



# UNRISD

United Nations Research Institute for Social Development

## **Movilización social en Colombia para la protección de la salud en el trabajo en un contexto de inequidad**

*Mauricio Torres-Tovar*  
*Universidad Nacional de Colombia*

Occasional Paper 3

**Overcoming Inequalities in a Fractured World:  
Between Elite Power and Social Mobilization**

November 2019





El Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD) es un instituto autónomo dentro del sistema de las Naciones Unidas que realiza investigaciones multidisciplinarias y análisis de políticas sobre las dimensiones sociales de cuestiones contemporáneas de desarrollo. Nuestra labor consiste en velar por que la equidad social, la inclusión y la justicia sean piezas fundamentales del pensamiento, la política y la práctica del desarrollo.

UNRISD, Palais des Nations  
1211 Ginebra 10, Suiza  
Tel: +41 (0)22 9173020  
[info.unrisd@un.org](mailto:info.unrisd@un.org)  
[www.unrisd.org](http://www.unrisd.org)

This United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Occasional Paper is a revised and peer reviewed version of a paper originally prepared for the UNRISD International Conference, *Overcoming Inequalities in a Fractured World: Between Elite Power and Social Mobilization* (November 2018). The conference was carried out with the support of UNRISD institutional funding provided by the governments of Sweden, Switzerland and Finland. The Friedrich-Ebert-Stiftung Geneva Office and the International Geneva Welcome Centre (CAGI) provided direct support to conference participants for their travel and accommodation.

Copyright © UNRISD. Short extracts from this publication may be reproduced unaltered without authorization on condition that the source is indicated. For rights of reproduction or translation apply to UNRISD, which welcomes such applications.

The designations employed in UNRISD publications and the presentation of material therein do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNRISD concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The responsibility for opinions expressed rests solely with the author(s), and publication does not constitute endorsement by UNRISD.

ISBN 978 92 9085 104 2

## Índice

Acrónimos .....	2
Resumen .....	3
Palabras Claves.....	3
Biografía.....	4
Introducción.....	1
Hallazgos .....	2
Asociaciones de trabajadores enfermos por el trabajo en Colombia.....	3
Caracterización de los asociados .....	5
La acción colectiva de las asociaciones.....	6
Demandas y propuestas .....	8
Discusión .....	8
Contienda política en el campo de la salud en el trabajo.....	10
Las propuestas que se busca movilizar.....	11
Conclusiones.....	12

## Lista de Figuras

Tabla 1: Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo conformadas entre 2006 y 2017 en Colombia.....	4
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

## Acrónimos

ASOTREDP	Asociación de Trabajadores Enfermos de Drummond Puerto
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ASORIESGOS	Asociación Nacional de Usuarios del Sistema de Riesgos Laborales, Afiliados y Beneficiarios del Sistema de Seguridad Social
ASOTRADEIMENE	Asociación de Trabajadores Discapacitados y Enfermos por la Industria Minero Energética
ASOTRADEV	Asociación de extrabajadores enfermos y viudas de Drummond Puerto
ASOTRADISARAUCA	Asociación de Trabajadores Discapacitados de Arauca
ASOTRADISCUNDINAMARCA	Asociación de Trabajadores Discapacitados del Departamento de Cundinamarca
ASOTRADISMETA	Asociación de Trabajadores Discapacitados del Meta
ASOTRADISNORT	Asociación de Trabajadores Discapacitados del Norte de Santander
ASOTRECAJ	Asociación de Trabajadores Enfermos del Carbón de La Jagua de Ibirico
ASOTRECOL	Asociación de Trabajadores Enfermos de General Motor Colombia
ATEL	Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral
FENATRAECO	Federación Nacional de Trabajadores y extrabajadores Enfermos de Colombia
JCI	Juntas de Calificación de Invalidez
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SGRL	Sistema General de Riesgos Laborales
TREXV FUNESUNT	Fundación Estamos Unidos
UNECOL	Unión de enfermos de General Motors Colmotores
USO	Unión Sindical Obrera

## Resumen

En Colombia el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), que es un modelo de base bismarckiana, sólo cubre a la población formal de la economía y a trabajadores y trabajadoras independientes con capacidad de pago, dejando por fuera a la población laboral informal, que constituye más del 50 por ciento de la fuerza de trabajo en el país. Esta situación genera una inequidad en tanto los trabajadores formales afiliados al SGRL tienen derecho a prestaciones médicas y económicas en caso de accidente de trabajo o enfermedad laboral, mientras los del sector informal, incluidos aquellos presentes en zonas rurales, no tienen acceso a este tipo de protecciones. Igualmente, dentro del SGRL se generan inequidades e injusticias, en tanto hay grupos de trabajadores que desarrollan patologías de origen laboral, que no les son reconocidas y que incluso, en algunos casos, los llevan a perder sus puestos de trabajo.

Esta investigación de carácter cualitativo, con un enfoque de acción colectiva, hace una aproximación a la problemática de inequidades en el campo de la salud en el trabajo en Colombia, a través del acercamiento a un conjunto de asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo, y quienes se han organizado para demandar la protección de sus derechos laborales, de salud y seguridad social.

La acción colectiva de los trabajadores viene proponiendo elementos para que se configuren políticas empresariales y estatales que protejan el derecho a la salud en el trabajo, desde una visión integral y universal que contribuya a superar las inequidades e injusticias en estos aspectos.

## Abstract

In Colombia, the Occupational Risks General System (ORGS), a system to access medical and economic benefits in the event of an accident at work or occupational disease, covers only individuals working in the formal economy, including workers registered as independent. This means workers in the informal economy, more than 50 percent of the country's workforce, are left out and cannot access any protection at work. This inequity divides formal workers affiliated with the ORGS from those in the informal sector, many of whom work in rural areas. Situations of inequity and injustice emerge also within the ORGS, when pathologies developed by affiliated workers are not categorized as of labour origin, thereby hindering enjoyment of benefits, and in some cases even causing workers to lose their jobs.

This qualitative research approaches the problem of inequities in the field of occupational health in Colombia, by following a group of associations of workers with work-related illnesses and their collective actions. Such associations have organized in multiple ways to claim protection of their labour, health and social security rights. Throughout contentious and non-contentious actions, workers have demanded from business and the state to reshape policies that truly protect the right to health at work as well as a comprehensive and universal vision that contributes to overcoming inequities and injustices in the world of work.

## Palabras Claves

Inequidades; derecho a la salud en el trabajo; mundo del trabajo; movilización social; Colombia

## Keywords

Inequities; right to health at work; world of work; social mobilization; Colombia.

## Biografía

Mauricio Torres-Tovar es Médico, Especialista en Salud Ocupacional, Máster en Salud Pública y en Estudios Políticos, PhD (c) en Salud Pública y profesor del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Sus principales intereses investigativos están en los campos de la salud pública, la salud de trabajadores y trabajadoras, la salud ambiental, el derecho a la salud, la acción colectiva y los movimientos sociales en salud. Email: [mhtorrest@unal.edu.co](mailto:mhtorrest@unal.edu.co)

## Introducción

La denominada globalización económica, que empezó a desarrollarse a finales de los años 70 del siglo XX, sostuvo el argumento de la necesidad de avanzar en una apertura económica por parte de los países periféricos como camino para el desarrollo de mejores relaciones comerciales y mayor empleo. Este proceso en Colombia se estableció con una reforma laboral a través de la Ley 50 de 1990, bajo el supuesto que con esta se harían las adaptaciones laborales pertinentes para ese contexto económico internacional.

