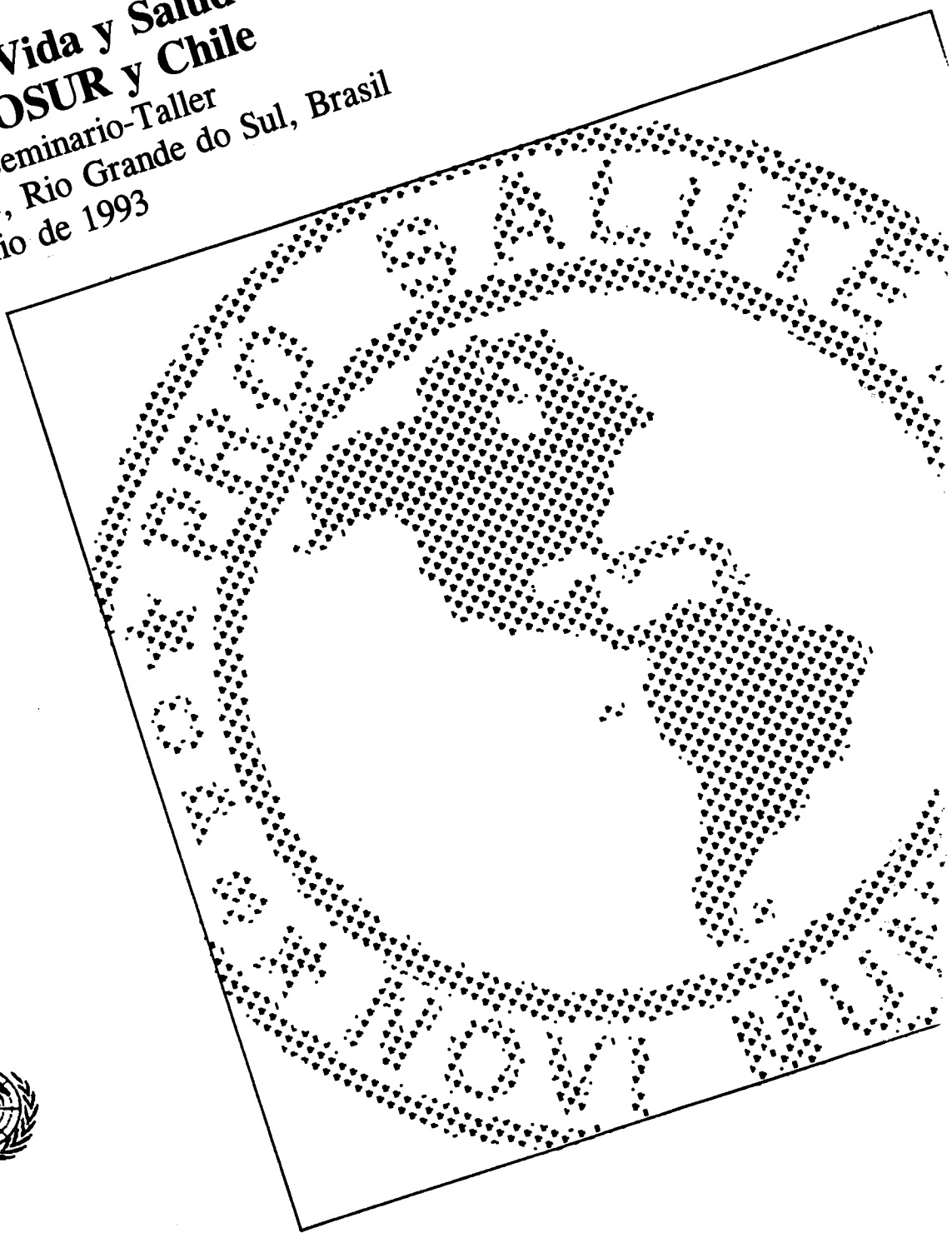


Serie Informes Técnicos No. 49
Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores
del MERCOSUR y Chile
Informe del Seminario-Taller
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
18-23 de julio de 1993



Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

PUBLICACIONES DEL PROGRAMA DE POLITICAS PUBLICAS Y SALUD DIVISION DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO

SERIE DOCUMENTOS REPRODUCIDOS (anteriormente "Serie reprints") (el título indica el idioma en el cual ha sido publicado)

- 51 Health in Social Development. Position Paper of the World Health Organization (WHO). Geneva. March, 1995/La Salud en el Desarrollo. Documento de Posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, marzo, 1995. (Traducción).
- 52 Health Care Problems: Variation Across States. The National Institute for Health Care Management (NIHCM). December 1994
- 53 State As Payers: Managed Care for Medicaid Populations. NIHCM. February 1995
- 54 States as Purchasers: Innovations in State Employee Health Benefit Programs. NIHCM. April, 1995
- 55 State Health Reform: Recent Public Sector Activity. The States and Private Sector: Leading Health Care Reform. A Series for the National Institute for Health Care Management (NIHCM)
- 56 Health Care Reforms in Europe. Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe. Madrid 23-24 June 1992.
- 57 Incentives. Rules of the Game, and Development. Annual Bank Conference on Development Economics. The World Bank
- 58 Why is there Multilateral Lending? Annual Bank Conference on Development Economics. The World Bank
- 59 Is Growth in Developing Countries Beneficial to Developed Countries? Annual Bank Conference on Development Economics. The World Bank
- 60 Conflicts and Dilemmas of Decentralization. Annual Bank Conference on Development Economics. The World Bank
- 61 Fiscal Federalism and Decentralization: A Review of Some Efficiency and Macroeconomic Aspects. Annual Bank Conference on Development Economics. The World Bank
- 62 Engendering Economics: New Perspectives on Women, Work, and Demographic Change. Annual Conference on Development Economics. The World Bank
- 63 Economic Support in Old Age. Annual Conference on Development Economics. The World Bank
- 64 Research on Poverty and Development Twenty Years after Redistribution with Growth. annual Conference on Development Economics. The World Bank
- 65 Inequality, Poverty, and Growth: Where Do We Stand? Annual Conference on Development Economics. The World Bank
- 66 Decreto Número 1938 del 5 de agosto de 1994 por el cual se reglamenta el Plan de beneficios en el Sistema de Seguridad Social en Salud. República de Colombia, Ministerio de Salud
- 67 El Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud. Fundación Mexicana para la Salud, 1994

SERIE INFORMES TECNICOS

- 41 Teorias sociais clássicas, saúde e desenvolvimento mental da criança, Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes
- 42 Aspectos normativos de la atención psiquiátrica, Alfredo Jorge Kraut
- 43 Public Administration, Health Law and Public Health Advocacy. (Proceedings of a meeting).
- 44 Estrategias y políticas de atención social a grupos vulnerables: Un aporte desde el campo de la salud/Strategies and Policies for Addressing the Needs of Vulnerable Social Groups: A Contribution from the Field of Health (número bilingüe/bilingual issue), César Vieira
- 45 Las políticas de salud en los años 90/Health Policies in the 1990s (número bilingüe/bilingual issue), César Vieira
- 46 Poverty Reduction Strategies: The Role of Health Education - A Trinidad and Tobago Perspective. First of the Series of papers presented at the Seminar on Poverty Reduction and Social Policy in the Caribbean
- 47 Strategies for Poverty Reduction and Social Policy in Venezuela: The Role of Education and Health. Second of the Series of Papers presented at the Seminar on Poverty Reduction and Social Policy in the Caribbean
- 48 Salud de los Trabajadores en el Area Andina. Informe de la Reunión realizada en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 8 al 12 de agosto de 1994
- 49 Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores del MERCOSUR y Chile. Informe del Seminario-Taller realizado en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, del 18 al 23 de julio de 1993

SERIE BIBLIOGRAFIAS

- No. 1 Bibliografía Políticas Sociales
- No. 2 Bibliografía Seguridad Social
- No.3 Bibliografía Legislación en Salud

Serie Informes Técnicos No. 49

***Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores
del MERCOSUR y Chile***

Informe del Seminario-Taller
realizado en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
18-23 de julio de 1993

**Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.
Noviembre, 1995**

NOTA

*** * ***

La Serie de Informes Técnicos fue creada por el Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para difundir los temas analizados en reuniones y seminarios y los resultados de investigaciones promovidas por el Programa, de manera a estimular la discusión y reflexión sobre los mismos.

*** * ***

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

*** * ***

El material contenido en esta publicación puede citarse o reproducirse sin restricciones, siempre que se indique la fuente y se haga referencia al número del documento. Deberá remitirse al programa de Políticas Públicas y Salud de la OPS, un ejemplar de la publicación en que aparezca el material citado o reproducido.

*** * ***

PRESENTACIÓN

El objetivo de esta publicación es dar seguimiento al proceso de cooperación y apoyo a la formulación y ejecución de Planes Nacionales de Salud de los Trabajadores (PLANSATs) en los países involucrados, y presentar insumos que puedan ser útiles a esfuerzos semejantes en otros países de la Región. La obra reúne materiales expuestos y discutidos en el Seminario-Taller *Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores del MERCOSUR y Chile*, realizado en Porto Alegre, Brasil, del 18 al 23 de julio de 1993, así como las conclusiones aprobadas por los participantes.

El evento, convocado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y coauspiciado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), reunió representantes de los gobiernos, parlamentos, empresarios, trabajadores, y académicos de cinco países del Cono Sur--Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

La iniciativa tuvo su origen en el esfuerzo de cumplimiento, por parte de la OPS/OMS, del mandato derivado de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990) que designó 1992 como el año de la Salud de los Trabajadores; la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1992); la IX Reunión de la Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo (1992); la XI Reunión del Comité Mixto OIT/OMS en Salud de los Trabajadores (1992); la I Reunión de la Comisión Permanente de Salud, Trabajo y Seguridad Social del PARLATINO (1992), y de reuniones de centrales sindicales y cámaras de empleadores.

Estos marcos de referencia son concordantes en el reconocimiento de la importancia política, social y económica de la salud de los trabajadores, del rol estratégico de la preparación, discusión y perfeccionamiento de PLANSATs que contemplen la inclusión de salud ocupacional en los programas de atención primaria de salud, de la necesidad de institucionalización de mecanismos de coordinación intersectorial y de la colaboración de los diversos actores sociales y organismos internacionales pertinentes.

En consideración a lo anterior, la OPS/OMS obtuvo el apoyo de la OIT y de la FLACSO, para la organización conjunta de un Taller sobre *Liderazgo para la Salud de los Trabajadores*. El taller, realizado en octubre de 1992, en São Paulo, Brasil, reunió a representantes de todas las organizaciones centrales sindicales de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay y a expertos de diferentes áreas de salud de los trabajadores, con los objetivos básicos de aumentar la capacidad de liderazgo de los representantes sindicales en el campo de la salud y de contribuir a la preparación de planes nacionales de salud de los trabajadores que incorporasen las prioridades identificadas por la OPS/OMS y la OIT en el ámbito de la salud de los trabajadores.

La preparación de este taller avanzó a través de acciones concertadas de la OPS/OMS, la OIT y la FLACSO-Brasil, en colaboración estrecha con la Coordinadora de Centrales

Sindicales del Cono Sur. La dinámica de la reunión, adoptada por consenso entre las agencias y las centrales sindicales, contemplaba la combinación de sesiones de discusión de insumos teóricos y de diagnósticos de la situación de salud de los trabajadores en los distintos países, y la presentación, análisis y formulación de recomendaciones relativas al estado de elaboración de los PLANSATs.

En septiembre de 1992, y en convergencia con propuestas de gobiernos de los países involucrados--Ministerios del Trabajo y de Salud--, fue planteada por la OPS/OMS, y aceptada por la OIT y la FLACSO, una importante modificación y ampliación del proyecto conjunto. Esto llevó a la formulación y ejecución del proceso cuyos productos y resultados integran esta publicación.

Se decidió, manteniendo el mismo formato y dinámica de Seminario-Taller y aprovechando el esfuerzo anterior, ampliar la convocatoria para incorporar a los gobiernos y a las organizaciones empresariales de los cinco países. Esto implicó la extensión del plazo de organización, el cambio del local de la reunión, la modificación del tema general--que pasó a ser *Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores*--y, la adopción de objetivos más ambiciosos de apoyo al avance en la formulación de planes nacionales de salud de los trabajadores, elaborados a través de una efectiva concertación de gobiernos, trabajadores y empresarios y al proceso de cooperación subregional para la armonización de políticas y legislaciones relativas a la salud y a la seguridad social de los trabajadores, en curso en el ámbito del MERCOSUR, particularmente en el Subgrupo 11 del mismo (Salud y Seguridad Social). Se mantuvo la participación de Chile, teniendo en cuenta la articulación anterior, la posibilidad futura de incorporación del país al MERCOSUR y, especialmente, la consideración de que la integración subregional debe articularse a una perspectiva de integración regional.

La preparación del encuentro implicó un complejo proceso de concertación y coordinación que significó en sí mismo un importante avance hacia los objetivos del Seminario-Taller. Fue necesario, y se reveló posible, concertar, aunar esfuerzos y recursos de distintos organismos internacionales de diferentes ámbitos--mundial, interamericano, latinoamericano--y de diferentes características y objetivos--especializados en salud, trabajo, y ciencias sociales dedicados con énfasis diversos a la cooperación científica y/o a la asistencia técnica.

En cada uno de los países fue preciso, y se demostró viable, estimular la concertación de distintos ministerios para la formulación de los planes nacionales de salud de los trabajadores. En el caso del Brasil, el trabajo de preparación fue articulado con la Comisión Interministerial, integrada por los Ministerios del Trabajo, Salud, y Previdencia Social, formada por el Gobierno Federal para elaborar el PLANSAT.

Fue indispensable, y también se reveló posible y fructífero, apoyar la concertación de las distintas centrales sindicales al interior de cada país y entre los cinco países, para asegurar participantes representativos y legitimados. Lo mismo ocurrió en el caso de las organizaciones empresariales.

En Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay fueron realizadas reuniones nacionales preparatorias del Seminario-Taller. En estas reuniones, con la participación de los organismos internacionales involucrados, los ministerios responsables por la elaboración de los PLANSATs, las centrales sindicales, las organizaciones empresariales, y, en la mayoría de los casos, de representantes de los Parlamentos, fueron discutidas las propuestas existentes y se llegó a consenso sobre los objetivos, formato y dinámica del Seminario-Taller, las delegaciones que representarían a cada país en el evento y la participación específica de sus integrantes en el mismo.

Las reuniones nacionales preparatorias permitieron un primer debate tripartito sobre los PLANSATs en elaboración. Paralelamente, especialistas en los temas elegidos por consenso como pertinentes para informar la discusión de los PLANSATs, elaboraron los documentos de diagnóstico, interpretación, y recomendaciones sobre el contexto, las situaciones y tendencias relativas a la salud de los trabajadores en los países, que serían expuestos y discutidos en las sesiones de *seminarios* de la reunión.

El proceso de preparación, organización y ejecución del Seminario-Taller se desarrolló bajo la coordinación general de la OPS/OMS en Washington DC. Fue constituida una comisión coordinadora nacional en Brasilia, integrada por representantes de la OPS/OMS, la OIT, la FLACSO, y por los ministerios del Trabajo, de la Salud, y de la Previdencia Social, del Brasil. Esta comisión designó a FLACSO-Brasil como Secretaría Ejecutiva del evento.

Realizado en el local de la Delegación Regional del Ministerio del Trabajo del Brasil, en Porto Alegre, la reunión fue abierta, el 18 de julio de 1993 por el Ministro del Trabajo de Brasil, el Director de la OPS/OMS, representantes de los ministros de Salud y de Previdencia Social de Brasil, del Gobernador del Estado de Río Grande do Sul, de la OIT, y el Director de la FLACSO-Brasil.

Durante una semana, normalmente en las mañanas, fueron presentados los documentos previstos de diagnóstico, interpretación y recomendaciones sobre la situación de la salud de los trabajadores. Cada uno de estos textos fue presentado por representantes de gobierno, trabajadores y empresarios y, posteriormente, discutido por el conjunto de participantes. La riqueza de la discusión y el aporte substantivo que los textos significaron para el debate sobre los avances de PLANSATs, aconsejaron su difusión más amplia a través de esta publicación.

En las tardes, los avances en la elaboración de los PLANSATs de los cinco países fueron expuestos por representantes de los respectivos gobiernos. Enseguida, cada uno de los documentos preliminares de consolidación de los PLANSATs, fue discutido en grupos de trabajo nacionales de composición tripartita. Paralelamente, el conjunto de planes nacionales fue discutido en grupos sectoriales integrados por representantes de los cinco países--grupo gobiernos, grupo trabajadores, grupo empresarios.

Fueron elaboradas relatorías de cada grupo de trabajo. Las conclusiones de los grupos fueron expuestas y discutidas en sesión plenaria. Los textos sobre los PLANSATs que integran

esta publicación reflejan el grado de avance logrado en cada país. Cabe recordar que este es un proceso en curso que sigue ritmos diferenciados en cada país. Son, por lo tanto, documentos de trabajo provisionales. Su amplia difusión se justifica por la función de estímulo que pueden tener a la participación de nuevos actores en el debate en los países involucrados y al desencadenamiento de procesos semejantes en otros países de la Región.

Finalmente, las conclusiones de la reunión fueron aprobadas por unanimidad después de una larga discusión del borrador elaborado por una comisión compuesta por un representante elegido por cada uno de los segmentos participantes--gobiernos, trabajadores, empresarios, parlamentos.

PRÓLOGO

En el marco de la iniciativa *Salud de los Trabajadores* en el contexto de la integración regional y, particularmente del MERCOSUR, los objetivos del Seminario-Taller fueron analizar la situación de la salud de los trabajadores en los países participantes, incluyendo las modalidades de cobertura de servicios de atención de salud a los trabajadores y sus familias; discutir la relevancia económica y social de los programas de salud de los trabajadores; conocer, analizar y ajustar los procesos de implementación de los PLANSATs con una orientación universal, multisectorial, multidisciplinaria y en forma participativa --Estado, empresas y trabajadores--; actualizar la información sobre la problemática de salud de los trabajadores a la luz de las necesidades de desarrollo y de las políticas económicas y sociales, la reestructuración del mercado de trabajo, la contaminación ambiental, y las modificaciones a nivel de los sistemas de servicios de salud que se operan en los países; identificar áreas de incorporación de la salud ocupacional en la seguridad social, e identificar áreas de cooperación internacional y preparar acciones en este sentido.

A fin de recabar información para analizar el tema, la OPS/OMS elaboró un modelo de encuesta sobre situación de salud de los trabajadores que fue enviado a los países a través de sus oficinas de representación. Los informes de que se dispone fueron preparados, en su mayoría, por los institutos de salud ocupacional, los institutos nacionales de seguridad social, ministerios de salud y, en algunas situaciones, los ministerios de trabajo.

Como parte de la iniciativa *Salud de los Trabajadores*, se exhortó a los países a que preparasen o ajustasen sus PLANSATs. Con este propósito se enviaron, a través de las oficinas de representación de la OPS/OMS, las directrices y una guía para la preparación y ajuste de un plan nacional de desarrollo de la salud de los trabajadores.

Durante 1992, el entonces Programa de Desarrollo de Políticas de Salud/División de Salud y Desarrollo¹, de la OPS/OMS colaboró con esta actividad. Se hicieron contactos con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) --la oficina Regional y las oficinas de representación de Buenos Aires y Brasilia--, así como con el Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), comisiones de salud de centrales de trabajadores, comisiones de salud y de trabajo de parlamentos y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), en Brasil, con el objetivo de lograr el apoyo necesario tanto para la convocatoria como para la organización del Seminario-Taller. En 1993, los ministerios del Trabajo, Previdencia Social y Salud del Brasil se integraron a la coordinación y organización del evento, viabilizándolo definitivamente.

¹En la actualidad Programa de Políticas Públicas y Salud (HDD)/División de Salud y Desarrollo Humano (HDP).

El Seminario-Taller se estructuró en torno a tres actividades, un seminario de actualización sobre la temática de salud del trabajador; el análisis y la discusión de propuestas de planes de países a la luz de los diagnósticos de situación de los propios países y de los medios necesarios y disponibles, y la definición de estrategias para la implementación de los planes nacionales, contemplando la movilización y creación de los recursos necesarios para lograrla, incluyendo acciones de cooperación internacional.

A los efectos de actualizar los informes, se llevó a cabo una actividad preparatoria a la reunión. Los Representantes de la OPS/OMS en los países que participaron del ejercicio promovieron la actualización en la información de los instrumentos mencionados anteriormente, así como una reunión local para discutir los mismos con los representantes de las diversas instituciones de los sectores gubernamentales y de las organizaciones laborales --empresarios y trabajadores-- principalmente involucrados.

CONTENIDO

	Página
Presentación	iii
Prólogo	vii
Discursos de apertura	
<i>Ayrton Fausto, Director, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)</i>	1
<i>Walter Barelli Ministro de Estado do Trabalho de Brasil</i>	3
<i>Ricardo Akel, Representante do Ministério da Previdência Social de Brasil</i>	6
Ponencias	
<i>Salud de los trabajadores y las tendencias de la seguridad social y de la cobertura de la salud en los países del Cono Sur</i> Alfredo H. Conte-Grand	9
<i>Qualidade de vida e saúde do trabalhador</i> Anamaria Testa Tambellini	25
<i>Transformaciones en el mercado de trabajo y salud</i> Cristina Torres	43
<i>La salud de los trabajadores: Por dónde empezamos?</i> Guillermo Llanos	63
<i>Efectos de la política económica y social en el mercado de trabajo de América Latina, perspectivas para los años noventa</i> José Wurgaft B.	68
<i>Legislación sobre salud del trabajador en los cuatro países integrantes del MERCOSUR y Chile</i> María Iriarte de Lofiego	84
<i>Acción sindical y salud laboral</i> Mario Albuquerque	107
<i>Trabalho e seguridade no MERCOSUL: Descrição e Avaliação</i> Roberto A.O. Santos	113

Relatorías

Grupos sectoriales

Parlamentarios	137
Representantes de gobierno	138
Trabajadores	140
Empleadores	141

Grupos nacionales

Argentina	142
Brasil	144
Chile	180
Paraguay	182
Uruguay	184

Planes nacionales

Plan nacional de promoción y desarrollo de la salud y seguridad de los trabajadores en la <i>República Argentina</i>	188
Saúde dos trabalhadores no <i>Brasil</i> : Busca de uma estratégia integrada	190
Plan nacional de desarrollo de la salud de los trabajadores - <i>Chile</i>	209
Plan nacional de salud en el trabajo de la <i>República Oriental del Uruguay</i>	215

Conclusiones	254
-------------------------------	-----

Lista de participantes

Delegaciones	256
Participantes	260
Personal técnico de apoyo a los grupos de trabajo	267

SEMINARIO-TALLER
CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL MERCOSUR Y CHILE

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
18 - 23 de julio de 1993

DISCURSOS DE APERTURA

Ayrton Fausto, Director, FLACSO

■ Exmo. Sr. Ministro del Trabajo de la República Federativa del Brasil, Dr. Walter Barelli. Su presencia nos produce, además del honor, la satisfacción de evocar el compromiso de más de tres décadas de lucha por el desarrollo con equidad y justicia social, y por un rol protagónico de los trabajadores de nuestros países en la construcción de sociedades democráticas, solidarias, participativas y libres de la miseria, ignorancia, inseguridad y enfermedades evitables.

■ Exmo. Sr. Representante del Gobierno del Estado de Río Grande do Sul, Dr. João Gilberto Lucas Coelho. Su presencia, además de simbolizar el ejercicio del mandato popular recuerda también su aporte al hito crucial del proceso de democratización de Brasil y de nuestros países, que fue la Asamblea Constituyente y nuestra constitución vigente.

■ Exmo. Sr. Representante del Ministro de la Previdencia Social, Dr. Ricardo Akel, quien compartió el proceso de preparación de este Seminario-Taller apoyado en total convergencia de objetivos y principios por el Ministro Antonio Brito, quien nos comunicó su mas sincero deseo de estar con nosotros en el día de hoy.

■ Exmo. Sr. Representante del Ministro de Salud, Dr. Roberto Chabo, con quien tengo la seguridad de compartir estos gratificantes recuerdos que nos transportan, por añadidura emblemática, a las luchas sindicales de los trabajadores de la salud en Río de Janeiro y en el Brasil.

■ Exmo. Sr. Director de la OPS/OMS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, quien al honrarnos con su presencia después de participar de la Reunión de Jefes de Estado y de Gobiernos Iberoamericanos en Salvador, también nos hace recordar con alegría y esperanza el hecho de que asumió sus altas responsabilidades, desde los años ochenta, después de un aporte extraordinario al esfuerzo colectivo de traducción en políticas viables y efectivas, en Brasil, del mandato de ALMA ATA.

■ Exmo. Sr. Representante de la OIT, Dr. Alfredo Conte Grande, quien agrega y simboliza con su presencia y aporte, el carácter básicamente tripartito de esta iniciativa, reunión de representantes de gobiernos de trabajadores y de empresarios apoyada por organismos intergubernamentales de ámbito mundial, interamericano y latinoamericano.

- Exmos. Sres. Representantes de organismos gubernamentales de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

- Exmos. Sres. Representantes de organizaciones de los trabajadores y de los empresarios de los cinco países mencionados.

- Colegas académicos, docentes, investigadores, dedicados a la reflexión y acción sobre las condiciones de vida y salud de los trabajadores, que, como Director de la FLACSO-Brasil tengo el honor de representar en esta mesa.

- Autoridades federales, estatales y municipales, consulares y colegas de organismos internacionales.

En nombre de la comisión coordinadora nacional del Seminario-Taller *Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores en los países del MERCOSUR y Chile*, asumí la tarea de agradecer la presencia de ustedes, darles la bienvenida a Porto Alegre, y recordar brevemente los objetivos y resultados esperados de nuestro trabajo durante esta semana.

Estamos aquí para intentar dar un paso más en el proceso de formulación de planes nacionales y de coordinación y cooperación internacional que contribuyan a su eficiencia y eficacia. Para facilitar nuestro trabajo vamos a debatir con total apertura e informalidad algunos diagnósticos, interpretaciones y recomendaciones sobre el contexto, las situaciones y las tendencias relativas a la salud de los trabajadores en nuestros países, introducidas por especialistas en los distintos temas pertinentes. Paralelamente, conoceremos el estado actual de formulación y avance en la ejecución de los planes nacionales de salud de los trabajadores en los cinco países.

Con la misma total apertura e informalidad discutiremos las propuestas nacionales en grupos nacionales y en grupos integrados respectivamente por los representantes de los gobiernos, de los trabajadores y de los empresarios de los cinco países, con el objetivo de, además de profundizar el conocimiento mutuo, identificar áreas de concertación y de cooperación posibles y viables.

Finalmente, en base a lo anterior, dedicaremos nuestro último día de trabajo al diseño de la continuidad de nuestros esfuerzos de concertación y de cooperación a nivel nacional y subregional. De este breve resumen de los objetivos y expectativas de las organizaciones involucradas en esta iniciativa, resalta con nitidez, que este Seminario-Taller es un momento crucial de un proceso; corona una etapa y aspira a la continuidad.

Sobre la etapa que termina hoy, al recibirlos acá, mas allá de las deficiencias que reconocemos, expresamos nuestra evaluación muy positiva y nuestra satisfacción con lo logrado. En un proceso ya largo --para nuestros tiempos de aceleración de la historia-- puesto que fue desencadenado en mayo de 1992, mucho se avanzó ya respecto a los objetivos de este Seminario-Taller.

Para llegar de manera satisfactoria a esta ceremonia fue necesario, y se reveló posible, concertar, aunar esfuerzos y recursos de distintos organismos internacionales de distinto ámbito, características y objetivos del sistema mundial --OMS, OIT-- Interamericano --OPS-- y latinoamericano --FLACSO--.

Fue preciso y se demostró posible, la concertación de distintos ministerios, en los distintos países. En el caso de Brasil, de los ministerios del Trabajo, Previdencia Social y Salud.

Fue indispensable y se reveló posible y fructífera la concertación de las distintas centrales sindicales de los distintos países y entre los distintos países. Lo mismo se verificó en el caso de las organizaciones empresariales.

Dentro de cada país fue necesario y se reveló posible concertar el conjunto de actores mencionados para conformar delegaciones nacionales y decidir el contenido de su participación. Por la tanto, lo hecho ha significado un paso modesto pero importante hacia la integración regional. Más aún, si tenemos en cuenta que la integración regional solo será efectiva e irreversible si llega a incorporar, además de los gobiernos, a la sociedad civil, a los trabajadores, a los empresarios, a los académicos, y a otros.

El paso de la retórica a la efectividad en el proceso de integración ha asumido la forma subregional; en nuestro caso, el MERCOSUR. Sin embargo, hemos invitado a Chile por la relación histórica, por la posibilidad de incorporación futura al MERCOSUR y, por último, porque la integración subregional debe articularse en una integración regional.

Finalmente, fue necesario, con pocos recursos pero con enorme cariño y dedicación, asegurar la infraestructura de la reunión.

Acá cabe el reconocimiento público de la Dirección Regional de Trabajadores de Rio Grande do Sul al Delegado Luis Burmeister y a sus colaboradores; en especial, Suzy Saes y Valmir da Costa. También, a los funcionarios de los ministerios y agencias cuya entrega y dedicación hicieron posible nuestra reunión. Con grave riesgo de omisiones recuerdo al Dr. Paulo Cesar Pinto y a la Dra. Cristina Torres de la OPS, al Dr. Cristian Veloz de la OIT, a la Dra. María Isabel Domenech de la FLACSO, y al Dr. José Luiz Riani.

Termino deseando a todos que vuestro esfuerzo sea productivo y que su permanencia entre nosotros sea, a nivel individual, feliz y placentera. Gracias.

Walter Barelli, Ministro de Estado do Trabalho

Senhores,

O Ministro do Trabalho está buscando caminhos mais eficazes de fazer valer os direitos dos cidadãos-trabalhadores no Brasil, inclusive rediscutindo o papel do Estado na relação capital-

trabalho, e conclamando os atores sociais a construir novas relações de trabalho, compatíveis com os acúmulos históricos que nos trazem ao terceiro milênio.

Entendendo a importância de um Estado eficaz e ágil - de efeito com os compromissos do governo brasileiro, na pessoa de sua Ex^a o Presidente Itamar Franco -temos unido esforços com os Ministérios da Previdência Social e da Saúde, num empreendimento de ação conjunta há muito reclamado pela sociedade.

É importante verificar que os Países irmãos do Cone Sul, longe de se mostrarem indiferentes a tais esforços, realizam outros tantos ao mesmo tempo. Atitudes convergentes como essas reforçam a esperança numa comunidade de ações cada vez mais estreitas dos Governos e das lideranças da sociedade civil regional, no sentido de uma progressiva melhora na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores da Região.

Esta tem sido uma das maiores e crescentes preocupações do Subgrupo 11 do MERCOSUL, cujas representações têm pela frente a tarefa de definir, como súpula das metas de uma vida melhor e mais digna, a Carta dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores da Região. As representações oficiais e associativas que atuam na Comissão de Princípios estão na iminência de iniciar os trabalhos específicos a esse respeito. Quanto ao Brasil, após detido exame da proposta ora em discussão interna, o Ministério do Trabalho já firmo sua perspectiva geral. Os problemas vividos pelos Países do Cone Sul, relacionados ao desenvolvimento econômico e à Justiça Social, refletem o quadro da economia mundial, marcado pelo desequilíbrio na distribuição da renda, pela competitividade, pela concentração do consumo e pelas dificuldades da solidariedade internacional no mundo contemporâneo.

O enfrentamento destes problemas está vinculado à nossa capacidade de estabelecimento de ações conjuntas e integradas no campo econômico, com o objetivo expresso de melhorar as condições de vida das nações do Cone Sul, particularmente daqueles segmentos mais prejudicados pelas desigualdades regionais e intra-nacionais.

Para isto, fez-se necessário reafirmar a função social da empresa, entendendo que este princípio, deve inspirar todas as instituições relacionadas com o controle de meios de produção em qualquer setor produtivo, a fim de desenvolver o sentido da responsabilidade do grande e do pequeno proprietário, e sobretudo dos que têm o comando real dos ativos econômicos.

Cabe ao Estado salvaguardar os princípios da justiça social garantindo que os direitos já conquistados pelos povos não retrocedam; dando consistência, através das políticas públicas, à melhoria da qualidade de vida da população, garantindo a liberdade de expressão e de organização dos diferentes segmentos da sociedade.

Como metas prioritárias dos governos e da sociedade civil organizada, o Ministério do Trabalho sugere:

- O direito à ocupação digna, da qual os trabalhadores colham o necessário para satisfazer as suas necessidades e de sua família, apoiado numa política de pleno emprego;
- O acesso ao seguro desemprego, com a ampliação de sua cobertura e, na medida do possível, aumento real das prestações;
- A proteção contra a demissão arbitrária e a manutenção de sistemas de reintegração e de indenização;
- A não discriminação em razão de sexo, idade, cor, raça, língua, estado civil ou outra característica que se funde em preconceito ou vantagem ilegítima na negociação do contrato de trabalho;
- O direito ao seguro social para aposentadoria, pensões, auxílio doença e outros itens compatíveis com o estado de desenvolvimento de cada País;
- O acesso à educação fundamental, à formação profissional e à alimentação adequada;
- Todos os trabalhadores devem estar livres do trabalho escravo, do trabalho forçado e formas análogas de exploração do homem pelo homem;
- A garantia de limites à duração do trabalho, inclusive do trabalho noturno;
- A garantia do repouso semanal e em dias especiais, além da remuneração do lazer e férias anuais remuneradas;
- O direito de participar, por suas representações sindicais e associações civis, do processo de revisão e reforma institucional geral;
- O direito de participar da gestão dos órgãos públicos em que se trate diretamente de seu interesse;
- Todos os trabalhadores devem ter direito à livre organização;
- O direito a um meio ambiente sadio, em obediência aos princípios ambientais reafirmados na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro.

A preservação da vida e da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos povos do Cone Sul é fruto exatamente do respeito profundo aos direitos dos trabalhadores, objetivo maior que dá sentido às iniciativas de integração: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, reza a Constituição brasileira.

Meus senhores,

Ao propor essas metas com o sentido de direitos fundamentais do trabalhador regional e de suas famílias, o Ministério do Trabalho do Brasil espera contribuir, não para um elenco de enunciados retóricos, mas para um futuro concreto e bem vivido pelas populações do Cone Sul.

Aos Senhores representantes de Trabalhadores, Empregadores e Governo dos Países do Cone Sul, as nossas boas vindas e os votos de um frutífero trabalho ao longo desta semana, avançando na construção de caminhos para que o trabalho seja, cada vez mais, fonte de desenvolvimento partilhado com qualidade de vida e saúde por todos.

*Ricardo Akel, Coordenador Geral de Serviços Previdenciários
INSS - Ministério da Previdência Social, Brasil*

- Senhor Ministro do Trabalho, Walter Barelli;
- Senhor Vice-Governador do Rio Grande do Sul, João Gilberto Lucas Coelho, neste ato representando o Senhor Governador Alceu Collares;
- Senhor Representante do Ministro da Saúde, o Dr. Jamil Haddad, Dr. Roberto Chabo;
- Senhor Diretor Executivo da Organização Panamericana da Saúde, Dr. Carlyle Guerra de Macedo;
- Senhor Diretor da Organização Internacional do Trabalho, Alfredo Grant;
- Senhor Diretor da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais, Ayrton Fausto;
- Senhores Representantes dos Governos, Trabalhadores e Empresários da Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai;
- Senhores Representantes dos Trabalhadores e Empresários do Brasil;
- Companheiros dos organismos governamentais do Ministério do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social do Brasil;
- Senhores Técnicos da Organização Panamericana da Saúde, da Organização Internacional do Trabalho e da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais;
- Senhoras e Senhores responsáveis e interessados na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores, participantes desse Seminário:

Venho trazer-lhes a saudação do Sr. Ministro Antônio Britto, a manifestação afirmativa da corresponsabilidade do Ministério da Previdência Social, no que tange à qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores e suas famílias no Brasil.

Seja de trabalhadores aposentados, pelo pagamento de suas aposentadorias e pensões; seja de trabalhadores ativos, pelo pagamento de auxílio-doença, acidentários e não-acidentários, quase 14 milhões de trabalhadores brasileiros - ou quase 14 milhões de famílias de trabalhadores brasileiros - têm, através dos benefícios pagos pelo Ministério da Previdência Social, a garantia da manutenção dos ganhos do trabalho.

Já faz parte do passado, a Previdência Social que regateava direitos dos previdenciários, e tolerava com infinita paciência seus devedores. Agora, na Previdência Social as responsabilidades são assumidas e os compromissos estão sendo resgatados.

A criação dos Conselhos da Previdência Social, com a participação atuante de representantes dos trabalhadores, dos empresários, e dos aposentados, e mais o grande empenho de todos os quadros do Ministério da Previdência Social, liderados pelo Ministro Antônio Britto, nos asseguram para breve o resgate definitivo dos direitos dos trabalhadores previdenciários, embora ainda falte muito por fazer.

Na questão da Saúde do Trabalhador, no que transcende ao pagamento dos benefícios previdenciários, seu papel mais típico, a linha de ação, proposta e assumida pelo Ministério da Previdência Social, é a articulação e integração cooperativa com o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde; com a classe trabalhadora e a classe empresarial, nos campos da normalização, prevenção, assistência médica e reabilitação para o trabalho, particularmente no que concerne aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais.

Temos a convicção de que, com a ação integrada dos 3 Ministérios e da sociedade, sobre responsabilidade maior do Ministério da Saúde através do SUS, conseguiremos melhorar a grave situação em que ainda se encontra a assistência à saúde do trabalhador no Brasil.

As Normas Técnicas sobre Lesões por Esforços Repetitivos e sobre Benzenismo, recentemente publicadas, e elaboradas de forma conjunta; mais o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão Inter-Ministerial para a Saúde do Trabalhador, formada pelo Ministério do Trabalho, Saúde, Previdência, e da Administração, que serão comunicados em momento oportuno, neste Seminário, reforçam nossa convicção de que esta integração é o caminho certo.

Cabe-nos manifestar, ainda, e especialmente aos nobres participantes dos vizinhos países do Cone Sul, da relevante importância que o Ministério da Previdência Social atribui às relações entre as previdências de nossos países.

Temos convênios bilaterais com a Argentina e o Uruguai; e também com o Paraguai, um convênio específico para os trabalhadores de Itaipu. Temos consciência das dificuldades operacionais referentes a este convênio, que o Ministério tem procurado superar.

Temos consciência, também, de que a integração de nossos países pelo MERCOSUL passa, obrigatoriamente, pela integração de nossas previdências sociais, pré-requisito à livre movimentação de trabalhadores entre os quatro países.

Neste sentido, o Ministério da Previdência Social tem participado da Comissão Temática de Seguridade Social do Sub-grupo 11 do MERCOSUL. Neste momento, os trabalhos que se vêm desenvolvendo no Ministério da Previdência Social do Brasil, seguindo orientação do Governo do Presidente Itamar Franco, estão voltados para o estudo dos diferentes modelos de previdência da Argentina, Paraguai e Uruguai, comparativamente ao Brasileiro, buscando mapear as assimetrias e encontrar fórmulas de harmonização.

O que se pretende atingir é a integração dos diversos sistemas, através da negociação de um acordo multi-lateral no âmbito do MERCOSUL, em substituição aos convênios bilaterais hoje existentes, superando as dificuldades operacionais desses convênios, e abrindo caminhos para uma integração sempre maior entre nossos países.

Finalmente, em nome do Sr. Ministro Antônio Britto, gostaríamos de cumprimentar a Organização Panamericana da Saúde, a Organização Internacional do Trabalho e a Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais pela promoção deste Seminário; reafirmar o apoio do Ministério da Previdência Social, irmanado aos Ministérios do Trabalho e da Saúde, a este importante evento; e desejar a todos um profícuo trabalho.

Muito Obrigado!

PONENCIAS

SALUD DE LOS TRABAJADORES Y LAS TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA COBERTURA DE LA SALUD EN LOS PAÍSES DEL CONO SUR

Alfredo H. Conte-Grand, Director, Oficina Internacional del Trabajo

La intervención será dividida en cuatro partes principales. En la primera se efectúa una breve descripción de la situación económica y social en la que tienen que desarrollarse las acciones de protección social en la región. En la segunda se enumeran las tendencias generales en seguridad social en el ámbito de la región. En la tercera se hacen breves consideraciones sobre la acción de la OIT en la materia. Y, en la cuarta se presentan reflexiones finales que pueden ser de utilidad para las discusiones del Taller.

Situación económica y social

Para analizar la situación y tendencias en materia de cobertura de la salud por la seguridad social es necesario partir de la situación económico-social por que atraviesan los países de la subregión que nos ocupa.

La crisis económica que produce sus primeras manifestaciones en los años setenta se traduce en la práctica en diferentes formas. Pero lo que parece indudable es que ha influido en forma directa, tanto en los ingresos como en los egresos de los regímenes de seguridad social.

En el marco de la crisis se encuentran, según los países y con variaciones en la intensidad de los fenómenos, problemas como la disminución o mayor lentitud del crecimiento; problemas de inflación, con aumento vertiginoso de los precios; disminución del empleo y deterioro de los puestos de trabajo disponibles y, déficit financiero en los órganos del Estado, a lo que debe agregarse, en algunos casos, problemas demográficos que ya tienen influencia o que se espera la tendrán en el próximo futuro.

El análisis histórico de la evolución de la economía en América Latina debe diferenciarse al menos en dos períodos: del año 1950 a 1980 --de alto crecimiento y alta presión demográfica-- y la década de los ochenta --período de crisis con gran deterioro económico y desaceleración del ritmo de crecimiento de la población--.¹

Las políticas de ajuste que se vieron obligados a instrumentar los países frente a la crisis dieron como resultado, en el período 1980-1989, un ritmo anual de expansión del empleo total del 3,3%, un decrecimiento de los ingresos medios laborales del 3,8% por año y una reducción anual del 0,6% de la masa total de ingresos del trabajo asalariado y no asalariado, cuando el PBI

¹ PREALC, *Programa Mundial de Empleo, Empleo y Equidad: Desafío de los 90*. Documento de Trabajo No.354, octubre, 1990.

aumentaba al 1,2% por año. Esta excesiva concentración de los costos de la crisis es lo que se ha denominado la *deuda social*.²

El ajuste produjo subempleo, pérdida del poder de compra de los ingresos y desempleo y, por lo tanto, tiene una influencia directa en la financiación de los regímenes de seguridad social que, en general, están financiados con fórmulas que basan el cálculo de los ingresos en las nóminas salariales.

La tarea que resta completar es larga y difícil, y no sólo consiste en lograr el crecimiento sino también superar la etapa de transición con la menor incidencia posible en los aspectos sociales, para lo cual es necesario adaptar todas las herramientas tradicionales, entre las cuales se encuentra la seguridad social.

La fase de transición por la cual pasan muchos de los países de la región tiene aspectos relevantes, entre los cuales debe destacarse la necesidad de mayor flexibilidad en el mercado de trabajo para lograr la adaptación y movilidad de la mano de obra. Esta necesidad no debería por sí legitimar una flexibilización brutal que imponga todo su costo a los trabajadores.³

La transformación productiva con equidad ha de lograrse en el contexto de una mayor competitividad internacional. Dicha competitividad debe sustentarse más en una incorporación deliberada y sistemática del progreso técnico en el proceso productivo --con el consiguiente aumento de productividad-- y menos en la depreciación de los salarios reales.

Se enfatiza el carácter sistémico de la competitividad. En el mercado internacional compiten economías donde la empresa constituye un elemento que, siendo crucial, está integrado a una red de vinculaciones con el sistema educativo, la infraestructura tecnológica, energética y de transporte, las relaciones entre empleadores y trabajadores, el aparato institucional público y privado y el sistema financiero; es decir, está integrada a todo un sistema socioeconómico.⁴

El estilo de la intervención estatal habrá de renovarse en relación a décadas pasadas. Conviene desplazar sus prioridades hacia el fortalecimiento de la competitividad basada en la incorporación del progreso técnico y en la evolución hacia niveles razonables de equidad. Ello no significa necesariamente ni acrecentar ni disminuir el papel de la acción pública, sino

² PREALC op.cit.

³ Norberto García, *Crítica & Comunicación No.1*. Ajuste estructural y mercados de trabajo, OIT Documento de trabajo, Oficina Regional para las Américas, Lima, abril de 1991.

⁴ CEPAL *Transformación Productiva con Equidad*. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa. Santiago, Chile, marzo de 1990.

aumentar su impacto positivo sobre la eficiencia y eficacia del sistema económico en su conjunto.⁵

Se le plantea entonces a la política social un desafío sin precedentes. No se trata ya de ir remediando, a medida que se presenten, las fallas del modelo que se adopte, en términos de su contribución a la equidad, sino de elaborar un marco de acción insertado estructuralmente en el modelo de crecimiento.⁶

Para ello, se hace necesario definir sobre la atribución de las funciones asistenciales de aquellas que se refieren a la cobertura tradicional de las contingencias sociales, y además operar fórmulas nuevas e imaginativas que permitan dar vigencia explícita a mecanismos de redistribución que tendrán que operar en el modelo de crecimiento. Este es el primer gran desafío para la seguridad social que, en otras palabras, consiste en encontrar el papel que deberá jugar en los nuevos modelos de crecimiento.

Se han efectuando intentos para evaluar los costos sociales del ajuste que, no sólo han recaído en los sectores más pobres, sino que también han provocado un *marcado deterioro en los sectores medios, que se recostaron marcadamente sobre los programas de protección social*.⁷ Se estima que, durante la crisis, el conjunto de los trabajadores perdió un volumen de ingresos equivalente a 6 puntos del porcentaje del PBI, dos tercios de los mismos correspondieron a los sectores medios y el tercio restante a los sectores pobres.⁸

En la medida que los procesos de inequidad y diferenciación social afecten las expectativas de las capas de ingresos medios, se podrían agudizar los conflictos sociales, lo que influirá directamente tanto sobre las políticas de ajuste de la transición como sobre el proceso de transformación productiva que debe completarse. Por lo tanto, la consideración de la integración social de grupos que hasta hoy han estado marginados es fundamental pero también deben considerarse los problemas que se plantean a los sectores medios. Es aquí que la seguridad social tiene mucho para hacer en lo inmediato puesto que, tal como se ha dado el desarrollo de los regímenes vigentes, los afiliados, en su mayoría, pertenecen a este sector.

El proceso de reconversión económica ha sido iniciado por prácticamente todos los países de la región y en cada uno de ellos se encuentra en diferentes fases. Uno de los fenómenos que se originan es el de reorientación de recursos a la producción de "transabais" --productos exportables o que compitan con importaciones-- con el fin de lograr aumentos de la

⁵ CEPAL, op.cit.

⁶ PREALC, op.cit.

⁷ Es bien conocido el fenómeno de mayor utilización de los servicios médicos de la seguridad social por parte de los sectores de ingresos medios.

⁸ PREALC op. cit.

competitividad y aceleración de la modernización, pero con los correspondientes efectos sobre el recurso humano implicado. Los efectos de estos cambios pueden ser atenuados --y algunos países lo han hecho con medidas de protección basadas en la seguridad social, en la cobertura de la mano de obra desempleada transitoriamente-- con seguros o subsidios por demuelo. Es en esta función de amortiguador de los efectos del ajuste que se reconoce un papel fundamental a la seguridad social, función que ya cumplió plenamente en los países desarrollados.

Este enfoque social de los procesos de reconversión parece afianzarse últimamente en los llamados procesos de ajuste de "tercera generación" que consideran con mayor prioridad los efectos sociales. Sobre el particular, se destacan en el Foro sobre Reforma Social y Pobreza, organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Washington, DC, en febrero pasado, las afirmaciones del titular del Fondo Monetario Internacional (FMI) quien dijo: *Para que el éxito del ajuste y el crecimiento permitan una amplia reforma social se debe establecer un nuevo orden de prioridades en materia de gastos. Por ejemplo, en la salud y en la educación. Hacen falta redes de protección social eficaces en términos de sus alcances y costos. Para financiar estos mecanismos de seguridad social para los más necesitados es necesario que el Estado cuente con recursos adecuados.* Mientras que el titular del Banco Mundial manifestó en el mismo evento: *La mayoría de los países de la región han logrado progresos en lo económico. Sin embargo, ahora el mayor desafío es mejorar la cobertura y la eficiencia de los servicios sociales. Si el crecimiento va a ser sostenible y va a tener verdadero significado para la gente de la región los gobiernos deben hacer mejor trabajo en materia de educación, salud para todos....*

La seguridad social en la región

Comentarios generales sobre los temas prioritarios

Cobertura

Puede afirmarse que en la región algo más de la mitad de la población total se encuentra cubierta por programas de cobertura social. Dentro de ello, es mucho más importante la cantidad de población que trabaja en relación de dependencia y sus familiares, y aquéllos que residen en áreas urbanas.

Esta afirmación deja claro que los grupos más desprotegidos son los trabajadores del sector no estructurado y los trabajadores rurales, que es lo mismo que decir que aquellos sectores con mayor necesidad han sido postergados también en el marco de los programas sociales.

Este desarrollo ha sido atribuido a diferentes causas, como por ejemplo, dificultades económicas por falta de capacidad contributiva, inconvenientes para la gestión de los programas por tratarse de poblaciones dispersas o difíciles de identificar y también se ha considerado que las fórmulas de la seguridad social no resultaron aptas para estos grupos. Pero lo real es que

constituye una de las postergaciones más importantes en la región que, muy probablemente, debe atribuirse a las mismas causas profundas que originan los problemas económicos.

Los programas de cobertura de los seguros sociales obligatorios que se estructuraron en los años treinta y cuarenta no tuvieron como objetivo cubrir trabajadores en relación de dependencia del sector formal de la economía; por lo tanto, falta efectuar la gran transformación y pasar a lo que se ha definido como seguridad social integral, en cuyo concepto se encuentra la universalidad de la cobertura y la integralidad de las prestaciones.

Está demostrado que las fórmulas para este gran paso existen, por cuanto muchos países han logrado avances importantes. Lo que resta es acordar la adaptación a cada realidad y encontrar los mecanismos para que se adopten las decisiones políticas necesarias para ello.

En procesos de desarrollo que sufren lógicos desequilibrios, es normal recurrir a una adecuada mezcla de seguros sociales con asistencia social. Atribuir funciones asistenciales a los sistemas de seguridad social puede ser una fórmula adecuada para lograr la integración a los sistemas de sectores más desfavorecidos, y así lo han entendido algunos países de la región que han logrado avanzar. Por ejemplo, Costa Rica con la cobertura a sectores indigentes; México, con la protección a marginados de áreas rurales, entre otros.

Este tema fue considerado en la Memoria del Director General de la OIT⁹ para la 72a. Conferencia, cuando concluye: *"Nadie niega el imperativo de la solidaridad. De lo que trata es de llevarla a la necesidad de proteger a los individuos contra los riesgos derivados del desempleo, la enfermedad, los accidentes y la vejez. En los países en desarrollo --algunos de los cuales tienen ya un régimen bastante amplio--, sólo será posible extenderlo en la medida que lo permita el ritmo del desarrollo, mientras tanto habrá que idear y aplicar otros medios para hacer frente, como mínimo, a las necesidades más acuciantes de una población que a menudo carece de todo.*

Aspectos económicos-financieros

La importancia de las cargas sociales sobre la nómina de salarios y, en un marco más general, el porcentaje del producto nacional bruto que se dedica a los gastos sociales han constituido las principales preocupaciones en el terreno de los aspectos económicos. Pero, además, estas preocupaciones han generado un clima de crisis de confianza que lleva a plantear dudas sobre la validez de esta herramienta cuyas principales objeciones se orientan a los efectos redistributivos de los programas y a supuestos, muchas veces no comprobados, de impactos negativos en las diferentes variables de la economía.

⁹ OIT, *El Mundo del Trabajo en Evolución: Problemas Principales*. Memoria del Director General, Conferencia Internacional del Trabajo, 72a. reunión, 1986.

Es por ello que debe remarcarse el fenómeno de discusión casi generalizada sobre estos temas que se produjo en la mayoría de los países de la región; especialmente, sobre la necesidad de aliviar las cargas sociales para posibilitar el crecimiento, y revisar los regímenes financieros para producir impacto positivo sobre las variables ahorro-inversión. Esto es lo que llevó a cuestionar el principio de la solidaridad y la función redistributiva de la seguridad social.

También se ha alimentado una estéril discusión sobre las bondades o defectos de la capitalización frente al reparto como régimen financiero de los programas, mientras que está claro que lo mejor es determinar la parte del financiamiento de las pensiones o de otras coberturas que conviene asegurar por una u otra vía. Cuando la sociedad ha definido la parte "socializada" de las coberturas, es decir, la parte en que pueden operar transferencias de cotizantes a pasivos o entre generaciones, la mayor cobertura que puedan desear ciertos individuos puede decidirse que será un complemento atendido con esquemas de capitalización. Después queda el problema de decidir la conveniencia de la capitalización colectiva o individual dentro de lo que resultan evidentes las ventajas de la primera, que permite distribuir los riesgos y realizar inversiones con mayor poder de negociación.¹⁰

El Director General de la OIT se refirió recientemente a este tema en su Memoria para la 80ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 1993, y dice en el acápite sobre América Latina ... *algunos países latinoamericanos tienen en estudio reformas radicales... La mayoría de los países de la región centran hoy su atención en la concepción de una estructura de protección social diversificada, en la cual el Estado conserva su función reguladora, de garante y de supervisor, y se invita al sector privado a intervenir más activamente.*

Todos estos temas, que se pusieron en evidencia con el fuerte impacto de la crisis económica, fueron objeto de estudios por parte de la OIT que además brindó diferentes oportunidades para la discusión tripartita de los mismos. Sin embargo, de estas discusiones no puede decirse que se han sugerido cambios fundamentales, ya que en la mayoría de los países se han mantenido los regímenes financieros tradicionales con algunos intentos de cambios, pero que no pueden considerarse como un proceso general. Se mantienen los sistemas financiados con aportes y contribuciones sobre la nómina de salarios, aunque se observa como novedad - contrariamente a lo que fue la práctica - el cumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones en especial en aquellos países donde la crisis generó importantes déficits.¹¹

Las tasas de aportes y contribuciones no se han modificado en forma significativa, pero el impacto de la crisis se ha hecho sentir, por cuanto se observan mayores retrasos en la recaudación, una disminución de la cantidad de afiliados aportantes atribuible al desempleo, y cierta ampliación de la práctica de pagar retribuciones sin incorporarlas al salario, con el objeto

¹⁰ Kessler Denis y Strauss-Khan Dominique, *L'Epargne et la Retraite L'avenir des retraites préfinancées*. Economica, Paris, 1982.

