

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

BELO HORIZONTE
2008

9 788560 914012

BELO HORIZONTE
2008



SERIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS
Nº 2

**CONDICIONES DE SALUD Y
TRABAJO EN EL SECTOR SALUD**

NESCON – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BELO HORIZONTE
2008



Universidade Federal de Minas Gerais

Rector: Ronaldo Pena

Vice-Rectora: Heloísa Maria Murgel Starling



Faculdade de Medicina

Director: Francisco José Penna

Vice-Director: Tarcizo Afonso Nunes

NESCON

núcleo de educação em saúde coletiva

FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Coordinación: Francisco Eduardo Campos

Edison José Corrêa



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Ministério
da Saúde



Copyright © 2008 - Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

El contenido de este documento puede ser reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente.

Serie Nescon de Informes Tecnicos Nº 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p., 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, 22 – 27 de enero 2006.

- **Coordinación:**
Soraya Almeida Belisario (NESCON/UFMG-Brasil)
Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG-Brasil)
Carlos Rosales (OPS/Washington)
- **Ayudante de producción:**
Mariana Lélis (NESCON/UFMG-Brasil)
- **Diseño gráfico:**
Verônica Neves Cavalieri
- **Producción eletrônica e coordinación de impresión:**
All Type Assessoria Editorial Ltda.
- **Revisión:**
Ada Ávila Assunção, Carlos Rosales y Zirlene Lemos

Nescon

Faculdade de Medicina / UFMG

Rua Professor Alfredo Balena, 190 – 7º Andar – Santa Efigência CEP: 30130-100

Tel. (31) 3409-9673 - Fax: (31) 3409-9675

E-mail: nescon@medicina.ufmg.br - www.nescon.medicina.ufmg.br

Catálogo na fonte

C745 Condiciones de salud y trabajo en el sector salud/Health and work conditions of health care workers / organizado por Ada Ávila Assunção, Carlos Rosales y Soraya Almeida Belisário. -- Belo Horizonte : Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.
38p. : il. color ; 21x25cm. (Serie Nescon de Informes Tecnicos; n.2)

Relatório da Oficina, Ouro Preto, Brasil, 22-27 janeiro de 2006
ISBN: 978856091401-2

1. Saúde do Trabalhador. 2. Medicina do Trabalho. 3. Recursos Humanos em Saúde. 4. Nível de Saúde. I. Assunção, Ada Ávila. II. Rosales, Carlos III. Belisário, Soraya Almeida.. IV. Título inglês. V.Série.

NLM: WA 400
CDU: 616.9803

■ PRESENTACIÓN	6
■ 1 - INTRODUCCIÓN	8
1.1 ¿Por qué la salud de los trabajadores se configura como un campo de acción de las Naciones Unidas?	8
1.2 ¿Por qué las condiciones de salud y trabajo en el sector salud configuran un objetivo de las acciones de la OPS?	9
■ 2 - ANTECEDENTES	13
■ 3 - MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	16
3.1 Los trabajadores de salud	16
3.2 Condiciones de trabajo en salud	16
■ 4 - SITUACIÓN ACTUAL	20
4.1 – Las fuerzas contradictorias de las reformas sectoriales	20
4.2 – Precarización y precariedad del trabajo y del empleo en salud	21
4.3 – La situación institucional	23
■ 5 - PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO	27
■ 6 - PLAN DE TRABAJO	28
Anejo 1 – Programa del Taller	33
Anejo 2 – Lista de los Participantes del Taller	37

Este documento¹ presenta un Plan para los países de América Latina y Caribe (ALC) elaborado por el Taller Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores del Sector Salud, realizado por NESCON/UFGM en enero de 2006, en la ciudad de Ouro Preto, que contó con el apoyo del Ministerio de la Salud de Brasil, de la Organización Pan-americana de Salud, de la Organización Mundial de Salud y de expertos de diferentes países.

El objetivo general del Plan de Trabajo **Desarrollo de la Salud de los Trabajadores de la Salud** (TS) es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores de la salud, en el marco de la iniciativa decenal de recursos humanos. Los objetivos específicos incluyen: 1) Apoyar el desarrollo de políticas públicas intersectoriales para la mejoría de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores de la salud: 1.1) protección social y enfoque de derechos; 1.2) sistemas de atención y 1.3) ambientes de trabajo saludables; 2) Evaluar y fortalecer las capacidades institucionales para el abordaje de la situación de trabajo y salud de los

TS; 3) Analizar los determinantes de la situación de trabajo y salud de los TS; 4) Generar indicadores para monitoreo y evaluación de la situación de trabajo y salud de los TS.

Los objetivos expuestos son coherentes con el rumbo marcado por las declaraciones mundiales de salud para todos, y con el proyecto regional que busca consensuar políticas integradoras que permitan, maximizar la eficiencia y la eficacia de las actividades dirigidas a solucionar los problemas de salud y seguridad de los trabajadores.

Comprender las nuevas complejidades del trabajo en salud significa, asimismo, asumir la enorme responsabilidad que tiene la sociedad en formar a trabajadores capacitados, que asuman con competencias las tareas en el ámbito de la atención a la salud de las poblaciones y, al mismo tiempo, que se sientan seguros y perciban el trabajo como fuente de satisfacción y de crecimiento personal.

¹ Traducción: Janaína Aguiar (Máster – UFGM) & Márcio Almeida (Licenciatura – UFGM)

En la práctica, este intento exige aceptar que factores poco investigados inciden sobre los objetivos de los sistemas de salud, como en el caso de las condiciones de trabajo, cuyos efectos articulados a otros determinantes definen tanto la salud de los sujetos que operan los sistemas, como los recursos de que disponen para ejercer el pleno de sus capacidades.

Este documento inaugura una etapa en las reformas de salud latinoamericanas al buscar contemplar la articulación de acciones en salud, trabajo, medio ambiente y recursos humanos, como ilustra el esquema propuesto en la Figura I.



Figura I – Esquema ilustrativo de los ámbitos de acción para el desarrollo de la salud de los trabajadores de la salud

¿Por qué la salud de los trabajadores se configura como un campo de acción de las Naciones Unidas?

Las condiciones de trabajo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos (que provocan accidentes y demandan esfuerzos músculo-esqueléticos intensos) biológicos. Se apuntan como agravantes de la exposición a los riesgos, los efectos de la hipersolicitación de las capacidades humanas en el trabajo oriundo del sistema técnico-organizacional, y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo².

Las condiciones de trabajo se relacionan con las condiciones generales de vida y de salud de cerca de 220 millones de trabajadores en América Latina y en el Caribe (BID, 2001). Se estima que para 2025, la población económicamente activa en la Región será de 270 millones de personas.

En 1997, la OMS identificó la exposición de los individuos a los

riesgos ocupacionales resaltando los riesgos ergonómicos y físicos que afectan el 30% de la fuerza de trabajo en los países desarrollados, y del 50 al 70 % en los países en desarrollo. Se suman a la gravedad del problema, 200 agentes biológicos y 100.000 diferentes sustancias químicas presentes en los diversos ramos de la producción donde están expuestos centenas de trabajadores.

Los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, las bajas temporales por enfermedad o secuela de accidentes, y las incapacidades temporales y permanentes en el trabajo, son indicadores tradicionales de la realidad sanitaria de los trabajadores. Según la OIT, en América Latina ocurren 13,5 accidentes de trabajo fatales por cada 100.000 trabajadores. Las enfermedades relacionadas con trabajo componen una lista diversificada y que cambia de país a país. Al lado de las intoxicaciones por metales pesados y plaguicidas, de las enfermedades respiratorias provo-

cadas o agravadas por polvos minerales y otros aerodispersoides, los resultados de las investigaciones científicas recientes llaman la atención para el cáncer de origen ocupacional y para los problemas de salud mental. En la esfera de los riesgos y de sus determinantes, una literatura consistente resalta los factores psicosociales generados en las paradojas de los métodos de gestión de personal y de control de la productividad, así como, de las metas de calidad de los productos y servicios³.