Estas reformas neoliberales transformaron el mundo del trabajo, dotando a los empresarios con herramientas para ajustar costos, avanzar en una flexibilización del trabajo, desregular las relaciones laborales, desarticular a las organizaciones sindicales, entre otras reestructuraciones contractuales, lo que ha llevado a una precarización de las condiciones de trabajo y a un aumento de las formas de trabajo informal.<sup>1</sup>

A esta reforma laboral se sumó la reforma a la seguridad social hecha en Colombia a través de la Ley 100 de 1993, que condujo a un proceso progresivo de privatización del sistema de salud y del sistema de protección de la salud en los lugares de trabajo.<sup>2</sup>

Estas dos reformas produjeron diversos efectos y problemas en la esfera del mundo del trabajo y de la salud y la protección vinculadas a este, como lo han mostrado varios estudios<sup>3</sup>:

- Falta de empleo digno y seguro, dado por ausencia o debilidad de políticas públicas y empresariales de protección de la salud en el trabajo;
- Ausencia o debilidad de servicios de salud en el trabajo y deterioro de los programas de promoción y prevención de la salud en el trabajo;
- Tendencia a fortalecer el papel del sector financiero como intermediario del aseguramiento en salud y riesgos laborales;
- Limitaciones en los procesos organizativos y de participación de los y las trabajadoras, reflejado en dificultades para configurar organizaciones sindicales y gremiales y una nula o escasa participación de los y las trabajadoras en las decisiones empresariales que atañen a su salud;
- Precarización de la vida de las y los trabajadores y sus familias;
- Deterioro significativo de las condiciones de trabajo, representado en el incremento de accidentalidad y muerte laboral, así como en enfermedad laboral, aunque con importantes subregistros.

En lo que va corrido del siglo XXI, la problemática de la salud en el trabajo se ha agudizado producto de la falta de reconocimiento del origen laboral de patologías asociadas a las condiciones de trabajo. Las administradoras de riesgos laborales (ARL) y las juntas de calificación de invalidez, por ejemplo, definen estas patologías como de origen común. Todo esto empeora con el despido de las y los trabajadores enfermos, que quedan desprotegidos laboralmente y vulnerables en sus aspectos de protección social (Torres-Tovar et al. 2016b).

---

<sup>1</sup> Isaza-Castro 2003; Davolos 2012; Antunes 2012; Niño y De Lafont 2013

<sup>2</sup> Torres-Tovar 2008; Yepes et al. 2010; Niño y De Lafont 2013

<sup>3</sup> Corredor Jiménez 2004; Luna-García 2009; Muntaner et al. 2010; Schnall et al. 2011

Varios estudios han señalado el sufrimiento y las consecuencias negativas que para los y las trabajadoras ocasionan las rutas poco claras y prolongadas que tienen que vivir para que sus patologías sean reconocidas, atendidas y tratadas. Dichos caminos, que han sido denominados “itinerarios burocráticos”, están presentes en Colombia tanto en el sistema de salud (Abadía-Barrero et al. 2009) como en el sistema de riesgos laborales (Buitrago Echeverri et al. 2017; Torres-Tovar et al. 2016a).

Esta problemática evidencia que en Colombia existen inequidades en el campo de la salud en el trabajo, una de cuyas expresiones es la falta de reconocimiento de origen laboral a enfermedades adquiridas por exposición prolongada a condiciones deteriorantes en el lugar de trabajo. Los y las trabajadoras que padecen estas patologías, identificados en un sentido compartido, en una identidad, han emprendido de manera colectiva procesos organizativos y acciones conjuntas para (1) exigir el cumplimiento de sus derechos en materia de salud, trabajo y seguridad social, y (2) buscar la implementación de políticas estatales y empresariales que protejan la población laboral colombiana y contribuyan a superar las inequidades.

Este trabajo hace un acercamiento a la problemática de inequidades en el campo de la salud en el trabajo, a través del análisis de un conjunto de asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo en Colombia, quienes se han organizado para demandar la protección de sus derechos.<sup>4</sup> La metodología utilizada es de carácter cualitativo y está basada en la interacción con asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo. Se utilizaron como técnicas de recolección de información la revisión documental, entrevistas semiestructuradas a dirigentes de las asociaciones, grupos focales con miembros de las asociaciones y la implementación de una encuesta a un grupo amplio de los asociados a estas organizaciones. Finalmente, este estudio utiliza un enfoque de acción colectiva para indagar sobre las categorías de estructura de oportunidad política, identidad, demandas, repertorios de acción, alianzas, adversarios y contienda política, que se entrelazan en la dinámica de movilización social que llevan a cabo las asociaciones.

## Hallazgos

En Colombia el sistema de contingencia de los riesgos laborales, denominado SGRL, que es un modelo de base bismarckiano<sup>5</sup>, sólo cubre a la población formal de la economía y a la independiente con capacidad de pago, dejando por fuera a la población laboral informal, que constituye más del 50 por ciento de la fuerza de trabajo en el país.<sup>6</sup>

Las cifras con que se cuenta en relación a riesgos laborales en Colombia, que comprenden únicamente la economía formal, es decir, que recoge datos sólo de las y los trabajadores afiliados al SGRL, muestran una situación de desprotección en materia de salud y seguridad en el trabajo, reflejada en indicadores de accidentalidad, enfermedad, discapacidad y muerte producidas por condiciones laborales.

---

<sup>4</sup> Este estudio es parte de la tesis doctoral del autor sobre acción social colectiva por el derecho a la salud en el trabajo en Colombia a comienzos del siglo XXI, que ya tiene un conjunto de avances publicados: Torres-Tovar et al. et al. 2016; Torres-Tovar et al. 2016b; Torres-Tovar y Luna-García 2019.

<sup>5</sup> Modelo de aseguramiento financiado por las contribuciones de los empleados y empleadores y dirigido principalmente a los trabajadores formales urbanos, cubriendo las contingencias básicas de la seguridad social: enfermedad general, ATEL, incapacidad, invalidez y muerte.

<sup>6</sup> Las cifras oficiales de informalidad laboral las proporciona en Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Para el informe del trimestre mayo-julio de 2019 reporta que el promedio nacional, sobre la base de 23 ciudades, es de 47.5 por ciento de informalidad, pero de estas 23 ciudades, 17 están por encima del 50 por ciento, llegando en algunos casos al 73.1 por ciento y 64 por ciento de informalidad (DANE 2019).

La tasa de enfermedad laboral pasó de 24,9 por 100.000 trabajadores afiliados en el año 2000 a 127,9 en el 2008; la tasa de accidentes de trabajo pasó de 3,78 por 100.000 trabajadores afiliados en el año 1994 a 7,62 en el 2011. Así mismo, en 2015 se reportaron 723.836 accidentes en el lugar de trabajo, es decir 2.050 por día, y diariamente dos personas murieron por enfermedades o accidentes laborales (Torres-Tovar y Luna-García 2008, 2017).