¹¹ BIT *Sécurité sociale: Quelle méthode de financement?*. Une analyse internationale, Genève, Suisse, 1983.

de disminuir la carga de los aportes. A todos estos aspectos se debe agregar el efecto siempre negativo de la inflación, y se comprenderá la situación en que se encuentran muchos de los regímenes de prestaciones.

También deben agregarse los inconvenientes para lograr rendimiento de las inversiones, en caso de disponer de fondos, en un contexto de crisis con inflación y depresión. Además, el impacto de las mismas sobre las variables macroeconómicas han impulsado a las autoridades monetarias a tomar decisiones contrarias a los intereses de la seguridad social, con el objeto de incidir sobre la liquidez u otros aspectos de la circulación monetaria. Esto, sin mencionar la permanente tentación de recurrir a estos capitales para solucionar problemas fiscales o referidos a otras áreas de la economía.

Prestaciones

Uno de los fenómenos con mayor influencia en el crecimiento de los costos de las prestaciones es el factor demográfico. El envejecimiento de la población, sumado --en el caso de los regímenes de pensiones-- a que éstos ya llegaron a la etapa de madurez, influye directamente en el equilibrio financiero, más aún si los ajustes que serían necesarios para garantizar el equilibrio demoran en ser concretados. Es bien conocida la dificultad en sancionar reformas para reducir derechos o expectativas ya adquiridas. Como por ejemplo, en la edad de retiro y en el nivel de los aportes.

Estos aspectos de la demografía de los países de la región también tienen influencia directa en los costos de la atención de la salud por cuanto es bien conocido el aumento que se produce para la atención de los afiliados mayores.

También en los egresos la inflación causa serios problemas, más aún si se considera que en la mayoría de los países de la región el haber de las pensiones se determina con base en promedios de salarios de la última parte de la carrera laboral y que los porcentajes previstos sobre los salarios son altos. La necesidad de revalorizar las pensiones debido a la pérdida de valor de la moneda es una preocupación permanente de los administradores de la seguridad social.

En materia de prestaciones de salud no se han encontrado métodos idóneos para el control del gasto garantizando el nivel de calidad necesario. Los esfuerzos realizados para el control de costos y para evitar duplicidades y desperdicio de recursos no han dado los resultados esperados, y se asiste con preocupación a desequilibrios que se traducen en utilización de recursos en exceso en algunos grupos de población, mientras que existen otros, prácticamente sin acceso a atención de la salud. Los principales índices generales de mortalidad y morbilidad siguen con ligeras mejoras en muchos de los países de la región demostrando una baja valoración de la salud al existir gran pasividad ante causas evitables con relativa facilidad, con la tecnología disponible.

Otro de los problemas aún sin solución integral es el relativo a la utilización e incorporación de tecnología ya que no sólo es un problema de costo, sino también de adecuada elección y distribución de la misma en función de las necesidades y posibilidades. Ello ocurre con medicamentos, aparatos de diagnóstico y tratamiento y, en general, con todos los elementos que se incorporan para el cuidado de la salud.

Sobre las prestaciones por desempleo en los países de la región siempre se reconoció la imposibilidad de basar los regímenes en esquemas tradicionales de seguro por cuanto el desempleo tiene origen estructural y realidades del proceso de reconversión iniciado, se ven aparecer regímenes basados en enfoques asistenciales, es decir, en su mayor parte financiados con fondos de origen fiscal.

Administración

Con las normales excepciones, en general se encuentran pesadas estructuras centralizadas con una administración apegada a fórmulas tradicionales de gestión, que hacen difícil conseguir el cumplimiento de los objetivos y es débil frente a los embates de sectores de la política electoral que tratan de utilizar la seguridad social para sus fines.

Donde se encuentran excepciones a los esquemas burocráticos con baja eficiencia es en los organismos que son administrados con mayor influencia de los interesados que, aunque se trate de esquemas públicos, logran priorizar los verdaderos fines sobre los subalternos. Ejemplos más importantes son, precisamente, organismos creados y administrados con fuerte influencia de empleadores: en Colombia --cajas de asignaciones familiares-- o, en Chile, --organismos que cubren riesgos del trabajo--.

Aunque ciertas actitudes de los interesados frente a la administración de la seguridad social deberían cambiar en un sentido más constructivo, más importante pareciera el cambio de actitud de la administración hacia su *clientela*. Es indispensable lograr nuevos enfoques en la gestión de los regímenes, basados en las aspiraciones de quienes son sujetos de los mismos, con una total transparencia de la gestión financiera que permita a cada aportante estar *seguro* de que, en caso de necesidad *su* seguridad social estará allí con oportunidad y eficiencia, y también conseguir que los interlocutores sociales participen realmente en la administración. Como todo servicio público, los organismos de la seguridad deberían estar plenamente al servicio de sus asegurados, y no servirse de ellos para mantener una burocracia ineficiente.

Estos problemas que resultaría obvio enumerar por ser bien conocidos, sumados a la disminución en la cantidad de aportantes, han generado un aumento relativo de costos de administración que imponen el impulso de cambios importantes. Frente a estas necesidades de cambios, han surgido diversas propuestas. Hoy en día existen quienes estiman que con la racionalización administrativa y el uso de la informática se encontrarán soluciones nuevas;

quienes impulsan el fortalecimiento de los niveles desconcentrados --locales-- de administración¹² con mayor participación de la comunidad interesada; quienes estiman que la solución requiere cambios más profundos dirigidos a pasar las funciones de la seguridad social al sector privado, dejando bajo la responsabilidad del Estado solamente las acciones asistenciales para la atención de los desposeídos; y, por último, otros que estiman que para completar sistemas básicos y solidarios podría recurrirse a esquemas complementarios basados en la gestión privada.

Quizás las reformas más notables han sido las impulsadas en Chile, donde la gestión de la cobertura de los riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia, basada en la capitalización individual, se confió a Sociedad Anónimas con fines lucrativos, bajo la supervisión del Estado. En materia de salud se puede elegir entre la cobertura del Fondo Nacional de Salud, estatal, o entidades especializadas de carácter privado que pueden ser o no lucrativas. En otros países, como por ejemplo, Argentina, Brasil, Uruguay, los Países Andinos y Centroamérica, el tema de encontrar vías para el logro de la eficiencia está en plena discusión.

En los Estados Unidos de América esta cuestión fue tratada por la Comisión Nacional para la Reforma de la Seguridad Social --de composición bipartita-- designada en el año 1981 por el Presidente y las dos Cámaras del Congreso para reflexionar sobre el futuro de la seguridad social. Después de haber considerado diferentes propuestas, concluyó que el ahorro individual y los regímenes privados de protección deben ser considerados como complementos útiles de la seguridad social, pero no pueden de ninguna forma sustituirla. Sin proceder a un estudio profundo de las diferentes soluciones alternativas, la Comisión también concluyó, de manera categórica, que el Congreso *no deberá alterar la estructura fundamental de la seguridad social ni debilitar sus principios fundamentales* y el Congreso, en la reforma adoptada en el año 1983, ha seguido las recomendaciones de la Comisión.¹³ El tema de la cobertura en salud está en plena discusión.

Acciones y criterios sustentados por la OIT

En relación con las prestaciones de salud de la seguridad social, la OIT ha mantenido un intenso programa de actividades, en coordinación con la OPS/OMS y otros organismos internacionales, desde la década de los sesenta, en especial por mandato del Programa de Ottawa de Seguridad Social, en el que los Estados Miembros encomendaron la coordinación de las actividades de los organismos regionales e internacionales que actúan en la región en materia de seguridad social.

¹² Puede consultarse, OIT, *La seguridad social en la perspectiva del año 2000*, Capítulo 5: Relaciones con el público, Ginebra, 1984.

¹³ OIT, Michel Voirin, *L'Organisation Administrative de la Sécurité Sociale*. Un enjeu social en politique, Ginebra, 1991. En la Parte II trata este tema y agrega abundante bibliografía.

En la región americana ha venido afirmándose muy claramente la tendencia a la extensión horizontal --áreas del territorio-- y vertical --grupos de población-- de los seguros sociales obligatorios contra los riesgos de enfermedad-maternidad y riesgos profesionales. En las reflexiones de los técnicos y de los responsables políticos es normal encontrar actualmente que se considera prioritario impulsar la extensión de cobertura de los seguros sociales como una de las principales vías de solución a los problemas de salud. Asimismo, y durante el período en que muchos de los países de la región se empeñaban en mejorar y extender el seguro social, comenzaron a propagarse en el continente las doctrinas de la seguridad social moderna, que implica la universalidad como objetivo indispensable, la ampliación de la base de la solidaridad y un enfoque integral de la cobertura en el que deben incluirse las acciones preventivas y de fomento y educación para la salud, junto con las curativas y de rehabilitación.¹⁴

Al enumerar los medios de acción, es decir, los mecanismos técnicos necesarios para alcanzar --aún a largo plazo-- los objetivos planteados por una política auténtica de seguridad social, cabe incluir el seguro social obligatorio. Ya no en forma exclusiva, sino como un medio entre varios, en cuanto un plan nacional de seguridad social tendría que articularse además con programas asistenciales o de bienestar administrados como servicios públicos, en planes de prestaciones bajo la responsabilidad de las empresas o de la legislación laboral, en la acción comunitaria y voluntaria.¹⁵

Los esfuerzos de racionalización de los programas de enfermedad-maternidad han sido encaminados a dos objetivos fundamentales; uno, controlar el permanente incremento de los costos y, dos, tratar de lograr progresos en la eficiencia de la actual cobertura y ampliar su alcance, en la medida de lo posible, todo ello tratando de progresar en lo que se prefiere a la articulación o coordinación con otros subsectores que operan programas de salud estatales o privados. Probablemente estos serán también los retos para el próximo futuro.

La posibilidad de progreso que ofrece la estrategia de atención primaria de la salud en el ámbito de la seguridad social, tiene tal trascendencia teórica y práctica que la OIT decidió, a principio de la década de los ochenta, lanzar en América Latina un programa de estudio y de sensibilización a nivel de los principales responsables de la gestión médica de los principales organismos de seguridad social. Los estudios preliminares realizados en la OIT y la OPS fueron sometidos y puestos a discusión general en ocasión de una Primera Consulta Técnica Regional, organizada por la OIT, en coordinación con la OPS y también con el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), en la ciudad de México, en agosto de 1982.

Posteriormente, en el curso de 1984, la OIT solicitó a distintos expertos nacionales información sobre los progresos alcanzados en la aplicación de los principales temas técnicos y de organización que giran en torno a la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud y, en marzo de 1985, en cooperación con la OPS y el CPISS, se organizó la Segunda

¹⁴ CEPAL, op.cit.

¹⁵ PREALC, op.cit.

Consulta Técnica Regional, en Medellín, Colombia. Estas actividades dieron origen a solicitudes, de los países miembros, de cooperación técnica orientada a la instrumentación de cambios en las estrategias de atención y de la salud y, desde 1985 hasta 1989, se realizaron eventos y misiones de cooperación técnica conjuntas entre la OIT y la OPS en una decena de países miembros. Estas acciones dieron resultados diferentes en cada caso y, con el objeto de revisar los avances y detectar los inconvenientes, se realizó una Tercera Consulta Técnica Regional, en México, en diciembre de 1989.¹⁶

Mientras la crisis económica afectó la disponibilidad de recursos, el desarrollo social y cultural ha permitido una mayor toma de conciencia sobre el valor de la salud. Se ha generalizado el concepto del derecho a la salud y se reconocen mejor las formas de ejercerlo, lo que ha producido aumentos en la demanda de servicios. En el campo técnico se ha abierto paso, y se han consolidado, nuevas corrientes de pensamiento sobre la salud y los factores que la determinan. El concepto de la salud, como resultante de un fenómeno social más amplio, vinculado sólo parcialmente a la provisión de servicios médicos, ha significado un replanteamiento de la calidad de vida y ha hecho intensificar los esfuerzos de desarrollo de la rehabilitación, como forma de lograr mayores realizaciones y una vida más plena.

En este proceso de cambios, además de algunos intentos de modernizar las estrategias, se deben distinguir, en los programas en operación, los aspectos destacables en lo que se refiere a racionalización en el uso de los recursos, coordinación dentro del sector salud y descentralización o fortalecimiento del nivel local. Entre las medidas de racionalización en el uso de los recursos se pueden mencionar: esfuerzos para el control de uso de productos medicinales, a través de las listas básicas de medicamentos instituidas en prácticamente todos los países con el objeto de utilizar fórmulas genéricas. Los intentos de lograr racionalidad en los niveles de atención organizando las referencias y mejora en la calidad de la atención; y, los programas de mantenimiento e incorporación de tecnología apropiada a cada nivel de atención.

Conviene destacar que la coordinación e integración de los programas de salud de las instituciones de seguridad social con los homólogos de los ministerios de salud, han sido discutidas y analizadas con bastante intensidad y se observa, en general, un consenso en cuanto a la filosofía y los beneficios a ser derivados de la integración o coordinación de los servicios de salud. Sin embargo, no siempre se ha estado de acuerdo en los mecanismos a ser utilizados para lograr tales propósitos. El énfasis entre estas dos modalidades --integración y coordinación-- parece haber cambiado a través del tiempo, y la selección de una u otra sería eminentemente coyuntural. Si bien en el comienzo de este movimiento (1959-1966) se habló primordialmente de integración, a partir del decenio de los setenta se ha planteado preferentemente la coordinación, reconociendo la realidad política e institucional de los países. En los años más recientes (1981 en adelante) las orientaciones reflejan al parecer un período de maduración y

¹⁶ La OIT también realizó actividades en otras regiones. Puede consultarse la publicación *Health Insurance in Developing Countries - The Social Security Approach*, basada en el Seminario realizado en Seul, República de Corea, en marzo de 1989, con amplias referencias a experiencias en países de Asia, Ginebra, 1990.

reflexión y el énfasis se orienta más al análisis de los resultados finales (cobertura universal) que al proceso mismo. En este contexto se plantea ahora la coordinación del sector salud, buscando no tanto la fusión administrativa sino la articulación funcional, la armonización de los objetivos y la coherencia operacional.¹⁷

La antigua preocupación por *llegar a los interesados*, que se tradujo en los países desarrollados en los llamados *esfuerzos de humanización de la seguridad social*, aún continúa pendiente de solución en la región, aunque se deben reconocer importantes esfuerzos en los últimos tiempos. Por ejemplo, Colombia, con el fortalecimiento de las seccionales; Brasil, con el Decreto 94.657 del 20.07.87 estableciendo sistemas unificados y descentralizados de salud en los estados; Costa Rica, con la instrumentación de sistemas locales de salud en la zona norte del país. Esta tendencia a la descentralización no sólo se considera indispensable al instrumentar la estrategia de atención primaria de la salud, sino que además ahora se impulsa, junto con el proceso de revisión de la función del Estado, un movimiento hacia la descentralización basado en la función del Estado, un movimiento basado en la necesidad de que las comunidades locales asuman mayor responsabilidad a través de los órganos primarios de gobierno como municipios, alcaldías, o entidades intermedias de carácter local.

Para que el proceso de descentralización opere realmente, los núcleos o unidades de administración local, ya sean éstos municipales o de otra índole, deben convertirse efectivamente en el centro de las decisiones para la organización general de las acciones de salud colectiva, en el área geográfica definida, y para orientar y dirigir los programas de atención individual para la población respectiva. Ello implica un cambio fundamental donde se debe revisar la división del trabajo, asignación de funciones y de recursos, pero en especial es un problema de redistribución del poder. Este es, probablemente, uno de los temas centrales de preocupación, a través del cual se podrá progresar en la búsqueda de la extensión de la cobertura de la seguridad social, de la eficiencia de los programas y de las mejoras en el acceso a las prestaciones e impacto de las mismas en el estado de salud y bienestar de la población. Es de hacer notar que el tema se orienta al uso racional de recursos y también a lograr incrementos de los dedicados a la salud y el bienestar, en tanto la comunidad decida sus prioridades y decida también la afectación de los mismos.

Reflexiones finales

La crisis afectó en forma determinante el equilibrio económico-financiero de los programas de cobertura y, en la mayoría de los países de la región, se está frente a problemas de gran magnitud y amplia repercusión social y política que imponen cambios de fondo, entendiendo por tal desde cambios en la concepción política de los temas de la salud y el bienestar hasta la definición de las fórmulas o modelos a utilizar en el diseño de los programas,

¹⁷ OPS, *Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública*. Doc. CE99/19, 99a. Reunión del Comité Ejecutivo, Washington, DC., Junio, 1987.

la revisión de las modalidades de la financiación y de las características de los organismos operativos.

Todo ello en el entendido de que se sigue considerando a la seguridad social como una de las herramientas más poderosas para superar los problemas sociales, ya sea de la integración de grupos hasta hoy marginados como para satisfacer las aspiraciones de los grupos de ingresos medios. Enfoque éste que significa seguir el camino del desarrollo y del perfeccionamiento de sistemas que han llegado a esta situación por un conjunto de circunstancias y compromisos ligados al mismo desarrollo social y político de los países, y que están requiriendo la búsqueda de una racionalidad, que difícilmente será completa, pero que puede llegar a niveles compatibles con las necesidades de la población.

El papel de la seguridad social en el proceso de reconversión de la economía tendrá diferentes características tratándose de la etapa de búsqueda del equilibrio de las variables macroeconómicas, de la transición o del proceso de crecimiento. Pero es unánime el reconocimiento de que la seguridad social podría --y quizás debería-- ser uno de los instrumentos más adecuados para compensar transitoriamente las desigualdades que produzca el proceso y para instalar en el futuro, los componentes de integración social y equidad que requerirá el modelo de recibimiento que se escoja.

Dijo Albert Thomas en el año 1928¹⁸ *Los egresos de los seguros sociales se asimilan muy fácilmente a pérdidas o se consideran cargas estériles. Se los califica frecuentemente como déficits en el balance de las cuentas sociales de un país. Error... grave... porque no solamente los egresos de los seguros sociales son, en gran medida gastos de remplazo que deben necesariamente ser realizados, aunque los seguros no existieran, sino que, además, se trata de egresos productivos. Ellos son restituidos enteramente a la economía nacional bajo la forma de incremento del poder de compra y consumo de los asegurados y el mantenimiento de la salud y la capacidad de producción de los trabajadores. Los seguros sociales son una apuesta a largo plazo a los resultados de la actividad profesional y al rendimiento de generaciones de asegurados que retribuirán en salud y trabajo tanto o más que lo que han recibido. En definitiva, los seguros sociales tienden sobretodo a una modificación y, a mi criterio, a una mejor distribución del ingreso nacional, para bien de cada país.*

Esta cita de uno de los principales luchadores por las reivindicaciones sociales de nuestro siglo tiene como objetivo reafirmar que los principios siguen vigentes, aunque es seguramente mucho lo que debe cambiarse en lo instrumental.

Antes de sugerir algunos puntos para la discusión es conveniente recordar que en el terreno de los principios y valores que inspiraron a la seguridad social, esta crisis --que no es la primera que afecta al desarrollo social de los pueblos-- no ha cambiado prácticamente nada.

¹⁸ Ver AISSS, *Quarente ans au service de la sécurité sociale, 1992-1967*, Ginebra, Suiza.

En esta reformatión o modernización de los regímenes para adaptarlos a las necesidades y circunstancias vigentes será necesario reflexionar sobre temas como los siguientes:

- Cada país debiera establecer, con realismo, el cuadro de prestaciones que se aspira a cubrir, traducir en términos concretos declaraciones de normas y hasta de constituciones nacionales que se deben o se quieren cumplir. No puede afirmarse que este desafío haya sido enfrentado firmemente por los sectores políticos.
- Realizar los mayores esfuerzos para medir el costo de cumplir o no con estos planes en el marco económico social concreto. Se comienza a observar que se supera el enfoque limitado a la vigilancia del equilibrio económico-financiero y actuarial de los regímenes para observar su incidencia en el medio, ya sea en las variables macroeconómicas como en los hogares y en las empresas.
- Con estas medidas podrá encontrarse cómo y quién pagan las prestaciones a partir de una realidad que, en general, en estos tiempos de crisis, es compleja no sólo por lo limitado de los recursos sino porque se han generado situaciones de desequilibrio e inequidad y falta de transparencia en lo que se refiere al peso de la financiación. Esta transparencia permitirá explorar la posibilidad de sumar otros recursos disponibles a nivel de las comunidades en cuanto sus integrantes estén informados de su destino y éste tenga relación con las necesidades.
- Teniendo claro los aspectos mencionados, se puede definir quién gestiona los programas: organismos gubernamentales, autónomos de carácter público o privado.

Este conjunto de puntos simples y obvios se enumera por cuanto permiten visualizar, si uno se ubica por un momento en la realidad de nuestros países, lo difícil que resulta avanzar en este campo por cuanto normalmente se comienza la discusión por el final o por el medio, poniendo por delante en lugar de los grandes principios o fines sociales, ya sea preconceptos, intereses sectoriales o críticas a situaciones pasadas que poco tienen que ver con el futuro y, además, no se realizan evaluaciones que permitan ver con objetividad las consecuencias de las propuestas. En este aspecto la prédica de la OIT ha sido reconocida por mucho tiempo, pero nada es suficiente y habrá que seguir insistiendo, como también será necesario continuar remarcando que al iniciar reformas, procesos de ordenamiento o cambios para poner la seguridad social al servicio de las medidas de reconversión, se deberá tener siempre en cuenta que se están diseñando los programas de cobertura que tendrán que operar cuando se logre retomar el camino del desarrollo económico y social.

La mejor muestra de lo afirmado se encuentra al repasar las discusiones que se realizan en estos momentos en la mayoría de los países, que han pasado de las tradicionales disputas sobre la edad de retiro, el nivel de las prestaciones o los aportes y contribuciones al tema de las privatizaciones.

Hay que preguntarse si, en este momento de importantes dificultades, tiene lógica la privatización, entendida como la práctica de delegar tareas públicas en organizaciones privadas. También en la seguridad social hay necesidad de evaluar con frialdad y rigor las posibilidades de, sin dejarse llevar por un desagrado popular hacia el comportamiento de los gobiernos, limitar los gastos públicos para reducir el déficit fiscal o seguir una moda ideológica ya que, medidas apresuradas pueden resultar más pesadas para la economía en su conjunto.

Esto no significa que no haya que entablar una verdadera lucha contra la ineficiencia, pero hay que comprender que las organizaciones, independientemente de la sensatez con que hayan sido diseñadas en sus comienzos, son propensas a sufrir una pérdida gradual de racionalidad y disciplina.¹⁹ Existe una tendencia de las organizaciones humanas a alejarse del estado no natural de industriocidad intencional.

Esta tendencia a *aflojarse* de las relaciones se controla únicamente en la medida que alguien tenga a la vez la inclinación y capacidad de resistir la inercia, impedir el despilfarro y concentrar los recursos en la misión organizacional. En el sector privado la teoría asigna esta función a los miembros del equipo productivo y a dirigir las actividades de éste, así como a reclamar el rédito neto de los esfuerzos de dicho equipo. Nadie puede sostener que todo sea tan sencillo como esto en la economía privada, ya que en la mayoría de las empresas la propiedad está dispersa y varios niveles gerenciales separan a los agentes de los propietarios.

En las organizaciones gubernamentales la propiedad es de la ciudadanía y, a excepción de algunas cuestiones públicas fundamentales, la diferencia entre eficiencia e ineficiencia se traduce en un efecto muy pequeño en cada ciudadano y, aunque cada uno pudiera conocer el procedimiento para aumentar la eficiencia, resultaría improbable que juzgara que económicamente vale la pena ocuparse de presionar para lograr estos cambios. Frente a este enfoque, es obvio que en el caso de la empresa privada se pueden tomar medidas con mayor facilidad para hacer valer los intereses de los propietarios y, en el terreno público, esto es prácticamente imposible²⁰, aunque puedan perfeccionarse los mecanismos de la participación.

En este aspecto es necesario, entonces, despejar la duda de si estos problemas de ineficiencia y deformaciones no son inherentes a los proyectos colectivos y de gran tamaño, sean ellas de carácter público o privado. Cuando corresponden a actividades de carácter público son, en muchos casos, más difíciles y los problemas no pueden imputarse a la burocracia del Estado. Las soluciones muy probablemente no están en ninguno de los extremos y el problema es adecuar la respuesta a la necesidad, prefiriendo las organizaciones públicas allí donde importe más la equidad y respeto a los derechos de todos los ciudadanos con imparcialidad de

¹⁹ Liebenstein Harvey, *Allocative Efficiency versus X-Efficiency*, American Economic Review, junio de 1966. Citado por John D. Donahue, *La decisión de privatizar: fines públicos, medios privados*. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1991.

²⁰ Donahue John D. op.cit.

procedimientos y recurrir a esquemas lucrativos donde la eficiencia productiva resulte fundamental.

Los políticos y administradores de la seguridad social necesitan estar más próximos a la racionalidad que requieren estos sistemas de protección que fueron desarrollados en forma inorgánica y con el desorden lógico de los procesos sociales, los que aparecen en la superficie con la actual crisis económica. Por ello la OIT está desarrollando una serie de actividades que comenzaron con el tratamiento del tema *La seguridad social y el proceso de reconversión económica*, en la Conferencia Regional de los Estados de América que se reunió en Caracas, Venezuela, en septiembre de 1992, y tiene previsto realizar una reunión tripartita de expertos, en México, en octubre próximo, con un temario abierto sobre *La seguridad social en las Américas*, de donde surgirán recomendaciones de fundamental importancia para los países miembros.

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO TRABALHADOR¹

Anamaria Testa Tambellini

Nossa exposição do tema pretende abordar a saúde enquanto questão, considerando seus eixos fundamentais em suas relações recíprocas; a saúde como processo e finalmente nosso entendimento sobre a saúde do trabalhador; os problemas que se criam nos processos de mudança das sociedades latino-americanas atuais, tomados enquanto determinantes das condições de saúde/doença nas coletividades, ou seja, vistos pelo ângulo da saúde pública/medicina social; e, os avanços concretos alcançados em termos da constituição de uma área de prática em saúde voltada para as necessidades dos trabalhadores.

A questão

Podemos dizer que a questão da saúde está organizada em torno de 3 eixos principais: o da ciência e tecnologia; o das políticas e da intervenção sistematizada nos condicionantes do processo saúde/doença e seus resultados, ou seja, aqueles dos sistemas de atenção à saúde. Eixos esses que se referem às esferas do *saber*, *querer* e *fazer*.

Assim teríamos:

Saber	Querer	Fazer
Campo de conhecimentos	Campo de desejos	Campo de Ações
Tecnologias	Políticas	Area de intervenção
Técnicas		
	Campo de Práticas	

Existiria genericamente uma relação de dupla direção entre o *saber*, o *querer* e o *fazer*, de tal maneira que o *querer*, atuando sobre o *saber* e o *fazer*; seria como uma pedra angular, uma espécie de balizador das opções do *saber* e *fazer* e ao mesmo tempo funcionaria como via de passagem, permitindo um dado sentido (por exemplo: *saber* ----- *fazer*) ou seu oposto (*fazer* ----- *saber*).

Considerando o estágio atual do conhecimento, estamos em condições de pensar as ações coletivas, a partir de um certo *saber*, qual seja, aquele do conhecimento científico e tecnológico, que nos permita um *fazer* conseqüente com nossos objetivos e uma grande margem de previsibilidade e economia de recursos. Isto não exclui a possibilidade de que, sem os conteúdos

¹ Conferência pronunciada no "Seminário-Taller Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores" Porto Alegre, 18-23 de julho, 1993.

e formas de *fazer* não totalmente compreensíveis ou completamente incompreensíveis, sejam colocados problemas para o conhecimento. Nem que diante dos processos de avaliação dos *fazer*s instituídos se ao *saber* a necessidade de mais *saber*. O que pretendemos deixar claro é nossa opção, qual seja, a de privilegiar o sentido *saber* ----- - *fazer*.

Haveria, assim, uma mediação entre duas distintas capacidades humanas, o *saber* e o *fazer*, realizada pela capacidade de *querer*. Por outro lado, cada uma dessas capacidades constituiria espaços específicos de reflexão e atividades com predomínio relativo de uma ou outra dessas propriedades (reflexão e ação).

Por conseguinte, o *saber* determinaria um campo de conhecimentos que pensados utilitariamente daria origem a tecnologias; o *querer* constituiria um campo de desejos, cuja elaboração e organização coletiva se cristalizaria em políticas, e o *fazer* delimitaria um campo de ações, dentro do qual distinguiríamos áreas de intervenção.

A influência das políticas sobre as tecnologias induziria a produção de técnicas. Estas, aliadas às possibilidades políticas é que limitariam as áreas de intervenção no interior do campo de ações.

Nas sociedades "terceiomunditas" as áreas de intervenção em saúde que são limitadas, fragmentadas, inoperantes e desvirtuadas de seus objetivos primordiais, seria transformado em um novo campo de práticas. Isso poderia ser obtido através do redirecionamento das propostas e modos de operar das áreas e de sua integração, via políticas democráticas que conheçam e levem em conta com justeza as necessidades de saúde, as disponibilidades técnicas e as tendências de ambas. Portanto, um redirecionamento dessas áreas de intervenção em saúde, na América Latina que permita um sistema efetivo de prevenção, cura e reabilitação, além de se tornar universal, eqüitativo e participativo como enunciação política, deve passar pelo estudo detalhado das políticas sociais, do sistema de saúde vigente (estrutura, organização, operação), pelo conhecimento das necessidades de saúde em termos coletivos e pelo entendimento das tecnologias disponíveis para seu controle, bem como pela construção abstrata e concreta dos "equipamentos" (teóricos, metodológicos, técnicos, sociais e instrumentais) que viabilizem sua restauração.

Torna-se imperativo, entretanto, explicitar nosso conceito de saúde. Entendemos a saúde como um processo: o processo saúde/doença determinado por uma rede complexa e articulada de condicionantes de ordem histórica, social, biológica e psicológica que se dispõem e se organizam em diferentes níveis com estrutura e dinâmica particulares, atuando nos planos do coletivo e do individual. Ou seja, um processo cuja determinação estrutural ocorre no plano do coletivo, mas uma dinâmica particular marca seus efeitos materializados na integridade psicofísica dos sujeitos (indivíduos singulares). Quer dizer, a ciência pensa a doença no coletivo, mas esta só existe concretamente no doente, no ser que sofre.

Em outras palavras a condição de saúde ou de doença é o resultado da interação de condicionantes concretamente presentes nas denominadas condições de vida e de trabalho das populações humanas.

Por outro lado, a qualidade de vida seria constituir naquele conjunto articulado de condições capaz de condicionar um viver saudável, pleno e levado às possibilidades máximas de realização potencial. Atualmente a qualidade de vida tem sido observada, do ponto de vista quantitativo, como a composição ponderada de indicadores que de forma empírica se associam positivamente com situações de bem estar físico, mental e social, além de longevidade e possibilidade de autonomia e flexibilidade frente aos desafios concretos do viver.

Assim, por exemplo, teriam melhor qualidade de vida os habitantes de países que possuíssem maiores expectativas (esperanças) de vida ao nascer, menores índices de morbimortalidade na infância, juventude e idade adulta, maiores possibilidades de usufruir bens de consumo coletivo e individual de melhor qualidade em disponibilidade (e aqui se incluem entre outros os serviços de saúde e de proteção à velhice), além de lazer, cultura e expectativas concretas de realização coletiva e individual a curto, médio e longo prazo.

Em resumo, a saúde seria consequência das condições de vida médias sob a forma de indicadores das condições de habitação, saneamento, educação, trabalho, transporte, cultura, lazer, meio ambiente e liberdade, entre outras, capazes de promover um viver saudável, pleno, longo, digno e confiante.

Nesses termos, a saúde do trabalhador é referida a uma proposição teórica onde os indivíduos e os grupos de indivíduos são vistos em termos de classes, grupos ou extratos sociais que compartilham das mesmas condições básicas de vida e trabalho e de um dado projeto político, em termos amplos. Aqui, as condições de trabalho são vistas e processadas sob forma de riscos à saúde, advindos das relações técnicas e sociais entre os elementos estruturais do processo de trabalho, que, por sua vez, são colocados em movimento dentro de processos concretos, vale dizer, particulares. Assim pensar a saúde do trabalhador é conferir à esfera da produção uma cota elevada de responsabilidade na determinação de sua condição de saúde e doença, tendo em vista as outras esferas de sua vida, enquanto cidadão e sujeito. Essa responsabilidade adquirida pelo processo produtivo pode se tornar, em caso de certos agravos particulares à saúde, absoluta, e decorre do modo de inserção do trabalhador no processo produtivo capitalista, enquanto elemento (agente do processo) subordinado ao capital.

Os problemas

Colocando nosso entendimento, ainda que resumida e provisoriamente, sobre o que estamos chamando "questão de saúde" em termos gerais, sua relação com a "qualidade de vida" e sua particularização em termos de "saúde do trabalhador", tentaremos apreender também de forma sucinta o aparecimento do "novo" no plano da saúde em nossa região. Mais

especificamente estaremos diante de processos de mudança que produzirão resultados e novas realidades em termos sanitários nas esferas do *querer, saber e fazer*.

Nessa segunda metade do século XX tem-se acelerado intensamente a velocidade de produção de conhecimento científico e de sua contrapartida no âmbito tecnológico. Fim de século visivelmente marcado como fase de profundas transformações dos conceitos e teorias científicas a respeito das realidades e dos modos de aproximação e verificação das mesmas. De tal maneira que se configura uma mudança completa na forma de entender o mundo em suas relações e transformações nos diferentes planos e instâncias, o que se torna visível na proposição de um novo paradigma científico.

Essas novas formas de conhecer criam novas possibilidades de se lidar instrumentalmente com a(s) realidade(s), ou seja, criam novas possibilidades tecnológicas que se concretizam em novas técnicas de intervenção e manipulação.

No campo da saúde, por exemplo, as novas descobertas de biologia molecular e da genética, aliadas aos avanços da física, da computação e das engenharias, possibilitaram o aparecimento de uma engenharia genética que através de princípios tecnológicos de alta precisão tornaram possível uma instrumentação técnica que atua concretamente sobre o patrimônio genético dos seres vivos alterando suas características e possibilidades de vida. Estamos hoje diante de uma prevenção, de uma clínica e de uma cirurgia que não produzem necessariamente feridas visíveis, dados seus procedimentos diagnósticos e terapêuticos, porém são solenciosas e indoloridamente muito mais potentes que suas antecessoras, abusadamente agressivas em termos das cicatrizes (visíveis, em muitos sentidos) que provocam.

Por outro lado, nas diferentes formações sociais o uso das novas tecnologias em processos produtivos inovados, cuja produção também se materializa em novas mercadorias ou em produtos com novas qualidades, aliados a formas de consumo compatíveis, vale dizer, alteradas pelos novos processos de transformação social em curso, criam novos padrões de desenvolvimento. Esses novos padrões de desenvolvimento modificam inexoravelmente não só os processos de produção e seus riscos para os trabalhadores, mas todo o complexo da vida social, cultural e política da sociedade em que eles ocorrem. Podemos dizer resumidamente que são alteradas as condições de vida e trabalho das populações locais e que estas alterações se refletem à distância dada a mundialização dos espaços produtivos e de consumo operadas pelo capital internacional nessa fase do seu desenvolvimento. Forçosamente, dependendo do rumo dessas mudanças, em termos sanitários, a qualidade de vida muda para melhor ou para pior.

Qualquer que seja o caso, o fato é que por um lado se criam diferentes "necessidades" de saúde e por outro lado - de alguma forma articulados às "necessidades" - criam-se novos desejos de saúde. Em outros termos, cria-se uma nova necessidade de elaborar novas políticas de saúde.

Essas novas políticas de saúde demandam novos instrumentos de intervenção e quando ambos (políticas e instrumentos) se colocam a serviço do aperfeiçoamento dos serviços de

atenção à saúde no sentido da universalização e integridade do cuidado, maior equidade, eficácia e efetividade do sistema, democratização e transparência na tomada de decisões, na gestão e administração, temos em marcha um processo de transformação das "Áreas de Intervenção". Estas, que são por princípio autoritárias e estéreis quanto a elevar o nível de consciência e compreensão do usuário com respeito à questão da saúde, poderão assim ser transformadas em "Campos de Prática", ou seja, em formas inovadas de ação em saúde.

Não vamos nos referir aos processos concretos de produção do "novo", em termos econômicos ou sociais, nem especificá-los mais precisamente em termos das condições específicas de trabalho para a América Latina ou para os países do Cone Sul, mas tomar desses processos alguns indicadores que refletem o resultado ou as conseqüências dos mesmos em termos da saúde e de seus condicionantes. Fazendo apenas uma pequena referência à situação de crise em que está mergulhada a região latino americana, do ponto de vista econômico social e político. Crise prolongada indefinidamente a partir dos anos 50, mas intensamente aguda nos anos 80 em decorrência da conjuntura de crise econômica internacional.

Interessa à saúde nos países da América Latina nos anos 90 o fato da escolha de um caminho neoliberal ter forçado as perdas econômicas coletivas da população local e principalmente aquela dos trabalhadores, com o arrocho salarial e o desemprego, criando impasses e fortes tensões sociais capazes de facilitar os autoritarismos políticos (vide o caso do Peru entre outros). Os altos índices de desemprego, subemprego e baixos salários, ao lado de uma economia dita submersa ou informal da ordem de 40% criam por si só novas condições de mão de obra, qual seja, mulheres e crianças que trabalham por salários mais baixos (no meio rural brasileiro 28% dos trabalhadores trabalham sem receber rendimentos) e em situações de grandes riscos para a saúde (na cultura de cana, no nordeste, trabalham cerca de 8 milhões de crianças entre 10 e 17 anos, o que constitui 30% de mão de obra, em jornada de 10h, dos quais 86% não têm carteira assinada, 40% não recebem nenhuma remuneração e 60% são analfabetos).

A falta de oportunidade de trabalho intensifica a migração para os grandes centros urbanos, onde a deficiência crônica de recursos para implementar a infra-estrutura básica de saneamento e a produção dos bens essenciais para o consumo coletivo levam a condições de vida situadas abaixo do nível mínimo de consumo, inclusive alimentar (no Brasil, segundo a FAO, 67% dos urbanos não atingem esses níveis; 30% das crianças entre 0 e 7 anos vivem em pobreza absoluta; 71% dos urbanos não têm esgoto sanitário; 10% não têm água potável nas cidades, e, no campo, a cifra atinge 44%; 35% dos urbanos não têm coleta de lixo e 31% das crianças têm algum tipo de desnutrição; a média populacional de incidência de nanismo é da ordem de 20%).

Essas populações são marginalizadas econômica, social e culturalmente e adotam uma forma de vida e de trabalho violentas, ou melhor, presididas pela violência. Considero essa forma como uma resposta violenta do Estado e do Capital, constituindo-se, no plano econômico, em parcela considerável de economia submersa e, no plano sanitário, contribuindo para o aumento da mortalidade por causas externas/violentas.

Ocorre também uma forte imigração para as novas fronteiras econômicas, principalmente na Amazônia, onde uma exploração predatória da Natureza altera os equilíbrios dos sistemas ecológicos, extinguindo espécies vivas e criando novos processos de trabalho altamente danosos para os trabalhadores, agentes desses processos, e para as populações que habitam as áreas ecologicamente afetadas pelas altas taxas de contaminação do solo, ar e águas por substâncias tóxicas, como é o caso do mercúrio usado no garimpo do ouro. Além disso, a entrada do trabalhador introduz os vetores transmissores de moléstias infecciosas nos nichos ecológicos, reinstala os ciclos epidêmicos dessas doenças no local e, ao retornarem às suas cidades de origem, os imigrantes reintroduzem esses ciclos nos centros urbanos, como é o caso da malária, da febre amarela, da leishmaniose e de outras doenças infectoparasitárias.

Por outro lado, em termos gerais, ocorre uma piora das condições de investimento em segurança pelos empresários, pela fiscalização deficiente em quantidade e qualidade, pela falta de interesse e consciência dos trabalhadores, que, vivendo em situações limite de sobrevivência, preferem manter seu emprego e salário a ter condições de trabalho seguras e salubres. Além do que, novas condições de negociações são criadas com a retirada progressiva do Estado do ciclo da vida produtiva e das mesas de negociação capital-trabalho onde pode ser constatada a perda de densidade política dos trabalhadores. Nesse momento, as representações sindicais devem ainda fazer frente à importação de riscos provenientes das tecnologias obsoletas e perigosas, vindas dos países mais desenvolvidos, além de terem que se defrontar com novas tecnologias cujos riscos não foram ainda suficientemente avaliados.

Em relação ao campo de atenção com a saúde, o sucateamento da rede de serviços públicos e a falta de verbas para fazer frente ao pagamento dos profissionais desses serviços e dos serviços conveniados e para adquirir medicamentos a serem distribuídos para a população carente ou necessitada promove um atendimento, quando existe, de baixa qualidade. No que diz respeito especificamente às doenças associadas ao trabalho, criam-se condições de piora da atenção seja na prevenção, cura ou reabilitação.

Tudo isso acontece na vigência de uma concentração de renda muito grande, intensificada nos últimos anos, ou seja, na presença de grandes ganhos de capital e aumento da riqueza de grupos favorecidos da população (no Brasil, a margem líquida de lucro é cerca de 3,6 vezes superior à média mundial).

Tentaremos agora demonstrar, partindo de dados oficiais registrados e trabalhados por nós ou publicados por outros autores em revistas científicas, algumas situações do processo saúde/doença e de seus determinantes em diferentes países da América Latina.

Partiremos dos indicadores do acelerado processo regional de urbanização (tabela 1) e em seguida apresentaremos os indicadores de esperança de vida ao nascer (tabela 2), cuja variabilidade nos alerta para os perigos do uso de dados médios para avaliar a região. Esses diferenciais dos indicadores refletem não somente as diversidades nas interações de condicionantes biológicos e sociais da saúde, inclusive dos serviços sanitários, mas também, o

valor conferido por cada sistema social à vida de seus cidadãos, valor este traduzido em políticas sociais propostas e efetivamente adotadas.

A tabela 3 coloca, lado a lado, indicadores econômicos: renda e sua concentração, gastos com saúde, presença de recursos humanos, serviços de saúde e mortalidade infantil, termômetros sensíveis das condições de saúde e de suas variações na região comparadas às médias de países desenvolvidos.

A tabela 4 mostra o processo de transição e superposição de estruturas epidemiológicas da mortalidade nas Américas, onde existe um padrão de convivência de doenças crônicas degenerativas (mais presentes nos países desenvolvidos), em franca ascensão entre nós, com as doenças infecciosas (em queda relativa) indicando a persistência dos fatores de risco das doenças do subdesenvolvimento e o aparecimento de novos padrões de risco que decorrem de mudanças nos padrões de desenvolvimento.

O gráfico I ilustra o que foi dito anteriormente, exemplificando com o caso brasileiro.

A tabela 5 mostra alguns dados relativos a países com mais de 100 óbitos anuais por acidentes de trabalho, onde se faz notar a altíssima letalidade desses acidentes no Equador e um número considerável de países latino-americanos.

A tabela 6 demonstra o papel da violência enquanto determinante de acidentes mortais de trabalho a partir dos dados registrados na Cidade do Rio de Janeiro: as principais fontes de lesão são armas (16%) e veículos motores (65%).

A tabela 7 mostra a alta proporção de óbitos por homicídios em países da América Latina quando comparados com outros países desenvolvidos, exceção feita aos EUA.

A tabela 8 mostra o maior risco de morte violenta para os homens em relação às mulheres em diferentes países, permitindo formular a hipótese de que parte dessas mortes seja devida a acidentes de trabalho, entre outras razões, pelo maior contingente masculino engajado no mercado de trabalho dessa região.

O gráfico II mostra a persistência das altas taxas de mortalidade por causas externas em diferentes países latino-americanos no período de 77 a 85. Apesar de altas, as taxas da Argentina e da Costa Rica mostram tendência a redução; Uruguai e Chile têm taxas estáveis, Brasil e Cuba taxas ascendentes.

O gráfico III procura mostrar a espoliação biológica de nossos trabalhadores, de acordo com o nível de renda salarial, exemplificando com o caso brasileiro. Vemos que existe sempre uma certa frequência de peso abaixo do padrão ideal para todas as idades que, porém, se torna maior, progressivamente, com a diminuição de renda, atestando a falta de consumo alimentar adequado para a manutenção de bons níveis de saúde nos grupos mais desfavorecidos da população.

Finalmente, a figura I mostra a evolução da epidemia de coléra nas Américas, fruto das péssimas condições de saneamento básico existentes nos países da América Latina. Entre os países do Cone Sul só foi poupado o Uruguai. Observa-se que foram registrados casos inclusive nos Estados Unidos, onde a doença aparece devido a viagens realizadas para o local por portadores do vibrião procedentes dos países latinos.

Os avanços concretos

"Apesar de tudo isso..."

Apesar da dura situação vivida pelos povos da América Latina, viabilizaram-se processos de redemocratização pós ditaduras militares que possibilitaram a concretização de estratégias de abertura. Estas resultaram em mudanças nas esferas política e social, com reordenação, reorganização e maior transparência do Estado, além de tentativas de compromisso ético e político com os grupos populacionais de maior vulnerabilidade em vista dos processos de marginalização econômica e social. Cresceram também as tentativas de aliança e articulação política em níveis subregionais e locais.

No campo da saúde, os esforços das associações e sindicatos locais aliados a agências de cooperação inter-regional, como a OPAS, têm tornado possível esforços conjuntos de colaboração, contato, informação, investigação e formação de recursos humanos, bem como a formulação, debate e difusão de teses e idéias sobre a transformação das políticas e serviços de saúde na América Latina.

As populações locais também não evitaram esforços no sentido de adquirir consciência e compreensão para superar obstáculos das mais diversas ordens, obstáculos estes que haviam criado e mantido um comportamento de inércia, comodismo e alienação dos sujeitos locais em momentos anteriores.

A exigência do cumprimento dos direitos individuais e coletivos/sociais, a exigência do cumprimento de lei e a participação democrática têm marcado a vida dos sujeitos e coletivos organizados em nossa região.

Por outro lado, ocorre uma tentativa de se modernizar, de reduzir o autoritarismo e aceitar normas de maior respeito e consideração aos trabalhadores organizados por parte de uma significativa parcela dos empresariados nacionais, além de compreensão maior das responsabilidades frente à saúde dos trabalhadores.

Na saúde, tem-se realizado esforços para modificar as políticas e sistemas de atenção, e desenvolvido uma preocupação com a qualificação técnica dos profissionais e com a formação de novos recursos humanos (necessários) para a mudança. Além disso, tem-se precessado a efetiva, porém dolorosa, descentralização de serviços e recursos, respeitando as realidades locais.

Em relação à Saúde do Trabalhador, pode-se dizer que na realidade a área se constituiu a partir de processos diversos e programas descentralizados a níveis estaduais e locais, principalmente no Brasil. E os profissionais de saúde que militam na área ganharam densidade ética e qualidade técnica no trato da questão da prevenção, cura e organização de serviços básicos.

A academia tem contribuído com estudos, idéias e docência, além do trabalho vivo de seus elementos capacitados no exercício das tarefas exigidas pelo momento que atravessamos. Os sindicatos têm promovido oportunidades para que seus associados cresçam e compreendam a questão saúde e sua importância social e vital, além de assumir a defesa de condições de trabalho salubres e seguras nas diversas formas que lhe facultam as leis e na medida de suas possibilidades reais.

Podemos dizer que neste momento alguns países já possuem um acúmulo de experiências no campo da saúde que permitirão, após sua análise, através de um esforço coletivo e articulado dos grupos interessados, a unificação das iniciativas em andamento e a concretização de um Sistema de Saúde do Trabalhador em termos nacionais como parte de um dado Sistema Único de Saúde. Para tanto seria necessário entre outras iniciativas:

- Dotar os programas e ações existentes de uma inteligência que conectasse e articulasse suas partes em direção a objetivos comuns orientados por propósitos e políticas claras, além de uma programação com metas de curto, médio e longo prazo.
- Dotar o sistema de um Serviço de Informática e de Informação a partir de dados de riscos, doenças, processos, serviços e óbitos agregados e unificados, provenientes de registros oficiais, estudos e pesquisas, sejam eles regionais ou locais. Essas informações podem ser de vários tipos e suas publicações destinadas a diferentes públicos com o intuito de aumentar o nível de consciência e conhecimento dos problemas existentes, as possibilidades de melhoria via ações/técnicas sociais e políticas. Elas devem servir também para prestar contas aos grupos interessados dos trabalhos em andamento, seus custos e benefícios, extensão e possibilidades de continuidade e transformação, entre outras questões.
- Organizar cursos, seminários e outras atividades de formação e debate da questão que propiciem a adesão de grandes forças políticas e econômicas às idéias de melhorias nas condições e qualidade do trabalho, bem como a concepção de processos de trabalho baseados em técnicas não agressivas em relação aos sistemas ecológicos vitais. Ou seja, que procurem ganhar adeptos para um padrão de desenvolvimento auto sustentável e mais equitativo quanto a distribuição de seus rendimentos e benesses.
- Estimular pesquisadores e técnicos a investigar e criar novas formas de prevenção e cura de agravos relacionados ao trabalho, bem como, incentivar trabalhadores, empresários e demais grupos da população a participar do esforço investigativo, colaborando, enquanto agentes, no processo de conhecimento.

- Instar os empresários e seus representantes a instituírem doações e prêmios para estudos e descobertas na área, bem como bolsas de estudos para profissionais de diferentes formações técnicas e científicas e para trabalhadores no sentido de se aperfeiçoarem, conhecerem outras possibilidades de ação no campo de saúde e do trabalho e se qualificarem para a construção de uma tecnologia apropriada nessa área.

Nota bibliográfica

Além dos autores e fontes citados nas tabelas e gráficos, usei notícias de jornal (Jornal do Brasil: outubro 92 - julho 93, principalmente), além de outros trabalhos de minha autoria, entre os quais:

Tambellini, A.T. - Programa Institucional Integrado de Pesquisas: O Projeto Integrado das Investigações da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1992, 40 pp. (mimeo).

Tambellini, A.T. - Acidentes do Trabalho. Artigo publicado na revista "Decisão". São Paulo, maio 1993.

Tambellini, A.T. - Occupational and Environmental Health in South America: the Result of Rapid Changes in Social and Economic Condition. 24th International Congress on Occupational Health. Nice. September 1993 (a ser publicado nos anais do Congresso).

Tambellini, A.T. - "La Organizzazione Sanitaria in Brasile". Conferencia pronunciada no Instituto d'Igiene dell' Università Degli Studi da Perugia. Perugia, Itália, dezembro 1991 (mimeo).

Tambellini, A.T. - "La Situazione in Brasile dal punto di vista della salute". Conferencia pronunciada no Centro per la Educatione alla Salute dell' Università Degli Studi da Perugia. Perugia. Itália. outubro 1991 (mimeo).

Tabela 1
Population of the Main Urban Concentrations
of Latin America

Rank	Urban Area	Population ⁽¹⁾		
		1950	1985	2000
1	Mexico City	3.0	17.3	25.8
2	São Paulo	2.7	15.8	23.9
3	Buenos Aires	5.2	10.8	13.2
4	Rio de Janeiro	3.5	10.4	13.2
5	Lima/Callao	1.0	5.7	9.1
6	Bogota	0.7	4.5	6.5
7	Santiago	1.4	4.2	5.3
8	Caracas	0.7	3.7	5.0
9	Belo Horizonte	0.5	3.2	5.1
10	Guadalajara	0.4	2.8	4.1
11	Porto Alegre	0.7	2.7	4.0
12	Recife	0.8	2.7	3.6

(1) em milhões

Source: United Nations, The Prospects of World Urbanization. Revised as of 1984-1985. Population Studies Series No.101 (ST/ESA/SER.A/101). New York, United Nations, 1987. United Nations Publication Sale No.E.87.XIII.3.