La inequidad en salud ocupacional está asociada a los siguientes factores: 1) Existencia de riesgos evitables e inaceptables para ciertos grupos de trabajadores, 2) Superposición de los resultados de la pobreza con los efectos de la exposición a la nocividad de los ambientes de trabajo, es decir; trabajadores en las labores más peligrosas e insalubres son también los más pobres, con condiciones de vivienda y ambiente inadecuados, 3) Deficiencia en el acceso a servicios de salud ocupacional, 4) Expansión de la Informalidad, del trabajo precario y de la marginalización del trabajo.

Las medidas enfocadas a transformar la realidad sanitaria de los trabajadores, no han logrado éxito y enfrentan obstáculos para alcanzar las metas propues-

2 European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging physical risks related to occupational safety and health. Belgium, 2005.

3 TAKEDA, F. The relationship of job type to Burnout in social workers at social welfare offices. *Journal Occup Health*, v.47, p. 119-125, 2005.

tas. Entre otros, se advierten: 1) Limitada consideración por parte de las políticas públicas (principalmente las políticas económicas y sociales) para la Salud Ocupacional, 2) Disminución del rol de los Estados. En particular, la debilidad de los ministerios de Salud y de Trabajo (tendencia a desreglamentar). 3) Limitada coordinación entre los sectores salud y trabajo, 4) Enfoques equivocados de los servicios de salud, las cuales están orientados a la curación y carecen de políticas de salud preventivas que aborden las causas o determinantes de los accidentes y enfermedades.

¿Por qué las condiciones de salud y trabajo en el sector salud configuran un objetivo de las acciones de la OPS?

La realidad actual exige de los investigadores involucrados con la temática de la salud, mayores esfuerzos para comprender los cambios recientes en el sector salud, los cuales alcanzan la modalidad del trabajo, e influyen la susceptibilidad de los trabajadores de salud a los riesgos de enfermarse en general, exponiendo a este grupo a los efectos de las nuevas demandas para las que no siempre cuentan con los medios necesarios para movilizar sus capacidades.

En el plan global, los servicios de salud han sufrido una erosión y una falta de inversión, así como, ajustes estructurales y recortes en el financiamiento; por ejemplo, enfermeras en Kenya, Tanzania y Zimbabwe están desempleadas a pesar de las necesidades existentes. Altas cargas de trabajo y condiciones de trabajo poco motivantes (incluyendo los riesgos), son causas importantes del “push” de los TS a otros países. Surgen, en el Reino Unido, los lineamientos por ejemplo: “éticas recruiting” recientemente vigentes.

Para tener idea, según la Asociación Médica Americana (2002), en Canadá el 23% de los médicos

practicantes fueron entrenados en otro país. En los Estados Unidos el índice es semejante, siendo que el 23,5% de todos los médicos fueron licenciados en otro país. En una investigación reciente, el deseo por tener un mayor acceso a la tecnología, equipamientos y recursos de salud para la práctica médica, se evidenció en las respuestas del 75 % de una muestra de médicos inmigrantes. En las Asambleas mundiales de salud de 2002 y 2004 se ha demostrado interés en reconocer los efectos negativos de la emigración de médicos del sistema de salud de países en desarrollo, dada la hipótesis de que las poblaciones con mayores carencias coinciden con las poblaciones que tienen menos acceso a las prácticas actualizadas de atención a la salud y que estas serían justo las poblaciones que estarían dejando de retener a sus médicos⁴.

Los trabajadores de la salud no siempre son vistos por las políticas de recursos humanos como trabajadores. Con frecuencia se percibe al trabajador de la salud solamente como el instrumento para proveer los servicios y no como un trabajador o una trabajadora, con condiciones de trabajo que influyen en su salud y en su vida. Sin em-

4 AVRAHAM, A. et al. *Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. Social Science & Medicine*; v.61, p. 2492-2500, 2005.

bargo, pandemias como el SARS y gripe aviar, ponen en evidencia la vulnerabilidad y la falta de preparación del sistema para proteger a sus trabajadores.

El Encuentro organizado por la Asociación Americana de Psicología en Washington (DC) en el 2000, se centró en la protección de la salud mental de los profesionales de los servicios de urgencias pediátricas⁵. Se identificaron los principales generadores de estrés y los comportamientos de los sujetos ante las adversidades psicológicas vividas. Al final, el pleno recomendó una revisión de las estrategias de intervención, además de proponer una amplia divulgación de los conocimientos producidos sobre la realidad vivida por los trabajadores en el sector analizado. El objetivo que se estableció fue la implementación de servicios de apoyo psicológico para los trabajadores y para los pacientes pediátricos y sus familias.

El estado crítico del sector de urgencias no es el único escenario de vivencias emocionales negativas trabajando con la salud. Se menciona en la literatura las

limitaciones a las cuales los sujetos son sometidos y que pueden estar en el origen de síntomas de salud inespecíficos o no, con influencia sobre su calidad de vida y su trayectoria profesional y ocupacional.

Asumiendo la posición de que no existe neutralidad de los trabajadores con relación a lo que producen⁶, están en curso investigaciones sobre las vivencias objetivas y subjetivas de los trabajadores de la salud que articulan el análisis de las dificultades en la relación trabajador-usuario, con la evaluación de los componentes prácticos y técnico-organizacionales de los sistemas que operan.

Existen evidencias de restricciones al cuidado provocadas por la estructura del sistema de salud y por la organización de los servicios en particular. La hipótesis orientadora de los análisis en curso, supone que además de las dificultades extrínsecas a la actividad (volumen de procedimientos, medios disponibles, riesgos evaluados y exhaustivamente conocidos), los trabajadores se enfrentan con la incertidumbre

originada de la relación con el usuario que es la esencia del trabajo en salud.

Los resultados de las investigaciones ponen en evidencia la paradoja contemporánea que alimenta las dificultades sentidas en el desarrollo de las tareas, ignoradas o no: exigencia de trabajadores polivalentes, instruidos con iniciativa, pero sin márgenes para decidir sobre los medios y los fines. Proyectos iniciados con resultados parciales de las investigaciones permiten pensar que formas horizontales y aparentemente más autónomas de organización del trabajo en salud, pueden propiciar mayor intensificación de la explotación del trabajo a semejanza de lo que analiza Castels (1999)⁷.

Además de la flexibilización de la gestión del trabajo, las relaciones de empleo en el sector salud también se flexibilizan en la medida que pasan a ser entendidas como la posibilidad de contratar trabajadores sin los cargos provenientes de la legislación del trabajo. Esto ha consolidado a lo largo de las últimas cuatro décadas, derechos y garantías mínimas.

Investigaciones científicas han evidenciado que la calidad del cuidado a la salud, depende de la manera en la que el sistema

5 LIPTON, H.; EVERLY Jr., G.S. *Mental health needs for providers of emergency medical service for children (EMSC): a report of a consensus panel. Prehosp Emergency Care*: v. 6, n 1, p 15-21, 2002.

6 DEJOURS, C. *Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard Éditions, 1993.

7 CASTELS M. *Trajetórias organizacionais na reestruturação do capitalismo e na transição do industrialismo para o informacionismo*, pp. 174-187. In: *A sociedade em rede*. Editora Paz e Terra: São Paulo, 1999.

encara las necesidades y la subjetividad de los trabajadores en el ejercicio de sus tareas. Por ejemplo; el tiempo para revisar las prácticas adoptadas, el soporte social para el enfrentamiento de las dificultades y carencias vividas por los usuarios, el incentivo a las estrategias formales e informales de cooperación intra e inter equipos que podrían orientar los fundamentos de la organización del trabajo en los servicios, más que en el abordaje tradicional de la relación costo-beneficio en búsqueda de la eficiencia en el sector salud^{8, 9, 10}.