Las tasas de accidentes de trabajo en Colombia están por encima de las que tienen países como Canadá, México, Brasil y del promedio en la Unión Europea. En relación a las tasas de enfermedad laboral, se tienen tasas mayores que en México y Brasil, pero menores que en el promedio de la Unión Europea, lo que se explica en gran medida por el subregistro y subdiagnóstico de estas enfermedades (Organización Panamericana de la Salud s.f.; Hämäläinen, Takala y Kiat 2017).

En Colombia, en el periodo de 2005 a 2016, se diagnosticaron 94.280 enfermedades de origen laboral y ocurrieron 6.281.340 accidentes de trabajo, de los cuales 7.458 fueron letales, lo que significa un promedio de 621 muertes al año por causa de las condiciones en que se laboró (Conde 2017).

Pero como se ha mencionado, más problemático todavía es el hecho que muchos eventos registrados no son calificados de origen laboral. En Colombia no existe la información disponible para saber cuántos de los accidentes, enfermedades y muertes que son reportadas como laborales, dejan de ser reconocidas en este origen. Un dato ayuda a entender esto: en el año 2010 se reportaron en el SGRL como muertes laborales 958 casos y de estos sólo 489 (51 por ciento) fueron reconocidos como laborales, lo que quiere decir que las ARL se quedaron para sí el dinero de compensación, que no fue otorgado a las familias de las víctimas, lo que en consecuencia impactó negativamente su calidad de vida (Torres-Tovar 2018). Lo mismo ocurre con accidentes y enfermedades que no son reconocidos en su origen laboral, ni por la empresa, ni por las ARL, ni por las Juntas de Calificación de Invalidez (JCI).

La información que se tiene acerca de la salud laboral en Colombia, es posible desagregarla por ciudades grandes y municipios, sectores económicos y clases de riesgo laboral,<sup>7</sup> pero no es posible una desagregación por género, ciudad y campo, sectores formal e informal, condición étnica y diversidad sexual, lo que obstruye identificar y entender mejor las inequidades del campo de la salud laboral en el país. Un estudio realizado sobre el comportamiento de la enfermedad laboral en Colombia entre 2004 y 2014, encontró que la mayor frecuencia de esta se presenta en los grandes centros urbanos y la mayor incidencia en regiones más pequeñas. La mayor frecuencia e incidencia estuvieron en los sectores económicos de agricultura, ganadería, caza y silvicultura, las industrias manufactureras y explotación de minas y en las clases de riesgo III, I y II (en ese orden). El diagnóstico principalmente fue de enfermedades de tipo musculoesquelético y las muertes reconocidas por enfermedad laboral en el país fueron muy bajas, debido a que se reportan como enfermedad común (Vargas Chávez 2018).

## Asociaciones de trabajadores enfermos por el trabajo en Colombia

---

<sup>7</sup> Los riesgos laborales en que se califican los procesos laborales en Colombia van del I al V, el I el que connota menos peligros, el V el que connota mayor peligro para la salud y la integridad de los trabajadores.

Como consecuencia de estas inequidades, desde 2006 empiezan a emerger en el país un conjunto de asociaciones de trabajadoras y trabajadores enfermos por el trabajo para movilizarse por sus derechos (Asolaborales 2016; Torres-Tovar et al. 2016b). A finales de 2017 había 15 asociaciones conformadas (ver tabla 1), a las que deben sumarse acciones de organizaciones sindicales que también han venido incorporando específicamente la reivindicación por el reconocimiento de la enfermedad de origen laboral y la garantía de las prestaciones asistenciales y económicas que derivan de este reconocimiento.

Las asociaciones tienen presencia nacional al estar vinculadas con diversos sectores económicos como el minero-energético, el agroalimentario, la construcción, el tabacalero, el manufacturero, el mantenimiento, el hotelero, la seguridad y la salud.

**Tabla 1: Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo conformadas entre 2006 y 2017 en Colombia**

Nombre	Fecha de fundación	Propósito
Asociación de trabajadores, extrabajadores y pensionados de la empresa Colombit. Tiene su sede en Manizales (Caldas).	15 de abril de 2006	Defender los derechos de los trabajadores por la salud y la seguridad social.
Fundación Manos Muertas. Tiene su sede en Cartagena (Bolívar).	1 de junio de 2009	Defender los derechos laborales, de la salud y la estabilidad laboral.
Asociación de Trabajadores Enfermos de Drummond Puerto – ASOTREDP. Tiene su sede en Santa Marta (Magdalena).	10 de marzo de 2010	Gestionar ante el Estado colombiano, empresas privadas del sector minero, cooperativas, fondos de empleados, sindicatos nacionales y extranjeros, recursos económicos destinados para promover las actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los trabajadores.
Asociación de extrabajadores enfermos y viudas de Drummond Puerto – ASOTRADEV. Tiene su sede en Santa Marta (Magdalena).		
Asociación de Trabajadores Enfermos de General Motors Colombia – ASOTRECOL. Tiene su sede en Bogotá, en una carpa situada en frente de la embajada de Estados Unidos hace 6 años.	19 de mayo de 2011	Proteger los derechos de los trabajadores y extrabajadores, denunciar violaciones a los derechos cometidos por la empresa.
Asociación Nacional de Usuarios del Sistema de Riesgos Laborales, Afiliados y Beneficiarios del Sistema de Seguridad Social – ASORIESGOS. Tiene su sede en Girón (Santander).	9 de septiembre 2012	Denunciar la violación de derechos laborales y de seguridad social en empresas de Santander.
Asociación de Trabajadores Discapacitados del Norte de Santander – ASOTRADISNORT. Tiene su sede en Cúcuta (Norte de Santander).	15 de marzo de 2013	Reivindicar derechos frente a la discapacidad por enfermedad y accidente laboral.
Asociación de Trabajadores Discapacitados y Enfermos por la Industria Minero-Energética – ASOTRADEIMENE. Tiene su sede en Neiva (Huila).	1 de noviembre de 2013	Luchar por los derechos que han sido violados por las empresas, las ARL, EPS y JCI.
Asociación de Trabajadores Discapacitados de Arauca – ASOTRADISARAUCA. Tiene su sede en Arauca (Arauca).	3 de noviembre de 2014	Prevenir las enfermedades laborales y ser un referente por la defensa de los derechos de las personas afectadas por enfermedad laboral.
Asociación de Trabajadores Discapacitados del Departamento de Cundinamarca – ASOTRADISCUNDINAMARCA. Tiene su sede en Ubaté (Cundinamarca).	27 de julio de 2015	Hacer frente a la violación de derechos laborales y de seguridad social en las empresas de minería en socavones del departamento de Cundinamarca.
Unión de enfermos de General Motors Colmotores – UNECOL. Tiene su sede en Bogotá.	25 de febrero de 2012	Proteger los derechos de salud y seguridad social de los trabajadores que viene violando la empresa.

