019].
- STOLKINER, A. & ARDILA G, S., 2012. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatria*. Volúmen XXIII, pp. 57-67.
- STPS, 2013. *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018*. México, D.F.: Secretaría de Trabajo y Previsión Social.
- STPS, 2017. *Seguridad y Salud en el Trabajo en México: Avances, retos y desafíos*. Ciudad de México: STPS.
- STPS, 2018A. *Secretaria del Trabajo y Previsión Social STPS Información Laboral Ciudad de México*. [En línea]
Available at:
<http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20distrito%20federal.pdf>
[Último acceso: 20 08 2018].
- STPS, 2018B. *Secretaria de Trabajo y Previsión Social. Estadística Riesgos de Trabajo registrados en el IMSS*. [En línea]
Available at: <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/riesgos.htm>
[Último acceso: 21 08 2018].
- TETELBOIN, C., 2007. Políticas y reformas a los sistemas de salud en América. En: *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 49-77.
- TREJO S, K., 2009. Propuestas de reforma a la Ley Federal del Trabajo en materia de condiciones de trabajo y salud laboral, sustentadas en instrumentos internacionales suscritos por México. *El Cotidiano*, septiembre-octubre(157), pp. 93-100.

UAM-SITUAM, 2018. *Contrato Colectivo de Trabajo 2018-2020*. México: UAM.

VASCONCELLOS, L., 2007. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: Apontamentos para uma política de estado..* Rio de Janeiro: Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) Programa de pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.

VÁZQUEZ, N., 2018. *El sol del centro*. [En línea]

Available at: <https://www.elsoldelcentro.com.mx/republica/mujeres-de-maquila-mas-que-trabajar-sobrevivir-1041663.html>

[Último acceso: 06 03 2018].

WHO, 2015. *Health in all policies: training manual*. Italy: WHO.

ANEXOS

Anexo 1. Propuesta para el trabajo de campo.

Ciudad de México, 01 de marzo de 2018

Estimada

Ma. Angélica Peregrino Peña

Secretaría de Previsión Social

Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana SITUAM

Presente



Angélica P
María Angélica Peregrino
Peña

Secretaría Previsión Social

28/03/18
Angélica P

Asunto: Propuesta de trabajo conjunto SITUAM-DCSC

Foros por el Derecho a la Salud de los Trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida

Cordial saludo,

La presente propuesta busca construir un trabajo conjunto entre el SITUAM y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva DCSC de la UAM-X, a partir de la tesis titulada **el derecho a la salud de los trabajadores: reflexiones hacia una política pública que afirme la vida**. El Grupo investigador que participa de este proyecto doctoral está conformado por:

- Dra. Oliva López Arellano, directora de tesis.
- Dr. Liliana Cunha, codirectora de tesis.
- Dr. Sergio López Moreno, asesor de tesis.
- Mtra. Luisa Fernanda Delgado Martínez, doctorante.

Esta investigación pretende responder a la pregunta ¿Cuáles son los componentes de una Política Pública sustentada en el Derecho a la Salud de los Trabajadores¹ (DSTT)? El objetivo es que la potencia de los trabajadores como actores políticos, se exprese en la formulación de los contenidos de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores; para ello sugerimos los foros, cómo una estrategia de participación donde los interesados en discutir temas concernientes a Salud, Trabajo y Políticas Públicas podamos encontrarnos periódicamente.

Vemos que el **Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana SITUAM** es un terreno óptimo para tal reflexión, ya que se reconoce como un colectivo que ha desempeñado un importante papel en la defensa de los derechos de los trabajadores, por lo que consideramos que esta iniciativa es afín con la bandera de lucha del SITUAM.

Agradecemos su atención, en espera de su parecer.

Cordialmente,

Luisa Fernanda Delgado Martínez
Mtra. Luisa Fernanda Delgado Martínez
Doctorante DCSC

Oliva López Arellano
Dra. Oliva López Arellano
Coordinadora DCSC



¹ Se utiliza el término "los trabajadores", para efectos de delimitación de la población y reducir la extensión de las palabras, pero durante el desarrollo del proyecto, se hará énfasis en la perspectiva de género.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD CBS
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA
UNIDAD XOCHIMILCO UAM-X.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Componentes de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores
PP-DSTT**

- Responsables de la investigación:
 - Dra. Oliva López Arellano, directora de tesis.
 - Dr. Liliana Cunha, codirectora de tesis.
 - Dr. Sergio López Moreno, asesor de tesis.
 - Mtra. Luisa Fernanda Delgado Martínez, doctorante.
- Nombre del voluntario:
- Edad: No. de folio:

Usted está siendo convocado por el proyecto de investigación doctoral titulado **Componentes de una Política Pública de Derecho a la Salud de los Trabajadores PP-DSTT**, cuyo objetivo es responder a la pregunta ¿Cuáles son los componentes de una Política Pública sustentada en el Derecho a la Salud de los Trabajadores (PP-DSTT) ?; para ello, lo estamos invitando a participar en los “Foros por El Derecho a la Salud de los Trabajadores: Reflexiones hacia una política pública que afirme la vida”.

Los foros funcionarán como encuentros de reflexión y discusión que serán grabados para la elaboración de memorias y su posterior análisis. Las memorias de cada encuentro serán redactadas en forma de narrativas colectivas y compartidas con cada participante.

La frecuencia de los foros será según la disponibilidad de tiempo de los participantes.

En esta investigación no hay riesgos o incomodidades que afecten negativamente a los participantes, porque el contacto con los voluntarios está centrado en conversaciones y no hay ningún tipo de procedimiento invasivo ni de intervenciones psicoterapéuticas.

Los participantes no obtendrán ningún beneficio directo. Sin embargo, los beneficios indirectos que se podrían obtener a largo plazo es que estos foros potencialicen a los trabajadores como actores políticos fundamentales para la construcción de políticas públicas que afirmen la vida y se materialicen en espacios concretos.

La participación en esta investigación es voluntaria y el participante tiene la libertad de desistir de su participación o retirar su consentimiento, en cualquier fase de la investigación, sin penalización alguna y sin perjuicio. Igualmente, el voluntario puede sanar eventuales dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación, mediante contacto directo con la investigadora.

Las informaciones generadas de esta investigación no se usarán para ningún otro propósito que para este estudio, siendo asegurado el carácter confidencial y garantizando el anonimato de los voluntarios en las publicaciones o eventos pertinentes. En relación con el material colectado, como grabaciones, audios y filmes, después de concluida la investigación, estarán bajo custodia de la investigadora en archivo magnético por 1 año y posteriormente serán destruidos.

Yo _____, después de la lectura de este documento, declaro haber sido informado (a) suficientemente del proyecto de investigación arriba descrito y haber tenido la oportunidad de conversar con la investigadora responsable, para esclarecer todas mis dudas, por lo que estoy seguro (a) de tener claridad de todo lo explicado, sabiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar este consentimiento a cualquier momento sin penalidades o pérdida de cualquier beneficio. Estoy consiente también de los objetivos de esta investigación, de los procedimientos y de la garantía de confidencialidad y esclarecimientos, siempre que lo desee. Delante de lo expuesto, expreso mi concordancia de espontánea voluntad en participar en este estudio.

CDMX, _____ de _____ de _____

Firma del voluntario aceptando consentimiento y recibo de copia de este.

.
Declaramos que se obtuvo de forma apropiada y voluntaria el consentimiento libre y esclarecido de este voluntario, para la participación en este estudio:

Responsables de la investigación:

Luisa Fernanda Delgado Martinez
Investigadora DCSC UAM-X
Teléfono: 5582083599
E-mail: psicoluisadm@gmail.com
Skype: psicoluisadm
WhatsApp: +521 5581083599
CDMX, México.

Prof. Dra. Oliva López Arellano
Directora de la investigación
Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva
DCSC.
Universidad Autónoma Metropolitana
UAM – X

Testigos:

**Foros por El Derecho a la Salud de los Trabajadores:
Reflexiones hacia una política pública que afirme la vida.**

Descripción	Memorias colectivas (Narrativas) del trabajo de campo de Investigación doctoral
Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva DCSC / UAM-X• Secretaria de Previsión Social del Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana SITUAM
Participantes	Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad del SITUAM (General y de Unidades -Representación Sindical-)
Equipo de	Doctoranda: Luisa Fernanda Delgado Martínez
Investigación	Directora de tesis: Dra. Olivia López Arellano Codirectora de tesis: Dra. Liliana Cunha Asesor: Dr. Sergio López Moreno

Las narrativas presentadas a continuación constituyen las memorias colectivas de los foros realizados con los comisionados de higiene y seguridad del SITUAM. Esta construcción colectiva recoge las reflexiones surgidas en los encuentros; reflexiones que fueron grabadas y luego “traducidas” a manera de narrativas para permitir un lenguaje común que facilitara su comprensión. A su vez las narrativas fueron entregadas a los participantes con dos objetivos: validar su sentido y potenciar el dialogo.

Narrativa 1

07 de marzo de 2018

El SITUAM es de los pocos sindicatos del país que quedan con bases sólidas, incluso, a pesar de los problemas que tiene hoy en día. Nuestro sindicato cuenta con varios beneficios, como una alimentación a bajo costo para los trabajadores. Nuestro contrato colectivo de trabajo es el resultado de muchos costos, lagrimas, despidos, recesión política, incluso muertes.

¿Porque somos comisionados de Higiene y Seguridad? Bueno, lo que nos motivó a ser comisionados fueron varias razones: Hemos tenido experiencias personales y de otros compañeros donde se han vulnerado nuestros derechos; por ejemplo, situaciones de enfermedad y hostigamiento. Eso nos ha llevado a interesarnos por este tema y a querer hacer parte de esta comisión. Nos gusta ayudar a la gente y conocer sus necesidades. También identificamos que la salud no es una prioridad para los patrones. Nos interesa hacer cumplir los acuerdos. Buscar que el comisionado por parte de la Universidad cumpla. No obstante, cuando al interior de la UAM no se logra conciliar, podemos acudir a instituciones externas para defender nuestros derechos. En ocasiones tuvimos algunas dudas para pertenecer a esta comisión por miedo frente a lo que puede implicar meterse con los intereses de la Universidad.

Es nuestro interés identificar y prevenir los riesgos para que no se pague con la integridad o el bienestar de la comunidad universitaria. Aunque los estudiantes no sean parte del sindicato, son parte de la comunidad de la Universidad, y por eso no hay que olvidarlos. Ellos son como nuestra materia de trabajo, son la producción de los trabajadores académicos, administrativos, operativos, de limpieza y vigilancia. A los estudiantes los forman los académicos transmitiendo sus conocimientos, pero nosotros formamos parte de la estructura, de esa producción de licenciados, maestros, doctores, etc.

Creemos que existen algunas problemáticas al interior de la UAM, pero tenemos ciertas dificultades para que se reconozca nuestra voz como comisionados de Higiene y Seguridad. Así mismo, los trabajadores no cuentan con información suficiente y adecuada para ejercer sus derechos.

Tenemos casos de daño a la salud mental. Nos interesa el tema de lo psicosocial porque identificamos mucho estrés y ausentismo por incapacidades relacionadas a migraña, dolores de estómago y depresiones. Por ejemplo, hay un caso de un trabajador que fue secuestrado y hasta hoy no se ha podido recuperar. También hay algunos jefes que hostigan y algunas injusticias con los uniformes e implementos y con las incapacidades.

Consideramos que es necesario recibir orientación para la atención de casos. Se hace necesaria una ruta de atención, porque quisiéramos poder orientar a los trabajadores con varias situaciones como, por ejemplo, un trabajador que se reincorporó al trabajo tras una cirugía, a quien su jefe le pide que cargue el garrafón, y el compañero nos pregunta, ¿Cómo le digo a mi jefe que no puedo hacer fuerza si la incapacidad ya se acabó?; tenemos otro ejemplo de unos trabajadores que tienen dificultades con el estado mental de una compañera, pero el ISSSTE dice que ella está apta para trabajar.