Tabela 2**Life Expectancy in Countries of the Americas, 1985-1990**

Subregions, groups and countries	Life expectancy at birth, 1985-90
Latin America	66.6
1. Bolivia	53.1
Haiti	54.7
2. Peru	61.4
Guatemala	62.0
El Salvador	62.2
Nicaragua	63.3
Honduras	64.0
3. Brazil	64.9
Ecuador	65.4
Dominican Republic	65.9
Paraguay	66.9
Colombia	68.2
Mexico	68.9
Venezuela	69.7
4. Argentina	70.6
Chile	71.5
Uruguay	72.0
Panama	72.1
5. Costa Rica	74.7
Cuba	75.2

Source: Terris M. The Health Situation in the Americas, PAHO, Washington, DC., 1992, p.75

Tabela 3

Indicadores Econômicos e de Saúde nos Países da América Latina e Caribe

Países	Renda Per Capita (US\$) (a)	Part. dos 10% mais ricos na renda (b)	Gasto em saúde como % do PIB (c)	Habitantes por médico (d)	Mortalidade Infantil (e)	% de partos assistidos (f)
Desenvolvidos	12.960	de 21,5% a 30,5%	3,2%	550	9	99
(CA) América Latina						
Bolívia	600	-	0,5%	2000	113	-
Rep. Dominicana	710	-	1,4%	1400	56	98
Honduras	740	-	-	3100	128	50
Nicarágua	790	-	-	2230	65	-
El Salvador	820	29,5%	1,0%	2550	61	35
Jamaica	840	-	-	2830	19	89
Guatemala	930	-	-	-	61	-
Paraguai	1000	-	0,2%	1750	88	22
Peru	1090	42,9%	-	1440	90	44
Equador	1160	-	1,1%	-	64	27
Colombia	1230	-	-	-	47	51
Chile	1320	-	2,0%	1930	20	95
Costa Rica	1480	39,5%	5,7%	1440	18	93
Brasil	1810	50,6%	1,8%	1300	65	73
México	1860	40,6%	0,4%	-	48	-
Uruguai	1900	-	1,25	500	28	-
Panamá	2330	44,2%	5,1%	1010	24	83
Argentina	2767	35,2%	0,3%	-	33	-
Venezuela	2920	35,7%	2,2%	1000	37	82
Trin. & Tobago	5360	31,8%	-	1500	21	-

Fonte: MEDICI, A.C. As raízes econômicas da violência e seu simpatos na saúde. Saúde em Debate abril /92, 40-16

Tabela 4**Porcentagem de mortalidade total devida às doenças crônicas
não comunicáveis, 1970 e 1980.**

Sub-Região	%		
	1970	1980	1970-1980
América do Norte (USA e Canadá)	74,5	75,0	0,4
América do Sul (Temperada) (Países do Cone Sul)	54,0	60,0	11,1
Área do Caribe	47,0	57,0	21,3
América do Sul (Tropical)	22,0	45,0	104,5
América Central (inclui México e Panamá)	18,0	28,0	55,6

Fonte: Terris, M. *The Health Conditions in the Americas*, PAHO, Washington, DC, 1992, pa.77.

Tabela 5

**Dados relativos aos acidentes de trabalho em países com mais de 100 óbitos
anuais por esta causa**

Países	Óbitos (no.)	Acidentes (no.)	Letalidade (p/1.000)	Dias perdidos (no.)	Dias perdidos (p/acidentes)
Argentina (1985)	132	98,051	0,135	-	-
Brasil (1986)	4576	983.042	0,466	-	-
Colômbia (1985)	331	42.464	0,779	-	-
Cuba (1986)	316	63.467	0,498	1.533.300	34.2
Equador (1987)	233	1.717	13,578	-	-
Guatemala (1986)	358	31.498	1,137	-	-
México (1986)	1262	546.182	0,231	18.600	0.03
Canadá (1986)	605	-	-	-	-
U.S.A. (1986)	3610	2.593.910	0,139	46.725.700	18,0

Fonte: Anuário Estatístico de OIT-1988.

Tabela 6

Frequência absoluta e mortalidade proporcional por acidente de trabalho segundo fonte da lesão nos casos registrados no município do Rio de Janeiro - 1987/1988

Fonte de lesão	No.	%
Armas	82	16.1
Veículos	333	65.5
Outros	84	18.5

Fonte: MACHADO, J.M.H. - Violência no Trabalho e na Cidade - Tese de Mestrado ENSP/FIOCRUZ - Rio de Janeiro. 1991, p. 117(mimeo).

Tabela 7**Proporção (%) dos óbitos por causa externas
segundo subcategorias em países selecionados**

País e Ano		Acidentes de Trânsito	Suicídios	Homicídios	Outras Violências
Argentina	1985	19.0	13.8	10.3	9.0
Chile	1985	8.6	7.6	4.3	51.3
México	1983	23.8	1.7	21.2	1.2
EUA	1985	30.8	20.2	13.5	2.1
França	1986	20.8	25.2	1.3	4.6
Suíça	1987	18.8	30.6	1.5	2.6
Hungria	1987	13.2	37.3	2.7	15.1
Inglaterra e Escócia	1986	25.7	22.0	1.8	10.3
Capitais das regiões metropolitanas, Brasil	1985	27.9	3.9	25.7	17.2

Fontes: World Health Organization (WHO), *World Statistics Annual*, 1988, Ministério da Saúde-Estadística de Mortalidade, 1985.

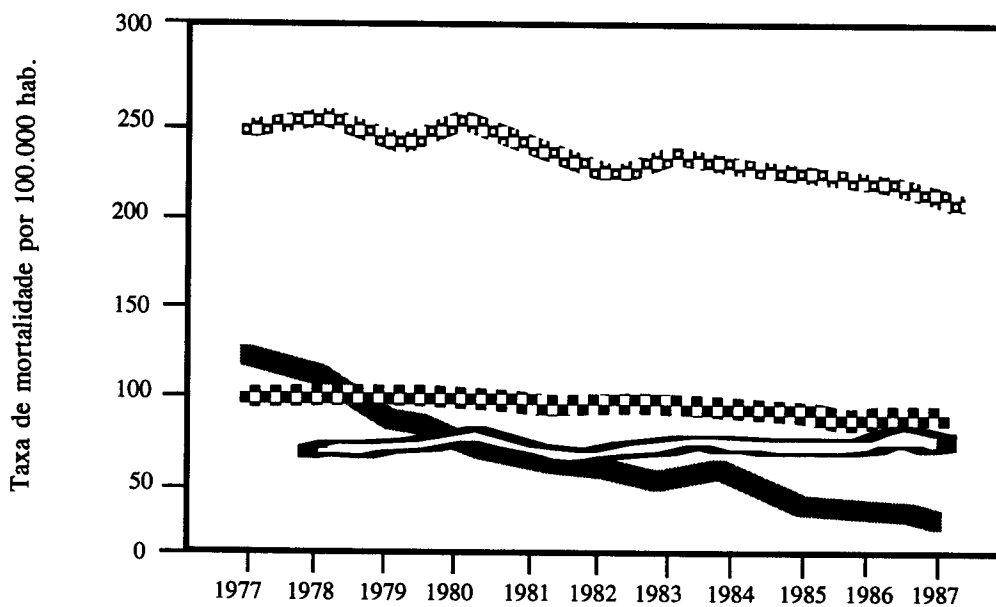
Tabela 8

**Taxas de mortalidade por causas externas (100.000 habitantes)
segundo sexo em países selecionados**

País	Ano	Sexo		Índice de sobremortalidad masculina
Argentina	1985	69,8	26,3	2,7
Chile	1985	118,5	32,0	3,7
Cuba	1986	96,6	50,1	1,9
México	1983	130,5	29,2	4,5
Estados Unidos	1985	89,8	33,6	2,7
França	1986	110,1	70,4	1,6
Suíça	1987	98,2	60,4	1,6
Hungria	1987	156,4	87,4	1,8
Inglaterra e Escócia	1986	46,2	29,2	1,6
Capitais das regiões metropolitanas, Brasil	1985	124,9	27,6	4,5

Fontes: World Health Organization (WHO), *World Statistics Annual, 1988*
Ministério da Saúde, *Estatísticas de Mortalidade, 1985*

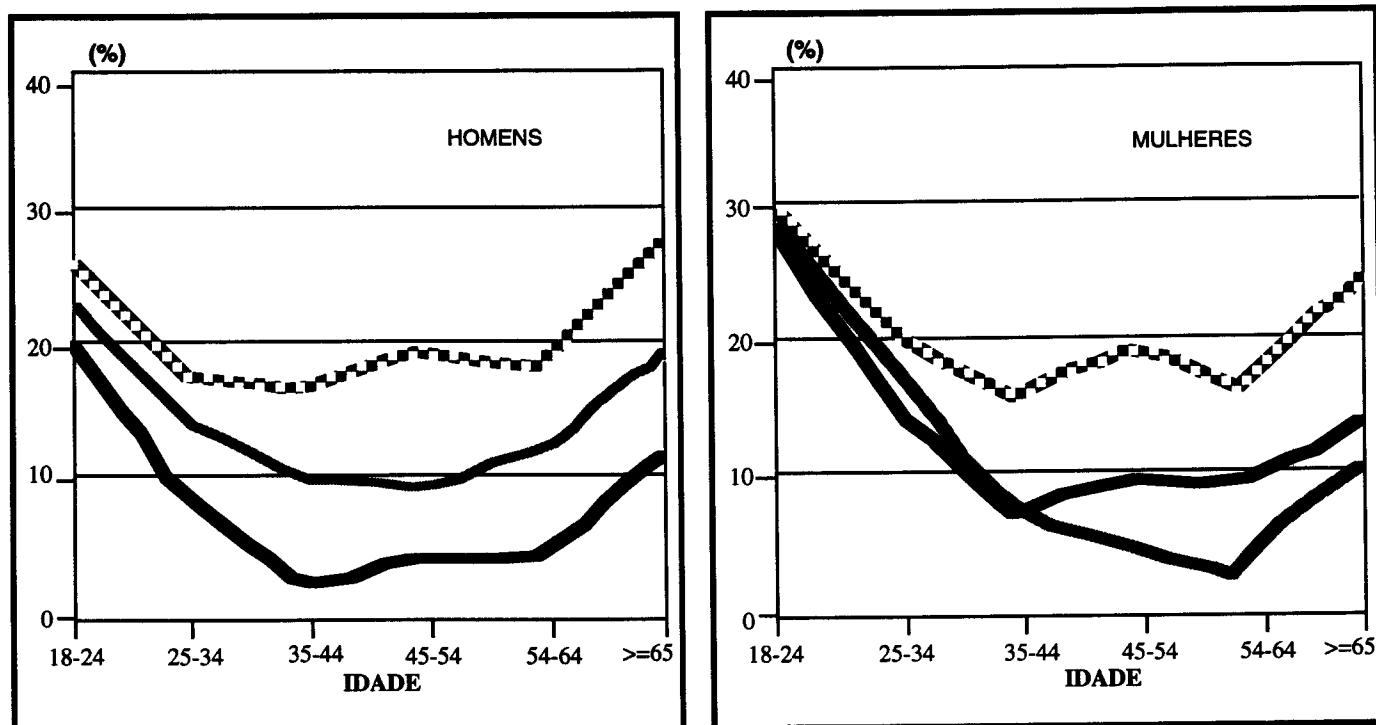
Grafico I
Taxas de mortalidade (por 100.000 hab.)
segundo principais grupos de causas nas capitais das grandes regiões metropolitanas do Brasil
1977 a 1987



LEGENDA

- 1. — D. INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS
- 2. - - - - - NEOPLASMAS
- 3. - - - - - D. APARELHO CIRCULATÓRIO
- 4. — CAUSAS EXTERNAS

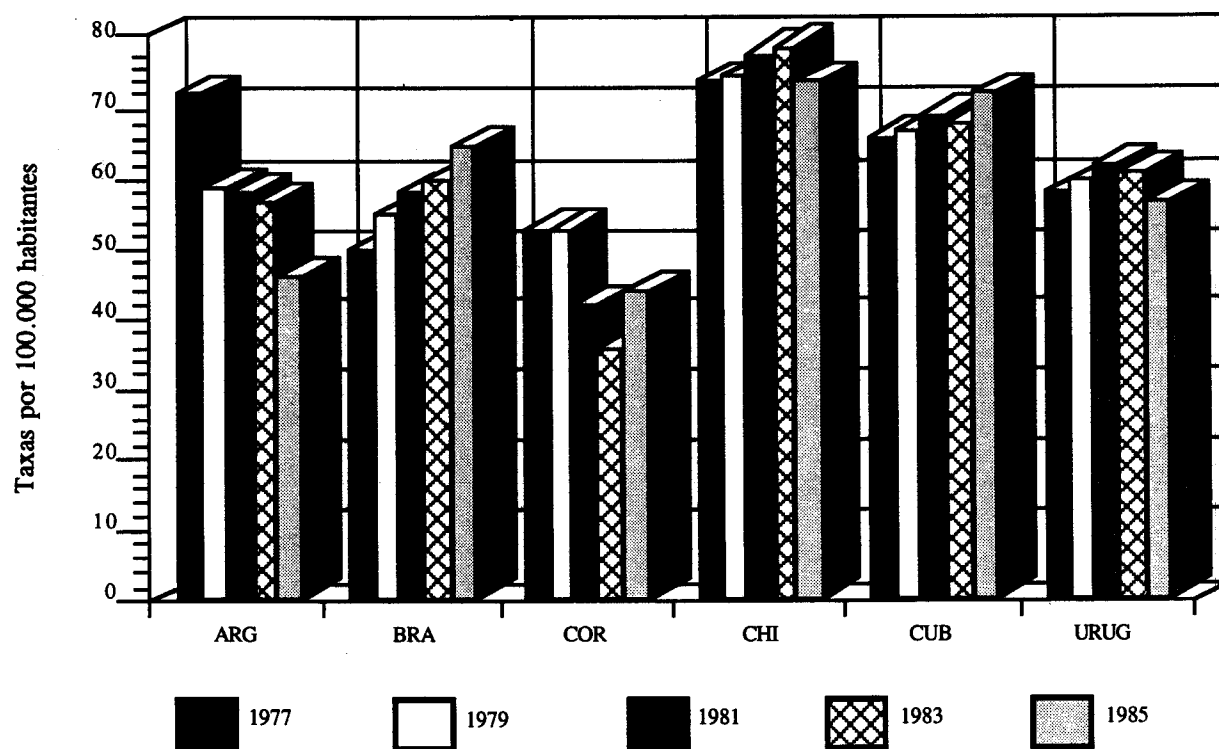
Grafico II
Prevalência (%) de baixo peso
segundo sexo, idade e renda
Brasil, 1989



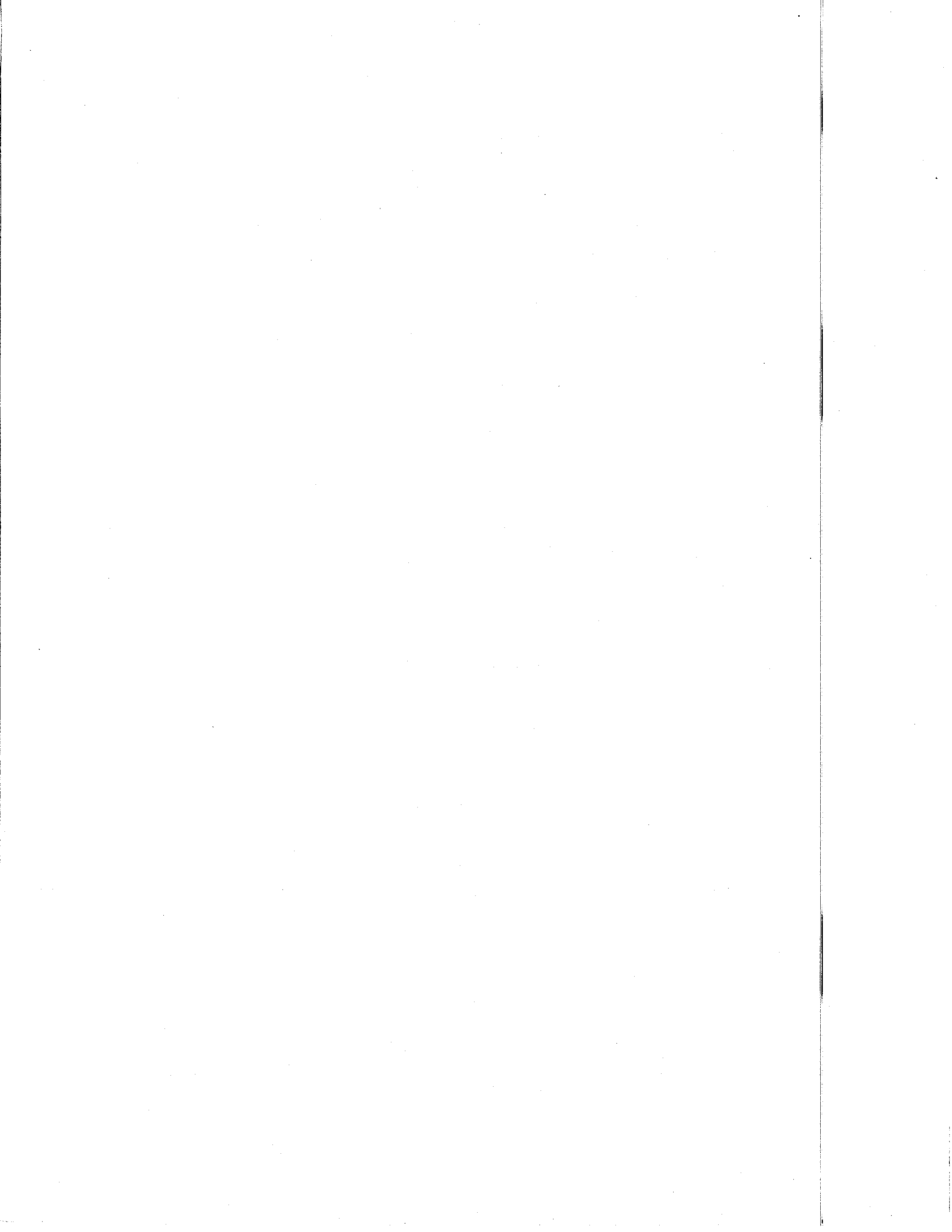
- - - < 0,5 sm/capita
 — 0,5 - 2,0 sm/capita
 — >= 2,0 sm/capita

Fonte: OIF-PNUD-IPLAN/IPEA - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1988. Ribeiro FS "Saúde e Trabalho no Brasil - reflexão sobre a espoliação biológica dos trabalhadores brasileiros. Projeto de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 1993, mimeo

Grafico III
América Latina: mortalidade por causas externas
países selecionados: 1977-1985



Fonte: SOUZA ER, e ASSIS SG. "Violência e Mortalidade na América Latina: Um estudo das causas externas de 1968 a 1986". CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, mimeo. 1989. Rio de Janeiro, p. 28.



TRANSFORMACIONES EN EL MERCADO DE TRABAJO Y SALUD

Cristina Torres

Introducción

El presente trabajo constituye una aproximación a la relación salud y trabajo que pretende contribuir a la reflexión en el marco de las actividades de la OPS/OMS hacia las instancias gubernamentales relacionadas con el trabajo (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, empresarios, y otros), las organizaciones representativas de los trabajadores, las comisiones de salud de los Parlamentos así como con agencias intergubernamentales que se ocupan del ámbito laboral.

El tema se inserta en el espacio abierto para la implementación de una de las orientaciones estratégicas para el quadrenio *Salud en el desarrollo*, cuyas metas son reducir las desigualdades en el estado de salud y en el acceso a los servicios entre grupos sociales al interior de los países y en segundo término, refortalecer el interés de los actores políticos y sociales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores de población mayoritarios que redunde en la incorporación de salud a sus agendas, en la elaboración de programas de acción concretos y en una más adecuada dotación de recursos para respaldar los mismos.

Entendemos que los modelos de desarrollo dominantes en la Región han introducido importantes cambios a nivel estructural, en el mercado de trabajo y en las condiciones de trabajo de las poblaciones que modifican sus posiciones en la producción/reproducción y en la calidad de vida de las mismas, por lo que se justifica una revisión de la relación salud/trabajo en un sentido amplio.

El ámbito laboral, ha sido sin lugar a dudas, uno de los escenarios donde más claramente se han cristalizado los cambios más significativos en materia de modelos de desarrollo, en lo que se refiere a: las restricciones de políticas sociales, la introducción de nuevas formas de contratación, la pérdida de la vigencia de la legislación de protección al trabajo, la reducción general de los niveles de ingresos y el deterioro de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMATS).

Estas transformaciones que se han operado a lo largo de las tres últimas décadas y que han sido, fundamentalmente, el resultado de la puja redistributiva económica-política de diversos actores socio-económicos a nivel nacional y regional implicaron la pérdida progresiva del peso de los actores sociales subalternos así como su fragmentación, lo que frecuentemente llevó a una disminución de la capacidad de los mismos para generar propuestas y buscar soluciones en beneficio de los segmentos de población trabajadora.

Es necesario que se recree un espacio concertado en donde se evalúen los nuevos riesgos y los daños en salud a la que están sometidos los sectores mayores de la población, permitiendo

que su perspectiva se exprese a través de sus propios representantes y organizaciones, conllevando así un papel más activo de éstos en el campo de la protección de la salud.

Es previsible que dadas las condiciones generales para la región, los años noventa sean todavía años de transición en materia económica y social, en donde los países y las subregiones sufran ajustes propios a su reacomodación en el sistema económico internacional, por lo que es imprescindible evitar que los mismos se constituyan en la base de un deterioro sistemático e irreversible de las condiciones de salud de las poblaciones.

Partimos de la idea que el proceso salud-enfermedad es el resultante de la interacción del organismo individual con el medio y que éste es cada vez más una construcción social cuyos determinantes, muchas veces, exceden la posibilidades de corrección de los ciudadanos y que, por el contrario, los diferencia entre sí. Es necesario entonces intervenir en la reorientación de las políticas de salud a los efectos de disminuir y corregir los efectos discriminatorios y las inequidades.

Los trabajadores y la salud

Coincidimos con numerosos expertos en considerar que la sociedad en su evolución ha modificado los conceptos de salud y de enfermedad hasta alcanzar la versión más acabada de entenderlos como un proceso en el que inciden factores de orden bio-psico-social.

Mucho camino también se ha avanzado en la comprensión de la relación salud-trabajo, superando la versión restringida de la medicina del trabajo¹, cuyo objetivo era restaurar la fuerza de trabajo para evitar pérdidas empresariales por salarios caídos, cuya única misión era restituir al trabajador enfermo o accidentado a su puesto de trabajo, en el menor lapso posible. La medicina del trabajo constituye una parte importante de la salud laboral, pudiéndose decir que hoy en día está inmersa dentro del ámbito de la salud ocupacional.²

También han quedado atrás, la visión del ámbito laboral restringido a las instalaciones físicas de la empresa; en la actualidad cuando se habla de CYMATS se incluye en entorno del trabajador abarcando su hábitat. Paralelamente, se amplió el concepto de riesgo para incluir los

¹ En un principio, el ámbito de la medicina del trabajo se limitaba a las enfermedades ocupacionales o a los daños causados en el ejercicio del trabajo. La legislación para la protección de los trabajadores en sus lugares de trabajo fue desarrollada a finales del siglo XIX y establecía que los operarios que realizaran trabajos peligrosos o que estuvieran expuestos a sustancias tóxicas deberían someterse a supervisión médica. *Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad*.

² La medicina del trabajo (occupational medicine) está directamente relacionada con las enfermedades ocupacionales causadas básicamente por factores químicos (como por ejemplo, intoxicaciones, neumoconiosis y otras enfermedades de los pulmones causadas por la inhalación de sustancias tóxicas) y factores físicos (como por ejemplo exceso de ruidos, efectos de radiación, etc). El campo de acción de la medicina del trabajo podría resumirse en dos grandes aspectos: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (tal y como están definidos en la recomendación de la OIT en 1959). Véase: *Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad*, 1989, OIT.

factores físicos y químicos dañinos a la salud humana que ya eran considerados por la medicina del trabajo. A esto se suman las condiciones que se pueden medir a través del impacto en variables como el nivel de ingreso, los horarios de trabajo y la duración, los ritmos de producción, la cadena jerárquica, la organización interna del trabajo, el sistema de contratación, el control de trabajador sobre el proceso, y otros.

Lo anterior comprende algunas de las preocupaciones del ámbito de la salud ocupacional la cual tiene que ver directamente con la salud en su relación con el trabajo y con el ambiente laboral. Gradualmente, se fue expandiendo su ámbito de interés como resultado de numerosas investigaciones que hicieron claro la importancia de la prevención de los riesgos ambientales en otra parte, promover el ajuste mutuo o la adaptabilidad del hombre a su trabajo produciendo la eficiencia y el bienestar en el trabajo.³

Esto ha sido relevante, más allá de que todavía puedan persistir, a nivel de la formación de médicos y otros profesionales de la salud, importante vacíos en este campo y que todavía las concepciones más restrictivas impregnan, no sólo el paradigma médico, sino también el pensamiento de instituciones gubernamentales y de las propias organizaciones representativas de los trabajadores.

Por otro lado, la medicina social se constituye y se autoproponen en este campo como "un espacio de convergencia que contempla distintas manifestaciones valorativas, teóricas, temáticas y metodológicas y reúne investigadores de la salud desde sus diferentes campos, (sociología médica, epidemiología, economía de la salud, antropología médica, medicina comunitaria, y otros). Se diferencia de otros enfoques clásicos, en el campo de la salud pública, porque redefine al objeto de estudio como el proceso salud-enfermedad, entendido como una unidad en cuyo interior se produce movimiento y transformación de sus elementos constituyentes y que requiere para su adecuada interpretación, la aplicación del conocimiento de las ciencias que abarcan los procesos naturales y de las ciencias que tratan los procesos sociales e históricos. (Mercer: 1987).⁴

³ Un comité mixto de la OIT y la OMS, definió en 1950 la *salud ocupacional* en los siguientes términos: "La salud ocupacional tiene como finalidad promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; evitar el desmejoramiento de la salud causado por las condiciones de trabajo; protegerlos en sus ocupaciones de los riesgos resultantes de los agentes nocivos; ubicar y mantener a los trabajadores de manera adecuada a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo". OIT, 1983. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* y Oyanguren Herman, 1981. *Salud Ocupacional en Salud Pública*.

⁴ En los seminarios realizados en Viña del Mar y Tehuacan en 1955 y 1956 por la OPS/OMS se comenzó a estimular la introducción del componente social en la formación médica. Perú ya en 1848, como parte de las rupturas del conocimiento científico, el concepto de medicina social surge en Europa y a pesar de su ambigüedad, con ello se estaba relacionando a las enfermedades con los problemas sociales y entendía que el Estado debía de intervenir en la solución de los problemas de salud. (Véase, Juan Cesar García, 1983 y Nuñez, 1986).

Continuando con esta línea de pensamiento, estimamos conveniente enfatizar y profundizar el estudio de las consecuencias de los riesgos en la salud de los trabajadores dado que forman parte de un proceso de trabajo que está inserto en un proceso de producción y que está sujeto, en tanto que individuos, a condicionantes socioeconómicas que se derivan de la implementación de las políticas económicas y sociales así como de las estrategias empresariales adoptadas para cada coyuntura.

Otro vector del avance en este campo lo ha constituido la institucionalización, promovida por la labor sostenida de la OIT desde 1919, en aras de la elaboración de los convenios internacionales del trabajo. Su aplicación beneficia directa o indirectamente la salud de los trabajadores, ya se trate como los primeros que establecieron la jornada de ocho horas, la protección a las mujeres embarazadas, el descanso semanal y licencias, o los más específicos que se ocupan de las enfermedades laborales para poblaciones de trabajadores definidas (minas, construcción, industria química, y otros). La prevención de accidentes, la instalación de servicios de médicos de la empresas etc. (OIT: 1991).

No obstante este esfuerzo, cabe señalar que en los procesos de ratificación de estos convenios se han constatado dificultades a nivel de los países y otros pierden vigencia por que no se respetan e la práctica. Dadas las condiciones actuales del mercado laboral --la extensión de la jornada de ocho horas, reducción o no respeto de la licencia de maternidad--. Al mismo tiempo, es bien significativo que los convenios N°s 170 y 171, extremadamente importantes, referidos a químicos y trabajo nocturno no han sido ratificados por la mayoría de los países. Se puede decir que el conjunto de convenios conforman una especie de código del trabajo que excede en su valor global la legitimidad otorgada por cada una de las ratificaciones nacionales.

También desde el ámbito de la OPS, se ha contribuido a través de la cooperación técnica con los países y del desarrollo de los diferentes divisiones y programas que directa o indirectamente tienen ingerencia en este campo. Desde los más específicos, como son Salud del Trabajador, Salud del Adulto, Mujer, Salud y Desarrollo, hasta los que están referidos a la lucha contra las enfermedades, a saber SIDA, malaria, cólera, y otros, pasando por los que están centrados en la cooperación tendiente al desarrollo de los servicios de salud.

La atención de la situación de salud de las poblaciones durante su período productivo atraviesa tanto los programas orientados a los grupos etarios, como aquéllos orientados a resolver problemas de salud específicos, y también se beneficia de todas las mejoras que se le impartan al sistema de atención, por lo que la contribución de la OPS se puede afirmar que ha sido constante desde su creación en 1901.⁵

Sin embargo, a pesar de los aportes arriba señalados queda mucho camino a recorrer. Primeramente, falta superar totalmente las concepciones restrictivas de la medicina del trabajo en las que todavía encontramos una tendencia simplificadora que analiza separadamente cada uno

⁵ En 1901 se realizó la Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.

de los factores de riesgo --ruido, productos químicos, humedad, calor, y otros--, sobre la salud del trabajador sin percibir que en la realidad laboral convergen múltiples factores. Es necesario dar cuenta no sólo de los riesgos del puesto de trabajo sino también del sexo, edad, situación familiar y formas de contratación de aquellos que ocupan esos puestos porque esa información podrá arrojar mucha luz sobre su desempeño laboral y los riesgos específicos a los que se ven enfrentados. Por otro lado, es necesario revalorizar todos los componentes del proceso de trabajo, ya que cada uno puede convertirse en factores de riesgo cuando se presentan en dosis inadecuadas. Es necesario estar prevenido sobre el hecho de que no siempre se da claramente la relación causa-efecto, sino que los efectos del trabajo sobre la salud pueden estar diferidos en el tiempo, por lo cual es más adecuado hablar de *proceso de desgaste* que de *enfermedad*.

Entendemos que una aproximación correcta a la problemática de salud y trabajo en la actualidad debe dar cuenta de tres procesos:

- Se han operado modificaciones en la estructura de la población económicamente activa. Salud del trabajador no puede limitarse a la identificación de los riesgos del puesto de trabajo, independiente de quién lo ocupa.
- Complementariamente, la incorporación de nuevas tecnologías y nuevas materias primas han producido modificaciones substantivas tanto en los procesos de trabajo como en los de producción de bienes y servicios, generando nuevos *riesgos* a los que está expuesto el trabajador. Ello nos obliga a una actualización permanente de las llamadas enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.
- La pérdida de vivencia de varias normas de protección al trabajador o la reducción de su cobertura se ha constatado en la últimas tres décadas, para muchos de los países de la Región.

Dedicaremos las páginas siguientes al análisis de los cambios en la fuerza de trabajo que deben ser considerados a la hora de diseñar políticas y programas de protección a la salud de los trabajadores. Lamentablemente, los límites de este trabajo impiden abordar los otros dos temas destacados arriba, no obstante lo cual dejamos constancia de que son imprescindibles para una visión acabada y actualizada del trabajador.

Cambios en la estructura de la población económicamente activa, derivados de las políticas económicas y del mercado de trabajo.

Partimos del reconocimiento de que en el nivel de determinación económica social y política se definen las características principales del mercado de trabajo y que el mismo tendrá un peso preponderante en la conformación de los perfiles socio económicos-epidemiológicos de los diferentes segmentos de la población económicamente activa, ya que en el mercado de trabajo se producen condiciones que estimulan la aparición de patologías; factores tensores (o estresantes); parcialmente, la transformación de los sistemas de salud, y parcialmente, la transformación de las modalidades de prevención.

A los efectos de ordenar la presentación agruparemos los cambios en aquellos derivados de la implementación de las políticas económicas y sociales del Estado y aquellos derivados de las políticas empresariales orientadas a reestructurar la relación capital-trabajo, a nivel del mercado de trabajo.

Cambios en la estructura de la fuerza de trabajo derivadas de las políticas económicas y sociales y los programas de ajuste

Recordamos que la década de los ochenta, comienzo de los años noventa ha constituido un período de crecimiento regresivo de las economías de la Región y, en particular, para la subregión del Cono Sur; en la que se presentan tasas promedio de crecimiento del PBI negativas para la mayoría de los países (Argentina, 2.8; Brasil, 0.7; Chile, 0.9; Paraguay, 0.0 y Uruguay 0.3).

Las crisis y el endeudamiento produjeron, entre otros, hacia fines de los años ochenta las políticas de reducción del gasto público y las políticas de privatización en el ámbito económico. En particular, las vinculadas con la venta de empresas productivas y prestadores de servicios públicos. Ello abrió un espacio ideológico y político para la extensión de esta tendencia hacia otros campos de la sociedad, como por ejemplo, en el sector salud. Este proceso agudiza el deterioro de los servicios públicos de atención y de carácter gratuito, que desde hace varias décadas estaban proveyendo los ministerios de salud en América Latina.

Estudios realizados recientemente por la OPS⁶ ponen de manifiesto una tendencia hacia la privatización de los servicios de salud, por un lado, y por el otro, se constatan diferencias en cuanto a las modalidades en que se expresan estas tendencias privatizadoras. El deterioro de los servicios públicos contribuye para generar una demanda lo suficientemente amplia como para rentabilizar esta rama de prestación de servicios y generar ofertas de prestadores privados.

Paralelamente, la seguridad social, institución que por excelencia se ocupa de la atención de los problemas de enfermedad de los trabajadores en la mayoría de los países de la Región, adolece de serios problemas; entre otros, burocratismo y desfinanciamiento los que afectan la prestación de servicios a aquellos sectores de la población asalariada que es derecho-habiente. (Mesa-Lago: 1987)⁷

⁶ Véanse los diferentes estudios de caso realizados por el Programa de Políticas de Salud (HSP)/División de Salud y Desarrollo, de la OPS/OMS sobre los procesos de privatización de los servicios de salud. Los países estudiados fueron Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica, México, Uruguay y Venezuela.

⁷ La población trabajadora se ha estratificado con respecto al acceso de servicios de atención en salud. En la base de la pirámide están aquéllos que no disponen de seguridad social y, en el vértice, aquéllos que dado su fuerza organizativa y poder negociador, están beneficiados con seguros propios o privados de mejor calidad. Un importante grupo de países cubren apenas el 50% de la población económicamente activa con los seguros de salud. Las ramas económicas con el desarrollo y la cobertura mayor están en las zonas urbanas, donde los trabajadores están fuertemente sindicalizados y pueden paralizar el país o afectar seriamente la producción. Por el contrario, la cobertura es menor en las ramas no estratégicas donde los trabajadores son poco sindicalizados y tienen menos poder. (Mesa Lago. 1987).

También en el seno de esta institución ha penetrado la tendencia privatizadora. La seguridad social en muchos países compra servicios en el sector privado de prestadores (Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Uruguay, Venezuela, entre otros), haciendo que cada vez más sea el usuario quien financie progresivamente la diferencia de costos a través de diversos mecanismos: honorarios médicos, medicamentos, exámenes, uso de emergencia móvil, pago de aranceles, etc.

En el marco de las políticas de reforma del Estado, se pone fin para muchos países de la Región, a proyectos desarrollistas sobre la base de un papel redistribuidor del Estado en el campo de lo social, en que paralelamente éste constituía un empleador importante.

Otra de las características es que en las últimas cuatro décadas, se ha producido una restructuración a nivel del peso relativo de los sectores económicos cuyo resultante fue el debilitamiento de las actividades del sector primario y una primacía de la pequeña empresa en la industria, el comercio y los servicios, lo que produce una caída en el empleo de las empresas de más de 10 empleados.

Según la información disponible, las tasas de desocupación urbana fueron crecientes en la década de los ochenta, alcanzando los valores más altos durante los años 1983, 1984 y 1985. Para los países del Cono Sur, las tasas anuales medias de desempleo presentan la misma curva aunque en algunos países la recuperación ha sido más lenta. Como, por ejemplo, en el caso de Argentina, Paraguay y Uruguay.

Se debe tener en cuenta otras transformaciones importantes en las condiciones objetivas de producción de caracteres ideológicos-culturales, que pautan los comportamientos de empresarios y trabajadores. Por ejemplo, la primacía del sector financiero, reforzada por la creciente incertidumbre derivada de los cambios en las políticas económicas y financieras, produce un debilitamiento de la lógica productivista.

En síntesis, la crisis económica de inicios de la década de los ochenta⁸ abre una etapa caracterizada por la profundización de las políticas de reducción del sector del gasto público, la reducción de déficit público, la creciente apertura de la economía nacional al exterior y el

⁸ América Latina experimentó en la década de los ochenta un retroceso significativo en las mejoras de sus niveles de vida. El Producto Interno Bruto total para 1988 fue superior al de 1987 sólo en un 0.6%, es decir que hubo un descenso global de 1,5%. En lo que se refiere al PIB per cápita para este mismo año, bajó en un 7% después de haberse elevado en un 40% entre 1970 y 1980. El consumo por habitante fue inferior en un 9% en 1988 con respecto a 1980. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 1989. *Progreso Económico y Social en América Latina*.

aumento de la participación del sector privado en la producción de bienes y servicios, en particular, en aquéllos de carácter social como la salud y la educación.⁹

A lo largo de la década de los ochenta se observa un aumento de la tasa de desempleo¹⁰, aumento de la informalidad¹¹ descenso de los niveles de salario real, aumento de la marginalidad, de la violencia¹², de la penetración del narcotráfico en las economías, y demás.¹³

Por último, los procesos inflacionarios --en algunos países de hiperinflación-- que acompañaron dichas políticas en tanto que instrumentos de la redistribución regresiva también contribuyen a que las poblaciones asalariadas pierdan sus niveles de ingreso, su estabilidad y su capacidad de ahorro.

Para los países del Cono Sur este proceso se identifica claramente para los años 1989-1990 en Argentina y Brasil. Ello explica, en parte, el deterioro de los salarios mínimos, que perdieron el 32% (Argentina) y el 31% (Brasil) de su valor. La única excepción en este proceso fue Paraguay que junto con Costa Rica y Colombia presenta un aumento de los salarios mínimos en la región de América Latina.

Otra de las medidas adoptadas en el marco de las políticas salariales en algunos países que acompañó estos procesos, fue el congelamiento de salarios; lo que también constituyó un instrumento regulador de los niveles de ingreso y, por tanto, un importante instrumento para recrear las condiciones de trabajo.

⁹ El deterioro de los servicios gratuitos de educación y salud redundan en un recorte de ingreso de las familias que deberán pagar por esos servicios.

¹⁰ En América Latina las tasas de desempleo pasaron de 7,4% en 1980 a 10,0% en 1987, cuando la tendencia histórica era de aproximadamente del 7%. ECLAC, 1989, *The Dynamics of Social Deterioration in Latin America and the Caribbean in the 1980s*.

¹¹ Según el Sistema Económico Latinoamericano (SELA), 1988, *Las condiciones Sociales y Políticas del Endeudamiento Externo de América Latina y el Caribe*, la economía informal, urbana y rural abarca bastante más de un tercio de la población económicamente activa y presenta una tendencia ascendente. Ya para 1986, la participación del sector informal en la fuerza de trabajo urbana de varios países de América Latina oscilaba entre el 24% y el 60% y se concentra, básicamente, en las actividades de comercio, servicios y manufactura. Se calcula que cerca del 70% de los pobres urbanos de los países de América Latina están ocupados en el sector informal. Véase el documento CSP23/4 presentado a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, sobre Salud de los Trabajadores. Septiembre de 1991.

¹² Ejemplo de ello son las manifestaciones violentas ocurridas en varias ciudades de los diferentes países de la Región, con especial énfasis, las ocurridas recientemente en Argentina, Brasil y Venezuela como respuesta, principalmente, a los efectos de las medidas de ajuste.

¹³ Aquí hacemos referencia a la ampliación de los llamados carteles de tráfico de drogas que, además de Colombia, Perú y Bolivia, ahora incorporan a Venezuela y a Panamá.

Cabe señalarse que estas transformaciones se operaron como fruto de enfrentamientos políticos profundos en torno a qué tipo de desarrollo era posible y deseable para la Región. Esto, en muchos países se cristalizó en enfrentamientos entre los segmentos sociales entre sí y el Estado, a finales de la década de los sesenta comienzo de los años setenta y produjo la interrupción de la vida institucional y democrática.

La fractura de la institucionalidad y la violencia política restringieron al máximo la capacidad de expresión reivindicativa de los trabajadores organizados y contribuyeron grandemente a la desestructuración de los mismos en tanto que actores sociales permitiendo la implementación de medidas que entrañaron la pérdida de valor de sus ingresos y de los beneficios sociales.

No cabe duda que el conjunto de estos factores no constituyen el marco para el desarrollo bio-psico-social equilibrado. Los procesos de industrialización/urbanización desordenada produjeron empobrecimiento, hacinamiento y contaminación. En la Región de las Américas, 170 millones de personas viven en condiciones de pobreza de las cuales 70 millones presentan situaciones críticas y de extrema carencia. (Castellanos, 1991).

Entre los múltiples indicadores de este empobrecimiento, en la última década, está el incremento de algunas enfermedades de fácil transmisión, que se creían erradicadas. (Maigón: 1991). Estas enfermedades están condicionadas por factores socioculturales vinculados al desarrollo y a la situación económica que afecta a los países de la Región. Algunas de estas enfermedades son la malaria, el dengue, la fiebre amarilla y la enfermedad del Chagas.¹⁴

Como caso particular cabe mencionar la presencia del cólera endémico, que por primera vez en este siglo se hizo presente primeramente en Perú entre enero y febrero de 1991. Las causas de la epidemia se vinculan a factores de carácter económico-social y ha sido denominada la enfermedad de los pobres.¹⁵

¹⁴ El número de casos registrados de malaria aumentó constantemente durante el período 1985-1988, de 910.917 casos en 1985 a 1.100.330 en 1988. El dengue pasó de 68.010 casos en 1985 a 128.769 en 1987. En cuanto al mal de Chagas se estima que unos 90 millones de personas están expuestas al riesgo de contraer esta enfermedad. OPS, 1990. *Las Condiciones de Salud en las Américas*.

¹⁵ Las investigaciones epidemiológicas en el Perú han revelado varios mecanismos causantes de la propagación del cólera. El factor de riesgo principal en las ciudades ha sido beber agua sin tratar o sin hervir. Varios estudios ambientales realizados en la primera fase de la epidemia encontraron elevados niveles de coliformes fecales y ausencia de cloro residual en varios sistemas municipales de agua. El vibrio cólera fue aislado en no menos de tres sistemas de agua así como también en múltiples muestras ambientales, incluyendo aguas costeras y de ríos. Otros factores de riesgo incluyen el consumo de alimentos que han permanecido más de tres horas sin refrigeración. Otros factores considerados de importancia en el Perú han sido el consumo de alimentos crudos de origen marino, principalmente preparados como cebiche y la descarga de desechos en los ríos y en el océano. (OPS, 1991). Como se deduce de esta síntesis, las condiciones en las que se produce la epidemia son las condiciones en las que viven importantes segmentos de la población trabajadora en nuestros países.

Durante los últimos tres años han sido notificados también casos de cólera en Argentina, Brasil y Chile, que si bien no han alcanzado la importancia numérica de los países andinos, no deja de ser alarmante constatar que los casos han sido del orden creciente.

Otro ejemplo de modificación de condiciones epidemiológicas y trabajo lo tenemos con malaria. Después de tres décadas de control a través de la utilización de fumigación intradomiciliar con DDT y antimaláricas usuales se había reducido al máximo la enfermedad de la Región. En 1970, se habían computado 52.269 casos en el Brasil, país donde se observa un aumento constante de número de casos llegando a 504.000 en 1987.

Estudios recientes (Fernández y Sawyer: 1988 y 1989) han evidenciado que los cambios en las prácticas habitacionales y las nuevas políticas de colonización de la selva amazónica son las que explican este alarmante crecimiento de casos.

Los seguimientos de los hogares en zonas de Rondonia, Brasil arrojaron que la prevalencia de la enfermedad varía en relación a variables socioeconómicas, siendo los segmentos de población trabajadora más pobre --trabajadores independientes, zafrales, buscadores de oro y colonos-- los más afectados.

Ello explica por que las formas tradicionales de prevención --fumigación intradomiciliaria y en los entornos de las viviendas-- no son efectivas en las condiciones de precariedad en que viven esas poblaciones.

Aunque actualmente la malaria esté concentrada en la Amazonía, especialmente en zonas de colonización reciente, la elevada movilidad espacial de la población afectada y la gran variabilidad de las situaciones de transmisión hace de este un problema nacional y no solamente regional, exigiendo no solamente una diversificación de las estrategias de control sino también campañas de información par aumentar la protección personal y el saneamiento ambiental.

Con respecto al impacto de condicionantes del trabajo tales como deterioro del salario real la pérdida de fuentes de empleo, la sobrecarga de trabajo y la extensión de la jornada, en el equilibrio de las condiciones psicológicas de las poblaciones se dispone de información empírica escasa y se requiere mayor investigación en estos campos para América Latina. Existen estudios para los países europeos que ilustran sobre los desajustes bio-psíquicos que producen las situaciones de miedo, inseguridad y persecución sostenidas, ya sea de orden político, ideológico y/o económico.¹⁶

¹⁶ Estudios realizados en Francia revelan que para el caso de las víctimas de la Segunda Guerra Mundial, cuatro generaciones han padecido el síndrome de nazismo.

El estrés o como lo han denominado en Japón, "Karoshi", atraviesa todas las categorías y situaciones ocupacionales causando un sinnúmero de patologías como gastritis, cardiopatías y alergias pudiendo causar la muerte. Un importante avance se ha dado en esta materia en Japón, cuando el Consejo Central de Estadísticas Laborales del Ministerio de Trabajo de Japón falló en favor de la viuda de un ejecutivo, que reclamó indemnización por muerte causada por fatiga de los viajes de negocios. Este fue el primer caso en que se reconoció el "Karoshi" en el sector terciario. (OIT, 1993).

Por último, para los estratos de menores recursos la situación de salud precaria puede verse agravada por la inaccesibilidad a los servicios de atención, debida a diferentes razones. Entre estas, el incremento de los costos, la falta de disponibilidad de cobertura o por las carencias técnicas y de otros recursos de los establecimientos a los que concurren, lo que sin duda cierra el perverso círculo de la pobreza.

Modificaciones en la estructura de la población económicamente activa originadas por las nuevas formas de inserción en el mercado de trabajo: prevaricación e informalización, feminización y mano de obra infantil.

La globalización de la economía y los requisitos de los mercados internacionales llevan a los empresarios a extremar la búsqueda de condiciones de competencia.

Uno de los mecanismos es el abaratamiento de la fuerza de trabajo que se da a través de las nuevas formas de contratación en el mercado de trabajo, de las que distinguimos: todas las formas de precariedad y la expansión del cuenta propismo, así como la incorporación de nuevos segmentos de población al mercado de trabajo como es el caso de mujeres y niños, con quienes se establecen distintas condiciones de trabajo de las que rigen a la población trabajadora formal.

Todas las modalidades incluídas en la precariedad --temporales, a prueba, a la pieza, por obra, safrales, y otras-- se caracterizan fundamentalmente por la ausencia de mecanismos de regulación de los salarios en los que intervenga el Estado y porque dispensan al empresario de la obligación de la mayoría de los beneficios sociales, incluyendo la cobertura de salud y de la protección de la legislación laboral en caso de accidentes y/o enfermedades profesionales.

Por otra parte, el sector informal se define por una relación independiente que fija sus propios honorarios y gozan de beneficios sociales si se cotiza como patrón independiente. La informalidad ha tenido un aumento cuantitativo significativo en los últimos 15 años en la Región, en donde ha ido abarcando progresivamente un espectro mayor de ramas productivas así como penetrando las diferentes categorías laborales¹⁷.

¹⁷ En el sector informal encontramos desde los vendedores ambulantes hasta los profesionales, pasando por los técnicos y lo trabajadores de cuello blanco. (Jaime Mezzer: 1988).

A los efectos analíticos se puede distinguir claramente el sector informal del sector formal de la economía, pero a nivel de las empresas y a nivel de los trabajadores mismos, ambos se combinan y se complementan.

Las empresas encuentran una forma de abaratar sus costos de producción vía el contrato por obra, el pago a destajo o la contratación de personal temporal, a domicilio, evitando así las variaciones sazonales de producción, las reivindicaciones obreras en materia de salario y la capacitación permanente. Las licencias anuales, la jubilación y la cobertura en salud, disminuye las exigencias de cumplimiento de normas de seguridad e higiene y el respeto a la legislación vigente en materia de derechos de los trabajadores.

También estas formas de contratación facilitan la incorporación temporal o sazonal de los trabajadores a las empresas, lo que permite implementar políticas de disminución del personal estable con la concebida generación de estrés frente a las perspectivas de desempleo --real o posible-- con consecuencia en la salud, no sólo con el personal desempleado sino también con los que permanecen en la empresa.

A nivel de los propios trabajadores, ambas modalidades se combinan y es habitual encontrar que ellos también responden al deterioro de sus niveles de ingresos a través de la combinación de dos jornadas: una, en el mercado formal y otra, en el informal.

Bajo esta modalidad se han incorporado al mercado de trabajo en América Latina, un importante porcentaje de las mujeres trabajadoras y de los niños y adolescentes trabajadores. En el caso de la mujer trabajadora su incorporación al mercado de trabajo se debe también a cambios sociales, tecnológicos y culturales que se operan en el seno de nuestras sociedades.

A continuación presentaremos los cambios de la PEA, por edad, sexo y modalidad de contratación que se desprende de los procesos arriba mencionados.

Variaciones por edad

En los últimos años se ha perfilado claramente una tendencia al aumento de participación de jóvenes y niños en el mercado de trabajo y las proyecciones para el año 2000 es que las tasas se mantengan y/o aumenten, para esta Región del mundo.

En este tema, se verifica una dificultad en la relación recolección de información estadística ya que la mayoría de los países solamente registran a jóvenes trabajadores a partir de la edad de trabajar, no obstante lo cual, cifras disponibles a través de organizaciones no gubernamentales muestran que importantes segmentos de niños, por debajo de la edad legal, también se han incorporado a la vida activa.

Según las mismas fuentes, el alcance del problema es difícil de determinar dado que la inserción se produce en los sectores informales, en el sector agrícola o en negocios de

familiares. Sin querer entrar en el debate del impacto del trabajo en el desarrollo del niño, solo destacaremos que, probablemente la inmensa mayoría de los niños que trabajan provienen de los hogares más pobres tanto del sector urbano como rural. Por lo tanto, además de las discriminaciones a las que pueden estar sometidos, como incumplimiento con el salario mínimo, horario, protección en materia de salud e higiene, aportes previsionales, derecho a sindicalización y otras, probablemente limitará su proceso de escolarización y de capacitación lo que consolidará su condición de pobreza y desprotección también de adulto.

El siguiente gráfico ilustra por el caso chileno como la pobreza y la escolaridad son determinantes de las tasas de desocupación, que presentarán una importante variación según grupo socio-económico.

El problema del desempleo también es acuciante en el mercado de trabajo de los jóvenes, lo que puede perpetuar su condición de incorporación bajo condiciones de informalidad y precariedad.

Variaciones por sexo

En las últimas décadas la participación de la mujer en la Región de América Latina y el Caribe ha mostrado tendencias sostenidas de crecimiento. Representaba el 17,9% de la fuerza de trabajo en 1950 y alcanzará, según las estimaciones, aproximadamente 30% al finalizar el siglo (PREALC, 1992). Para un grupo de países las tasas de participación pueden superar esta cifra.

Para la mayoría de los países del grupo del Cono Sur (a excepción de Paraguay), la tendencia fue de un creciente aumento de la participación femenina en las actividades económicas.

Existe abundante bibliografía (ver Berger-Buvinc, 1988. Lopez, C. 1992) que destaca la vinculación de la mujer con el sector informal debido a múltiples factores (articulación del trabajo doméstico, cuidado de niños, nivel de capacitación, nivel socio-económico, etc.), reproduciendo allí situaciones de discriminación en materia de remuneraciones y condiciones de trabajo que lleva a la reflexión de que faltan los mecanismos que hagan que los beneficios de la participación femenina sean proporcionales a su esfuerzo, para así romper el círculo perverso de más participación, más subutilización, y más pobreza. (Lopez, C. 1992).

Lamentablemente, existen muchas dificultades para estimar con precisión el sector informal dado a los problemas conceptuales como la obtención de información, por lo que además son raras las estadísticas de informalidad según sexo.

Una publicación reciente (FLACSO, 1993) nos proporciona una información útil para el caso brasileiro: el porcentaje de mujeres trabajadoras sin cobertura de la Previdencia social, por sector de actividad, nos permite analizar que no sólo para la casi totalidad de los sectores, las mujeres tienen menor cobertura que los hombres, sino que en algunas áreas --comercio y

servicios-- la situación es más aguda. En especial, servicios donde solamente tres de cada 10 trabajadoras tiene acceso a la cobertura de la previdencia.

Variaciones por modalidad de la contratación

A lo largo del trabajo ya se han realizado reiteradas menciones a la problemática de la informalidad y la precariedad, en el sentido de mecanismos orientados a la reducción de costos y a la flexibilización del proceso de producción. También ya se ha mencionado que estas modalidades de contratación de la fuerza de trabajo parecen ser sostenidas para el fin de la década y comienzo del nuevo siglo. Estimaciones oficiales de PREALC y otros la sitúan en aproximadamente el 30% de la Población Económicamente Activa (PEA) no agrícola.

La característica más marcante de la informalidad es la de situarse en los márgenes imprecisos de la legalidad y la reglamentación, en el predominio de las zonas grises (PREALC, 1990) lo que conlleva al incumplimiento de la legislación laboral en general y, en lo que se refiere a la salud, a la declaración de los trabajadores al Seguro social (sólo entre el dos y el cinco por ciento de los cuenta-propistas cotiza en el Seguro Social) y al incumplimiento de normas de seguridad e higiene del trabajo, así como de reparación en caso de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo.