Asociación de trabajadores enfermos de la floricultura. Tiene su sede en Facatativá (Cundinamarca).	16 de noviembre de 2013	Proteger los trabajadores enfermos de la floricultura.
Asociación de Trabajadores Enfermos del Carbón de La Jagua de Ibirico – ASOTRECAJ. Tiene su sede en La Jagua de Ibirico (Cesar).	7 de mayo de 2010	Reivindicar derechos laborales y de seguridad social frente a la aplicación del Artículo 140 del Código sustantivo del Trabajo y la necesidad de proteger a los trabajadores enfermos que vienen siendo perseguidos por las empresas mineras
Asociación de Trabajadores Discapacitados del Meta – ASOTRADISMETA. Tiene su sede en Acacias (Meta).	15 de febrero del 2016	Satisfacer y defender los intereses comunes de los asociados, lo que incluye a trabajadores en situación de discapacidad física
Fundación Estamos Unidos TREXV FUNESUNT. Tiene su sede en Santa Marta (Magdalena).	Sin dato	Satisfacer y defender los intereses comunes de los asociados, lo que incluye a trabajadores activos, despedidos y viudas de compañeros fallecidos en accidente de trabajo
Federación Nacional de Trabajadores y Extrabajadores Enfermos de Colombia- FENATRAECO. Tiene su sede en Bogotá.	30 de septiembre de 2016	Unificar fuerzas para la defensa y reivindicación de las condiciones de salud de todos los trabajadores afectados en Colombia

*Fuente: Elaboración propia con base en información Asolaborales (2016).*

## Caracterización de los asociados

Una ficha individual implementada a 548 afiliados de las asociaciones de trabajadores enfermos (Asolaborales 2016) permitió una aproximación a la caracterización del grupo poblacional en aspectos sociodemográficos, de patología laboral, calificación del evento, cambios del contexto familiar y proceso de afiliación a la asociación. Se encontró que la mayoría de los asociados son hombres, principalmente en un ciclo de vida adulto, con escolaridad técnica y de secundaria completa, pertenecientes a hogares pobres, con estado civil de unión libre o casados, cabezas de familia con una responsabilidad de más de dos personas a cargo, que trabajan o han trabajado especialmente en los sectores económicos minero-energético, agroalimentario y construcción, con más de 5 años de antigüedad en sus labores.

Este perfil sociodemográfico de los asociados refiere a un grupo con limitaciones económicas que derivan en condiciones de vida precarias, las cuales han empeorado con el padecimiento de patologías y la falta de garantías en el cumplimiento de sus derechos laborales, de salud y seguridad social, razón por la cual muchas familias se han desestructurado. En cuanto a los accidentes de trabajo que han sufrido son en su mayoría quemaduras, esguinces, fracturas, lesiones de columna y pérdida de segmentos corporales. En cuanto al perfil de morbilidad de los asociados, se encontró un espectro muy amplio de patologías que se relacionan con las condiciones de trabajo. El 43 por ciento padeció sólo una patología, mientras el 57 por ciento se refirió a múltiples enfermedades, llegando en algunos casos hasta ocho al mismo tiempo. Estas patologías comprometen principalmente el sistema respiratorio, músculo-esquelético, auditivo y cardiovascular. De estas patologías los asociados indican que sólo el 57 por ciento fueron calificadas, y de éstas, el 79 por ciento catalogadas de origen laboral.

El tipo de incapacidad reconocida fue en un 53 por ciento de tipo permanente y en un 47 por ciento de tipo temporal. Sólo el 10 por ciento de los casos fueron calificado con más del 50 por ciento de pérdida de capacidad laboral. El 28 por ciento de las patologías fueron reclasificadas después de uno o dos años, lo que estableció en 62 por ciento el origen laboral (antes había sido

de 79 por ciento), lo que dificultó las condiciones de los asociados al momento de tratar sus enfermedades.

Esta situación confirma que una parte significativa de las patologías están asociadas fundamentalmente a condiciones de trabajo riesgosas, que en gran medida provocan daños permanentes, sin llevar a la invalidez (menos del 50 por ciento de pérdida de capacidad laboral) y que, al ser reclasificadas, a un porcentaje importante de las patologías se les asocia con menor pérdida de capacidad laboral, lo que puede llevar a perder reconocimientos económicos por parte de los trabajadores afectados que ya se tenían.

## La acción colectiva de las asociaciones

Situaciones de inseguridad tanto en la estabilidad laboral, como en la protección de la salud en el trabajo y la seguridad social, formaron una necesidad de acción social colectiva de lucha para exigir estos derechos, que ha llevado a la emergencia de múltiples expresiones de protesta social y de organización por parte de trabajadores y extrabajadores enfermos, a quienes ni las empresas, ni las entidades gubernamentales, ni las ARL les han garantizado sus derechos.

Esta situación de violación de sus derechos, que los trabajadores y extrabajadores consideran está relacionada con sus condiciones de trabajo, los ha llevado a establecer vínculos entre ellos para generar procesos organizativos, bien a través de la creación de asociaciones o bien a través de los sindicatos que incorporaron en su agenda este tema. La dinámica organizativa se funda a partir de un proceso de construcción de identidades colectivas que surgen del compartir patologías similares derivadas del trabajo, pero también de la falta de su reconocimiento por parte de empresas e instituciones nacionales, del padecimiento al que se ven sometidos por itinerarios burocráticos en las rutas que impone el SGRL y los sentimientos compartidos de sufrimiento, rabia, frustración e injusticia que se generan por estas circunstancias.

Algunas asociaciones se organizan por la ausencia de sindicatos como el caso de la Asociación de Trabajadores Discapacitados del Norte de Santander (ASOTRADISNORT); otras porque los sindicatos que existen no toman este tema como relevante, como en el caso de Asociación de Trabajadores Enfermos de General Motors Colombia (ASOTRECOL); algunas nacen con el apoyo de sindicatos como el caso de la Fundación Manos Muertas; y en otros casos es el sindicato quien toma el problema como propio, por ejemplo la Unión Sindical Obrera (USO).

En este sentido, desde el punto de vista del origen organizativo, se observan distintos tipos: asociaciones que emergen donde no hay sindicatos, asociaciones que surgen con la ayuda de sindicatos, sindicatos que hacen suyo el problema pero que no son una asociación, y asociaciones en disputa con el sindicato.

Las razones para afiliarse a estas organizaciones son diversas, pero se relacionan con elementos identitarios que configuran colectivos, dentro de los que los trabajadores llegan a reconocer que la garantía de sus derechos requiere una lucha colectiva e individual. Estas configuraciones colectivas e identitarias se fortalecen cuando en la organización se recibe apoyo psicológico y moral, cuando se experimentan solidaridad y compañerismo, cuando se ofrecen orientaciones para el tratamiento y la rehabilitación, cuando se accede a asesoría jurídica, acompañamientos y acciones conjuntas de reclamación, entre otras. Esto se observa claramente en las experiencias de ASOTRECOL, Asociación Nacional de Usuarios del Sistema de Riesgos Laborales, Afiliados y

Beneficiarios del Sistema de Seguridad Social (ASORIESGOS), Asociación de Trabajadores Discapacitados del Departamento de Cundinamarca (ASOTRADISCUNDINAMARCA) y ASOTRADISNORT, que se convirtieron en centro de asesoría y apoyo a los trabajadores víctimas de violaciones a sus derechos (Asolaborales 2016).

## Repertorio de las acciones colectivas

El repertorio de acción colectiva se refiere a los tipos de protesta que son utilizados por los trabajadores y extrabajadores para visibilizar sus demandas en el marco de la interacción con otros actores, como se verá, en una relación de carácter antagónico.