Ahora que nos estamos cuestionando sobre ¿Salud en el trabajo y/o salud de los trabajadores? Creemos que la salud en el trabajo se relaciona a las condiciones laborales que afectan la salud y; la salud del trabajador se relaciona con las condiciones individuales de cada trabajador fuera del sitio de trabajo. Pero si las preguntas son que si ¿Hablar de salud del trabajador es sólo hablar de control accidentes, enfermedades y muertes en el trabajo? Y si ¿La salud es algo más que la higiene y la seguridad? No sabemos muy bien, pero creemos que la salud también tiene que ver con una buena alimentación, con tener acceso a la información, con la distancia de tu lugar de trabajo, con un salario digno.

Por otra parte, a partir de esta presentación donde revisamos normas como la constitución y la Ley Federal del Trabajo, creemos que estas leyes cambian según la interpretación y se generan políticas que desprecian al humano. También pensamos que es cuestionable hablar de derechos, porque si hay derechos, pero en el papel; en la realidad no es así porque dejamos la salud para lo último. Pertenecer al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o SSA (Secretaría de Salud) es lo mismo, ya que el sector salud nos atiende a todos con cuadros básicos. El médico no te ha escuchado y ya está haciendo tu fórmula. Igualmente, los tramites en la atención son engorrosos; por ejemplo, procedimientos de tres años para recibir el porcentaje de incapacidad por parte del ISSSTE.

Entonces opinamos que la discusión sobre el trabajo y derecho a la salud propuesta en estos foros es pertinente porque creemos que no hay un derecho a la salud de los trabajadores y, sabemos la importancia de la salud ¡Con la salud todo, sin la salud nada! El primer derecho que tiene el ser humano es el derecho a la salud. En contra parte, la propuesta de traer a la discusión las políticas públicas nos genera una duda ¿Qué tienen que ver las políticas públicas con nosotros como Sindicato, como comisión mixta de higiene y seguridad?

Creemos que al final de estos foros podríamos divulgar a la comunidad los temas tratados a través de herramientas como trípticos, carteles, etc. Podemos reunirnos los miércoles de cada mes al medio día. Para el próximo foro pensaremos que es la salud y que sería el derecho a la salud del trabajador. La presentación de hoy la compartiremos por e-mail, así como las Observaciones Generales del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales PDESC sobre Derecho a la Salud (No. 14) y Derecho al Trabajo (No. 18).

Narrativa 2

28 de marzo de 2018

No se puede separar la salud del trabajo porque uno afecta al otro

Nos recomendaste reflexionar sobre la salud, sobre que es el derecho a la salud del trabajador. Bueno, yo no tengo computador, pero acudí con uno de mis nietos para que me buscara y yo lo sacara; se los voy a leer (leemos el derecho a la salud según la Organización Mundial de la Salud, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales PIDESC).

Creemos que el concepto de salud es muy complicado porque cada investigador tiene su propio concepto hacia la salud. La OMS ya definió que es la salud en sí, pero cada uno tiene sus propios puntos de vista frente a la salud y, hoy en día la salud es un negocio. Se dice que la salud es ausencia de enfermedad. Un estado de equilibrio psíquico y espiritual que permite a los seres humanos desarrollar sus potencialidades. Hoy en día ya no se considera la salud como simple ausencia de enfermedad. La salud y enfermedad son realidades que afectan al hombre en su totalidad. Se adquiere conciencia de la salud a través de la enfermedad. O sea, si me enfermo busco la manera de tener la salud; o sea, mientras no esté enfermo y no me pase nada, pues no tenemos esa cultura preventiva, por lo menos aquí en mi país; así como darle el mantenimiento preventivo como a un coche.

Existen dos determinaciones de salud, la salud biológica y la salud biográfica. La salud biológica es la ausencia de la enfermedad o disfunción en el cuerpo físico; la salud biográfica es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social y se deriva de la salud física, salud emocional, salud mental,

la salud social, la salud religiosa, la salud laboral (¡aquí es donde entramos nosotros!), la salud económica y la salud ecológica.

La salud laboral, no entendemos mucho, pero consideramos que se enfoca a todo el entorno del recinto donde desarrollamos las actividades; es la presión de mi jefe, la de mis compañeros, a quien le doy el servicio; que yo quiero hacer bien mi trabajo, pero dependemos de terceras personas y, si la otra persona no hace su trabajo yo no puedo hacer el mío.

La salud económica refiere a que, si no tenemos un salario digno, no nos alcanza para satisfacer las necesidades, entonces no más estamos pensando en el dinero, ya llega la quincena y quiero cobrar para pagar las cuentas de lo que ya consumí.

Respecto a la salud en el trabajo investigamos que la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano. El trabajo es la fuente de la salud. Las personas en condiciones de trabajar deben tener un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino también otros aspectos positivos del trabajo, como pueden ser salario digno, estabilidad física y mental, contacto social, desarrollo de una actividad con sentido, producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos o grupos. El trabajo puede causar daño a la salud. Los daños más evidentes y visibles son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Estos daños los conocemos porque nuestras comisiones se llaman comisiones mixtas de higiene y seguridad. La palabra higiene es con respecto a la salud, si no hay condiciones de salud en nuestros lugares de trabajo. Como por ejemplo ahorita, que estamos padeciendo en nuestra unidad Azcapotzalco, donde por la falta de agua se cierran baños y las necesidades de la comunidad estudiantil son enormes y se hacen filas para acceder al baño; esos son focos de infección y problemas de salud.

Abordamos en este foro el tema de salud, pero reconocemos que en la realidad no se puede separar la salud del trabajo porque uno afecta al otro. Por ejemplo, en la unidad Azcapotzalco hay departamentos que tienen mucha carga de trabajo y hay otros que no, y se identifica mayor ausentismo en los que tienen una baja carga de trabajo, debido a que el ambiente es feo. Por ejemplo, el comedor atiende 1500 desayunos y 2000 comidas, entonces es muy pesado, tanto para los que lavan trastes, como para los que preparan las comida, pero si hay una buena dirección, más o menos, se hace un buen ambiente y todo funciona, se abre y todos están contentos.

Hay otros departamentos en los que no hay tanto trabajo, es trabajo de oficina, pero el ambiente es tan feo que nadie va a trabajar. Nos ha pasado que hemos buscado a una señora para corregir su incapacidad y vamos y nadie se presenta. Ni las trabajadoras, ni las secretarias, ni ella que es auxiliar de oficina; y luego volvemos a ir otro día y no hay nadie, o luego no está ella. Hay ausentismo porque no se llevan bien, porque los jefes son muy groseros.

Entonces dices no seas chistoso, ellas que están ahí sentadas con una computadora, en un ambiente como en el que estamos ahorita, que puede haber galletitas y así, pero en el comedor que están sudando, tienen su música, están hasta cotorreando, se dicen yo te ayudo a cargar, yo te ayudo a halar; tú dices, ¡qué diferencia!

Yo tengo un conflicto con eso. ¿Cuál es la diferencia entre lo que es higiene y salud?

Yo tengo un conflicto con eso. ¿Cuál es la diferencia entre lo que es higiene y salud? Porque en la normatividad, sobre todo en el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, como su nombre lo dice, se hace referencia a la Seguridad y Salud en el Trabajo, pero hay otras referencias donde en cambio se habla de higiene y seguridad, como nosotros, comisión mixta de higiene y seguridad, cuando debería estar la palabra salud, porque ¿cuál es la diferencia entre higiene y salud? Porqué higiene la entendemos como el ambiente o el lugar donde yo trabajo que debe estar pues

higiénico, limpio, libre de polvo, de escombros, con libre tránsito. ¿y la salud que es con respecto a esa palabra -higiene-? Nuestra comisión debería llamarse comisiones mixtas de salud, higiene y seguridad.

Laboralmente ninguna relación hay entre la higiene y la salud, porque la salud es responsabilidad individual. Si empiezo a tener conciencia de que me enfermo veo la manera de buscar la salud. Tú como comisionada no vas a detectarme si tengo una enfermedad contagiosa, no me vas a decir oye compañero ve al médico, como comisión no es mi responsabilidad, si no me preocupo por mí mismo (recordando nuestra falta de cultura de atención preventiva a la salud), menos por los demás.

Por ejemplo, en el caso de las incapacidades, los compañeros trabajadores y trabajadoras las presentan ante la comisión y normalmente lo único que vemos es que cumplan con los requisitos y las pasamos, pero no nos fijamos en nada más. Por ejemplo, yo al comienzo veía el diagnóstico IRA, pero no sabía que significaba esa palabra, fue después de ver varias incapacidades que coincidían que ahora sé que es insuficiencia renal aguda. A eso me refiero cuando digo que a la salud laboralmente no le ponemos mucha atención. A la higiene sí. Ejemplo, no puedo trabajar aquí porque hay muchos papeles y me estorban, la seguridad es parte de lo mismo, por ejemplo, esas botellas se pueden caer.

El compañero dice que no es responsabilidad de nosotros como comisionados la salud de los compañeros, pero nosotros hacemos campañas de salud, los invitamos a que usen su uniforme, los invitamos a que pasen a vacunarse y cosas así, pero no te hacen caso, y te dicen que no. Ni usan el uniforme, ni se quieren vacunar, ni van a las campañas de salud. En esas campañas hay vacío, van una o dos personas; y hace poquito falleció un compañero de hepatitis, y nos llaman a la comisión a preguntarnos ¿Cuándo va a haber vacuna de la hepatitis? O sea, ya cuando pasa algo es que ellos se empiezan a preocupar.

Por otra parte, a veces no se pueden tener las condiciones de higiene y seguridad en determinadas áreas porque la burocracia interfiere con el cumplimiento de las actividades de la comisión. Por ejemplo, en los recorridos que hemos hecho después del sismo del 19 de septiembre, vemos que hay maquinas, equipos o elementos que no se usan y obstaculizan el paso, pero no los pueden reubicar porque tienen que pedir permisos y es un trámite demorado.

Cuando da una enfermedad es porque uno está con la pila baja.

Cuando da una enfermedad es porque uno está con la pila baja. Una vez fui muy temprano a un centro comercial y allí, yo podría decir que hay salud motivacional, o motivación, que es lo que hace falta en nuestro centro de trabajo y, eso sería complicadísimo por el tipo de comunidad que somos. Antes de abrir las puertas, estaba un profesional con un grupo de trabajadores. Estaban riéndose, alegres, motivados, a final todos sueltan una carcajada, se aplauden y todos se dispersan, ahora sí a trabajar, entonces abren las puertas y nos dicen ¡buenos días, bienvenidos! Con una actitud que te contagia. En cambio, yo entro a la UAM y ya voy mentalizado “uy tengo que enfrentar a “Fer³⁵” que me va a hacer un poco de preguntas jajaja”. Ya voy predispuesto a que voy a tener un conflicto. Como que hace falta que haya ese tipo de programas, empezar a hacer cosas nuevas que vienen de otros países, pero ¿cómo? ¿Uno que no tiene esa capacidad o esa experiencia?

Somos representantes, pero no somos expertos, ni en salud, ni en higiene. Representamos a esta comisión, pero para eso me tuve que preparar, estoy haciendo al revés las cosas, primero me involucro en la comisión y después me estoy preparando, como ahora, pero nos hace falta prepararnos. Sin embargo, hay compañeros que han sido enfermeros o doctores y pensamos que esta comisión les queda perfecta porque ellos tienen un conocimiento, pero ¿qué crees? a veces no les ha ido tan bien. El anterior comisionado, que es enfermero, no iba, nunca estaba; muchas broncas. Por lo mismo de que no iba mucho tenía el problema de que dejaba pasar cosas. Porque

³⁵ Fer es la manera en que los comisionados se refieren a mí.

aquí hay que andar bien al pendiente, o sea que no se te pase ningún caso, ninguna cosa, porque si no te das cuenta la universidad te come.

También había otra doctora que puro peleaba, lo poco que ya se había avanzado con la universidad ella lo rompía. Entonces, ¿Cómo conjuntar? ¿cómo actuar como comisionado? Creemos que lo importante es que se hagan las cosas, buscarle la manera, aunque no seas doctor. Aparte cada grupo de trabajo se organiza de diferente forma, no es lo mismo tratar con un grupo de una oficina, que con el grupo de mantenimiento, vigilancia, cafetería o intendencia. No es tanto por el nivel intelectual, académico, sino más bien es porque, como grupos de trabajo, nos volvemos como herméticos a escuchar recomendaciones.

