

Trabajo, Crisis Global y Salud

Memorias 7° Seminario Internacional



JAIRO ERNESTO LUNA GARCÍA
DECSSY JACKELINE CUSPOCA MARTÍNEZ
LAURA CAROLINA VÁSQUEZ ROA
(Compiladores)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

INTERFACULTADES
FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, FACULTAD DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Trabajo, Crisis Global y Salud

Trabajo, Crisis Global y Salud

JAIRO ERNESTO LUNA GARCÍA
DECSSY JACKELINE CUSPOCA MARTÍNEZ
LAURA CAROLINA VÁSQUEZ ROA
(Compiladores)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

INTERFACULTADES

FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, FACULTAD DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Seminario Internacional [sobre] Trabajo, Crisis Global y Salud (7o.: 2009 : Bogotá) Trabajo, crisis global y salud : memorias / [compiladores] Jairo Ernesto Luna García, Decssy Jackeline Cuspoca Martínez, Laura Carolina Vásquez Roa ; Oscar Feo ... [et al.] - Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2010

248 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN : 978-958-719-588-0

1. Trabajo y trabajadores - Aspectos económicos 2. Trabajadores migratorios 3. Crisis económica 4. Migración laboral 5. Mujeres trabajadoras 6. Personal de salud 7. Salud pública I. Luna García, Jairo Ernesto, 1960- comp. II. Cuspoca Martínez, Decssy Jackeline, 1978-, comp. III. Vasquez Roa, Laura Carolina, 1987-, comp. IV. Feo, Oscar V. Tit.

CDD-21 331.544 / 2010

Rector

Moisés Wasserman

Vicerrectora

Beatriz Sánchez Herrera

Vicerrector de sede

Julio Esteban Colmenares Montañez

Decana Facultad de Enfermería

Raquel Natividad Pinto Afanador

Decano Facultad de Ciencias

Ignacio Mantilla Prada

Decano Facultad de Ciencias Humanas

Fabián Sanabria

Decano Facultad de Medicina

Carlos Julio Pacheco Consuegra

Decana Facultad de Odontología

María Clemencia Rodríguez

Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Fernando de la Hoz Restrepo

Compiladores

Jairo Ernesto Luna García, Decssy Jackeline Cuspoca Martínez, Laura Carolina Vásquez Roa

Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Ciudad Universitaria, Unidad Camilo Torres
Calle 44 N° 45 – 67. Módulo 2, oficina 501

Pbx: 316500 ext. 10908 Fax: 3165683

www.doctoradosaludp.unal.edu.co

docisp_bog@unal.edu.co

Trabajo, Crisis Global y Salud

Primera Edición, 2010

ISBN: 978-958-719-588-0

© Universidad Nacional de Colombia

© Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

© Los Autores

Diseño de portada

Manuel Ricardo Ruiz Ortiz

Diseño y diagramación

Julián R. Hernández

Corrección de estilo

Diana Mora

Impresión y Encuadernación:

Charlie's Impresores Ltda.

Para la Universidad Nacional de Colombia,
Sede Bogotá.

Impreso en Colombia. Printed in Colombia.

Palabras Claves: Trabajo, Crisis Global, Salud

Agradecimientos

El Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, agradece la participación y el apoyo en la realización del VII Seminario Internacional: “Trabajo, Crisis Global y Salud”, a las siguientes instituciones:

- Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
- Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)
- Instituto Sindical de Cooperación para el Desarrollo (ISCOD-UGT)
- Instituto Laboral Andino (ILA)
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Provincia de Santa Fé (Argentina)
- Universidad de la República Oriental del Uruguay (Uruguay)
- Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco (UAM-X)
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS)
- Central Unitaria de Trabajadores (CUT)

- Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC)
- Escuela Nacional Sindical (ENS)
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)
- Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y la Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC)
- Y a las distintas dependencias de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, en especial: Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería y División de Extensión de la Sede.

Contenido

Presentación	13
<i>Fernando Pio De la Hoz</i>	
Introducción	15
<i>Jairo Ernesto Luna García</i>	
Primera Parte	
Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global	19
La crisis y su impacto sobre la salud y el trabajo	21
<i>Oscar Feo Istúriz</i>	
Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global.	37
<i>Carlos Aníbal Rodríguez</i>	
Dimensiones de género de las condiciones de trabajo en la crisis global	47
<i>Luz Gabriela Arango Gaviria</i>	

Crisis mundial: su efecto en las migraciones y el codesarrollo. Aproximación a los efectos de la crisis en las migraciones laboral, temporal y circular de colombianos y colombianas hacia España	57
<i>Stefanny López Triana, Camilo Camacho Escamilla</i>	
Migración laboral: derechos humanos y política pública	71
<i>María Angélica Vera Martínez</i>	

Segunda Parte

Crisis, condiciones y alternativas de trabajo **87**

El trabajo y las condiciones de salud. El horizonte del trabajo decente en Colombia	89
<i>Carmen Evelia Pico Merchán</i>	
Crisis y salud laboral de los trabadores y trabajadoras	103
<i>Estela Ospina Salinas</i>	
Trabajo, crisis y salud. Crisis y condiciones de trabajo digno	115
<i>Iván Toro</i>	
Inequidades y cambios en los sistemas de trabajo	125
<i>Armando De Negrí Filho</i>	
Trabajo, salud y género: reflexiones desde la política pública de mujer y género del Distrito Capital	149
<i>Vivian Nayibe Castro Romero</i>	
Mujer y salud en el trabajo informal callejero en Palmira, Valle del Cauca	163
<i>Mónica Espinosa Arana</i>	
Alternativas de acción en salud pública frente a la situación de los trabajadores en la crisis global	173
<i>Juan Carlos García Ubaque</i>	

Tercera Parte **183**

¿Cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud? **183**

Condiciones de trabajo en el sector salud	185
<i>Carlos Aníbal Rodríguez</i>	

La realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud. El caso del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil <i>Armando De Negri Filho</i>	195
¿Cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud? <i>Fernando Tomasina</i>	205
Condiciones de trabajo de los profesionales de medicina y enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito <i>María Amparo Lozada de Díaz</i>	215
Política de talento humano para el sector de Salud Pública del Distrito Capital <i>Gloria Marlén Bravo Guaqueta</i>	221
Condiciones de las enfermeras como trabajadoras de la salud <i>Beatriz Carvallo Suárez</i>	231
Precarización de las condiciones de trabajo del sector hospitalario <i>María del Carmen Sánchez</i>	241

Listado de autores

247

Presentación

Esta publicación presenta los principales resultados del 7º. Seminario Internacional Trabajo, Crisis Global y Salud coordinado por el Doctorado Interfacultades en Salud Pública, cuyo debate se centró en las condiciones del trabajo en un mundo globalizado, las consecuencias de la crisis global sobre las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de las personas. Se contó con la presencia de líderes regionales en salud del trabajo y seguridad de países como Argentina, Uruguay, Perú, México Venezuela y Brasil y con especialistas nacionales de diversas entidades, así como con representantes de los trabajadores quienes son los más interesados por ser los más afectados. El evento promovió la discusión entre los académicos y los representantes de los trabajadores para analizar las causas y las soluciones a los impactos negativos que la crisis global tiene sobre el trabajo y la salud.

La crisis global actual, desencadenada por la especulación financiera y la desregulación del mercado bancario en el mundo desarrollado, ha destruido cientos de miles de empleos en todo el mundo y amenaza con permanecer entre nosotros por más años de los pensa-

dos. Los signos débiles de recuperación económica en las naciones poderosas no han bastado para absorber de nuevo la mano de obra que se perdió durante el pico de la crisis, y peor aún, la crisis amenaza ahora a los países emergentes con el fantasma de la revaluación y de la especulación financiera por los capitales “golondrina”, que han huido del primer mundo hacia los mercados emergentes. Esta doble combinación podría afectar aun más, el frágil mecanismo de empleos formales de los países en desarrollo.

Es bien conocido el efecto que el trabajo tiene sobre la salud humana. Las malas condiciones de trabajo, tanto físicas como psicológicas, aumentan la frecuencia de enfermedades coronarias y emocionales y tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas. El desempleo, por otro lado, también está asociado al deterioro social y económico de familias y vecindarios, mientras que a nivel individual también incrementa los problemas de adicciones y de enfermedades crónicas.

Por la importancia del tema y el impacto potencial que los trabajos presentados en el seminario, pueden tener para la construcción de políticas públicas en el campo del empleo y salud, los organizadores y ponentes del seminario han hecho un gran el esfuerzo para compilar las presentaciones y presentarnos esta obra. El Doctorado agradece a los Profesores María Erley Orjuela, Jairo Luna y Juan Carlos García Ubaque su empeño y compromiso para sacar adelante este evento.

FERNANDO PIO DE LA HOZ

Coordinador

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Introducción

Del 19 al 23 de octubre del 2009, se llevó a cabo en Bogotá el **7º Seminario Internacional Trabajo, Crisis Global y Salud**, cuyo objetivo fue generar un espacio para debatir las implicaciones de la crisis mundial para la salud en el mundo del trabajo y los retos que implica para la salud pública.

El evento estuvo precedido de dos foros públicos, el primero en torno a la Informalidad y seguridad social: ¿utopía o realidad?, y el segundo abordó la temática ¿cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud? La conferencia inaugural fue efectuada por el doctor Oscar Feo Isturiz, reconocido médico social director del Organismo Andino de Salud, quien de manera solvente analizó la crisis civilizatoria que no sólo afecta en una dimensión económica la sociedad actual, sino también en aspectos ambientales, sociales, éticos, políticos y culturales. Los paneles y mesas de trabajo efectuados durante el seminario, permitieron profundizar desde una perspectiva interdisciplinaria en el análisis de la crisis, sus implicaciones para el mundo del trabajo y para la salud de los

trabajadores y trabajadoras, así como las posibles alternativas de acción en salud pública frente a esta situación.

El presente libro de memorias recoge parcialmente las ponencias presentadas durante el 7º Seminario Internacional, ya que algunas de ellas se encuentran publicadas en un número especial de la Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. El material aquí incluido se ha organizado en tres partes: la primera denominada *Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global*, cuyo nombre fue tomado de la ponencia del Ministro de Trabajo de la Provincia de Santa Fe en Argentina Dr. Carlos Aníbal Rodríguez e incluye la antes mencionada conferencia inaugural del Dr. Feo. Esta primera parte contiene adicionalmente el trabajo de la socióloga del trabajo y profesora de la Universidad Nacional de Colombia Luz Gabriela Arango titulada *Dimensiones de género de las condiciones de trabajo en la crisis global*, seguida por la ponencia de los estudiantes de ciencia política de la misma Universidad, Stefanny López y Camilo Camacho cuyo título es la *Crisis mundial: su efecto en las migraciones y el codesarrollo*, así como la presentación de la abogada miembro del Instituto Sindical de Cooperación para el Desarrollo (ISCOD) Angélica Vera, titulada *Migración laboral: derechos humanos y política pública*.

La segunda parte reúne las presentaciones hechas en torno al análisis de la *Crisis, condiciones y alternativas de trabajo*. Aquí se encuentra la presentación de la enfermera salubrista ocupacional de la Escuela Nacional Sindical Carmen Evelia Pico denominada *El trabajo y las condiciones de salud: el horizonte del trabajo decente en Colombia*; la abogada del Instituto Laboral Andino de Perú Estela Ospina presentó la ponencia *La crisis y defensa de la salud laboral de trabajadoras y trabajadores*; el dirigente sindical de la Confederación de Trabajadores de Colombia, Iván Toro orientó su aporte en torno al *Análisis del trabajo, la crisis y la salud: causas de la crisis y condiciones de trabajo digno*; el médico social brasileiro Armando De Negri a su vez contribuyó con una reflexión en torno a las *Inequidades y cambios en los sistemas de trabajo*; la socióloga Vivian Nayibe Castro expuso sobre *Trabajo, salud y género: reflexiones desde la política pú-*

blica de mujer y géneros desde el Distrito Capital; en una temática similar, la salubrista pública Mónica Espinosa abordó el tema: *Mujer y salud en el trabajo informal callejero en Palmira, Valle del Cauca*; cerró esta segunda parte un trabajo del profesor y candidato a doctor en salud pública Juan Carlos García orientado a plantear alternativas de acción en salud pública frente a la situación de los trabajadores en la crisis global.