Dentro de la literatura de la acción colectiva se plantea que las organizaciones disputan la orientación del orden social a través de dos tipos de acciones, unas denominadas *acciones colectivas no contenciosas o de derecho*, referidas a aquellas que utilizan los canales institucionales para solucionar demandas, como el caso de peticiones, mecanismos jurídicos, tutelas, proyectos de ley, entre otras; y otras conocidas como *acciones colectivas contenciosas o de hecho*, que suelen darse agotadas las contenciosas, y que incluyen marchas, plantones, mítines, cierres de vías, tomas de edificios, entre otras.

En Colombia, algunos ejemplos de acciones no contenciosas son las denuncias que han hecho ASOTREDP, UNECOL, ASOTRADISNORT y ASOTRADISMETA ante el Ministerio de Trabajo, contando la situación general, los riesgos que corren los trabajadores y las injusticias identificadas en casos concretos.

Además de ocupar el espacio público, por ejemplo instalando carpas por tiempo indefinido, algunas de las acciones no contenciosas destacan por su carácter radical. Algunos ejemplos son las manifestaciones de ASOTRECOL, como enterrarse, hacer huelga de hambre con la boca cocida, crucificarse al frente de la Embajada de Estados Unidos (Torres-Tovar et al. 2016a), encadenarse al frente de la entrada de la empresa como en el caso de ASOTRADEIMENE, o protestar con sogas en el cuello frente al Ministerio de Trabajo como en el caso de ASOTREDP (Asolaborales 2016).

Igualmente, en el repertorio de las acciones colectivas destacan las acciones de denuncia e incidencia internacional, que buscan visibilizar el problema por fuera de Colombia, en particular por parte de los trabajadores involucrados con empresas filiales de compañías internacionales. El caso de ASOTRECOL es notable por decidir internacionalizar rápidamente su caso, colocando una carpa al frente de la Embajada de Estados Unidos. Esto les permitió dar a conocer el caso en este país, encontrar solidaridad con sindicatos allá y hacer lobby de su caso en el propio Congreso de los Estados Unidos (Torres-Tovar et al. 2016a).

Al analizar el repertorio de estas organizaciones, se observa que replican repertorios tradicionales, tanto en lo contencioso como no contencioso; pero hay dos hechos que marcan una diferencia con otros procesos organizativos y de movilización. De un lado, unas acciones contenciosas de mayor radicalidad, que expresan el enorme desespero de estos trabajadores y extrabajadores al no encontrar respuestas de los empresarios, la institucionalidad pública y la seguridad social. Y de otro lado, la incidencia en el ámbito internacional, que para el caso de algunas asociaciones ha implicado visibilizar su situación en un contexto más amplio, desde el cual se presiona a la institucionalidad nacional y al empresariado para atender las demandas de las organizaciones.

## Demandas y propuestas

La dinámica social de conformación de organizaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos obedece principalmente a una respuesta colectiva frente a la vulneración sistemática de sus derechos al trabajo, a la salud y a la seguridad social.

En relación a la violación del derecho al trabajo, las demandas se vinculan, de un lado, a quienes han conservado el empleo y reclaman que se den procesos adecuados de reubicación laboral, que no se ubique a los trabajadores enfermos en áreas de trabajo marginales, en donde ellos terminan sintiendo que no son útiles. Por otro lado, para quienes han perdido el trabajo, se reclama que sean reincorporados en procesos de readaptación y reubicación laboral que se requieran.

Con respecto a la violación del derecho a la salud, las demandas reclaman que los eventos de salud, bien sean accidentes y/o enfermedades, reciban los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación requeridos con oportunidad, pertinencia y calidad, y que esto se enlace con una readaptación en el trabajo, para que los trabajadores continúen sintiéndose útiles a sí mismos y a sus familias.

En cuanto a la violación del derecho a la seguridad social, las demandas reclaman que los problemas de salud reciban respuestas adecuadas por parte de los empresarios y de las instituciones de seguridad social dispuestas para ello, que se establezca la calificación de origen laboral a las patologías causadas por las condiciones de trabajo y que se establezca de manera confiable el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, ya que de esto depende el que se respeten y garanticen los derechos asistenciales y económicos derivados del aseguramiento a riesgos laborales.

Frente a los itinerarios burocráticos (Buitrago Echeverri et al. 2017) que tienen que padecer los trabajadores afectados desde la empresa hasta la JCI nacional, la demanda central es que la institucionalidad pública en cabeza del Ministerio de Trabajo proteja sus derechos laborales y de salud, utilizando su capacidad rectora sobre las empresas, ARL y JCI, y que las instituciones del Ministerio Público protejan a los trabajadores en tanto sus derechos humanos han sido violados.

Finalmente, también hay una demanda a los empresarios para que implementen medidas que garanticen unas condiciones de trabajo sanas y seguras y para que se impulsen acciones de promoción de la salud, de prevención de accidentes y enfermedades y de control a los riesgos que generan las condiciones de trabajo.

## Discusión

¿Qué hace un trabajador que se ha accidentado o enfermado producto de su trabajo, que ha perdido su capacidad para laborar y a quien no se le reconoce su patología ni se le protege en sus aspectos económicos, laborales y de derechos a su salud y seguridad social? ¿Qué hace una trabajadora que ha quedado con incapacidades permanentes y que pierde su trabajo? ¿Quién va a contratarlos? ¿En qué condiciones de vulnerabilidad quedan las familias de estos trabajadores con discapacidad o de los que mueren?

Estas son las preguntas que surgen de las condiciones de inequidad que se viven en Colombia en el campo de la salud en el trabajo, en relación a la accidentalidad, enfermedad y muerte de las y los trabajadores afiliados al SGRL. Sumado a esta situación, aún más dramática es la de aquellos trabajadores pertenecientes a los sectores informales de la economía, que no tienen ninguna protección en estos aspectos de tipo laboral y de seguridad social.

Este conjunto de inequidades tiene como base de determinación el fenómeno global de transformación del mundo del trabajo,<sup>8</sup> dado principalmente por los procesos de flexibilización laboral y ajuste en los procesos administrativos y organizativos del trabajo, que han llevado a una precarización de las condiciones de trabajo y a un aumento en los ritmos del mismo, trayendo en consecuencia mayor deterioro de la salud de las y los trabajadores (Antunes 2012; Tamez-González y Pérez-Domínguez 2012).

Así mismo, en la base de estas inequidades está el comportamiento del SGRL, que no es un sistema aislado en Colombia, y que se corresponde con las dinámicas globales de transformación de los sistemas de salud y de seguridad social. La transformación del mundo del trabajo ha profundizado su incapacidad para dar respuesta eficiente a los problemas de salud de los trabajadores (Tamez-González y Pérez-Domínguez 2012), y se ha afianzado en un circuito de mercado monopolizado por aseguradoras de riesgos laborales, para las cuales lo fundamental es la acumulación de ganancias y no la protección de la salud ni la prevención de las enfermedades y accidentes laborales.