Por ejemplo, como comisionados, sobre todo la comisión local, luego hace recomendaciones a los compañeros sobre procedimientos; por ejemplo, las incapacidades. Le decimos que todos tenemos derecho a enfermarnos, todos nos podemos enfermar y tenemos derecho a la incapacidad porque hay un acuerdo y se va a hacer respetar, pero por favor, si se van a enfermar, hagan las cosas bien, porque abusan de la prestación. Porque entonces digo, semana santa, me voy a enfermar lunes, martes y miércoles, y me voy de vacaciones toda la semana y, como tengo un día suelto, entonces voy con un médico ¿Cómo se llama eso? Corrupción, se llama complicidad.

Entonces voy con el médico, ponme ahí una gripa, o ponme que me torcí el tobillo, y tienes una incapacidad. Si se le olvidó al médico poner en la receta su número de cédula o algún requisito, hay problema, porque en la universidad hay reglas, normas y acuerdos; dentro de esos acuerdos vienen los requisitos para las incapacidades de médico particular y a veces no se cumplen. La Universidad la recibe, ok, te incapacitaste 3 días, pero si no tiene los requisitos, por ejemplo, no tiene el diagnostico, le descuentan los tres días al trabajador. Hay compañeros que son bien preocupados e interesados por corregir sus incapacidades, pero hay otros que no.

En Azcapotzalco todavía aceptan incapacidades de fundaciones como el Dr. Simi, pero en Xochimilco ya no las aceptan. Lo malo es que faltan mucho. Mucho ausentismo, y esos son los problemas que tenemos que arreglar.

Entonces, ¿qué genera la salud? Abusamos de la salud en el ámbito laboral. ¿Por qué? Porque a veces no tengo una enfermedad, pero me incapacito. Tal vez por la carga de trabajo o el ambiente laboral de cada departamento. Hay departamentos donde no hay mucho ausentismo, por ejemplo, mantenimiento, pero en limpieza sí hay bastante ausentismo.

La salud en la universidad está muy grave

La salud en la universidad está muy grave, es preocupante porque el índice de incapacidades es muy elevado, muchas veces en departamentos completos. Se tendría que llevar un poquito de tiempo para hacer una estadística nosotros como comisión general, para hacer una tablita de las incapacidades mensuales de toda la institución. Por ejemplo, en el mes de diciembre fueron 300 incapacidades en sólo Azcapotzalco, de las cuales 26 estuvieron mal hechas, les faltó un requisito, y dos fueron extemporáneas. ¡300 incapacidades son muchas! La mayoría son de intendencia (limpieza). Las incapacidades en diciembre se pueden relacionar con que fue una temporada de mucho frío, pero también de muchas fiestas. También aumentan las incapacidades en temporada de vacaciones, o las completan con días económicos.

Recordamos el ejemplo de un jefe de área que nos daba un trato humano, consciente, nos motivaba, nos capacitaba, y eso generaba que casi no faltábamos al trabajo. Este jefe nos dio cursos en Acapulco y Veracruz con todo pagado. Nunca a los administrativos nadie nos lleva a algún lado, los académicos son los únicos que viajan, que ocupan sus miles de viáticos de pesos que les dan; y él decía, con una persona que se va por ejemplo a Alemania, el departamento tiene que dar no sé cuánto dinero, y yo con ese dinero de una persona me voy a llevar a 20 de mi equipo y les voy a dar

una semana de estar en Acapulco en un hotel 5 estrellas, con las tres comidas y, les voy a dar un curso sobre relaciones humanas que nos va a servir. Y el primer año que él metió su proyecto la universidad le dijo no te vas a llevar a los administrativos, llévate a los académicos, y él dijo pues yo renuncio a la jefatura si no me dejas llevar los administrativos, voy a decir que porque ustedes no quieren que yo trabaje con mi equipo. Era una visión admirable, pero sólo duró 4 años porque es el tiempo de las jefaturas de área.

En el ámbito laboral en la UAM, nuestro trabajo es diferente al trabajo en una fábrica.

En el ámbito laboral en la UAM, nuestro trabajo es diferente al trabajo en una fábrica. Tenemos un jefe que, como en mi caso, casi nunca lo vemos. Nosotros sabemos cuáles son nuestras actividades, en mi caso es la atención a los alumnos, soy el enlace entre el alumno y el académico, entonces se les da atención a ambos según nuestras funciones y la especialidad que tenemos ahí. Nunca el jefe o el responsable va a decir hoy te toca hacer esto, porque yo ya tengo una programación, que podemos modificar de acuerdo con las condiciones y necesidades que se vayan dando día con día; que es muy diferente a ser autómatas o mecánicos como en una línea de producción rutinaria. Y como mi puesto hay muchos más. Hay otros puestos que, por ejemplo, la secretaria llega, se sienta en su espacio y está esperando a que el jefe le dé la indicación de que va a hacer hoy. Entonces son cosas muy distintas.

Una función básica de nuestro trabajo como comisionados de higiene y seguridad es exigir a la universidad que cumpla con los acuerdos o cláusulas que ya están establecidas, que se rigen en el contrato colectivo de trabajo y que son exclusivas de la comisión mixta de higiene y seguridad.

El problema es la omisión de las autoridades, porque el exigir que se cumplan los acuerdos genera gasto. Nosotros tenemos que ver que las condiciones laborales de los trabajadores sean las más

adecuadas, que sean las idóneas para realizar sus actividades, entonces nosotros nos basamos en el contrato colectivo y en los acuerdos que fueron bilateralmente firmados.

Entonces, ¿Cuál es el trabajo de nosotros? Exigir a la autoridad que esos acuerdos sean cumplidos; por ejemplo, implementos de trabajo: si yo tengo que utilizar un pantalón y una camisola de acuerdo a las fichas técnicas del implemento, entonces nosotros tenemos que exigirle a la universidad, ¿sabes qué? estás son las características del implemento que le tienes que dar a X cantidad de trabajadores; y ellos dicen no, espérate, lo que pasa es que esto está muy caro, pero que te parece si le damos este, porque ese vale 1 peso y este vale 50 centavos. Entonces la universidad trata de optimizar gastos, y al optimizarlos, la calidad de los implementos es inferior a lo que está acordado. Entonces identificamos que los valores son diferentes; para la universidad, optimizar gastos y, para los trabajadores, que las condiciones sean las más adecuadas para su seguridad, para la mejor realización de las actividades de los trabajadores. Teniendo una buena higiene en su centro de trabajo y salud, ellos tendrán mejor desempeño en sus actividades.

La seguridad y la higiene, además de mejorar el desempeño, es para evitar que los trabajadores tengan riesgos de trabajo y sobre todo que no se genere enfermedades profesionales. Aquí es donde vendría, creemos, lo concerniente a la salud. O sea, si hay las condiciones adecuadas para desempeñar sus actividades, habrá menos posibilidades de generarse enfermedades profesionales. Por ejemplo, en un trabajador de un laboratorio, donde se manejan ciertos reactivos químicos que pudieran afectarlo en su salud, no en el momento, pero si con el tiempo, esto se podría evitar utilizando los equipos y herramientas adecuadas en él y en el medio para evitar que él pudiera correr el riesgo de tener una enfermedad.

Entonces ese es el objetivo de la comisión. Y por eso la comisión mixta, porque la universidad puede optimizar al querernos proporcionar implementos de baja calidad trabajo, pero si hay una enfermedad profesional o un riesgo de trabajo, después le va a salir más caro, porque va a tener

que indemnizar al trabajador, pagar servicios médicos si el trabajador tiene una enfermedad de riesgo.

Claro que, por otro lado, mientras eso pasa; porque también se atorán en todos los trámites. La tramitología es un “plan con maña”, porque para que un riesgo de trabajo lo dictaminen como positivo o favorable para el trabajador pueden pasar tres años, en tres años esa enfermedad me puede mermar mi salud y “ya no llegué” y ya nada más me pagan mi marcha fúnebre y lo que me toca por ley y adiós; ahí se ahorraron un dinero. Por eso es el dicho que tenemos “fuiste al ISSSTE y te pudriste” es como una broma, pero describe lo que pasa, que se te tardan mucho.

Señores Universidad están incumpliendo.

¿Cuáles son las estrategias que tiene la comisión para hacer frente a las omisiones de la universidad en materia de higiene y seguridad? Lo hacemos a través de solicitudes mediante oficios, con recordatorios constantes sobre las violaciones que están incurriendo en cuanto al contrato colectivo con respecto a las cláusulas y las funciones de la comisión. Se recuerda a la universidad su responsabilidad de velar por la integridad física de los trabajadores, diciéndoles: Señores Universidad están incumpliendo, están violando el contrato colectivo.

Hacemos asambleas con los trabajadores para informarles sobre la omisión en que la universidad está incurriendo, se levanta un acta o minuta, se canaliza a la autoridad correspondiente. Entre las autoridades hay jerarquías. Nosotros dirigimos los documentos a la contraparte de la comisión, que es la representante de la universidad y, enviamos copia a la secretaria de la universidad para que todo el mundo esté enterado; incluso hasta la secretaria del trabajo y previsión social como órgano gubernamental, cuando ya no hay una respuesta o una solución a ese conflicto; y ellos hacen una investigación con el inspector para verificar cuál es el problema interno entre trabajadores y la

universidad y, si hay una omisión por parte de la universidad la sancionan con multas. Lo mismo si se trata de falsedad por parte de los trabajadores, también puede haber sanciones al sindicato.

La omisión de la universidad nos afecta como comisionados en los cuestionamientos que nos van a hacer los propios trabajadores; sino canalizamos las cosas según la norma, a nosotros quienes nos sancionan y descalifican son los propios trabajadores.

A los trabajadores les afecta las omisiones de la universidad. En el caso de la sustitución de los implementos de trabajo, por ejemplo, cuando un trabajador que es de limpieza solicita unos zapatos nuevos y la universidad se niega a entregárselos. Este trabajador hace la solicitud porque ocupaba sus zapatos para lavar los baños, usando líquidos y demás productos de limpieza. Ese trabajador asciende a otro puesto y, tiene que usar otro uniforme, pero la universidad no le quiere dar otros nuevos zapatos, dice que no, que use con los que limpiaba; y pues muchas veces ya están en mal estado, se les mete el agua; entonces ellos se aferran porque es el mismo tipo de zapato y no cambia el modelo, entonces no se los cambian. Obviamente el trabajador estará molesto con la universidad y con nosotros sino se hace el cambio, porque dice ¿entonces para que te tengo a ti como mi comisionado, que eres el que debe exigir? Por eso nosotros tenemos que ponernos muy hábiles para poderles debatir. Por ejemplo, la norma de limpieza dice que son zapatos de uso rudo, diferentes a los de una auxiliar de oficina. Entonces es como tratarlos de manejar.

Tenemos el ejemplo de un trabajador que entró de manera temporal, dijo yo soy del número 7, le dieron sus zapatos y no le quedaron, en realidad eran como 6, y la universidad le dice pues ya te di tus zapatos 7 y no te los cambio porque eres temporal. Cosas así son las omisiones. Entonces el trabajador se cuestiona ¿y si me llega a pasar algo y no traigo mis zapatos?, luego pregunta ¿no tienen unos zapatos que me presten mientras? Nosotros le decimos no hay zapatos en préstamo, y hay modelos que los hacen exclusivamente para las empresas, ese modelo no se puede comprar a parte en una zapatería. Hay cositas así donde la Universidad es muy necia y no tiene sentido común.

Otra manera en que le puede afectar a los trabajadores el incumplimiento de las responsabilidades de la Universidad es que si por desgracia, llegaran a tener un riesgo de trabajo o una enfermedad profesional, la autoridad que califica ese tipo de padecimientos (riesgo de trabajo o enfermedad profesional), si ellos en su investigación detectan que el trabajador no estaba utilizando sus implementos de trabajo, la institución médica, en este caso el ISSSTE, no se hace responsable de proteger al trabajador. Por eso también es importante que el trabajador utilice sus implementos y equipos. Ese es el riesgo para el trabajador, que pueda haber incumplimiento por parte del sector salud para la protección; por ejemplo, para generar una incapacidad parcial o permanente por riesgo de trabajo.