Estudios realizados en varios países de América Latina (PREALC, op cit) ponen de manifiesto que existen múltiples razones para que esta situación sea perpetua a no ser que medien cambios en la dinámica de las propias instituciones. De entre ellas destacamos las de mayor significación:

- a) el costo del aporte es elevado. Generalmente el cuenta-propista debe cotizar por montos de dos a cuatro veces mayores que los trabajadores formales.
- b) problemas de orden administrativo, dificultades en la identificación, registro y control de las unidades pequeñas.
- c) las pensiones y los servicios se han deteriorado por lo cual son escasos los incentivos para afiliarse.
- d) el sector informal ofrece demasiada movilidad ocupacional y niveles reducidos de estabilidad lo que también no establece las bases de una carrera profesional.
- e) no existe formulación de demandas claras por parte de los potenciales beneficiarios, en un contexto, además, de pérdida de capacidad negociadora por parte del segmento de trabajadores.

En este apartado, queremos ilustrar con algunos datos parciales para el caso brasilero, las diferencias en las situaciones de salud y sus posibilidades de cuidado de la misma entre los diferentes segmentos de la PEA.

Para ello disponemos de la encuesta de hogares de Brasil para el año 1986. Dada la complejidad de la informalidad y consecuentemente la dificultad para construir una variable

funcional a partir de los datos estadísticos disponibles hemos observado las diferencias a partir de dos grupos de trabajadores: los que cuentan con seguro de salud y los que no.

Sin embargo, los porcentajes de los que padecieron el problema de salud y fueron atendidos es notoriamente mayor en el grupo que tiene seguro social.

También se destaca otro elemento importante en cuanto a identificar cuales son los trastornos de mayor incidencia en la población trabajadora: la alta incidencia de algunos de los síntomas de estrés como son el cansancio y la pérdida de sueño, la ansiedad y la depresión.

Teniendo en cuenta que en este tipo de encuesta se recaba la auto-percepción de la enfermedad, es muy significativo que frente a un casi 9% de las enfermedades respiratorias o, a un casi 4% de las quemaduras nos encontremos con casi un 15% de fatiga y cerca de un 20% de ansiedad y-o depresión.

Estos porcentajes se clarifican más cuando los miramos por sexo. Como se desprende del cuadro siguiente, si bien los porcentajes de incidencia del cansancio y la depresión se siguen manteniendo altos para hombres y mujeres, ellos son significativamente mayores en el caso de las trabajadoras. Una de cada cuatro mujeres trabajadoras declara padecer de depresión y casi el 20% de cansancio y pérdida de sueño. Estos resultados coinciden perfectamente con las hipótesis de carga laboral intensa de las mujeres trabajadoras de bajos recursos debido al trabajo doméstico que anotáramos líneas arriba.

Si hacemos un corte por edad se observa que los porcentajes comienzan a ser altos aún en grupos etarios jóvenes, acentuándose a partir de los 45 y hasta los 65 en donde empiezan a presentar una ligera disminución.

En el análisis por grupos etarios cabe destacar la marcada distancia entre las conductas de los trabajadores jóvenes respecto a la consulta médica y tratamiento según sean o no contribuyentes de la seguridad social. Para cinco de las patologías presentadas, los jóvenes de hasta 18 años que trabajan en el sector formal son los que presentan mayor porcentaje en la atención que le dan a las mismas, mientras que dentro del mismo grupo etario de jóvenes que trabajan en el sector informal se presentan los más bajos porcentajes, siendo incluso casi las mas bajas del grupo de informales en el caso de las diarreas, los problemas respiratorios, las quemaduras y los problemas de presión arterial alta.

Algunas reflexiones a modo de conclusión

Sólo con el objeto de sintetizar apuntaremos algunas consecuencias de las actuales condiciones del mercado de trabajo en la salud de los trabajadores de las que es posible desentrañar futuras líneas de políticas y de programas.

El deterioro general del salario real y, por ende, de las condiciones de vida de amplios sectores de trabajadores, es evidentemente el fenómeno que más claramente tiene impacto sobre

la salud ya que produce un deterioro en la alimentación, el descanso, la educación, la vivienda y otros.

Una de las estrategias usadas para la recuperación de los niveles de ingreso, que tendría incidencia en la salud del trabajador y en el núcleo familiar es la progresiva incorporación de otros miembros de la familia al mercado de trabajo. Ello trae aparejado, entre otras cosas, un deterioro de la calidad de vida de los sectores asalariados ya que particularmente con la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo remunerada se pierde en el seno del hogar un importante proveedor de bienes y servicios gratuitos que sin lugar a dudas constituye un factor compensador en la economía doméstica. En el caso de los niños y adolescentes, como se anota en líneas atrás, produce la persistencia de una situación de fragilidad en sus condiciones de reproducción social y laboral.

Por último, la desocupación con sus secuelas de empobrecimiento e inaccesibilidad a la cobertura de los servicios de seguro, contribuye al aumento de la desprotección de las poblaciones de bajos recursos.

La aparición de nuevas enfermedades profesionales y la generación de accidentes. Algunas enfermedades y/o accidentes de trabajo ocurren debido a los ritmos de trabajo y a la duración de la jornada. Por ejemplo, el caso de las fileteras de pescado, que sufren de tendosinuvitis. La causa última que provoca la enfermedad está vinculada con el ritmo de trabajo y éste es reflejo del pago por pieza, que lleva a las obreras a aumentar la rapidez de los movimientos, provocando una inflamación de los tendones de la mano. Así mismo, se observan casos de invalidez en digitadores. Al igual, el trabajo zafral y el pago a la pieza, hace que los pescadores prolonguen sus jornadas de trabajo mientras que el barco está en alta mar para poder lograr más quilos de pesca. Los accidentes mortales no se producen por incumplimiento de normas de seguridad e higiene de la embarcación, sino porque la tripulación llega a un punto de agotamiento que los lleva a cometer errores con consecuencias a veces irreversibles. Como se apuntó para el caso de Brasil, el cansancio y la depresión son síntomas con alta prevalencia en los sectores productivos.

El incremento de factores tensores debido a la inseguridad y a la insatisfacción en el trabajo --derivados del síndrome del desempleo--, afectan la salud y también constituyen un obstáculo para su cuidado.

Una investigación en Cabo Cañaveral, puso de manifiesto que las políticas de desempleo producen factores de riesgo de tal envergadura que explicaron los casos de enfermedades coronarias que padecieron los trabajadores altamente entrenados y calificados. Desde 1965 a 1973, como consecuencia de un cambio en la política espacial de los Estados Unidos de América, la fuerza de trabajo de Cabo Cañaveral fue reducida de 65.000 a 32.000.

Los jóvenes profesionales bien entrenados y bien remunerados comenzaron a sufrir de estrés agudo sabiendo que podían perder sus puestos de trabajo, sus ingresos, su posición y su

identidad como profesionales expertos. Las autopsias de trabajadores, realizadas por el Dr. Elliot, en los casos de muerte por paro cardíaco lo llevaron a inferir que a adrenalina y otras sustancias químicas del estrés habían penetrado en sus cuerpos con tal fuerza que literalmente habían roto las fibras de sus corazones. Parecía que el cerebro tenía el poder de desatar las reacciones emocionales del paro cardíaco ante el estrés. (Elliot-Breo: 1984).

Existen algunos estudios que correlacionan la pérdida de la estabilidad laboral con algunos síntomas de deterioro de la salud. La psicología laboral nos ilustra sobre el impacto del despido sobre la salud mental a través de estudios que explican cómo bajo determinadas circunstancias, el cese de actividad puede llevar a la depresión profunda que conduzca al trabajador hasta el suicidio. También existen investigaciones que vinculan el desempleo con los hábitos de alcoholismo y drogadicción.

La obsolescencia de normas y legislación de protección, que fueran el esfuerzo a lo largo de varias décadas de los propios trabajadores, de organismos internacionales, de legisladores y de expertos en la materia.

Algunas de las conquistas históricas en este sentido, como son la jornada de ocho horas, el derecho a descanso, la jubilación; y, las específicas para regular en trabajo infantil y de la mujer, han perdido hoy vigencia, sin duda, dejando su marca en la situación de salud de esas poblaciones.

Por supuesto, la mayoría de los trabajadores del sector informal no tienen la protección de los Institutos de Seguridad Laboral en caso de accidente o enfermedad profesional ni se benefician de la cobertura de servicios de la seguridad social.

La pérdida de la cobertura vía la seguridad social que normalmente ampara las poblaciones bajo la forma de asalariados formales. El multiempleo generalmente integra múltiples formas de contratación laboral. Esta doble cualidad pervierte el sistema ya que cuando el trabajador informal se enferma, se accidenta, o simplemente se agota quien pagará las cuentas del seguro, la asistencia médica o el ausentismo es su trabajo formal.

El reforzamiento de la segmentación de la fuerza de trabajo. Como hemos señalado, el proceso de diversificación de la fuerza de trabajo se ha profundizado llegando a presentar diferencias en cuanto a las condiciones de existencia y reproducción. Los trabajadores formales que gozan de los derechos sociales, son tendencialmente un grupo destinado a verse progresivamente reducido. Es importante unificar esfuerzos para invertir la tendencia actual en el sentido de que los recortes de costos de la fuerza de trabajo no se operen en las áreas de la salud. Se debe enfatizar al máximo las acciones de promoción y prevención como vías efectivas para acceder a poblaciones no formales de trabajadores.

La diferenciación de las condiciones de producción en detrimento de los empresarios cumplidores de las normas y una subvención del estado a los informales. Dado que los trabajadores informales recurrirán a los establecimientos públicos para su atención, ello se

traducirá en una subvención de los contribuyentes al sector informal en detrimento del sector formal que además cotiza en el Seguro Social y no accede a esta subvención del Estado.

La reducción a la capacidad fiscalizadora de los órganos del estado. Evidentemente cada vez más los órganos fiscalizadores se ven frente a incumplimientos de las normas de aplicar las sanciones y penalizaciones y con ello seguir aumentando perjuicios a empresarios formales, aquellos que son más fácil de detectar pero no los únicos en incumplir. Muchas veces también el órgano de fiscalización se ve ante la dificultad de imponer multas severas o el cierre del establecimiento dándose la posibilidad de cierre de la fuente de trabajo que traería aparejado.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Banco Interamericano de Desarrollo, 1989. *Proceso Económico y Social en América Latina*.
- Basagila, Franco y otros. 1978. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. Editorial Nueva Imagen. México.
- Berger, M. y Buvinic, M. (Comp.). 1988. *La mujer en el sector informal. Trabajo femenino y microempresa en América Latina*. ILDIS - Quito, Editorial Nueva Sociedad.
- Berman, Daniel, 1983. *Muerte en el trabajo*. Siglo XXI Editores, México.
- Bettelheim, Jean F. 1972. *El cálculo económico y formas de propiedad*, Maspero, París.
- Castellanos, Pedro Luis, 1991. "Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las acciones de Salud y Bienestar". OPS. Washington D.C.
- Cinterfor. 1968. *Diccionario enciclopédico de la formación profesional*. OIT, Montevideo.
- Comisión Sindical de Salud Labora: *Antología sobre salud ocupacional*. Costa Rica.
- Diderichsen, Finn. 1990. "Algunas Cuestiones de la Epidemiología Social sobre las Condiciones de trabajo en el Post-Fordismo." En: *Cuadernos Médico Sociales*. N°51, pp.53-58.
- Duhart E. y Echeverría, M. 1988. *El Trabajo y la Salud*. Serie manuales de educación popular, Chile.
- Echeverría, Magdalena. 1987. "Salud y Trabajo". Ponencia presentada en el V Congreso de Medicina Social, Medellín, 3-7 Agosto.
- ECLAC. 1989. "The Dynamics of Social Deterioration in Latin American and The Caribbean in the 1980's".
- ECLAC. 1992. "Major Changes And Crisis" Naciones Unidas Santiago de Chile.
- Elliot, Robert y Breo, Dennis. 1984. *Vale la pena morir de stress?* Editorial Atlántida, Buenos Aires.

- Esmanhoto, Rita y Pereira Nizan. *A Saúde Das Cidades*. Hucitec. São Paulo, 1989.
- Fernández y Sawyer, 1989. "Malaria on the Amazon Frontier". CEDEPLAR, Belo Horizonte, Brasil.
- Fernández y Sawyer, 1989. "Community participation in malaria control of the Amazon Frontier". Federal University of Minas Gerais, Brasil.
- FLACSO/UNICEF. 1992 "O Trabalho e a Rua" São Paulo, Brasil.
- FLACSO. 1992. "Mulheres em Cifras" Brasil.
- Franco, Saul. 1986. "La salud y el trabajo". En: *Cuadernos Médico Sociales*. N°35, pp.15-24.
- García, J.C. 1983. "Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de salud". En: Nunes, E.D. (Coord.) *Medicina Social: Aspectos Históricos y Teóricos*. São Paulo, Global.
- Laurell, Asa-Cristina. 1986. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". En: *Cuadernos Médico sociales*, N°37: 3-18.
- López, Pollack, Villarreal. 1992. *Género y Mercado de trabajo*. PREALC/OIT. Chile.
- Maigón. Thais. 1991. "La cuestión social en América Latina: Imágenes del futuro. El caso de salud." Mimeo-CENDES, ERAL-FAST.
- Marx. Karl. 1975. *El Capital*. México, Siglo XXI, 1975, Tomo 1.
- Médici el all. 1991. "El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos." En: *Educación Médica y Salud*. Vol.25, N°1.
- Mercer, Hugo. 1987. "La Medicina Social en debate". En: *Cuadernos Médico Sociales*. N°42:5-13.
- Mesa Lago, Carmelo. 1987. "Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social". Banco Mundial, paper N°42, Washington D.C.
- Mezzera, Jaime. 1988. "Excedente de oferta de trabajo y sector informal urbano". En: *Nueva Sociedad*. Quito.
- Moccio, Fidel. 1986. *Terapia del stress*. Ediciones Cinco, Buenos Aires.
- Muñoz, D'Albora Adriana 1988. *Fuerza de Trabajo Femenina: Evolución y Tendencias*. CEM, Santiago de Chile.
- Neffa, Julio. 1987. *Procesos de trabajo, nuevas tecnologías informatizadas y condiciones y medio ambiente de trabajo en Argentina*. Editorial Humanistas, Buenos Aires.

- Nunes, E.D. 1986. *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y perspectivas*. OPS/OMS/CESU.
- Oddone, Ivar et all. 1986. *Ambiente de trabalho*. Edit. Hucitec, São Paulo.
- OIT. 1983. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva.
- OIT. 1989. *Enciclopedia de Salud Ocupacional y Seguridad*. Geneva.
- OIT. 1989-90. *Anuario de Estadísticas del Trabajo*. Ginebra.
- OIT. 1991./a "Chart of Ratifications of International Labour Convention.
- OIT. 1993. "El mundo en el trabajo". Ginebra.
- OIT. 1991./b "Conditions of work, digest. Ginebra.
- OIT. 1983. Memoria del Director General. Ginebra.
- OPS/OMS. 1990. "XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana". Washington D.C.
- OPS. 1990. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington, D.C.
- OPS. 1991. "Informe de la XXXV Reunión de la Conferencia Panamericana". Washington, D.C.
- OPS. 1992. La Seguridad Social en los países del áreas Andina. Washington, D.C.
- OPS. 1993. Cholera Situation in the Americas.
- Oyanguren, Hernan. 1981. "Salud Ocupacional en Salud Publica". En: *Cuadernos Médico-Sociales*, Vol.22, N°2:16-19.
- Pahl R. 1984. *Divisions of Labour*. Basic Blackwell, Oxford.
- PREALC/OIT. 1991 /c Empleo y equidad: el desafío de los '90. Chile.
- PREALC. Más allá de la regulación. Ginebra 1992.
- Rodríguez, Carlos Aníbal. 1990. *Salud y Trabajo. La situación de los trabajadores en la Argentina*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Rodgers and Standing. 1981. Child Work, poverty and underdevelopment, OIT. Ginebra.
- SELA. 1988. "Las Condiciones Sociales y Políticas del Endeudamiento Externo de América Latina y el Caribe". Caracas.
- Timio, Mario. 1980. *Clases sociales y enfermedad*. Editorial Nueva Imágen. México.
- Weinstein, Luis. 1978. *Salud y autoestión*. Editorial Bosbe, Montevideo.

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: POR DONDE EMPEZAMOS?

Guillermo Llanos¹

Conceptos

El concepto de *promoción y protección de la salud* ha evolucionado durante este siglo, y lo ha hecho muy rápidamente en la última década, como una estrategia para la protección y la mejora de la salud pública y para fomentar iniciativas y acciones colectivas e individuales. Su meta, *salud para todos*, puede alcanzarse impulsando acciones comunitarias y estilos de vida adecuados, y creando las condiciones para llevar una vida saludable. Esto implica dotar a las personas con las actitudes, las aptitudes y los conocimientos necesarios para obtener la calidad de vida que asegure la salud y el bienestar. Para ello se requiere influir en los planificadores para que formulen políticas y programas públicos de apoyo a la salud. Pero esas políticas y programas exigen un respaldo decidido de la sociedad. Un público que conoce sus derechos y responsabilidades, apoyado por la voluntad política y la toma de conciencia a todos los niveles del gobierno, puede hacer que la salud para todos sea una realidad.

La *promoción de la salud* claramente es una propuesta para el trabajo en salud que facilita los cambios en las condiciones de vida, íntimamente ligada al desarrollo integral de individuos y comunidades.

La OPS establece, a partir de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, a la *promoción de la salud* como una de las orientaciones estratégicas para el trabajo de nuestra Organización en el cuatrienio 1991-1994. Allí define que la Promoción de la Salud es *concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva*. En esta forma, se enfatiza una vez más, que la promoción se enmarca dentro del amplio tema de la salud en el desarrollo.

El proceso de construir el marco referencial de la *promoción de la salud* se ha hecho a través de una serie de hitos marcados por planteamientos, conferencias internacionales y respectivas declaraciones, en las cuales la participación mayor la han tenido los países desarrollados occidentales, que en diferentes momentos han abordado los grandes temas y mecanismos de acción. Citamos en orden cronológico: el planteamiento de Lalonde en Canadá en 1974; la conferencia de Ottawa en 1986 que formula, a través de la Carta de su nombre, los principios fundamentales de la promoción; la reunión de Adelaida en Australia en 1988; el llamado a la acción hecho por la OMS en 1989; y, la conferencia de Sundsvall, Suecia en 1991.

¹ Coordinador, Programa Promoción de la Salud y Comunicación Social, OPS/OMS, Washington, DC., EUA.

La *promoción de la salud* en nuestra Región se respaldó conceptualmente en la Declaración de Santafé de Bogotá en noviembre de 1992. En ella se expresa la necesidad de la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo y reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de la salud pública. A esta reunión asistieron 21 países y se hizo énfasis en la relación entre la salud y el desarrollo y, sobre todo, en la necesidad de la solidaridad y la equidad para poder alcanzar ambos.

En junio de este año se realizó un evento similar en el Caribe de habla inglesa, donde también se reconoció la íntima relación entre las condiciones de vida, los estilos de vida, y los procesos productivos y de desarrollo de las sociedades actuales.

Caba ahora preguntarnos, en qué contexto tenemos que operar para la implementación de las actividades que conduzcan a logros concretos? La respuesta nos lleva a la consideración importante sobre las condiciones de pobreza y desventaja social que son el substrato dominante para las condiciones de salud de un importante sector de la población y que son prioritarios para nuestro trabajo. A este substrato deben añadirse también otros determinantes como son los cambios demográficos y las modificaciones del perfil epidemiológico que aceleradamente se nos presentan, junto con las variables socioculturales que influyen los comportamientos y estilos de vida. Como consecuencia de esta compleja situación, en nuestros países confluyen las enfermedades carenciales e infecciosas con las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y otras, consecuencias de la violencia; las adicciones al tabaco, al alcohol y a las drogas y los trastornos mentales, entre otras. Los ambientes físicos deteriorados especialmente en las áreas urbanas, y la falta de considerar el sitio de trabajo como un lugar importante en la vida cotidiana, completan el escenario.

Esta múltiple e intensa cantidad de problemas que afectan la salud, hace que tengamos que buscar estrategias y mecanismos de trabajo que nos permitan ser efectivos en la modificación de los condicionantes de las más diversas patologías, tanto a nivel individual, con los cambios de comportamientos y estilos de vida no saludables. La promoción y la protección de la salud nos ofrece muy buenas posibilidades porque nos permite movilizar con ideas-fuerza a los políticos, a los líderes y a todos los individuos de la sociedad en la dirección positiva de la salud, interviniendo en el complejo socio ambiental.

Aunque la promoción y protección de la salud no constituyen una cura instantánea para todos los problemas del sector en las Américas, quizás sea la mejor solución posible para las necesidades de salud. La promoción y protección de la salud permiten atraer aliados fuertes hacia una batalla antigua, lo que permite formar nuevos pactos con individuos y comunidades en relación con la salud.

Estrategias

Dentro de las estrategias para el desarrollo real de actividades y programas con este concepto de la promoción y la protección de la salud, la OPS está orientada por tres enfoques:

1. Promoción de una vida saludable a nivel de la comunidad mediante acciones integrales para mejorar las condiciones de vida y modificar aquellos factores que influyen negativamente en la salud. La acción intersectorial, la comunicación y la participación social y la organización comunitaria constituyen mecanismos imprescindibles para aplicar este enfoque.

2. Protección de la salud mediante intervenciones preventivas, control de riesgos de enfermedad y protección de grupos vulnerables. La OPS trabaja para reorientar los servicios de salud y desarrollar modelos más eficaces de atención para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental, la salud de los ancianos, las enfermedades oculares, la prevención de los accidentes y la violencia y el abuso de drogas.

3. Fortalecimiento de las estrategias para la identificación, adaptación y desarrollo de métodos apropiados para la promoción, el logro y el mantenimiento de un estado nutricional óptimo de la población, haciendo hincapié en la vigilancia nutricional y en la adopción de hábitos alimentarios saludables.

La salud de los trabajadores

Una expresión de los considerandos anteriores es la propuesta de generar iniciativas hacia grupos especiales de la población que por sus características permitan la elaboración de los instrumentos apropiados para el desarrollo de las estrategias de la promoción y protección de la salud.

El grupo de trabajadores, dadas sus características demográficas, el hecho de tener un ingreso salarial fijo, de haber obtenido una serie de derechos sociales lo coloca, entre otras cosas, en situación de privilegio para realizar acciones de promoción y protección de la salud. Pero aquí deseamos recalcar que no se trata de la solución de los problemas de enfermedad, los cuales deben ser manejados por los servicios de atención correspondientes, sino del desarrollo de acciones educativas indispensables para la adecuada información y conocimiento que permitan anticiparse a la aparición de la enfermedad. Y, sobre todo, considerar que a través del trabajador se llega a la familia y por lo tanto estas acciones dejan de ser individuales para convertirse en colectivas.

La salud de los trabajadores debe abordarse desde por lo menos tres perspectivas, las cuales deben ser complementarias y siempre organizadas en forma coordinada. La primera, el sistema de atención médica, que debe garantizarle a la persona la pronta reparación de los daños. La segunda, las acciones de salud pública con sus programas de prevención y cobertura no sólo al trabajador sino también a su familia. Y la tercera, las acciones en el sitio de trabajo. Estas últimas son, quizás, las más complejas y difíciles de implementar porque la tradición de considerar a los problemas de salud sinónimos de la enfermedad, hace que los recursos y los programas hipertrofién el manejo de los daños.

El trabajador no es una persona unidimensional. Tiene una familia, tiene un vecindario, pertenece a un grupo poblacional definido. Esa es la diferencia fundamental entre la prestación

de servicios de atención tradicionales y aquellos que incorporan la promoción y la protección de la salud en sus programas.

La creación de ambientes de trabajo sanos, requiere una estrategia doble. Aquella que entrega beneficios mutuos tanto al trabajador como a la empresa, sobre la base que buenos estilos y comportamientos son benéficos para ambos. La otra, como la de comprometer la cooperación de empresarios, líderes sindicales y los trabajadores en estas acciones.

Operacionalidad

La participación de los trabajadores en la programación y desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud son un requisito indispensable para su feliz culminación. Se debe estimular esta participación creando las condiciones favorables para que ella sea permanentemente activa durante todo el proceso de la implementación, incluyendo la monitoría y la evaluación.

Las actividades en *promoción de la salud* deben surgir desde el momento de la concepción. Por ello cuando se planea un programa que incluya estas acciones debe considerarse no sólo al trabajador sino al núcleo familiar como un todo. La promoción debe realizarse a lo largo de todo el eje del proceso salud-enfermedad, y su éxito radica en no permitir la aparición de la enfermedad y mantener el balance de la salud. Por ello el compromiso hacia estos principios es fundamental y tanto el trabajador como el empresario deben asumir la responsabilidad y toma de conciencia "empoderamiento" sobre el cuidado de su salud.

Se suele identificar estas acciones como tratar de convencer sobre el no fumar, no beber licor, hacer ejercicio, modificar los hábitos y costumbres dietéticas, aseo personal, y otros. Estas actividades con frecuencia se ofrecen como parte de la labor de unidades de salud ocupacional. Pero generalmente no se acompañan de acciones educativas a los distintos estamentos, y la información se suele dar en forma rutinaria sin incluir técnicas de comunicación y metodología del aprendizaje que sean innovativos y utilicen creatividad.

Un reciente estudio en New Hampshire, EUA, que evalúa la prevalencia de las actividades de promoción, mostró que lo más común eran programas de control del peso, educación en nutrición, control de la presión arterial y manejo del estrés; en ese orden de frecuencia. Pero ninguno de los programas invitaba a la familia a participar. De esa manera se pierde la oportunidad de alcanzar una mayor cobertura en el proceso de modificar comportamientos. Las personas no escogen sus hábitos en el vacío sino que, por el contrario, están fuertemente influenciadas por su entorno social y de allí la importancia de incrementar las coberturas cuando una estrategia es positiva en modificar los comportamientos no deseados.

El operacionalizar programas sólidos con componentes fuertes en promoción y protección de la salud no es fácil. Requiere la aceptación de las empresas de dar las facilidades y el tiempo necesarios para su implementación. Además requiere también la decisión y el compromiso de

los líderes sindicales y de los trabajadores en considerar que son acciones de repercusión en su vida familiar y por ello responsabilizarse de su involucramiento.

Nuestra Organización vería con mucho interés el desarrollo de experiencias en los distintos países, que nos permitan mostrar ejemplos concretos de que sí se puede trabajar con estos principios. El desafío que tenemos es, además, el hacer reconocer la enorme importancia económica, social y humana de la salud de los trabajadores.

BIBLIOGRAFIA

Adelaide Conference Health Public Policy, Adelaide, South Australia, April 1988.

Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la salud pública. OMS, Salud y Bienestar Social del Canadá, Asociación canadiense de salud pública, 1986.

Lalonde, MA, *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Canada, 1974.

OPS. *Orientaciones estratégicas y prioridades para el cuatrienio 1991-1994*. Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria panamericana. Washington, D.C., EUA, 1990.

Promoción de la Salud y Equidad, Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, 1992.

Restrepo, H. *La promoción y protección de la salud: un compromiso de la OPS*. Washington, D.C., EUA, 1993.

Caribbean Charter for Health Promotion, First Caribbean Conference on Health Promotion, Port-of-Spain, Trinidad and Tobago, 1993.

EFFECTOS DE LA POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL EN EL MERCADO DE TRABAJO DE AMÉRICA LATINA, PERSPECTIVAS PARA LOS AÑOS NOVENTA¹

José Wurgaft B., OIT, PREALC

Introducción

El propósito de esta exposición es presentar un marco de referencia a los temas que se analizarán en el Seminario sobre calidad de vida y salud de los trabajadores; y se refiere a los cambios que está experimentando el mercado laboral en América Latina y las principales tendencias que se aprecian hacia los próximos años.

Durante la última década, las transformaciones en el mundo del trabajo en la región tuvieron una extensión y una profundidad casi sin precedentes. Variaciones en los niveles y composición del empleo, en las tasas de desocupación y subempleo, en los salarios e ingresos del trabajo y, al mismo tiempo, cambios muy significativos en la forma de funcionamiento del mercado laboral, en las relaciones del trabajo y en el papel de los actores sociales que intervienen.

Evidentemente estos cambios están relacionados con las situaciones de crisis y recuperación y con las políticas de ajuste y reestructuración productiva que, con distintos grados de intensidad, experimentaron todos los países de la región.

Primero, hasta 1983, fueron los años de mayor deterioro económico resultante de la crisis de balanza de pagos, que fueron seguidos por una recuperación generalmente lenta e inestable que continúa hasta ahora, con leves aumentos del producto por habitante, una desaceleración en las tasas de inflación y, desde 1991, una transferencia positiva de recursos del exterior, como resultado de un aumento muy considerable en el ingreso de capitales.

La evolución económica se manifestó en el mercado del trabajo durante los años ochenta en tasas de desocupación promedio que se incrementaron hasta mediados de la década para reducirse después a los niveles previos a la crisis, en el deterioro de los salarios reales y en una persistente y acelerada ampliación del empleo en el sector informal. Desde 1990 comienza a observarse una evolución más favorable que sugiere que la transformación estructural en varios países estaría ocasionando efectos positivos (PREALC, 1992).

¹ Documento preparado para el Seminario sobre Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores, organizado por OPS-OIT-FLACSO y el Ministerio de Trabajo de Brasil, Porto Alegre, del 18 al 23 de julio de 1993.

Situación actual y tendencias

La oferta y demanda de trabajo

Durante los primeros años de esta década y previsiblemente hasta fines de los años noventa, se mantendrá la presión sobre las economías latinoamericanas por una acelerada generación de empleos productivos. Esto como resultado, en primer lugar, de que continuará el crecimiento rápido de la fuerza de trabajo --en torno al 3.2% anual-- a pesar de que se seguirá reduciendo el ritmo de aumento de la población en edad de trabajar. Incidirán especialmente sobre la oferta de trabajo las variaciones en la tasa de participación femenina que durante los años ochenta tuvo ya un incremento sustancial del 32 al 38% pero está todavía por debajo de los niveles de los países desarrollados. Será una fuerza de trabajo predominantemente urbana y con niveles de escolaridad crecientes y comparables, en promedio, a los de regiones más avanzadas (PREALC, 1991).

En segundo lugar, la presión por ocupaciones productivas proviene del deterioro en la calidad del empleo con que se inició la década.

En el transcurso de los años ochenta, América Latina experimentó un aumento sustancial en todas las categorías de ocupaciones informales, es decir, los trabajadores independientes, los familiares no remunerados, el servicio doméstico y la ocupación en microempresas. Estas categorías de trabajadores que eran el 40% de la ocupación agrícola en 1980 aumentaron al 53% hasta fines de la década, y este porcentaje continuó aumentando posteriormente (cuadro 1 y gráfico 1). Como se trata generalmente de empleo de baja productividad e ingresos, su mayor participación determina un efecto negativo en la composición del empleo. Surge entonces para los países de la región el desafío de retomar la tendencia que se mantuvo durante largos años antes de la crisis de los años ochenta, hacia la reducción relativa del empleo informal y al mejoramiento de la productividad de la fuerza de trabajo.

El aumento del empleo provendrá esencialmente de las actividades privadas. Durante los años ochenta el empleo moderno urbano en el sector privado experimentó una notable pérdida de dinamismo que fue compensada durante los años de más alto desempleo por ocupaciones generadas en el sector público, lo cual evitó una expansión aún mayor del desempleo. Sin embargo, desde la segunda mitad de los años ochenta se desaceleró la absorción de empleo público, que incluso comenzó a revertirse, como parte de las políticas de reestructuración tendientes a equilibrar el presupuesto, reducir el tamaño del Estado y a privatizar sus actividades productivas. Esta es una orientación de política que se mantiene y tiende a generalizarse y profundizarse en los primeros años de la década actual y que previsiblemente continuará en el futuro: la tendencia a una disminución en la participación relativa del empleo público respecto al empleo total (cuadro 2).

Otro cambio en la composición del empleo que se perfila con gran fuerza desde los años ochenta es la tendencia hacia una creciente terciarización del empleo. Se reduce la participación de la agricultura en el empleo total y la del sector manufacturero en el empleo urbano, al mismo

tiempo que aumenta el empleo en servicios. A fines de los años ochenta el 65% de los ocupados urbanos en América Latina estaban en actividades de servicios. Dos fenómenos diferentes explican la tercerización. Por una parte fue consecuencia de la crisis, la búsqueda de la sobrevivencia en servicios informales de alternativa al desempleo. Por otra parte, fue resultado de la modernización de las economías en forma concordante con un proceso de carácter universal y generalizado en los países desarrollados, en los cuales los servicios han sustituido a las manufacturas como principal fuente de empleo. En la región esto se manifiesta en un porcentaje creciente en servicios modernos de alta productividad, particularmente en finanzas y comunicaciones (cuadro 1).

Por último, algunas consideraciones en relación con el desempleo. A lo largo de los primeros años de la actual década, las tasas de desocupación total para el conjunto de América Latina han vuelto a los niveles históricos. Lo anterior indica que a pesar de la crisis económica los países de la región pudieron absorber su creciente fuerza de trabajo, lo cual en parte fue posible, como se ha señalado, por la progresiva informalización (cuadro 1). El desempleo urbano, sin embargo, era todavía a fines de 1992 relativamente alto pero muy inferior a los máximos registrados a mediados de los años ochenta (cuadro 3). Junto con disminuir el desempleo se revirtió un cambio en las características personales de los desocupados que se había detectado en los años más críticos del decenio pasado, hacia un aumento más que proporcional en la desocupación de jefes de hogar, trabajadores manuales y con mayor experiencia laboral. Al revertirse el desempleo, estos trabajadores fueron absorbidos en una mayor proporción, quedando los jóvenes y las mujeres como los segmentos más afectados y que encuentran más obstáculos para incorporarse a un empleo (OIT, 1992).

Los ingresos laborales

A comienzos de los años noventa los salarios en la mayoría de los países de América Latina no recuperaban los niveles de 1980. Eso se aprecia en todas las categorías de salarios: los mínimos, los del sector agrícola, y también en los ingresos de los trabajadores no asalariados. Se define así un segundo desafío para los países de la región: no basta con generar empleo sino que éstos tienen que ser “de buena calidad”, con una productividad creciente en el conjunto, que permita una mejoría sustancial en las remuneraciones (cuadro 4).

Especialmente el valor del salario mínimo está muy deteriorado. Tuvo una caída persistente durante los años ochenta y la misma tendencia se mantiene en los primeros años de la década actual. En varios países las caídas son muy superiores al 50% y sólo en casos excepcionales el salario mínimo real actual es más alto que en 1980 o está claramente en recuperación (cuadro). Lo anterior fue resultado de la agudización de procesos inflacionarios y del abandono de fijación del salario mínimo como instrumento de política. Los más afectados son los jóvenes, los aprendices, el servicio doméstico y los asalariados de pequeñas empresas, que son los segmentos cuyos ingresos dependen de la evolución de los mínimos. Los salarios industriales fueron menos afectados probablemente por tratarse de trabajadores más organizados y relativamente más favorecidos por la reestructuración productiva hacia las exportaciones. Estos

salarios cayeron hasta 1985, luego se estabilizaron o recuperaron los tres años siguientes, para volver a deteriorarse después. sin embargo, las pérdidas fueron menores que en el sector público, la construcción y la agricultura (Infante, 1992).

La información parcial disponible indica también una reducción de los ingresos del sector informal. En esto incidieron la caída de los salarios reales, es decir, de la capacidad de compra de los asalariados que son los principales demandantes de los bienes y servicios del sector informal y, al mismo tiempo, aumentó considerablemente el número de informales compitiendo por un mercado reducido. Una estimación del PREALC (PREALC, 1991), señala que la caída de los ingresos de los trabajadores informales entre 1980 y 1989 podría ser superior al 40%. Otros antecedentes sugieren que las variaciones de los ingresos en este sector fueron diferentes en los distintos grupos ocupacionales que lo constituyen. La encuesta de hogares en seis países refleja una reducción entre el 10 y 20% en los ingresos de los trabajadores por cuenta propia en cuatro países, un aumento del 28% en otro y no registra variación en el caso restante (CEPAL, 1991).

En síntesis, la región tiene por delante en esta década la tarea de superar la contracción generalizada de salarios reales que afectó a todos los sectores de los trabajadores, y que fue un factor determinante de que recayera sobre éstos una proporción mayor de los costos de la crisis y del ajuste, en relación a los otros agentes productivos.

Los costos del ajuste, pobreza y deuda social

Los cambios reseñados en la composición del empleo, la desocupación y la caída en las remuneraciones del trabajo hicieron que a fines de los años ochenta los porcentajes de población pobre e indigente fueran mayores que a comienzo de la década y, al mismo tiempo, que hubiera empeorado la distribución del ingreso.

El porcentaje de pobres se elevó del 41% de la población en la primera mitad de la década (CEPAL, 1990). Los efectos negativos del mercado del trabajo fueron acrecentados por la reducción del gasto social que acompañó a las políticas de ajuste y de reducción del Estado.

Pero no solamente hubo un deterioro absoluto sino que también la distribución de los costos de ajuste fueron desiguales entre los grupos sociales. En la mayoría de los países para los que mientras el 75% inferior vio reducirse los suyos (CEPAL, 1991). El mayor deterioro afectó a los estratos medios que son los que soportaron las pérdidas relativas más altas (tercer cuartil).

El efecto conjugado de los cambios en el mercado del trabajo sobre la distribución del ingreso se sintetiza en el concepto de deuda social, que el PREALC desarrolló metodológicamente con la finalidad, por un lado, de esclarecer la vinculación entre el proceso económico y las variables sociales y, por otro, para lograr una cuantificación de los recursos necesarios para al menos revertir la situación de 1989 a la existente en 1980 (deuda social de corto plazo). Conseguirlo durante los años noventa significaría un monto de recursos equivalente

al 6% del producto interno bruto de la región. En total, unos 54.000 millones de dólares a precios de 1989 (Infante, 1992).

Diferencias entre los países

Los promedios para el conjunto de la región no permiten percibir las diferencias entre los países. Estas fueron significativas durante la segunda mitad de la década de los años ochenta, especialmente porque las políticas de reestructuración se adoptaron en distintos momentos. En la primera mitad, por el contrario, la evolución fue muy similar, así como las políticas aplicadas. Estas se centraron en el ajuste de corto plazo, con el objetivo principal de restablecer los equilibrios macroeconómicos: reducir el déficit de balanza de pagos, obtener equilibrio fiscal y disminuir la inflación a niveles compatibles con un crecimiento económico sostenido. Los efectos sobre el mercado del trabajo fueron también similares: aumento de desempleo urbano y la ocupación informal y caídas en los salarios reales. Asimismo, en todos los países estudiados aumentó la deuda social urbana.

En la segunda mitad de la década, los países fueron iniciando políticas de ajuste estructural orientadas a promover las actividades generadoras y ahorradoras de divisas y, en general, a mejorar los incentivos y la eficiencia económica, que se fueron adoptando en distintos momentos y con diferentes secuencias y modalidades.

En los países que iniciaron antes el ajuste estructural y que alcanzaron y mantuvieron los equilibrios macroeconómicos se apreciaba crecimiento del producto basado en las exportaciones y reducción de la inflación, lo cual contribuía a una evolución positiva del mercado del trabajo. Las experiencias de Costa Rica muestran, hacia fines de los años ochenta o en los primeros años de esta década, una reducción significativa en el desempleo y aumentos en los salarios reales.

En los países que iniciaron algunos años después las políticas de ajuste estructural, se percibe una etapa de transición con efectos iniciales negativos en el mercado del trabajo y en términos de costos sociales. Esto ha sido así especialmente porque las medidas de ajuste estructural se debieron adoptar conjuntamente con políticas de estabilización. La experiencia hacia fines de los años ochenta y de los primeros años de esta década, en Argentina, Perú y Venezuela, ilustran estos efectos.

Finalmente, está el caso de los países que pospusieron el ajuste y tuvieron dificultades para alcanzar lo macroeconómicos básicos. Son los que, en definitiva, han soportado los mayores costos sociales y no mostraban tendencias positivas en el mercado del trabajo (PREALC, 1992).

Los cambios en las relaciones laborales

Política de desarrollo y relaciones del trabajo

La evolución cuantitativa que se reseñó en los párrafos anteriores son sólo un aspecto de las transformaciones que está experimentando el mundo del trabajo en los países de la región.

Al mismo tiempo están surgiendo nuevas formas de relacionamiento, se formulan modificaciones en el ordenamiento jurídico y en la institucionalidad, y aparecen diferentes esquemas en la organización del trabajo al interior de las empresas que configuran para los años noventa condiciones muy distintas a las de períodos precedentes.

Desde la crisis de los años treinta hasta fines de la década de 1960, la mayoría de los países de América Latina fundamentó su desarrollo en el proceso de industrialización dirigido a la sustitución de importaciones en mercados internos protegidos. Los grados de avance que los países lograron como resultado de este modelo dependieron del tamaño de cada mercado interno y del dinamismo de las economías nacionales. En gran medida incidió la participación de empresas transnacionales, particularmente en la industria manufacturera y en la minería, decidida esencialmente en función del abastecimiento de materias primas, mano de obra abundante de baja calificación y costo, y proximidad de los mercados consumidores. El esquema de sustitución de importaciones correspondía al estilo de desarrollo prevaleciente en la economía mundial, caracterizado por una industria orientada a la producción en masa, organizada en plantas de gran tamaño, que hacía uso extensivo de recursos naturales y de mano de obra con escaso grado de preparación.

La estrategia de sustitución de importaciones permitió tasas elevadas de crecimiento del producto conjuntamente con progresos graduales hacia una mayor equidad distributiva y la incorporación en actividades modernas de sectores previamente excluidos.

La aplicación del modelo indicado implicó un consenso muy amplio sobre la intervención del Estado en la economía para proteger e incentivar la industrialización, instrumentar políticas macroeconómicas para sostener el crecimiento de la demanda agregada interna y regular precios y salarios.

En el mercado del trabajo, los niveles de empleo y de salarios dependían esencialmente de la demanda interna de bienes y servicios. Como se trataba de economías cerradas a la competencia externa era posible, a través de negociaciones colectivas en las cuales el Estado debía tener una importante participación, que las empresas --especialmente en los sectores modernos y de mayor dinamismo caracterizados por estructuras oligopólicas-- convinieran aumentos de salarios y de otros beneficios que podían trasladarse a los precios sin afectar la rentabilidad ni los niveles de empleo.

Este tipo de desarrollo tenía dos límites: las metas de inflación, que no era conveniente sobrepasar por sus efectos globales sobre las expectativas, la inversión y los ingresos reales de la población excluida del sistema; y, la escasez de recursos externos, que restringía las posibilidades de mayores incrementos de los salarios reales y de la demanda interna.

En este contexto, los países de la región pudieron construir un sistema de relaciones del trabajo, una institucionalización y una normativa laboral cuya finalidad fue procurar mejores condiciones del trabajo, mejores salarios y estabilidad en el empleo. Esos eran los propósitos de las políticas específicas en el mercado del trabajo, en tanto que la política macroeconómica

activa, tendiente a aumentar la demanda agregada, buscaba asegurar los niveles globales de empleo. En cuanto a la política de salarios, la misma se basaba en la fijación del salario mínimo, de las remuneraciones del sector público y, en algunos casos, de los sectores no incorporados en las negociaciones colectivas. Las relaciones laborales en las empresas o a nivel de sectores se basaban en negociaciones colectivas cuyo propósito era la búsqueda de mejores salarios y condiciones de trabajo. (OIT, 1992).

Este funcionamiento de las economías latinoamericanas y de su mercado laboral fue entrando progresivamente en crisis --la cual era ya evidente hacia los años setenta-- en parte por el agotamiento de las posibilidades de desarrollar nuevas actividades de sustitución de importaciones en mercados reducidos y en parte porque el tipo de desarrollo industrial en que estaba basado perdió su dinamismo a escala mundial. A esto se sumó la agudización de las presiones inflacionarias y, desde comienzos de la década de 1980, la crisis de balanza de pagos que requirió reducir la demanda interna y orientar el esfuerzo productivo hacia los mercados externos para aumentar la disponibilidad de divisas.

Durante la primera mitad de la década pasada, las políticas que se adoptaron fueron orientadas al ajuste de corto plazo pero, crecimiento, asumieron carácter de reformas de largo plazo tendientes a la apertura y a una mayor inserción en la economía mundial, a desregulación de la actividad económica, a la privatización y a la liberalización. Al mismo tiempo, progresivamente, los países de la región comienzan a incorporar la modernización, nuevas tecnologías y formas de organización del trabajo.

Estas formas de flexibilización se dieron en la mayoría de los países como resultado del propio proceso económico, de la apertura al comercio exterior, la reducción de diversas formas de subsidio y proteccionismo y la privatización de las producciones. En ese sentido fue un proceso "de facto", no resultado de una política conscientemente adoptada y que hizo evidente una situación de inconsistencia entre la institucionalidad laboral y algunos aspectos de la normativa con la realidad de los países de la región.

Tres tipos de respuestas u orientaciones se perfilaron para enfrentar la inconsistencia anotada: la respuesta neoliberal tendiente a una flexibilización extrema del mercado del trabajo a través de la derogación o modificación de la normativa que cautela la estabilidad en el empleo, los salarios mínimos y la reajustabilidad de las remuneraciones, y que establece las condiciones de trabajo. La segunda, en el otro extremo, propicia el sostenimiento de las regulaciones del "derecho laboral clásico". Un tercer tipo de planteamiento busca definir una posición intermedia. Reconoce la necesidad del cambio y de la adaptación a las nuevas condiciones junto con la importancia de cautelar los derechos de conceptos fundamentales, no sólo como fines en sí mismos, sino como condiciones para el éxito del nuevo estilo de desarrollo, abierto y competitivo.

La adaptación de la institucionalidad laboral y de las relaciones del trabajo es una tarea que todavía está pendiente en la mayoría de los países de la región. En varios, sin embargo, ha habido modificaciones en la normativa. Algunos países disminuyeron las regulaciones,

facilitando el despido, reduciendo las indemnizaciones y ampliando las posibilidades de contratos precarios; otros, por el contrario, fortalecieron las regulaciones, pero con posibilidades de flexibilizar a través de negociaciones colectivas. En otros casos se han abordado aspectos más amplios, admitiendo formas típicas de contratación dentro de límites precisos, formalidades y plazos, sistemas de seguro de desempleo y programas y medidas para generar e incentivar el empleo (Ermida, 1991).

Los diferentes aspectos de la reforma de la institucionalidad laboral van más allá de los propósitos de esta exposición. Su contenido está condicionado por la concepción que se tenga acerca del papel de los actores sociales que intervienen en las relaciones del trabajo, en el marco de proceso de transformación productiva. La definición de estos roles es esencial para orientar el proceso de reforma en los años noventa.

El papel de los agentes sociales en la relación laboral.

Las políticas de transformación productiva inciden en que las empresas, los trabajadores y el Estado cumplan funciones diferentes a las que desempeñaron tradicionalmente en el pasado, y en nuevas orientaciones para las relaciones laborales.

En primer lugar, resaltan la necesidad e importancia del consenso a través de la negociación social. En economías abiertas, los agentes sociales enfrentan mercados fuertemente competitivos, menos regulados, con demandas que varían permanentemente, y con tecnologías también cambiantes y de rápido desarrollo. Son condiciones propicias al diálogo y al entendimiento por cuanto se percibe con mayor claridad que existe un grado de confluencia de intereses entre los actores sociales, así como una necesidad de cooperar al interior de las empresas. Estas requieren maximizar la productividad para ser competitivas, lo cual exige, con las nuevas tecnologías y formas de organización del trabajo, el aporte motivado y eficiente de los trabajadores y su participación comprometida en los resultados de la empresa. Para los trabajadores es fundamental el aumento de productividad para resguardar su empleo y porque los incrementos de remuneraciones dependen de ésta. A su vez, para que los trabajadores se involucren es necesario que se beneficien del proceso económico, que exista diálogo y un clima laboral favorable, que se apoye su capacitación y que se establezcan estímulos e incentivos al trabajo.

Las negociaciones colectivas son el ámbito institucional para construir durante los años noventa las condiciones favorables de entendimiento. Para que sean eficaces es indispensable que ambas partes las enfrenten en condiciones de igualdad, lo cual requiere una legislación laboral que contemple procesamientos equitativos y la participación de los trabajadores mediante sindicatos autónomos y representativos. Fortalecer la capacidad sindical en ambos aspectos, la autonomía y la representatividad, es una tarea fundamental para crear un esquema de relaciones del trabajo adecuadas para una reestructuración productiva concertada.

Los sindicatos necesitan perfeccionar su capacidad técnica para ser interlocutores eficaces en negociaciones cuyo ámbito exige sobrepasar los planteamientos reivindicativos. En este

sentido, la nueva orientación de las negociaciones colectivas es incorporar progresivamente una diversidad de materias que se refieren a los aumentos de productividad, la organización del trabajo, la participación y la capacitación de los trabajadores (OIT 1992).

En el nuevo escenario económico y del mercado del trabajo, las empresas tienen la responsabilidad central en la creación de empleo y en el aumento de productividad, en la medida que se restringe la función del sector público como productor de bienes y servicios y como generador de ocupaciones. Generar empleo implica inversión, que no es posible si no se logra un ambiente de estabilidad macroeconómica, de estabilidad en las reglas del juego y de legitimidad social. Todo esto requiere que los avances en la modernización y en los aumentos del producto y la productividad deriven en mayor equidad social y en participación. La política laboral tiene un papel primordial porque la equidad en definitiva necesita que se establezcan salarios mínimos aceptables, condiciones de trabajo dignas y relaciones laborales participativas. Si el proceso es equitativo se puede movilizar el apoyo de los trabajadores, sin el cual la reestructuración no es posible en democracia.

El crecimiento de la inversión, la incorporación de nueva tecnología y el establecimiento de condiciones laborales que estimulen la creatividad y adaptabilidad de los trabajadores son funciones esenciales de la empresa. Es su responsabilidad establecer una administración eficiente preocupada de prever los cambios en los mercados y en la tecnología.

Las nuevas relaciones laborales basadas en el diálogo y la concertación, crecientemente tienden a descentralizarse aumentando la autonomía de las empresas y de los trabajadores. Esto no significa necesariamente que la empresa sea el nivel exclusivo de negociación. Existe un campo importante para el acuerdo a nivel nacional y sectorial.

Al Estado le corresponde fortalecer los mecanismos de concertación y de negociaciones colectivas. Una función esencial es la de cautelar los intereses de los sectores insuficientemente representados en los intereses de los acuerdos sociales, facilitando su participación a través de canales y procedimientos orientados a incorporarlos gradualmente, a promover su organización y a la expresión y defensa de sus intereses. Al mismo tiempo, la tendencia en las nuevas relaciones laborales es a una menor intervención del Estado en la solución de problemas específicos de empresas, sectores o regiones, los que se tienden a resolver mediante acuerdos directos, dentro de procedimientos generales estables y que pongan a las partes en igualdad de condiciones.

Finalmente, la disminución de la participación del Estado, que es representado en estas materias por los ministerios del trabajo, en la tarea de resolver conflictos particulares, abre la posibilidad para que otras funciones propias de estos ministerios se realicen con mayor eficacia: una inspección del trabajo que sea capaz de asegurar el cumplimiento efectivo de una normativa laboral moderna y adecuada a los requerimientos actuales y a los compromisos adquiridos en los convenios colectivos, y la aplicación coordinada y eficiente de los instrumentos al alcance de los ministerios del trabajo, en especial la capacitación, y los servicios de información y de intermediación del mercado laboral (OIT, 1992).