En la tercera parte de estas memorias se retomaron las presentaciones efectuadas en el Foro *¿Cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud?*, que permiten identificar la manera particular como se han venido deteriorando las condiciones de trabajo en el sector salud, como fruto de la precarización laboral que acompaña la implementación de las reformas neoliberales en este campo; así como la urgente acción para contrarrestar sus efectos destructivos sobre la salud y calidad de vida de los funcionarios que allí laboran. Contiene las presentaciones efectuadas por el Dr. Carlos Aníbal Rodríguez, el Dr. Armando De Negri; el médico social y profesor de la Universidad de la República de Uruguay, Fernando Tomasina; la profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Amparo Lozada; la Directora de Talento Humano de la Secretaría Distrital de Salud, Marlén Bravo; la dirigente sindical de la Asociación Nacional de Enfermeras Certificadas, Beatriz Carvallo y la dirigente sindical de la Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas, María del Carmen Sánchez.

Los acontecimientos ocurridos después de realizado el 7º Seminario Internacional parecen plantear que la crisis no se ha resuelto y que los problemas asociados a ella, aún nos van a acompañar por un periodo importante. Las repercusiones que se han expresado de manera más amplia en Grecia, Portugal e Irlanda, han motivado medidas que afectan los ingresos de los trabajadores y trabajadoras, a la vez que las medidas de austeridad de los gobiernos implican recortes significativos del gasto público y comprometen en el largo plazo, las posibilidades de recuperar el crecimiento y el empleo, así como en el futuro de los programas sociales. La respuesta de amplios sectores de la sociedad se ha encaminado a exigir el control del sector

financiero, el desarrollo de políticas encaminadas a la recuperación de la economía real, y a la adquisición de compromisos mucho más certeros frente al calentamiento global y los problemas sociales.

Frente a este panorama, cobran mayor importancia las reflexiones que se presentan en estas memorias, mediante las cuales la Universidad Nacional de Colombia ratifica su interés y compromiso en el aporte a la búsqueda de alternativas para enfrentar los problemas de salud vinculados con el mundo del trabajo, en especial aquellos relacionados con la salud laboral en el ámbito internacional (el calentamiento global, las migraciones y la liberalización del comercio), en el ámbito nacional (la precarización del empleo, la tercerización y la economía informal, así como los sistemas de protección social y la prevención en el mundo del trabajo), y en el ámbito local (en los vínculos con el territorio, en la construcción de subjetividades y modelos para el fortalecimiento de la acción preventiva).

Esperamos que esta lectura incentive el debate y la acción, con la perspectiva de construir sociedades más incluyentes y justas, donde el derecho a la salud y la protección social sea una realidad para todas las ciudadanas y ciudadanos.

JAIRO ERNESTO LUNA GARCÍA
Coordinador Académico

7º Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud

Primera Parte

Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global

La crisis y su impacto sobre la salud y el trabajo¹

ÓSCAR FEO ISTÚRIZ ²

Buenos días para todos y todas, nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional y a su Doctorado Interfacultades de Salud Pública por la invitación y la oportunidad de compartir con ustedes estas ideas y reflexiones. Esta presentación pretende abordar el tema de la crisis mundial y su impacto sobre el trabajo y la salud, y los retos y perspectivas que plantea a la salud pública y a la salud de los trabajadores.

La crisis: dimensiones y causas

Comenzaremos haciendo una caracterización de la crisis: estamos enfrentando un problema multidimensional, de una magnitud nunca antes vivida por la humanidad; se ha dedicado mucho espacio a su dimensión financiera, que pareciera ser la que más importa a los medios y al gran capital. Esa **crisis financiera** se expresó en la quiebra de instituciones inmobiliarias, bancarias y grandes empresas que, como elemento a resaltar, terminaron recibiendo auxilios del Estado.

1 Transcripción de la Conferencia Inaugural realizada el 18 de octubre del 2009.

2 Organismo Andino de Salud. Lima, Perú.

Como lo señaló Evo Morales en su alocución ante la ONU: “mientras Estados Unidos y la Unión Europea destinan 4.100 billones de dólares para salvar a los banqueros de la crisis financiera que ellos mismos provocaron, a los programas vinculados a la lucha contra el hambre y el cambio climático se les destina 313 veces menos recursos, es decir sólo 13 billones de dólares”, en un mundo que enfrenta la posibilidad de hambrunas que ponen en riesgo la vida de cerca de 600 millones de personas. Pero lo que menos se resalta es que esa crisis expresa el fracaso de las políticas neoliberales promovidas por el Consenso de Washington, centradas en la no-intervención del Estado para permitir que el mercado fuese el ingrediente fundamental de la economía y de la sociedad. La crisis financiera nos enseña que cuando hay ganancias, éstas se concentran, pero cuando hay pérdidas se socializan y se reparten entre todos. Esa es la lógica de este modelo de acumulación al cual nos hemos venido enfrentando. Otra enseñanza de la crisis financiera es que el Estado es indispensable, lamentablemente en este caso, para salvar al gran capital.

La segunda dimensión de la crisis es la **económica**, que se expresa en disminución del crecimiento económico y desempleo. Esta situación, según la OIT, generará un desempleo sustancial y un aumento de la pobreza extrema. Es importante resaltar que durante los años previos, de crecimiento económico, a pesar de ese crecimiento, no funcionó la teoría neoliberal de la “filtración”, que decía había que dejar crecer a la economía, para que creciera el resto de la sociedad. Lo que se dio en esos años, claramente expresado por Stiglitz en su libro “El malestar de la globalización”, es que creció la riqueza, pero se concentró en muy pocas manos y por lo tanto los ricos se hicieron muchísimo más ricos y los pobres se hicieron más y más pobres.

La tercera dimensión de la crisis es la **ambiental**. Hay tres eventos ocurriendo en el mundo: está aumentando la temperatura del planeta, están derritiéndose los polos y los glaciares, y está aumentando el nivel de los océanos, ese fenómeno se ha denominado cambio climático y calentamiento global. El 90% de los glaciares tropicales del mundo están en nuestra región andina, y van desapareciendo rápidamente. Un ejemplo patético, el glaciar que surte de agua a las

ciudades de El Alto y La Paz en Bolivia, el Chacaltaya, ha disminuido sustancialmente su tamaño, haciendo que el país de América que menos contamina sea el primero en sufrir los efectos del calentamiento global; ya esas ciudades están padeciendo la falta de agua, que es un recurso fundamental para la vida. Otra dimensión de la crisis es la **alimentaria**, que se sobrepone a la crisis global. El Día Mundial de la Alimentación el Director de la FAO decía que en el planeta se producen alimentos suficientes para toda la humanidad, pero que no están distribuidos equitativamente, ni mucha gente tiene medios para comprarlos. La FAO afirma que el mundo produce muchos más alimentos que los requeridos para alimentar a toda la humanidad, pero el 80% de esos alimentos se quedan en el norte y sólo el 20% va al resto del mundo. Por lo tanto, enfrentamos una doble problemática: una epidemia de sobrepeso y obesidad, al lado de una pandemia de desnutrición y de hambre. Ya se convirtieron los alimentos en mercancías, están en la “bolsa”, donde el trigo, el maíz y muchos otros se cotizan como “*commodities*” induciendo el aumento sostenido de su precio, de modo que la comida ya no es un bien fundamental para la vida sino una mercancía para el lucro y la ganancia.

La última dimensión de la crisis, es la **energética**, el mundo -para mantener un modelo de vida y consumo insostenible- consume más de 80 millones de barriles de petróleo diarios. ¡La mitad de ese consumo energético corresponde a dos países! Está claro que el control de las fuentes de energía es causa de guerras, y su consumo indiscriminado es causa fundamental de la crisis ambiental.

Para concluir esta caracterización de la situación, podemos afirmar que estamos también ante un profundo deterioro ético y de las formas de hacer política. Eso nos sitúa ante una crisis profunda, global, ante un conflicto que emana de la forma de relacionarnos entre los hombres y de la de relacionarnos los hombres con la naturaleza. Estamos ante una **crisis civilizatoria**, que no es la crisis económica, cíclica y periódica del capitalismo, es una crisis mayor, que obliga a la humanidad a repensarse a sí misma, que obliga a buscar nuevas formas de organizarse, que expresa el fracaso de un modelo de desarrollo y

organización de la sociedad, que impone buscar y construir un nuevo modelo de sociedad. En 1989 el Consenso de Washington nos planteó al mercado como el centro del desarrollo. Diseñaron reformas para disminuir el gasto público, abrir el mundo a la inversión privada, desregular y garantizar un solo derecho: el de propiedad. Privatizaron todo. Muchos países aplicaron esa receta, Colombia entre ellos. Hoy esta crisis revela claramente el fracaso de esas políticas, que planteaban la reducción del Estado y el predominio del mercado.

Es necesario reflexionar sobre las causas de las crisis, como lo plantea Breilh; una categoría útil para hacerlo es la de aceleración global y despojo. Aceleración global entendida como un proceso en el cual, por un lado, aumenta la velocidad de los flujos económicos y financieros, del ritmo de producción y reproducción del capital, con rápido crecimiento de la economía y mayor producción de riqueza, pero paralelamente a esa aceleración de la economía, hay un proceso de despojo de derechos fundamentales. Aceleración global y despojo son dos procesos que marchan en forma paralela. El capital se concentra y acumula, al tiempo que hay mayor desgaste de los trabajadores y la población, ya que ese proceso afecta tanto al momento productivo, con una menor capacidad de recuperación de los trabajadores, como al reproductivo, generando exclusión, pérdida de derechos, y retrocesos de la salud y de la vida.

Además, hay un control monopólico de los medios de comunicación. Si algo ha pasado en los últimos 20 años es que los medios de comunicación pasaron a ser propiedad de grandes corporaciones transnacionales y dejaron de ser mecanismos para informar, transformándose en mecanismos para crear las matrices de opinión que requieren los grandes grupos de poder para mantener el actual modelo de desarrollo. Por lo tanto, es necesario reflexionar sobre su papel en la crisis, dado que legitiman un modelo de producción y de consumo absolutamente insostenible.

Aceleración global y despojo, contienen a su vez diversos procesos que se dan en forma paralela: primero, destrucción de la pequeña economía campesina. Cualquiera de nuestros países es un ejemplo de cómo se ha pasado de la producción de alimentos básicos a la

producción de flores para exportación, se deja de producir para la vida y se pasa a hacerlo para el mercado y el consumo; se destruye la pequeña economía, que antes era el centro del mantenimiento de nuestra población; segundo, hay despojo de recursos vitales, el agua se ha privatizado, la lucha por el agua es fundamental, se dice que las guerras del siglo XX han sido por petróleo, pero las del siglo XXI serán por agua; tercero, el proceso de despojo de recursos vitales y la sobreexplotación de la naturaleza van asociados a la destrucción de los ecosistemas, la “explotación salvaje” de la minería en los Andes nos proporciona múltiples ejemplos de ello; cuarto, se destruyen las redes sociales y comunitarias, tal es el caso de los sindicatos y organizaciones sindicales que son continuamente desprestigiados y debilitados para facilitar la explotación.

Todos estos procesos tienen un común denominador: disminución del papel del Estado, desregulación, sobreexplotación y precarización de las condiciones de trabajo.

Ha crecido la riqueza, y paradójicamente también ha crecido la pobreza. Hay un texto de Amartya Sen, “Primero la gente”, que señala que el 10% más rico de la población percibe y controla el 85% de la riqueza, mientras 50% sobrevive con sólo el 1%. Sen es un economista hindú que recibió el Premio Nobel de Economía a principios de este siglo; sobre este particular les compartiré unos párrafos de ese texto: “Los progresos tecnológicos del planeta son excepcionales y vertiginosos, sin embargo, las cifras sobre la gente son inquietantes, el planeta podría alimentar actualmente al doble de su población, sin embargo 845 millones de personas padecen de hambre. Las reservas de agua existentes podrían permitir suministrar agua potable a una población mucho mayor de la actual, sin embargo 1,200 millones no tienen acceso al agua limpia” “4.900 niños perecen diariamente por no contar con agua potable”. “Con sólo el presupuesto militar mundial de cinco días el déficit de agua y saneamiento podría reducirse a la mitad”. “Mucha gente tiene hambre a pesar del gran desarrollo tecnológico”.

Esto nos lleva a plantearnos un problema que es paradójico y contradictorio: el desarrollo de un nuevo patrón tecnológico, coexistiendo con terribles formas de injusticia y explotación.