Lo que nosotros hacemos es pegar carteles, exhibimos en la universidad los incumplimientos y violaciones, por ejemplo, el hostigamiento a los trabajadores. Hemos hecho marchas hacia la rectoría, ocupamos todos los recursos del sindicato hasta agotarlos. El último recurso, lo político, es el cierre del área. La comisión tiene facultad para clausurar el recinto donde se están cometiendo las irregularidades en cuanto higiene y seguridad. Pero eso conlleva que hay una corresponsabilidad con el resto de la estructura sindical, en este caso, con nuestro Grupo Interno Coordinador GIC, donde hay un representante de asuntos laborales, porque esto después de un asunto de salud e higiene se vuelve un problema laboral; entonces hay que coordinarse para poder cerrar ese recinto. Es todo un proceso político.

O a veces lo hacemos políticamente, por ejemplo, se junta todo el departamento de intendencia (porque tiene que ser con consentimiento del departamento) y luego nos manifestamos haciendo una marcha, subimos a rectoría gritando consignas y todo. Porque a veces de verdad que no te hacen caso, aunque metas documento ellos te dicen nosotros cumplimos.

Lo triste de esto es que en documentos se dice que la salud no se negocia; sin embargo, en los centros de trabajo si se negocia, laboralmente la salud y la higiene se tiene que negociar, porque existe la autoridad que su papel es optimizar recursos.

Ella ahora depende de la benevolencia de la universidad... se agotan las estrategias de los comisionados, quedamos solamente a la conciliación y a la benevolencia del ser humano.

Tuvimos una compañera de "Xochi" con un caso de salud muy fuerte, entonces la íbamos a empezar a ver. Ella tuvo una negligencia médica en el ISSSTE cuando tuvo su bebe, lo que ocasionó que no pudiera controlar sus esfínteres y tuviera que usar pañal. Era una persona joven. Tenía que estar saliendo a lavarse. Ella acude a la comisión, nos lleva lo poco que tenía, le decimos que le faltan más cosas por tramitar; le hacía falta mucha documentación para poder cambiarla de lugar. Íbamos a hablar con su jefe y de repente ella se desespera, va y renuncia a la UAM con carácter de irrevocable. Luego sus familiares van a reclamarnos que fue lo que le dijimos y porque no hicimos nada. Pero cómo ella renunció ¿cómo se puede revertir eso? ¿Entonces ahí como te quedas? Como un villano. Desarmados totalmente.

Eso podría decirse que es salud mental y emocional, derivado de un padecimiento físico. La compañera se sintió incapaz, o incapacitada de resolver o que alguien le resolviera su problema. Ella acudió a recursos que a veces son trámites muy engorrosos, tanto por parte de la autoridad, de la misma sociedad y del sector salud. Ella lo que solicitaba era poder tener una reducción de jornada. Beneficio que está en la norma como derecho del trabajador; sin embargo, si no llevas el proceso adecuado, llega el momento que hay personas que se desesperan.

En este caso, la compañera se desesperó tanto que no quiso ya saber nada y se enfrentó a una renuncia por su enfermedad y luego se arrepintió. Ella, al renunciar, ya no tenía ninguna seguridad social, porque al renunciar la Universidad se deslinda de cualquier responsabilidad del trabajador. Te finiquita y adiós. Entonces, la seguridad social, como no tienes la suficiente antigüedad como para que seas pensionada, también se fue, como no me cotizas, yo no te puedo dar el servicio. La compañera quedó desamparada.

Eso también es un grave problema de salud, salud emocional, salud mental. Ella llega un martes, nos platica y, renuncia el miércoles ¡Ya no pudimos hacer nada! El viernes nos buscan los familiares y no nos enteramos y, el lunes estaban en la universidad queriendo revertir todo, pero nosotros ahora no podemos hacer nada. Ella ahora depende de la benevolencia de la universidad, porque dice la universidad, para nosotros, como autoridad, la compañera renuncia de manera irrevocable ¿Qué quiere decir? Que suceda lo que suceda ella ya no quiere regresar.

Para la compañera estando en esa situación de crisis o en esa situación mental que la choquéó, como dicen por ahí, la ruta más fácil: renuncio. Que me den lo que me tengan que dar y adiós. Pero ¿Quién intervino ahí? ¿Sus familiares?, oye, ¿Por qué haces eso?, es difícil otro trabajo donde tengas este tipo de beneficios, el tipo de trabajo que tienes no es como otros trabajos, como en una fábrica, como en un lugar de productividad, que como autómatas tienes que estar las 8 horas parada y ahí sí no tienes manera de combatir tu padecimiento que es el esfínter. Entonces la hacen reflexionar, pero por el carácter irrevocable de la renuncia ya no se pudo hacer nada.

Y es que el ISSSTE ya no le daba incapacidad y ella se tuvo que reincorporar al trabajo. Tenemos una prestación que es una guardería, donde ella llega con su bebe como de 10 meses y le dice la persona encargada, yo no te lo acepto hoy, hasta el otro lunes. Entonces tiene que llegar con su bebe cargando al trabajo, y el jefe le dice: ponte a trabajar y no te puedes salir a cada rato, y no pueden estar niños aquí. O sea la presionaron demasiado y ella no nos dio chance de nada para ponernos de acuerdo. Creemos que hasta la UAM ya sacó su plaza.

¿Qué hacer ante esas situaciones? Cada uno tenemos distinta forma de ser, hay personas muy aprensivas, otras muy relajadas. Ante eso las comisiones se ven rebasadas, ante este tipo de situaciones; entonces se agotan las estrategias de los comisionados, quedamos solamente a la conciliación y a la benevolencia del ser humano. Hay que entrar en ese tipo de dialogo donde a veces

la autoridad, como ellos son la autoridad, dicen pues vamos a ver, en una actitud muy superiores a todo acto humanitario.

¿Cómo nos afecta ese tipo de situaciones como comisionados? Pues es mucha frustración, como compañera, como mujer, como mamá, como todo. A las que somos madres nos afecta porque sabemos lo que padece una madre.

El sector laboral nada más tipifica dos tipos de actos, riesgo de trabajo y enfermedad laboral derivada de una consecuencia de tu trabajo, como reactivos químicos, temperaturas extremas, etc., que genere una enfermedad profesional. En el caso de la compañera no es una enfermedad profesional, fue algo que sucedió cuando tuvo su bebe. Fue algo biológico, una negligencia médica. Entonces ahí la autoridad como justificación dice: es que no se puede tipificar como un riesgo de trabajo, tampoco como una enfermedad profesional, es un problema ya muy personal que tiene que solucionar la trabajadora. ¿Cómo proteges a ese trabajador? Entonces a lo único que llegamos es a la conciliación.

¿Que qué hacía ella? sacaba fotocopias para los alumnos, tenía que estar parada. Llevaba 15 años de antigüedad, o sea, no eran muchos, pero tampoco eran pocos. Con 15 años prácticamente se fue sin derechos. Bueno, en un momento dado va a tener derecho a la jubilación, pero hasta que cumpla su edad, a los 60 años casi. Ahora la nueva ley del ISSSTE dice que tienes que tener una cierta edad física y una cierta antigüedad laboral para que puedas jubilarte al 100%; pero si te retiras de la institución, sin contar con el tiempo de vida, tienes que esperar hasta que tengas el tiempo de vida para que puedas ejercer tu derecho a una jubilación. ¿Y mientras de que vive? ¿Si tengo un problema y en ningún lado voy a poder trabajar? ¡Y con 35 años! Percibimos que la compañera estaba emocionalmente mal, estaba afectada; o sea, creemos que para ella era difícil aceptar la pérdida de su salud, por eso fue y renunció.

La salud es un negocio... los derechos no se llevan a cabo, ¿Por qué? Porque eso genera gasto.

Otro de los problemas es que existen normas, leyes y reglamentos en el papel, pero es complicado que se cumplan, porque llevar esa normatividad al pie de la letra a alguien le tiene que costar; y decimos que la salud no se negocia, pero desafortunadamente, en estas sociedades, si se tiene que negociar la salud.

Nosotros tenemos una prestación que se llama gastos médicos mayores y, si uno llega con estas personas, te ven y luego te quieren intervenir quirúrgicamente, y tú le dices, pero bueno, primero dime que tengo para que me quieras llevar al quirófano. Ya ni te dejan salir, te quieren operar ese mismo día con el argumento de que estas muy grave; se te va a reventar la vesícula, el apéndice, o los riñones; y tú les dices: no, pero mírame, si yo nada más vengo porque me duele la muela. A ese grado, o sea, la salud es un negocio.

Lo otro es que los patrones no se hacen responsables como lo notifica la norma. Hay una norma que es la 019 de la secretaria de previsión social, que precisamente dice como se deben indemnizar las pensiones, cuáles son las obligaciones y derechos del patrón y del trabajador. Todos tenemos obligaciones y derechos; sin embargo, los derechos no se llevan a cabo, ¿Por qué? Porque eso genera gasto. Nos mencionaban en la comisión general que la Universidad se gasta millones de pesos nada más en implementos de los trabajadores, pero cuando les dijimos que la salud no se negocia, dijeron bueno, lo que pasa es que hay trabajadores que no utilizan los implementos de trabajo. Y nos preguntamos ¿De quién es la función, la obligación y el derecho de exigirle a los trabajadores el uso?

En ese caso se deberían hacer recorridos con la comisión mixta, para llegar al lugar donde supuestamente se ven esos focos de que no usan los implementos y decirle, sabes que compañero, exíguele a tu representante o jefe que te de los implementos, porque aquí en los acuerdos y el contrato se indica que serás sancionado sino cumples; pero eso no nos importa. Simplemente la universidad dice, yo cumplo, ahí están los implementos, si tienes un padecimiento o un riesgo de

trabajo, el compañero no traía implementos, por lo tanto, el ISSSTE no se hace responsable. Es eso, negociar la salud. Todo se negocia, la salud se negocia, que no debería ser.

Hay un caso de una trabajadora que falta mucho, ella faltó desde el 13 de octubre hasta el 01 de diciembre. Su incapacidad está toda revuelta, entonces a nosotros no la dan para que su doctor le corrija bien las fechas y aclare como estuvo su procedimiento. Se le regresa a la compañera para que la corrija, pero como ella es de las que han faltado y abusado de la prestación, va con el doctor y él le dice: no te voy a corregir nada porque los abogados de la UAM ya vinieron a buscarme y a amenazarme. Yo no te corrijo ni te pongo nada porque ellos vinieron a decirme muchas cosas. Entonces, nuestra obligación es defender a la trabajadora, lo más que se pueda. Desde la comisión de unidad, hasta la general. Luego se pasa a la instancia de conciliación y así.

Entonces, la universidad como es el patrón tiene sus facultades y sus derechos, y dice pues yo tengo que investigar. Esos problemas nos dejan a nosotros en indefensión. El trabajador que tiene esa costumbre minimiza la prestación (poder meter incapacidades de médico particular), porque somos la única universidad que tiene ese beneficio; minimiza su salud. Ellos abusan, pero nosotros no estamos facultados para cuestionar a los compañeros sino para defenderlos. Minimiza su salud porque este rollo de las prestaciones con respecto a la salud las utilizamos a veces para otros fines, no para cuidar la salud, sino para cuidar otros aspectos, no importando que esté de por medio que una prestación que ya tengo llegue en un momento a perderla. Porque va a llegar un momento en que la universidad va a desconocer el acuerdo 02-79 y puede haber un conflicto tremendo.

Tuvimos el caso de un trabajador que tenía más de 500 incapacidades. Y dices ¿Quinientas? Aquí lo que planteamos es: a ver, tú universidad no puedes dictaminar porque no tienes la facultad de ser médico, así como yo; pero un médico entonces dice, sí, la persona tiene IRA, y pues no puedes contradecir a un médico. Por eso también decimos que se negocia con la salud, porque, por ejemplo, los trabajadores que tenemos más de 15 años tenemos derecho a incapacitarnos 90 días a salario

completo y, tenemos derecho a otros 90 días a medio salario ¿Cuántos días llevamos? 180 días. Tenemos derecho a 40 días de vacaciones, 220; tenemos derecho a 10 días económicos, 230. Vienen los fines de semana, sábados y domingos, festivos obligatorios; ¿te gustan 310 días? ¿Cuántos días tiene el año? ¿Cuántos días trabajas? ¿50 días? ¿Negociamos o no negociamos la salud?