Cuadro 1

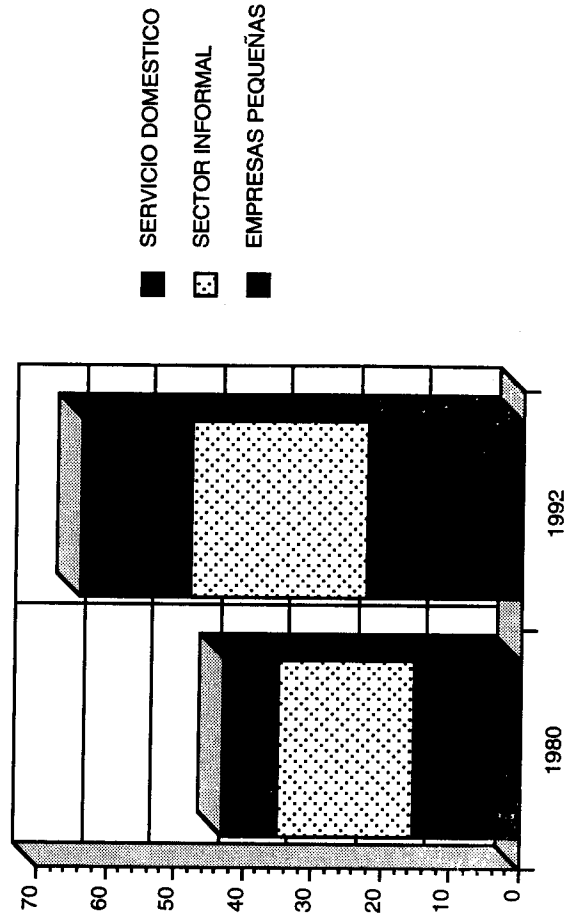
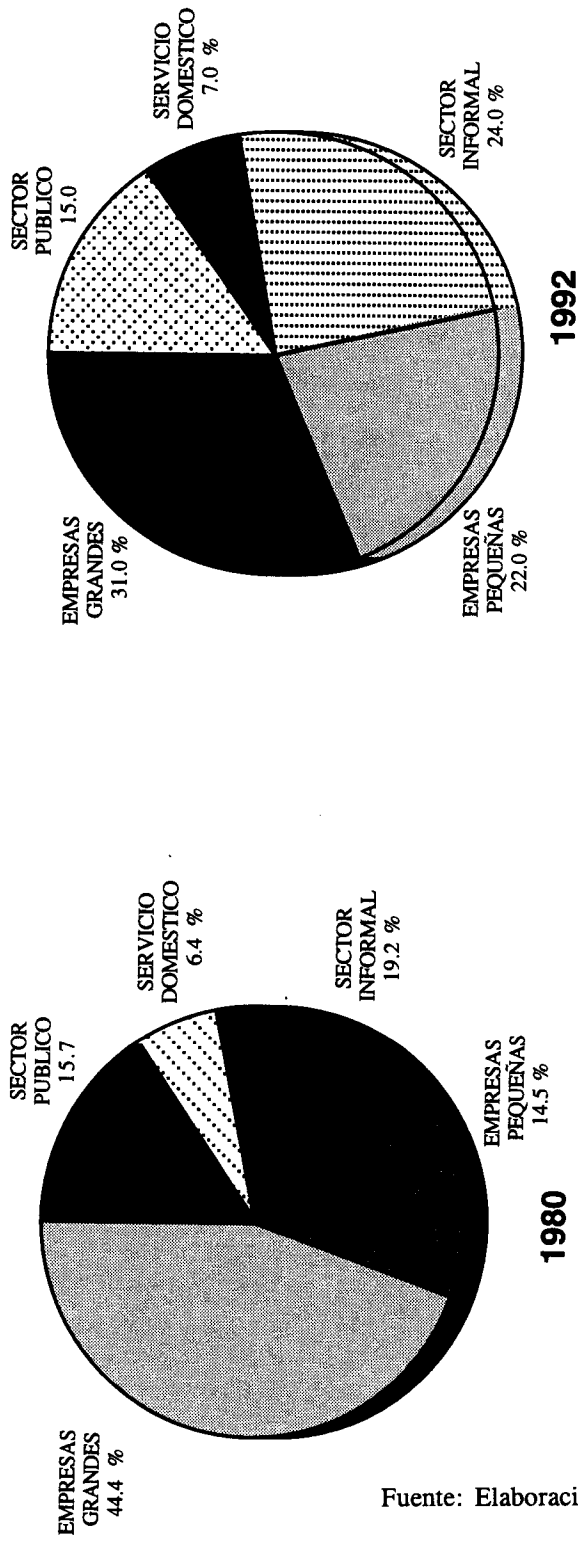
**América latina: actividad económica, empleo e ingresos
en la década del ochenta**

Indicadores	1980-85	1985-90	1980-90	1990-91
Actividad económica				
. Producto Interno Bruto (Variación acumulativa anual)	0.6	1.9	1.2	3.0
. Inflación (Variación acumulativa anual)	134.8	487.5	271.4	202.4
. Transferencia Neta de Recursos (Promedio anual. Miles de millones de EU\$)	-10.6	24.0	16.6	6.7
Población y empleo				
(Variación acumulativa anual)	1980-85	1985-90	1980-90	1990-91
. Población Total	2.2	2.1	2.1	2.0
. Población Económicamente Activa	3.5	3.1	3.3	3.4
. Empleo	3.3	3.4	3.4	3.3
. Empleo no Agrícola	3.5	4.5	4.0	3.8
. Desocupados Totales	6.8	-3.0	1.8	4.2
1990				
Estructura del empleo				
(Porcentajes)	1980	1985	1990	1991
. Empleo no Agrícola	100.0	100.0	53.7	-
. Empleo Sector Privado	58.7	53.1	31.6	-
. Empresas Grandes	44.1	36.5	22.1	-
. Empresas Pequeñas	14.6	16.6	15.5	-
. Empleo Público	15.7	16.6	30.8	-
. Empleo Informal	25.6	30.4	23.9	-
. Trabajadores Independientes	19.2	22.6	6.9	-
. Servicio Doméstico	6.4	7.8	100.0	-
. Empleo Total	100.0	100.0	22.4	-
. Sector Primario	28.3	27.2	23.7	-
. Sector Secundario	25.0	22.0	53.9	-
. Sector Terciario	46.7	50.8	-	-
. Desempleo			4.5	
. Desocupación Total (Tasas)	5.2	6.0	8.0	4.5
. Desocupación Urbana (Tasas)	6.7	10.1		7.8
1990				
Pobreza, ingresos y salario a/				
(Porcentajes)	1980	1985	1990	1991
. Personas Pobres Total	41.0	43.0	36.0	-
. Personas Pobres Urbanas	30.0	36.0	37.0	-
. Hogares Pobres Total	35.0	37.0	31.0	-
. Hogares Pobres Urbanos	25.0	30.0	-	-
(Índices 1980=100)			91.1	
. Producto Interno por Habitante	100.0	92.0	67.5	91.9
. Salario Mínimo	100.0	86.4	84.6	65.0
. Salario Industrial	100.0	91.0	71.7	82.5
. Salario Agrícola	100.0	87.2	85.5	64.3
. Salario en la Construcción	100.0	84.3		80.0

Fuente: PREALC en base a información oficial. Actividad económica y pobreza (CEPAL, 1991 a 1990); población total (CELADE, 1990).

4a/ Los datos de pobreza se refieren a los años 1980, 1984 y 1989.

Gráfico I
América Latina: Estructura del mercado de trabajo



Fuente: Elaboración PREALC.

Cuadro 2

América Latina: estructura del empleo no agrícola

Países/Años	Sector informal			Sector formal			
	Total	Trabajador indendiente	Servicio Doméstico	Total	Sector público	Sector privado	
						Empresas grandes	Empresas pequeñas
<i>América Latina</i>							
1980	25.6	19.2	6.4	74.4	15.7	44.1	14.6
1985	30.4	33.2	7.8	74.0	16.6	36.5	16.6
1990	30.8	23.9	6.9	78.0	15.5	31.6	22.1
<i>Argentina</i>							
1980	26.4	20.4	6.0	73.7	18.9	41.8	13.0
1985	29.4	22.9	6.5	40.5	19.1	48.2	13.3
1990	32.6	24.7	7.9	67.4	19.3	33.2	14.9
<i>Brasil</i>							
1980	24.0	17.3	6.7	76.0	11.1	55.2	9.7
1985	30.2	21.1	9.1	69.8	12.0	43.4	14.5
1990	28.6	20.9	7.7	71.5	10.9	36.6	23.9
<i>Colombia</i>							
1980	32.0	25.0	6.7	68.0	13.8	33.7	20.5
1985	35.0	28.0	7.0	65.0	12.4	31.8	20.7
1990	31.3	25.1	6.2	67.7	10.6	30.2	27.8
<i>Costa Rica</i>							
1980	22.4	16.3	6.1	77.5	26.7	36.9	14.0
1985	23.4	17.2	6.2	76.5	26.3	33.1	17.1
1990	23.2	17.6	5.6	76.8	23.0	31.7	22.0
<i>Chile</i>							
1980	36.1	27.8	8.3	63.9	11.9	37.7	14.3
1985	34.2	24.4	9.8	65.8	9.9	36.8	19.1
1990	31.7	23.6	8.1	68.4	67.0	43.0	18.3
<i>México</i>							
1980	24.2	18.0	6.2	75.8	21.8	29.1	24.9
1985	29.9	23.5	6.4	70.1	25.5	23.2	21.4
1990	36.0	30.4	5.6	64.0	25.0	19.6	19.5
<i>Venezuela</i>							
1980	25.7	21.2	4.5	74.2	25.6	39.8	8.8
1985	26.2	21.3	4.9	73.8	24.5	35.6	13.7
1990	26.4	21.4	5.0	73.6	22.6	28.9	22.1

Fuente: Estimaciones PREALC a base de encuestas de hogares y otras fuentes oficiales.

Nota: Tamaño de las empresas pequeñas menos de cinco ó seis trabajadores: dependiendo de la información disponible.

Cuadro 3

América Latina: desempleo abierto urbano, 1980-1992
(Tasas anuales medias)

País	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Argentina	2.6	4.7	5.3	4.7	4.6	6.1	5.6	5.9	6.3	7.6	7.5	6.5	7.0
Bolivia	7.1	5.9	8.2	8.5	6.9	5.8	7.0	7.2	11.6	10.2	9.5	8.1	6.8
Brasil	6.2	7.9	6.3	6.7	7.1	5.3	3.6	3.7	3.8	3.3	4.3	4.8	5.9
Colombia	9.7	8.3	9.1	11.7	13.4	14.1	13.8	11.8	11.2	9.9	10.3	10.0	10.0
Costa Rica	6.0	9.1	9.9	8.5	6.6	6.7	6.7	5.9	6.3	3.7	5.4	6.0	4.3
Chile	11.7	9.0	20.0	19.0	18.5	17.0	13.1	11.9	10.0	7.2	6.5	7.3	4.9
Ecuador	5.7	6.0	6.3	6.7	10.5	10.4	10.7	7.2	7.4	7.9	6.1	8.5	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	9.4	8.4	10.0	8.0	-
Guatemala	2.2	1.5	6.0	9.9	9.1	12.0	14.0	11.4	8.8	6.2	6.4	6.5	-
Honduras	8.8	9.0	9.2	9.5	10.7	11.7	12.1	11.4	8.7	7.2	6.9	7.6	-
México	4.5	4.2	4.2	6.6	5.7	4.4	4.3	3.9	3.5	2.9	2.9	2.7	2.9
Panamá	10.4	10.7	10.1	11.7	12.4	15.7	12.7	14.1	21.1	20.4	20.0	19.0	18.0
Paraguay	3.9	2.2	5.6	8.3	7.3	5.1	6.1	5.5	4.7	6.1	6.6	5.1	6.0
Perú	7.1	6.8	6.6	9.0	8.9	10.0	5.4	4.8	7.1	7.9	9.3	5.9	-
Uruguay	7.4	6.7	11.9	15.5	14.0	13.1	10.7	6.3	9.1	8.6	9.3	8.9	9.0
Venezuela	6.6	6.8	7.8	11.2	14.3	14.3	12.1	9.9	7.9	9.7	10.5	10.1	8.8
América Latina	6.7	6.6	8.4	9.8	10.0	10.1	8.2	8.3	8.5	7.9	8.0	7.8	7.6
	6.0	6.4	6.9	8.3	8.7	8.3	7.1	6.4	6.2	5.9	6.2	6.2	6.3

Fuente: Elaboración PREALC en base a encuestas de hogares disponibles y estimaciones.

Cuadro 4

**América Latina: salarios mínimos reales, 1980-1992
(Índice 1980 = 100)**

Países	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991 (a)	1992 (a)
Argentina	100.0	97.8	103.6	152.9	167.5	113.1	110.0	120.8	93.5	42.1	40.2	52.9	45.3
Bolivia	-	-	169.0	100.0	82.2	33.2	30.8	35.7	37.8	33.7	31.2	47.4	-
Brasil	100.0	98.7	99.2	87.9	81.3	83.9	82.3	64.7	63.3	68.5	46.7	52.4	49.2
Colombia	100.0	97.9	102.7	107.4	112.7	108.0	113.9	113.0	108.5	109.5	105.7	102.0	101.0
Costa Rica	100.0	90.4	85.8	99.3	104.4	112.2	118.6	118.1	115.0	119.7	120.8	115.1	-
Chile	100.0	99.2	97.2	78.3	66.9	63.4	61.3	57.6	61.7	68.6	73.3	79.9	83.4
Ecuador	100.0	86.2	76.0	63.7	62.8	60.8	65.5	61.8	53.5	43.9	36.2	30.4	29.5
El Salvador	100.0	92.8	83.0	73.4	73.7	63.4	54.9	44.4	42.0	37.9	34.4	31.1	-
Guatemala	100.0	120.9	120.7	115.3	111.4	94.0	68.6	61.1	75.9	68.1	48.2	38.9	38.1
Haití	100.0	93.5	99.3	91.5	86.0	88.3	85.8	96.5	92.7	86.3	71.4	-	-
Honduras	100.0	106.2	106.3	98.2	93.8	90.7	86.9	84.8	81.2	73.9	80.6	77.9	-
México	100.0	100.7	88.7	73.5	68.2	67.0	60.6	56.3	49.3	47.3	42.0	39.5	38.9
Panamá	100.0	93.2	89.4	102.1	101.8	100.8	100.8	99.8	99.5	99.6	99.0	97.5	-
Paraguay	100.0	103.9	101.8	94.2	94.0	99.4	108.5	122.7	134.4	137.2	130.0	125.7	115.5
Perú	100.0	83.8	77.6	79.3	61.7	54.2	55.8	60.1	45.5	24.2	21.4	14.9	15.6
Rep. Dominicana	100.0	93.0	86.4	80.8	82.2	80.2	86.0	84.1	87.4	77.8	65.2	61.4	-
Uruguay	100.0	103.3	104.6	89.6	89.8	94.1	89.3	91.2	84.9	78.6	68.8	62.9	60.0
Venezuela	100.0	86.2	78.6	73.9	65.9	95.3	90.9	110.9	92.8	77.0	54.7	54.4	-
América Latina	100.0	96.9	94.2	91.8	89.7	86.4	84.7	85.2	81.2	74.1	67.0	65.0	57.7

Fuente: Elaboración PREALC en base a cifras oficiales.

^(a) Cifras provisionales sujetas a revisión.

Cuadro 5

América Latina: desocupación urbana y salarios por países, 1990-1991

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
América Latina												
Desocupación urbana	6.7	6.6	8.4	9.8	10.0	10.1	9.2	8.3	8.5	7.9	5.0	7.3
Salario mínimo	100.0	96.9	94.2	91.8	89.7	86.4	84.7	85.2	81.2	74.1	67.0	65.0
Salario industrial	100.0	102.4	100.6	95.0	93.4	91.0	93.2	97.1	93.7	89.0	84.6	82.5
Argentina												
Desocupación urbana	2.6	4.7	5.3	4.7	4.6	6.1	5.6	5.9	6.3	7.6	7.5	6.5
Salario mínimo	100.0	97.8	103.6	152.9	167.5	113.1	110.0	120.8	93.5	42.1	40.2	56.0
Salario industrial	100.0	89.7	80.3	103.9	126.3	102.9	107.8	99.5	94.4	75.0	69.8	80.3
Bolivia												
Desocupación urbana	7.1	5.9	8.2	8.5	6.9	5.8	7.0	7.2	11.6	10.2	9.5	5.1
Salario mínimo	-	-	169.0	100.0	82.2	33.2	30.8	35.7	37.8	33.7	31.2	48.0
Salario industrial	100.0	89.8	68.3	85.7	99.0	56.2	46.0	65.3	76.9	81.3	80.3	-
Brasil												
Desocupación urbana	6.2	7.9	6.3	6.7	7.1	5.3	3.6	3.7	3.8	3.3	4.3	4.8
Salario mínimo	100.0	98.7	99.2	87.9	81.3	83.9	82.3	64.7	63.3	68.5	46.7	52.4
Salario industrial	100.0	96.1	97.7	81.9	80.3	90.6	105.3	112.2	92.2	99.5	80.0	57.6
Colombia												
Desocupación urbana	9.7	8.3	9.1	11.7	13.4	14.1	13.8	11.8	11.2	9.9	10.3	10.2
Salario mínimo	100.0	97.9	102.7	107.4	112.7	108.0	113.9	113.0	108.5	109.5	105.7	102.0
Salario industrial	100.0	100.2	104.1	109.8	117.6	113.5	120.1	119.8	116.5	118.3	114.8	114.1
Costa Rica												
Desocupación urbana	6.0	9.1	9.9	8.5	6.6	6.7	6.7	5.9	6.3	3.7	5.4	6.0
Salario mínimo	100.0	90.4	85.8	99.3	104.4	112.2	118.6	118.1	115.0	119.7	120.8	115.1
Salario industrial	110.0	88.5	67.7	86.5	99.4	105.7	103.0	123.8	113.8	111.4	108.7	103.0
Chile												
Desocupación urbana	11.7	9.0	20.0	19.0	18.5	63.4	13.1	11.9	10.0	7.2	6.5	7.3
Salario mínimo	100.0	99.2	97.2	78.3	66.9	17.0	61.3	57.3	61.7	68.3	73.3	79.9
Salario industrial	100.0	111.6	108.4	96.3	95.5	90.4	93.3	94.0	99.3	102.6	104.4	112.0
Guatemala												
Desocupación urbana	2.2	1.5	6.0	9.9	9.1	12.0	14.0	11.4	8.8	6.2	6.4	6.5
Salario mínimo	100.0	120.9	120.7	115.3	111.4	94.0	68.6	61.1	75.39	68.1	48.2	38.9
Salario industrial	100.0	135.4	155.6	151.1	117.6	106.0	86.2	85.6	85.2	91.1	70.2	66.8
Honduras												
Desocupación urbana	8.8	9.0	9.2	9.5	10.7	11.7	12.1	11.4	8.7	7.2	6.9	7.6
Salario mínimo	100.0	106.2	106.3	98.2	93.8	90.7	86.9	84.8	81.2	73.9	80.6	77.9
Salario industrial	100.0	98.1	90.0	83.1	79.4	76.8	73.6	71.8	68.7	62.6	73.4	71.9
México												
Desocupación urbana	4.5	4.2	4.2	6.6	5.7	4.4	4.3	3.9	3.5	2.9	2.9	2.7
Salario mínimo	100.0	100.7	88.7	73.5	68.2	67.0	60.6	56.3	49.3	47.3	42.0	39.5
Salario industrial	100.0	103.0	101.5	74.5	71.6	72.0	63.9	60.3	57.1	58.1	60.8	63.2
Panamá												
Desocupación urbana	10.4	10.7	10.1	11.7	12.4	15.7	12.7	14.1	21.1	20.4	20.0	19.0
Salario mínimo	100.0	93.2	89.4	102.1	101.8	100.8	100.8	99.8	99.5	99.6	99.0	97.5
Salario industrial	100.0	100.7	103.6	104.8	109.0	109.8	112.6	114.2	105.2	113.3	109.5	-
Paraguay												
Desocupación urbana	3.9	2.2	5.6	8.3	7.3	5.1	6.1	5.5	4.7	6.1	6.6	5.1
Salario mínimo	100.0	103.9	101.8	94.2	94.0	99.4	108.5	122.7	134.4	137.2	130.0	125.7
Salario industrial	100.0	105.5	100.8	93.0	92.5	89.4	86.9	98.1	107.9	107.4	102.3	87.9
Perú												
Desocupación urbana	7.1	6.8	6.6	9.0	8.9	10.1	5.4	4.8	7.1	7.9	8.3	5.9
Salario mínimo	100.0	83.8	77.6	79.3	61.7	54.2	55.8	60.1	45.5	24.5	21.4	14.9
Salario industrial	100.0	92.1	96.5	82.7	67.5	56.7	81.0	89.0	78.1	32.4	34.4	33.4
Uruguay												
Desocupación urbana	7.4	6.7	11.9	15.5	14.0	13.1	10.7	9.3	9.1	8.6	9.3	8.9
Salario mínimo	100.0	103.3	104.6	89.6	89.8	94.1	89.3	51.2	84.9	78.6	68.8	57.3
Salario industrial	100.0	106.7	103.5	82.1	80.2	97.7	104.5	114.0	117.3	120.9	110.9	117.7
Venezuela												
Desocupación urbana	6.6	6.8	7.8	11.2	14.3	14.3	12.1	9.9	7.9	9.7	10.5	10.1
Salario mínimo	100.0	86.2	78.6	73.9	65.9	95.3	90.9	110.9	90.8	77.0	54.7	54.4
Salario industrial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: PREALC, en base a encuestas de hogares e información oficial.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL, 1990 *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta* (Santiago, Chile).
- , 1990 *Panorama social de América Latina* (Santiago, Chile).
- Ermida, O. 1991 *Las relaciones de trabajo en América Latina*, serie Crítica y Comunicación núm. 2 (Lima, OIT).
- Infante, R. 1992 *Los costos sociales del ajuste: Concepto, medición y áreas de política*, documento presentado al seminario final del proyecto regional "Políticas para pagar la deuda social", 16-18 de noviembre (Viña del Mar, OIT-PREALC/PNUD).
- OIT, 1991 *Políticas de empleo en la reestructuración económica en América Latina y el Caribe* (Ginebra, Suiza).
- 1992 *Memoria del Director General*, documento presentado a la Decimotercera Conferencia de los Estados de América miembros de la OIT, Caracas 30 de septiembre al 7 de octubre (Ginebra, Suiza).
- PREALC 1991 *Empleo y equidad: Desafío de los 90* (Santiago, Chile).
- 1992 *Empleo y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, serie Documentos de trabajo/369 (Santiago, Chile).

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD DEL TRABAJADOR EN LOS CUATRO PAÍSES INTEGRANTES DEL MERCOSUR Y CHILE

María Alba Iriarte de Lofiego

Revisión de los convenios y recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

La OIT se ha ocupado de la salud del trabajador en forma directa e indirecta desde el inicio de su existencia en 1919. Las disposiciones emitidas por la OIT en Ginebra¹, se agrupan de la siguiente manera:

Condiciones de trabajo

Salarios

- Métodos para la fijación de salarios mínimos
- Protección del salario

Condiciones generales del empleo

- Horas de trabajo
- Trabajo nocturno
- Descanso semanal
- Vacaciones pagadas

Seguridad, higiene y salud en el trabajo

- Disposiciones generales
- Protección contra riesgos específicos
- Protección en determinadas ramas de actividad
- Servicios sociales, vivienda y tiempo libre

Seguridad social

Normas generales

Protección en las diversas ramas de la seguridad social

- Asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad

¹ Organización Internacional del Trabajo. *Convenios y Recomendaciones Internacionales del Trabajo, 1919-1984*. Ginebra, 1985. *Folletos, Convenios y recomendaciones OIT 1985-1991*.

- Prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivientes
- Prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- Prestaciones de desempleo
- Prestaciones de maternidad
- Asignaciones familiares

Desde 1919 hasta 1991 la OIT ha adoptado a través de la Conferencia Internacional del Trabajo, 52 convenios y 38 recomendaciones sobre *Seguridad e Higiene en el Trabajo y Seguridad Social*.

Convenios

Seguridad e Higiene en el Trabajo

Disposiciones generales

- Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores N° 155 - 1981.
- Convenio sobre condiciones de trabajo en las plantaciones Parte XIII N° 110-1958.

Protección contra riesgos específicos

- Convenio sobre la cerusa (pintura) N° 13 - 1921.
- Convenio sobre la protección contra las radiaciones N° 115 0 1960.
- Convenio sobre el benceno N° 136 - 1971.
- Convenio sobre cáncer profesional N° 139 - 1974.
- Convenio sobre la protección de la maquinaria N° 19 - 1963.
- Convenio sobre el peso máximo N° 127 - 1967.
- Convenio sobre el medio ambiente de trabajo (contaminación del aire, ruido y vibraciones) N° 148 - 1977.
- Convenio sobre la utilización del asbesto en condiciones de seguridad N° 162 - 1986.
- Convenio sobre la seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo N° 170 - 1990.

Protección de determinadas ramas de actividad

- Convenio sobre las prescripciones de seguridad (edificación) N° 62 - 1937.
- Convenio sobre la higiene (comercio y oficinas) N° 120 - 1964.
- Convenio sobre la indicación del peso en los fardos transportados por barco N° 27 - 1929.
- Convenio sobre la protección de los cargadores de muelle contra los accidentes N° 28 - 1929.
- Convenio sobre la protección de los cargadores de muelle contra los accidentes (revisado) N° 32 - 1932.

- Convenio sobre seguridad e higiene (trabajos portuarios) N° 152 - 1979.
- Convenio relativo a la prevención de los accidentes del trabajo de la gente de mar N° 134 - 1970.
- Convenio sobre el bienestar de la gente de mar en el mar y en el puerto N° 163 - 1987.
- Convenio sobre la protección de la salud y la asistencia médica de la gente de mar N° 164 - 1987.
- Convenio sobre la seguridad social de la gente de mar (revisado) N° 165 - 1987.
- Convenio sobre seguridad y salud en la construcción N° 167 - 1988.
- Convenio sobre las condiciones de trabajo en los hoteles, restaurantes y establecimientos similares N° 172 - 1991.

Servicios sociales, vivienda y tiempo libre

- Convenio sobre condiciones de trabajo en las plantaciones Parte XII N° 110 - 1958.

Seguridad Social

Normas generales

- Convenio sobre la seguridad social (norma mínima) N° 102 - 1952.
- Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social) N° 118 - 1962.
- Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social N° 157 - 1982.
- Convenio sobre seguridad social de la gente de mar N° 70 - 1946.
- Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo N° 161 - 1985.

Protección en las diversas ramas de seguridad social

Asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad

- Convenio sobre seguro de enfermedad (industria) N° 24 - 1927.
- Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura) N° 25 - 1927.
- Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad N° 130 - 1969.
- Convenio relativo a las obligaciones del armador en caso de enfermedad, accidente o muerte de la gente de mar N° 55 - 1936.
- Convenio relativo al seguro de enfermedad de la gente de mar N° 56 - 1936.

Prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivientes

- Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes N° 128 - 1967 (Este convenio revisa los siguientes convenios previos: N° 35 - 1933; N° 36 - 1933; N° 37 - 1933; N° 38 - 1933; N° 39 - 1933 y N° 40 - 1933, que se refieren respectivamente al seguro de vejez en la industria, seguro de vejez en la agricultura, seguro de invalidez

en la industria, seguro de invalidez en la agricultura, seguro de muerte en la industria y seguro de invalidez en la agricultura, seguro de muerte en la industria y seguro de muerte en la agricultura).

- Convenio sobre los derechos de pensión de los migrantes N° 48 - 1935.
- Convenio relativo a las pensiones de la gente de mar N° 71 - 1946.

Prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

- Convenio sobre la indemnización por accidente del trabajo (agricultura) N° 12 - 1921.
- Convenio sobre las indemnización por accidentes de trabajo N° 17 - 1925.
- Convenio sobre las enfermedades profesionales N° 18 - 1925.
- Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo) N° 19 - 1925.
- Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado) N° 42 - 1934.
- Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales N° 121 - 1964. Modificado en 1980.
- Convenio sobre condiciones de trabajo en las plantaciones Parte VIII N° 110 - 1958.

Prestaciones de desempleo

- Convenio sobre el desempleo N° 44 - 1934.
- Convenio relativo a la indemnización de desempleo en caso de pérdida por naufragio N° 8 - 1920.

Prestaciones de la maternidad

- Convenio sobre la protección de la maternidad N° 3 - 1919.
- Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado) N° 103 - 1952.
- Convenio sobre las condiciones del trabajo en las plantaciones Parte VII N° 110 - 1958.

Asignaciones familiares

Se encuentran referidas en los convenios enunciados en Normas Generales (Punto 1).

Lista de ratificaciones por convenio y por país al 31 de diciembre de 1991

Los convenios antes enumerados han sido ratificados por los países del MERCOSUR, (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y Chile, en la siguiente forma²:

Ratificaciones

Argentina 15 convenios; Brasil 15 convenios; Paraguay 3 convenios; Uruguay 26 convenios y Chile 16 convenios.

Se ratificaron entre los cinco países 36 convenios y aún se encuentran sin ratificar 16 convenios a saber:

Convenios ratificados³

- ConvenioNº 3 Protección de la maternidad - Arg. Bra. Uru.
- ConvenioNº 8 Indemnización de desempleo - Arg. Uru. Chi.
- ConvenioNº 12 Indemnización por accidente de trabajo - Arg. Bra. Uru. Chi.
- ConvenioNº 13 Cerusa (pintura) - Arg. Uru. Chi.
- ConvenioNº 17 Indemnización por accidentes de trabajo - Uru. Chi.
- ConvenioNº 18 Enfermedades profesionales - Arg. Uru. Chi.
- ConvenioNº 19 Igualdad de trato (accidentes de trabajo) Arg. Bra. Uru. Chi.
- ConvenioNº 24 Seguro de enfermedad (industria) Uru. Chi.
- ConvenioNº 25 Seguro de enfermedad (agricultura) - Uru. Chi.
- ConvenioNº 27 Indicación del peso en los fardos transportados por barco. Arg. Uru. Chi.
- ConvenioNº 32 Protección de los cargadores de muelle contra los accidentes. Arg. Uru. Chi.
- ConvenioNº 35 Seguro de Vejez (industria) - Arg. Chi.
- ConvenioNº 36 Seguro de Vejez (agricultura) - Arg. Chi.
- ConvenioNº 37 Seguro de invalidez (industria) - Chi.
- ConvenioNº 38 Seguro de invalidez (agricultura). - Chi.
- ConvenioNº 42 Enfermedades profesionales - Arg. Bra. Uru.
- ConvenioNº 62 Prescripciones de seguridad (edificios). - Uru.
- ConvenioNº 71 Pensiones de la gente de mar - Arg.
- ConvenioNº 100 Protección de la maternidad - Bra. Uru.
- ConvenioNº 110 Plantaciones - Bra. Uru.
- ConvenioNº 115 Protección de los trabajadores contra las radiaciones ionizantes - Arg. Bra. Uru.

² Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. Conferencia Internacional del Trabajo 79ª Reunión 1992. Lista de ratificaciones por convenio y por país (al 31 de diciembre de 1991).

³ SIGLAS: Arg=Argentina, Bra=Brasil, Par=Paraguay, Uru=Uruguay y Chi=Chile.

ConvenioN° 118 Igualdad de trato de nacionales y extranjeros - Uru.
ConvenioN° 119 Protección de maquinaria - Bra. Par. Uru.
ConvenioN° 120 Higiene (comercio y oficinas) - Bra. Par.
ConvenioN° 121 Prestaciones en caso de accidentes y enfermedades profesionales - Uru.
ConvenioN° 127 Peso máximo - Bra. Chi.
ConvenioN° 128 Prestación de invalidez, vejez y sobrevivientes - Uru.
ConvenioN° 130 Asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad - Uru.
ConvenioN° 134 Prevención de accidentes - Uru.
ConvenioN° 136 Benceno - Uru.
ConvenioN° 139 Cáncer profesional - Arg. Bra. Uru.
ConvenioN° 148 Medio ambiente de trabajo - Bra. Uru.
ConvenioN° 152 Seguridad e higiene (trabajos portuarios) - Bra.
ConvenioN° 155 Seguridad y salud de los trabajadores - Uru.
ConvenioN° 161 Sobre los servicios de salud en el trabajo - Bra. Uru.
ConvenioN° 162 Utilización del asbesto en condiciones de seguridad - Bra.

Convenios sin ratificar por ninguno de los cinco países

ConvenioN° 28 Protección de los cargadores de muelles contra los accidentes.
ConvenioN° 39 Seguro de muerte (industria).
ConvenioN° 40 Seguro de muerte (agricultura).
ConvenioN° 44 Desempleo.
ConvenioN° 48 Conservación de los derechos de pensión de los migrantes.
ConvenioN° 55 Obligaciones del armador en caso de enfermedad o accidentes de la gente de mar.
ConvenioN° 56 Seguro de enfermedad de la gente de mar.
ConvenioN° 70 Seguridad social de la gente de mar.
ConvenioN° 102 Seguridad social (norma mínima).
ConvenioN° 157 Conservación de los derechos en materia de seguridad social.
ConvenioN° 163 Sobre el bienestar de la gente de mar en el mar y en el puerto.
ConvenioN° 164 Protección de la salud y asistencia médica de la gente de mar.
ConvenioN° 165 Seguridad social de la gente de mar.
ConvenioN° 167 Seguridad y salud en la construcción.
ConvenioN° 170 Seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo.
ConvenioN° 172 Condiciones de trabajo en los hoteles, restaurantes y establecimientos similares.

Recomendaciones sobre higiene y seguridad industrial

- Recomendación sobre la prevención del carbunco N° 3 - 1919.
- Recomendación sobre la protección de la mujeres y los niños contra el saturnismo N° 4 - 1919.
- Recomendación sobre la prohibición del empleo de fósforo blanco (amarillo) en las cerillas N° 6 - 1919.

- Recomendación sobre el importe mínimo de las indemnizaciones por accidentes del trabajo N° 22 - 1925.
- Recomendación sobre la jurisdicciones competentes para la solución de los conflictos relativos a la indemnización por accidentes del trabajo N° 23 - 1925.
- Recomendación sobre la indemnización por enfermedades profesionales N° 24 - 1925.
- Recomendación sobre la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes del trabajo N° 25 - 1925.
- Recomendación sobre la prevención de los accidentes del trabajo N° 31 - 1929.
- Recomendación sobre la responsabilidad relativa a los dispositivos de seguridad de las máquinas accionadas por fuerza mecánica N° 32 - 1929.
- Recomendación sobre la reciprocidad en materia de protección de los trabajadores empleados en la carga y descarga de los buques N° 33 - 1929.
- Recomendación sobre la consulta a las organizaciones profesionales para establecer reglamentos sobre la seguridad de los trabajadores empleados en carga y descarga de buques N° 34 - 1929.
- Recomendación sobre la reciprocidad en la protección contra accidentes de los trabajadores empleados en la carga y descarga de los buques N° 40 - 1932.
- Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo N° 97 - 1953.
- Recomendación sobre la adaptación y readaptación de profesionales de inválidos. N° 99 - 1955.
- Recomendación sobre los servicios de medicina en el trabajo en los lugares de empleo N° 112 - 1959.
- Recomendación sobre la protección de los trabajadores contra las radiaciones ionizantes N° 114 - 1960.
- Recomendación sobre la protección de la maquinaria N° 118 - 1963.
- Recomendación sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales N° 121 - 1964.
- Recomendación sobre el peso máximo de la carga que puede ser transportada por un trabajador N° 128 - 1967.
- Recomendación sobre la lucha contra ruidos nocivos en el alojamiento de la tripulación y lugares de trabajo a bordo N° 141 - 1970.
- Recomendación sobre la prevención de accidentes del trabajo de la gente de mar N° 142 - 1970.
- Recomendación sobre la protección contra riesgos de intoxicación por el benceno N° 144 - 1971.
- Recomendación sobre la prevención y control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos N° 147 - 1974.
- Recomendación sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos profesionales debidos a la contaminación del aire, el ruido y las vibraciones en el lugar de trabajo N° 156 - 1977.
- Recomendación sobre la seguridad e higiene en los trabajos portuarios N° 160 - 1979.
- Recomendación sobre la seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo N° 164 - 1981.

- Recomendación sobre la adaptación y readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) N° 168 - 1983.
- Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo N° 171 - 1985.
- Recomendación sobre la utilización del asbesto en condiciones de seguridad N° 172 - 1986.
- Recomendación sobre la seguridad y salud en la construcción N° 175 - 1988.
- Recomendación sobre la seguridad en el empleo productos químicos N° 177 - 1990.
- Recomendación sobre la prescripciones de seguridad (edificación) N° 53 - 1937.
- Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida N° 67 - 1944.
- Recomendación sobre asistencia médica N° 69 - 1944.
- Recomendación sobre la vivienda de los trabajadores N° 115 - 1961.
- Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad N° 134 - 1969.
- Recomendación sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social N° 167 - 1983.
- Recomendación sobre el bienestar de la gente de mar en el mar y en el puerto N° 173 - 1987.

La normas internacionales han abordado la problemática de la salud de los trabajadores por medio de disposiciones genéricas que abarcan desde la seguridad y salud de los trabajadores, seguridad social e igualdad de trato en la seguridad social, hasta la protección contra riesgos específicos y en determinadas ramas de actividad. Sin embargo, los 52 convenios de la OIT resultan actualmente insuficientes ya que hay actividades como las de la gente de mar que han sido debidamente reglamentadas, no así la actividad minera, muy importante en Chile y Brasil por la cantidad de mano de obra ocupada y el bajo nivel tecnológico en que se desarrolla lo que determina una falta de protección a la salud de dichos dependientes, en una actividad donde la salud, se encuentra muy comprometida. En similar situación se encuentra la actividad agropecuaria.

Los cinco países objeto de este estudio son miembros de la OIT; Argentina, Brasil, Chile y Uruguay desde 1919; Paraguay desde 1919 hasta 1937 y desde 1956 a la fecha. Es importante resaltar que el Convenio N° 102, Seguridad Social (norma mínima), no ha sido ratificado por ninguno de los países, teniendo en cuenta que el mismo es del año 1952. Asimismo, el Convenio N° 134 solamente ha sido ratificado por Uruguay, si bien dicho Convenio trata sobre prevención de accidentes. El Convenio N° 148 sobre medio ambiente de trabajo ratificado por Brasil y Uruguay, el Convenio sobre seguridad e higiene N° 152, ratificado solamente por Brasil, el Convenio N° 155 sobre Seguridad Social y salud de los trabajadores, ratificado solamente por Uruguay y el Convenio N° 161 sobre los Servicios de salud en el trabajo, ratificado por Brasil y Uruguay.

Los países deberían ratificar los convenios referidos a fin de tener un marco legislativo homogéneo para establecer las bases legislativas futuras de la integración regional. Ello llevará a un ordenamiento más lógico y facilitará la recíproca comprensión de la normativa jurídica. En base a normas internacionales, como por ejemplo los convenios de la OIT, la legislación futura

de alcance regional sobre la salud de los trabajadores tendrá posibilidades de efectividad y eficacia.

El artículo 3 del Convenio N° 161 de 1985 establece que:

Todo miembro se compromete a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Las disposiciones adoptadas deberían ser adecuadas y apropiadas a los riesgos específicos que prevalecen en las empresas.

Cuando no pueda establecerse inmediatamente servicios de salud en el trabajo para todas las empresas, todo miembro interesado deberá elaborar planes para el establecimiento de tales servicios, en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas cuando existan.

Todo miembro interesado deberá indicar, en la primera memoria sobre la aplicación del convenio que someta en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, los planes que ha elaborado de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo, y exponer en memorias ulteriores todo progreso realizado en su aplicación.

Esta disposición demuestra las posibilidades que la normativa internacional provee a la armonización de legislaciones regionales.

A través de los convenios de la OIT, de carácter genérico, la legislación internacional cubre con amplitud las expectativas y necesidades de la región que abarca los cinco países. Como normas que indican reglas mínimas, tienen una condición primaria de la que derivarán las disposiciones específicas regionales. Para la armonización legislativa es indispensable que los poderes legislativos de los respectivos países se aboquen a los estudios de los convenios no ratificados, con el propósito de permitir posteriormente entrar de lleno al estudio de normas supranacionales. Hasta la fecha, esta coordinación se ha realizado especialmente con los ministros del poder ejecutivo, siendo imprescindible el abocamiento del poder legislativo de cada país, cuyos miembros son los representantes más directos del pueblo.

El Director General Adjunto de la OIT Heribert Maier, ha dicho en oportunidad de la Reunión del MERCOSUR celebrada en diciembre de 1991 en Foz do Iguazú (Brasil) que:

La integración económica despojada de un componente social trae consigo nuevos desequilibrios y desigualdes. Es por que tiene que estar acompañada desde el comienzo por una dimensión social que brinde una protección adecuada, y que permita atenuar sus efectos negativos sobre los trabajadores y efectuar una distribución equitativa de los frutos del crecimiento económico.

Asimismo el representante de la OIT hizo hincapié en la necesidad de un diálogo franco y abierto entre los poderes públicos y los representantes de las principales fuerzas productivas de la sociedad, es decir, los empleadores y los trabajadores y sus organizaciones. Sin tal diálogo tripartido no puede haber una verdadera justicia y democracia social.

Revisión de la legislación nacional

Disposiciones constitucionales

Iniciando este análisis con las normas fundamentales de cada país, es decir, la Constitución Nacional, tenemos que los cinco estados Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Chile, han consagrado garantías constitucionales referidas directa o indirectamente a la salud y al trabajo.

Constitución de la Nación Argentina

La Constitución Argentina de 1853, incorporado el artículo 14 bis en el año 1957, establece que el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor; jornada limitada; descansos y vacaciones pagadas; retribución justa; salario mínimo vital y móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias; control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial.

En el tercer párrafo determina que el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia, la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.

Constitución de la República Federativa del Brasil

La Constitución brasileña de 1988 en el artículo 1 establece que la República Federativa del Brasil, formada por la unión indisoluble de los estados y municipios y el distrito federal, constituyese en Estado democrático de derecho y tiene como fundamentos en relación con los derechos del trabajo, los siguientes principios:

- La dignidad de la persona humana.
- Los valores sociales del trabajo y la libre iniciativa.

De acuerdo con el artículo 3, Sección III, constituyen objetivos fundamentales de la República Federativa de Brasil: erradicar la pobreza y la marginación y reducir las desigualdades sociales y regionales.

En el capítulo de los Derechos Sociales, el artículo 6 consagra como derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, las vacaciones, la seguridad, la previsión social, la protección a la maternidad y la infancia, la asistencia a los desamparados. El artículo 7, a su vez, garantiza los derechos de los trabajadores contra el despido arbitrario, seguro de desempleo, salario mínimo, garantía de salario, participación de la gestión de la empresa, jornada de ocho horas, licencia por maternidad y por paternidad, reducción de los riesgos inherentes al trabajo por medio de normas de salud, higiene y seguridad, seguro contra accidentes de trabajo a cargo del empleador, sin excluir la indemnización a que está obligado cuando incurra en dolo o culpa, igualdad de derechos entre el trabajador permanente y el eventual, entre otros.

En la sección correspondiente a la previsión social, el artículo 201 hace referencia a la cobertura de enfermedad, invalidez y muerte, incluyendo los eventos resultantes de accidentes de trabajo. Se contempla asimismo la situación del trabajador en situación de desempleo involuntario.

Cabe destacar que de acuerdo con el Párrafo Único del Título I - De los principios Fundamentales - la República Federativa de Brasil buscará la integración económica, política, social y cultural con los pueblos de América Latina, visando la formación de una comunidad latinoamericana de naciones.

Constitución Nacional del Paraguay

La Constitución paraguaya de 1992 en el Capítulo VI - De la Salud- en sus artículos 68 y 69 establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley dentro del respeto a la dignidad humana. Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

La nueva Constitución también contiene normas referidas al derecho al trabajo, al cumplimiento de las normas laborales y de seguridad e higiene en el trabajo, y al establecimiento de un sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia. Se prevé asimismo su extensión a todos los sectores de la población.

Constitución de la República Oriental del Uruguay

La Constitución de 1966 dispone que el Estado combatirá por medio de la ley y de las convenciones internacionales los “vicios sociales”. Establece asimismo, que la ley reconocerá a quien se halle en una relación de trabajo o servicio como obrero o empleado, entre otros derechos, la limitación de la jornada, el descanso semanal y la higiene física y moral. El trabajo de las mujeres y los menores de 18 años será especialmente reglamentado y limitado. Garantiza la libertad de enseñanza y dispone que la ley reglamentará la intervención del Estado al solo efecto de mantener la higiene, la moralidad, la seguridad, y el orden público (artículos 47, 54 y 68).

Constitución Política de la República de Chile

La Constitución de 1980, reformada en 1989, establece en el Capítulo III de los Derechos y Deberes Constitucionales, artículo 19 numeral 1, que la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. Por medio del artículo 8, declara el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Es deber del Estado velar para que este derecho no sea afectado y tutelar la preservación de la naturaleza.

En el artículo 9 consagra el derecho a la protección de salud. Establece que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Corresponderá asimismo al Estado, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado.

El Tratado para la Constitución de un Mercado común entre la República Argentina, la República Federativa de Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay, denominado Tratado de Asunción, de 26 de marzo de 1991, por su parte, en su primer considerando expresa:

CONSIDERANDO que la ampliación de las actuales dimensiones de sus mercados nacionales a través de la integración constituye condición fundamental para acelerar sus procesos de desarrollo económico con justicia social.

Esta primer norma conjunta está indicando el camino a seguir en la integración-armonización de las disposiciones jurídicas regionales. Tanto el Tratado de Asunción, como las Constituciones de los países integrantes del MERCOSUR y Chile, no dificultan la integración normativa sobre salud del trabajador, sino que por el contrario la facilitan.

Legislación específica de los distintos países, referidas a situaciones que reglamentan la salud del trabajador en relación de dependencia

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Argentina: Ley N° 24.028 de 1991. Decreto Reglamentario N° 1.792/1992. La primera ley es de 1915: N° 9.688. La responsabilidad es del empleador, quien puede contratar un seguro que subroga sus obligaciones. Incluye a todo personal dependiente, con excepción del personal doméstico. Prevé incapacidad total o parcial, permanente o transitoria. Pago de salarios hasta un año. Pago de indemnizaciones según incapacidad. Pago de medicamentos y servicios médicos a cargo del empleador. Incluye enfermedades del trabajo. No se exige período mínimo de calificación.

Brasil: Régimen de previsión social. Sistema de seguro obligatorio. La primera ley es de 1919. Actualmente rige a la ley N° 8.213 de 1991. Cubre a los dependientes, trabajadores autónomos, servicio doméstico, empresarios, etc. Pago de los salarios por inactividad temporal e indemnización por incapacidad. No se exige período mínimo de cotización. La Constitución de 1988 contempla los casos de culpa o dolo del empleador.

Paraguay: La primera ley es de 1927. La nueva Constitución de 1991, en su artículo 95 establece que el sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia será establecido por ley. Se promoverá su extensión a todos los sectores de la población. Los servicios del sistema de seguridad social podrán ser públicos, privados o mixtos, y en todos los casos estarán supervisados por el Estado.

Uruguay: La primera ley es de 1914. Actualmente rige la Ley N° 16.074 de 1990. Régimen de seguro financiado con primas que pagan los empleadores fijadas por el Banco de Seguro del Estado. Son beneficiarios todos aquellos que realizan actividades remuneradas bajo la dirección de otra persona y por cuenta de ella. Asalariados de la industria y el comercio, agrícolas y domésticos. No se exige período mínimo de calificación. El seguro es obligatorio para el empleado, caso contrario corren por su cuenta los pagos pertinentes. Prestación directa para los beneficiarios por medio de la “Central de los Servicios Médicos” y una indemnización en dinero.

Chile: La primera ley es de 1916. Rige actualmente la Ley N° 16.744 de 1988, que declaró obligatorio el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales para las siguientes personas; todo trabajador dependiente, los funcionarios públicos; de la Administración Civil del Estado, Municipalidades y de Instituciones administrativamente descentralizadas del Estado; los estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el respectivo plantel; los trabajadores independientes y los trabajadores familiares. Este Seguro contempla también la protección de estudiantes de establecimientos fiscales y particulares que sufran accidentes con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica profesional. El Decreto N° 2/1986 y de Decreto N° 54/1987, incorporó a todos los trabajadores independientes.

Vejez, invalidez, muerte

Argentina: Régimen de seguro social. Leyes N° 18.037 y N° 18.038. Cubre dependientes asalariados e independientes, mediante regímenes separados. Cotizan el empleador el dependiente y el independiente. Los beneficios son: jubilación por vejez, jubilación por invalidez y pensión a cónyuge sobreviviente. La Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 de 1974 reformada en 1976, establece una indemnización por muerte del dependiente igual a medio sueldo por cada año trabajado, y en caso de conclusión de la relación laboral por invalidez, un mes de sueldo por cada año trabajado.

Brasil: La nueva Constitución establece cobertura igual para trabajadores urbanos y rurales. La Ley N° 8.213 de 1991 en el Régimen General Social comprende beneficios por invalidez, por vejez a los asegurados. La previsión social se rige por principios de universalidad, uniformidad y cálculo de los beneficios considerándose los salarios de contribución corregidos monetariamente.

Paraguay: La nueva Constitución de 1992 determina que el sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia será establecido por la ley. Se promoverá su extensión a todos los sectores de la población.

Uruguay: Régimen de seguro social. Cubre a asalariados y trabajadores independientes, incluidos el personal de misiones diplomáticas y consulares en el extranjero. Existen regímenes por separado por bancario, notarios, empleados universitarios, fuerzas armadas y policía. Los fondos proceden del asegurado, empleador y gobierno. Los beneficios son: pensión de vejez, pensión de invalidez y pensión de supervivencia. El Banco de Previsión Social asiste a toda la población con excepción de aquellas personas cubiertas por las siguientes cajas: personal militar, policial y las cajas para estatales. Leyes vigentes de 1979, 1982 y 1987.

Chile: Sistema de Seguridad Social. Por Decreto N° 3.500 de 1980, se creó el nuevo sistema de pensiones, de vejez, de invalidez y sobrevivencia. El mismo prescribe que al inicio de su vida laboral, todo trabajador debe afiliarse al sistema y tiene obligación de cotizar hasta cumplidos los 65 y 60 años de los casos de hombres y mujeres respectivamente, en una administradora de fondos de pensiones. El aporte que va a la cuenta de capitalización individual, se determina en el 10 por ciento de sus remuneraciones y rentas imponibles. Adicionalmente cada trabajador puede efectuar cotizaciones voluntarias a su cuenta de capitalización de hasta un máximo del 20 por ciento de sus remuneraciones. Las cotizaciones deben ser pagadas por el empleador, a cuyo efecto realiza las deducciones de la remuneración del trabajador.

Enfermedad

Argentina: Régimen de seguro social, prestaciones médicas, Leyes N° 23.660 de 1989 y 23.661 de 1989. Régimen de responsabilidad patronal, prestaciones de enfermedad. Ley N° 20.744, que determina el pago de los salarios por tiempo determinado según antigüedad y cargas de familia a cargo del empleador, en caso de enfermedad denominada inculpable. Médico y medicamentos

a cargo de la obra social. Se aplica a los dependientes públicos y privados. Aportan el empleador y el dependiente a la obra social correspondiente, que cubre cónyuge e hijos por enfermedad.

Brasil: En la Ley N° 8.212, Ley Orgánica de la Seguridad Social de 1991, en su artículo 2 se establece que la salud es un derecho de todos y deber del Estado garantizado mediante políticas sociales y económicas que reduzcan los riesgos de las dolencias. Asimismo, consagra el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. Por la Ley N° 8.213 de 1991 se determina que el Régimen General de Previsión Social, artículo 18 inciso e) comprende la prestación por dolencias a los asegurados. Para este beneficio se establece un régimen de carencia es decir de cotización, para tener derecho al beneficio, de 12 contribuciones mensuales.

Paraguay: La nueva Constitución de 1992 en su artículo 69, regla que se promoverá un sistema de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado. Por Leyes de 1950, 1965 y 1973 se determinó un régimen de seguro social con prestaciones en dinero y médicas. Cubre asalariados, incluye al personal de servicio doméstico y maestras de escuelas públicas y privadas. Los pensionados también están cubiertos respecto de las prestaciones médicas.

Existen regímenes especiales para los ferroviarios, bancarios, empleados públicos. Los independientes pueden optar por la protección del seguro. Cotizan el asegurado, el empleador y el gobierno.

Uruguay: Ley vigente de 1975. Las prestaciones de enfermedades se otorgan a asalariados y trabajadores independientes. Cotizan el asegurado, el empleador y el gobierno. Las prestaciones de enfermedad son en dinero y asistenciales. Régimen de seguro social.

Chile: Seguro de salud⁴. Los trabajadores están obligados a aportar el 7 por ciento de sus remuneraciones al Fondo Nacional de Salud, para financiar las prestaciones de salud. Los beneficiarios pueden elegir el establecimiento en que serán atendidos, y dentro de este al profesional de su preferencia. Las prestaciones comprenden la atención médica y el pago del subsidio por incapacidad laboral durante el período de la licencia a que la enfermedad obligue.

Seguridad e higiene en el trabajo

Argentina: Ley N° 19.587 de 1972. Obligaciones a cargo del empleador para con sus dependientes. Examen preocupacional, posocupacional y periódico. De acuerdo con la cantidad de dependientes en el establecimiento, servicio médico y de seguridad permanente. El Decreto

⁴ Fundación de Investigación Económicas Latinoamericanas (FIEL) *Costos Laborales en el MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina, 1991.

Reglamentario N° 351/79 regla minuciosamente todo lo referido a seguridad, medio ambiente, iluminación, ruidos, construcción, máquinas, agua, etc.

Brasil: La Ley N° 8.213 de 1991 en su artículo 19 inciso 1, establece que la empresa es responsable por la adecuación y uso de las medidas colectivas e individuales de protección y seguridad de la salud del trabajador. Continúa la norma legal en el inciso 2 que constituye contravención penal punible con multa, dejar la empresa de cumplir las normas de seguridad e higiene en el trabajo.

La Conversión Nacional para la Prevención de Accidentes de Trabajo se realiza cada dos años, según los Decretos N°s 68.255/71 y 84.942/80. La Ley N° 6.617/78 dispone una contribución anual del seguro social para la Fundación Centro Nacional de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo (FUNCENTRO). El Decreto N° 81.384/78 protege a los dependientes expuestos a rayos-X o sustancias radioactivas.

El Decreto N° 1.809/90 establece el Sistema de Protección al Programa Nuclear Brasileño. La Ley N° 58 de 1988 sobre beneficios de retiro completo para quienes hayan estado en contacto con explosivos y gases tóxicos. El Reglamento del Código Nacional de Salud- Decreto N° 49.974 - A/1961 contiene entre otras disposiciones referidas a la nutrición la salud ocupacional. El Decreto N° 97.458/89 determina el grado de situaciones peligrosas e insalubres. El Decreto N° 97.995/89 incluye en el Sistema Federal de Inspecciones a los Agentes de Higiene y Seguridad en el Trabajo. La Medicina Provisional N° 89 establece el programa de desenvolvimiento del Sistema Federal de Inspección del Trabajo, con el propósito de promover y ejecutar la inspección del cumplimiento de las reglas de protección, seguridad y medicina en el trabajo. La Ley N° 8.009 de 1990 confiere al Instituto Nacional del Seguro Social la ejecución de los programas relacionados entre otras cosas, con la seguridad y salud de los trabajadores. El Código de Consolidación de las Leyes del Trabajo establece las normas sobre seguridad. El Decreto N° 466 de 1992 aprueba los estatutos, organización y funciones de la Fundación Jorge Duprat Figueiredo, de Seguridad y Medicina del Trabajo.