Varios actores juegan un papel en la creación y perpetuación de las inequidades en el campo de la salud en Colombia. El empresariado, que se desentiende de la protección a la salud de los trabajadores, afiliándolos a una ARL; las ARL, que ni protegen ni previenen, ni reconocen ni compensan a los trabajadores con relación a los Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral (ATEL), siendo esto su razón de ser; el Ministerio de Trabajo, que en el caso colombiano es una autoridad estatal débil y fragmentada, que no tiene capacidad de vigilancia en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo ni control sobre las ARL.

Esta dinámica revela la existencia de dos lógicas que constituyen la base de la desprotección de los trabajadores. Una, la lógica empresarial de la productividad, en tanto para el empresariado el interés central es la eficiencia en la producción, fuente central de la acumulación, que se hace en condiciones laborales precarizadas y a altos ritmos de trabajo, que llevan a deteriorar, accidentar, enfermar y morir al trabajador. Es decir, la lógica de la productividad prevalece y subordina el cuidado de la salud de las y los trabajadores (Torres-Tovar 2018a). La otra es la lógica del aseguramiento, en donde lo central es que los trabajadores estén afiliados a una aseguradora de riesgos laborales, sin importar que realmente se impulsen acciones de promoción de la salud en el trabajo y de prevención de ATEL. Esta lógica también está orientada a la acumulación —a mayor número de afiliados, mayor dinero le entra a las ARL—, pero como se mencionó arriba, sin inversiones significativas en el bienestar de los afiliados. Por último, esta lógica se acompaña con el desarrollo de estrategias técnico-burocráticas que tienden a negar el origen laboral de los eventos relacionados a la salud (Torres-Tovar 2018b).

---

<sup>8</sup> La situación laboral anterior en Colombia anterior a estas reformas, aunque no era de equidad, era mejor que a la desencadenada con las reformas. Para citar un ejemplo, la cantidad de trabajadores sindicalizados paso del 16 por ciento de la población económicamente activa en 1980 a menos del 5 por ciento en 2010.

## Contienda política en el campo de la salud en el trabajo

En Colombia, la dinámica social generada por las reformas laborales y de seguridad social y sus efectos ha establecido un marco para el impulso de acciones sociales colectivas que demandan la garantía de los derechos al trabajo, a la salud (en el trabajo) y a la seguridad social. Esta dinámica de fuerzas se inscribe en una contienda política en el campo de la salud y la seguridad social. Dicha contienda contrapone a los actores que tienen la responsabilidad de garantizar que las condiciones de trabajo no deterioren la salud del trabajador, los Ministerios de Salud y de Trabajo (representantes de la institucionalidad estatal), los empresarios, las ARL y las JCI, a los actores que padecen los efectos de la desprotección de la salud en el trabajo, trabajadores y extrabajadores enfermos, sus organizaciones y ciertos sectores sociales y académicos, que apoyan las demandas por la garantía y protección de la vida y la salud.

En este sentido, en esta contienda las organizaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos han identificado adversarios claros en empresarios, las ARL, las JCI e, incluso, el sistema judicial y la institucionalidad estatal, representada principalmente en el Ministerio de Trabajo, en tanto sienten que no protegen sus derechos. Pero además de adversarios, han identificado aliados en los trabajadores y trabajadoras, sus familias, algunas ONG, algunos sectores sociales y académicos y en algunas organizaciones sociales de carácter internacional que apoyan sus reclamaciones.

No hay un involucramiento directo en este proceso de organizaciones internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Aunque algunas asociaciones han intentado hacer uso de instancias internacionales de la OIT para establecer sus demandas, no lo han logrado o no han visto frutos a su favor. Las asociaciones pueden referirse a las normas internacionales de trabajo de la OIT y ven en ellas un respaldo a sus demandas, pero en la práctica no logran colocarlas en juego en la contienda política. Y si bien es cierto que el enfoque de trabajo decente que impulsa la OIT está presente en el país, lo que los trabajadores viven a partir de su experiencia hace que lo vean sólo como un discurso alejado que no se concreta en sus espacios laborales.

De igual manera, el país tiene una normatividad amplia en materia de seguridad y salud en el trabajo, pero esta no es materializada de modo pertinente en las empresas, quedando muy en el ámbito de requisitos formales, como lo han revelado las dos encuestas nacionales de condiciones de salud y trabajo hechas en Colombia en la última década (Ministerio de Protección Social 2007; Ministerio de Trabajo 2015). El sistema judicial como mecanismo para la protección de los trabajadores, que ha sido utilizado frecuentemente por las asociaciones, ha generado enorme desconfianza en los asociados porque en su mayoría los fallos judiciales no han protegido sus derechos laborales, de salud y seguridad social (Torres-Tovar y Torres-Echeverry 2017).

Así las cosas, este campo de disputa política hoy se resuelve a favor de los actores empresariales y de las aseguradoras de riesgos laborales, por poseer mayores recursos de poder y ante la debilidad de la rectoría y control por parte del Ministerio de Trabajo y del sistema judicial. Que las demandas y propuestas que hacen las organizaciones de trabajadores tengan posibilidad de cumplirse y materializarse, requiere necesariamente un cambio en esta correlación de fuerzas.

## Las propuestas que se busca movilizar

Una forma de ver las propuestas que se hacen desde estas asociaciones es a la luz de las dos lógicas que constituyen la base de la desprotección de la salud en el trabajo: la lógica empresarial y la lógica de aseguramiento, sin dejar de reconocer que las propuestas que movilizan las asociaciones, como es de entender dado su carácter, van dirigidas en primer término a solucionar demandas específicas.

En relación a la lógica empresarial, se pueden ubicar dos de sus iniciativas: (1) actuación de las empresas para que tomen acciones gerenciales y tecnológicas para proteger la salud de los trabajadores y (2) medidas de estabilidad laboral que faciliten procesos de readaptación y reubicación laboral.

Con respecto a la lógica del aseguramiento, se resaltan tres de sus demandas: (1) procesos integrales de atención, tratamiento y rehabilitación que se enlacen con los procesos de readaptación en el trabajo; (2) procesos adecuados de establecimiento de la calificación del origen laboral de las patologías y del porcentaje de pérdida de capacidad laboral; (3) ejercicio de rectoría del Ministerio de Trabajo sobre las empresas, las ARL y las JCI.

Una iniciativa adicional está relacionada con lo organizativo: si las asociaciones son fuertes organizativamente, tendrán más capacidad de incidir y resolver sus demandas. Esto ha llevado a crear en el 2016 la Federación Nacional de Trabajadores y Extrabajadores Enfermos de Colombia (FENATRAECO), que busca articular a las actuales asociaciones y tener un impacto mayor en las instancias empresariales, de seguridad social, de gobierno, de organismos de control y judiciales. También proponen desde las asociaciones crear comités o asociaciones en cada una de las ARL, lo que permitiría dialogar directamente con las aseguradoras. Igualmente, plantean impulsar la conformación de nuevas asociaciones al interior de empresas con problemáticas similares.

Desde espacios de articulación amplios, esta visión requiere complementarse con las propuestas de otros actores sindicales, sociales y académicos, que se sitúan en la misma orilla de la demanda de la protección de la salud en el mundo del trabajo y que reconocen las grandes inequidades en el país en este tema. A esto se debe sumar la necesaria comprensión de que las lógicas de la productividad y del aseguramiento privado subordinan el cuidado de la salud de las y los trabajadores e incluso del conjunto de la sociedad, cuando ambas permean el sistema de salud general (Torres-Tovar y Luna-García 2008; Torres-Tovar 2008).