El nuevo patrón tecnológico

Hoy se habla de una tercera revolución industrial, de un nuevo patrón tecnológico, que tendría cuatro grandes elementos:

1. Informatización masiva de la actividad económica, con aumento de la velocidad de los flujos financieros, facilitando que una gran transnacional tenga centros de producción distribuidos alrededor del mundo. Estamos llenos de mercancías producidas en cualquier lugar del planeta, pero controlados desde las metrópolis y producidos generalmente con míseras condiciones de trabajo y sobreexplotación.
2. Robotización de la actividad productiva: la robotización y automatización de muchos centros de trabajo sustituye a la población trabajadora, produciendo más riqueza y generando menos empleo. Se impone un nuevo patrón tecnológico que produce muchísima riqueza que, paradójicamente, no sirve para el bienestar porque se basa en un modelo de producción en el cual la tecnología no es un instrumento para el avance y el bienestar, sino un instrumento para la acumulación y la sobreexplotación del trabajo. Este modelo tecnológico, con fábricas robotizadas donde no hay obreros, coexiste con modelos como las maquiladoras, donde se sobreexplota el trabajo de mujeres y niños.
3. Biotecnología, nanotecnología y producción de nuevos materiales. Hoy la física y la química juegan con los átomos para producir nuevos materiales de resistencias inimaginables; los biólogos y los médicos juegan con la biotecnología para desentrañar el genoma y producir cambios a nivel de la célula. Pero esos grandes avances tecnológicos son aplicados a favor de un modelo de acumulación absurdo. Voy a poner un ejemplo en la biotecnología aplicada al agro: el 80% de las semillas transgénicas están controladas por una empresa: Monsanto, que tiene el monopolio de la producción de transgénicos y semillas, y lo utiliza para controlar y manipular la producción agrícola a favor de sus intereses. Empresa que, por cierto, tiene muchas historias macabras respecto a la salud de los trabajadores.

Este nuevo patrón tecnológico genera una recomposición productiva, produce desempleo y subempleo, hace que el mundo de la informalidad y el trabajo no asalariado crezcan, las estadísticas demuestran que más del 50% de la población económicamente activa del continente está en, eso que llaman, el sector informal. Antes hablábamos de ejército industrial de reserva, como esa masa de trabajadores desempleados que tenían la posibilidad en algún momento de insertarse al trabajo. Ya no podemos hablar de ejército industrial de reserva, lo que hay es una superpoblación excedentaria que nunca tendrá la oportunidad de incorporarse a los circuitos primarios de producción y estará condenada a vivir en los circuitos secundarios, en la exclusión, la marginalidad y la delincuencia.

4. Nuevas formas de organización del trabajo, trabajo flexible, hoy dominante en el sector salud y en muchos otros sectores, pero además generando sobreexplotación del trabajo porque si algo caracteriza a todos esos elementos es la precarización de las condiciones de trabajo y la sobreexplotación. Ese nuevo patrón tecnológico se origina en el marco de una destrucción de las redes sociales y un debilitamiento importante de la organización sindical.

Hay una coexistencia desigual: del nuevo patrón tecnológico informatizado, robotizado, que genera nuevos riesgos y nuevas formas de organización del trabajo, con los viejos modelos tayloristas, fordistas, la maquila. Pero en ellos siempre hay algo en común: buscan la máxima explotación del trabajo, porque la ley fundamental de este modelo de sociedad en que vivimos es obtener la máxima ganancia al menor costo posible. Y esto genera, por supuesto, patrones combinados de desgaste, patrones combinados de riesgos y patrones combinados de daños. Recordemos que cuando hablamos de trabajo, hablamos de dos momentos: uno en el cual el trabajador produce la riqueza, otro, en el cual el trabajador reproduce sus capacidades. Por lo tanto, debemos tener en cuenta los patrones de desgaste en los momentos productivo y reproductivo, y su impacto sobre la salud. Esa combinación de patrones, produce un aumento sustancial de

los accidentes y las enfermedades vinculadas al trabajo. La OIT habla de 2.2 millones de muertes cada año vinculadas al trabajo.

Impacto sobre la salud

Antes de analizar el impacto de la crisis sobre la salud quiero comentar que las políticas neoliberales han destruido los sistemas de seguridad social, privatizándolos y convirtiéndolos en grandes negocios. Antes, las pensiones eran productos de un sistema solidario, la solidaridad intergeneracional. Una generación trabajaba y mantenía con su trabajo a la generación que había entrado en edad no productiva. Era la construcción de la seguridad social a partir de la solidaridad entre generaciones. Esto cambió totalmente con una concepción ya no solidaria sino individual, donde cada trabajador acumula individualmente en una cuenta personal manejada por administradoras de fondos, y va a recibir su pensión en función de lo que acumule a lo largo de su vida laboral. Es la llamada capitalización individual, que acaba con la solidaridad y se convierte en un gran negocio para el sector financiero, porque esa inmensa masa de recursos económicos es “intocable” por los trabajadores, pero manejada a su antojo por los bancos y las aseguradoras que las administran para obtener ganancias. Por supuesto, ahora en la crisis se está demostrando que cuando hay ganancias esas ganancias se concentran y un poquito va para los fondos de pensión, pero cuando hay pérdidas se socializan y hay gente que está viendo disminuir el tamaño de su fondo de pensión en función de la disminución de la rentabilidad de las inversiones que están haciendo con su dinero. Pero el problema central es que se destruyó el modelo solidario de seguridad social para dar paso a un modelo de mercado, individualista, centrado en la capitalización individual.

Durante casi todo el siglo XX los mecanismos fundamentales de redistribución de la riqueza fueron la generación de empleo y la seguridad social, pero con el desarrollo tecnológico ha dejado de generarse empleo, y con las políticas neoliberales se destruyó y privatizó la seguridad social. Por lo tanto, para hablar del impacto de la crisis sobre la salud es indispensable tener en cuenta esa situación.

En síntesis, hemos hablado de la crisis y sus dimensiones, del cambio tecnológico y la transformación de los mecanismos de producción y distribución de la riqueza, de la desaparición de los mecanismos de solidaridad, la privatización de la salud y la seguridad social, del predominio del individualismo y del mercado; con sus consecuencias de deterioro de las condiciones de vida y trabajo, sobreexplotación, incremento de los niveles de desgaste, pobreza, marginalidad, aumento de la delincuencia, y además, menor preocupación por la salud y la seguridad, y aumento de accidentes y enfermedades ocupacionales. En el 4º Coloquio Internacional “Contaminación por metales: impacto sobre el ambiente, la salud y la sociedad”, organizado por el Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD – Francia) y realizado en Perú, se presentaron varias investigaciones con poblaciones enteras con más de 100 microgramos de plomo en la sangre, incluyendo niños, cuando sabemos que ya 10 mcgrs. producen neurotoxicidad. Son cifras impensables para cualquier investigador de un país desarrollado que las consideraría incompatibles con la vida, y tenemos poblaciones completas sometidas a ese viejo patrón tecnológico, en este caso explotación minera con gravísimos daños, y contaminación ambiental. El segundo ejemplo: el “*karoshi*” tropical, ustedes saben que el *karoshi* se define como la muerte por sobre-agotamiento en el trabajo, patología descrita inicialmente en Japón, muerte por sobre-explotación, muerte por sobre-fatiga. Acaban de describirse las primeras muertes por esa condición en Brasil, en trabajadores agrícolas, “*karoshi tropical*” por sobreexplotación en un marco de trabajo que semeja la esclavitud.

También en Francia, apareció una demanda de los sindicatos franceses contra la telefónica, porque en lo que va del año ha habido alrededor de 40 suicidios de los trabajadores de esa empresa, ese nuevo patrón tecnológico que algunos llaman “trabajo inmaterial” con graves efectos sobre la salud mental. Es interesante la confrontación pública desde dos perspectivas: la de la empresa que dice que esos suicidios no tienen que ver con el trabajo, y la de la organización sindical que plantea, con argumentos muy sólidos, cómo esos suicidios tienen que ver con las formas de organización del trabajo.

Y esto que pasa en salud ocupacional, pasa en epidemiología. Por favor, no sigamos repitiendo que nuestros países han vivido una transición epidemiológica. La transición epidemiológica es un fenómeno del norte, en donde dejaron de tener los patrones de morbilidad y de mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales, y tienen patrones derivados de problemas crónico-degenerativos. En nosotros no ha habido transición, lo que tenemos es acumulación y sobreposición de patrones, coexistiendo lo carencial con lo crónico-degenerativo. Seguimos teniendo muertes por diarrea y neumonía, con muertes de cáncer infantil o malformaciones derivadas de los nuevos patrones tecnológicos.

En relación con los accidentes mortales en el trabajo, en América Latina ocurren el 11% de los que suceden en el mundo y una estimación conservadora dice que hay alrededor de 350.000 accidentes fatales cada año en la región. Algunas cifras para América Latina son: accidentes laborales, 5 millones al año y más de novecientas muertes diarias vinculadas a las condiciones de trabajo.

Trabajo infantil, otra expresión clara y paradójica de la sobreexplotación, porque a pesar de que hay desempleo, la OIT estimaba que este año entraría alrededor de medio millón de niños al mercado de trabajo. Hay 20 millones de niños trabajadores en América Latina y el Caribe y 20% de ellos tienen entre 10 y 14 años.

El trabajo como determinante de la salud

Es interesante traer una reflexión sobre el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que llega a tres conclusiones fundamentales:

1. No hay posibilidad de mejorar la salud si no mejoran las condiciones en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. El determinante fundamental de la salud es la forma cómo se vive y cómo se trabaja.
2. En la distribución desigual del poder, el dinero y los servicios, está la causa fundamental de la mala salud. Es necesario luchar contra esa distribución desigual, si queremos elevar la calidad de la vida

y mejorar la salud, porque esos son los factores estructurales que los determinan

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluye que el movimiento de la Medicina Social tiene 30 años repitiendo en América Latina. Es interesante que esa comisión llegue a nuestras mismas conclusiones con algunas deficiencias, con algunas debilidades, pero que legitima lo que hemos venido señalando. ¡Qué bueno que la OMS diga que hay que luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y los recursos, para tener sociedades saludables!

3. Hay que generar mecanismos que permitan medir la magnitud del problema de la inequidad y la injusticia, y evaluar el impacto de las políticas sociales sobre ellas. Necesitamos una nueva epidemiología y una nueva salud laboral, no sólo que cuente enfermos y muertos, no sólo que diagnostique, sino que con una visión muy crítica genere conocimientos y prácticas que contribuyan a la transformación de esa realidad.

Resumiendo, la conclusión fundamental de esa comisión es que la distribución desigual de la salud y la enfermedad está determinada por el acceso diferencial que se tiene al trabajo bien remunerado, a la educación, a la alimentación, a la vivienda y a otros determinantes sociales.

Retos y perspectivas

Luego de una rápida revisión de la crisis y su impacto sobre el trabajo y la salud, veamos cuáles son los retos y perspectivas que ella nos plantea.

Para la salud pública, el primer reto es la defensa del derecho a la salud. La defensa de lo público. La confrontación de la concepción de salud como mercancía, y la confrontación de las políticas privatizadoras. No nos resignemos a sistemas sanitarios donde la salud es concebida como mercancía. El reto fundamental que se impone a la salud pública es la defensa de la salud como derecho humano fundamental, la confrontación de la concepción de la salud como mercancía, y la defensa de lo público.

Y aquí hay que tener cuidado, porque a pesar de que esa confrontación estuvo muy clara en los inicios de las políticas del Consenso de Washington, en donde se analizaba la privatización y el cobro por los servicios, hoy ese discurso se ha ido atenuando y debilitando. Ahora las mismas organizaciones que promovieron esas políticas privatizadoras, hablan de equidad y defensa del derecho a la salud. Se apropiaron de discurso del derecho a la salud. El Banco Mundial habla del derecho a la salud y de la equidad. Y lo que es peor, a la Salud Pública la pusieron a hablar de proveedores, de compra, de contratos, de clientes, de separación de funciones, o sea, hubo una inversión y yuxtaposición de los discursos. Atención, cuidado, estamos penetrados por un discurso economicista y neoliberal, y nuestro reto fundamental es comprender esa situación y superarla, recuperar una salud pública para la defensa de lo público, la confrontación de la concepción de la salud como mercancía, y la construcción de sistemas universales de salud que respondan a las necesidades de la población.

El segundo reto es promover políticas de salud que actúen sobre sus determinantes sociales, y promover el desarrollo de un modelo de atención integral. Proponer una política integral de formación de profesionales y técnicos para la salud como derecho, no como mercancía.