Paraguay: Según la Constitución de 1992, artículo 99, el cumplimiento de las normas laborales y el de las de seguridad e higiene en el trabajo quedará sujeto a la fiscalización de las autoridades creadas por la ley, la cual establecerá las sanciones en caso de su violación.

Uruguay: La Constitución garantiza la higiene física y moral para los dependientes. El Decreto N° 406 de 1988 aprueba nuevas disposiciones reglamentarias sobre seguridad, higiene y salud en el lugar de trabajo. El Decreto N° 334 de 1979 aprueba las medidas para el uso de amoníaco por las industrias procesadoras de pescado, a fin de prevenir los accidentes de trabajo. La Ley N° 16.074 declara obligatorio el seguro de accidentes y enfermedades profesionales.

Chile: El Código de Trabajo-Ley N° 18.620 - contiene normas de protección contra los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales. El Decreto N° 78 de 1983 aprueba el Reglamento de Seguridad Minera. El Decreto de abril de 1985 aprueba el Reglamento de Protección Radiológica e Instalaciones Radioactivas. Establece medidas para protección de

personal. El Decreto N° 173 de 1982 reglamenta la autorización de laboratorios que certifiquen la calidad de elementos de protección personal contra riesgos ocupacionales.

Del análisis de la legislación de los cinco países surge que, con excepción de Paraguay, se ha legislado sobre los mismos institutos en todos los países, en importante cantidad de disposiciones legales. Consideramos que esta legislación, si bien exuberante, no refleja las transformaciones que se están produciendo en el ámbito laboral, ya que existe una tendencia a una mayor flexibilidad en las relaciones laborales y esta reglamentación laboral tan abundante, no facilita esta tendencia.

Aunque en términos generales puede decirse que Argentina presenta junto con Brasil el menor grado de flexibilidad en el marco laboral, leyes como la nueva Ley de Empleo N° 24.013 de 1991 de Argentina, así como el Proyecto Normativas Laborales para la Pequeña y Mediana Empresa, también de Argentina, marcan una tendencia legislativa hacia la flexibilidad en las relaciones de trabajo, seguido por Paraguay que, al tener una nueva Constitución cuyas garantías constitucionales se remiten a futuras leyes regulatorias de las relaciones de trabajo, no puede evaluarse en forma definitiva. El caso de Uruguay puede calificarse como de flexibilidad intermedia, aunque se halla más próximo a los países de alto nivel regulatorio. Esta situación normativa determina que si el objetivo es la protección de la salud de los trabajadores, la salud no puede quedar como una responsabilidad exclusiva del empleador de cada país ya que se daría una situación en que el país que tuviera menos obligaciones para el empleador, tendría ventajas de menores costos sobre los demás.

Es importante también efectuar una diferencia entre las actividades donde la incidencia de la mano de obra es mínima y por lo tanto el costo del producto no está influido en forma importante por ella, y las actividades donde tal incidencia llega a altos porcentajes en el costo del producto.

En el trabajo de investigación realizado sobre Costos Laborales en el MERCOSUR⁵ en el que se determina los costos laborales directos de acuerdo con la información disponible, Argentina presenta los niveles más altos de costos laborales, que tanto en términos de costo por unidad de tiempo (CUT), como de costo por tiempo efectivamente trabajado (CTET), si se tiene en cuenta los salarios medios abonados en estos países. El costo laboral es similar en Brasil y Chile a pesar de los regímenes tributarios diferentes, ya que los menores niveles salariales brasileños permiten compensar otras diferencias en cargas y aportes en ambos países.

Los mayores costos laborales de los países no se reflejan en una mayor y mejor atención de la salud de su población. Así, Chile, con menores costos laborales que Argentina, tiene un sistema de salud superior al de este país.

⁵ Ibid.

Informalidad - Precariedad: posible definición

Desde el punto de vista jurídico lo precario es una institución que se remonta a la más lejana antigüedad de Roma, siendo en principio una simple relación de hecho y elevándose más tarde a la categoría de contrato innominado y real, por el cual una persona, a petición o ruego de otra, concedía a esta el uso gratuito de una cosa por el tiempo que quería el concedente, el cual podía por tanto, revocarlo a su arbitrio. Desde el punto de vista literal la palabra precario/precario según el diccionario enciclopédico Salvat⁶ significa: “Que depende de otro - De poca estabilidad o duración. Incierto, inseguro; que existe en virtud de una tolerancia que puede cesar”.

Con referencia al “empleo precario” o al “trabajador precario” es una situación jurídica reiterada, ya que las normas jurídicas laborales y/o previsionales, nacen y se van elaborando para corregir las situaciones de “precariedad” del dependiente.

A partir de la década de los años setenta, comienza a observarse en los países con economía de mayor desarrollo, un cambio en las relaciones de trabajo. Debe tenerse presente que fue en estos países donde tuvieron mayor importancia las normas protectoras del derecho del trabajo y la seguridad social. Junto a las estructuras formales de las plantas industriales, normas jurídicas protectoras, con una relativa estabilidad, se estructuran relaciones de trabajo diferentes. La característica común de esta relación de trabajo diferente, es que quienes trabajan de esta manera carecen de estabilidad en la relación de trabajo, y por lo tanto de sus ingresos no tienen protección normativa y asistencial y hay una gran incertidumbre sobre su “estatus jurídico”. Con referencia a la palabra “informalidad” siguiendo también la definición del diccionario enciclopédico Salvat⁷, tenemos desde el punto de vista literal: “Que no guarda las reglas y circunstancias prevenidas”. Por ello distinguimos entre ambos vocablos, en el primer caso “precario” es una situación de hecho, al margen de las disposiciones legales vigentes; “informal” es una situación contraria a las reglas vigentes. En el primer caso estaríamos en la “marginalidad”; entendiendo por “margen”: extremidad u orilla de una cosa; y en el segundo caso en “transgresión”; entendiendo por “transgredir”: quebrantar, violar un precepto, ley o estatuto.

Situación de trabajo precario

Dentro de este tipo de trabajador, es posible incluir a:

- El trabajo por cuenta propia.
- Las contrataciones atípicas.

⁶Diccionario Enciclopédico Salvat. Novena Edición Salvat Editores Argentina, S.A. Buenos Aires.

⁷Ibid.5

Trabajo por cuenta propia: El autoempleo actualmente se ha extendido masivamente a trabajadores manuales no calificados y se esparce a capas marginales. Lo que los economistas y sociólogos denominan “sector informal” es una síntesis de autoempleo y marginalidad. También se lo denomina sector no estructurado. El Director General de la OIT, Michel Hansenne, en su informe en la Conferencia Internacional del Trabajo, 78ª reunión, 1991⁸, sostiene que ya no es posible ignorar al sector no estructurado. La OIT puso nombre al sector a raíz de una misión sobre el empleo enviada a Kenya en 1972, que advirtió el fenómeno de grandes cantidades de trabajadores pobres en las zonas urbanas, situadas al margen de la economía formalmente estructurada. Las actividades del sector no estructurado adoptan muchas formas. En un extremo de la gama se encuentran pequeñas manufactureras relativamente prósperas que emplean a varios trabajadores; y en el otro, los pequeños servicios que permiten apenas sobrevivir: vendedores ambulantes, lustrabotas, etc. El informe advierte que cualquier intento de oficializar el sector no estructurado “de un plumazo” haría tan solo que ese sector quedara todavía más marginado. Es imposible hacer cumplir de inmediato en el sector no estructurado toda la gama de leyes, reglamentos y normas vigentes, en particular la legislación laboral, pues los productores de este sector no podrían someterse a todas esas exigencias jurídicas. La estrategia, pues, tiene que prever una reforma general de las grandes orientaciones y de las instituciones, además de establecer programas de asistencia directa. Una estrategia de este tipo podría tener cuatro objetivos:

- Mejoramiento del potencial productivo del sector.
- Elevación del nivel de bienestar (nutrición, educación, salud y vivienda) de los grupos más pobres.
- Establecimiento de un marco normativo apropiado, incluida la protección social.
- Organización de los productores y de los trabajadores del sector no estructurado, para lo cual la solidaridad del grupo es indispensable.

La creación simultánea de más elevados niveles de empleo, ingresos y bienestar social en el sector no estructurado y su integración en el marco normativo de la sociedad en su conjunto es uno de los problemas seguramente más complejos que se plantean hoy en el mundo del trabajo”, concluye el informe.

Las contrataciones atípicas: Dentro de este grupo podemos distinguir:

- Relaciones de empleo que sustituyen el trabajo realizado para un solo empleador. Es válido mencionar aquí por ejemplo, al empleo mediante agencia de trabajo temporario en subcontratación.
- Trabajo a domicilio.

⁸ Memoria del Director General (parte I): "El dilema del sector no estructurado".

- Regímenes de jornada parcial. Actualmente se aplica para redistribución del tiempo de trabajo como paliativo del desempleo.
- Contratos a plazo fijo. Mediante este contrato de duración determinada se busca una mayor flexibilidad en las relaciones laborales.

Situación de trabajo informal

El trabajo informal representa la existencia de importantes contingentes de trabajadores en relación de dependencia pero en un marco de evasión total o parcial de las disposiciones legales laborales, previsionales y convencionales. Es lo que se ha dado en llamar el trabajador clandestino, que existe no solamente en los países del tercer mundo, sino en los grandes países desarrollados.

Autores como Efren Córdoba⁹ determinan cuatro subgrupos:

- Trabajo no declarado: que se realiza al margen de las disposiciones legales.
- Trabajo familiar: realizado en evasión en base a los lazos de parentesco.
- Trabajo realizado por extranjeros indocumentados.
- Microempresas que actúan al margen de la legislación.

Cabe agregar que el proceso de informalidad y/o clandestinidad está en plena expansión, por lo que sin duda existen y existirán otras situaciones no descritas en esta oportunidad. Este fenómeno se encuentra profundamente ligado al contexto económico político mundial. Se necesita una mayor creación de riquezas y una mejor distribución de las mismas. Esto es una verdad de perogrullo, la disyuntiva es “como” se llega a ello. Tal tema es ajeno al presente trabajo por lo que nos limitamos a enunciarlo. Los adelantos tecnológicos, los cambios en la forma de producción y su proyección al mercado de trabajo, son hechos y situaciones irreversibles, generan una dinámica que no se puede detener ni ignorar. Lo positivo sería que también se generaran nuevas relaciones de trabajo, acordes a esta evolución y no un “reciclaje” que podría calificarse en términos de medicina como una recidiva. Formular una definición de esta situación en permanente movimiento, es dificultoso.

Sin embargo, con la intención de que pueda reflejar este complejo proceso, se proponen las siguientes definiciones:

Informalidad: Situación en la que se encuentra un dependiente en una relación de trabajo, cuyo empleador viola o ignora todas las disposiciones legales vigentes (clandestinidad).

⁹ Córdoba, Efren. “Del empleo total a trabajo atípico”, *Revista Internacional de Trabajo* 105, N° 4, p.431.

Precariedad: Situación en la que se encuentra un trabajo dependiente o independiente, no protegido o protegido en forma insuficiente por las disposiciones legales del trabajo y de la seguridad social.

Migración de trabajadores: atención de salud - accidentes de trabajo (procedencia de la cobertura)

El Convenio N° 19 de la OIT relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo, que entró en vigor en septiembre de 1926, ha sido ratificado por Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. En sus disposiciones establece que todo Miembro de la OIT que ratifique este convenio se obliga a conceder a los nacionales de cualquier otro miembro que lo haya ratificado, y que fueran víctimas de accidentes de trabajo ocurridos en el territorio de aquel, o a sus derecho-habientes, el mismo trato que otorgue a sus propios nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo. Esta igualdad de trato será otorgada a los trabajadores extranjeros y a sus derecho-habientes sin ninguna condición de residencia. Sin embargo, en lo que se refiere a los pagos que un miembro, o sus nacionales, tenga que hacer fuera de su propio territorio en virtud de este principio, las disposiciones que hayan de tomarse regirán, si fuera necesario, por acuerdos especiales celebrados por los miembros interesados.

Los miembros interesados podrán celebrar acuerdos especiales en los que se estipulen que las indemnizaciones por accidentes de trabajo ocurridos a trabajadores empleados de una manera temporal o intermitente en el territorio de un miembro, por cuenta de una empresa situada en el territorio de un otro miembro, deberán regirse por la legislación de este último miembro. Los miembros que han ratificado este convenio, todos con excepción de Paraguay, deben cubrir los accidentes de trabajo de los ciudadanos de los diferentes países.

Existen además convenios bilaterales entre los países integrantes del MERCOSUR y Chile, como por ejemplo: Convenio sobre Seguridad Social Argentino-Chileno de 1971; seguridad social aplicable a los funcionarios y empleados de la Comisión Mixta Técnica Argentino-Paraguaya de Yacireta-Apipé; Convenio Argentino-Uruguayo de Seguridad Social del año 1974.

Estos antecedentes llevan a determinar la procedencia de la cobertura en los diferentes países, por accidentes de trabajo aunque se trate de nativos de algunos de los cinco países y el accidente se hubiera producido en un país diferente a la nacionalidad del accidentado. Asimismo, el Convenio N° 97 de la OIT de 1949, ratificado por Brasil y Uruguay, establece en su artículo 6 que:

- a) Todo miembro para el cual se halle en vigor el presente convenio se obliga a aplicar a los inmigrantes que se encuentran legalmente en su territorio, sin discriminación de nacionalidad, raza, religión o sexo, un trato no menos favorable

que el que aplique a sus propios nacionales en relación con las materias siguientes:

- b) La seguridad social (es decir, las disposiciones legales relativas a accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, maternidad, vejez y muerte, desempleo y obligaciones familiares, así como cualquier otro riesgo que, de acuerdo con la legislación nacional, esté comprendido en un régimen de seguridad social).

Este convenio ha sido revisado por el Convenio N° 143 del año 1975, referido a trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) que no ha sido ratificado por ninguno de los cinco países en estudio. Cabe agregar que en oportunidad de la Reunión de los Presidentes de los países del MERCOSUR en junio de 1992 en Las Leñas, Mendoza, Argentina, con la asistencia de Chile y Bolivia, se firmaron convenios referidos al lanzamiento de un plan de regularización de inmigrantes de Chile, Paraguay, Bolivia, Uruguay y Brasil a la Argentina (Amnistía de Migraciones).¹⁰

Conclusiones y recomendaciones

Las normas jurídicas de los países bajo estudio, posibilitan la protección a la salud y la cobertura por accidentes de trabajo, tanto de nacionales como de extranjeros. Esto está referido a una situación de derecho. En los hechos las situaciones difieren, por la no aplicación de las disposiciones jurídicas (trabajo clandestino). Esta situación anómala, no se resuelve con más disposiciones legales, sino con una mayor educación de los pueblos y sus dirigentes.

En los últimos años se han producido cambios significativos en las condiciones de trabajo. En los países industrializados se advierte una tendencia hacia la adopción de pautas de trabajo más flexibles, tales como el trabajo compartido, horario flexible, horario promediado y compresión de la semana de trabajo. Los empleadores ven positivamente la flexibilidad como un medio de hacer frente a un entorno más competitivo y en rápida evolución. Sin embargo, este nuevo orden de cosas preocupa a los sindicatos, que temen que aumente la presión sobre los trabajadores y se perturbe su vida familiar y social. Encontrar el punto de equilibrio es el desafío.

Reiteramos que con referencia a los cinco países de la región, la normativa supranacional debería comenzar con la ratificación de los convenios de la OIT y su correspondiente aplicación. Debe completarse el Tratado de Asunción con un Protocolo específico que determine los principios generales y comunes sobre todo lo relativo a las relaciones laborales

¹⁰ Diario La Voz del Interior, Córdoba, Argentina, 28-6-92, Diario Ámbito Financiero, Buenos Aires, Argentina, 26-6-92.

supranacionales. En la Declaración de Montevideo del 9 de mayo de 1991,¹¹ los ministerios de trabajo de los países del MERCOSUR, se han pronunciado sobre el particular. La normativa más inmediata posible sería la de Convenciones Colectivas Regionales por empresas, donde se establecerían disposiciones comunes sobre la salud de los trabajadores de dichas empresas.

Posteriormente se requiere la elaboración de una norma regional sobre salud con reglas comunes mínimas. Contemporáneamente deben subsistir y en lo posible mejorar las normas jurídicas de los diferentes Estados, compatibilizando y/o armonizando con las disposiciones supranacionales de la región. A tal efecto se recomienda que en las convenciones colectivas regionales por empresas se acuerden normas sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, higiene y seguridad en el trabajo, asistencia por enfermedad sin relación con el trabajo al dependiente y a su grupo familiar.

Estas responsabilidades empresarias, con excepción de lo referido a higiene y seguridad en el trabajo, podrán ser subrogadas por compañías de seguros nacionales y/o supranacionales. Posteriormente los Estados integrantes del MERCOSUR y Chile, teniendo en cuenta los antecedentes de convenios bilaterales, regularán los mismos institutos, sin perjuicio de las normas más favorables convencionales.

Finalmente, es importante destacar que con fecha 17 de diciembre de 1991 se firmó el Protocolo de Brasilia,¹² para la solución de controversias, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 y en el Anexo III del Tratado de Asunción, en virtud del cual los Estados Partes se han comprometido a adoptar un Sistema de Solución de Controversias cuando no hubiera podido solucionarse en negociaciones directas o por intervención del Grupo Mercado Común. Ello nos lleva a concluir que el método más positivo ante legislaciones supranacionales futuras sobre salud, y teniendo en cuenta los conflictos que se producen en la relación de trabajo, con motivo de problemas de la salud de los dependientes (especialmente en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), para la solución de controversias en el ámbito del MERCOSUR y Chile, será el del arbitraje, procedimiento rápido, eficaz y poco oneroso, en la solución de futuros conflictos laborales supranacionales.

¹¹ Von Potobsky, Geraldo. El MERCOSUR: Antecedentes y experiencias de la problemática social en la integración económica. *Derecho del Trabajo*, LII - A - pág. 220.

¹² Boletín Oficial de la República Argentina, 14-7-92.

ACCIÓN SINDICAL Y SALUD LABORAL

Mario Albuquerque, Subdirector, CEDUC - CUT

La presente presentación está centrada en los efectos de las transformaciones económicas y políticas de la acción sindical. Es nuestra opinión, que esos cambios están cuestionando la existencia misma del sindicalismo como forma de representación de los trabajadores, o que al menos, estamos en presencia de una transición entre distintos modelos de acción sindical.

En un primer momento, analizaremos las consecuencias que las mutaciones institucionales del mercado de trabajo están provocando en los movimientos sindicales del área. Luego, se propondrán algunas líneas de acción que podrían ser adecuadas a las nuevas realidades. Finalmente, extraeremos algunas conclusiones relativas al tema principal de este seminario.

Efectos de los cambios en los patrones productivos y políticos sobre la acción sindical

Los cambios político-institucionales

En este aspecto, no se puede soslayar que todos los movimientos sindicales de los países del Cono Sur, han pasado por debilitantes regímenes autoritarios de fuerte vocación represiva. No obstante, una vez terminadas las dictaduras y restaurada la democracia, la crisis no se ha superado y en algunos aspectos se ha profundizado.

Esto se debe a que lo que el sindicalismo debe enfrentar es una alteración profunda de los patrones de simultaneidad que no es casual, sino que se debe a que los procesos de ajuste estructural que son incompatibles con estructuras políticas clientelísticas (cuando no lo fueron derechamente con la democracia misma).

En términos muy sintéticos, se podría decir que lo que esta en crisis es un modelo que enfatiza el poder público de los sindicatos y su capacidad de producir efectos político-institucionales por medio de su influencia. La sensibilidad del modelo de sustitución de importaciones a este tipo de influencias estaba determinada por la importancia de contar con un mercado interno en permanente expansión. Cuando al contrario, los aumentos salariales se transforman en un costo que resta competitividad en los mercados externos, el Estado no puede expandir indefinidamente su intervención en favor de los trabajadores o de sus segmentos más organizados.

En los países donde el sindicalismo definió su perfil en un contexto populista (Brasil, Argentina), esto se produjo a través de una asociación con un tipo de Estado al que los sindicatos entregaban legitimidad. En los países como Uruguay o Chile donde los sindicatos mantuvieron grados mayores de independencia respecto al Estado, esto se hizo a través de la presión hacia el poder político. Pero lo que interesa resaltar es que en ninguno de estos casos se cuestionó mayormente el que las organizaciones sindicales tenían el derecho de intervenir

políticamente en favor de sus representados. El modelo con que operaban las elites políticas por su parte era el del Estado de bienestar, es decir un Estado al que se le atribuían una serie de responsabilidades en el campo de la protección social.

El modelo actual en cambio (especialmente en su versión neoliberal), es el del Estado subsidiario. Vale decir un tipo de Estado cuya función social se limita a garantizar la sobrevivencia de sus ciudadanos. El mercado pasa a ser, no solo la institución económica fundamental, sino también el lugar de integración social por excelencia. El sindicalismo ya no tiene en el Estado el punto de referencia principal hacia quien dirigir sus reivindicaciones. Estas se diluyen en una infinidad de pequeños agentes económicos heterogéneos (los empleadores) a los que resulta imposible enfrentar de conjunto.

Los impactos de la transformación productiva y el cambio tecnológico¹

Las nuevas tecnologías, particularmente aquellas que afectan la organización del trabajo, están produciendo lo que se ha llamado *un proceso de integración flexible* de la fuerza de trabajo. Esto significa que el Estado pierde peso en las relaciones salariales (lo ya indicado respecto al paso del "Welfare State" al Estado subsidiario), las que precisan de una definición más ligada al desempeño individual o de pequeños equipos.

De este modo, la negociación colectiva tiende a trasladarse de la rama de actividad a las empresas y en muchos casos se privilegia una relación individual que hace abstracción de la contratación colectiva.

Los intereses tienden a segmentarse dificultando la acción sindical por unificarla en demandas comunes. Nos referimos aquí a la segmentación que deriva de lo que se podría denominar *recalificación* del trabajador. Del mismo modo, como el gran sindicato confrontacional y de masas (asociado a la organización del trabajo taylorista) reemplazó al sindicato de oficio (propio de una organización del trabajo basada en saber profesional), hoy hay un nuevo cambio. Se revaloriza el aporte individual, se estimula la iniciativa personal en el terreno tecnológico (sea productivo o de procesos) y los sistemas salariales retribuyen los incrementos en la productividad y los resultados (salarios participativos y variables). Esta es una fuente de divisiones internas entre los trabajadores que dificultan la representación colectiva.

Las categorías de trabajadores se modifican, ingresan nuevas calificaciones al mercado de trabajo, sin tradición sindical. Para esas nuevas categorías la adhesión al sindicato es menos ideológica que en el pasado, dado que no existe una figura que unifique simbólicamente al conjunto de los trabajadores (como lo era por ejemplo, la noción de clase).

¹ Ver, Cecilia Montero, *Cambio tecnológico, empleo y trabajo*. PREALC, Documento de Trabajo, N° 333, Santiago de Chile, mayo, 1989.

Por otra parte, las técnicas de flexibilización y la organización del trabajo van aparejadas a la externalización de muchas funciones que anteriormente se desarrollaban al interior de las empresas. Aparece la figura de la subcontratación con una vinculación contractual precaria (ya sea temporal o espacialmente). Esto también hace difícil organizar sindicalmente a esos trabajadores.

La informalidad²

El crecimiento de la informalidad, el subempleo y el desempleo en América Latina que por la inexistencia de relaciones contractuales de trabajo (predominio de los trabajadores por cuenta propia) no pueden en la práctica organizarse sindicalmente, llevan también a una suerte de competencia entre trabajadores que debilita al sindicalismo.

Los empleos formales se vuelven más apetecidos y baja la capacidad de presión de los ocupados en ellos, (a no ser que su nivel de calificación sea muy específico).

No obstante, los sindicatos deben intentar representar a ambas capas de trabajadores, con una ubicación muy disímil en el mercado, sin poder ejercer una presión política tan importante como el pasado.

Lo que pueden hacer los sindicatos en este escenario

Cómo pueden los sindicatos desarrollar una acción efectiva en el terreno de la salud laboral, o en cualquier campo, en este contexto de transición de modelos? La tentación más inmediata es responder a esta pregunta quedándose tan solo en las dificultades, omitiendo las oportunidades y desafíos que la situación ofrece. Pero, justamente porque existe la crisis y la transición es que los actores sociales pueden intervenir en función de darle al proceso el sentido que ellos desean.

Las propuestas que vienen a continuación no podrían por tanto ser entendidas como una recta. Se trata más bien de un intento de reflexión positivo y tal vez algo optimista respecto a lo que efectivamente podría hacerse para vencer la parálisis.³

² Ver, PREALC, *Empleo y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, Documento de Trabajo N° 369, Santiago de Chile, octubre de 1992.

³ Hago parcialmente responsable de ellas a Julio Godio, "Reestructuración del mercado laboral y estrategia sindical", *Nueva Sociedad*, N° 124, Caracas, marzo-abril de 1993.

Convertirse en interlocutor de un diálogo social tripartito

Una primera respuesta es que los sindicatos deben buscar incidir en los procesos de reconversión productiva con una acción a nivel nacional, ramal y en la empresa. Hay que reconocer que esa incidencia es muy difícil en los momentos de ajuste estructural ya que lo único posible en esas circunstancias es ayudar a gestionar procesos que son altamente perjudiciales para los miembros de los sindicatos.

Pero una vez terminado el ajuste los sindicalismos pueden intentar introducir regulaciones, socialmente negociadas, que pongan limitaciones a los efectos perversos que la libre operación de los mercados provoca.

A nivel nacional, esto se consigue desarrollando una estrategia que busque incentivar un tipo de desarrollo económico, que sin negar la necesidad de aumentar la competitividad y crecimiento económico, crecimiento del empleo en cantidad y calidad y, el aumento de los salarios, trate de impulsar un modelo económico que vaya mas allá de sostener la competitividad por la vía del deterioro ambiental y la utilización de una mano de obra barata.

Esto solo parece posible en la medida que el sindicalismo se constituya en un interlocutor que promueva y participe en un diálogo social que constituya un nuevo consenso, en torno a un modelo de crecimiento económico con equidad social.

Promover este tipo de diálogo es favorecer la concertación y el tripartismo. Pero a nadie se le escapa que ello se refiere solo a un todo que para ser exitoso requiere de actores fuertes, representativos y con una agenda compartida.

Ser interlocutor no es una cuestión banal. Por una parte, hay que evitar convertirse en simple medio de transmisión de políticas públicas a las que no se contribuye con una perspectiva propia. Por otra, hay que evitar que la salvaguarda de la independencia impida entablar el diálogo.

En el pasado, el movimiento sindical adquirió peso, respetabilidad y visibilidad social, porque su discurso industrialista coincidía con las tendencias modernizadoras de la sociedad. Si el movimiento sindical de cambio de siglo no es capaz de recomponer una visión propia de los problemas de la sociedad e incluirse en sus tendencias de cambio más importantes, está destinado a ser una fuerza marginal y conservadora.

Entrar al debate sobre la modernización del Estado

Cumplida la primera condición de ser interlocutor, los sindicatos están en condiciones de entrar en el debate sobre la modernización del Estado, entendiendo que ese proceso no consiste en la mera externalización de ciertas funciones al sector privado, la reducción del peso de la función pública, o la privatización de determinadas empresas estatales. En un contexto de crecimiento con equidad un Estado moderno es aquel capaz de procesar democráticamente las

demandas de la sociedad, compatibilizándolas con objetivos económicos relativamente consensuales. Cómo se resuelve este dilema sin volver a recrear las estructuras clientelísticas es algo que se debe responder en cada una de las realidades nacionales. Pero, a pesar de las dificultades, aparece como algo ineludible.

Actuar en el Plano Internacional

Otro aspecto igualmente central tiene que ver con la creciente internacionalización de las relaciones económicas. Los éxitos que un movimiento sindical puede obtener en el espacio nacional pueden volverse pírricos, no aumenta su capacidad de comprensión del contexto internacional y de intervenir en él.

Un nuevo sentido para la negociación colectiva

Los sindicatos tendrán que comprender, especialmente a nivel de la rama y de las empresas, que muchos temas tradicionales de las negociaciones colectivas irán perdiendo actualidad. Ello los va a obligar a reactualizar su discurso aumentando la calidad técnica de sus análisis y propuestas.

El propio tema salarial por ejemplo al estar vinculado a los resultados, en términos de productividad y otras variables, va a incorporar complejidades relacionadas a su medición. Ellas serán diferentes a las que producen los tradicionales sistemas de retribución por rendimiento.

Temas tales como la capacitación profesional, o los relativos a las carreras internas en las empresas, pueden adquirir una importancia hasta ahora desconocida.

Es dudoso en todo caso, que la cuestión de la salud de los trabajadores debe integrarse a este tipo de temas. La negociación colectiva, como su nombre lo indica, hace referencia al proceso de acercamiento entre intereses y posiciones distintas. La salud ocupacional en cambio debería ser en sí, un objetivo compartido por las partes. Esto no excluye no obstante que en muchas ocasiones, llegar a conseguir eso sea motivo de situaciones de conflicto.

La revalorización de la negociación colectiva puede sin embargo resultar especialmente difícil para los movimientos sindicales estructurados exclusivamente o muy prioritariamente a nivel de las ramas productivas, había cuenta de la tendencia en dirección de la empresa que ya se ha mencionado. En esos casos, ese tipo de sindicatos deberán hacer un esfuerzo mayor por redefinir sus espacios y orientaciones.

Hacia una nueva concepción de la empresa

La reforma de la empresa no puede ser una tarea exclusiva del empresario. Si así fuera, se seguiría entendiendo al trabajador como un factor productivo equivalente a los insumos o la tecnología. Las nuevas tendencias en gestión apuntan en dirección contraria, lo que en principio es favorable a los trabajadores. No obstante, no siempre se considera al sindicato como

interlocutor de los cambios organizacionales. Los sindicatos entonces deberían ponerse a la ofensiva en este campo copando la representación válida de los trabajadores. Para ello se hace necesario que los sindicatos conozcan a fondo sus empresas.

Una reivindicación básica en ese sentido es la del acceso a la información. Sabemos de las dificultades que esto provoca, incluso en el campo de la salud laboral. Sin embargo, una mayor capacidad de gestión de los sindicatos sobre la reconversión productiva y tecnológica pasa principalmente por la capacidad del sindicalismo de acceder a ella.

Algunas conclusiones relativas a la salud de los trabajadores

Sin duda corresponde a los especialistas extraer las conclusiones que esta necesaria reformación de la acción sindical tendrá sobre el modo como los trabajadores pueden enfrentar activamente el problema. Por eso, solo avanzaremos algunas opiniones muy parciales.

Durante todo el transcurso del seminario se ha insistido en que la salud de los trabajadores es algo más amplio que la salud en el puesto de trabajo y que como dice el dicho *más vale prevenir que curar*.

Una primera conclusión entonces es que la más alta incidencia de la acción sindical en el tema, se producirá por su capacidad de participar en la gestación de modelos de crecimiento económico compatibles con grados mayores de equidad y justicia social (hay que enfatizar en todo caso lo del crecimiento, pues sin él todo se vuelve más complejo).

Una segunda cuestión, implícita en lo anterior, es que, consecuente con una modernización democrática del Estado, se debe aumentar los grados de interlocución sindical directa con los empresarios (vale decir, con un mínimo de intervención estatal) en todos los niveles.

En la medida que exista una estrategia general y sindicatos y empresarios se reconozcan mutuamente como interlocutores de un diálogo amplio, es posible insertar el tema de la salud ocupacional, tanto a nivel de la política nacional como a nivel de los puestos de trabajo.

La salud ocupacional, la higiene ambiental y la reducción de los riesgos de accidentes laborales deberían estar integrados en una visión de la empresa y del trabajo como una coordinación de acciones destinadas a producir satisfacción a otros.

En otras palabras, el aumento de la productividad y la competitividad, se vincula a un aumento de la calidad hacia adentro y hacia afuera de la empresa. Vale decir, del producto y de la manera de producirlo. Si esto se entiende así, la salud de los trabajadores será finalmente, un buen negocio para todos.

TRABALHO E SEGURIDADE NO MERCOSUL: DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO

Roberto A. O. Santos

A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações. (Constituição do Brasil, parág. único do art. 4º)

Objetivos do documento

Dividido em três partes, o presente trabalho destina-se a (I) dar uma informação breve mas geral sobre o processo de integração dos países do MERCOSUL, detendo-se um pouco mais longamente nas atividades do Subgrupo de Trabalho 11 do Mercado Comum (SGT-11); em seguida, (II) proceder a uma avaliação do processo como um todo; e, por fim (III) propor sugestões específicas sobre a articulação institucional dos países do Cone Sul no setor de saúde e segurança do trabalhador. O documento foi originariamente elaborado para debater idéias e conserva esse propósito, sem pretensão alguma de definitividade.

Parte I: descrição

Os antecedentes teóricos

O conceito de integração evoca o fenômeno - físico, químico, ou social - pelo qual uma coisa, antes separada, vem fazer parte de um todo. Por motivos lingüísticos ainda obscuros, a tradição cultural associa um elevado valor ao que se integra, e um valor negativo ao que se desintegra¹. Na linguagem da ética, por exemplo, a palavra “integridade”, da mesma raiz de “integrar” (lat. *integer, a ingegrum*, inteiro), designa a idéia de retidão moral e firmeza.

Isso permitiu a vários cientistas sociais e a políticos usarem de modo ambíguo o conceito de integração, com toda a carga prescrita, desprezando o fato de que a “bondade” OU “ruindade” de um processo de integração depende do referencial empírico considerado. A sociologia funcionalista norte-americana dos anos cinquenta, especialmente Parsons e seguidores, foi acusada disso com razão²

¹ A corrente da Nova Retórica se escorça por determinar o valor lógico e argumentativo dessa espécie de associação entre um conceito e sua preferibilidade (mora, política, etc.). Perelman e Olbrechts - Tyteca (1989).

² Talcott Parsons atribuía o exercício da função integrativa aos tribunais, à polícia e outros órgão do controle social, relacionados diretamente com a estabilidade. Em sua opinião, valores sociais como o dinheiro e o poder são, em primeiro lugar, fenômenos integrativos (Parsons, 1977, p.180). Sabe-se, no entanto, que o dinheiro e suas instituições podem funcionar como força dissociativa, fonte de intensos conflitos sociais. E o poder, em determinadas situações históricas, desagrega e separa, levando até à guerra civil ou internacional.

Os economistas contemporâneos não se saíram melhor, à exceção de poucas vozes ilustres, sufocadas pela tendência dominante. O emprego do conceito de integração ocorreu mais especificamente entre os teóricos da economia internacional, a partir do fim da Segunda Guerra, quando as necessidades de reconstrução da Europa Ocidental, as tentativas de coordenação aduaneira e os efeitos do Plano Marshall exigiram novos esforços de reflexão. Desde ali, o termo *integração* vem sendo usado no contexto das discussões sobre remoção de barreiras alfandegárias, protecionismo e desenvolvimento econômicos, realimentadas pela adoção dos Tratados da Comunidade Européia do Carvão e do Aço (Paris, 1951), da Comunidade Econômica Européia (Roma, 1957) e da Comunidade Européia da Energia Atômica (Roma, 1957)³.

Tipicamente, para os economistas da tendência triunfante, processo integrativo pluri-nacional é o que tem por objeto o aumento das trocas de mercadorias e/ou de capitais entre núcleos do mercado dotados de poder de compra, compreendendo-se por tais núcleos os segmentos sociais dos mercados nacionais capazes de constituir uma demanda solvente para importações do exterior. Embora essa conceituação não explicita suas próprias conseqüências, nem mesmo costume ser formulada com a rudeza que consta aqui, veremos, na Parte II, que ela pode encerrar sérios problemas de justiça social. Mas, ainda que não a admitamos sem reservas, temos de reconhecer que um dos melhores indicadores estatísticos de um processo pluri-nacional de integração econômica poderá ser a elevação da densidade das trocas entre os países envolvidos como exportadores e importadores.

Processo integracionista anterior na América Latina

Duas experiências contemporâneas de integracionismo devem ser citadas quanto à América Latina, a da Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC) e o do Pacto Andino. A ALALC, criada pelo Tratado de Montevideu, de 1960, teve como membros onze países: Argentina, Bolívia (1967), Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela (1966). Seu objetivo era a expansão do comércio da região, de modo a viabilizar escalas industriais de maior parte, mediante e remoção gradual das barreiras alfandegárias até à plena implantação da zona regional de livre comércio de produtos. Em doze anos os Estados-Partes deviam chegar à definição completa de “listas nacionais” de concessões

³ Uma das discussões foi a famosa disputa entre os neoclássicos liderados por Viner e Haberler, de um lado, Myrdal, Prebisch e Nurkse do outro, a propósito da industrialização dos países menos desenvolvidos. A concepção de *integração* da segunda corrente era visivelmente mais abrangente que a da primeira. Myrdal chegou ao ponto de identificar interação com mudança igualitária dentro dos países pobres e no conjunto das nações; e foi dessa maneira que ele atribuiu ao conceito de integração um caráter, deliberadamente normativo, de projeto de igualdade de oportunidades. Para uma reconstituição dos sentidos do termo *integração* entre os economistas que protagonizaram o debate, ver Myrdal (1967), Introdução e cap. II; também Myrdal (1960); Balassa (1964); CEPAL (1950); Prebisch (1951 e 1964), Singer (1950), Baldwin (1952), Viner (1972), e também Viner (1951), Nurkse (1951 e 1957), Haberler (1961), Hirschman (1958), Wionczek (1966), Bourguinat (1961), Kindleberger (1968), tomo II, cap. 31, espec. pp. 824-825; Weiller (1950), 2º. vol.

e *listas comuns* de mercadorias, além de “listas especiais” favoráveis aos países menos desenvolvidos da região.

“Apesar de suas limitações”, diz um especialista, “esse foro criou as bases institucionais para a ampliação do comércio entre os países membros, que, entre 1961 e 1978, passou de US\$ 250 milhões para US\$ 3,3 bilhões e viabilizou, ademais, a exportação de produtos não tradicionais”⁴. Entretanto, desde a conclusão da fase de dinamismo referente aos produtos de maior complementaridade (1960-1963), as negociações se tornaram mais difíceis. A cláusula de nação mais favorecida contribuía para essa dificuldade, que se tornou maior com o crescente desinteresse político dos governos, sobretudo a partir dos anos setenta⁵. Visando a dar novo impulso ao processo, firmou-se em 1980, também em Montevideu, o Tratado criando a ALADI - Associação Latino-Americana de Integração. Não obstante a referência do preâmbulo a um “mercado comum”, a ALADI se propôs objetivos menos audaciosos, e em verdade mais realistas que as da própria ALALC; em vez de uma zona de livre comércio, contentava-se com uma “zona de preferência tarifárias” no interior da região e com a probabilidade de negociação de acordos bilaterais, restritivos da cláusula de não mais favorecida. Mas os anos oitenta não assistiram avanços importantes no âmbito da ALADI, cujo processo entrou em período de estagnação.

O Pacto Andino resultou da assinatura do Tratado de Cartagena, em 1969, e implicou durante certo tempo a Bolívia, o Chile, a Colômbia, o Equador, o Peru e a Venezuela. Suas metas principais eram três: 1º) eliminação de barreiras alfandegárias entre os países membros; 2º) complementação econômica e especialização industrial; 3º) estatuto comum sobre o capital estrangeiro. A ênfase da proposta da complementação e especialização representava um passo além na coordenação macroeconômica, tendendo a prevenir uma competição auto-destrutiva; e a relativa ao estatuto do capital estrangeiro, tendendo evitar a subordinação nacional de cada Estado-Membro a grupos econômicos externos, através da concorrência de oferta de facilidades ao capital forâneo, significaria uma coordenação política capaz de tornar-se exemplo para os demais países do então Terceiro Mundo. No entanto, com o olhar restrito à sua própria indústria em fase e prosperidade (1968-73) e animado pelos sentimentos ultranacionalistas do regime militar, o Brasil não aderiu às propostas do Grupo Andino. E o golpe militar imposto à nação chilena em 1973 determinou a retirada do Chile do Grupo, enfraquecendo-o talvez definitivamente, pelo menos quanto às metas iniciais.

Entretantes, com base na permissão do bilateralismo no Tratado da ALADI, Brasil e Argentina se entendiam sobre um Programa de Integração e Cooperação Econômica (PICE), objeto da Ata de 1986, seguida em 1988 do Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento, pelo qual os dois países *demonstraram o desejo de constituir espaço econômico comum no prazo máximo de dez anos, por meio da liberação integral do intercâmbio*

⁴ Amorim (1991), p.5.

⁵ Faria (1993), p. XV.

*recíproco*⁶. Por fim, o mais recente documento entre Brasil e Argentina, antes do Tratado de Assunção - a Ata de Buenos Aires, de 6 de julho de 1990 - fixou a data de 31 de dezembro de 1994 para o estabelecimento definitivo do mercado comum dos dois países. Paraguai e Uruguai, convidados a integrarem os esforços comuns, concordaram em unir-se, daí resultando o Tratado de Assunção, de 26 de março de 1991.

O contexto do Tratado de Assunção

O quadro em que surgiu o Tratado de Assunção não pode ser compreendido sem referência às grandes mudanças ocorridas na sociedade desde os primeiros anos da fase fordista da economia mundial, que tem por marco o ano de 1920. Nessa fase, o fenômeno da concentração e centralização do capital assume forma surpreendentes, muito além dos prognósticos do marxismo-leninismo; entre elas foi fundamental a *transnacional* ou *multinacionalização* das grandes empresas contemporâneas - modo de organização e operação da empresa que ultrapassa fronteiras nacionais e fragmenta o próprio processo industrial em partes geograficamente separadas entre países distintos, buscando combinar e explorar vantagens comparativas de fatores de produção onde quer que se encontrem. Nesse momento, o interesse da indústria - pupila tradicionalmente protegida dos Estados nacionais e que por isso lhes votava certa *lealdade* - deixa de coincidir necessariamente com o do Estado originário. A aliança Estado-empresa no centro do capitalismo persiste em termos de grandes negócios e funciona inclusive como base de assalto das multinacionais aos mercados centrais de origem, na concorrência que ali desenvolvem às indústrias domésticas.

Esse processo de transnacionalismo e, não por acaso, a aceleração da mudança tecnológica, preparam a base política de um ruptura mais drástica, a chamada *globalização* da economia mundial, que torna as grandes empresas mais dependentes de dimensões cada vez maiores de mercado - o limite é o globo terrestre - para recuperar lucrativamente os elevados valores investidos em Pesquisa & Desenvolvimento de novos materiais, novas técnicas e novos produtos.

Por seu turno, a busca de mercados *globais* se cruza com outra tendência dos Estados nacionais na economia contemporânea, que consiste, nas palavras de Rubens Antonio Barbosa, aproximação seletiva de parceiros comerciais, segundo *afinidades históricas, econômicas e culturais*: a *regionalização*.

⁶ MRE (1991), p. 14.

A regionalização

Regionalização significa a integração, em uma região dada, de um grupo de países. Ela comporta graus, desde o simples tratado de cooperação até à organização de uma comunidade, com órgãos supranacionais⁷

Quadro 1

Tipos de integração regional

-
- Zonas de Livre Comércio
 - Uniões Aduaneiras
 - Coordenação de políticas macroeconômicas + uniformização cambial e fiscal + parlamento supranacional + justiça supranacional
-

Zona de livre comércio é o espaço de países que decidiram remover os obstáculos de natureza aduaneira, ou equivalente, à livre circulação de mercadorias provenientes de qualquer ponto de região formada por seus territórios.

Na *união aduaneira*, a integração, além de derrubar as barreiras aduaneiras intra-regionais, pratica uma tarifa única para as regiões de fora.

O *mercado comum* acrescenta às características da união aduaneira, a livre circulação de fatores de produção, estabelecendo as condições para que, independentemente da nacionalidade, trabalho e capital possam movimentar-se livremente, não importando o ponto de procedência ou destino dentro da região.

A forma de integração mais avançada é a das Comunidades Européias que, reunindo os graus de integração precedentemente citados, promove a coordenação das políticas macroeconômicas dos vários países, a uniformização cambial e a fiscal, assim como estabelece um parlamento supranacional e uma justiça supranacional.

⁷ Ver a definição de União Aduaneira e de Zona de Livre Comércio no inciso 8 do Artigo XXIV do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT).

A dupla tendência ao transnacionalismo (globalização) e à regionalização originou a formação dos chamados *megabloco*s ou *megaespaços*: 1º) o Bloco Europeu, com Produto Nacional Bruto estimado em 6 trilhões de dólares e uma população de 350 a 360 milhões de pessoas; 2º) o Bloco NAFTA, Acordo de Livre Comércio da América do Norte, com PNB e população equivalentes aos do Bloco Europeu. O Japão é candidato à liderança de um terceiro bloco, em vista de sua elevada participação nos fluxos do comércio mundial, que assim se distribui nos dias atuais:

Bloco Europeu + Bloco Nafta.....	65% do comércio
Japão.....	16% do comércio
Resto do mundo.....	19% do comércio

A crise econômica mundial e o temor do isolamento e de um anacronismo tecnológico cada vez maior exerceram também influência no sentido da adoção do Tratado de Assunção.

Estrutura orgânica da transição

O tratado de Assunção, de 26 de março de 1991, foi aprovado pelo Congresso Nacional do Brasil em 25 de setembro e promulgado pelo presidente da República em 21 de novembro daquele ano (Decreto 350, no D.O.U. de 22-11-91), entrando em vigor a 29 de novembro, quando depositado. Seus objetivos estão definidos no Artigo 1º:

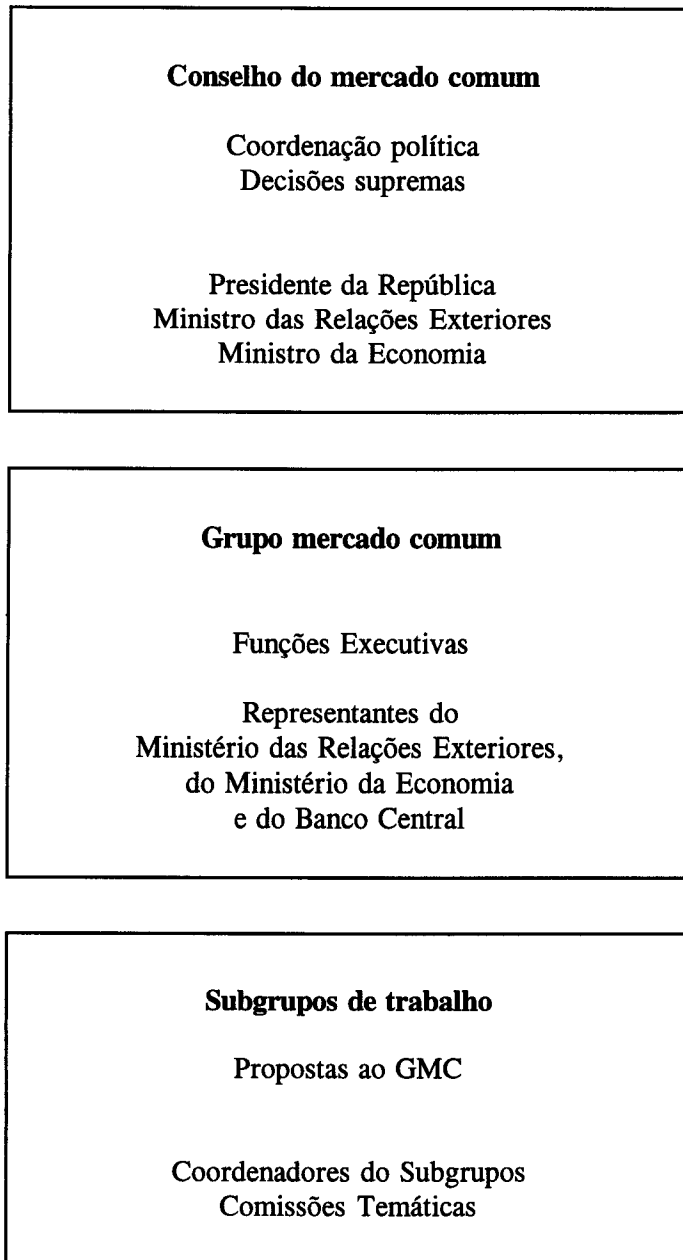
Os Estados Partes decidem constituir um Mercado Comum, que deverá estar estabelecido a 31 de dezembro de 1994, e que se denominará Mercado Comum do Sul (MERCOSUL).

Este Mercado Comum implica:

A livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países através, entre outros, da eliminação dos direitos alfandegários, restrições não tarifárias a circulação de mercado e qualquer outra medida de efeito equivalente;

Quadro 2

MERCOSUL: Estrutura orgânica de transição



O estabelecimento de uma tarifa externa comum e a adoção de uma política comercial comum em relação a terceiros Estados ou agrupamentos de Estados e a coordenação de posições em foros econômico-comerciais regionais e internacionais;

A coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados Partes - de comércio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, de serviços, alfandegária, de transportes e comunicações e outras que se acordem - a fim de assegurar condições adequadas de concorrência entre os Estados Partes; e

O compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração.

Para atingir tais objetivos, o Tratado instituiu os órgãos (art.9): o *Conselho do Mercado Comum*, órgão superior, cabendo-lhe a condução da política do mercado comum e a tomada de decisões para assegurar o cumprimento dos objetivos; e o *Grupo do Mercado Comum*, órgão executivo.

O Conselho é composto pelos Ministros das Relações Exteriores e os Ministros de Economia dos Estados Partes - Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Os Presidentes dos Estados Partes comparecem ao Conselho ao menos uma vez por ano. O GMC está integrado por quatro membros titulares e quatro membros alternados por país, representando os Ministérios das Relações Exteriores, os Ministérios da Economia e os Bancos Centrais. Ao Grupo do Mercado Comum (GMC) corresponde, na medida das necessidades, instituir Subgrupos de Trabalho. Presentemente, os Subgrupos constam do Anexo V do Tratado:

TRATADO DE ASSUNÇÃO

ANEXO V

Subgrupos de Trabalho do Grupo Mercado Comum

O Grupo Mercado, para fins de coordenação das políticas macroeconômicas e setoriais, constituirá, no prazo de 30 dias após sua instalação, os seguintes Subgrupos de Trabalho:

Subgrupo 1: Assuntos Comerciais

Subgrupo 2: Assuntos Aduaneiros

Subgrupo 3: Normas Técnicas

Subgrupo 4: Políticas Fiscal e Monetária Relacionadas com o Comércio

Subgrupo 5: Transporte Terrestre

Subgrupo 6: Transporte Marítimo

Subgrupo 7: Política Industrial e Tecnologia

Subgrupo 8: Política Agrícola

Subgrupo 9: Política Energética

Subgrupo 10: Coordenação de Políticas Macroeconômicas

Subgrupo 11: *Notas*

- Resolução MERCOSUL/GMC/RES/Nº 11/1991 (I), criou o Subgrupo de Trabalho Nº 11 - Assuntos Trabalhistas.
- Resolução MERCOSUL/GMC/RES/Nº 11/1992, modificou o nome do Subgrupo de Trabalho Nº 11 para Relações Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social.

A Secretaria Admirativa do Mercado Comum funciona na cidade de Montevidéu, capital da República Oriental do Uruguai.

Fases do Mercado Comum

O Tratado de Assunção estatuiu duas etapas para o Mercado Comum: a de **transição**, que vai de sua vigência até 31 de dezembro de 1994, e a **definitiva** com duração indefinida (artigos 3 e 19).

Durante o período de transição, os principais instrumentos para a constituição do Mercado Comum serão (art.5):

- a) o Programa de Liberação Comercial, que deve chegar a 31-12-94 com tarifa zero, eliminadas também as restrições não tarifárias ao comércio;
- b) a coordenação de políticas macroeconômicas, em forma gradual e convergente com o Programa de Liberação Comercial;
- c) uma tarifa externa comum, que incentive a competitividade externa dos Estados Partes; e
- d) acordos setoriais, com o fim de otimizar a utilização e mobilidade dos fatores de produção e alcançar escalas operativas eficientes.

A adoção de um Regime Geral de Origem, um Sistema de Solução de Controvérsias e de Cláusulas de Salvaguardas, anexos ao tratado, facilita a constituição do MC na fase transitória.