Cada vez más se registra una mayor incidencia de maltratos y de violencia en los lugares de trabajo que atañen a los trabajadores, poniendo en riesgo la dignidad personal y la autoestima con implicaciones directas sobre la calidad en la atención. Bajo esa óptica, desde 1993 el Consejo Internacional de Enfermeras ha identificado

el riesgo aumentado de violencia en el ámbito de la atención a la salud, destacando los efectos negativos de los eventos sobre las vidas profesionales y personales de los trabajadores¹¹.

En una publicación reciente¹² se pudo observar que la violencia en el lugar de trabajo en Jamaica es un riesgo ocupacional que merece, según los autores, la atención del sector sanitario. Los resultados de una investigación transversal con el auxilio de encuestas auto-aplicadas en diferentes establecimientos (hospitales especializados, terciarios, secundarios, generales; y centros de salud) tanto en la zona urbana como en la zona rural, demostraron una mayor prevalencia de violencia psicológica que física, con diferencias de acuerdo con el tipo de ocupación y edad de los sujetos, el horario de trabajo y el tipo de asistencia realizada.

8 JOHNSON, J.F. et al. *The psychosocial work environment of physicians. Journal Occupational and Environmental Medicine*; v. 37, n. 9, p.1151-1159, 1995.

9 HAM, C. *Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. Lancet*; v. 363: p. 1978-1980, 2003.

10 ARNETZ, B.B. *Psychosocial challenges facing physicians of today. Social Science & Medicine*; v. 52: p. 203-213, 2001.

11 CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). *Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra, Suiza, 1998. Disponible em: http://www.icn.ch/guide_violencesp.pdf.*

12 JACKSON, M., ASHLEY, D. *Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v.18, n.2, p. 114-121, 2005.

La Tabla I presenta de manera sintética las razones para ubicar a los trabajadores del Sector Salud como grupo objeto de políticas integradoras en el contexto de las metas de desarrollo del milenio.

TABLA I
PUNTOS PRINCIPALES EN DEFENSA DE UN PLAN CST/SALUD

1.	La desindustrialización que es una tendencia consolidada en la producción mundial y ocurre paralelamente al crecimiento del sector de servicios, notadamente en el sector salud,
2.	La mejoría de los servicios de salud prestados a la población que representa al mismo tiempo una exigencia de la sociedad y un compromiso de los gobernantes,
3.	Los trabajadores de salud que están constituidos numéricamente en un grupo poblacional importante (20 millones de trabajadores en AL y en el Caribe y EUA) y componen una muestra representativa de las desigualdades en salud,
4.	La participación del sector salud en la contratación de trabajo de las más variadas formas: prestación de servicios, tercerización, triangulación y concurso público.

En el ámbito social, el Plan de Trabajo **Desarrollo de la Salud de los Trabajadores de la Salud** se alinea a los principios que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas en los estratos más pobres de la población de los países que forman parte del sistema de las Naciones Unidas¹³. Hay que resaltar que el contenido relacionado con los problemas de salud, está presente en los tres objetivos y en las ocho metas que componen, respectivamente, el conjunto de ocho objetivos y dieciocho metas elaboradas en el 2000 por 189 países reunidos en la Cumbre del Milenio. Se puede observar que el contenido de la Declaración está directamente relacionado con la mejoría de la salud de la población en general, pero también, toca aspectos sanitarios específicos como las enfermedades de notificación obligatoria, el acceso a medicamentos, la salud reproductiva y el agua potable. Para la ejecución de este Plan se estima un plazo de 10 años.

La coincidencia de centrar el tema Recursos Humanos en Salud con las agendas nacionales, la agenda regional y la agenda global, marca el inicio de una década

de inversiones sostenidas orientadas a construir una infraestructura humana para los sistemas de salud.

En el plan de la agenda global se destacan: 1) El Foro de alto nivel del BM/OMS: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y Recursos Humanos que generaron la propuesta de una plataforma global con preocupación destacada hacia África, 2) Las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud, como: el Informe Mundial de la Salud – 2006, la conmemoración del Día Mundial de la Salud: “Trabajando para la Salud” el 7 de Abril 2006, y la Idea de una Década de Recursos Humanos en Salud.

En la Región, resaltan las iniciativas de la OPS en su larga historia de cúmulos en el campo de los recursos humanos, promoviendo una cooperación interpaíses, por ejemplo: De los últimos cinco años a la fecha, varios proyectos refuerzan este direccionamiento del tema de los recursos humanos en salud. Por ejemplo: 1) Resolución 2001 sobre Gestión de los Recursos Humanos en salud, 2) Resolución 2004 sobre los Observatorios de Recursos Humanos en salud, 3) Semana Panamericana

de la Salud en Abril 2006, 4) Década Panamericana de Recursos Humanos en Salud 2006 – 2015.

El llamado a la acción de Toronto 2006-2015: **Una década de recursos humanos en salud para las Américas** que se basa en la necesidad de una inversión sostenida para enfrentar los desafíos y provocar efectos, a mediano y largo plazo, de las políticas orientadas a la construcción de una institucionalidad compleja. Se evoca la necesidad de un compromiso internacional y la continuidad de las políticas y planes de acción coincidentes con los ODM (2015).

En este contexto, se resalta la conmemoración del Día Mundial de la Salud en abril de 2006, cuyo tema, los Recursos Humanos en Salud, provoca una inflexión en el paradigma que ha orientado la formulación de políticas para el sector. Las CST/Salud se destacan en el Día Mundial de la Salud como una estrategia coherente con la decisión del Consejo Directivo.

Respecto a eso, las políticas de recursos humanos en salud han buscado, a partir de los años 1990, entre otros, introducir nuevas formas de gestión del trabajo fundadas en el incentivo a la productividad y a la calidad¹⁴,

13 NACIONES UNIDAS. *Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América latina y el Caribe. Santiago del Chile, agosto del 2005.*

cuyos efectos sobre la actividad concreta de trabajadores insertos en situaciones particulares y específicas, aunque no son bien dimensionadas, han alterado la salud de los sujetos como se verá a continuación.

Esta agenda es una ocasión propicia de hacer visible a la problemática de la subjetividad del trabajo en salud. Si el recurso es humano, mejor pensar sobre las dimensiones y exigencias humanas que implica. Esto favorecerá abordajes menos superficiales de los problemas de calidad de la atención a la salud de las poblaciones.

Aún en el nivel político, hay que resaltar la alianza estratégica OEA/OPS. Desde la III Cumbre de las Américas, realizada en Québec en 2001, los Representantes de los Estados y los Gobiernos de todos los países han reconocido que el trabajo es la mejor vía

para vincular la actividad económica a la mejor calidad de vida de los ciudadanos¹⁵.

Bajo la misma perspectiva, impulsada por el apoyo de los Ministros del Trabajo de 34 países miembros de la OEA, la OPS incorporó el tema de la salud de los trabajadores en el marco del *Trabajo Decente* de la OIT y de la Iniciativa de *Ambientes de Trabajo Saludables* de la OMS/OPS¹⁶, con énfasis en acciones pro-activas teniendo como poblaciones objetivo, a saber: inmigrantes, menores trabajadores, mujeres trabajadoras, personas con deficiencias físicas, trabajadores de la tercera edad, indígenas y personas portadoras del SIDA. Bajo ese enfoque, el trabajo decente sería la esencia de las estrategias globales, nacionales y locales para alcanzar un desarrollo equitativo, global y sostenible¹⁷.