El tercer reto es entender y promover la participación social, como elemento fundamental para una nueva salud pública. Es fundamental acercarnos a los movimientos sociales, a los nuevos actores de la vida social, a los pueblos originarios, a las organizaciones de mujeres, organizaciones ecologistas y de defensa del ambiente. Sin participación consciente y organizada de la gente no puede haber buena salud.

Retos para la academia, y para los profesionales y técnicos. El primer gran reto es investigar, producir conocimientos que permitan no sólo una mejor comprensión de la realidad, sino que ese conocimiento sea un factor importante en la transformación de esa realidad. No sólo basta con conocer, es necesario transformar. Por lo tanto, hay que llevar el conocimiento a los trabajadores, a sus organizacio-

nes, acompañarlos en sus luchas. Es necesario que los profesionales y técnicos acompañemos a las organizaciones de trabajadores, a los movimientos sociales, que transmitamos esos conocimientos que se producen en los posgrados como elementos útiles y necesarios para los planes de acción de esas organizaciones sociales y, un elemento central también desde lo académico es, promover alianzas con los nuevos actores sociales del movimiento popular, con las organizaciones ecologistas que luchan contra el cambio climático y el calentamiento global, con las indígenas que plantean un nuevo modelo de relación con la naturaleza y con las de mujeres que luchan por su igualdad y contra cualquier forma de violencia. Que entendamos que es fundamental la conformación de un nuevo bloque social para enfrentar esta situación.

Retos para los trabajadores, es indispensable fortalecer y renovar la organización sindical que se ha ido progresivamente desprestigiando como parte de una política, para desacreditar lo público, se nos hizo creer que lo público no servía, se nos hizo creer que el Estado era mal administrador y que había por lo tanto que transferir los servicios al sector privado. Lo mismo se hizo a nivel sindical, se creó una matriz de opinión para desprestigiarles y quitarles credibilidad, eso tiene que ver hoy con la disminución del número de trabajadores que creen y luchan alrededor de las organizaciones sindicales. Por lo tanto, un reto fundamental es fortalecer, recuperar y renovar la organización sindical, pero que se haga también en el marco de esas nuevas alianzas con los movimientos sociales a los que hemos hecho referencia.

Otro reto es hacer que la lucha por la salud de los trabajadores no se abandone o se coloque en planos secundarios, es evidente que las nuevas condiciones de trabajo han relegado la lucha por la salud y mejores condiciones de higiene y seguridad en el trabajo, tenemos que recuperarlas, colocarlas de nuevo en la agenda sindical, tenemos que fortalecer el papel de la salud laboral en la lucha y la reivindicación de los trabajadores, hay que seguir luchando por el reconocimiento, prevención y compensación de las enfermedades y accidentes ocupacionales. Tienen las organizaciones que promo-

ver alianzas, y una forma importante para promocionarlas es romper con el viejo criterio de la seguridad social sólo para los trabajadores y el asumir desde las organizaciones de los trabajadores el criterio de la universalidad. La salud y la seguridad social para todos, sin distinciones de ningún tipo, es un elemento central.

Y por supuesto, rescatar y mantener los grandes derechos de los trabajadores: el derecho a estar informados, a conocer los riesgos y las condiciones en las que trabajan, el derecho a organizarse y a participar en el control de esos riesgos, y el derecho a movilizarse para transformar esas situaciones.

Reflexión final

Para concluir, una reflexión sobre la salida a la crisis, que a nuestro juicio implica un cambio del modelo de desarrollo y consumo vigentes, que han demostrado ser insostenibles. Y recurrimos a una enseñanza de los pueblos originarios de nuestra América mestiza: el *sumak kawsay* o *suma qmaña*, del quechua y del aymara respectivamente, y que pudiese expresarse en una vida no mejor que la de los otros, ni en continuo desvivir por mejorarla, sino simplemente buena. El “*sumak*” nos remite a lo saludable, lo bueno, el “*kawsay*” a la vida en comunidad. El “*sumak kawsay*” se refiere a la vida buena, al buen vivir, a un modo de vida saludable, en equilibrio con la naturaleza y satisfaciendo las necesidades de todos: el socialismo comunitario. Esta concepción se plantea como opuesta al modelo de vida occidental, centrada en el consumo superfluo y en la acumulación de bienes. Nuestros pueblos originarios dicen que la sociedad occidental rinde culto a un modelo de desarrollo y consumo errado, que acumula riquezas, destruye la naturaleza y genera pobreza. Nos dicen que esta sociedad lo que quiere es “*vivir mejor*” entendido como acumular cada vez más bienes y riquezas, compitiendo entre los hombres para tener más que otros, mientras que ellos lo que quieren es sencillamente vivir bien, y vivir bien implica dos cosas: vivir en equilibrio con la naturaleza y satisfacer las necesidades de todos en forma colectiva. Desde la cultura occidental, creemos que el hombre debe dominar la naturaleza, que el hombre es el dueño

de la naturaleza y por ello se apropia de ella y la transforma para vivir. Los indígenas nos dicen que no son dueños de la naturaleza, por el contrario, pertenecen a ella, y es la naturaleza quien nos brinda los bienes que permiten la satisfacción de nuestras necesidades colectivas, sin acumulación superflua. Nos enseñan que la naturaleza debe preservarse porque vamos a volver a ella. Y esa vida buena, ese buen vivir está sustentado en valores colectivos, no individuales sino de solidaridad, dignidad y de armonía con la naturaleza y con los demás.

Permítanme terminar con una frase que forma parte de una carta denominada “Salvemos al planeta del capitalismo” de Evo Morales, ese campesino, dirigente sindical convertido en presidente de Bolivia, elaborada en el 2008 con motivo del calentamiento global, y que dice:

“...la competencia y la sed de ganancia sin límites del sistema capitalista está destrozando el planeta. Para el capitalismo no somos seres humanos, somos consumidores. Para el capitalismo no existe la madre tierra, sino materias primas. El capitalismo es la fuente de las asimetrías y destruye el mundo. Genera lujo, ostentación y derroche para unos pocos, mientras millones mueren de hambre en el mundo. En manos del capitalismo todo se convierte en mercancía, el agua, la tierra, el genoma humano, las culturas ancestrales, la justicia, la ética, la salud, la muerte, la vida misma... todo, absolutamente todo se vende y se compra”.

Y es por eso que Evo propone que no perdamos el sueño y la posibilidad de luchar por un mundo mejor.

Es el mensaje fundamental y la reflexión que quiero compartir, estamos en el marco de una crisis civilizatoria, que afecta la vida y la salud, una crisis que nos obliga a repensar la forma de relacionarnos con los otros seres humanos y con la naturaleza. Reflexionemos sobre la posibilidad de que, con nuestro esfuerzo y conocimiento, acompañando a las luchas de los movimientos sociales, participe-

mos activamente en la construcción de un nuevo modelo de desarrollo y de un mundo mejor.

Referencias

Breilh, J & Tillería, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en el Ecuador*. La Paz: Universidad Andina Simón Bolívar.

Morales, E. (2008). *Salvemos al planeta del capitalismo*. Disponible en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=76883>.

ORAS CONHU. (2008). *Informe: Impacto del Cambio climático sobre la salud*.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - FAO. (2009). *Discurso del Director General. Día Mundial de la Alimentación*.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. 2008*. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.

Sen, A & Klisberg, B. (2007). *Primero la gente*. Barcelona: Ed. Deusto.

Stiglitz, J. (2002). *El malestar de la globalización*. Madrid: Taurus.

Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global.³

CARLOS ANÍBAL RODRÍGUEZ⁴

Muchas gracias por tener la oportunidad de compartir con todos ustedes, en especial a la Universidad Nacional y al profesor Jairo Luna, quienes me han posibilitado estar aquí.

Realmente todas las intervenciones de esta mañana fueron tan provocativas que debería guardar lo que pensaba decir y solamente seguir trabajando sobre ellas. Sin embargo, en lo referente a la crisis y en particular el tema de la desocupación, el que más estamos sufriendo en nuestra Provincia de Santa Fe y en el mundo, vemos aún situaciones peores que trataré enseguida.

Quisiera compartir con ustedes que la crisis tiene como referencia previa una globalización injusta y que nuestro objetivo final no es tan sólo acabar con la crisis sino lograr una globalización más justa.

Cuando digo que la crisis fue precedida por una globalización injusta lo estoy sosteniendo en que hemos asistido, ya antes de la crisis financiera, a una inmoral desigualdad entre los países y, fun-

3 Transcripción de la conferencia realizada el 21 de octubre de 2009.

4 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Provincia de Santafé, Argentina.

damentalmente, un desequilibrio en cuanto a la distribución de los presuntos beneficios de la globalización.

Hemos visto en la curva que nos mostraba Oscar Feo, cómo avanzó la productividad y cómo este avance no se tradujo en menor pobreza; por el contrario, absurdamente la pobreza aumentó. La pobreza no se acaba con el aumento de la productividad, tampoco es la riqueza la que genera trabajo, sino que el trabajo es el que genera riqueza.

En la crisis intervino esa visión dominante que sostenía la capacidad de los mercados para autorregularse. Yo he vivido toda una época donde la legislación laboral en Argentina fue destruida o menoscabada. La palabra de los empresarios de aquél tiempo era “auto-regulación”. Fue ahí donde se redujo el papel del Estado, lo que también fue un elemento central en la crisis.

Pero cuando hablamos de una globalización injusta también hacemos referencia a la subestimación de la dignidad en el trabajo, a la desprotección social. La extensión del trabajo informal está hablando justamente de la falta de un trabajo decente desde la concepción de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la falta de cobertura por parte de la seguridad social. Al lado de esto vemos la crisis energética y el cambio climático como muestras de la falta de respeto al medio ambiente.

Los síntomas más oprobiosos de esta globalización injusta son las dificultades en el acceso a la alimentación, a la salud, a la educación y a los buenos trabajos. Cuando se tienen estas carencias los trabajadores son sólo habitantes y no ciudadanos.

Como muestra de esta globalización injusta, conforme al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1997 notamos que cincuenta y un de las cien economías más grandes del mundo fueron corporaciones multinacionales y no países; los tres individuos más ricos del mundo tienen los ingresos de los cuarenta y ocho países más pobres; la suma de los ingresos de las doscientas personas más ricas son mayores que los ingresos de las 2,500 millones de personas más pobres del mundo; 11.000 niños fallecen cada día por inanición.

Pero hay más. Con un 4% al año de la riqueza de las veinticinco personas más ricas se podría asegurar enseñanza básica, salud básica, salud reproductiva, alimentación suficiente, agua limpia y saneamiento para todos los habitantes del planeta.

Estos datos son muy duros, como es duro que, conforme los datos de la OIT, 2.300.000 trabajadores mueran cada año a consecuencia de sus labores. O, la verdadera muerte a la esperanza con 250 millones de niños que trabajan.

En este último caso habría que decirle a aquellos muy afectos a los cálculos económicos que si se reemplazara para el 2020 el trabajo infantil por educación universal, implicaría un costo de 760.000 millones de dólares y los beneficios serían siete veces superiores: 5.1 billones de dólares. El costo promedio anual de la erradicación del trabajo infantil es equivalente al 20% del gasto militar en algunos países, o a 9.5% del servicio de la deuda externa. Ergo, sería absolutamente factible acabar con el trabajo infantil, que sería acabar con una hipoteca que tenemos para el futuro.

Una de las características más llamativas de esta globalización es el incremento de la especulación. Ante esto y para disminuir los flujos especulativos, James Tobin (Premio Nobel 1981) propuso en 1978 gravar las transacciones monetarias con un impuesto de 0,1% a 0,23%. Se trataba de penalizar las actividades especulativas, destinando fondos para el desarrollo. La propuesta fue considerada inviable, por estatista, por los economistas neoliberales. Sin embargo, es obvio el doble discurso que suele constatarse entre estos ideólogos que imponen reglas del mercado para los pobres y protección y subsidio del Estado para los ricos.

Y así, de la mano de la especulación financiera, entramos en la crisis del 2008. Una de las frases más interesantes para verla en perspectiva, es de Thomas Jefferson, quien en 1802 decía:

“Pienso que las instituciones bancarias son más peligrosas para nuestra libertad que ejércitos enteros listos para el combate. Si el pueblo americano permite un día que los bancos privados controlen su moneda, los bancos privarán a la gente de toda posición, primero por medio

de la inflación, seguida por la recesión, hasta el día que sus padres se despertarán sin casa y sin techo sobre la tierra que sus padres conquistaron”.