El enfrentamiento de la lógica de productividad es un gran reto. Las experiencias de mostrar y convencer al empresariado del valor de la protección de la salud de sus trabajadores y de hacerle entender que da más réditos invertir en promoción y prevención, no han sido fructíferas hasta ahora, en tanto el empresariado lo sigue viendo como un gasto y no una inversión (Torres-Tovar 2018). Para ampliar los derechos de los trabajadores, necesariamente se requiere una fuerte regulación, en la que los Ministerios de Trabajo y de Salud se asuman realmente como autoridades laboral y sanitaria respectivamente, en la que se garanticen formas laborales no precarias y condiciones sanas y seguras de trabajo, teniendo en cuenta estándares y obligaciones internacionales como los promovidos por la OIT, en la que se implemente una política integrada de prevención de enfermedades, promoción y vigilancia de la salud en el trabajo, que cubra a los

sectores laborales tanto formales como informales y los de la ciudad como los del campo, con un claro enfoque de género y de diversidad cultural y sexual.

En cuanto al enfrentamiento de la lógica de aseguramiento, se requieren cambios de fondo en la institucionalidad. Aquí se propondrán cuatro. En primer lugar, la creación de una aseguradora estatal única en salud en el trabajo, lo que implicaría la desaparición de las ARL, y la cual haría la afiliación y garantizaría las protecciones médicas y económicas, cuya financiación seguiría sosteniéndose en las cotizaciones de los empleadores. Esta aseguradora estatal tendría que ser regionalizada, atender por sectores económicos y desarrollar centros especializados en salud y seguridad en el trabajo, con equipos idóneos y suficientes para asesorar a las empresas y a los centros de trabajo formales y no formales, en la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo.

En segundo lugar, se requiere crear un Instituto Nacional de Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, encargado de la investigación del impacto de los procesos productivos tanto en la salud de los y las trabajadoras, como en el medio ambiente. Así mismo, se requiere estructurar un sistema de información serio, de carácter público, coadministrado por la aseguradora estatal y el Instituto Nacional de Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, que dé cuenta de lo que pasa en materia de salud en el trabajo con toda la población trabajadora, formal e informal, y que dé cuenta de las dinámicas en todos los sectores y por condición socioeconómica, de género, etaria, urbano-rural, étnica, lo que permitiría orientar adecuadamente las políticas públicas y empresariales y la acción sindical y social.

En tercer lugar, en relación a la calificación del origen de las patologías y la pérdida de capacidad laboral, se requiere reestructurar las JCI, garantizar su nivel de imparcialidad y regular los procesos de diagnóstico, mejorando el nivel técnico y guardando estándares éticos, para que las decisiones no se doblen para favorecer intereses económicos.

Cuarto, se propone también crear la figura de delegados y delegadas sindicales en salud y seguridad en el trabajo, con potestad y fuero para realizar inspección, vigilancia y control en los sitios de trabajo, que, de un lado, le daría un rol protagónico en esta materia a los y las trabajadoras, y, de otro, haría posible la labor de vigilancia de salud en el trabajo en todos los sitios en donde se labora, dado que la institucionalidad estatal no tiene la capacidad de hacer esto por el gran número de sitios de trabajo existentes en el país.

Estas propuestas, junto a las acciones colectivas de los trabajadores que colocan el tema en el escenario público, constituyen un aporte a la discusión y elaboración de alternativas para enfrentar las inequidades de la salud en el trabajo, para encontrar salidas integrales que garanticen los derechos de protección a la salud de toda la población laboral, tanto formal como informal, urbana y campesina, afro e indígena.

## Conclusiones

Superar las inequidades en el campo de la salud en el trabajo en Colombia, requiere importantes cambios estructurales de las instituciones y las políticas. Así mismo, demanda cuestionar y transformar las lógicas empresariales y de aseguramiento, que hoy controlan y subordinan la protección de la salud en el mundo del trabajo a la lógica productiva, es decir, que imponen como sentido central al trabajo y al aseguramiento de los riesgos laborales, la productividad en función de la acumulación de capital.

La movilización social emprendida por las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo, genera propuestas para enfrentar y superar tales inequidades, pero es necesario articularlas con otras iniciativas de la sociedad para que las propuestas ganen potencia y capacidad de incidencia política, para que se hagan realidad.

Las demandas de estas asociaciones evidencian una parte del conjunto de inequidades e injusticias sociales en aspectos laborales, de salud, de seguridad social y de libertad de asociación, que se replican de manera amplia en Colombia, y que en grupos como los estudiados aquí, evidencian enormes impactos negativos sobre la salud, las relaciones laborales, familiares y sociales, y en últimas, sobre la calidad y dignidad de la vida de la población que genera la riqueza de la nación, es decir, las y los trabajadores.

La asociatividad organizada entre trabajadoras y trabajadores afectados en su salud por el trabajo se da como un proceso identitario, producto de vivencias comunes, que ha llevado a crear coaliciones en busca de cambios en las políticas empresariales y estatales, para que sea efectiva la protección del derecho a la salud en el trabajo en Colombia.

La acción colectiva desde los movimientos de trabajadores intensifica una contienda política en el terreno de la seguridad y salud en el trabajo, entre los actores que tienen la responsabilidad de garantizar que las condiciones laborales no deterioren la salud del trabajador y los actores que padecen los efectos de la precarización y de la no protección de la salud en el trabajo.

Las asociaciones estudiadas aquí resultan novedosas en el país, ya que históricamente los procesos organizativos de trabajadores se han circunscrito a sindicatos. Que aparezcan nuevas formas de organización —asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo— se explica, por un lado, por el debilitamiento del movimiento sindical en el marco de los procesos de reformas laborales neoliberales,<sup>9</sup> y por otro, porque el tema de enfermedad laboral no ha sido incorporado en muchas de las agendas sindicales (Luna-García 2017).

La movilización que vienen haciendo estas asociaciones de trabajadores y extrabajadores y las organizaciones sindicales, contribuye a colocar en la agenda pública el tema de las inequidades e injusticias en salud laboral y, de esta manera, forzar a que en Colombia exista realmente un sistema de protección de la salud en los múltiples escenarios del trabajo, que vaya más allá del tema de ATEL.

Esto demanda generar una nueva institucionalidad en el país, que reemplace al SGRL y a las ARL, en donde el Ministerio de Trabajo efectivamente ejerza una fuerte regulación sobre todas las empresas, una nueva institucionalidad en la que haya un estrecho control social por parte de los propios trabajadores y sus organizaciones para que se garanticen sus derechos, y donde efectivamente los actores estatales y empresariales, responsables por el cumplimiento de estos derechos, cumplan sus deberes para que en el trabajo florezca la vida, la salud, la justicia y el bienestar, y para que no prevalezca el paradigma de la acumulación de riqueza que se hace a expensas del sufrimiento, la enfermedad y la muerte de los y las trabajadoras.

---

<sup>9</sup> Isaza-Castro 2003; Schnall et al. 2011; Niño-Chavarro y De Lafont 2013.