Entonces si yo me “enfermo” y mal utilizo esas prestaciones que son para cuidar de mi salud, cuando a ti te llega a suceder un padecimiento real y tienes que usar todos esos recursos, te van a decir que no es cierto; y si tú no haces el trámite adecuadamente te van a decir rescisión de contrato, te quitan del sistema, te descuentan, te enfrascas en una serie de problemas. Y tú dices, ¡pero es que yo me enfermé, no manchen! Por eso un compañero decía, denme chance de llegar ahí, de disfrutar esa prestación, no se la acaben compañeros.

En conclusión, nosotros tenemos que defender al trabajador, sea culpable o no para nosotros es inocente, y curarnos en salud. Efectivamente hay cosas que uno tiene que hacer para que no haya problemas con un despido. La compañera que se incapacita con frecuencia hasta manda mensajes preguntando como va su caso, porque está incapacitada. Y nosotros haciéndonos patos en toda la universidad, haciéndonos tontos, terminamos revisando aquí y allá y nada más le hablamos a nuestra contraparte para no sesionar y que no nos digan de nuestra incapacidad. Lo vamos dejando pendiente, alargando. Y la trabajadora como de vacaciones, sólo llamando a preguntar si ya la dictaminaron. De plano ya le diremos ¿sabes qué? Tu incapacidad está mal, se va a pasar. Nosotros pedimos asesoría y a esa trabajadora ya la conocen, no es la primera vez, con esta es la tercera vez que se le salvaría de que la corran y no entiende. ¿Te vas a quemar como comisionado por una trabajadora que todo el mundo ya conoce, o mejor la damos como procedente y seguimos con los otros casos?

Y a veces por esos casos de salud personal se desatienden otras cosas, o sea, falta la salud colectiva. Como es la higiene, la salud colectiva es ver si hay en el recinto focos de infección, exigir a la

universidad que cumpla con los requerimientos de los hallazgos que se hicieron para la solución de los problemas; y a veces la universidad dice no nos enfraquemos en eso porque eso me cuesta dinero, aquí en este caso particular nos entretenemos y ahí nos la llevamos. Entonces la salud colectiva es como segundo término.

Entre nosotros la salud colectiva funciona cuando nos ponemos de acuerdo en la comisión, incluso con el GIC, también hablamos con la trabajadora según su horario. Entonces se van quedando cosas. Si todas las incapacidades fueran procedentes, no habría problema, pero como no es así, ese es el dilema, ahí se queda el problema.

Narrativa 3

11 de abril de 2018

Hay gente que tiene necesidad de incapacitarse porque de verdad está enferma y, por un pequeño error que se cometa con los requisitos es sancionada

Hay gente que tiene necesidad de incapacitarse porque de verdad está enferma y, por un pequeño error que se cometa con los requisitos es sancionada, por tres días o, como en este caso de una compañera que iba a ser por 7 días; y hay gente que se incapacita por 190 o ciento y cacho de días, y no les pasa nada.

Hay un lapso de 30 días donde si no se justifica la incapacidad como debe de ser, es cancelación de contrato sin responsabilidad para el empleador. Si nosotros como Comisión dejamos pendiente las incapacidades, por ejemplo, una semana, se van acabando los tiempos, y la Universidad puede actuar para una rescisión laboral, entonces ahí, en parte, nosotros también estamos ayudando a que la gente este con este problema, porque ellos meten incapacidades y dicen, pues ahí está la comisión, al final ellos resuelven.

¿Cómo resolvemos? Hacemos un análisis junto con la parte de la universidad. Llegamos a un acuerdo. Si las incapacidades están mal se regresan al trabajador para que las corrija. Se meten nuevamente a la sesión y se encaminan como precedentes. No hay ni descuentos ni rescisión de contrato. Entonces ahí los mismos compañeros se dan cuenta y dicen pues ellos resuelven, nos vamos sobre ellos.

Entonces, es bien complicado porque la gente sigue abusando y nosotros tenemos que ver la manera de ayudarlos, de resolver las broncas que ellos tienen; y esto es algo que no pasa en ninguna otra institución. Por ejemplo, en una institución privada dicen ¿te enfermaste? Vete al ISSSTE o al IMSS, a cualquier institución pública que el gobierno o el Estado no te niega el Derecho a la Salud. El patrón dice ok, yo estoy afiliado al IMSS y te ingreso al servicio médico público, entonces si te enfermas tienes derecho de ir al médico y si el médico de esa institución considera que necesitas incapacitarte no hay ningún problema. Pero si vas muy mal, tanto que no puedes realizar tus actividades, pero el médico dice que sí puedes, que estas en condiciones, te manda a trabajar.

Entonces aquí, derivado de esa burocracia, se ganó un acuerdo que se llama Acuerdo 02/79, porque se hizo en el año 1979. Se pactó con la Universidad que en función de que los trabajadores no perdieran el tiempo y por el mal trato que se les da en la institución de salud pública, podían tener sus reposos para mejorar la salud a través de una receta de médico particular. Cosa que ninguna institución tiene, como ya dijimos, más que nuestro grandioso sindicato. La única condición que se puso en ese acuerdo es que se cumplieran con ciertos requisitos: nombre del paciente; nombre, firma, cédula profesional y domicilio del médico; diagnóstico; tiempo de incapacidad; y fecha.

Aquí el problema es en el diagnóstico y en el tiempo de incapacidad, que es el reposo absoluto que se le debe dar al trabajador. Es obligación mía, como trabajador, pedirle al médico que escriba esa información. El médico generalmente no la escribe porque lo que le importa es escribir cuales son los medicamentos que le deben dar en la farmacia.

Esos son los problemas cotidianos. Como los trabajadores saben que hay una comisión, me vale, meto la incapacidad a recursos humanos, me ponen el sello, porque tampoco están obligados a revisarla en el momento. Entonces me voy a mi trabajo. Y cuando hacen la revisión de documentación y se dan cuenta que no cumple con los requisitos, entonces la desconocen. Sumado

a que el trabajador la entregue extemporáneamente, porque, además, a partir del día que me presento a trabajar tengo 5 días hábiles para entregar la incapacidad en recursos humanos.

Si el trabajador no le avisa a su jefe, éste reporta la inasistencia y recursos humanos hace los descuentos correspondientes. Posteriormente a los 30 días, si no justificó, viene el aviso de generar rescisión de contrato. Hasta entonces se preocupa el trabajador, ahí llegan a la comisión, porque hay un reclamo, porque el daño ya está hecho; pudiéndolo haber resuelto desde antes, pasando con la comisión, preguntando si la incapacidad esta correcta y, el comisionado está facultado para decirle.

Eso a veces es cultura del trabajador, porque a veces se actúa hasta con prepotencia: “yo tengo mi incapacidad, me vale. Si el jefe me cae gordo, pues no se la entrego hasta que yo quiera, el último día si quiero”. Entonces el jefe empieza a tomar represalias contra el trabajador.

A veces no es tanto que estén enfermos, a veces ya lo hacen con dolo algunos compañeros, por faltar a trabajar, no voy a ir a trabajar por tantos días. Es tanto el descaro, el abuso. Es muy difícil erradicar esta bronca porque el mismo trabajador ya está amañado, acostumbrado. Es muy difícil que le vayamos hacer entender a los trabajadores que no hagan eso. Hasta que la misma universidad, en un error que cometamos, tanto el comité ejecutivo como las comisiones, va a decir, sabes que, esto ya no fue, ¿quieres incapacidad? No hay problema, pero trae la del ISSSTE. Entonces la pregunta es ¿Cómo hacer una plática?, o no sé si en ese aspecto se pudiera hacer algo para llevarlo a las unidades, y no sé si entre dentro de tu proyecto de doctorado.

Nosotros somos Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad, no de salud y seguridad

Retomando la discusión sobre que es salud y que es higiene. Desde mi punto de vista, creo que son dos cosas distintas. Higiene son las condiciones en la cuales estamos trabajando, se refiere al

ambiente; que estemos en condiciones salubres, los baños limpios, mi área de trabajo limpia. En cuanto a la salud, precisamente, si las condiciones son higiénicas podría gozar de una buena salud; si el ambiente es muy frío y yo no tengo una protección, estoy mermando mi salud. Y la seguridad es también sobre el ambiente, que el lugar donde estoy sea de libre tránsito, que no haya objetos que me puedan generar un peligro, un accidente de trabajo. Esa es la seguridad laboral, porque aparte sigue la seguridad social, la seguridad civil, que también está dentro del trabajo, que no haya violencia en mi trabajo, que al salir de mi casa hacia mi trabajo no esté expuesto a la violencia, lo cual en el país es muy cotidiano con toda la problemática social que tenemos.

La ley no más habla de salud y seguridad, si te das cuenta cambia lo que es higiene por salud. Nosotros somos Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad, no de salud y seguridad. En todo caso, las normas, la ley, en todo trabajo, sea fabrica, universidad, o empresa, es lo que obliga al patrón a que efectivamente se tengan las condiciones adecuadas, para que, por ejemplo, un trabajador no sufra un accidente.

Yo estaba pensando cómo piensa una empresa. Por lo regular hay un límite de edad, aquí en México el trabajo es para una persona de edad joven hasta máximo los 50 años, después de 50 años ya no hay edad para el trabajo. Y pienso ¿por qué? Porque definitivamente quieren que la gente rinda en su edad productiva. Y esto pues yo considero que si es un derecho, como un derecho a la vida y una obligación que el patrón tenga hacia los trabajadores.

El derecho a la salud es una condición humana; todos, adultos, jóvenes, niños y ancianos tenemos derecho. El derecho a la protección en salud creo que está enfocado a los trabajadores formales; que no tenga obstáculos para ser atendido por el sector salud.

Todos tenemos derecho a la salud en la UAM, no hay discriminación en ese aspecto, pero si hay calidades; a unos se les atenderá con mayor calidad y a otros con menor, y eso depende de mi estatus.

En alguna ocasión en nuestros órganos de gobierno aquí en el sindicato, se mencionaba que el trabajo en la UAM en sí no mataría a nadie, en comparación con las fábricas, donde a veces se gana un salario mínimo, y una fábrica grande como la automotriz, que cuentan con las condiciones de higiene y seguridad, a diferencia de un tallercito.

El Estado tiene la obligación de que todo trabajador, de una fábrica o de una universidad, tenga las condiciones; por eso nosotros estamos participando de esta comisión, para que efectivamente se cumplan, por lo menos aquí en la UAM; pero, aun así, con toda la apertura que hay en la Universidad, cuestionamos cosas a nivel administración. Que tampoco da toda la facilidad. Lo vemos en las Unidades que hemos podido recorrer. Hay una diferencia enorme entre la Unidad Iztapalapa y la Unidad Xochimilco o la Unidad Azcapotzalco. Si bien es cierto que el Estado debería estar vigilando por medio de las Secretarías que les corresponde, no se hace.

En la UAM yo siento que son insensibles. Hay compañeros que se atienden en el ISSSTE por algún padecimiento; por ejemplo, a una compañera la van a operar del síndrome del túnel del carpo, ella es de intendencia. El ISSSTE aún no la programa para cirugía, aunque ya tiene sus estudios. En marzo le dijeron que la iban a programar y no la han programado. Ella dice, ¿Cómo le hago para hacer mi trabajo que es limpiar, sacar basura? Entonces en la Universidad le dicen: pues mientras no tengas otra cosa que no sea un dictamen o que te vayas operada y la incapacidad, vas a tener que hacer tu área. Entonces, es cuando nosotros como comisión vamos a tratar de sensibilizar a los jefes.