Podemos encontrar otros antecedentes en la crisis de 1929. En ella la desregularización financiera y la ausencia de un prestamista de última instancia fueron consideradas las causas principales de la crisis. En ese momento se definió que el movimiento de capital debía ser controlado por su efecto desestabilizador.

La historia no se tuvo en cuenta. Si uno tuviera que sintetizar la crisis actual, diría que los recursos que podían haber estado en la producción fueron trasladados al ahorro y a la especulación financiera. La libertad de circulación de los activos financieros permitió la especulación por lo que, si se quiere acabar con la crisis, hay que terminar con el cáncer que representa y sus efectos sobre la estabilidad económica, el crecimiento y el empleo.

Algunos datos sobre empleo han salido en un informe que planteó el Director de la OIT, Juan Somavía, a la Cumbre de líderes del G-20 en Pittsburgh en septiembre de 2009 (Somavía, 2009). Somavía expresa que hay una contracción en el crecimiento respecto al milenio anterior y que salvo dos grupos, los países en desarrollo de ingresos medios y los menos adelantados, todos los países iban a registrar tasas negativas de crecimiento en 2008 y 2009. El Fondo Monetario dice que habrá crecimiento positivo en 81 de los 123 países en desarrollo y que en las economías con crecimiento negativo lo que vamos a conocer es el impacto de la pobreza. Según estimaciones de las Naciones Unidas, en los países en vías de desarrollo va a haber un aumento del 1.3% en incidencia de pobreza. El Banco Mundial estimó que para el 2009 la mitad de los países en desarrollo registrarían un aumento también en el nivel de pobreza extrema, los pobres crónicos de los cuáles hablábamos en este seminario.

Cada crisis tiene como saldo un aumento de la desigualdad; cada recesión concentra ingreso y amplía la brecha social. En las veinte crisis macroeconómicas de América Latina el nivel de pobreza aumentó y se mantuvo después de la crisis. Además, la desigualdad au-

mentó en 15 de las 20 crisis. Las remuneraciones descienden en las crisis y las más afectadas son las de los trabajadores más precarios. Y hoy, es esta la forma de empleo dominante en Latinoamérica.

De acuerdo con el informe de Somavía, en el G-20 el empleo total descendió entre marzo del 2008 y 2009 un -0.8%. En marzo del 2009 su tasa media de desempleo se situó un 1.5% por encima del año anterior. Sobre un grupo restringido de países fue un 29.6% más alto que en el año anterior. Entre abril y junio el desempleo se ha ralentizado. Sólo en Indonesia, Filipinas y Mauricio se registró disminución de las tasas de desempleo en los primeros meses de este año. Entre junio de 2008 y julio el desempleo aumentó en un 69% en los Estados Unidos, 44% en Canadá, 42% en Australia, 26% en la República de Corea, 22% en Ucrania, y en los primeros meses hasta mayo de 2009 el desempleo aumentó un 83%, un 55% en Turquía y hasta abril un 38% en el Reino Unido.

¿Qué pasa en Latinoamérica? De 2004 al 2008 el desempleo descendió de un 11.4% a un 7.4%. En el caso de Colombia, el desempleo fue más alto que en el resto de los países latinoamericanos, pero aun así descendió de un 15.3% a 11.4%. Según CEPAL, para el 2009 habría entre 17 y 18 millones de desempleados en Latinoamérica. La cifra mayor de 22 a 25 millones y el aumento de desempleo lo que hace es empujar hacia el sector informal, fundamentalmente comienzan a verse formas de aumento del servicio doméstico, microempresas y aumento de trabajadores pobres.

El desempleo rural en América Latina fue del 8.5% al finalizar el primer semestre del 2009, esto es lo que dice un boletín conjunto de CEPAL y ¿qué significa esto? Significa dos millones y medio de cesantes más de lo que teníamos en el año anterior.

En Brasil la tasa de desempleo del mes de julio del 2009 es más baja que la del mismo mes del año anterior. Chile tiene en este momento un 3% más de desocupación que el año anterior, pero tiene un 9% menos que hace dos meses, mostrando esta tendencia a ralentizarse; el Caribe pasará de un crecimiento negativo del -1.9% que tendrían del año 2009 a uno positivo de más del 3% en el 2010.

¿Por qué no di datos de Argentina? Porque en este momento las estadísticas nacionales parecen no ser fiables. Mi provincia es de 3.200.000 habitantes, tuvimos en juego alrededor de 70.000 puestos de trabajo, pudimos mantener 50.000 puestos por una serie de medidas, pero aún así perdimos 20.000 puestos de trabajo.

¿Cuál fue el comportamiento por género de la desocupación en el mundo? Esto es bastante interesante pues las tasas de desempleo son siempre mayores en las mujeres en las crisis, lo cual es un hecho histórico. En los primeros meses del 2009 el desempleo femenino creció a ritmo más lento y esto generó que en algunos países la tendencia se invirtiera. En ciertos países los hombres fueron los primeros afectados a razón de las ocupaciones. En el caso de la Provincia de Santa Fe se ha dado una cuestión muy interesante que tiene que ver con los años de antigüedad en el empleo: a menos años de antigüedad de empleo son las mujeres las primeras desocupadas mientras que a largos años de antigüedad de empleo, son los hombres. Pero también tiene que ver el desempleo o el empleo en este sentido con el tipo de ocupación, por ejemplo en Asia, donde sufrió la industria textil y la mayor desocupación se dio entre las mujeres porque es la mano de obra dominante en esa industria. Otro impacto del empleo lo hemos tenido en los jóvenes. El desempleo de los jóvenes aumentó, este es siempre es el grupo más rígido, pues es el acceso al primer trabajo. En Europa aumentó más de 4 puntos.

Hay un grupo de trabajadores que ya no entran en las estadísticas, son los trabajadores desalentados, aquellos que ya no van más a buscar trabajo. Esto interesa también a los profesionales de la salud ocupacional. Sostengo esto porque entiendo que un trabajador desocupado no deja su condición de trabajador, y a los especialistas le debe importar tanto el trabajador bajo riesgo profesional en el trabajo, como el trabajador desocupado.

Los primeros estudios que se conocen respecto a los desocupados son de la crisis del 29 que se publicaron cerca de diez años después. Se describieron entonces una serie de fases cronológicas que sintetizaremos a continuación.

La primera es la sensación de incredulidad, donde el trabajador dice *“Esto no me puede pasar a mí, enseguida voy a conseguir empleo”*. Se lanza entonces a buscar activamente un trabajo. Si no lo consigue, después de varios intentos, aparece el sufrimiento, la quiebra psíquica, se entra en la fase de fatalismo y se deja de buscar trabajo. Aparece la desesperanza, el auto reproche y las repercusiones psicosomáticas. Ellas o ellos se aíslan, se esconden. Hay decaimiento físico, disminución de la autoestima, auto reproche, sufrimiento mental y aislamiento. A esto sucede, en oportunidades la humillación, la mendicidad y el delito.

En Argentina se realizó un estudio bastante interesante desde otra perspectiva de la desocupación del 2001 y lo que encontramos de esta investigación fue que no sólo se miró al individuo, sino que se amplió la mira para analizar el cambio en las relaciones de pareja y de familia. Ustedes saben que el trabajo es el factor más ordenador de la vida de una persona, cuando falta el trabajo falta el marco estable, el marco reasegurador y ese marco se busca entonces en la pareja, aparece el reproche, se exige al otro lo que no puede dar, *“¿qué soy ahora para vos?”*, *“¿a vos te importo aunque esté sin trabajo?”*, *“¿si no traigo dinero qué le doy a mi familia?”*, *“necesito por lo menos que ella trabaje - dice después- pero me pone loco que se vaya , no que se vaya, que me deje”*. Frente a la desocupación se pide a la pareja, en el fondo, contener ansiedades primitivas y no sucumbir a la falta de proyectos que se produce en el desocupado, que pierde la noción de futuro y que proyecta a los hijos la incertidumbre laboral; se tiene un equilibrio precario, apatía, resignación, prejuicio sobre lo que es ser hombre o mujer, los hijos salen a trabajar y se resigna a la educación.

¿Qué pasa con las compañeras que pierden el trabajo? Temor a volver a la dependencia, a la reclusión hogareña, se ve como un retroceso en la autonomía, como una derrota personal. ¿Qué pasa con el hombre y las tareas domésticas cuando él se queda sin trabajo? El hombre suele no asumir las tareas domésticas sigue siendo doble carga para la mujer.

A veces los hijos, cuando las parejas entran en crisis, se obligan a ser el sostén afectivo, se transforman en pseudo-adultos cuando en realidad son niños desamparados. Algunos se rebelan, “¿para qué voy a estudiar?, ¿para terminar como vos?”, vergüenza por los padres, no se comenta que el padre no tiene trabajo y no tener figura dadora de seguridad puede ocasionar una serie de desórdenes que todos conocemos.

La institucionalización del desempleo promueve la resignación, el conformismo y la aceptación de condiciones de trabajo y de vida no dignas. Esta situación produce una inmovilización de los estratos sociales: derrotismo, fatalismo. Pero ¿qué pasa con quienes están trabajando? Comienzan a generarse unas tensiones similares a perder el trabajo, siendo hoy el mayor factor que produce estrés.

El desempleo se comporta como una verdadera catástrofe social. Los trabajadores entran a competir por los pocos empleos disponibles, aceptando salarios cada vez más bajos. En el mejor de los casos, los representantes sindicales lo que tratan de hacer es de evitar despidos y reducir el ritmo al que se deterioran los salarios. El trabajo, cualquier trabajo, parece ser mejor que el desempleo.

¿Qué hacer ante la crisis?

Una de las cosas que ha caracterizado a todas las crisis anteriores es que cuando se pone “bajo control” la crisis económica, no desaparece la crisis de empleo. Puede haber de tres a cinco años de diferencia entre los dos momentos entre el apaciguamiento de la crisis económica y la restauración en los niveles de empleo. Los aumentos de la producción que suceden a la reactivación son determinados por aumento en la carga de trabajo, en especial de la jornada de trabajo de los activos. Cuando dos trabajadores trabajan doce horas, hay un tercero que se quedó sin trabajo.

Ante estas experiencias la obligación es luchar para aumentar la intensidad de creación del empleo junto al crecimiento económico. La segunda y básica es que haya una relación más equitativa entre el aumento de la productividad y los salarios. Hay que poner la economía financiera al servicio de la economía real y hay que promover un

desarrollo y un crecimiento distinto, donde uno pueda promover la productividad, la competitividad pero que sea capaz de integrar las preocupaciones sociales y ambientales para un desarrollo sustentable.

Es decir, deberíamos buscar una globalización distinta, con crecimiento económico sí, pero con desarrollo social sostenible y justo, respetuoso del medio ambiente y de los aspectos que no consideró. Hay que reencontrar a la economía como una disciplina social. Si eliminamos la ética de la economía le estamos quitando la responsabilidad social, la conciencia crítica y solamente queda el consumo y el materialismo. Aristóteles distinguía muy bien lo que era la economía de la crematística. Adam Smith mismo no abogaba por la libertad de las empresas como se suele sostener, lo que él quería era la libertad de los individuos, además era un profesor de filosofía moral.

Para rescatar la economía como ciencia social, hay que pensar que el paradigma técnico no cuestiona la distribución de la riqueza y del ingreso y es indispensable cuestionarla. Acumulación sin límite, consumismo e individualismo, es la economía que conocemos. Porque una ciencia dominada por las matemáticas, por la econometría que no deja espacio para lo político, lo social y lo cultural, no sirve para nada a los pueblos. Si el mercado es el eje, el Estado es el máximo distorsionador.

Necesitamos más puestos de trabajo pero de trabajo decente. Este debe ser un objetivo prioritario. Comparto además lo que sostiene mi amigo Oscar Ermida cuando señala que, es indispensable

“...una nueva economía y un nuevo derecho post-neoliberal, fundado en la economía social y la reconstrucción del derecho social, privilegiando la repartición de las riquezas y la abolición de las indignidades, sobre la base de que los derechos laborales y de la seguridad social son derechos humanos y están (supra-ordenados) por las normas internacionales”

En fin para que todos tengamos derecho a una vida digna de ser vivida.

Muchas Gracias.