O Subgrupo de Trabalho II: Relações Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social

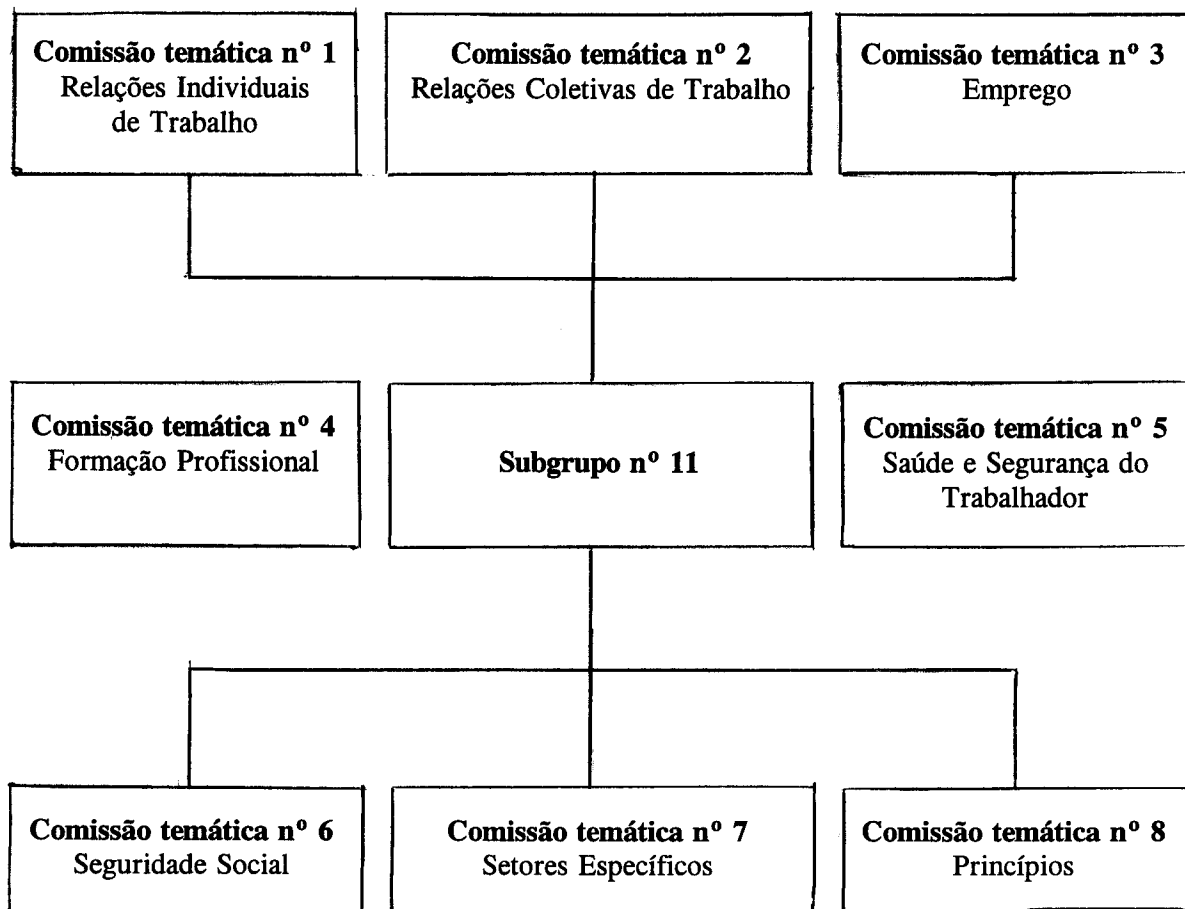
A Resolução do Grupo do Mercado Comum N° 11, de 1991, criou o SGT-11, para *Assuntos Trabalhistas*. Em Las Leñas, a designação e as tarefas do SGT-11 foram ampliadas através da Resolução N° 25 de junho de 1992, passando-se o título para *Relações Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social*.

“Por proposta do Ministério do Trabalho do Brasil, formulada durante o Encontro dos Ministros do Trabalho do MERCOSUL, realizado em Foz do Iguaçu, em 10.12.91, a composição do Subgrupo 11 tornou-se tripartida, abrindo-se espaço para a participação de empregadores, por suas entidades sindicais”⁸

⁸ Teixeira (1992).

Com base no tripartidismo, o Subgrupo 11 empreendeu a organização de oito Comissões Temáticas, cujo objeto de trabalho é esclarecido no Quadro 3.

Quadro 3



Cronograma de Las Leñas para o sub-grupo 11 do MERCOSUL

Comissões temáticas	Atividades	Fim de prazo da atividade									
		Set 92	Dez 92	Mar 93	Mai 93	Jun 93	Set 93	Dez 93	Mai 94	Set 94	Dez 94
CT - 1	Análise comparativa dos sistemas trabalhistas		0								
	Metodologia para medir o custo total de trabalho		0								
	Identificação de assimetrias			0							
	Apresentação de propostas						0				
	Encaminhamento das propostas ao GMC							0			
CT - 2	Definição de metodologias		0								
	Identificação de assimetrias			0							
	Apresentação de propostas						0				
	Encaminhamento das propostas ao GMC							0			
CT - 3	Emprego e suas repercussões - Estudo de setor por setor							0			
	Metodologia de estudo de livre circulação de trabalhadores							0			
	Identificação de medidas necessárias para livre circulação de trabalhadores								0		
	Apresentação de propostas									0	
	Encaminhamento das propostas ao GMC										0
CT - 4	Diagnóstico profissional		0								
	Apresentação de propostas sobre requalificação					0					
	Análise das equivalências para o reconhecimento de habilitações			0							
	Apresentação de propostas sobre equivalência profissional					0					
	Encaminhamento das propostas ao GMC							0			
CT - 5	Análise comparativa das legislações				0						
	Identificação de assimetrias					0					
	Apresentação de propostas						0				
	Encaminhamento das propostas ao GMC							0			
CT - 6	Análise comparativa das legislações				0						
	Identificação de assimetrias					0					
	Apresentação de propostas						0				
	Encaminhamento das propostas ao GMC							0			
CT - 7	Custos trabalhistas no setor de transporte marítimo e terrestre				0						
	Estudos do trabalho rural								0		
CT - 8	Reavaliação de convenções da OIT assinadas pelos Estados-Partes	0									
	Encaminhamento das propostas ao GMC		0								
	Carta de direitos sociais fundamentais							0			

CT-1 Relações Individuais de Trabalho
 CT-2 Relações Coletivas de Trabalho
 CT-3 Emprego
 CT-4 Formação Profissional

CT-5 Saúde e Segurança do Trabalhador
 CT-6 Seguridade Social
 CT-7 Setores Específicos
 CT-8 Princípios

Cronograma de Las Leñas

As Comissões Temáticas trabalham para o Subgrupo 11, em conformidade com a programação de tempos e tarefas desenhadas na reunião do GMC havida em Las Leñas em julho de 1992. Excetuando certas Comissões esses trabalhos têm consistido num programa padronizado pelos seguintes itens:

- a) estudo comparado das legislações dos quatro países sobre o tema considerado;
- b) identificação de “assimetrias” entre as legislações nacionais; e
- c) apresentação oficial de propostas ao GMC.

O cronograma aprovado em Las Leñas, quanto às distintas Comissões do SGT-11, obedecendo às linhas constantes do gráfico.

Parte II: Avaliação

Indícios do sucesso comercial

O Tratado de Assunção representa um esforço concreto para a integração; sua implementação tem avançado, instituindo-se datas fixas e uma sistema de ação definido.

A evolução dos dados sobre o comércio constitui um indicador de relativo sucesso nestes primeiros anos, conforme se pode ver pelo Quadro 3.1., que retrata o valor das exportações do Brasil para os demais Países do Mercosul, e o das importações provenientes desses mesmos países. O valor exportado para a Argentina subiu de 645 milhões para 1,7 bilhões de dólares. A média aritmética mensal eleva-se ainda em 1993. As exportações para o Paraguai e Uruguai também cresceram bastante, embora as importações não ofereçam a mesma tendência.

Quadro 3.1

**MERCOSUL - Evolução do comércio do Brasil
com os demais países da região, antes e depois do Tratado de Assunção**
Brasil/Argentina**

Brasil/Argentina				Brasil/Argentina			
Exportações-valor em EUA\$ mil				Exportações-valor em US\$ mil			
	Anual	Mensal	Índice		Anual	Mensal	Índice
<u>antes</u>				<u>antes</u>			
1995	548.237	45.686	100,0	1995	468.865	39.072	100,0
1990	645.140	53.762	117,7	1990	1.399.681	116.640	298,5
<u>depois</u>				<u>depois</u>			
1991	1.476.170	123.914	269,2	1991	1.614.680	134.557	344,4
1992	3.069.676	255.806	559,9	1992	1.689.253	140.771	360,3
1993	1.574.103*	262.350	574,2	1993	1.172.437*	195.406	501,1

Brasil/Paraguai				Brasil/Paraguai			
Exportações-valor em US\$ mil				Exportações-valor em US\$ mil			
	Anual	Mensal	Índice		Anual	Mensal	Índice
<u>antes</u>				<u>antes</u>			
1995	381.713	25.143	100,0	1985	74.850	6.238	100,0
1990	380.484	31.707	126,1	1990	332.779	27.732	444,57
<u>Depois</u>				<u>depois</u>			
1991	496.114	41.343	164,43	1991	219.587	18.299	293,34
1992	3.069.676	45.091	179,33	1992	186.339	15.528	248,93
1993	1.574.103*	83.744	333,07	1993	110.523*	18.420	295,84

Brasil/Uruguai				Brasil/Uruguai			
Exportações-valor em US\$ mil				Exportações-valor em US\$ mil			
	Anual	Mensal	Índice		Anual	Mensal	Índice
<u>antes</u>				<u>antes</u>			
1995	140.350	11.696	100,0	1995	140.837	11.670	100,0
1990	294.620	24.552	209,92	1990	587.094	48.925	419,02
<u>depois</u>				<u>depois</u>			
1991	337.068	28.090	240,17	1991	434.103	36.175	309,98
1992	517.246	43.104	368,54	1992	339.670	28.306	242,55
1993	354.592*	59.098	505,0	1993	187.925*	31.321	268,39

Fonte dos dados brutos: Banco Central e Min. Relações Exteriores. Informações preliminares. Cálculo do autor.

* 1993 Período de janeiro a junho somente.

** O Tratado de Assunção, assinado em 26.03.91, entrou em vigor em 29.11.91.

Mais expressivo parece ser o Quadro 4, que resume o valor do intercâmbio, nos dois sentidos, de e para os quatro Piás. Advirta-se que, exceto no caso brasileiro, os dados do ano de 1992 estão sujeitos a revisão, uma vez que os valores de novembro e dezembro são estimados com base na média mensal. Aceitando-se como boa aproximação, no entanto, os resultados do comércio na região se mostram alvissareiros.

Quadro 4
Total do intercâmbio comercial* dos Países do MERCOSUL entre si - 1990 a 1992
(EUA\$ milhões)

País	1990	1991	1992		
			Até outubro	Estimativa nov/dez**	Janeiro a dezembro **
Argentina	2.708.3	3.141.7	2.956.3	591.3	3.547.6
Brasil	3.639.0	4.577.7	6.343.3
Paraguai	746.7	633.4	691.0	138.2	829.2
Uruguai	1.138.4	1.141.3	1.055.3	211.1	1.266.4

Fonte: Banco Central e Min. Relações Exteriores. As duas colunas finais de 1992, salvo quanto ao Brasil, foram acrescentadas pelo autor.

* Exportações + Importações.

** Admitindo-se que a média aritmética dos meses anteriores se tenha repetido em novembro e dezembro de 1992.

Isso se deve, provavelmente, aos avanços obtidos no programa de liberalização comercial (Anexo I do Tratado de Assunção), cujo percentual de desgravação tarifária é de 75% a partir de 1º de julho de 1993.

Tem havido progresso na negociação da tarifa externa comum, que deverá ser estatuída com teto máximo de 20%, salvo por alguns produtos sensíveis. Segundo Sérgio de Abreu e Lima Florêncio, há outros avanços a notar, como na elaboração do regulamento comum sobre práticas desleais de comércio; na realização de estudos sobre projetos de reconversão e poio à pequena e média empresas; na harmonização das legislações aduaneiras; na regulamentação de rotulagem, identidade e embalagem de alimentos; na adoção de normas técnicas comuns; regulamentação de vários aspectos de transportes, políticas agrícolas, meio ambiente, etc.⁹.

No conjunto das exportações brasileiras, as absorvidas pelos Países membros do MERCOSUL já representam em torno de 11,4% (1992), contra 4,2% em 1990. Claro, a

⁹ Florêncio (1993).

importância comercial desses Países não é a mesma para todas as regiões em que se divide oficialmente o Brasil. Se avaliar tal importância pela participação de cada região brasileira no valor absorvido por nossos parceiros no MERCOSUL, o Quadro 5 nos dirá que o MERCOSUL interessa principalmente ao Sudeste e ao Sul do Brasil, de onde procedem 93,1% das exportações brasileiras para a Argentina, o Paraguai e o Uruguai. Isto, porém, está longe de sugerir uma rigidez insuperável das trocas com o Norte e o Nordeste no longo prazo¹⁰.

Quadro 5

Exportação do Brasil para os demais Países do MERCOSUL, segundo as regiões brasileiras - 1992

Regiões	Valores exportados para o MERCOSUL	
	(EUA\$ FOB)	%
Norte	58.853.526	1.38
Nordeste	197.740.439	4.80
Sudeste	3.028.000.935	73.53
Sul	804.041.701	19.53
Centro-Oeste	31.205.994	0.76
Brasil	4.117.842.595	100.00

Fonte: Min. Ind. do Comércio e Turismo, Secret. Com. Exterior
Cálculos do autor.

De qualquer forma, o que acima se viu sobre a expansão dos *fluxos comerciais* tem seu próprio significado. Na medida em que a elevação do comércio em prazos relativamente curtos é indício de novas oportunidades de emprego e de dinamização de renda, aqueles fatos dão motivo para esperanças no MERCOSUL.

Problemas e riscos

Entretanto, o processo de integração do MERCOSUL não está isento de riscos capazes de ameaçar sua qualidade. É talvez possível removê-los ou atenuá-los enquanto há tempo, mas constituiria grave imprudência mantê-lo sob silêncio.

¹⁰ O problema da distância, por exemplo, pode ser reconsiderado à luz da possibilidade de ligação das bacias hidrográficas no território brasileiro.

O primeiro se refere à filosofia econômica reducionista que marcou o discurso dominante na época de assinatura do Tratado de Assunção. Efetivamente, a respeito da interpretação divergente que o Tratado comporta, a economia política que anima o MERCOSUL é talvez predominantemente de raiz ricardiana e baseia-se, por isso mesmo, em dois postulados:

- a) o de que a concorrência entre empresas e fatores é o melhor e o único caminho para a integração. Punha-se em plano secundário ou negligenciável a exploração mais consistente das possibilidades, por exemplo, da integração por complementaridade e da especialização;
- b) o de que o bem-estar geral seria otimizado quando se aproveitassem ao máximo as vantagens comparativas no comércio internacional e no interno.

Não é preciso muito esforço para perceber que, no contexto da *globalização*, tais postulados se ajustam preferentemente aos interesses dos agentes melhor dotados pelo mercado em termos de recursos de capital e superioridade tecnológica. Isto confere um papel quase definicionalmente vantajoso às grandes empresas multinacionais, que tendem a apossar-se de privilégios *naturais* praticamente indisputáveis.

Convergindo para esse resultado, a rede da mídia apontava para a *inabilidade básica* do Poder Público. Atravessa-se uma época de crescente perda de prestígio da função social dos Estados nacionais, a pretexto de que sua estrutura bloqueia necessariamente o desenvolvimento adequado das forças produtivas. Insinua-se a obsolência do conceito político de soberania nacional, o fatalismo da formação dos megablocos, a necessidade de acelerar a destruição de recursos de hoje em função de mais recursos no amanhã.

Fosse a filosofia econômica uma proposta sem conseqüências, não haveria razão para alarme. Ocorre que em apoio dela o sistema ativou a prática de uma racionalidade férrea, de tipo weberiana, de perfeita adequação entre meios e objetivos. Apesar dos termos do Tratado - que na Parte III serão examinados - boa parte da inteligência planejadora e administrativa está presente para garantir o constante retorno aos dois postulados: livre concorrência e supremacia da vantagem econômica comparativa.

Essa lógica da rigidez encerra riscos socialmente lamentáveis, entre os quais o de o processo integracionista isolar seus principais atores públicos e privados das *questões substantivas*. Por “substantivas” se entende a questão diretamente ligada a necessidades humanas reais de um grupo social (a saúde pública considerada como necessidade de populações concretas, mesmo não solventes, constitui bom exemplo). O pensamento econômico clássico, especialmente o de Ricardo, tendia a ignorar as necessidades concretas, como hoje certas instâncias preferem pô-las à margem reputando-as *não racionais*, isto é, não suscetíveis de tratamento pela lógica do mercado.

Outro ponto de incidência está em que os dois postulados consideram o mercado como um espaço homogêneo e abstrato, quando em verdade mercado real tem por base, ou ao menos

por pressupostos, a geografia e a sociedade que o trabalham, construindo e reconstruindo incessantemente diferenciações culturais, setoriais, sociais e políticas.

Para se afirmar e desenvolver com segurança, a *regionalização* precisaria talvez ter-se servido de um discurso mais independente daqueles postulados e mais autônomos em face do *globalismo*.

Ética da integração

Se as sociedades dos quatro Países estão decididas a trabalhar com a integração devolvendo-lhe toda a carga de valor que possui, em termos de solidariedade internacional, economia expansiva, atendimento de necessidades reais, participação democrática, justiça social e composição harmoniosa dos conflitos, parece chegada a hora de enriquecer a concepção até aqui prevalecente no processo do MERCOSUL¹¹

Neste sentido, vale indagar como o Subgrupo 11 pode contribuir.

Algumas idéias para debate são reunidas a respeito na Parte III.

Parte III: Discussão de propostas

Consideração metodológica prévia

As distorções reducionistas de um programa de ação não podem ser corrigidas ou ultrapassadas através da simples edição de aspectos omitidos antes. Assim, se um processo de relacionamento social qualquer, hipotético, tiver por eixo uma decidida inclinação economicista, excludente das demais dimensões legítimas, todo o conjunto ficará contaminado, e as demais dimensões constituirão para sempre um apêndice secundário. Harmonizar e integrar os distintos aspectos da vida em sociedade, como prescreve a Constituição brasileira (art. 4º, parágrafo único), requerem mais que uma soma dos objetivos econômicos, políticos, sociais e culturais dos povos da América Latina: esses objetivos não são independentes um dos outros, todos se implicam reciprocamente¹².

¹¹ Há quase cinco anos a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) vem insistindo na necessidade de uma estratégia mais completa para o processo de transformação produtiva do continente, o que não implica, é claro, em restaurar o velho modelo de substituição de importações. CEPAL (1990, 1992a a 1992b).

¹² Em definitivo, tal como a epistemologia contemporânea demonstrou, o real é um só. As dimensões ou aspectos do real correspondem a cortes que a investigação científica introduz para maior comodidade da pesquisa.

Portanto, se a análise concluir que a estrutura do MERCOSUL (Tratado, organização, agentes) se mostra irrevogavelmente comprometida com objetivos economicistas, o MERCOSUL constituirá não mais que uma promessa para elites, sem interesse algum para as populações regionais, ou melhor, uma promessa contra o bem social dessas populações. Do ponto de vista brasileiro, surgirá um problema de inconstitucionalidade, já que a Carta Magna definiu as linhas básicas do processo de integração latino-americana em que o Estado pode se engajar.

O reducionismo é inessencial ao Tratado

Surgido embora numa atmosfera mundial neoliberal, de linhas ricardianas, em que abundavam propostas mais ou menos radicais de descentralização, desregulamentação e deslegalização¹³, o Tratado de Assunção pode felizmente ser lido com olhos menos engajados.

As metas do período de transição (até 31.12.94) se referem à consumação da zona de livre comércio através do programa de liberação comercial, à instituição de tarifa externa comum, à coordenação gradual das políticas macroeconômicas e à adoção de acordos setoriais (art. 5). Nenhuma dessas metas é necessariamente reducionista, a não ser que os meios e procedimentos para atingi-las assumam fórmulas radicais de desestatização, deslegalização trabalhista indiscriminadas, ausentamento previdenciário do Estado, etc.

A “livre circulação de bens, serviços e fatores” (art.1), salvo no que respeita aos arts. 5 e 3 do Tratado, não constitui um objetivo imediato e auto-executável, permitindo, pois, a montagem segura e prudente, numa escala razoável de tempo, dos meios necessários, e comportando, naturalmente, ressalvas de ordem pública e outras cabíveis.

Os vários aspectos das políticas econômicas nacionais devem ser coordenados, não sempre assemelhados em muito menos unificados (art.1º).

E as legislações devem ser harmonizadas (art.1º), também nem sempre unificadas. E, quando necessário unificar, o nivelamento de características poderá ser processado a partir de critérios de elevação, e não de rebaixamento (condições de segurança no trabalho são um exemplo).

O próprio artigo 5, ao aludir aos acordos setoriais, abre espaço para que o processo integracionista se realize também sob critérios de especialização industrial e/ou de complementação de recursos para aproveitar economias de escala. Como o Tratado, exceto no

¹³ As teses de Von Hayek são certamente mais complexas que as de David Ricardo. Mas foi ele que reprovou com dureza aquilo a que chama a “miragem da justiça social”, inimiga do funcionamento “natural”, no sentido da economia política clássica dos séculos XVIII e XIX. O prestígio das doutrinas de Hayek (1981 e 1983), como se sabe, ressurgiu justamente com a subida ao poder do presente Reagan nos Estados Unidos e da primeira-ministra M. Thatcher na Inglaterra. Mais recentemente, Fukuyama (1992) recapitula e radicaliza a doutrina messiânica do mercado, apontando o sistema de mercado como o fim da História.

complementaridades possíveis entre as economias nacionais, respeitadas as restrições de ordem cultural e equivalentes.

O preâmbulo fez questão de mencionar a integração como “condição fundamental para acelerar seus [dos Estados Partes] processos de desenvolvimento econômico com justiça social”. A redução mostra, a meu ver, que o sentido da integração no MERCOSUL, nos termos categóricos do Tratado, é o de vincular consistentemente desenvolvimento e justiça social. Em outras palavras, para os Estados Partes a justiça social não constitui uma “miragem” (Hayek). Provavelmente não é arriscado afirmar que o Tratado separou sua posição daquelas que capitularam à sedução neoliberal.

Distribuição temporal de objetivos e seleção de conteúdos

Parece que, fiéis ao Tratado, os quatro Países estão juridicamente à vontade para fixar em forma mais detalhada o conteúdo de seus objetivos comuns pós-transição. Dessa escolha - que é simultaneamente conteudística e cronológica - vai depender o caráter definitivo do empreendimento MERCOSUL, pedendo ou não ser ultrapassadas as acusações de economicismo e mercantilismo partidas de certos setores. É aí que o processo poderá, não só agregar, mais verdadeiramente combinar e compor de forma integrada as dimensões econômicas, políticas, sociais e culturais- incluídas as ambientais.

Na etapa da transição, os conteúdos e o limite de tempo estão urgentes, dada a situação de crise estendida a toda a região. Mas, e este é o ponto a assinalar, o Tratado não preestabeleceu as coisas de modo exaustivo: os objetivos e ações previstos explicitamente no tratado sem determinação de prazo, assim como os contidos nele implicitamente (como derivações lógicas de seus princípios), conquanto sem prazo certo, devem ser localizados ou antecipados para a etapa de transição, desde que haja recursos e suficiência de tempo, e não se ocasionam transtornos desnecessários a qualquer segmento das populações nem piora atual das condições de vida. Situam-se nessa ordem de hipóteses, a título de exemplo:

- a) as atividades substantivas, isto é, ligadas a necessidades reais da população regional e que, em função da dinâmica do processo de integração, vão de certo intensificar-se e/ou ganhar outras características, obrigando a cuidados especiais por parte dos poderes públicos - atenções e ordem sanitária, médico-hospitalar, previdenciária, habitacional, alimentar, etc.;
- b) a atividade de concepção do futuro, a saber, aquela que, empreendendo cooperação intra-regional em campos econômica e socialmente estratégicos, tornem mais fácil, proveitosa, criativa e autônoma a experiência integracionista. Isto é especialmente válido para o domínio da investigação científica, da invenção

e inovação tecnológica e no do pensamento crítico sobre o desenvolvimento de grupos humanos, com ênfase em América Latina¹⁴.

Aí não se trata apenas de aproximação de legislações, ou de determinação de assimetrias, mas de ações combinadas que se interpenetram às vezes ou pelo menos se ajustam, em função de realidades sem vínculo direto com o mercado. Ações ou programas que, não podendo interessar às empresas no momento - dada sua natureza não lucrativa imediata - situam-se na órbita da cooperação governamental, mas exigem legitimamente as atenções dos representantes da sociedade civil.

Parte III - Saúde e segurança do trabalhador, desafio institucional

Em vista do exposto no item precedente, uma perspectiva de longo prazo sugere a introdução, ao menos progressiva, de nova racionalidade no processo de integração regional como um todo, inclusive na área de saúde e segurança do trabalho. Essa racionalidade aponta para uma correlação de prioridades e de ritmos nas metas do Mercado Comum e em geral nas de todo o plano de integração latino-americano, diferentes das que prevaleceram até aqui. E faz apelo à cooperação conjunta de órgãos governamentais e representações da sociedade civil dos Países envolvidos, não dispensando também o apoio de organismos internacionais.

É nesse quadro que me parece devam ser considerados os problemas de saúde e segurança do trabalhador nos Países do Cone Sul. No momento, a Comissão Temática 5 segue realizando suas tarefas formais, relativas à comparação metódica das legislações sobre medicina do trabalho, modelos de segurança industrial, etc. O objetivo, como já esclarecido, é estabelecer as assimetrias, identificar disparidades no sistema de proteção, em vista de tornar homogêneas as condições de concorrência das empresas que empregam trabalhadores.

Enquanto isso, como trabalhadores distintos, substantivos e necessitados da cooperação entre os cinco países restam por articular e dinamizar esforços em torno de, por exemplo:

- a) tarefas científicas, epidemiológicas e de operação da Saúde e Segurança do Trabalhador, interessando à população trabalhadora inserida no mercado;
- b) tarefas interessando à população de trabalhadores não inseridos no mercado "segmento informal"; e
- c) tarefas informativas e educativas.

A quem caberá planejar e articular a cooperação institucional nesses campos? Tentar ampliar as tarefas de Comissão 5 para incluir obrigações daquela natureza exigiria enorme trabalho diplomático e provavelmente não levaria a resultados práticos positivos, porque, entre outras dificuldades, os funcionários das Comissões Temáticas não são exclusivos, seu tempo é

¹⁴ Cano (1992) e CEPAL (1992a).

repartido entre MERCOSUL e outras funções administrativas. Além disso, a estrutura institucional definitiva do MERCOSUL ainda está em fase de estudos, podendo os órgãos atuais ser profundamente alterados a partir de 1995. As circunstâncias sugerem, pois, que a coordenação internacional “substantiva” da saúde e segurança do trabalho constitui a se fazer, por algum tempo, experimentalmente, em eventos como este, na forma de conferências periódicas, com representação tripartida e apoio de organismos internacionais. Em cada conferência seria escolhido o Ministério ou Ministérios pela organização da próxima.

Uma das vantagens da articulação via conferências periódicas seria a possibilidade de continuar a contar com o Chile nas reuniões, independentemente de a República amiga vir a aderir ou não ao Tratado de Assunção. Os Ministérios dos cinco Países poderão, inclusive, acertar regras mínimas de funcionamento das conferências (regimento interno), enquanto projetos alternativos de institucionalização definitiva prossigam sob análise. Talvez não seja impróprio, também, cogitar-se de submeter ao estudo do Grupo do Mercado Comum, após um prazo de experiência com bons resultados, uma proposta no sentido de os Ministérios do Trabalho, da Previdência e da Saúde, dos quatro Países - Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai - serem autorizados pelo alto Conselho do MERCOSUL a subscrever com o Chile um ato regulativo das Conferências de Saúde do Cone Sul, dotado de formalidade algo maior.

BIBLIOGRAFIA CITADA¹⁵

Amorim, Celso Luiz Nunes, 1991, O mercado Comum do Sul e o Contexto Hemisférico, no *Boletim de Diplomacia Econômica* do Ministério das Relações Exteriores, Nr.7, Brasília.

Ballasa, Bela, 1964, Teoria de integração econômica, Livraria Clásica Editora, Lisboa.

Baldwin, Robert E., 1952, A modificação secular das relações de troca, RBE, Ano 6, Nr.3, setembro.

Barbosa, Rubens Antonio, 1993, Liberalização do comércio, integração regional e Mercado Comum do Sul: o papel do Brasil, Revista de Economia Política, Nr.49, jan-mar, Nobel, São Paulo.

Bourguinat, Henri, 1961, Espace économique et intégration européenne, Sees, Paris.

Campos, João Mota de, 1988, Direito Comunitário, Fundação C. Gulbenkian, 2a. ed., Lisboa.

Cano, Daniel Jorge, 1992, Universidade, mercado de trabalho altamente qualificado e (a sua) integração MERCOSUL, Projeto de Pesquisa e Assitência Técnica, Programa de Doutorado Conjunto da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais e Universidade de Brasília, xeroc., Brasília.

CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe), 1951, Estudio económico de América Latina, Nações Unidas, Santiago.

_____, 1990, Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa, Santiago.

_____, 1992a., Education and Knowledge: Basic Pillars of Changing Production Patterns With Social Equity, Santiago.

_____, 1952b, Equidad y Transformación Productiva: un enfoque integrado, Santiago.

Cerexhe, Etienne, 1979, O diretor Europeu, trad. de A. Mota Salgado, Editorial Noticias, Lisboa.

Faria, José Angelo Estrella, 1993, O Mercosul: Principios, Finalidade e Alcance do Tratado de Assunção, Minist. das Relações Exteriores, Brasília.

Florêncio Francis, 1992, O fim da História e o Último Homem, trad. de Aulyde Soares Rodrigues, Rocco, Rio de Janeiro.

Galbraith, John K., 1969, O novo Estado Industrial, trad. bras., 2a. ed., Edit. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

Harberler, Gottfried, 1961, A Survey of the International Trade Theory, *Special Papers in International Economics*, Princeton University, New Jersey.

Hayek, Friedrich Von, 1981/1983, Droit, législation et liberté, Presses Universitaires de France, Paris.

¹⁵ RBE - Revista Brasileira de Economia, da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

Hirshchamann, Albert, 1958, *The Strategy of Economic Development*, Yale University Press, New Haven.

Kindleberger, Charles P., 1968, *Economia Internacional*, Mestre Jou, São Paulo.

Lyon-Caen, Gérard e Antoine, 1980, *Droit Social International et Européen*, 5a. ed., Dalloz, Paris.

MRE (Ministério das Relações Exteriores), 1991, MERCOSUL: informações gerais, *Boletim de Diplomacia Econômica*, Brasília.

Myrdal, Gunnar, 1960, *Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas*, Instituto Superior de Estudos Brasileiros, Rio de Janeiro.

_____, 1961, *Perspectiva de uma economia internacional*, Saga, Rio de Janeiro.

Nurkse, Ragnar, 1957, *Problemas de formação de capital em países subdesenvolvido*, 1957, Ed. Civilização Brasileiro, Rio de Janeiro.

Parsons, Talcott, 1977, *Um esboço do sistema social*, na antologia de Pierre Birnbaum e François Chazel, *Teoria sociológica*, trad. de Gisela Stock de Souza e Hélio de Souza, Hucitec-Edusp, São Paulo.

Presbisch, Chaim, & Olbrechts-Tyteca, L., 1989, *Tratado de la argumentación: la Nueva Retórica*, Editorial Gredos, Madrid.

Prebisch, Raul, 1964. *Dinâmica do desenvolvimento latino-americano*, Fundo de Cultura, Rio de Janeiro.

Singer, Hans, 1950, *The Distribution of Gains Between Investing and Borrowing Countries*, *American Economic Review*, maio.

Teixeira Fo., João de Lima, 1992, MERCOSUL: apresentação Ministério do Trabalho e da Administração, Consultoria Jurídica, *Mercado Comum do Sul: Subgrupo Nr.11, Estrutura*, Brasília.

Viner, Jacob, 1951, *Lucros provenientes do comércio exterior*, na RBE, ano 5, Nr.2, jun/1951.

_____, 1952, *The Economics of Customs Unions (de The Customs Union Issue, 1950)*, na antologia de Paul Robson (org.), *International economic integration*, Penguin Books.

Weiller, Jean, 1950, *problèmes d'Economie Internationales*, Presses Universitaires de France, Paris.

Wionozek, Miguel S. (ed.), 1966, *A Integração econômica da América Latina*, Edições O Cruzeiro, Rio de Janeiro.

RELATORIAS DE LOS GRUPOS SECTORIALES

Parlamentarios

Pequeña representación Parlamentaria en el Seminario-Taller; sólo dos Diputados. Diputado Marcos Carámbula, Comisión de Salud-Uruguay; Diputada Adriana Muñoz, Comisión de Trabajo-Chile.

Trabajos en torno a dos temas principales: (a) comparación entre Uruguay y Chile acerca del estado-situación de la legislación en materia de salud de los trabajadores; y, mecanismos institucionales que coordinan instituciones tripartidas en relación a salud de los trabajadores, (b) establecer las bases de una ley marco sobre salud de los trabajadores para la subregión.

En relación al primer tema, llegamos a establecer para Chile y Uruguay, que los fuertes procesos de desregulación laboral durante las últimas décadas, se han expresado con fuerza en el campo de las normas jurídicas de la salud de los trabajadores, las cuales, han sido sistemáticamente sobrepasadas y no respetadas.

Es evidente que en el plano legislativo debemos dejar claramente establecido que lo que existe hoy día en nuestros países es una fuerte inconsistencia entre la institucionalidad laboral y la realidad económica y social que concretamente viven nuestros países, producto de los procesos de flexibilidad que se han impulsado.

En este sentido, por lo menos en Chile, ya se iniciaron procesos de adaptación de la legislación laboral a los procesos de flexibilización seguidos por nuestro mercado de trabajo, desde hace ya más de una década. Por ejemplo, la flexibilización de las causales de despido. En materia de salud de los trabajadores, no hay iniciativas legales recientes. Mantenemos la normativa de la ley 16.744 que establece el seguro contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a causa del empleo. A raíz de algunas modificaciones que está proponiendo hoy día el Gobierno a esta ley, fundamentalmente en AGLACIN, a la incorporación de los empleados públicos a las mutuales, que es uno de los organismos administrativos de este seguro, se ha empezado a desarrollar un debate con esta materia. De este debate han sido también ustedes testigos en este encuentro.

En relación a los mecanismos institucionales coordinadores de acciones tripartitas en materia de salud laboral constatamos que en Uruguay existe un proyecto de ley patrocinado por el Diputado Marcel Carámbula que crea una Comisión Nacional de Salud en el Trabajo con carácter de persona jurídica de derecho público no estatal. Será posiblemente ley este año.

En Chile no existe propuesta legislativa en este sentido, pero existe un comité técnico tripartito convocado por el Ministerio de Salud en torno a temas específicos y puntuales de discusión y que constituye la base para el equipo que elaborará el plan de salud de los trabajadores propuesto en este seminario.

En relación al segundo tema, Ley marco la definimos como una aspiración, sobre la que debemos trabajar para que sea más que un buen deseo. Para eso, elaboramos una pauta general a desarrollar entre agosto de 1993 y marzo 1994, fecha que hemos establecido para un encuentro parlamentario en Montevideo.

La pauta general a desarrollar incluye la ratificación de los trabajos internacionales; la creación de un grupo de trabajo de carácter cuatripartito --ya que contempla la incorporación de los parlamentarios--, que cuente con el apoyo de los organismos técnicos profesionales existentes; la elaboración de una propuesta de armonización de las legislaciones de los países de la subregión en materia de salud de trabajadores. Esta propuesta deberá ser entregada en el encuentro de Montevideo en marzo de 1994 y debería considerar los siguientes aspectos: (a) el estudio de la legislatura comparada en los países de la subregión; niveles posibles de armonización; tipos de normas generales en materia de previsión social, salud laboral, formación profesional, y otras.

Nuestra propuesta general tiene relación con la legislación supranacional que podemos ayudar a desarrollar con miras, no solo a MERCOSUR, sino que, con mucha fuerza, a influir en procesos de crecimiento y desarrollo con justicia social y equidad en cada uno de nuestros países y en todos ellos.

Quiero agregar que la agenda concreta de trabajo entre los meses de agosto, 1993 y marzo, 1994 será trabajada por el Diputado Carámbula y otros Diputados que no se encuentran en feriado de campaña electoral.

Representantes de gobiernos

- Sugerir la creación o fortalecimiento, según sea el caso, de consejos nacionales tripartitos --Estado, trabajadores y empresarios-- como instrumentos de los países del Cono Sur,, a efecto de coadyuvar en la definición, implementación y evaluación de los Planes nacionales de Salud de los trabajadores (PLANSATs).
- Se propone que estos consejos estén integrados con los ministerios de salud y de trabajo y previsión social como órganos convocantes y con otras instancias gubernamentales o legislativas que, según sea el caso, puedan colaborar en aspectos puntuales que deben desarrollar los PLANSATs.
- Se sugiere que el Estado promueva al máximo la participación de los sectores sociales, empresarios y trabajadores organizados, a fin que éstos, en la forma mas orgánica y representativa posible coadyuven con el rol del Estado en la definición de prioridades, ejecución de prioridades, ejecución de actividades y evaluación de los PLANSATs, a fin de garantizar la máxima eficacia y eficiencia de estos programas.

- Promover la realización de encuentros nacionales periódicos de evaluación de los avances en estos temas así como la creación de comités o consejos sectoriales y/o territoriales, tripartitos.
- Se estima conveniente promover la colaboración conjunta de las agencias de la OPS/OMS y la OIT en la subregión del Cono Sur, a efectos de apoyar en forma permanente el desarrollo de los planes elaborados por los países presentes.
- Efectuar seguimientos de los progresos de los PLANSATs a luz de las agencias que han programado las actividades de los diferentes países según sus respectivas realidades.
- Se sugiere que en la agenda de las reuniones de ministros de salud y de trabajo, y previdencia social del Cono Sur se incorpore el tema de la salud de los trabajadores y se evalúe la posibilidad que a dichas reuniones comparezcan representantes de los consejos nacionales tripartitos.
- Se sugiere mantener un intercambio permanente de información legal y reglamentaria entre los diferentes países del Cono Sur que facilite iniciativas y optimizar sus esfuerzos y recursos.
- Se sugiere promover actuaciones conjuntas de empresarios y trabajadores organizados en mesas de trabajo sectoriales en cada país sin perjuicio de su participación como actores en la elaboración, concreción y evaluación de los PLANSATs.
- Se recomienda reforzar las políticas de fiscalización e incorporar nuevas metodologías y temas que apoyan actividades de previsión de condiciones de higiene y salud en general.
- Para mejorar los mecanismos de coordinación entre los niveles nacionales y territoriales, según división política de cada país, se sugiere articular la actividad de los consejos tripartitos de cada nivel o reforzar aquellos ya creados, sean simplemente territoriales, sectoriales o mixtos, según cada país lo considere más adecuado para el objetivo propuesto.
- Se sugiere incorporar a alguna eventual reunión de ministros de salud y de trabajo y previsión social a los presidentes de los consejos nacionales tripartitos.
- Se sugiere obtener la máxima orientación posible con los poderes legislativo y judicial según la realidad de cada país, a fin de mantenerlos informados de estas iniciativas y para que dentro de la esfera de sus competencias realicen esfuerzos coordinados con los PLANSATs.
- Para promover la salud y la higiene de los trabajadores se sugiere establecer agendas que establezcan actividades de difusión, información y capacitación.

- Se sugiere aprovechar las ambientes de trabajo para realizar actividades de fomento de la salud en general, en temas tales como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción.
- Imponer la capacitación profesional mediante el concurso de universidades y otros centros de estudios.
- Analizar y/o profundizar actividades permanentes de investigación como forma de previsión de riesgo.

Trabajadores

Analizando las realidades de los países participantes hemos visto que, a pesar de las diferencias que existen, se ha encontrado en todos ellos una situación de deterioro de la calidad de vida y salud de los trabajadores, fruto de las políticas de ajuste cuyo costo social recae sobre los sectores de menores ingresos. La flexibilización y desregulación de las relaciones laborales como forma de aumentar la productividad de las empresas para salir de la crisis, lejos de solucionar los problemas de los trabajadores, tiende a engrandecerlos.

Paralelo al aumento de la desocupación se produce un crecimiento del trabajo informal o precario, con menor protección a la salud y calidad de vida.

La gravedad de la situación de estos sectores de trabajadores requiere de los Estados soluciones inmediatas que sólo pueden provenir de una política social que mejore el empleo y combata las desigualdades.

También se han encontrado diferencias en los normativos de los distintos países, y entendemos que deben favorecerse como modelos, aquellos países que hayan avanzado más en la legislación, pidiendo que sean ratificados los convenios de la OIT, en especial el reconocimiento a la resistencia a realizar trabajos riesgosos, indicado en el Art., 13 del convenio 155.

Se entiende que la integración y cooperación de los países del Cono Sur debe orientarse ante todo a elaborar políticas comunes que tengan en cuenta el crecimiento, mejora efectiva de la salud y la calidad de vida, apoyando a los sectores de la población mas desprotegidos, evitando que se los utilice para reducir los costos laborales en áreas de mayor competitividad.

Señalamos que en todos los casos se hace necesaria una fiscalización efectiva para el cumplimiento de la normativa vigente.

Para contribuir a esa mejoría de la salud de los trabajadores es fundamental la participación efectiva de los mismos desde el lugar de trabajo hasta todos los organismos nacionales. Esto, unido al más amplio acceso a la información, debe significar una verdadera democratización en el control de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Del mismo modo, para asegurar el desarrollo de políticas nacionales en el tema reclamamos, a nivel de los distintos países, la continuidad de instrumentos tripartitos con poder de decisión.

Dado el funcionamiento de los subgrupos y comisiones de trabajos en la instrumentación del MERCOSUR, exigimos la participación de los representantes de los trabajadores en todos los niveles.

Las organizaciones sindicales deben profundizar en el estudio de los temas inherentes a la salud promoviendo la educación de los trabajadores y la elaboración de propuestas que contemplen las medidas desde nuestro punto de vista. Para ello, solicitamos la colaboración de los organismos internacionales para llevar adelante planes de formación, recoger y sistematizar información sobre el tema y la realización de eventos que contribuyan a dichos objetivos. En particular se propone la realización de un encuentro de los trabajadores del Cono Sur para evaluar los avances de las propuestas aquí presentadas a realizarse en julio de 1994 en Uruguay.

Empleadores

Las asociaciones de empleadores pueden colaborar en el tema de prevención y atención de la salud y medio ambiente de trabajo mediante acciones de divulgación de la normativa vigente, a través de asesoramiento y capacitación, estableciendo redes de información al interior del país y con las de otros países, buscando información sobre el tema. E s t o i n c l u y e asesoramiento que las oficinas internacionales puedan prestar al respecto.

Como acciones “no tradicionales” se propone la realización de acciones bipartitas de capacitación que den a empleadores y trabajadores por igual, información sobre sus derechos y obligaciones respectivas en el tema de seguridad y salud en el medio ambiente de trabajo.

En aquellos aspectos en que la informalidad, confundida con la ilegalidad, se presenta como entidad productiva de servicios, apartada de los aportes y de los beneficios del sistema de seguridad social, es necesario destacar que la informalidad perjudica el sistema formal por no realizar aportes pero si recurrir al sistema nacional de salud --sostenido por los impuestos que pagan las familias y el sistema formal-- lo que crea un desequilibrio y una desigualdad en la sociedad.

En los planes nacionales deben incluirse acciones que lleven a destacar como un valor social los esfuerzos hechos por las empresas en materia de seguridad y salud de sus trabajadores.

RELATORIAS DE LOS GRUPOS NACIONALES

Argentina

El grupo argentino replanteó, en las reuniones nacionales de los días 20 y 21, los lineamientos para la confección de un plan nacional de salud de los trabajadores consensuados en el país por representantes del Gobierno --Ministerios de Salud y Acción Social y de Trabajo y Seguridad Social--, de los trabajadores y de la Unión Industrial Argentina. Tomó en cuenta para esta discusión los aportes que recogió de las exposiciones de los demás países y se utilizó como herramienta el ordenamiento propuesto por los organizadores. En base a lo antedicho confeccionará una propuesta más amplia que llevará a consideración de las organizaciones respectivas.

El Plan Nacional de Promoción y Desarrollo de Salud de los Trabajadores de la República Argentina ha propuesto una política que entiende el concepto de salud de los trabajadores como una herramienta idónea para la mejora de la calidad de vida o sea, la promoción de la salud como su concepto principal.

Para instrumentarlo se han reconocido estrategias referidas a áreas que, entendemos, abarcan todas las analizadas por los representantes de los distintos países, a saber:

- Participación tripartita
- Revisión legislativa
- Aumento de cobertura
- Desarrollo institucional
- Formación e información
- Intercambio científico técnico con países de la región y de áreas con mayor grado de desarrollo en el tema.

Estas estrategias nos llevaron a formular un listado de actividades que no es exhaustivo y que se ha incrementado en la reunión de Porto Alegre. Se espera seguir adelantándolo a media que se definan los programas operativos y se avance en su cumplimiento.

Así, reconocemos como actividad prioritaria y de cumplimiento indispensable para la puesta en marcha del plan, la referida a la institucionalización de una organización tripartita, a nivel nacional, encargada de desarrollar técnicamente la política de salud de los trabajadores. Dado el carácter federal del país, también se considera fundamental promover la creación de organización del mismo tipo a nivel provincial y regional.

Esta actividad será la que dará legitimidad a la participación de cada uno de los sectores y asegurará la continuidad de la acción.

Cumplida esta instancia, el acuerdo de partes priorizará en el tiempo las siguientes etapas:

- Incorporación de actividades de salud del trabajador a los planes de desarrollo social, tarea que, a pesar de ser uno de los objetivos del Plan, por requiere la participación de otros sectores, debe ser encarada cuando se haya consolidado el Consejo Tripartito de Salud del Trabajador.
- Extensión de cobertura para incorporar los *nuevos segmentos del mercado de trabajo* -- informales, precarios, migrantes, etc.-- al programa.
- Conocimiento de la realidad ya sea a través de un sistema de información especialmente diseñado a este fin, o del uso de alguno de los existentes. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Información de Salud.
- Intensificación de grupos de alto riesgo para dirigir los programas prioritarios, utilizando como herramienta la Atención Primaria de la Salud.
- Revisión de la formación de postgrado en base a los criterios de prevención de riesgos propuestos por el programa.
- Adecuación legislativa, en base a los convenios internacionales, para compatibilizarla con las tendencias regionales y la realidad nacional.
- Coordinar en el área específica la incorporación de contenidos temáticos referidos a la salud en el trabajo, en todos los niveles de la enseñanza formal. Promover la participación de las Universidades en el programa.
- Promover el apoyo horizontal entre países de la región.
- Solicitar de las agencias internacionales cooperación en materia de información, formación de recursos humanos, consultoría especializada e intercambio científico-técnico.

Los representantes sectoriales argentinos propusieron comenzar a funcionar como grupo de trabajo a partir del 27 de agosto del presente año. Para esa fecha habrán sometido a consideración de sus respectivas autoridades los acuerdos alcanzados y solicitado la confirmación de la voluntad política de llevar adelante el PLANSAT, en el marco de una negociación tripartita.

Brasil

Apresentação

Fazer valer o direito do cidadão trabalhador à saúde - é o compromisso que levou o Governo Federal - através dos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social, da saúde e da Saúde e da Secretaria da Administração Federal - a procurar o trabalho conjunto. Neste espírito foi criada a Comissão Executiva Interministerial de Saúde do Trabalhador, com a tarefa de apontar caminhos para uma abordagem sistêmica dos problemas de saúde dos trabalhadores que efetivamente possibilite transformar realidades. Vontades. Vontade política e ação integrada são os principais instrumentos na tarefa de operacionalizar direitos constituídos e reconhecidos socialmente.

Os frutos deste trabalho, articulado de forma interministerial e em resposta às demandas de sociedade civil, estão sendo apresentados neste relatório. Procurou-se definir, de forma clara, os papéis e as responsabilidades de cada órgão, apontando também as possibilidades e necessidades de ação coordenada e co-operada, bem como os instrumentos que dão suporte a ela: sistemas de informação, planos de custeio e dispositivos legais.

Por outro lado, a seriedade, a urgência e a possibilidade de equacionar soluções para alguns problemas, aberta pelo espaço de discussão intersetorial levou a Comissão a propor ações concretas que já podem ser ou já implementadas: os cursos de treinamento em doenças ocupacionais para médicos-peritos através de acordo MTb (Fundacentro) - MPS (INSS); a elaboração de normas técnicas sobre doenças ocupacionais pela Perícia do INSS com a colaboração da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (MTb), da Secretaria de Vigilância Sanitária (MS) e do movimento sindical, ou as portarias e ordens de serviços (já publicadas) que remuneram o preenchimento do laudo médico da CAT, racionalizam seu fluxo e facilitam o acesso do trabalhador aos serviços públicos voltados à sua saúde.

Finalmente, dar corpo e concretude aos direitos de saúde no trabalho é tarefa que exige a integração sistêmica de ações; é investir na construção do SUS e melhorar o desempenho conjunto dos órgãos públicos a nível federal, estadual e municipal. Mais do que isto, é tarefa que exige a participação decidida e o compromisso da sociedade, particularmente de trabalhadores e empregadores.

É necessário reconhecer que a situação de saúde dos trabalhadores em nosso País não reflete a condição plena de cidadania. A análise dos dados disponíveis sobre este quadro - embora insuficiente do ponto de vista quantitativo e qualitativo - aponta que o trabalho, onde o homem deveria se realizar, imprimindo seu rosto na natureza e se criando como cidadão, ainda é, para muitos, fonte de morte, mutilações, doenças, desgastes ou sofrimento.

O Estado vem sendo demandado pela sociedade a cada vez mais exercer o seu papel na transformação deste quadro.

A proposta da criação de uma Comissão Internacional de Saúde do Trabalhador, surge como resposta a esta demanda social norteadada pela decisão de governo de trazer eficácia às políticas públicas através da ação conjunta entre os Ministérios envolvidos. Tal prática já vem sendo concretizada desde fevereiro/93, com a instalação do "Grupo de Trabalho sobre Acidentes de Trabalho em Saúde do Trabalhador" de caráter intersetorial, no âmbito da previdência.

Neste contexto, instituiu-se a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, através da Portaria Interministerial nº 01, de 20-4-93 (em anexo) com a seguinte composição: Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência de cada órgão foram designados pela Portaria nº 08 de 3-5-93.

Esta comissão teve como tarefa, a princípio num prazo de 45 dias, depois prorrogado por mais de 30 dias, apresentar proposta de compatibilização e integração de políticas e práticas concretas em saúde do trabalhador, detalhando os papéis e responsabilidade de cada área; o plano de custeio; os mecanismos de articulação interinstitucional; os sistemas de informação e controle; e os instrumentos legais.

Para dar início aos trabalhos, a Comissão estabeleceu como estratégia para a abordagem da temática global - Ações de Atenção à Saúde do Trabalhador - dividir o assunto em: Previdência à Saúde, Assistência Previdenciária e Sistema de Informação.

Para subsidiar a discussão e análise destes temas, foram convocados técnicos com experiência e qualificação nas respectivas áreas, os quais reuniram-se em Brasília durante três dias e produziram relatórios sobre cada um dos subtemas.

De posse destes textos e, considerando ainda o documento final da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, o da 9ª Conferência Nacional de Saúde, as correspondências enviadas por diversos segmentos da sociedade e ainda as propostas surgidas dos vários debates com a sociedade civil, a Comissão reuniu-se sucessivamente para analisar todos estes dados, tentando identificar as propostas que poderiam ser viabilizadas pela ação conjunta dos Ministérios envolvidos.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão, ocorreram mudanças na sua composição: a SAF deixou de participar após a troca da equipe ministerial e ocorreram algumas substituições entre os representantes do Ministério da Saúde durante a administração Jamil Haddad. em fins de agosto, com os trabalhos praticamente ultimados, houve a substituição do Ministro da Saúde, o que levou a Comissão a aguardar que a nova equipe se inteirasse dos trabalhos já produzidos e em desenvolvimento. Este período foi utilizado na implantação de medidas já consensadas. Em outubro foram retomadas as reuniões.

As conclusões dos trabalhos da Comissão sobre esses temas são apresentadas a seguir, no presente Relatório.

Os papéis e responsabilidades estabelecidas pela legislação vigente. As ênfases e prioridades definidas nos atuais planos de trabalho.

Ministério da Saúde

De acordo com o artigo 6º, § 3º da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, compete ao SUS desenvolver as ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, através da vigilância epidemiológica e sanitária; além das ações de recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos nas condições de trabalho. Essas competências encontram-se assim descritas:

- Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- Participação - no âmbito de competência do SUS - na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- Avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde;
- Informação do trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e à empresa sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde (de admissão, periódicos e de demissão), respeitados os preceitos da ética profissional;
- Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições, empresas públicas e privadas;
- Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- A garantia ao sindicato dos trabalhadores de poder requerer ao órgão competente a interdição de máquina, setor, serviço ou todo o ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente para a vida ou para a saúde dos trabalhadores.

No marco dessas determinações legais, o Plano de Trabalho do Ministério da Saúde, no campo da saúde do trabalhador, sublinha os seguintes aspectos:

- Participação na formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e coordená-la;
- Fomentar e apoiar a implantação de ações à saúde do trabalhador a nível dos estados e municípios;

- Fomentar e apoiar a participação do Movimento Sindical, Popular e das Universidades nas ações de saúde do trabalhador;
- Fomentar e apoiar a coordenação Intra interinstitucional em saúde do trabalhador;
- Elaborar, atualizar e propor normas, padrões e critérios atinentes à saúde dos trabalhadores, inclusive nos códigos de saúde; e
- Promover e apoiar o desenvolvimento científico-tecnológico e as ações de recursos humanos em saúde do trabalhador.

Ministério do Trabalho

De acordo com a Lei nº 8.490, de 19-11-92, compete ao Ministério do Trabalho (artigo 16, inciso VIII):

- o trabalho e sua fiscalização;
- o mercado de trabalho e a política de emprego;
- a política salarial;
- a política de imigração;
- a formação e o desenvolvimento profissional;
- as relações de trabalho; e
- a segurança e a saúde no trabalho.

As competências da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho estão estabelecidas no artigo 14, do decreto nº 509, de 24-4-92. Situam-se em torno de formulação das diretrizes de atuação do MTb na área, da coordenação de inspeção dos ambientes e das condições de trabalho, da normatização e da coordenação da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho.

O Plano de Trabalho da atual gestão do Ministério insere as questões de segurança e saúde no trabalho dentro do contexto mais abrangente das relações de trabalho. E neste sentido prioriza:

- o direito do cidadão-trabalhador à saúde no trabalho;
- a criação de canais de participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas;
- a necessidade de construção de um sistema de relações do trabalho mais moderno e democrático; e
- a urgência da ação coordenada e articulada entre os órgãos de governo responsáveis pela atenção à saúde dos trabalhadores.