En el nivel político, el Plan de Trabajo resulta de la decisión de la 45ª Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que, atendiendo al Informe de la XIII Conferencia Interamericana de Ministros del Trabajo, decide articular las actividades en los sectores salud, trabajo, medio ambiente y educación, con el fin de mejorar las condiciones de salud, trabajo y empleo, particularmente en el sector salud¹⁸.

La estrategia de promoción de la salud de los trabajadores del sector salud y su alcance intersectorial institucionalizado por el 45º Consejo Directivo de la OPS, pueden favorecer la elaboración de políticas públicas capaces de generar calidad de vida. Bajo el prisma de los objetivos comunes propios de un abordaje intersectorial, se busca, en este Plan, construir un núcleo estratégico de planeación y definición de prioridades para las acciones conjuntas, de manera que se inserte, de hecho, la salud en las macro-políticas o en las políticas sectoriales, apartándose así de la realidad actual consistente en que los objetivos de salud se colocan al margen de las definiciones de directrices y prioridades en los planes de desarrollo¹⁹.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 11 p.

15 OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe sobre la salud y la seguridad en el trabajo en la región de las Américas: Alianza estratégica entre los ministros de trabajo y de salud. Bogotá, julio de 2004, 20 p.

16 OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe sobre la salud y la seguridad en el trabajo en la región de las Américas: Alianza estratégica entre los ministros de trabajo y de salud. Bogotá, julio de 2004, 20 p.

17 OIT – ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. El trabajo decente es fundamental para el progreso social. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/decent.htm>.

18 OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 45º Consejo Directivo. Decisión propuesta por el Relator. Washington, D.C., EUA 27 de septiembre-1 de octubre 2004.

19 ibidem.

Por todo lo antes expuesto, la OPS preparó en 2005, el *Manual de Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud* destinado a gerentes y administradores de los sistemas y de los servicios de salud. La publicación ofrece los conceptos operacionales básicos sobre salud y seguridad en el trabajo realizado en establecimientos de salud y presenta los riesgos ocupacionales más comunes ya descritos en estudios realizados en el sector (público o privado). Finalmente provee guías e instrumentos prácticos para la implementación de programas de salud y seguridad ocupacional. Ante el producto obtenido, se pueden planear sesiones de formación con el objetivo de construir políticas de identificación y prevención de daños y agravantes a la salud de los trabajadores del sector salud, paralelamente a la construcción de intervenciones enfocadas a la transformación de condiciones de trabajo precarias en el sector.

Existe consenso entre los participantes del Taller de Ouro Preto en la importancia de mantener una fuerza de trabajo saludable y libre de riesgos ocupacionales, como elemento clave del desarrollo sostenible de los pueblos. Además, está claro que el desempeño de los sistemas de salud, especialmente la calidad de la atención que se otorga a los pacientes, está

íntimamente relacionado con las condiciones de salud y seguridad ocupacional con que sus trabajadores llevan a cabo sus actividades laborales.

Cada vez más, se hace evidente la magnitud de la problemática de vulnerabilidad en que se encuentran los trabajadores de salud, ya que se ven expuestos a serios riesgos ocupacionales y ambientales en el desempeño cotidiano de su trabajo. Por ejemplo, el creciente desarrollo de tecnologías novedosas y sofisticadas que se ofertan sin garantizar procesos de entrenamiento para su adecuada operación, expone al trabajador a nuevos riesgos ocupacionales que requieren ser abordados, controlados y/o eliminados. Los riesgos conocidos como el SIDA y la Hepatitis B dentro de los biológicos, las radiaciones y los trastornos ergonómicos dentro de los físicos, así como el uso de anestésicos y agentes esterilizantes dentro de los químicos, continúan representando un alto riesgo para la fuerza laboral en salud.

Los procesos de reforma del sector salud, la “tercerización” de los servicios de apoyo y la pérdida de profesionales valiosos que emigran por un mejor futuro, entre otros factores, están generando nuevos riesgos psicosociales. Asimismo, riesgos derivados de un

inadecuado manejo de desechos hospitalarios o del impacto en la salud por instalaciones y estructuras del lugar de trabajo en mal estado, son otro tipo de riesgos a los que continuamente se enfrenta el trabajador de la salud.

El Taller de Ouro Preto reafirma el consenso anteriormente establecido en cuanto a la conveniencia de una iniciativa para el hemisferio americano, con una plataforma amplia, incluyente, con enfoque centrado en los países y con compromisos específicos. La idea central es de un salto cualitativo en el desarrollo participativo de planes nacionales de acción y de sistemas de monitoreo de sus avances, que permitan una “accountability” nacional y global. Se requiere intensificar la cooperación técnica entre los países en el contexto de un marco referencial compartido, inversiones sostenidas y creación de alianzas nacionales e internacionales.

La estrategia del **Plan de Trabajo, Desarrollo de la Salud de los Trabajadores de la Salud** busca promover un espacio de poder compartido y de articulación de intereses, conocimiento y prácticas de las diversas organizaciones involucradas, a fin de permitir la producción de conocimientos y políticas compatibles con la resolución de los problemas.

Los trabajadores de salud

Los trabajadores de salud son personas que están directamente involucradas en acciones con los usuarios del sistema y con los que prestan apoyo a la gestión clínica-asistencial, independiente del tipo de contrato o vínculo, tanto en el sector público como en el sector privado. Ellos pueden estar actuando en el plan de la gestión o de la asistencia directa al ciudadano enfermo o atendido en programas de promoción de la salud, pudiendo también estar actuando en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, la gerencia y en la producción de tecnología.

La reorientación del paradigma del proceso salud-enfermedad-cuidado, fundamenta políticas nacionales que alcanzan el empleo y el trabajo sin que ambas esferas hayan sido foco de actuación de los gobiernos.

Las recientes transformaciones en la producción capitalista en el plano mundial, también se hicieron presentes en el sector salud, que de manera semejante a los otros sectores de producción, experimentaron no solamente los efectos del avance de la ciencia y de la tecnología, sino también del surgimiento de la desigualdad y de la injusticia social que marca a los países de América Latina y Caribe.

Condiciones de trabajo en salud

Se suele llamar condiciones de trabajo para designar los niveles de salud y trabajo del esquema propuesto en la Figura 1, que se refiere a las circunstancias en que la actividad de los trabajadores se desarrolla, y en que estado ellos se encuentran para atender las demandas presentadas.

Las tendencias contemporáneas en la estructura del trabajo según Antunes y Alves²⁰, son presentadas en la Tabla II seguidas de las alteraciones provocadas por ellas en las actividades de trabajo en sí (Tabla III)²¹.

20 ANTUNES, R.; ALVES, G. *As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educação e Sociedade*, vol.25, n.87, p.335-351, 2004.

21 ASSUNÇÃO, A.A. *Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.4, p.1005 – 1028, 2003.

TABLA II
TENDENCIAS CONTEMPORÁNEAS DE LA ESTRUCTURACIÓN
DEL TRABAJO Y DE LA ABSORCIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO

1. Reducción del proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estable y especializado, heredero de la era de la industria vertical de tipo taylorista y fordista,
2. Aumento del nuevo proletariado fabril y de servicios, en escala mundial, presente en las diversas modalidades de trabajo precario. Son los tercerizados, subempleados, contratados temporalmente, entre tantas otras formas semejantes, que se expanden en escala global,
3. Aumento significativo del trabajo femenino, que alcanza más del 40% de la fuerza de trabajo en diversos países avanzados, y que ha sido absorbido por el capital, sobre todo en el universo del trabajo temporal, precario y sin reglamentación,
4. Exclusión de los jóvenes, que alcanzaron la edad de ingreso en el mercado de trabajo y que, sin perspectiva de empleo, acaban muchas veces engrosando el número de concurrentes en las filas que disputan los trabajos precarios, de los desempleados, sin perspectivas de trabajo, dada la vigencia de la sociedad del desempleo estructural,
5. Exclusión de los trabajadores considerados “mayores” por el capital, con edad aproximadamente de 40 años y que, una vez que son excluidos del trabajo, difícilmente consiguen reingreso en el mercado de trabajo,
6. Creciente expansión del trabajo en el llamado “Sector Terciario”, asumiendo una forma alternativa de ocupación por intermedio de empresas de perfil más comunitario, motivadas predominantemente por formas de trabajo voluntario abarcando un amplio abanico de actividades,
7. Expansión del trabajo a domicilio.