Referencias

Ermida, O. (2007). *La política laboral de los gobiernos progresistas*. Recuperado en septiembre de 2009 de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/05063.pdf>

Somavia J. (2009). *A pesar del persistente deterioro de los mercados laborales, las medidas adoptadas por los gobiernos del G20 podrían salvar hasta 11 millones de empleos en 2009 dice la Organización Internacional del Trabajo- OIT*. Recuperado septiembre de 2009 de: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/languages/WCMS_113998/index.htm

Dimensiones de género de las condiciones de trabajo en la crisis global⁵

LUZ GABRIELA ARANGO GAVIRIA⁶

Muchas gracias, buenos días a todas y a todos. Agradezco la invitación, especialmente a Jairo Ernesto Luna y a María Erley Orjuela.

Voy a tratar de orientar mi reflexión recogiendo elementos de las anteriores presentaciones, pero tratando de seguir las preguntas que nos propusieron los moderadores. El énfasis de mi presentación busca poner en evidencia dimensiones de género que hasta ahora no han sido resaltadas, al menos en las exposiciones anteriores.

Creo que es importante destacar aspectos históricos y pensar en lo que había en América Latina como modelo similar al de los Estados de Bienestar. Efectivamente, aquí no tuvimos estados de bienestar pero sí un modelo de desarrollo (cepalino-fordista) relativamente centrado en la industrialización por sustitución de importaciones y con varias características que coinciden relativamente con los Estados de Bienestar: una producción masiva dirigida al mercado interno, grandes unidades productivas, una organización del trabajo

5 Transcripción de la conferencia realizada el 21 de octubre de 2009.

6 Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas

basada en los principios tayloristas de división y especialización del trabajo, una protección social con un componente de seguridad social y otro de la asistencia pública. Esta última distinción tiene efectos simbólicos que considero muy importantes y que han sido mencionados. Estos tienen que ver con las categorías trabajo y empleo ya que solamente los asalariados tenían acceso a la seguridad social. El trabajo asalariado se convirtió en el modelo de trabajo digno y dejó por fuera muchos tipos de trabajo, incluyendo los que mencionó César Giraldo, mi antecesor, pero también todo el trabajo o buena parte del trabajo de las mujeres.

La asistencia pública definió una ciudadanía de menor estatus, una ciudadanía carente que se refiere a categorías sociales subvaloradas, calificadas como “pobres”. El modelo cepalino estuvo basado igualmente en la sindicalización de amplios contingentes de trabajadores, en el sistema de convenciones colectivas y tuvo desarrollos fuertes en los grandes países de América Latina que siempre se mencionan: Argentina, Brasil y México. En Colombia, más que un Estado de Bienestar, dada la lógica privada del desarrollo colombiano, lo que tuvimos en un momento dado fueron “empresas providencia”. Es decir, grandes empresas que funcionaron como pequeños estados que permitían que sus trabajadores accedieran a una serie de derechos de protección, a un salario estable, una carrera, seguridad social, etc.

Pero lo que no se ha dicho mucho sobre los modelos fordistas, tanto en el Norte como en el Sur es que ese contrato laboral va asociado a un contrato de género que instaura una división sexual del trabajo. Se establece que el modelo de trabajador asalariado digno corresponde a un varón proveedor, padre de familia que tiene un salario familiar y que tiene como correlato una mujer ama de casa. Esto fue así, independientemente de que muchas mujeres trabajaran en la industria, como de hecho ocurrió en el caso colombiano al inicio de la industrialización en que hubo más mujeres y poco a poco fueron saliendo hacia la periferia del mercado de trabajo.

Si bien, en la práctica, sólo algunos sectores económicos centrales correspondían a este modelo fordista, sobre ese modelo de asala-

riado proveedor se crearon las instituciones laborales, los sistemas de seguridad social, la legislación laboral, los discursos sindicales y sus lógicas reivindicativas. Eso significó que las mujeres tuvieran un lugar periférico en el mercado de trabajo y aunque nunca salieran del mercado de trabajo, (allí estuvieron y siguen estando), su remuneración fue vista como un salario complementario lo que afectó profundamente la posibilidad de las mujeres de beneficiarse de las conquistas laborales. Posteriormente, vemos cómo, con la reestructuración laboral, la feminización de la fuerza de trabajo no solamente va a tener que ver con la inclusión creciente de las mujeres, sino con la generalización de sus condiciones precarias de trabajo en el modelo fordista, al conjunto de los trabajadores. De este modo, la débil inclusión de las mujeres por parte de las organizaciones del trabajo, por los sindicatos, en el modelo anterior va a permitir, por ejemplo, que en la industria maquiladora en México las mujeres que están excluidas de las grandes ventajas laborales sean incorporadas en condiciones desventajosas.

Esa es una historia larga de la clase obrera. Su construcción como clase se ha realizado en torno a un modelo masculino lo que tendrá efectos negativos para el conjunto. Algunos de esos efectos son la invisibilidad y la subvaloración de lo que hoy llamamos el trabajo de cuidado. Este discurso no está todavía lo suficientemente desarrollado pero buscan ampliar el concepto de trabajo doméstico y de reproducción social para incluir todas las actividades que contribuyen a la producción y mantenimiento de la vida cotidiana y que incluyen tareas físicas pero también emocionales. Ese trabajo tan importante aparece invisibilizado y las mujeres en su gran mayoría pasan a ser clasificadas en las cifras oficiales como inactivas, excluyéndolas tanto del derecho a la autonomía como a la seguridad social sin pasar por un varón cotizante y convirtiendo a las más pobres en “asistidas” y dependientes del Estado. Dentro del mercado laboral, se produce una segmentación de género con una división horizontal que concentra a las mujeres en ciertos sectores con menor valor simbólico y monetario (sectores de servicios, educación,

salud) y una segmentación vertical que hace que las mujeres estén muy poco representadas en la cima de las jerarquías laborales.

Este sería, a grandes rasgos, el modelo anterior y vemos cómo, de hecho, en ese modelo de Estado de Bienestar teníamos una exclusión de amplios sectores. Recordemos que la discusión que se dio en América Latina sobre la división entre dos sectores económicos, uno tradicional y otro moderno, permitió mostrar cómo existía una articulación entre los dos sectores. Los estudios de género mostraron que también existía una articulación entre éstos y el trabajo de cuidado y el trabajo doméstico.

¿Qué pasa con la crisis y la acumulación capitalista? Respondiendo a la pregunta creo efectivamente que las transformaciones en el mundo del trabajo precedieron y condujeron a la crisis y que ésta no es la primera crisis. Ahí también tenemos una discusión muy importante sobre la que ya se dijeron cosas aquí y es sobre el **carácter simbólico de la crisis**. Es decir, ¿qué es lo que se considera crisis, cuándo se habla de una crisis y por qué no se ha utilizado el término frente a catástrofes tan grandes relacionadas con las guerras, las hambrunas, el empobrecimiento masivo... Pero no, realmente la única que se considera grave y sobre todo, Crisis Global, es la que ataca el sector financiero. Es cuando se afecta el sector financiero que hablamos de una crisis global.

En relación con América Latina, primero pensemos en lo que ha significado la globalización neoliberal. Ella está asociada con la apertura económica, con las políticas de ajuste estructural, con la crisis de la deuda y la “década perdida” de 1980 y con el abandono del modelo de industrialización por sustitución de importaciones a favor de uno de industrialización para la exportación, de economías de exportación. Esto ha sido muy desigual en los distintos países y está asociado con muchos cambios en el mundo del trabajo, con importantes diferencias de género. Ya se mencionó el tema de la flexibilización del sector formal y cómo buena parte de los trabajos formales se informatizaron. Son la deslaboralización o la des-salarización de la que hablaba César Giraldo, y la precarización del empleo. En realidad, todo eso va acompañado de una polarización en el mundo

del trabajo. En algún momento se habló con mucho entusiasmo de una flexibilización positiva, diciendo que la especialización flexible recomponía el trabajo, que desaparecía la división entre trabajo intelectual y manual del taylorismo, reemplazada por trabajo en equipos donde se recomponía el trabajador colectivo. Eso ha sucedido en algunos sectores pero también con muchas perversiones. Pero esa flexibilidad positiva está sostenida con el mantenimiento de una flexibilidad negativa, es decir, una flexibilidad al servicio de las empresas basada en la flexibilidad en la contratación, el ingreso y la expulsión de los y las trabajadoras.

Es importante mencionar que se ha utilizado el tema de la flexibilidad en términos de compatibilidad entre trabajo y familia, como una modalidad de contratación que favorecería a las mujeres. Los estudios empíricos, si bien muestran que las mujeres están efectivamente sobre-representadas en las formas de trabajo flexible, temporal o a destajo, esta flexibilidad no está al servicio de las necesidades de las mujeres ni del ámbito de la reproducción y la familia, sino al contrario, entra en contradicción total con las necesidades de la reproducción. Es decir, los horarios flexibles de las empresas no son los que corresponden a los de las guarderías, a los del colegio, a las rigideces que necesariamente tiene la reproducción social porque no se puede dejar de atender a un enfermo cuando lo necesita, no se puede dejar de llevar un niño al colegio a la hora que le corresponde. La flexibilidad del mundo del trabajo actualmente está más al servicio de las empresas que del mundo de la vida o del mundo de la reproducción social.

Por otra parte, la participación de las mujeres en este modelo ha sido heterogénea. Ha habido mujeres que se han beneficiado de esta división y que han llegado a sectores centrales del mundo laboral, pero son una minoría. En el caso del trabajo en la industria maquiladora en México o en Centroamérica, o del trabajo a domicilio, hay estudios muy interesantes, como el clásico de los estudios de género y trabajo en América Latina de Martha Roldán y Lourdes Benería (Roldán, Benería, 1992) que muestran cómo el trabajo a domicilio, uno de los más precarios, vuelve a acentuarse (fue uno de los que

se dieron durante la revolución industrial pero tampoco se le prestó atención porque se suponía, desde entonces, que era un trabajo compatible con las “obligaciones” maternas y familiares de las mujeres) y es una de las formas más explotadas de trabajo y con menos protección. Benería y Roldán mostraron cómo ese trabajo industrial a domicilio de las obreras de México estaba totalmente encadenado con multinacionales; ellas mostraron que no había una separación entre el sector llamado formal y el informal, sino que unas cadenas de subcontratación que pasaban por empresas pequeñas, medianas y grandes hasta llegar a multinacionales. Esto se dio a nivel industrial, pero también en el comercio y los servicios.

Con la globalización, el surgimiento de la “oficina global” también afectó a las mujeres. La expansión de los servicios aumentó el empleo femenino pero en condiciones de flexibilidad y de precariedad. Otro de los sectores que han sido afectados por la flexibilización y creciente precariedad del trabajo es el de las trabajadoras rurales, asalariadas y también campesinas cuyo trabajo, en particular, es un trabajo no reconocido, muy explotado y en donde se suman con frecuencia la discriminación racial y étnica.

Otro aspecto importante son las migraciones en las que las mujeres van a jugar un papel decisivo, especialmente en las llamadas “cadenas globales del cuidado”, donde tenemos muchas mujeres que emigran del “Tercer Mundo” al primero para trabajar como empleadas domésticas, asistentes de familia y otros oficios dedicados al cuidado y la reproducción social. Estos permiten que las mujeres del “Primer Mundo” entren al mercado laboral sin que se cuestione la división sexual del trabajo y sin exigir a los varones un compromiso equitativo. El trabajo doméstico remunerado sigue siendo importante en América Latina, vuelve a crecer con las migraciones rurales urbanas y con el desplazamiento en el caso colombiano y a pesar de que la legislación es cada vez más equitativa al menos en cuanto al trabajo doméstico remunerado, resulta muy difícil aplicarla.

Hay algo más que quisiera resaltar y que asumo también como un *mea culpa* y es cómo hablamos del trabajo y no hablamos de la guerra. Creo que son dos análisis que están muy separados en Colombia

y pienso que en el análisis de la crisis global, algo que se puede ver en términos de división sexual del trabajo internacional es la división entre “hombres en armas” y “mujeres en los servicios”. Esto lo retomo de la socióloga feminista francesa Jules Falquet (2008) y de su análisis sobre la globalización quien lo usa para referirse al crecimiento de un empleo masculino armado, bien sea en ejércitos regulares o irregulares y un crecimiento simultáneo del empleo de las mujeres en el sector servicios. Este incluye los servicios sexuales que se inscriben en las migraciones y en la explotación del trabajo de las mujeres. Obviamente, son dos tipos de trabajos en donde puede haber una que otra mujer en armas y hombres también en los servicios, pero donde hay una jerarquía masculino/femenino en donde las armas dominan a los servicios domésticos y sexuales.