Ante esta mala atención del ISSSTE es que surge el acuerdo 02/79, porque cada día dan las citas más lejanas en el tiempo. Si uno tiene un padecimiento se demora en ser atendido, por eso para nosotros

el acuerdo es un beneficio que no queremos que se pierda. Vamos a ver como orientar a los compañeros para que no abusen de la prestación. Efectivamente los servicios IMSS, ISSSTE y de Gobierno forman un cuadro básico para atender enfermedades. Son cuadros básicos, lo otro lo tiene que comprar el trabajador. Hemos hecho uso de estas dos instituciones. Han sido nuestras experiencias y por eso las compartimos. Es una cuestión crítica la de los centros de salud.

Yo, por ejemplo, vengo del ISSSTE en este momento. Resulta que la aplicación del ISSSTE me agendó dos citas. Había una chica con embarazo de alto riesgo que llegó a formarse desde la 6 AM, porque había ido ayer a pedir incapacidad al hospital en Tacuba, pero le dijeron que la incapacidad se la daba el médico familiar, y no la querían atender porque no tenía cita. Y yo decía, pero ¿Por qué a mí me asignaron dos citas? y ¿si yo tengo dos citas por qué no le dan una a ella? Y me decían que no se podía por el sistema. O sea, mucha burocracia. Hasta que al final el doctor ayudó para atender a la chica. Son cosas absurdas de nuestra seguridad social. La atención es muy demorada. Los compañeros batallan mucho con permisos del jefe para ir al médico, aunque vayan al ISSSTE. Además, en el IMSS o ISSSTE, así uno llegue muriendo no le dan incapacidad, entonces esa es la necesidad de que los compañeros valoren lo que tenemos.

El derecho a la salud cumple con el requerimiento de accesibilidad. Tenemos derecho, el problema es que el sector social carece de la estructura o infraestructura como para atender la población tan enorme que somos los derechohabientes del ISSSTE; por esto existen este tipo de irregularidades en la atención. Tenemos el derecho porque aquí lo dice, nuestro contrato colectivo y nuestros derechos como trabajadores nos da la accesibilidad, lo que pasa es que el que nos atiende, que es el ISSSTE, nos da mal servicio. Ellos argumentan que no tienen los recursos como para abatir la cantidad de gente con padecimientos. ¿Derecho efectivo? Pues no, porque si no hay accesibilidad, la efectividad es poca.

Todos tenemos derecho a la salud en la UAM, tan es así que se han firmado acuerdos. Uno de ellos es este, el 02/79, que debería funcionar. Sumado a esto tenemos otra prestación, otro acceso al servicio médico que se llama Gastos Médicos Mayores. Si yo veo que en el ISSSTE no me atienden y tengo la posibilidad (porque ya lo dijimos, la salud es un negocio, va relacionada con el dinero) de atenderme en un servicio médico particular, entonces uso esta prestación. Me van a atender prontamente y con mejor calidad.

Ese es otro de los derechos que tenemos en la UAM como trabajadores, pero no todo el mundo tiene derecho a esto porque, aunque todos somos trabajadores de la UAM, los estatus son diferentes. Por ejemplo, un académico, él sí puede. La calidad depende de mi estatus económico. Si yo soy de intendencia y con un salario muy bajo, pues tengo derecho, pero no puedo pagar un seguro de 60 u 80 mil pesos. En cambio, una persona con su categoría más elevada, se supone que académicos, personal de confianza, que sus salarios son más generosos, pudieran tener accesibilidad a ese tipo de servicio médico. Nosotros nos tendríamos que ir a los servicios de niveles más bajos, las farmacias similares, por ejemplo. Tenemos accesibilidad, pero con una calidad más baja, o sea hay calidades. Hay quien dice, con 30 pesos yo me voy a similares. En cambio, tú, rectora de la unidad no te vas a una similares. Todos tenemos derecho a la salud en la UAM, no hay discriminación en ese aspecto, pero sí hay calidades; a unos se les atenderá con mayor calidad y a otros con menor, y eso depende de mi estatus.

Con este seguro puedes incrementar tu suma asegurada hasta dos millones de pesos. Aunque también es un riesgo el seguro de gastos médicos mayores, porque ellos puede que te inventen enfermedades con tal de acabarte la póliza. De hecho, un compañero que se jubiló se operó de la vista. Dijo, pues voy a hacer uso de mis gastos médicos mayores antes de jubilarme e hizo el uso de esa prestación, pero dice: no pues, hasta quedé peor, creo que veo menos. O sea, las aseguradoras van por la lana, son mercenarios, no van tanto por la salud de los trabajadores. Ellos van sobre el negocio.

En el ISSSTE te tardas como un año para que te pasen con el médico especialista. Tienes que ir primero con el médico general, y luego te manda a hacer estudios, y luego te pasa con el especialista, luego te ve el especialista y te programan. Es la contradicción, o sea, hay accesibilidad a la salud en la UAM, pero es muy deficiente, tanto Gastos Médicos Mayores como el ISSSTE.

De hecho, también el acceso a la vivienda es algo que no cumple al 100%, porque las viviendas que dan por medio del FOVISSSTE son unas cajas de huevo, máximo para que vivan dos personas, no puedes meter a una familia de 5 o 6. Servicios de salud y vivienda para la población tiene tus condicionantes. Si cuentas con cierto estatus tendrás el derecho a este tipo de servicios. Si vives en pobreza extrema tienes derecho a la salud según el artículo 4 de la constitución, que es el Seguro Popular, pero este es un servicio deficiente. El servicio también depende de la capacidad de exigir de la gente. Si tú me regalas el servicio, no puedo exigir mucho, aunque no es regalado porque la población lo paga con los impuestos, pero como te ven, te tratan.

Nosotros como trabajadores tenemos el derecho de exigir al sector salud. Si voy al ISSSTE, para que me atiendan bien, o me atiendan más o menos, tengo que ir a pelearme con el director o con el de recursos humanos. Tengo que reclamar, y cuidado de ir a caer en manos de un profesional de la salud negligente, porque ha habido casos donde a compañeros, lejos de mejorarle su problema de salud, se lo han empeorado. Y luego a veces por desconocimiento o por miedo no denuncian. No hacen valer su derecho; es mi derecho a la salud y también tengo derecho a que se me trate con dignidad, con ética.

No debe haber discriminación para el derecho a la salud y sin embargo es lo que más impera. Derecho a la salud, pues si lo hay, pero aquí lo que cuenta es la calidad con la que nos dan el derecho a la salud; la Universidad no lo niega, aunque la Universidad también discrimina. A una compañera médica del departamento de servicios médicos, su jefa le dijo, nada más te voy a hacer un comentario, a los que vengan del comedor o de intendencia no les creas mucho, porque ellos

siempre están enfermos, ellos siempre van a querer venir aquí. O sea, su comentario fue como etiquetando a los trabajadores del comedor y de limpieza, pero yo me imagino que ellos ocupan mucho el servicio por lo mismo, porque es un trabajo más pesado, son áreas de cocina; ellos deben decir, me presento al trabajo, pero si me siento mal voy al servicio médico. Y ahí las tienen acostadas por la presión o la diabetes. Son trabajadores de edad mayor, aunque ahora hay más jóvenes. A veces, cuando el personal de intendencia requiere medicamentos costosos, en el servicio médico les arman el tratamiento con puras muestras gratis.

En este mismo tema de discriminación, por otra parte, vemos que al entrar a trabajar en la UAM nos hacen examen médico de ingreso y, si tengo algún padecimiento, no se me quita el derecho al trabajo, sino que me envían al ISSSTE para tratamiento. Entonces el padecimiento no es un impedimento para la contratación, creo que esto es algo valioso, como tener médico en cada centro de trabajo, en cada Unidad.

En la ley Federal del Trabajo, que tengo aquí en mis manos, en el artículo 504, se menciona precisamente eso, que una de las obligaciones del patrón es tener en el lugar de trabajo un médico para prestar los primeros auxilios en caso de un riesgo de trabajo y atender enfermedades profesionales. Dependiendo la cantidad de trabajadores que haya en el centro de trabajo debe haber especialistas. Mencionan aquí un médico cirujano después de 100 trabajadores; después de 300 la universidad está obligada a tener un hospital, ese es el que nos falta, muchos compañeros preguntan por el hospital, pero la Universidad, como tiene un convenio con el ISSSTE, está cumpliendo de esa manera con esta obligación. Entonces si yo tengo un problema derivado de un riesgo de trabajo, me voy al servicio médico y, según la valoración, si es necesario, me trasladan al hospital público correspondiente del ISSSTE.

La discriminación también se da porque no reconocen mi enfermedad profesional. Por ejemplo, a un trabajador de cocina, de cafetería, que está entrando constantemente a la cámara fría y está

expuesto a temperaturas elevadas, esto le va a provocar una enfermedad, una enfermedad profesional, pero para que se considere como tal, debe ser valorada por un médico. Si el trabajador, después de muchos años, nunca fue al médico y tiene un enfisema pulmonar o un problema derivado de eso, le van a decir que es porque fumaba mucho, cosa que no es cierta, es porque estuvo expuesto a ese cambio brusco de temperaturas.

Por eso es obligación de los trabajadores estar atendiéndose en el servicio médico, para que mediante todas las documentaciones que vayan recabando, en un momento lo puedan tipificar como una enfermedad profesional. Es que a veces nada más hablamos de las obligaciones del patrón, pero pocas veces hablamos de las obligaciones del trabajador.

¡Ah!, recordemos que ya no se llama enfermedad profesional, se llama probable riesgo de trabajo. Es lo que está manejando el ISSSTE. O sea, ya no es un accidente profesional como antes se llevaba, esto es más burocracia, pero, además, ahí se están deslindando con la palabra probable, era mejor como estaba antes, probable es ambiguo; o sea, no se considera ni el accidente, ni la enfermedad profesional, sólo el probable riesgo de trabajo.

Comprobar el accidente o enfermedad profesional es un largo trámite burocrático. ¿Sabes cuantos formatos de Probable Riesgo de Trabajo (RTs) debes tramitar para comprobarlo? Nueve (9). Todo ese trámite lo tiene que hacer el trabajador, pero si lo sigue adecuadamente lo pueden indemnizar. ¿Qué hace la comisión? Nada más yo como trabajador le entrego a la comisión toda la documentación para que ellos a su vez lo hagan extensivo a la institución. Nosotros tenemos el RT1, es lo que se llena cuando la Universidad da aviso al ISSSTE y a la comisión nos notifican de que ya dieron aviso. Pero después de ahí es responsabilidad del trabajador estar haciendo todo el papeleo. Muchos se desesperan y se cansan, bueno a todos nos da flojera y más a ellos. Y algunos quisieran que nosotros les hiciéramos las cosas, culpan a veces al comisionado. Hasta que le explicamos que los podemos apoyar y acompañar, pero no lo podemos hacer por ellos.

Es una serie de requisitos que te pide el ISSSTE, comprobación de cuanto llevas laborando en la universidad, desde cuando estas en el ISSSTE, etc. El RT01 lo hace el servicio médico con la jefatura. La jefatura da aviso a la UAM, a la secretaria general, diciendo que hubo un probable accidente de trabajo; la UAM a su vez, le avisa al ISSSTE que su trabajador sufrió un probable accidente de trabajo, entonces la jefatura hace el primer reporte, le da el expediente al trabajador para que vaya al ISSSTE y ya el ISSSTE hace el seguimiento. Los demás requisitos, son una serie de documentos entre recursos humanos, la jefatura, etc. El trabajador te dice consígueme estos papeles y tienes que estarte moviendo con las autoridades necesarias para que él vaya adquiriendo su expediente, así se puede apoyar al trabajador.

Se pueden apoyar y orientar, pero, por ejemplo, hay un compañero que quiere que todo le hagamos, el RT-01, el RT-02, el RT-03 etc. Ya le dijimos que no. Entonces ya ha llegado hasta a ofendernos. Le explicamos que es algo personal y que nada más el RT-01 es nuestra obligación. Yo como trabajador tengo la obligación de dar el seguimiento a que se haga toda la tramitología para que se llegue al RT-09 y se me dé un dictamen médico derivado de ese riesgo de trabajo, para que yo pueda exigirle a la institución, según dice la cláusula 72 del Contrato Colectivo de Trabajo, la reducción de funciones, el cambio de horario, el cambio de puesto, en virtud de la incapacidad del ISSSTE.