TABLA III

HIPÓTESIS SOBRE LAS RELACIONES ENTRE LAS ALTERACIONES DE LAS
ACTIVIDADES DE TRABAJO Y LOS PROBLEMAS DE SALUD

1. La exposición a las condiciones nocivas de trabajo, sigue la misma lógica discriminatoria de inserción de los trabajadores en la producción que considera como inferiores a las mujeres, los negros, los analfabetos, los inmigrantes, los jóvenes sin experiencia y los mayores sin fuerza física,
2. Las oportunidades de empleo, los contratos de trabajo, los salarios recibidos la movilidad profesional, dependen de las características de los grupos de trabajadores que a su vez son determinadas socialmente,
3. Se enfrentan teóricamente, y en la práctica, las manifestaciones de salud se alteran en el seno de la sociedad debido a los efectos de la desigualdad de la distribución de los bienes producidos, a la adquisición de una multitud de conocimientos y de fallos, a las posibilidades de dominio de los territorios y comportamientos, y al choque continuo de los conflictos,
4. La salud de los trabajadores se altera en el contexto de la reestructuración productiva que deriva de un ambiente social, político y económico marcado por las crisis de los años 1960 y 70.

La atención al usuario es una actividad social mediadora que pone en escena la interacción de diferentes sujetos en un contexto específico, tratando de responder a distintas necesidades. La actividad del trabajador de la salud resulta de un proceso de múltiples

facetas que se desarrolla en un contexto institucional, en que los objetivos, los procesos organizacionales y la estructura existente son elementos esenciales conformadores de la situación de la asistencia²².

La invisibilidad de la actividad del trabajo para la gestión del sistema y para la orientación de políticas de seguridad y promoción de las condiciones de trabajo, denotan el no-reconocimiento de la inversión personal. Se trata, en la teoría de la psicodinámica del

²² FERREIRA, M.C. *Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia. IX Congresso da Associação Brasileira de Ergonomia – ABERGO 99, Salvador, 3 a 6 de novembro [CD-ROM], 1999.*

trabajo, del reconocimiento por el trabajo realizado que se obtiene por la mediación de dos tipos de juicio. El primero, es el juicio de belleza emitido por aquellos que conocen el “campo de actuación” y pueden evaluar el trabajo en función de su conformidad a las reglas de arte y en función de su originalidad. El segundo, juicio de utilidad, evalúa los objetivos alcanzados sin importarle los medios utilizados. En el caso del trabajo en salud, el juicio viene del usuario, de la garantía al acceso a la atención y a los medios para el diagnóstico y tratamiento, de su mejoría clínica, de la remisión de los síntomas. Al final, éste es el mote: “asistir”, “cuidar” y “curar”²³. ¿Y cuándo el usuario reacciona y manifiesta su descontentamiento ante el fracaso de los objetivos arriba expuestos?

En suma, el trabajo de los profesionales de la salud es una mediación entre las finalidades del sistema y las demandas del usuario, no siempre coherentes entre sí. Las vivencias en el acto de cuidar o de operar el cuidado, no pasan inadvertidas para la economía psíquica, pues lidian con el otro, y este otro se encuentra en situación especial. Extrapolando los indicadores tradicionales de salud, útiles pero insuficientes si se consideran los cambios en el empleo y en el trabajo verificados en los últimos treinta años, los estudios ponen en evidencia la múltiple exposición a los factores de riesgo y elaboran hipótesis sobre la interacción entre los mismos, obligando a la construcción de nuevos indicadores²⁴ y convocando a un abordaje multidisciplinar e intersectorial²⁵.

23 MELO, E.M. *O pediatra e o trabalho em plantões de urgência: um estudo das tarefas e dificuldades vivenciadas pelos pediatras em um serviço de urgência*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

24 OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Fichas técnicas de indicadores de salud de los trabajadores para América Latina y Caribe*. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. (en fase de preparación).

25 TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. *Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida*, pp. 59-78. In: C.F. TEIXEIRA, J.S. PAIM & A.L. VILASBÓAS (orgs.). *Promoção e vigilância da saúde*. Ed. Cooptec/ISC, Salvador, 2002

4.1 – Las fuerzas contradictorias de las reformas sectoriales

Los sistemas de salud contemporáneos enfrentan fuerzas contradictorias originadas en los niveles locales y transnacionales. En el plan local se observan las tendencias de las comunidades que reivindican la garantía de las declaraciones de los gobiernos al afirmar el derecho a la salud para todos. Aun regionalmente, se nota un tipo de tensión entre el proyecto conservador de asistencia a la salud que privilegia, por un lado, al pequeño productor autónomo de salud y a la defensa de los intereses de una fracción de actores del sistema y de sus establecimientos privados de salud; y por el otro, a los proyectos políticos volcados a la sociedad, para los trabajadores y para los servicios de salud.

En el plan transnacional, las nuevas formas de reglamentación implementadas por las políticas del estado en varios países, conviven con la competencia en el mercado y la sofisticación tecnológica que incentiva y fue incentivada por la acumulación del

capital en el sector, por ejemplo: insumos, medicamentos, técnicas de diagnóstico etc. Paralelamente, matrices curriculares cada vez más homogéneas, permiten la movilidad de profesionales interpaíses, fortaleciendo por un lado, la divulgación de procedimientos diagnósticos, y por el otro, creando el camino para la precarización del empleo, como es el caso de la migración de médicos.

Las tensiones mencionadas se combinan y se manifiestan en diferentes reformas del sector salud, las cuales conllevan, entre ellas mismas, contradicciones como: igualdad de acceso y competencia en el mercado de oferta de servicios y de insumos; profesionalización de las categorías de trabajadores, claridad en medios y procesos orientados a controlar los actos y procedimientos que se originan en los sectores del estado y en las propias agrupaciones y corporaciones: Nuevas demandas de adquisición de técnicas avanzadas de diagnóstico y tratamiento y restricción de presupuestos, énfasis en la calidad y un abordaje eminentemente cuantitativo de la evaluación de los resultados.

La implantación de las reformas y la expansión del sector, traen consigo la explicación para los cambios en la composición de la fuerza de trabajo y en los procesos de formación y reglamentación profesional. Las reglas de contratación y de remuneración son dispares y siguen la lógica antes descrita por Zarifian^{26,27}, cuando el autor analiza el trabajo en el sector servicios de garantizar la asistencia bajo exigencias que no se llevan en cuenta por los gestores en el momento de la elaboración de metas y de métodos de gestión de la fuerza de trabajo.

La implementación de las reformas en el sector salud no se parece entre un país y otro, pero se puede afirmar, por los datos presentados en los Observatorios de Recursos Humanos, que los servicios de salud se concentran en las grandes ciudades, dejando las áreas rurales descubiertas o aisladas. El fenómeno de la seguridad pública ha desinflado los centros de salud de las periferias de las ciudades, que también sufren el efecto de la falta de agua, de luz y de profesionales de tiempo completo para garantizar la asistencia. Los estímulos para la formación de los profesionales son pobres, existiendo en algunos países el esfuerzo individual de los trabajadores de la salud en buscar, por iniciativa y coste propios, la formación continuada.

26 ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço. Esboço de um modelo de produção de serviço. In SALERNO, M. S. (org.) *Relação de Serviço- produção e avaliação*, São Paulo: Ed Senac, 2001a, p. 95-149.