Desta forma, os objetivos da ação do Ministério do Trabalho no campo da Segurança e da Saúde do Trabalhador são assim explicitados:

ampliar a participação da cidadania no controle das condições de trabalho e de saúde nas empresas, bem como nas ações do Ministério do trabalho;

- estimular a melhoria da qualidade do trabalhador e das condições de trabalho que resultem na redução das mortes e das mutilações por acidentes e doenças do trabalho e na elevação dos níveis de saúde e de vida dos trabalhadores;

aperfeiçoar a capacidade de ação articulada e coordenada do Estado sobre as condições de trabalho e de saúde.

Para alcançar esses objetivos já estão sendo desenvolvidos as seguintes atividades:

- Ampliar o desempenho da fiscalização, através do planejamento das atividades com participação da sociedade, da capacitação permanente dos recursos humanos e da viabilização da infra-estrutura material e de apoio necessárias;
- Responder prontamente aos problemas mais graves de saúde dos trabalhadores no Brasil - trabalho rural, trabalho da criança, trabalho forçado, terceirização, exposição a cancerígenos como asbesto e benzeno, construção civil, L.E.R., acidentes por prensas e motosserras, entre outros - através de Programas Especiais que contemplem metodologias integradas horizontalmente, descentralizadas, participativas e eficazes;
- Adequar as leis e normas no campo da segurança e saúde dos trabalhadores, como a CIPA, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho das empresas, exames médicos etc., ao dinâmico processo tecnológico e social em curso;
- Articular as ações com os diversos órgãos públicos responsáveis pela atenção à saúde dos trabalhadores - especialmente os Ministérios da Saúde e da Previdência Social - para estabelecer uma política coerente e coordenada a nível de governo;
- Debater e divulgar a inserção das questões de condições de trabalho, ambiente de trabalho, saúde e segurança na pauta da coletiva e no Contrato Coletivo de Trabalho.

Ministério da Previdência Social

De acordo com o Plano de Benefícios da Previdência Social regulado pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, compete à Previdência Social, mediante contribuição, assegurar aos seus benefícios meios indispensáveis de manutenção, por motivo de:

- incapacidade
- idade avançada
- tempo de serviço
- encargos familiares
- reclusão ou morte daqueles de quem dependem economicamente

O Regime Geral de Previdência Social-RGPS compreende as seguintes prestações, expressas em benefícios e serviços:

Quanto ao segurado:

- aposentadoria por invalidez
- aposentadoria por idade
- aposentadoria por tempo de serviço
- aposentadoria especial
- auxílio-doença
- salário-família
- salário-maternidade
- abono de permanência em serviço

Quanto ao dependente de segurado:

- pensão por morte
- auxílio-reclusão

Quanto ao segurado e dependente:

- pecúlio
- serviço social
- reabilitação profissional

O Regime Geral de Previdência Social compreende, ainda, as prestações por acidente de trabalho.

O Plano de Trabalho da atual gestão da Previdência Social

Com vistas a implementar os benefícios previdenciários previstos por lei, o Ministério da Previdência Social elaborou, e está seguindo, extenso programa de ação de ação. Faz parte deste programa todo um conjunto de medidas voltadas para a " melhoria na qualidade do atendimento e direito dos segurados", dentro do qual se destacam:

- informação dos postos de Seguro Social através do projeto Prisma
- programa de qualidade nos postos de Seguro Social
- implantação do projeto Prisma/ECT
- pagamento de benefícios através de agências da ECT
- instalação dos Conselhos Estaduais e Municipais de previdência Social
- conclusão da revisão dos benefícios do período decorrido entre a Lei e o Regulamento da Previdência social
- conclusão dos trabalhos para eliminar o represamento dos benefícios

- novo sistema para procurações
- desconcentração das determinadas e eliminação das filas
- modernização da perícia médica, serviço social e reabilitação profissional
- pecúlios
- programa de valorização da terceira idade
- agilização do Conselho de Recursos da Previdência Social
- conclusão do pagamento dos 147%
- concessão de benefícios aos anistiados
- definição do novo sistema de contribuição para os bóias-frias
- transferência de pensões estatutárias para os órgãos de origem
- regulamentação da contribuição dos pescadores artesanais
- nova consolidação da legislação da Previdência Social
- nova legislação para Pensão Especial às vítimas da Talidomida
- nova legislação sobre aposentadorias especiais
- Ouvidor da Previdência Social
- publicações
- pagamentos de benefícios de acordo com a política salarial
- atendimento pelos bancos
- cartões magnéticos
- casas do aposentado
- reformulação do Conselho Nacional da Previdência Social
- estudo sobre Previdência do Mercosul
- pagamento de sentenças jurídicas transitadas em julgado
- previdência para cargos de confiança

Todos esses itens se referem à Saúde (como Qualidade de vida) do Trabalhador. As questões mais especificamente relacionadas às doenças e acidentes de trabalho são enfocadas no Programa nº 10 e podem ser resumidas como:

- medidas voltadas para a simplificação/agilização do atendimento
- modernização da atuação da perícia médica, serviço social e reabilitação profissional;
- informatização da CAT e da CPMAT (Conclusão de Perícia Médica de Acidentes de Trabalho)
- envolvimento da perícia médica na análise dos ambientes de trabalho, para melhor estabelecimento dos nexos
- treinamento dos médicos-peritos em doenças ocupacionais
- revisão do modelo funcional da reabilitação profissional

Competências específicas e as possibilidades de ação coordenada e co-operada - mecanismos de articulação interministerial

Claro está que existem competências específicas para cada um dos Ministérios como, por exemplo:

- a prestação de assistência médica aos trabalhadores pelo SUS
- a regulação da relação capital-trabalho pelo Ministério do Trabalho

- o recolhimento do Seguro de Acidente do Trabalho e o pagamento de benefícios aos acidentados do trabalho pelo Ministério da previdência Social

O cumprimento dessas competências específicas deve ser facilitado pela troca de informações entre os órgãos, a nível central e local, e pelo estabelecimento de fluxos racionalizados de atendimento aos trabalhadores que demandam ações dos três órgãos.

Por outro lado, existe uma série de competências que são comuns e/ou trazem implicações comuns para os três setores. A normatização é uma delas e vem sendo abordada de forma integrada em relação a algumas doenças profissionais (LER, benzeno, ruído etc.), estabelecido critérios conjuntos de diagnóstico, tratamento, concessão de benefícios e prevenção.

Por sua vez, a abordagem de problemas complexos e prioritários, como o da saúde do trabalhador rural, envolve a capacidade de planejamento conjunto entre os órgãos públicos, construindo Programas Especiais que contemplem os aspectos de relações de trabalho (trabalho forçado, registro profissional etc.), assistência médica, melhoria das condições de trabalho, geração e divulgação de informação, perícia, benefícios e reabilitação.

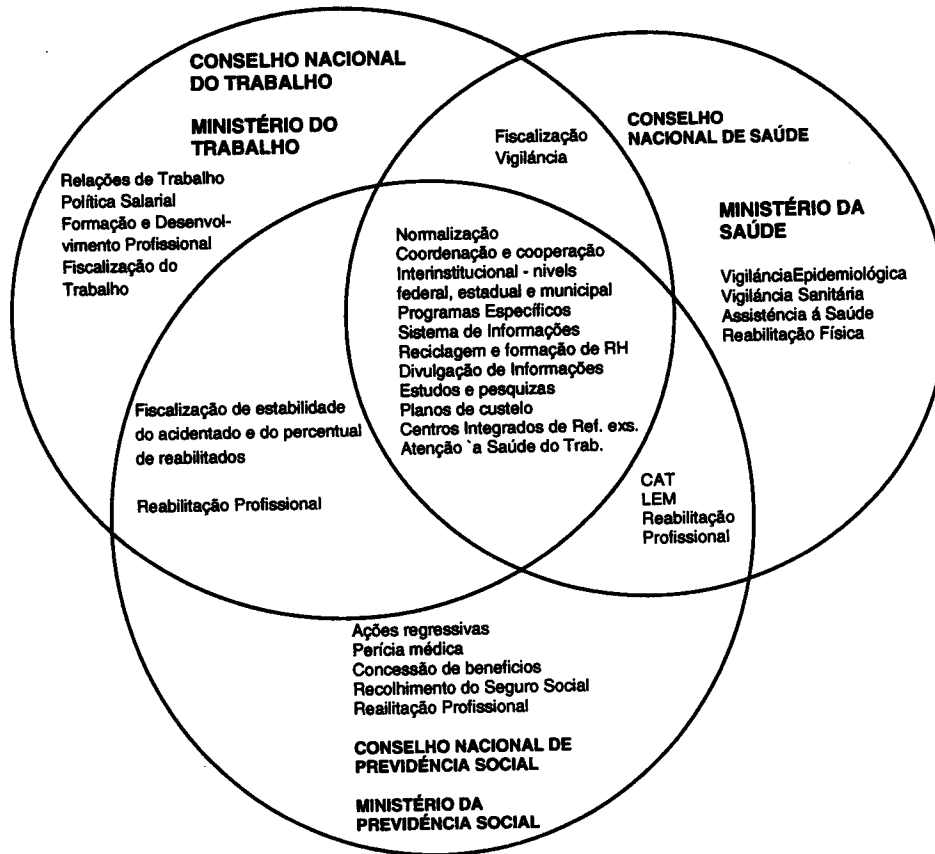
Podem ainda ser mencionadas entre as áreas de interface, as ações de reciclagem e atualização de Recursos Humanos que, embora com facetas específicas e especializadas para peritos/agentes da inspeção do trabalho/médico etc., têm um eixo comum que pode ser trabalhando como tal, facilitando, inclusive, a formação de equipe multiinstitucionais e multiprofissionais a partir do aprendizado conjunto.

Merecem destaque como área de competências comuns, pela polêmica que têm despertado, as ações de fiscalização/vigilância dos ambientes de trabalho. Visando dirimir dúvidas e delinear diretrizes que norteiam uma ação integrada a nível central e a nível executivo local, consideramos que:

- (a) O Ministério da Saúde/Sistema Unico de Saúde (SUS) tem responsabilidades legais na execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica dos locais de trabalho;
- (b) O Ministério do Trabalho tem responsabilidades legais na execução de ações de fiscalização das condições de segurança e saúde nos locais de trabalho;

- (c) A gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores no Brasil reforça a importância das ações de vigilância e de fiscalização atribuídas ao Ministério do Trabalho e ao Ministério da Saúde/SUS - POR SEU CARÁTER PREVENTIVO. A melhoria desse quadro impõe que cada uma das instituições concentre esforços na implantação/ampliação dessas mesmas ações;
- (d) Devido às extensas interfaces entre as ações de fiscalização e de vigilância, recomenda-se que os órgãos locais do SUS e do Mtb estabeleçam canais de discussão, troca de informação e de planejamento conjunto, visando obter ampliação da cobertura, melhorar o aproveitamento dos recursos disponíveis e possibilitar o aumento da eficácia das intervenções;
- (e) As relações entre o Mtb e o MS/SUS, em seus diversos níveis, deverão pautar-se no contexto da parceria solidária. O Ministério do Trabalho encontra-se aberto à possibilidade de trabalhar em parceria com o ME/SUS e buscar, junto aos municípios, possibilidades arrojadas de integração, seja através de convênio ou protocolo de intenções entre os dois órgãos, seja através de cooperação operacional, desde que adequados às especificidades loco-regionais;
- (f) Ações de prevenção são também desenvolvidas pelo Ministério da Previdência social e pelo Ministério Público, além de outros órgãos públicos. Ações regressivas e/ou civis ou penais podem ser desencadeadas a partir das informações geradas pelas ações de vigilância/fiscalização no cotidiano das empresas; e
- (g) À sociedade civil organizada, particularmente às entidades representativas dos trabalhadores, cabe papel fundamental na prevenção e na transformação das condições de trabalho.

Verifica-se, portanto, que a saúde do trabalhador é uma questão multifacetária cuja abordagem adequada supõe a integração multisetorial. Os instrumentos legais em vigor esboçam uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador cuja efetiva execução eficaz supõe a capacidade de atuação co-ordenada e co-operada entre os órgãos, e reforçam a importância do estabelecimento de uma instância interministerial permanente, de caráter executiva.



Planos de custeio

Na concepção ampla de *saúde* como *qualidade de vida*, a saúde do trabalhador depende de todo um conjunto de políticas públicas voltadas para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação. vista, assim a questão do custeio das ações de atenção à Saúde do Trabalhador ficaria dispersa no âmbito da generalidade, dentro do largo espectro das responsabilidades dos governos, da sociedade, das empresas e da própria classe trabalhadora.

Buscando definir um universo mais delimitado para poder estudá-lo com certo grau de concretude e praticidade, a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador procurou focar a questão do custeio no que se refere às responsabilidades e ações específicas do Ministério do Trabalho, da Saúde, e da Previdência Social.

Desde o início ficou claro que a complexibilidade e a especialização do tema, mesmo nos limites do Ministérios que compõem a Comissão, exigiria a participação de especialistas das respectivas áreas financeiras, caso fosse pretendida uma abordagem detalhada do tema.

Nessa circunstâncias, o Plano de Custeio foi discutido em seus aspectos conceituais e, especificamente, no que se refere às responsabilidades legais dos referidos Ministérios. E foram extraídas as seguintes conclusões:

1. As ações de prevenção dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho são responsabilidade dos três Ministérios (além de outros órgãos, governos e sociedade), e envolvem um amplo leque de medidas normativas, tributárias, de fiscalização e vigilância que devem ser custeadas através dos orçamentos dos respectivos Ministérios.

2. As ações de fiscalização e vigilância das condições e ambientes de trabalhos são da competência/responsabilidade do Ministério do Trabalho e do SUS, e devem ser custeadas, respectivamente, pelos orçamentos do Ministérios do Trabalho, do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

3. As ações de fiscalização das relações de trabalho são da competência/responsabilidade do Ministério do Trabalho, devendo ser custeadas pelo orçamento deste Ministério.

4. As ações de assistência à saúde são da competência/responsabilidade do SUS, devendo ser custeadas pelos orçamentos do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

5. As ações de reabilitação física, aí entendidas a fisioterapia ocupacional, próteses, órteses e medicações, são competência/responsabilidade do SUS, devendo ser custeadas pelos orçamentos do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

6. As ações de assistência previdenciária, aí entendidos os benefícios previdenciários, a perícia médica do INSS, o serviço social previdenciário e a Reabilitação Profissional, são da

competência/responsabilidade do Ministério da Previdência Social, devendo ser custeadas pelo orçamento deste Ministério.

7. As ações de habilitação/reabilitação profissional, aí entendidos cursos, estágios e treinamentos profissionalizantes são competência/responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, devendo ser custeadas pelos respectivos orçamentos ministeriais.

8. O diagnóstico da capacidade laborativa residual e a indicação das profissões compatíveis para a (re)habilitação profissional são competência./responsabilidade do Ministério da Previdência Social, devendo ser custeados pelo respectivo orçamento ministerial.

9. O custeio das várias ações e serviços voltados para a Saúde do Trabalhador que são da competência dos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Social deve ser provido pelo Orçamento Geral da União, com base em negociação prévia dos três Ministérios.

10. Sendo o custeio uma decorrência dos planos de trabalho de cada Ministério, tais planos devem também ser previamente negociados pelos três Ministérios.

11. No que se refere às ações e serviços relativos à Saúde do Trabalhador, a articulação programática e orçamentário entre os três Ministérios, é essencial à obtenção da qualidade e produtividade dos programas governamentais pelo que deve ser praticada de maneira formal e permanente.

12. Ficou evidente a todos os membros da Comissão a inadequação da situação orçamentário e financeira do SUS, que deve ser revista, a fim de garantir recursos necessários ao seu desempenho, bem como fontes seguras ao seu provimento.

13. Foi proposto avaliar a possibilidade de utilização de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador-FAT, nos programas de habilitação/reabilitação profissional.

14. E finalmente, dada a complexidade do tema, recomenda-se que o mesmo seja remetido a uma futura agenda interministerial onde seria detalhado seu estudo a nível operacional.

Sistemas de informação e controle

Há muito tempo vem sendo demonstrada a implantação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador no País, por técnicos da área quanto pelo movimento sindical. Ela impõe frente à insuficiência, sub-registro e desarticulação das fontes e bancos de dados referentes ao Acidente do Trabalho e às Doenças Profissionais.

A necessidade desses dados a nível local (como subsídio às ações de vigilância no controle de riscos dos ambientes de trabalho), e a nível nacional (como instrumento de análise da real situação da saúde dos trabalhadores no Brasil), é cada vez mais necessária para a análise e encaminhamento de soluções.

Após analisar os diversos sistemas de informações existentes nos vários órgãos de governo relacionados à saúde do trabalhador, estudando a forma de integrá-los e permitir o acesso de todas as áreas a todos os bancos e dados, foi proposto pelo grupo:

- Implantar um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador integrado, alimentado e utilizado pelas três áreas, que respeite a geração de informações até o nível local agregando-as a nível nacional;
- Adotar a CAT, num primeiro tempo, como a principal fonte dos dados disponíveis para as instituições.

A Comissão propôs, também a formalização de um Grupo de Trabalho que dê continuidade ao processo de implantação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador, conforme a complexidade, a especificidade e a importância do tema.

Instrumentos legais

As ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador, bem como das relações de trabalho e da previdência do trabalhador apoiam-se especialmente em estamentos jurídicos; desde a lei maior, a Constituição, até as leis orgânicas, leis complementares, decretos, portarias e normas.

Sendo a saúde do trabalhador um tema de interação do Trabalho, Saúde e Previdência; estando a Constituição ainda carente de legislação regulamentadora quanto a vários pontos; dadas as sucessivas reformas administrativas pelas quais passaram o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência; e, observando-se os conflitos e imbróglis jurídicos que precisam ser sanados; a Comissão selecionou e destacou os seguintes tópicos como merecedores de atenção/ação dos ministérios:

Lei nº 8.212 de 24-7-91 - Lei de Custeio da Previdência Social.

1) Art. 22. Este artigo trata do enquadramento de riscos. É necessário revisar a forma de taxação do seguro acidente, de maneira a atuar como fator de prevenção de riscos no ambiente de trabalho e uniformizar o enquadramento dos graus de riscos para que haja uma eficácia maior das ações de ambos os Ministérios. A Previdência enquadra as empresas, para fins de contribuição acidentaria, em três graus de risco (leve, médio e grave), enquanto que o Trabalho enquadra, para fins da CIPA e SESMT (NR-4 e NR-5 - Portaria nº 3.214/78) em riscos (1,2,3 e 4).

Lei nº 8.213 de 24-7-91 - Lei de benefícios da Previdência Social.

1) Art. 19, § 2º. Define como contravenção deixar de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho e estabelece multa. É preciso regulamentar o valor da multa e o Ministério fiscalizador.

2) Arts. 20, 21 e 22 - Capítulo II. Estes artigos tratam de definição de acidente do trabalho, doença profissional e doença do trabalho. É necessária a ampliação da relação das doenças profissionais reconhecidas como tal, dando atenção aos agentes patogênicos e à organização do trabalho como fator de risco, gerador de doenças, como está proposto para o anexo II do Decreto nº 611/92.

3) Art. 89. Trata da habilitação profissional. A legislação não tem critérios muito claros de definição e reabilitação profissional; não explicita, de forma clara, o que é responsabilidade do SUS; não esclarece a conduta nos casos de recusa aos programas de reabilitação profissional; não explicita, de forma clara, o que é responsabilidade do SUS; não esclarece a conduta nos casos de recusa aos programas de reabilitação. Existe superposição e conflito de responsabilidade entre as Leis nº 8.080 e nº 8.213 a respeito da reabilitação que precisam ser sanados em uma ou em ambas as leis.

4) Art. 120. Trata das ações regressivas contra os responsáveis por Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais nos casos de negligência quanto às normas de segurança e higiene do trabalho. É preciso disciplinar e operacionalizar tais ações regressivas por parte da Previdência Social.

5) Art. 133. trata das multas por infrações à Lei nº 8.212. Faz-se necessário regulamentar a graduação da multa que aparece em valores variáveis ;mínimo e máximo 100 vezes diferentes. Ainda com relação à penalidade prevista neste artigo houve a proposta de que ela não apenas monetária, mas que lançasse mão de outras punições tais como: proibição de convênios com órgãos públicos de participação em licitação promovidas por órgãos públicos etc.

Decreto nº 611 de 21-7-92 - regulamento dos benefícios da Previdência Social.

1) Art. 217. Trata da obrigação das empresas manterem em seu quadro de pessoal um percentual de reabilitados. De acordo com o parágrafo 2º, cabe ao Ministério do trabalho estabelecer sistemática de fiscalização e gerar estatísticas sobre o total de empregados e vagas preenchidas. É necessário normalizar e operacionalizar tais ações.

2) Anexo II - Trata das Doenças Profissionais ou do Trabalho conforme previsto no artigo 140 do RBPS. Apesar do título deste anexo. ele apenas lista agentes patogênicos. É inadequado e precisa ser reformulado.

3) Anexo III - Refere-se ao auxílio-acidante, tratado no artigo 164 do RBPS. Este anexo contém vários erros conceituais e de grafia. Precisa ser corrigido.

Além dos aspectos acima apontados, merecem tratamento jurídico:

- A situação ambígua em que estão os garimpeiros, tratados como autônomos na Lei nº 8.212 e como segurados especiais na Lei nº 8.213; e
- A situação dos presidiários, médicos-residentes, bóias-frias, microempresários, domésticas, pescadores artesanais e assemelhados, especialmente no que se refere aos benefícios acidentários.

Consolidação das Leis do Trabalho-CLT

O debate estimulado pelo Ministério do Trabalho tem consolidado as críticas da sociedade ao sistema de relação de trabalho e à CLT. No campo específico da saúde do trabalhador, existem os dispositivos contidos no Capítulo V, título II, regulamentados pela Portaria nº 3.214/78. A construção de novo sistema de relação de trabalho poderá demandar ampla revisão desses dispositivos legais.

Códigos Sanitários

É urgente a revisão e atualização do Código Sanitário Nacional bem como dos códigos sanitários estaduais e municipais.

Considerando que muitos municípios carecem de códigos sanitários e que estes, assim como os códigos estaduais, devem-se pautar pelo código nacional, torna-se ainda mais compreensível a premência de elaboração do novo Código Sanitário Nacional.

Normas Técnicas e Regulamentadoras

Além dos dispositivos legais maiores, e concomitantemente à sua abordagem, há que se prosseguir na revisão/elaboração das Normas Técnicas sobre Doenças Ocupacionais (o que vem sendo feito pela Perícia Médica do INSS em parceria com o Mtb e o MS), e na revisão das Normas regulamentadoras (o que vem sendo feito pela Secretaria de Segurança e Saúde no trabalho), as quais devem ser repensadas e modificadas para melhor atender às condições de prevenção nos locais de trabalho.

O fôlego necessário à revisão e propostas de atualização da ampla legislação relativo à saúde do trabalhador e à sua disseminação em vários instrumentos jurídicos, recomendam remeter o assunto a uma agenda executiva interministerial, apesar das providências já em andamento, tais como: as propostas apresentadas por esta Comissão de modificações nos anexos II e II do Decreto nº 611 de 21-7-92; a elaboração das Normas Técnicas sobre doenças Ocupacionais já em elaboração a nível do INSS; e a revisão das NRs já em andamento na Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho.

Conclusões

O espaço de discussão sistemática entre os técnicos, criado pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador ao longo de seu funcionamento, permitiu uma revisão da problemática no Brasil e aponta que:

1. O Brasil contém, em seus dispositivos jurídicos e institucionais, uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

2. Essa política, delineada em instrumentos legais diversificados, elaborados em épocas e contextos distintos, e que estabelecem competências a diferentes órgãos, pode e deve ser permanentemente aperfeiçoada.

3. Nesse cenário, a definição e implantação de políticas públicas capazes de responder eficazmente ao grave quadro nacional de saúde dos trabalhadores responder eficazmente ao grave quadro nacional de saúde dos trabalhadores está diretamente vinculada à capacidade de coordenação entre os órgãos do governo responsáveis pela questão, e da articulação com a sociedade civil.

4. Essa articulação/coordenação deve viabilizar o esforço permanente de construir/implantar/avaliar a Política Nacional de Saúde dos trabalhadores, de forma permeável ao processo econômico, político e social em curso.

5. Nessa perspectiva, cumprem fundamentais e insubstituíveis os Conselhos Nacionais de Saúde, de Trabalho e de Previdência Social, cabendo aos respectivos Ministérios a execução das diretrizes setoriais por eles propostas.

6. A definição dos papéis e das responsabilidades de cada área levou à identificação de competências específicas a cada Ministério, e em cumprimento pode ser facilitado por ação integrada; mas indicam também, a existência de diversas competências comuns ou que trazem implicação para outras áreas.

7. A definição dos papéis e responsabilidades de cada área levou à discussão da questão do custeio das ações de atenção à saúde do trabalhador, indicando a necessidade de negociar previamente o custeio do plano de trabalho de cada órgão, ou ser promovido pelo Orçamento Geral da União.

8. O desafio de trazer eficácia às ações de saúde do trabalhador apontou também para a necessidade de se implantar um Sistema Nacional de Informação em Saúde do Trabalhador integrado, alimentado e utilizado pelas três áreas e descentralizado a nível local, onde a utilização das informações possa gerar ações concretas para a transformação das condições de trabalho.

9. Para agir com eficácia sobre o grave quadro nacional de Saúde dos Trabalhadores, a comissão indica uma necessidade constante de aperfeiçoar e atualizar os instrumentos legais referentes à área, detalhar e operacionalizar o custeio das ações, implantar um Sistema Nacional de Informação em saúde do trabalhador e manter um programa constante de reciclagem e atualização de recursos humanos. Permanece entretanto,, a necessidade de coordenação e cooperação intersetorial a fim de organizar a agenda acima proposta e executar as diretrizes emanadas dos Conselhos Nacionais.

Para executar essas ações de caráter intersetorial e superar, a nível operacional, a fragmentação e a dispersão dos dispositivos jurídicos-institucionais em vigor, recomenda-se a criação de um Grupo Executivo Integrado de Saúde do Trabalhador, composto por representantes dos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência social, além de representantes do CONASS e do CONASSEMS.

A continuidade da discussão durante os trabalhos da Comissão, permitiu identificar com clareza alguns entraves no fluxo de atendimento aos trabalhadores, que demandavam ações pontuais desde que abordados de forma integrada, dado o seu caráter multifacetário.

Sendo assim, foram concretizadas as seguintes ações que sem dúvida deverão contribuir para resgatar o direito à saúde dos trabalhadores.

Atendimento ao Acidentado de trabalho

A Portaria nº 119/93-SAS/MS introduz adicional de remuneração pelo preenchimento do Laudo de Exame Médico-LEM por ocasião do primeiro atendimento ao acidentado de trabalho. Essa medida virá melhorar o atendimento e o registro dos casos de acidente de trabalho e de doenças ocupacionais.

Próteses e Órteses

Foi criado, pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, um adicional de 2,5% (dois e meio por cento) do valor da UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial), que passou a ser repassado às secretarias de saúde para cobertura dos custos com próteses e órteses ambulatoriais, também facilitar e melhorar o atendimento aos acidentados de trabalho.

Habilitação dos Acidentados de Trabalho

Através da Ordem de Serviços nº 329/93, da Diretoria do Seguro Social do INSS, procura-se facilitar e simplificar o fluxo de documentos na habilitação dos acidentados de trabalho, através da:

- Agilização do estabelecimento dos nexos de causa e efeito, via integração das áreas de Habilitação, Serviço Nacional e Perícia Médica nos Postos de Benefícios do INSS/MPS.

- Extinção da RAST (Relação dos Acidentes Sem Perda de Tempo)), da REMP (Requisição de Exame Médico-Pericial) e da FTA (Ficha de Tratamento do Acidentado).

Laudos do Exame Médico-CAT

Através da mesma OS nº 329/93, o INSS determinou o fim da exigência cartorial dos autógrafos do médico de atendimento, quando do preenchimento do LEM - Laudo do Exame Médico, no verso da CAT. Com essa medida, amplia-se a oferta de serviços, pois o LEM poderá ser preenchido por toda a rede conveniada do SUS e pelos médicos de urgência e emergência.

Convênio INSS-Empresa

A realização dos exames médico-periciais para a concessão de benefício acidentário, será de competência exclusiva do INSS, não podendo mais serem efetuados por médicos de empresas mesmo que conveniadas, de acordo com o que ficou estabelecido pela Ordem de Serviço nº 305/93 da Diretoria do Seguro Social do INSS. com essa providência, passa-se a cumprir a legislação e se eliminar o elemento potencialmente gerador de graves distorções do sistema que vinham prejudicando os trabalhadores e a própria Previdência Social.

Inspeção dos Locais de Trabalho

Foi estabelecida a visita aos locais de trabalho pelos médicos-peritos do INSS, para uma melhor caracterização técnica do nexo causal em casos de acidente de trabalho e doenças ocupacionais através da Ordem de Serviço INSS/DSS Nº 251 de 18-5-93.

Através dessa nova atitude a perícia médica do INSS estará inspecionando os locais de trabalho sempre que isso se fizer necessário ao estabelecimento do nexo, de maneira obrigatória, nos casos de doenças ocupacionais.

Capacitação de Pessoal do INSS em Saúde do trabalhador

Visando uma ação mais efetiva pela uniformização de conceitos, filosofia e práticas está sendo celebrado convênio entre o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência Social, com a interveniência da Fundacentro e do INSS, para que sejam promovidos Cursos de Saúde do Trabalhador pela Fundacentro para a perícia médica, serviço social e para a reabilitação profissional do INSS.

Tais cursos deverão iniciar-se através de programa-piloto no estado de Minas Gerais a partir do mês de novembro/93.

Estabilidade no emprego para Acidentados do Trabalho e Reinserção dos Reabilitados no Emprego

Normatizar e implementar a fiscalização dos direitos dos trabalhadores referentes à estabilidade no emprego, por um ano,, para aqueles que recebem alta do auxílio-doença acidentário e à obrigatoriedade das empresas de manter percentual de trabalhadores reabilitados no seu quadro (Leis ns. 8.212 e 8.213/90 - artigo 93 3 118, respectivamente).

A fiscalização desses direitos ficará a cargo do Mtb, que vem estudando sua operacionalização, já que a própria legislação previdenciária prevê a participação do Mtb nas fiscalizações dos artigos acima referidos (Decretos ns. 611 e 612 de 21-7-92)).

Participação dos Trabalhadores na Fiscalização dos Ambientes de trabalho

Para não haver mais dúvidas sobre o acompanhamento de representantes de trabalhadores na fiscalização dos ambientes de trabalho, a nova NR-1 da Portaria nº 3.214/78 define claramente que dirigentes sindicais também são representantes dos trabalhadores e podem acompanhar a fiscalização.

Saúde e Segurança do trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho

Foi realizado Fórum Nacional com o objetivo de introduzir a questão da saúde e segurança dos trabalhadores na pauta de discussão de um novo sistema de relações do trabalho.

Comissão Intersetoriais de Saúde do Trabalhador

Está sendo estimulada a criação das CIST's (Comissão Intersetoriais de Saúde do Trabalhador) nos municípios e estados, incluindo representação também da previdência Social tanto a nível municipal e estadual como a nível da Comissão Nacional

Normatização Técnicas sobre Doenças Ocupacionais

Vem sendo estabelecidas, pela Perícia Médica do INSS, normatizações técnicas conjuntas entre os três Ministérios que contemplam critérios de diagnóstico, tratamento, concessão de benefícios e prevenção de doenças profissionais.

Dentro dessa diretriz, já foram revisadas as normas sobre "Lesões por Esforços repetitivos-LER", "Benzeno" e "Surdez Ocupacional" (Ruído).

Normas Reguladoras (NR's) Portaria nº 3.214/78

Já estão em andamento a revisão e readequação técnicas das Normas regulamentadoras relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, através de processos de ampla discussão entre técnicos, trabalhadores e empresários:

NR-5 - que trata da CIPA;

NR-6 - que trata dos equipamentos de proteção individual; e

NR-7 - que trata dos exames médicos.

Sistemas de Informação

Encontra-se em estudo a criação de um Sistema de Informação integrado que possibilite o acesso aos dados por todos os setores interessados e por todos os níveis, desde o local até o nacional. Para isto, coloca-se como primeira etapa:

- concluir o final de 93, a implantação do sistema de registro informatizado das CATs e das CPMAT (Conclusão Médico-Pericial de Acidente do Trabalho) nos postos de benefício do INSS; e
- Integrar, a curto prazo, os dados informatizados da CAT do INSS com o "SISCAT" Sistema de Informação da CAT do SUS.

Centros Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador

Idealizou-se a organização de Centros Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador, na ótica de melhorar o atendimento ao cidadão trabalhador nas capitais e cidades pólo-regionais, de acordo com as peculiaridades loco-regionais que deverão ser melhor definidas a nível local.

Tais Centros permitiriam integrar:

- Ambulatório de referência em Saúde do Trabalhador
 - Reabilitação física, estando nela incluídas a fisioterapia, terapia ocupacional, órteses e próteses, medicação e tratamento fora de domicílio, a cargo do SUS
 - Reabilitação profissional, estando nela incluídos avaliação da capacidade laboral residual, indicação de profissão e treinamento profissionalizante, cursos e estágios de capacitação.
- Unidade do SINE.
 - Posto de Benefício do INSS.
 - Perícia Médica.
 - Serviços Social.
 - Vigilância/Fiscalização em Saúde do Trabalhador.

Os objetivos incluem, basicamente, dois aspectos: facilitar ao trabalhador o acesso a todos os serviços em um único local ou em locais próximos, e permitir maior integração entre os diferentes setores envolvidos com a saúde do trabalhador.

O Centro funcionaria como um condomínio, onde cada órgão teria autonomia no desenvolvimento das ações específicas e trabalharia de forma integrada nas interfaces. Representantes dos diversos órgãos deveriam reunir-se semanalmente para a programação/avaliação das ações conjuntas, sob coordenação do SUS.

Revisão da Legislação

Conforme foi indicado no presente relatório, faz-se necessária uma ampla revisão da Legislação referente à Saúde do trabalhador. Por tratar de matéria prioritária, já se encontra em elaboração projeto de reforma dos anexos II e III do Decreto nº 611/92.

Síntese das discussões dos grupos de trabalho sobre Prevenção em saúde do Trabalhados, Assistência Previdenciária, Assistência à Saúde e Informação do Trabalhador

Prevenção em Saúde do Trabalhador

A discussão do tema “Prevenção em Saúde do Trabalhador” propiciou um debate amplo incluindo avaliação do melhor termo para abarcar o amplo leque das ações que empreendem a proteção do trabalhador contra agravos à sua saúde. Embora tenham sido lembrados outros termos como proteção, promoção, fiscalização, vigilância, etc., considerou-se que o termo prevenção era o mais adequado.

Sendo a saúde do trabalhador um objeto complexo e multifacetário, a intervenção sobre ela envolve o concurso de vários órgãos e de vários instrumentos. Particularmente, a promoção da saúde dos trabalhadores depende do conjunto das políticas públicas, econômicas e sociais, tais como as de emprego, salário, habitação, meio ambiente, abastecimento, educação, transporte, industrialização, ciência e tecnologia etc. A importância da abordagem intersetorial da questão justifica a necessidade de que os órgãos governamentais representados nos Conselho Nacionais de Saúde, do Trabalho, de Seguridade Social e da Previdência Social, responsáveis pela elaboração e implementação de tais políticas, sejam estimulados a contemplar de forma explícita a qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores. Esse trabalho também deve ser desempenhado pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social em todos os Conselhos Nacionais das demais áreas e nas outras instâncias em que se façam representar.

A prevenção dos acidentes de trabalho, das doenças profissionais e das demais doenças relacionadas ao trabalho, começa muito antes da exposição aos agentes ou da ocorrência de um acidente ou doença. Ela pode começar, por exemplo, no controle da fabricação de máquinas e equipamentos a serem utilizados pelos trabalhadores, no controle da formulação de produtos utilizados como matéria-prima ou de outras finalidades e na concepção e construção das instalações onde será realizado o trabalho. Isto, por exemplo, vem sendo desenvolvido a nível nacional através dos programas especiais propostos pelo Ministério do Trabalho: moto-serra, bezeno, asbesto etc.

Outra forma importante de fazer a prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais é a vigilância/fiscalização dos ambientes de trabalho, incluindo a avaliação dos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos, além do estudo da duração do trabalho, das pausas, do ritmo e das relações de trabalho em um sentido mais amplo. Estas atividades são atualmente desenvolvidas pelos setores trabalho e/ou saúde, utilizando como base as legislações trabalhista e sanitária. O acompanhamento da vigilância/fiscalização por parte dos trabalhadores, especialmente através de seus sindicatos, tem sido estimulado como uma das formas de garantir a democratização e conferir maior eficácia a essas ações.

Par ampliar as ações de prevenção, há necessidade de um processo contínuo de geração e divulgação de informações aos trabalhadores e às pequenas microempresas, incluindo aspectos da legislação, dados epidemiológicos, atualização de conhecimentos técnicos etc. Tal processo de formação/informação deve ser dinâmico e constantemente atualizado para acompanhar as rápidas modificações que acontecem na realidade, especialmente no mercado de trabalho e na tecnologia. A condução dessas ações por parte dos órgãos governamentais das áreas de saúde, trabalho e previdência social, deve incorporar contribuições dos órgãos técnicos, das organizações sindicais bem como apoiar as ações de informação e formação desenvolvidas por estas.

Por um lado, eles garantem a proteção ao trabalhador acidentado/adoecido no trabalho e que deve poder se reinserir no mercado de trabalho. Por outro, ao imporem um certo tipo de sanção às empresas que se omitiram na prevenção, espera-se que gerem um compromisso maior destas com a salubridade e a segurança dos locais de trabalho. E também o compromisso da estabilidade no emprego por 12 meses para os trabalhadores que recebem alta do auxílio-doença acidentário e o da obrigatoriedade das empresas de terem em seu quadro de empregados um percentual de reabilitados.

No campo da legislação previdenciária, há pelo menos dois direitos que cumprem duplo papel preventivo.

Estes direitos estão contemplados nas Leis Nr. 8.212 e Nr. 8.213/90 (Leis de Custeio e Benefícios da Previdência Social, respectivamente), que entraram em vigor quando os setores trabalho e previdência pertenciam ao mesmo Ministério (Ministério do Trabalho e Previdência Social). Com o desmembramento em dois ministérios distintos, a responsabilidade quanto à fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais citados anteriormente, fica para o Ministério do Trabalho, estando em estudo os mecanismos par sua operacionalização.

Alinha-se a este raciocínio preventivo a possibilidade da Previdência Social formalizar ações regressivas contra empresas que onerem excessivamente o seguro, buscando ressarcires das despesas com os trabalhadores lesados. Ainda nesse campo, deve ser considerados que a forma de taxação de seguro de acidentes de trabalho pode ser revista, de maneira a conter em si mesma um constrangimento à geração de agravos à saúde dos trabalhadores e um estímulo ao investimento no controle das condições de trabalho.

Também a possibilidade de ações civis e penais desencadeadas pelo Ministério Público merece destaque como um instrumento de convencimento das empresas acerca de suas responsabilidades sociais.

Tais responsabilidades, por seu turno, delimitam o campo das ações empresariais na área da saúde do trabalhador, vinculadas minimamente ao cumprimento das leis e normas estabelecidos pelas instâncias públicas competentes. Entre eles estão o recolhimento das contribuições sociais, a observância de padrões de salubridade doas ambientes de trabalho, as informações dos trabalhadores etc. No tocante à prevenção, além do controle dos riscos nos

locais de trabalho, cabe também às empresas providenciar exames médicos de seus trabalhadores, como instrumento de diagnóstico precoce de possíveis agravos à sua saúde. As informações geradas nessas atividades, são também importantes para o sistema de saúde a nível local, devendo ser buscadas formas de regulamentar o previsto na Lei Nr. 8.080 (artigo 6º, § 3º inciso VI).

Mas aos trabalhadores também cabe papel fundamental na prevenção dos agravos à sua saúde. As ações sindicais nesse amplo têm apontado para a inclusão de questões relativas às condições de saúde e de trabalho na negociação coletiva, para as atividades de informação e formação dos trabalhadores neste tema, para a valorização da CIPA e de outras organizações nas diversas instâncias de gestão das políticas públicas na área, entre outros.

Dessa forma, é possível identificar ações de caráter preventivo em saúde e trabalho, desenvolvidas de forma mais direta pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social, da Saúde e Público, bem como por trabalhadores e empregadores, reconhecendo-se sempre a necessária interveniência com outras áreas do governo e da sociedade

Assistência Previdenciária

A abordagem deste tema começou com uma discussão sobre o processo de reorganização geral por que passa a Previdência Social, especialmente o Instituto Nacional de Seguro Social-INSS. Embora toda a estrutura seja vinculada à administração federal, existe um trabalho do INSS para tornar as Superintendências mais autônomas e eficientes, através da criação das gerências regionais, mantendo um sistema de supervisão pelo nível central. Essa regionalização acontece simultaneamente a um amplo processo de modernização administrativa e informatização em curso na Previdência Social. Recentemente foram implantados os Conselhos de Previdência Social em todos os Estados, com participação da sociedade - fator de melhoria - pelo controle social, da qualidade dos serviços previdenciários.

O tema assistência previdenciária incluiu a habilitação, concessão e manutenção de benefícios; a simplificação/agilização dos processos e fluxos de documentos; a questão do nexos causal nos casos de acidentes do trabalho e doenças profissionais; e a reabilitação profissional.

Encontra-se em marcha o projeto de simplificação/agilização do fluxo de documentos e processos, especialmente com referência à habilitação dos acidentados de trabalho, tais como: eliminação de formulários e atos desnecessários, e o término da necessidade do reconhecimento cartorial do médico que atende aos acidentados de trabalho e doenças profissionais perante os Postos de Benefício.

A agilização do fluxo da Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, deve incluir os casos em que a mesma forma emitida pelo serviço médico que prestou o atendimento ou pelo próprio trabalhador ou por sua família, ou ainda pelo sindicato, de acordo com a Lei Nr. 8.213/90, como já acontecia no passado.

Com relação à perícia médica, o INSS está estimulando os médicos-peritos a visitarem os locais de trabalho, tanto para esclarecer onexo causal como para avaliar o grau de incapacidade para a função.

O estabelecimento da associação entre doença ou agravo e trabalho faz parte do diagnóstico clínico, devendo ser pesquisado e registrado sempre pelo médico assistencial. Quando o médico assistencial diagnosticar uma associação positiva e o trabalhador for segurado da Previdência Social, ele deverá preencher a CAT, a ser encaminhada ao INSS. O INSS disponibilizará mensalmente à secretaria municipal de Saúde a relação dos CAT para efeito de vigilância epidemiológica. No caso de trabalhadores não-previdenciários, a CAT deverá ser encaminhada diretamente à secretaria municipal de Saúde, para efeito de registro epidemiológico, conforme rotina estabelecida a nível municipal. Par a concessão de benefícios previdenciários, o nexo causal deve ser obrigatoriamente confirmado pela perícia médica do INSS e deverá ser firmado sempre que haja associação lesão/trabalho, mesmo que a lesão não seja incapacitante.

Com respeito à reabilitação profissional, ficou claro a necessidade de rever sua conceituação e apontar-lhe novas diretrizes, pois trata-se de um atendimento que compreende três etapas distintas: a *reabilitação física*, que deve ser garantida pelo SUS aos acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais (como de resto aos demais usuários dos serviços de saúde); a *reabilitação profissional* propriamente dita e a *reinserção no mercado de trabalho* a serem buscadas pelo INSS e pelo Mtb.

No que se refere à reabilitação física, além dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, devem participar o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde-CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários municipais de Saúde-CONASEMS, tendo em vista que serão as secretarias estaduais e municipais de Saúde que desenvolverão as ações atribuídas ao SUS neste campo. A solução deverá incluir, além dos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e orientação psicológica, o fornecimento de órteses, próteses, tratamento fora de domicílio e medicamentos.

Foi discutida a possibilidade e a conveniência da criação de centros integrados de atenção à saúde do trabalhador nas capitais e grandes cidades, visando facilitar a vida dos trabalhadores que necessitam usar simultânea ou sequencialmente, os vários serviços público da saúde, trabalho e previdência social.

Assistência à Saúde

O ponto inicial da discussão deste tema foi a constatação de que muitos acidentes do trabalho e doenças profissionais deixam de ser notificados pois existem serviços médicos (público e privados) que se recuam a prestar atendimento quanto se trata de acidente de trabalho e doença profissional. Alegam este serviços o trabalho adicional motivado pelo preenchimento de formulários; desconhecem a legislação e temem possíveis implicações jurídicas. Sabe-se, por outro lado, que o atendimento de urgência, em geral, no País, está bastante precário, especialmente quando envolve procedimentos especializados e de maior complexidade.

Diante dessas constatações, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, está encaminhando mecanismos que permitam a majoração do primeiro atendimento ao acidentado de trabalho, na medida em que esse atendimento consome mais tempo em função do preenchimento da CAT e demais formulários.

A atenção à saúde do trabalhador, além do atendimento aos acidentados dos trabalho e portadores de doenças que permitem fácil estabelecimento donexo, inclui o diagnóstico e tratamento de doenças profissionais das mais variadas causas e manifestações. Para isso, é importante que todo atendimento médico prestado aos trabalhadores considere a possibilidade da origem ocupacional dos agravos, de modo a garantir o encaminhamento correto, tanto em termos de diagnóstico e tratamento quanto em termos de benefícios e medidas corretivas. Além dessas ações de atenção à saúde do trabalhador, definidas como de nível primário, ocorre também a necessidade de organizar e difundir os demais níveis hierarquizados da prestação de serviços, visando garantir o acesso dos trabalhadores aos recursos semiológicos e terapêuticos e aos níveis de conhecimento de maior complexidade, adequados para sua recuperação.

Evidenciou-se a necessidade de integrar o atendimento prestado pelos serviços de saúde com a vigilância/fiscalização dos ambientes de trabalho, de tal modo que cada caso de doença profissional diagnosticado no sistema de saúde gere uma ação preventiva no ambiente de trabalho, constando de diagnóstico e controle dos riscos e avaliação dos demais trabalhadores expostos àquele ambiente. Por outro lado, o encontro de um ambiente de trabalho insalubre deve promover a avaliação médica dos trabalhadores, mesmo que nenhum caso de doença profissional tenha sido diagnosticado até então.

A ação sobre o ambiente de trabalho nem sempre é possível, pois o atendimento à saúde do trabalhador pelo sistema de saúde não se restringe aos trabalhadores formais urbano-industriais, para os quais os procedimentos acima descritos são aplicáveis. Na medida em que o SUS cumpre a diretriz de universalizar a atenção, toda a população economicamente ativa se constituiu em clientela dos programas de saúde do trabalhador, incluindo aqueles sem relação formal de emprego, os trabalhadores rurais, os domésticos, os autônomos, até mesmo, os desempregados, dentre os quais há muitos portadores de doenças profissionais e outras que, enquanto empregados, dificilmente procuram assistência médica receosos de, em função disso, serem demitidos.

Soma-se a esse quadro a conjuntura atual do SUS nessa fase de implantação do atendimento à Saúde dos trabalhadores, tendo em vista que a população trabalhadora representa um novo segmento de usuários para a grande maioria dos serviços municipais de saúde, existindo dificuldades, especialmente no que se refere à capacitação técnica nesse campo específico e aos recursos complementares de diagnóstico voltados para as doenças profissionais.

A capacitação dos recursos humanos passou a ser desenvolvida mais recentemente, incluindo, além dos profissionais do SUS (estaduais e municipais), profissionais do INSS e das Delegacias Regionais do Trabalho. Os resultados são animadores quanto aos conhecimentos adquiridos, constituindo-se em espaços facilitadores da integração interinstitucional.

Informação em Saúde do Trabalhador

O tema Informação em Saúde do Trabalhador teve um tratamento diferente na Comissão Interministerial por tratar-se de assunto mais específico que já vinha sendo debatido e encaminhado por um grupo de técnicos dos diferentes órgãos envolvidos com a matéria: CENEPI/MS - Centro Nacional de Epidemiologia/MS, DATAPREV/MPS, Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte/SES-SP, Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de São Paulo, Perícia Médica/INSS.

O grupo analisou os diversos sistemas de informação em saúde do trabalhador, estudando a forma de integrá-los e permitir o acesso de todos os setores interessados, com o objetivo de subsidiar as ações de vigilância e controle dos riscos.

Foi destacada a necessidade da rápida informatização dos órgãos envolvidos, como o que vem ocorrendo no INSS que já informatizou 400 postos de benefícios devendo completar, até o final do ano, o total dos 800 postos existentes.

Quando ao SUS, diferentes serviços da rede (estaduais e municipais) já desenvolvem atividades de análise e registro da CAT para fins de vigilância, estando em andamento o processo de uniformização da metodologia empregada para análise e aprimoramento do programa de computador a ser utilizado par registro das informações.

Apesar da CAT notificar apenas uma parte dos acidentes de trabalho efetivamente ocorridos (estima-se que o número real seja mais que o triplo do registrado) concluiu-se que, atualmente, ela é a fonte de informações somais abrangente sobre acidente de trabalho.

Destacou-se a importância dos sistema permitir que as informações sejam geradas e utilizadas a nível local, sem perder de vista a agregação das informações a nível nacional para o conhecimento da realidade global.

Composição dos grupos temáticos reunidos pela comissão interministerial de saúde do trabalhador

Grupo I - Prevenção em Saúde do Trabalhador

Antônio Almeida Nápoli - INSS/PR
Cibele Osório-DITRA/MS
Juarez Corrêa de Barros Jr. - DRT/SP
Luiz Carlos Corrêa - DRT/BA
Paulo Gutierrez - Amb. Doenças Ocupacionais/Londrina
Pedro Messias der Souza - Procuradoria INSS/MG
Sérgio Carneiro - PST Zona Norte/SP

Tarcísio M.M. Pinheiro - Amb. Doenças Ocupacionais/UFMG

Grupo II - Assistência Previdenciária em Saúde do Trabalhador

Antônio Fernando dos Santos - INSS/CIST - MPS
Eduardo Lemos - INSS/PE
Eliane Pereira Gonçalves - CRP/Santos
Fernanda Tavares da Fonseca - DRP/INSS/DG
Heloisa Helena Gomes de Faria - NUSAT/INSS/MG
Sheila Miranda - SAS/MS

Grupo III - Assistência à Saúde dos Trabalhadores

Domingos Sávio - SAS/MS
Elizabeth Dias - FM/UFMG
Gardenha Corrêa de Azevedo - SS/INSS/DF
Gilson de Carvalho - DSUS/SAS/MS
Graciela Carvalho - CESAT/BA
Maria Dionísia do Amaral - PST/Santos
Maria Maeno - PST Zona Norte /SP
Maria Virgínia Medeiros Eloy Souza - INSS/ES

Grupo IV - Informação em Saúde do Trabalhador

Amaury Corrêa M. Ferron - DATAPREV/MPS
Antônio Daniel Bolner - INSS/RS
João Paulo M.C. Martins - INSS/DG
José Carlos do Carmo - PST Zona Norte/SP
Luiza de Paiva Silva - CENEPI/MS
Marcos Drumond Jr. CENEPI/SMS/SP

Relator-Geral dos Grupos Temáticos

José Luiz Riani Costa

Portaria interministerial nr. 18, De 9 de novembro de 1993

Os Ministros de Estado do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social, no uso de suas atribuições,

considero,

O dever do Estado de prover as condições indispensáveis à saúde dos cidadãos;

A gravidade da situação da saúde do trabalhador no Brasil;

A complexidade das questões saúde e trabalho e, ainda, suas relações com a Previdência, que exigem atuação multi-institucional; e

A necessidade de integrar, de forma mais efetiva, os esforços das áreas do trabalho e Previdência Social com a área da Saúde, buscando o atendimento integral dos trabalhadores, resolvem:

1. Instituir Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador GESAIT, de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e sinérgicas entre os vários órgãos de execução, na implantação concreta das políticas emanadas dos respectivos Ministérios de dos Conselhos Nacionais de Saúde do Trabalho e da Previdência Social, visando melhorar os serviços públicos oferecidos aos usuários.
2. O GESAIT será constituído por dois representantes do Ministério do Trabalho, dois representantes do Ministério da Previdência Social, a serem indicados pelos respectivos Ministros, e terá duas vagas para representantes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde-CONASS e duas vagas para representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS, a serem ocupadas por indicação dos respectivos conselhos.
3. O GESAIT reunir-se-à mensalmente, em caráter ordinário, e terá um agenda conjunta da qual constarão, como temas permanentes:
 - (a) o controle de qualidade dos serviços e do atendimento dispensado à saúde dos trabalhadores pelo poder público;
 - (b) o fomento à integração das ações e serviços voltados à saúde dos trabalhadores;
 - (c) a harmonização sinérgica das políticas, programas e orçamentos setoriais voltados para a saúde dos trabalhadores;
 - (d) a compatibilização e atualização dos estamentos legais e normatizadores afetos à saúde dos trabalhadores; e
 - (e) o entrosamento e compartilhamento dos sistemas de informações referentes à saúde dos trabalhadores.

4. Embora voltados para a execução, as conclusões do GESAIT terão caráter de “proposições”, que serão encaminhadas aos Ministros de Estado visando sua aplicação, se acolhidas, através das respectivas estruturas ministeriais.
5. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

WALTER BARELLI
Ministro do Trabalho

HENRIQUE ANTÔNIO SANTILLO
Ministro da Saúde

ANTÔNIO BRITTO FILHO
Ministro da Previdência Social