Este cambio implica desplazar la centralidad en la productividad y la ganancia económica hacia la protección y potenciación de la vida y la salud de los y las trabajadoras. En términos operativos, requiere necesariamente que estos puedan participar en el control de los procesos de producción y que tengan la capacidad de fiscalización y control de los diversos actores involucrados en la protección de la salud en el trabajo, lo que demanda a su vez configurar organizaciones de trabajadores fuertes y sostenibles.

## Bibliografía

Abadía-Barrero, Cesar Ernesto, y Diana Goretty Oviedo Manrique. 2009. "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-care Health Care Systems." *Social Science & Medicine*, 68:1153-1160.

Antunes, Ricardo. 2012. "Os modos de ser da informalidade. Rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?" En *La crisis capitalista mundial y América Latina: lecturas de economía política*, editado por Jairo Estrada Álvarez, 297-310. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

Asolaborales. 2016. *Caracterización de los trabajadores y extrabajadores enfermos asociados en Colombia*. Bogotá: Asolaborales. Mimeo.

Buitrago Echeverri, María Teresa, Cesar Ernesto Abadía-Barrero, y Consuelo Granja Palacios. 2017. "Work-related Illness, Work-related Accidents, and Lack of Social Security in Colombia." *Social Science & Medicine*, 187:118-125.

Conde, Juan Vicente. 2017. "La medicina del trabajo en las IPS." Presentación en el Foro: *Perspectivas de la Salud y la Seguridad en el Trabajo en el Posconflicto*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.

Corredor Jiménez, Carlo Enrique. 2004. "Papel del trabajo en el contexto de la globalización." *Porik An*, 9(1):131-160.

Davolos, Patricia. 2012. "Nuevas tendencias en el mundo del trabajo: las huellas de más de una década de reformas estructurales." En *El mundo del trabajo en América Latina: Tendencias y resistencias*, editado por María Juliana Soul et al., 11-37. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: CLACSO.

DANE. 2019. *Medición del empleo informal y seguridad social. Trimestre móvil mayo-julio 2019*. Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech\\_informalidad/bol\\_ech\\_informalidad\\_may19\\_jul19.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_may19_jul19.pdf).

Hämäläinen, Paiva, Takala Jukka, y Tan Boon Kiat T. 2017. *Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017*. Singapore: Workplace Safety and Health Institute.

Isaza-Castro, Jairo Guillermo. 2003. "Flexibilización laboral: un análisis de sus efectos sociales para el caso colombiano." *Revista Equidad y Desarrollo*, 1:10-40.

Luna-García, Jairo Ernesto. 2017. *Contribución a la construcción de lineamientos estratégicos para el desarrollo de la protección de la vida y la salud en el trabajo, a través de la negociación colectiva*. Bogotá: Organización Internacional del Trabajo.

Luna-García, Jairo Ernesto. 2009. "Globalización y salud de los trabajadores." *Boletín del Observatorio de Salud*, 2(5):2-11.

Ministerio de Protección Social. 2007. *Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales (I ENCST)*. Informe Final. Bogotá: Ministerio de Protección Social.

Ministerio del Trabajo. 2015. *II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales*. Bogotá: Grafiq Editores.

Muntaner, Carles, Joan Benach, Margarita Quinlan, Orielle Solar, y Vilma Santana. 2010. *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Barcelona: Icaria editorial.

Niño Chavarro, Leidy Ángela, y Francisco Rafael Ostau de Lafont de León. 2013. “El mundo del trabajo en Colombia: incidencia de la globalización y el neoliberalismo en las relaciones de trabajo y en la jurisprudencia.” *Revista Republicana*, 14:61-82.

Organización Panamericana de la Salud. s.f. “Situación de la salud de los trabajadores”. [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=situacion-de-la-salud-de-los-trabajadores&lang=pt\\_](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=situacion-de-la-salud-de-los-trabajadores&lang=pt_)

Schnall, Peter, Marnie Dobson, y Ellen Roskam. 2011. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Traducción por Laura Muñoz Bonilla Laura, y Tiziana Laudato. Bogotá: Universidad de los Andes.

Tamez-González, Silvia, y Josué Pérez-Domínguez. 2012. “La sociedad del riesgo y las inequidades en la salud de los trabajadores”. *Rev. salud pública*. 14(1):43-55.

Torres-Tovar, Mauricio. 2008. “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado.” *Saúde em Debate*, 32(78/79/80):207-219.

Torres-Tovar, Mauricio, Jairo Ernesto Luna-García, Jorge Parra, y Paige Shell-Sparling. 2016a. “Collective Action for the Right to Health at the Workplace: The Case of ASOTRECOL.” En *Occupational Health in the 20th And 21st Centuries: On the denial of the right to health and freedom from sickness*, editado por Oscar Gallo, 413-442. Medellín: Escuela Nacional Sindical.

Torres-Tovar, Mauricio, Jairo Ernesto Luna-García, y Ricardo Ruiz-Vallejo. 2016b. “Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos. Derrota de la protección y la prevención de la salud en el mundo del trabajo.” *Revista Cultura y Trabajo*, 92:82-91.

Torres-Tovar, Mauricio, y Jairo Ernesto Luna-García, JE. 2008. “El Caso colombiano: la salud de los y las trabajadoras negocio de mercado.” En *Informe Continental sobre el Derecho a la Salud en el Trabajo*, editado por Mauricio Torres-Tovar, 87-111. México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Red de Salud y Trabajo.

Torres-Tovar Mauricio, y Jairo Ernesto Luna-García. 2019. “Struggles for the Right to Health at Work in Colombia. The Case of Associations of Workers with Work-related Illnesses.” *Global Public Health*, 4(6-7):996-1007.

Torres-Tovar, Mauricio, y Jairo Ernesto Luna-García. 2017. “Enfermedades y accidentes laborales, pandemia oculta.” *UN Periódico*, 208, abril de 2017. <https://issuu.com/mediosdigitales/docs/unperiodico208>.

Torres-Tovar, Mauricio, y Nicolás Torres-Echeverry. 2017. “Trabajo y salud: La Corte Constitucional frente a la tutela por accidentes y enfermedades laborales.” *Rev. Salud Pública*, 19(6):772-779.

Torres-Tovar, Mauricio. Julio 27 de 2018a. “¿Y qué de la salud de las y los trabajadores en Colombia?” *Semanario Virtual Caja de Herramienta*. Edición 598. <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0598/articulo08.html>.

Torres-Tovar, Mauricio. 2018b. “El fracaso de la protección de la salud en el mundo del trabajo”. *Salud de los Trabajadores*, 26(2):162-166.

Yepes, Francisco, Manuel Ramírez, Luz Helena Sánchez, Marta Lucía Ramírez, y Iván Jaramillo. 2010. *Luces y sombras de reforma a la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá: IDRC, Assalud, Facultad de Economía, Universidad del Rosario.

Vargas Chávez, Yomary Liliana. 2018. “Perfil de salud laboral en Colombia a partir del análisis y caracterización de la enfermedad laboral reportada en el Sistema General de Riesgos Laborales. Periodo 2004 – 2014”. Tesis de Maestría en Salud y seguridad en el Trabajo, Universidad Nacional de Colombia.