27 ZARIFIAN, P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In SALERNO, M. S. (org.) *Relação de Serviço- produção e avaliação*, São Paulo: Ed Senac, 2001b, p. 67-93.

4.2 – Precarización y precariedad del trabajo y del empleo en salud

Las empresas empiezan a reestructurarse no solo por el ímpetu de la concurrencia, sino también por conflictos sociales relacionados con las formas tradicionales de la organización del trabajo y de la producción. La mayor integración y flexibilidad de las empresas, surge como una forma de reaccionar a la crisis social y al aumento de la productividad en un mercado inestable. Los rasgos de este proceso marcan profundamente el trabajo y su expresión ciudadana – el empleo.

En el contexto actual de permanente crisis económica, el proceso de precarización del empleo aparece como la única estrategia de las empresas para garantizar su futuro, incluyendo los establecimientos de salud. Las mutaciones en la producción instauraron una nueva flexibilidad del mercado de trabajo donde ocurren transformaciones de la relación con el trabajo, modificación de los colectivos de trabajo y externalización de riesgos para las em-

presas que absorben a los nuevos asalariados.

Para garantizar sus empleos, los trabajadores de la salud se sujetan a la flexibilidad de la fuerza de trabajo y a la flexibilidad de los cambios de los procesos productivos, generando, con ello, un estado de precariedad que siendo transversal al trabajo y al empleo, se manifiesta en el movimiento de una esfera a otra alcanzando diferentes niveles como ilustra el esquema presentado en la figura 1. Se “convencionalizó” el tratar ese movimiento transversal de precarización, es decir; un movimiento constante de una esfera a otra y que toca, en un *continuum*, las formas de contrato, los tipos de desempleo, los modelos de gestión, la organización del trabajo y la exposición a los riesgos ambientales.

El empleo, en el cierre de la reestructuración productiva, se transforma en empleo precario, o sea, un *continuum* entre empleo permanente y desempleo. Con relación al empleo permanente (duración ilimitada, tiempo integral y dedicado a un único empleador), el empleo precario es un empleo de duración limitada, con dedicación parcial a uno o a varios empleadores.

Con relación al desempleo, la noción de precarización se define como una sucesión de varios empleos precarios (para una persona), se trata de una ausencia del verdadero empleo tocando las historias personales y sus trayectorias de trabajo, estimulando la existencia de un grupo de trabajadores sin trabajo.

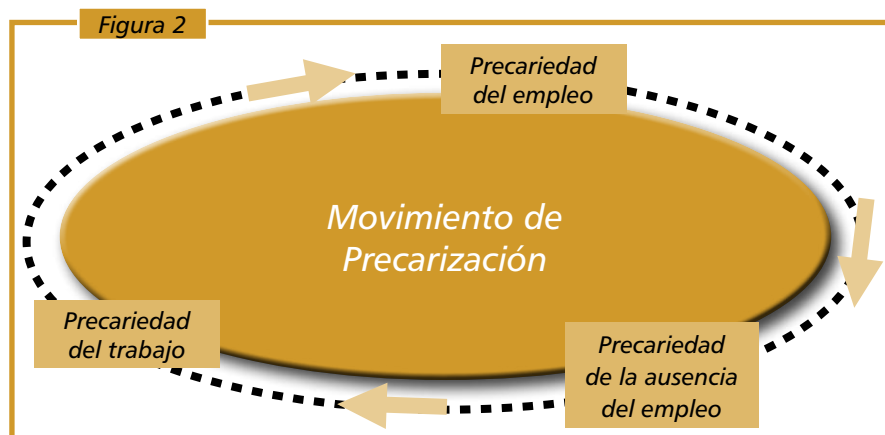


Figura 2 – Esquema ilustrativo del movimiento de precarización y sus dos esferas: la precariedad del trabajo y la precariedad del empleo. (Extraído de Assunção & Belisário, 2005)²⁸

²⁸ ASSUNÇÃO, A.A.; BELISÁRIO, S.A. (2005). Precariedade e precarização do trabalho no setor saúde. Projeto do Grupo de Estudos em Gestão do Trabalho e Formação em Saúde. Faculdade de Medicina. UFMG, Belo Horizonte

Entre el empleo permanente y el desempleo puede existir el trabajo sin contrato o el trabajo con contratos inestables, contrato a tiempo parcial, temporales, trabajo a domicilio. (figura 3).

La proliferación de los contratos informales y la falta de pago de los encargos sociales por los empleadores de la salud, se benefician de la desregulación, literalmente comprendida como una ausencia de reglas y de regulaciones, que se da en los países bajo la forma de ley, a través de contratos verbales (para los agentes comunitarios en salud) o de formatos irregulares (por medio de cooperativas o por tiempo limitado), y de una vinculación por medio de cargos comisionados por servicios de asistencia directa a la población.

La transferencia o tercerización es una de las facetas de la precarización. A pesar de que todavía no está dimensionada y calificada, la precarización se constituye en la génesis de la exposición a los riesgos de enfermedades, pues el multiempleo, solución encontrada por los trabajadores de la salud para compensar las pérdidas en los salarios, está asociado a la fatiga, al aumento de la susceptibilidad a los riesgos encontrados en el ambiente, y a la disminución de la calidad del cuidado prestado.



Figura 3 – Esquema ilustrativo de los diferentes niveles del proceso de precarización. (Extraído de Assunção & Belisário, 2005)²⁹

En el sector salud, la expansión de los servicios y el aumento de contrataciones, por un lado contradice la tendencia del mercado de trabajo, y por el otro, reproduce las metas de recorte de costos y reducción del fijo. En el ámbito del trabajo, las reformas llevaron a la implementación de nuevos modelos asistenciales e incentivaron la organización del trabajo en equipos. Rápidamente bajo el paradigma de la promoción de la salud y de la atención básica, un nuevo espectro de competencias

requeridas dirige la definición de las tareas.

Las técnicas de gestión de la fuerza de trabajo, son reproducidas del modelo taylorista en su versión industrial contemporánea de integrar las metas de calidad total, evaluada en términos cuantitativos relativos al número y volumen de producción. Se funda la paradoja entre la expansión del sector y la restricción de los costos y la evaluación cuantitativa de los resultados.

²⁹ Ibidem

4.3 – La situación institucional

Los relatos de los representantes de los países presentes en el Taller sobre las Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de la Salud (CST/Saúde) demuestran que la atención a la salud de los trabajadores del sector salud, a semejanza de lo que ocurre para el conjunto de los trabajadores, es muy deficiente. Cuando la información existe, esta atañe a los daños, específicamente a los datos referentes a los accidentes y las enfermedades profesionales. Sobre la actividad de trabajo en sí, parece no haber ninguna iniciativa institucional que busque conocer el panorama de los factores técnico-

organizacionales, del ambiente y de la seguridad en el trabajo en los establecimientos de salud.

Vale resaltar que a pesar de la precariedad de la información, la literatura científica en los últimos diez años ha suministrado resultados de estudios volcados a las cuestiones de CST/Salud. El aporte es amplio y variado, suministrando resultados que muestran una baja prevalencia de vacunación en las poblaciones de los trabajadores de la salud, alta prevalencia de problemas músculo-esqueléticos ocupacionales en grupos específicos de trabajadores y disturbios mentales asociados a la naturaleza de las tareas en el sector con énfasis en las vivencias de violencia.



De todo lo expuesto, queda un enorme vacío entre la ausencia de un sistema de información en salud de los trabajadores de la salud y los conocimientos científicos acumulados en el campo.