¿Cuáles serían entonces las transformaciones en el mundo del trabajo que se pueden derivar de la actual crisis? Yo creo realmente que lo que acabo de describir se ha agudizado, si bien con muchos contrastes. Desde algunos enfoques económicos clásicos se dice que a pesar de las desigualdades mostradas anteriormente, el crecimiento sería importante en América Latina y que esta crisis habría tomado a los países latinoamericanos con unas condiciones aparentemente mejores que las que tuvieron en la crisis de la década de 1980. Pero no se tiene en cuenta que aún cuando hubo crecimiento, la desigualdad social y la polarización se mantuvieron y de hecho se agudizaron las inequidades. Es en estas circunstancias en las cuales se da la crisis.

Aquí voy a retomar muy rápidamente algunos elementos de un debate que se hizo en México (Cepal, 2009), en una reunión de especialistas “Análisis de la crisis económica y financiera desde la perspectiva de género” que se realizó en 2009, en la que se examinó el tema del trabajo de cuidado en relación con la crisis. En términos generales, el desmonte del Estado de Bienestar o su equivalente latinoamericano, condujo a una individualización del salario y de ingreso. Es decir, el salario familiar desaparece como modelo pero no se consigue tampoco el ideal reivindicado por las obreras europeas en el siglo XIX, cuando reclamaban “un salario para la vida y la inde-

pendencia”. Eso no se ha dado sino para muy pocas. Las mujeres nos mantenemos en el mercado del trabajo independientemente de la crisis, pero la mayoría está empleada en trabajos en donde las condiciones son precarias, la brecha salarial se mantiene.

Entre los grandes problemas que genera la crisis se señalan el aumento del desempleo a escala global y la crisis de las remesas que juegan un papel muy importante en muchas economías latinoamericanas. Tenemos entonces una agudización de la inequidad social en la que vemos lo que describe Saskia Sassen sobre las interrelaciones entre las ciudades globales y los circuitos de reproducción, -que son estas cadenas de migrantes del Sur hacia el Norte que realizan trabajos precarios en los centros de la globalización-. Pero esos circuitos de reproducción estarían amenazados y entraríamos en una lógica cada vez más grande de “pobreza de recursos” y de exclusión en la medida en que la posibilidad de conectarse con la economía, así sea a través del sector informal y de otra serie de lazos sociales, se pierden. Esto hace que los “recursos de la pobreza” basados en la intensificación del trabajo familiar, el trabajo de los niños, alcanza límites. Una de las actividades que más se intensifica para responder a las crisis es el uso del trabajo de cuidado y del trabajo doméstico y éste no es elástico *ad infinitum*. Hay familias y personas que simplemente no aguantan y hay un proceso de exclusión que seguramente se traduce también en cifras de suicidios, enfermedades mentales, etc.

El aumento del número de mujeres sin ingreso y la intensificación del trabajo de cuidado y de reproducción doméstica recae sobre los sectores más pobres. Muchas mujeres están incluidas en programas de asistencia como las famosas “transferencias condicionadas” que tienen una lógica de género que apunta a mantener a las mujeres en su papel tradicional de madres: son ellas las encargadas de invertir esfuerzos y recursos para que los niños vayan a la escuela, por ejemplo. Así se reproduce esa lógica viciosa del trabajo de cuidado que hace que las mujeres tengan que multiplicar sus jornadas para administrar el acceso a la administración y a la protección social, con lo poco que les da, y se vean excluidas del derecho al trabajo, como derecho a la vida, la autonomía y la dignidad.

Para finalizar, resulta evidente que el reto es muy grande. Creo que hay cambios simbólicos pero también creo que es muy difícil hacer creer efectivamente, como mencionaba el Doctor Feo, que esta crisis es una crisis de civilización. Creo que hay una lucha simbólica en curso que vemos cuando los noticieros, cada vez que pueden dicen, por ejemplo: “ya estamos saliendo de la crisis”, “esto no fue más que una crisis, pues una recesión larguita, pero está pasando”. Poder difundir la idea de que el problema es una crisis de civilización, es uno de los retos grandes. Demostrar que así es y hacer que eso se vuelva una idea fuerte, es tarea difícil.

En este contexto, el cuidado hace parte de las nuevas reivindicaciones por un orden mundial distinto donde el concepto de trabajo incluya no solamente al trabajo remunerado y asalariado sino todas las formas de trabajo, el trabajo campesino y el trabajo del cuidado, precisamente, que son soportes fundamentales de la construcción de una vida amable para todos y todas. Sin embargo, si bien es cierto que el trabajo de cuidado contribuye de manera fundamental a hacer la vida amable para las personas, es un trabajo que en algunos casos se idealiza y se equipara con el reino de la tranquilidad, la reciprocidad, de lo personal y se olvida que es un trabajo, un trabajo muy duro y exigente, un trabajo que está distribuido de manera inequitativa entre hombres y mujeres y entre las mujeres de distintos sectores sociales y de países.

Veo como positivo el avance en el lenguaje de los derechos y como negativo, lo que advertía ya el Doctor Feo sobre cómo ese lenguaje podía ser retomado y en la práctica no corresponder a nada, convirtiéndose en un discurso oficial vacío. Yo he presenciado, en concreto, cómo en la administración pública se puede utilizar, apelar a los derechos y decir que las personas son sujetos de derechos y tratarlas como si fueran beneficiarias incapaces, menores de edad que no han sido capaces de administrarse bien.

Considero que hay tratados, legislación transnacional y derechos que son conquistas positivas pero también es cierto que durante el período anterior se generó una inmensa concentración de recursos de todo tipo -científicos, simbólicos, materiales, económicos, milita-

res-, y se requiere suficiente coordinación de los movimientos sociales y sectores políticos progresistas para transformar esta crisis en algo que permita realmente cambiar el modelo.

Referencias

- Benería L. & Roldán M. (1992) [1987]. *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México*. México D.F: El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica.
- Comisión Económica Para América Latina- CEPAL. (2009). *Análisis de la crisis económica y financiera desde la perspectiva de género*. Recuperado septiembre de 2009, de: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/noticias/1/36461/P36461.xml&xsl=/mujer/tpl/plf.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xslt> y www.eclac.org/mujer/noticias/paginas/5/36595/ponenciaAlma.pdf
- Falquet, J. (2008). *De gré ou de force. Les femmes dans la mondialisation*. Paris: La Dispute.

Crisis mundial: su efecto en las migraciones y el codesarrollo. Aproximación a los efectos de la crisis en las migraciones laboral, temporal y circular de colombianos y colombianas hacia España ⁷

STEFANNY LÓPEZ TRIANA, CAMILO CAMACHO ESCAMILLA⁸

El fenómeno de la migración mundial estimulada a través de los mercados laborales carentes de mano de obra, muestran un fenómeno cada vez más interrelacionado e interdependiente en un mundo carente, en muchos casos, de la atención que esto amerita. En el centro de este fenómeno, encontramos la necesidad como principal factor de expulsión y atracción de mano de obra dados los procesos globalizadores de los últimos tiempos que en contraposición a las ventajas que pueden llegar a tener estos procesos, las enormes desigualdades que ella genera, particularmente en los países del tercer mundo, alienta las migraciones y refuerza la necesidad de migrar articulada a la búsqueda de mejores condiciones y calidades de vida tanto para los migrantes como para sus familias. Por otra parte, existe una necesidad de mano de obra en sectores económicos de importante escases de trabajadores autóctonos cua-

7 Ponencia Presentada en el VII Seminario Internacional: "Trabajo Crisis Global y Salud", el 22 de Octubre de 2009.

8 Universidad Nacional de Colombia. Estudiantes de pregrado del Departamento de Ciencia Política.

lificados para los mismos, que solamente puede ser suplida a través de las migraciones.

La satisfacción de esas mutuas necesidades a través de las migraciones laborales pueden verse altamente privilegiadas en épocas de relativa normalidad mundial pero a su vez inmensamente golpeadas en coyunturas económicas como la que vivimos en el presente. Nuestra intención es señalar que en este mundo inmensamente interrelacionado e interdependiente al que hacemos referencia, lo que inicia con una creciente concesión de créditos a algunos de los sectores de la población norteamericana y termina con la imposibilidad de la misma para pagar esos créditos, da como resultado una crisis económica mundial con fuertes repercusiones en diferentes ámbitos en el seno de los países del mundo.

Lo que nos interesa resaltar en el presente documento, son los posibles efectos que esa crisis puede tener en el ámbito de las migraciones laborales de Colombia hacia España teniendo en cuenta el codesarrollo como aspecto primordial para su análisis. Buscamos entonces, aproximarnos brevemente a algunos de los efectos que la actual coyuntura económica puede tener en esas migraciones laborales.

Codesarrollo

El codesarrollo es un término relativamente nuevo y constituye una nueva forma particular de ver el creciente fenómeno de la migración en el mundo. Sin embargo, a pesar de su novedad, en la práctica ya son muchos los países que han incorporado esta nueva concepción de las migraciones con relación al desarrollo interno de los países de destino y de origen de los inmigrantes.

El origen del concepto de codesarrollo se da en medio de un contexto mundial de creciente ola migratoria hacia las grandes potencias mundiales. Para solamente citar dos ejemplos, en España, crisis como las vividas en Colombia y en general en América Latina a finales de los años noventa del siglo pasado, se dieron a la par con el comienzo de la diáspora latinoamericana hacia el país ibérico. Así, si para 1997 solamente había en España 112.131 latinoamericanos y re-

presentaban el 18,3 % del total de la población extranjera, para 2007 ya representaban el 44,2 % y sumaban 1'993.084 (INE, 1998 y 2008). Fue precisamente esa crisis de finales de los años noventa que sirvió de incentivo para las migraciones procedentes de América Latina hacia este país.

También para Francia eran momentos críticos en los que el fuerte crecimiento del número de personas extranjeras sin permisos en regla, los continuos rechazos a demandantes de asilo y las deportaciones habían conducido a encierros y actos reivindicativos por parte de los *sans papiers* (sin papeles) y a la politización generalizada del tema de la inmigración (Malgesini, 2007: 47).

En medio de esta diáspora, y dejando a un lado la satanización de la inmigración, en 1997, el entonces técnico responsable de Integración y Codesarrollo del Gobierno francés, Sami Naïr, en un discurso proclamaba por una nueva mirada a las migraciones. Para él, el codesarrollo “es una propuesta para integrar inmigración y desarrollo de forma que ambos países, el de envío y el de acogida, puedan beneficiarse de los flujos migratorios. Es decir, es una forma de relación consensuada entre dos países de forma que el aporte de los inmigrantes al país de acogida no se traduzca en una pérdida para el país de envío” (Naïr, 2007).

Retomando la idea de codesarrollo inicial propuesta por Naïr, partiremos de la siguiente definición sobre codesarrollo, la cual nos permitirá acercarnos al tema del presente documento. El codesarrollo será entendido como la relación entre migraciones y desarrollo que constituye una nueva forma de ver el fenómeno de las migraciones alejada de sus implicaciones negativas tanto en el país de destino como en el de origen, para pasar a una idea de las migraciones como vectores de desarrollo. Por lo tanto implica la consolidación, a través de las migraciones, de un bienestar económico, cultural, social, político, etc., tanto en los países de destino como en los de origen de los y las migrantes por medio del control de los flujos de migración y de la creación de contingentes de inmigrantes por parte de los Estados involucrados. Además, implica la idea de nuevos actores y actrices en las migraciones dentro de los cuales se tendrán en cuenta funda-

mentalmente a los y las migrantes como vectores fundamentales de codesarrollo.

Migración laboral, temporal y circular (MLTC)

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el término: Migración laboral, temporal y circular, “surge de la contratación de migrantes laborales por periodos que van de seis a nueve meses para desempeñar exclusivamente labores agrícolas y retornar a los países de origen una vez terminado el contrato, y así tener la posibilidad de ser contratados nuevamente para una nueva cosecha al siguiente año” (OIM, 2009).

Este tipo de migraciones relacionadas con la contratación en origen de mano de obra para los sectores agrícolas españoles, surge recientemente en España ante la falta de mano de obra en los sectores rurales que se vieron abandonados en la postguerra civil española pues los campesinos que se dedicaban a cultivar en el campo, y que fortalecieron la economía española por medio de la agricultura, comenzaron a desplazarse hacia las grandes ciudades. Una vez terminada la guerra, la gran mayoría de campesinos no regresaron a sus tierras lo cual comenzó a ocasionar un grave deterioro en el campo. Los campesinos se asentaron en las ciudades y se acostumbraron a la vida urbana. Las nuevas generaciones ya no nacerían en el campo ni encontrarían en él algún interés.