Podemos apoyarlos si tenemos tiempo de llevarlos al ISSSTE. El apoyo consiste en que, si al trabajador no se le atiende adecuadamente, con calidad, nosotros tenemos la facultad de ir al ISSSTE, pero para eso tenemos que tener una acreditación ante el ISSSTE por parte de las estructuras, para que puedas ir como comisionado representante. Uno no va con el médico, va con recursos humanos o con la coordinación del lugar, del hospital; no a pedirle, a exigirle que el compañero o la compañera sea atendido adecuadamente como está solicitando, ese es el trabajo que uno tiene que hacer como comisionado, exigir los derechos del trabajador.

Ahorita está muy mermado el derecho a la salud, ha salido en la Tele que metieron a un médico a la cárcel, han subido a internet mucha información de que no tienen insumos los hospitales, los médicos trabajan con lo que tienen y con lo que pueden. La cuestión es que está el presupuesto, porque México es un país donde si se maneja dinero, pero el tema es que desvían ese recurso; entonces si deberíamos exigir que lo manden a los hospitales. En estos días hubo una marcha desde el Ángel de la Independencia hasta el Zócalo, para apoyar al doctor, pero también por las malas condiciones en los hospitales, porque no hay insumos, porque estamos mal en el derecho más importante del mundo, universal, que es el derecho a la salud. Entonces tenemos que hacer algo nosotros mismos por nosotros mismos, exigirlo. Exigir que no le hagan tantos hoyos al barril de presupuesto.

Otra cosa, seamos honestos, a mi lo que no me gusta de ir al ISSSTE es que los médicos no están trabajando, yo he tenido que ir al ISSSTE al área de emergencia y los trabajadores están hasta cotorreando, con su coquita contándose el chiste del día; o sea, tu como persona no tienes esa parte de tu profesión, de tu vocación, o sea, no te enfocas en lo que realmente es tu trabajo; es algo que tenemos en México.

Bueno, pero lo que pasa es que nosotros no exigimos. A mí me han atendido bien, y cuando pasa algo, yo les digo, por ejemplo, me está alzando la voz, y sí les llaman la atención. Lo que pasa es que uno muchas veces no quiere enfrentarse y decirles, pero con la pena, si me están tratando mal les digo. En una ocasión que fui al ISSSTE una médica joven me recibió diciendo: te atiendo rápido porque ya me voy; y le dijo a la enfermera ponle 37 de temperatura. Luego yo le dije: oye no puedes tratarme así porque no me has puesto el termómetro, no puedes especular mi temperatura, entonces ya fui con el director y le dije.

Yo tuve que ir al ISSSTE a hablar por un trabajador, y pedí hablar con la directora. Dije: vengo a hablar con la directora, soy comisionada de higiene y tengo un problema con un trabajador; y me

dice la asistente ¿De qué lugar vienes?, dame una identificación, la directora está muy ocupada, puedes hablar con la coordinadora. Yo indignada pensé, soy una comisionada de higiene ¿Qué te pasa?, pero bueno, fui a hablar con la coordinadora; le dije tengo el problema de que el trabajador está dado de alta y de baja intermitentemente. Fue un caso que se reportó a la comisión mixta general de higiene y seguridad CMGHYS. Y la respuesta fue, es que el trabajador ahorita está dado de baja, yo no puedo hacer nada.

Estar dado de baja es estar sin servicio médico. Este era el caso de ese trabajador temporal. Anteriormente, a los temporales los ingresaban al servicio del ISSSTE a partir de que entraban a laborar y se les quitaba el servicio dos o tres meses después. Tenerlos en el ISSSTE genera cobro a la UAM. Entonces los dan de baja cuando se acaba su contrato. Este es un problema que tenemos que hablar como comisión, tanto general como unidad, porque ya no nos respetan el tiempo de los tres meses, se acaba la prestación del ISSSTE antes de que se termine tu contrato. Esto pasa un poco por el ISSSTE y por la Universidad.

Algo similar sucede cuando los trabajadores se pasan de incapacidades. Depende de la antigüedad, tengo derecho a 60 días de incapacidad con goce de sueldo íntegro, otros 45 a la mitad, y luego 366 sin salario. Entonces ya cuando me pasé de eso, por alguna enfermedad, la universidad te da de baja del sistema, ya no te da prestaciones. Nosotros ayer lo veíamos con nuestra contraparte, y ellos dicen, es que no somos nosotros es directamente el ISSSTE, no crean que lo hacemos por hacer, viene con un sustento legal que avala el ISSSTE para nosotros darlos de baja desde rectoría general.

Lo que sucede es que el programa de la Universidad, SIIUAM, en automático te da de baja y, como el sistema esta enlazado con el sistema del ISSSTE, entonces ellos dicen a partir de la siguiente quincena este trabajador no va a cotizar. Entonces te dan de baja. Si vas en ese inter te niegan la atención. Ese es el problema que se tiene ahorita con la tecnología, antes no existía eso, porque no existía esa tecnología. La tecnología al beneficio de la institución es rápida.

Todas las normas mexicanas, todas las normas del diario oficial de la federación, están a favor de las jefaturas, de los patrones. Ahora ya no es nada a beneficio del trabajador, del obrero; o sea, realmente ahorita están modificando las normas, como la constitución, y todo eso se está reformado a favor de los patrones. Yo estaba revisando la constitución, pero veía reformas del diario oficial y me preguntaba ¿Qué onda? ¿Y los derechos de los trabajadores y los derechos de los seres humanos dónde quedan? pues ya no puedo ni defenderme. Las normas ya no son a favor de los trabajadores, son a favor de los patrones.

Cuando tienes el caso te das cuenta de esas reformas, pero hay cosas de las que no tenemos conocimiento; o sea, ni siquiera te lo hacen saber. Los comisionados que son antiguos ya tienen el conocimiento, pero los que somos nuevos nos falta mucho por conocer, y los que ya saben ya van saliendo; lo que es lamentable, porque es de ellos de quienes aprendemos. Además, la universidad no nos capacita porque para ellos, entre menos sepamos mejor.

Aunque no hay que decir que no sabemos, ante el CGD (Concejo General de Delegados) están prohibidas esas palabras: aprendizaje y conocer. Si decimos estoy integrado a esta comisión y estoy aprendiendo, te dicen ¿Cómo es posible? entonces ¿Para qué te metes? Se supone que debemos saber, pero hay cosas que no sabemos.

Parte de la merma del derecho a la salud es por la Universidad, porque no da implementos de calidad.

Entonces, volviendo a la discusión del derecho a la salud en la UAM, este derecho lo tenemos, pero lo podemos perder, porque si tienes un accidente y no tienes los implementos, perdiste tu derecho a la salud. Entonces si tenemos el derecho, pero también es responsabilidad de nosotros tenerlo. Nosotros como comisionados no tenemos implementos, pero deberíamos seguir usando los

implementos de trabajo, porque quien nos va a decir que como comisionados somos intocables y no podemos sufrir un accidente.

Parte de la merma del derecho a la salud es por la Universidad, porque no da implementos de calidad. Acá hemos tenido muchos implementos que necesitan cambio y la comisión parte Universidad dice esperen. Los trabajadores mejor se traen sus zapatos porque los que tienen están rotos. Entonces la misma institución no está cumpliendo con una de sus funciones que es hacer los cambios de implementos de trabajo, que por el uso se deterioran. Entonces es nuestra obligación traer nuestro implemento para tener el derecho a la salud porque la misma universidad no cumple.

Ahorita tenemos el caso de unos trabajadores que no les están dando sus uniformes completos. Yo le he preguntado a mi contraparte, ¿Tú te vas a poner un uniforme todos los días de lunes a viernes? O sea, somos comisión de higiene y seguridad, justamente, es por higiene. Y la respuesta es que la higiene personal no entra dentro de la comisión. Pero lo que diga higiene y seguridad le compete a la comisión, porque la misma palabra lo dice. Si la misma universidad no nos dota de los implementos no tenemos derecho a la salud.

Esos problemas generalmente suceden con los temporales, nosotros que somos de base no nos quejamos de eso porque nos dan todo. Ellos son a quienes les dan de baja del ISSSTE y no les cambian sus uniformes. Entonces hay que separar, no hay igualdad; el derecho a la salud no es igual para trabajadores temporales que para trabajadores de base.

A nosotros los de base nos cambian los implementos, pero a veces se demoran, y por eso hemos tenido problemas. Esto no debería ser porque la Universidad siempre ha contado con un stock, justamente para que en el momento que se necesite, cambiarlos. Pero la Universidad no cuida a sus propios trabajadores, porque ya no tiene ese stock. Cuando hemos necesitado dicen, déjame lo

consigo en otra unidad. Y así nos podemos pasar dos semanas. En lo que el representante de la universidad lo puede conseguir. Entonces ellos mismos están mermando nuestro derecho a la salud.

Una compañera estaba pidiendo cambio de guantes, le dije que sí, que pasara a la comisión para que se dictaminara. Ella ya había pasado y mi contraparte le dijo que no porque se los acabo de cambiar en enero. Y yo le digo ¿Y qué? Si se te acaba cuantas veces en el año se te tenga que cambiar el implemento se te tiene que cambiar. La compañera es de biblioteca, entonces ellos manipulan muchos libros y dentro de sus implementos están los guantes, precisamente para que no tengan problemas con su salud. Si ella tiene los guantes rotos y llega un hongo a su piel, ella es quien sufre las consecuencias. Mi contraparte generalmente es no, no y no.

En otras unidades hacen el cambio de implementos, pero ha costado mucho trabajo porque dicen que ya en mayo les dan sus uniformes, pero, así como van, no creemos que sea en mayo porque están atrasados en este procedimiento. Finalmente, si me han hecho los cambios, pero a halones y estirones.

Pero habría que ver porque esos departamentos tienen tantos problemas de salud.


En la bolsa traigo tres acuerdos El 02/79 (incapacidades), 047/88 (retroactividad) y el 01/2015 (implementos), porqué, por ejemplo, un compañero estaba presentando una incapacidad retroactiva y le mostré que según el acuerdo 047/88 la retroactividad se da sólo en dos casos; pero ¿Cómo le dices a los compañeros? Con papel en mano. Esos acuerdos son mis biblias, junto con el contrato colectivo de trabajo. Estos acuerdos son nuestras herramientas de trabajo. En una unidad mandamos a hacer un tríptico con la información del acuerdo 02/79, y sí ha funcionado porque ya no salen tantas incapacidades para corregir. Vamos a entregar este tríptico en las otras unidades.

Cuando tenemos trabajadores que se incapacitan constantemente como hemos hablado, llega el momento que la comisión parte universidad dice, oye, éste se enferma demasiado. Entonces la Universidad pide que el trabajador con probable riesgo de trabajo vaya a valoración médica, pero para que nosotros podamos firmar una valoración médica, tenemos que tener la autorización del trabajador, porque muchas veces la Universidad solicita estas valoraciones de manera mañosa o con cierta suspicacia o dolo, para investigar si en realidad el trabajador tiene ese padecimiento. Cuando son accidentes, no hay tanto problema, porque son eventos, pero cuando es una enfermedad, como una insuficiencia renal aguda, que es muy común, la Universidad pide la valoración, pero el trabajador tiene que estar de acuerdo, porque él tiene el derecho a presentar incapacidades de médico particular según lo acordado en el 02/79; y es un derecho irrenunciable.

La comisión parte sindical, entre comillas, no está facultada para incentivar a los trabajadores a que no hagan uso o abuso de las incapacidades si no lo amerita. La facultad nada más sea quizá decir: compañeros, para evitar cualquier impedimento a tu derecho si llegas a sufrir un riesgo de trabajo, utiliza tus implementos de trabajo. Meternos en el rollo de las incapacidades es muy complicado porque nos pueden decir ¿Y tú quién eres? ¿Eres parte de la patronal para que me digas que yo no haga uso de mis incapacidades? Yo tengo el derecho a enfermarme, entonces tengo el derecho a incapacitarme. Luego, si yo me enfermo a ti no te importa de qué me enfermo yo.