El número y la calidad de información recolectada en los ámbitos nacionales acerca de las CST/Salud, demuestran que los datos disponibles sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales son incipientes. En el sector público, la información es aún más escasa que aquella recolectada en el sector privado. Además de limitada en cantidad, la información existente no contempla aspectos básicos como; por ejemplo el origen de la demanda por un servicio de atención a la salud, un accidente en el trabajo u otro tipo de daño de origen ocupacional.

La ausencia de integración entre los niveles locales y centrales de los sistemas de salud, dificulta la recolección de informaciones sobre la fuerza de trabajo en salud que, en la mayoría de los países, está vinculada a las municipalidades. Es decir; las deficiencias en el ámbito de la gestión de un sistema jerarquizado y descentralizado, repercuten negativamente en la capacidad de las instituciones nacionales, como es el caso de los ministerios de salud, que

TABLA IV
PROPUESTAS DE ACCIÓN RELACIONADAS CON LA MEJORÍA DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE LOS PAÍSES PARA LIDIAR CON LAS CST/SALUD

1. Realización de un diagnóstico institucional que describa la situación actual de cada país, dadas las diferencias de complejidad de los sistemas de salud y las diversos etapas en que ellos se encuentran;
2. Mejoría de los instrumentos de producción y recolección de datos en las municipalidades, como también la integración en un banco de datos nacional y regional;
3. Desarrollo de arreglos políticos y de otros tipos que vinculen acciones en las esferas municipales, estaduales, nacionales y regionales, con una perspectiva de intencionalidad y de actuación en red;
4. Ampliación de los espacios de participación de los trabajadores a través de las organizaciones que los representan: asociaciones profesionales, gremios, sindicatos, escuelas profesionales, comités de higiene y seguridad, etc.
5. Participación más efectiva de los ministerios de salud y de trabajo en la coordinación de los esfuerzos para la generación, implementación y fiscalización de políticas públicas, como también en la determinación de los indicadores a ser observados;
6. Desarrollo de estrategias que posibiliten aprovechar y mejorar los procesos ya existentes de generación y recolección de información.

Sin embargo, hay consenso entre los participantes del Taller de que el abordaje de las CST/Salud no puede estar desvinculada de un análisis y de una intervención global en los sistemas y en los servicios de salud. Cuando se discute la exposición a los *riesgos de accidentes* es necesario considerar, por ejemplo, el compromiso del trabajador o de la trabajadora con su institución, pues son categorías de relación que pierden el significado si son tratadas aisladamente. En otras palabras: la proposición de políticas públicas en una perspectiva preventiva, evoca la necesidad de definir conceptos y de dar visibilidad a los indicadores. Se trata de una perspectiva que se orienta a definir los agentes a ser involucrados y sus respectivas responsabilidades institucionales, como los ministerios de salud y del trabajo en el plan nacional, y la OMS y OIT en el ámbito regional.



- Los recursos humanos son la base del sistema de salud.
- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social.
- Los trabajadores de la salud son protagonistas de su desarrollo.
- La problemática y el desarrollo de los recursos humanos en salud son de interés primordial de los ciudadanos, quienes tienen el derecho a participar en la producción y desarrollo de políticas en este campo.
- El tema de condiciones de salud de los trabajadores de la salud es un tema relevante para la década de recursos humanos en salud.
- Del análisis de la problemática a la acción concertada y sinérgica con los países y los organismos de cooperación para el desarrollo de planes decenales de recursos humanos que incluyan la salud y seguridad de los trabajadores de la salud.
- Movilización de voluntades y recursos para la sostenibilidad de los procesos de gestión de RRHH y salud y seguridad de los trabajadores de la salud.
- Ampliación de la base cognoscitiva y de competencias de los gestores de salud para el manejo del campo de salud de los trabajadores de la salud.
- Aplicación efectiva de un enfoque multidisciplinario e intersectorial mediante la alianza estratégica (salud/trabajo/educación/ambiente) adoptada en la IV Cumbre de las Américas.
- Apoyo para el desarrollo e intercambio de experiencias en la generación de mecanismos de financiamiento, desprecarización y desarrollo de las condiciones del trabajo en salud desde la perspectiva de la productividad y calidad de los servicios de salud.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESENCIALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	PLAZO	RECURSOS/ COSTOS
Apoyar el desarrollo de políticas públicas intersectoriales para la mejoría de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores de la salud.	Generación de espacios de concertación	■ Preparación de un documento con orientaciones y principios (documentos de posición) como base para iniciar procesos de concertación de acciones en los ámbitos nacional y regional (foros, talleres, espacios de coordinación nacional y entre países).	Abril 2006	OPS/OMS NESCON SEGETES
	Elaboración de documentos de posición	■ Preparación de materiales para sensibilizar actores diversos sobre el tema de la situación de salud de los trabajadores y su relación con la calidad de los servicios. Incluye la identificación de actores en los ámbitos nacional y regional que se ocupan de salud y trabajo.	Abril/ Diciembre 2006	OPS/OMS NESCON SEGETES
		■ Foro conjunto Salud y Trabajo (SGT 10 y 11) en el ámbito de MERCOSUR.	Junio 2006	OPS/OMS SEGETES Países de la Región
		■ Taller para la definición y elaboración de una cartilla de trabajo inaceptable en salud.	Julio 2006	OPS/OMS Países de la Región
		■ Reuniones regionales y nacionales de análisis de situación y toma de decisiones (colocar tema en espacios regionales de coordinación Inter-agencial, incluido la Reunión de Observatorio a realizarse en Lima, Perú en octubre).	Abril 2006 Mayo 2007	OPS/OMS SEGETES Países de la Región
		■ Preparar documentos regionales y nacionales de análisis de situación y propuestas de acciones.	Abril 2006 Mayo 2007	OPS/OMS SEGETES Países de la Región
		■ Elaboración de un capítulo sobre condiciones de salud de los trabajadores de la salud en los observatorios nacionales de recursos humanos en salud.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región
		■ Apoyo a la formulación de políticas nacionales y regionales para el abordaje de problemáticas específicas sobre condiciones de salud de los trabajadores de la salud.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESENCIALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	PLAZO	RECURSOS/ COSTOS
Analizar y fortalecer las capacidades institucionales para el abordaje de la situación de trabajo y salud de los TS.	Elaboración de regulaciones, normas y procedimientos. Capacitación	■ Análisis de los contenidos existentes en la currícula de las profesiones prioritarias de salud, del tema de la salud de los trabajadores de la salud.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región
		■ Abogacía para la contratación de personal especializado en el tema de la salud de los trabajadores.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS
		■ Desarrollo de directrices (normas, guías y orientaciones) para el establecimiento de procesos de trabajo de los trabajadores de la salud.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región
		■ Establecimiento de procesos de control de la calidad de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores de la salud (crear espacios para analizar y modificar los marcos regulatorios existentes).	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región
		■ Crear y utilizar instrumentos para la creación de ambientes de trabajo saludables.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región
		■ Capacitación con materiales educativos existentes a gerentes y trabajadores del Sector Salud.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON Países de la Región

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESENCIALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	PLAZO	RECURSOS/ COSTOS
Analizar los determinantes de la situación de trabajo y salud de los TS.	Elaboración de protocolos e Investigaciones multicéntricas.	■ Creación de un grupo técnico de conceptualización (con profesionales de diferentes niveles, incluyendo académicos, servicios y gestores) para definición de las dimensiones, categorías, indicadores de las CST y de la calidad y satisfacción de la atención en salud.	Abril/ Diciembre 2006	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
		■ Ampliación/generación de un conjunto de datos básicos e indicadores, a partir de lo hecho con el Observatorio de RRHH.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
	Establecimiento de un conjunto de datos básicos	□ Hacer un inventario en cada país de los datos existentes en el tema de salud de los trabajadores, para luego proponer algunos indicadores comunes, regionales.		
		□ Definir el propósito de la recolección de información y el proceso de utilización y toma de decisiones con dicha información.		
		□ A partir de la información existente, sistematizar un conjunto de datos básicos comunes.		
		□ A partir de la información existente, generar indicadores de situación salud de los/as trabajadores/as.		
		■ Análisis de estudios existentes relevantes e indicadores utilizados.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
		■ Promoción de estudios en profundidad (multicéntricos) tomando como base el manual de salud de los trabajadores de la salud.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
		■ Promoción de espacios virtuales para el intercambio de información y experiencias (foros virtuales, biblioteca virtual, video conferencias, Red de salud de los Trabajadores).	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESENCIALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	PLAZO	RECURSOS/ COSTOS
Generar indicadores para monitoreo y evaluación de la situación de trabajo y salud de los TS.	Conformación de redes.	■ Desarrollo de una estrategia permanente de análisis de situación y de la implementación del plan, en los diferentes ámbitos para la toma de decisiones, para realizar los ajustes necesarios.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
	Intercambio de experiencias y buenas prácticas en el ámbito nacional y regional	■ Realización de talleres de evaluación de resultados y definición de nuevas acciones.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
		□ Nacionales		
		□ Regionales		
		■ Intercambio de experiencias sobre monitoreo y evaluación entre países.	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región

ABREVIATURAS

CGVAM - Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

HC - Health Canada

MS - Ministério da Saúde

MT - Ministério do Trabalho

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OEA - Organização dos Estados Americanos

OIT - Organização Internacional do Trabalho

CST - Condições de Saúde do Trabalho

OMS - Organización Mundial de la Salud

OPS - Organización Panamericana de la Salud

PNH - Política Nacional de Humanização

PMOP - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMSOP - Secretaria Municipal da Saúde de Ouro Preto - Brasil

UCR - Universidade da Costa Rica

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Domingo 22/1/06	Inauguración
20:00	José Saraiva Felipe (MS – Brasil) Ângelo Oswaldo de Araújo Santos (PMOP – Brasil) Ariosvaldo Figueiredo Santos (SMSOP – Brasil) Francisco Campos (SGTES/MS – Brasil) Luiz Galvão (OPS – Estados Unidos) Ronaldo Penna (Reitoria/UFGM – Brasil) Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFGM – Brasil)
21:00	Cóctel
Lunes 23/1/06	Tema 1 – Propuesta de Marco Conceptual y análisis de situación de la información y capacidades institucionales.
9:00	Antecedentes y Objetivos del Taller Pedro Brito (OPS – Estados Unidos)
9:30	Presentación de propuesta de marco conceptual y operativo del abordaje de la problemática de la Salud de los Trabajadores de la Salud Ada Ávila Assunção (NESCON/UFGM – Brasil) Comentaristas Francisco Campos (SGTES/MS – Brasil) Luiz Galvão (OPS – Estados Unidos) Charles Godue (OPS – Estados Unidos) Gerry Eijkemans (OMS – Suíça) Maria Helena Machado (MS – Brasil)
11:00	Café
11:30	Debate
12:30	Almuerzo
14:00	Trabajo de grupo Análisis de situación de la información y las capacidades institucionales (Guía de trabajo 1)
16:00	Café
16:30	Presentación de grupos Relatoristas: José Manuel Valverde Rojís (UCR – Costa Rica) – Grupo 1 Emilio Ramirez (MS – Chile) – Grupo 2
18:00	Cierre de los trabajos

Martes 24/1/06		Tema 2 – Día Mundial de la Salud Y Foro sobre Trabajo Decente en Salud
9:00		El llamado a la acción para una década de recursos humanos y su desarrollo desde la perspectiva de las condiciones de salud de los trabajadores de la salud. Charles Godue (OPS – Estados Unidos)
9:30		Análisis de antecedentes y objetivos de la actividad sobre Condiciones de Salud de los Trabajadores de la Salud en el contexto del Día Mundial de la Salud, Semana Panamericana de la Salud Charles Godue (OPS – Estados Unidos) Luiz Galvão (OPS – Estados Unidos) Carlos Rosales (OPS – Estados Unidos)
10:30		Café
11:00		Debate
12:30		Trabajo de síntesis
13:00		Almuerzo
14:00		Análisis de antecedentes y objetivos de Foro sobre Trabajo Decente (OPS/OIT/Ministerios de Salud y Trabajo) en el contexto del Día Mundial de la Salud, Semana Panamericana de la Salud. Marta Novick (MT – Argentina)
16:00		Café
16:30		Situación de Salud de los Trabajadores de la Salud: La experiencia Canadiense (parte I) Sandra MacDonalds Rencs (HC – Canadá)
18:00		Cierre de los trabajos

Miércoles 25/1/06		Tema 3 – Fortalecimiento Institucional, Cooperación Técnica y Indicadores en CST/Salud
9:00	Situación de Salud de los Trabajadores de la Salud: La experiencia Canadiense (parte II) Sandra MacDonalds Rencs (HC – Canadá)	
10:30	Café	
11:00	Trabajo de grupo Presentación de la propuesta de trabajo para el desarrollo de las actividades (Guía de trabajo 2) Carlos Rosales (OPS – Estados Unidos)	
12:30	Almuerzo	
14:00	Desarrollo de los trabajos de grupo	
18:00	Cierre de los trabajos	

Jueves 26/1/06		Tema 4 – Operacionalización de las actividades y Recolección de información
9:00	Presentación de grupos Relatoristas: José Manuel Valverde Rojís (UCR – Costa Rica) – Grupo 1 Diego González Machín (OPS – Brasil) – Grupo 2	
10:30	Café	
11:00	Síntesis de los trabajos del taller Carlos Rosales (OPS – Estados Unidos) Charles Godue (OPS – Estados Unidos)	
12:30	Almuerzo	
14:00	Elaboración Plan de Trabajo Ada Ávila Assunção (NESCON/UFGM – Brasil) Carlos Rosales (OPS – Estados Unidos) Gerry Eijkemans (OMS – Suíça) Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFGM – Brasil)	
18:00	Cierre de los trabajos	
Viernes 27/1/06	9:00	Continuación – Elaboración Plan de Trabajo

Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG – Brasil)
Anamaria Testa Tambellini (UFRJ/CGVAM/MS – Brasil)
Antônio Carlos Ribeiro Filho (MT – Brasil)
Carlos Rosales (OPAS – Estados Unidos)
Charles Godue (OPAS – Estados Unidos)
Ciro Echegaray (MS – Peru)
Cristina Boaretto (MS – Brasil)
Diego González Machin (OPAS – Brasil)
Emilio Ramirez (MS – Chile)
Francisco Campos (SGTES/MS – Brasil)
Gerry Eijkemans (OMS – Suíça)
Henrique A. Vitalino (DEGERTS/MS – Brasil)
José Manuel Valverde Rojís (UCR – Costa Rica)
José Paranaguá de Santana (OPAS – Brasil)
José Saraiva Felipe (MS – Brasil)
Luiz Galvão (OPAS – Estados Unidos)
Maria Helena Machado (MS – Brasil)
Marta Novick (MT – Argentina)
Pedro Brito (OPAS – Estados Unidos)
Ricardo Augusto Alves de Carvalho (NESTH/UFMG – Brasil)
Ronaldo Pena (Reitoria/UFMG – Brasil)
Sandra MacDonalds Rencs (HC – Canadá)
Serafim Barbosa Santos Filho (PNH/MS – Brasil)
Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFMG – Brasil)
Valéria Cristina Aguiar (COSAT/MS – Brasil)
Zaíra G. A. Boteho (DEGERTS/SGTES/MS – Brasil)

Coordinación:

Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFMG – Brasil)
Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG – Brasil)
Carlos Rosales (OPS/Estados Unidos)

Coordinación técnica:

Mariana Lelis (NESCON/UFMG – Brasil)