Recientemente tuvimos dos casos de problemas con incapacidades; curiosamente el primer caso, de una compañera que mete constantemente incapacidades, se resolvió y, el otro caso de una compañera que no tiene este comportamiento, no se resolvió. Entonces da coraje porque por culpa de los compañeros tenemos a veces esos problemas. Llegamos a pensar en escribir en nuestros informes los departamentos recurrentes que se incapacitan, como por ejemplo intendencia o vigilancia; para que también se den cuenta del trabajo que sí hacemos, porque dicen que no trabajamos; pero yo creo que nos crucificarían en la plaza roja. Pero habría que ver porque esos departamentos tienen tantos problemas de salud.

En diciembre tuvimos 300 incapacidades en una unidad y en enero 244. Esos meses faltaron más por el clima y las fechas. Se podría hacer un documento dirigido a los trabajadores para sensibilizarlos diciendo que hay un problema de salud ¿Por qué se incapacitan tanto y qué problemas de salud se están derivando en los departamentos? ¿Qué? y ¿Por qué? Por ejemplo, ¿Que padecimientos? problemas de las vías respiratorias; ¿Por qué? Porque los compañeros de intendencia están en un cubículo y salen a tirar la basura, entonces están expuestos a cambios bruscos de temperatura.

 **Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana**
COMISIÓN MIXTA GENERAL DE HIGIENE Y SEGURIDAD
UNIDAD AZCAPOTZALCO
Ciudad de México, a 30 de mayo de 2018

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia
Secretario General
Universidad Autónoma Metropolitana
Presente

Por medio de la presente, la Representación Sindical de la Comisión Mixta General de Higiene y Seguridad, queremos manifestar nuestra preocupación porque estando a dos días de que se venza el plazo para la entrega de la dotación y uso de la ropa de trabajo y equipo de protección de uso personal y general para los trabajadores administrativos y académicos, conforme al acuerdo CMGHyS-01/15, cláusula 1, que a la letra dice:

"La Universidad Autónoma Metropolitana proporcionara durante el **mes de mayo de cada año**. La ropa y equipo de protección de higiene y seguridad con las características y cantidades acordadas"

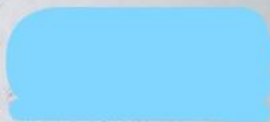
Ya que desde la sesión No. 5 con fecha 16 de marzo del año en curso, la Representación Sindical solicitó la revisión de los implementos de trabajo, correspondiente a la dotación de 2018.


Por lo anterior, exigimos el cumplimiento cabal del acuerdo antes mencionado.


En espera de su pronta respuesta, quedamos a sus órdenes


Atentamente

Comisión Mixta General de Higiene y Seguridad – Parte Sindical


Unidad Cuajimalpa

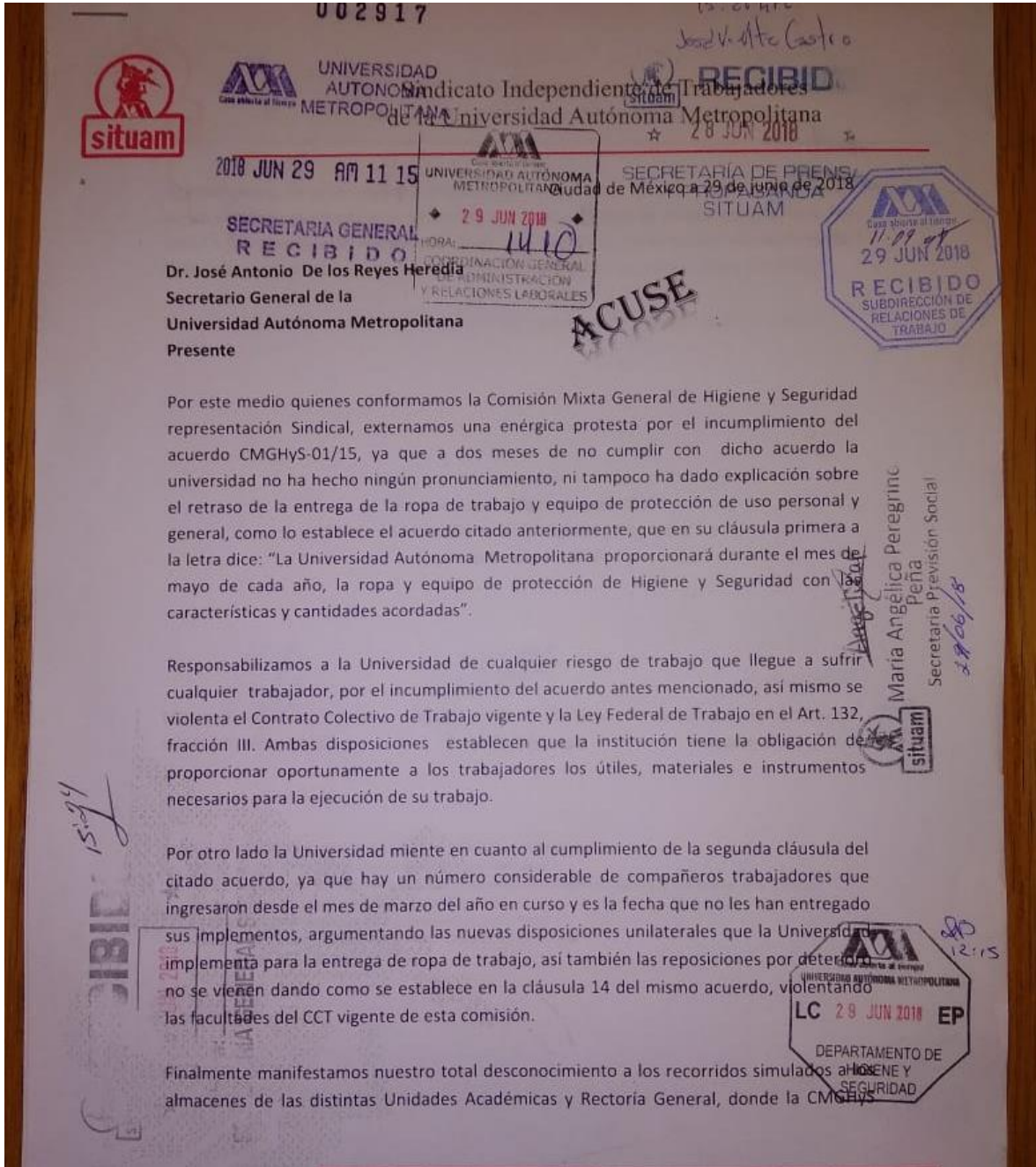

Rectoría General


Unidad Azcapotzalco



C.c.p. Dra. Rosana Guevara Ramos - Secretaria General del SITUAM
C. Ma. Angélica Peregrino Peña - Secretaria de Previsión Social del SITUAM
C. José Luis Patiño Salgado - Secretario de Prensa y Propaganda del SITUAM

Av. San Pablo N° 180, Col. Reynosa Tamaulipas, C.P. 02200 Deleg. Azcapotzalco



representación de la Universidad propone para los días 12, 13 y 22 de Junio del año en curso, sabiendo que hasta este último día solo existía un 60% de dichos implementos. Por tanto a los grupos más numerosos como son: Vigilancia, Intendencia, Mantenimiento, Cafetería, entre otros, que a la fecha no les han entregado sus implementos de trabajo.

Sin otro particular y en espera de una favorable respuesta inmediata, reciba un cordial saludo.

Atentamente.
"Por la unidad en la lucha social"
Comisión Mixta General de Higiene y Seguridad
Representación Sindical


[Redacted signature area]

Unidad Azcapotzalco

Unidad Cuajimalpa

Rectoría General


- Cep. Dr. José A. Borrón León - Coordinador General de Administración y Relaciones Laborales
- M. en C. Héctor Lara Reyes - Subdirector de Relaciones de Trabajo
- M. en D. Francisco Javier Garrido Contreras - Jefe del Departamento de Higiene y Seguridad y Coordinador de la UM9415
- Dra. Rosalva Guzmán Ramos - Secretaria General del SITUAM
- C. Angelica Ferragino Peña - Secretaria de Prevención Social del SITUAM
- C. José Luis Patiño Salgado - Secretario de Prensa y Propaganda del SITUAM



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE
TRABAJADORES DEL GOBIERNO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO

FORMATO RT-01 (ANEXO 9)



MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

Fecha		
Día	Mes	Año

C. SUBDELEGADO (A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE EN LA DELEGACIÓN _____ SELECCIONA CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DEL TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

1.1 DATOS DEL TRABAJADOR: PARA USO DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO PARTICULAR: _____
CALLE NO. EXTERIOR NO. INTERIOR

COLONIA: _____ CUIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

CURP: _____ NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO. _____

EDAD: _____ SEXO: H M NO. DE EMPLEADO: _____

PUESTO: _____ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: _____

FECHA DE INGRESO: _____

FECHA DE 1ª COTIZACIÓN AL ISSSTE: _____

HORARIO DE TRABAJO (S): MATUTINO VESPERTINO NOCTURNO MIXTO JORNADA ACUMULADA HORA DE ENTRADA: _____ HORA DE SALIDA: _____

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____
DÍA MES AÑO HORA

CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

DEPENDENCIA: COMISIÓN: EN TRAYECTO A SU TRABAJO: EN TRAYECTO A SU DOMICILIO: TIEMPO EXTRA:

DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O ARGA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE. EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS.

ATENTAMENTE:
 NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: _____ NÚMERO DE RAMO: _____

DOMICILIO: _____ CENTRO DE ADSCRIPCIÓN: _____
CALLE NÚMERO

COLONIA: _____ DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL RIESGO DEL TRABAJO: _____
PUESTO NO. EMPLEADO

FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO: _____
DÍA MES AÑO HORA MIN

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA: _____

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOTA: EL ANVERSO DEBE SER REQUERIDO POR LA DEPENDENCIA EN LA CUAL LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LAS ÁREAS DE MEDICINA DE TRABAJO Y SE CONSIGNARÁN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.

ANVERSO



PARA USO DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN

NATURALEZA DEL RIESGO	FECHA			
	DÍA	MES	AÑO	HORA
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO				
ACCIDENTE EN COMISION				
ACCIDENTE EN TRAYECTO				
ENFERMEDAD DE TRABAJO				
DEFUNCION				

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA	DÍA	MES	AÑO	HORA

ANTECEDENTES

MARQUE CON UNA 'X' LO QUE SE RELACIONA CON EL INCIDENTE ACTUAL

ESTADO DE EMBRAGUEZ	USO DE NARCÓTICO O DROGAS (SALVO PRESCRIPCIÓN MÉDICA CON CONOCIMIENTO DEL JEFE)	SE OCASIONÓ UNA LESIÓN INTENCIONALMENTE
INTENTO DE SUICIDIO	RAA	AL COMETER UN DELITO
CAUSA EXTERNA		
NATURALEZA DE LA LESIÓN		

DIAGNOSTICO

CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y ANÁLISIS DEL MECANISMO REALIZADO ENTRE EL RIESGO OCURRIDO Y EL TRABAJO DESEMPEÑADO SE DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVAN LA CALIFICACIÓN DE PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD, LAS SIGUIENTES:

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL TRABAJO SE CALIFICA COMO	'SI DE TRABAJO'	'NO DE TRABAJO'

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 110 DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVIDOR DEL ESTADO 86, 87, 88, 89, 90, 91 y 92 DE LA LEY DEL ISSSTE, 15 FRACCIÓN I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE, 60, 101, 108 FRACCIÓN I, DEL REGLAMENTO DE SERVIDOS MÉDICOS DEL ISSSTE, 5, 6 Y 11 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ 6 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, EL TRABAJADOR TIENE 30 DÍAS NATURALES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 88 DE LA LEY DEL ISSSTE, 76 Y 77 Y DEMÁS RELATIVOS DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ.

LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ:

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA.	VO. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA
---	---

VO. Bo. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
--	--

Cop. TRABAJADOR
IMPROCEDENCIA PRESENTE
UNIDADES MÉDICAS PRESENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA PRESENTE
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES PRESENTE



NOTAS IMPORTANTES: EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, ESTE FORMATO DEBERÁ CONTENER LA FIRMA DEL DELEGADO.

"ESTE DOCUMENTO CUERPO DE VALORES PRESERVA TANTO LOS RASGOS COMO EL DISEÑO ORIGINAL"