En medio de esta situación, se crea la necesidad de contratar mano de obra para que trabaje el sector agrícola español que cada vez más estaba en peores condiciones, al tiempo que la necesidad de los colombianos por mejorar su calidad de vida y salir de sus diferentes crisis económicas aumentaba. Nace entonces asociado a las primeras necesidades La Unión de Pagesos, el sindicato más representativo de Cataluña, que en el 2001 crea la Fundación Pagesos Solidaris (Zapata, Faúndez. & Sánchez, 2009: 37), asociada a la satisfacción de las segundas necesidades.

Una característica primordial del tipo de contrataciones que realiza Pagesos, que conviene señalar, tiene relación con el concepto de Codesarrollo visto arriba pues a través de esta fundación se vincula

explícitamente el codesarrollo con las migraciones. De esta forma, se pretende que por medio de esas contrataciones se puedan generar proyectos productivos tanto en origen como en destino gracias a la preparación que la fundación brinda a cada uno de sus beneficiarios.

Se puede observar que las Migraciones temporales buscan ser una experiencia que beneficie tanto al país de destino como al país de origen. En nuestro caso, por un lado, el lugar de destino o comunidad de acogida se beneficia al suplir la falta de mano de obra que se dio en las zonas rurales españolas y, por el otro, el lugar de origen o comunidad de origen se beneficia en primer lugar por la experiencia personal que han vivido los campesinos migrantes en sus países destino, y en segundo, porque este tipo de migración permite igualmente por medio del salario devengado ahorrar dinero y tener muchos aprendizajes técnicos en cuanto al tratamiento de la tierra lo cual será aplicado una vez se regrese al país de origen en sus comunidades de procedencia. Esto último podrá verse reflejado en la posibilidad de inversión de sus ahorros en proyectos productivos, lo cual se traduciría en mayores ganancias para el sector económico nacional, en menos desempleo y mayor productividad agrícola, mercantil, etc.

Aunque la práctica del codesarrollo al interior de Pagesos implica mucho más que la simple intermediación para contratación de campesinos hacia España y el incentivo para que con el dinero ganado se puedan hacer proyectos productivos en origen y destino (implica además un conjunto mayor de ventajas y desventajas), lo que nos interesa resaltar del programa de codesarrollo de Pagesos es la puesta en práctica de la definición de codesarrollo que hemos propuesto en el presente documento. Es interesante de examinar este caso porque representa una regulación de los flujos migratorios, la puesta en práctica de algunos proyectos productivos tanto en los países de destino como en los países de origen y la creación de contingentes de inmigrantes por parte de los Estados involucrados. Además, este programa ejemplifica uno de los programas de contingentes hacia España más solicitados pero que como veremos se verá drásticamente reducido entre 2008 y 2009.

Efectos de la crisis en las MLTC y su concepción de codesarrollo

Sin lugar a dudas, lo que en términos generales podemos encontrar como primer efecto de la crisis en los inmigrantes tiene que ver con la disminución de sus salarios y por consiguiente de las remesas que se envían hacia los países de origen. El problema allí se agrava cuando de las remesas depende gran cantidad de familias retrasando o estancando los proyectos de movilidad social de ellas mismas y los proyectos productivos que pueden generarse tanto en el origen –a través de la formación de empresa con el dinero de las remesas– como en el de destino –por medio de la disminución de la inversión del ingreso personal en proyectos productivos en España–.

En efecto, si para 2007 los inmigrantes de la Comunidad de Madrid enviaron 2.020 millones de euros a países extranjeros ya para 2008 esta cifra se redujo un 4% alcanzando la cifra de 1.993 millones de euros. El estudio del descenso en las remesas en los años anteriores, también demuestra que las mujeres son las personas que más remesas envían aún en el marco de la crisis debido a que sectores como la construcción (cuya población mayoritaria es masculina) han sido los más golpeados por dicha coyuntura económica lo cual, en otras palabras, podría plantearse como que los más afectados por la crisis económica actual son los hombres (Remesas.org, 2009).

Lo anterior indudablemente puede tener efectos negativos en los proyectos de codesarrollo que se llevan a cabo por medio de esas contrataciones en origen a través de Pagesos Solidaris, por cuanto la capacidad de inversión del inmigrante en proyectos económicamente productivos es cada vez menor. En términos generales, si bien las familias de los inmigrantes destinan principalmente los ingresos por concepto de remesas a la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, estudio, ropa, etc.) y en mucha menos proporción a proyectos productivos, es de esperarse que en medio de la actual crisis, y con un flujo de remesas menor, la destinación de los ingresos por este concepto serán cada vez menos destinados para los proyectos productivos.

Para el caso específico de las contrataciones en origen, el análisis a partir del flujo de las remesas para abordar su influencia en el codesarrollo no es muy viable por el hecho de que para el codesarrollo los inmigrantes son sus vectores principales y si ellos no viajan es de esperar que los proyectos económicos y sociales que se pueden desprender de la experiencia de la migración de tipo MLTC se reduzcan. Además, hay que tener en cuenta que los pocos que puedan migrar por medio de la contratación en origen en el transcurso del presente año, destinarán sus ganancias a la satisfacción de las mismas necesidades básicas pero que en el contexto de crisis tienden a encarecerse por efectos del aumento en la inflación.

Algo preocupante resulta ser el hecho que destaca el informe del ministerio español que afirma que algunos inmigrantes han tenido que verse obligados a cerrar algunas empresas que ellos mismos han creado dado el contexto actual de crisis. Ello pone a prueba la verdadera dimensión de codesarrollo pues, según nuestra definición del mismo, éste debe propugnar por un bienestar económico, cultural, social, político, etc., tanto en los países de destino como en los de origen de los y las migrantes por medio del control de los flujos de migración y de la creación de contingentes de inmigrantes por parte de los Estados involucrados. Por consiguiente, dado el cierre obligado de las empresas de inmigrantes en España, la posibilidad de un bienestar en los ámbitos señalados anteriormente tanto en el origen como en el destino, se reduce dejando, por tanto, un codesarrollo a medias.

Para el último mes del 2008, España ya alcanzaba un porcentaje de desempleo del 14,8 %; la cifra más alta del desempleo en la eurozona para dicho año. Como si esto no fuera poco, a medida que la crisis se ha tratado de asentar cada vez más en el mundo y a pesar de las medidas que han tomado algunos gobiernos para hacerle frente, España para julio del presente año 2009 aún continúa liderando las cifras del desempleo en la Unión Europea alcanzado el 18,5 % (EUROSTAT, 2009).

Esta situación sin duda ha logrado afectar al creciente número de inmigrantes residentes en España que se han visto tentados, ante la

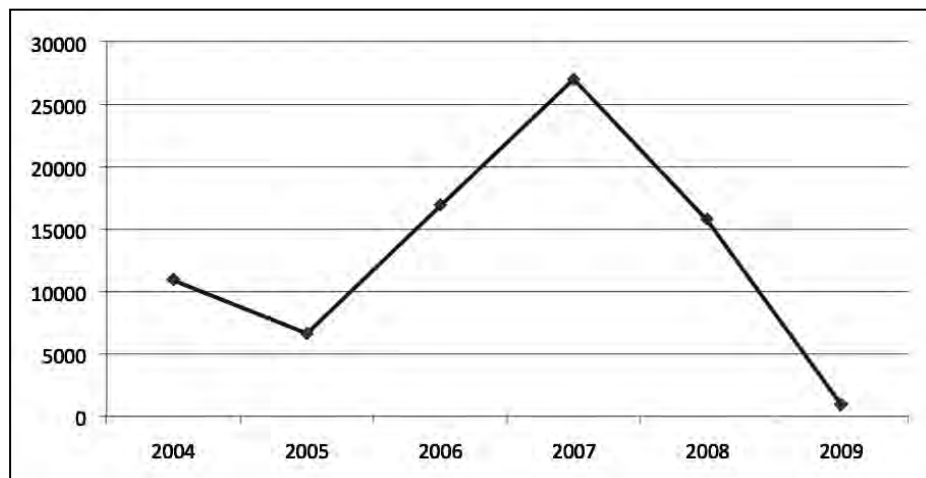
gravedad de la crisis del empleo en ese país, a aceptar programas como el Plan de Retorno Voluntario que lidera el gobierno español y que plantea que todos aquellos inmigrantes en situación de desempleo y que procedan de países extracomunitarios con los cuales España haya firmado convenios bilaterales en materia de Seguridad Social, podrán asegurarse un retorno con las máximas garantías. En primer lugar, porque podrán cobrar por anticipado toda su prestación por desempleo y, en segundo lugar, porque podrán computar todas las cotizaciones realizadas en España y en su país de origen a efectos de su pensión futura (Gobierno de España, 2008).

No obstante, muchos de los inmigrantes (que constituyen ya para el finales del 2008 el 11,4 % de la población que habita en España), por miedo a perder sus papeles de residencia y permiso de trabajo, o por poseer deudas o hipotecas que no les permiten salir del país, manifestaron que preferían aguantar los devastadores efectos de la crisis, y esperar a que ésta pasara para poder volver a retomar sus trabajos. Esto redundaba sin duda en la poca acogida de la propuesta del Retorno Voluntario ya que un mes después de haberse puesto en marcha, se esperaba la recepción de 100 mil personas de las cuales sólo 767 habían hecho la solicitud de indemnización para retornar a sus respectivos países de origen (Elespectador.com, 2008).

A los anteriores efectos de la crisis económica en España, debemos agregarle uno más por ser uno de los temas que nos ocupan en el presente documento: la MLTC. La secretaria de Estado de Inmigración y Emigración en España, Consuelo Rumí, vaticinó en momentos de mayor impacto de la crisis, la realización de menos contrataciones de mano de obra extranjera en los países de origen, especialmente para sectores tan golpeados por la crisis como el de la construcción (Elmundo.es, 2008 (a)). Así mismo, la región de Cataluña, una de las que más recibe extranjeros en España, comenzó a evidenciar desaceleraciones en la llegada de trabajadores de otros países tal y como lo afirma el delegado del gobierno de Cataluña Joan Rangel planteando que “En vez de continuar creciendo de forma sostenida como durante los últimos años, se va a la baja” (Elmundo.es, 2008 (b)).

En efecto, como muestra el siguiente gráfico, los últimos meses de 2007 y 2008 propiciaban para la economía mundial momentos de grandes desafíos dentro de los cuales se destacaba el del mercado laboral interno.

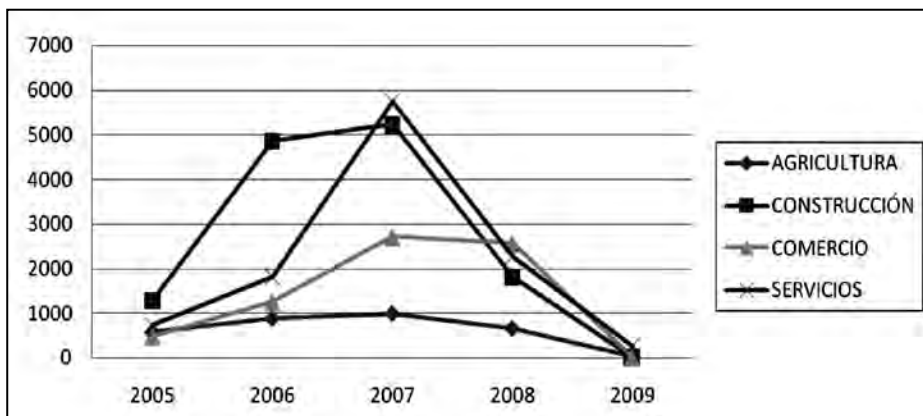
Evolución contingente de trabajadores extranjeros en España



Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Por ello, el Ministerio de Trabajo e Inmigración español estableció las cifras adecuadas de Contingente de trabajadores en España, por medio del cual se establece la cantidad de empleos estables disponibles en España para contrataciones en origen, con cada vez menos inmigrantes procedentes de origen no comunitario tratando de proteger el mercado laboral para los autóctonos. Así, las contrataciones en origen, como también se les conoce a las MLTC, bajaron significativamente entre el 2007 y el 2008, y de manera más drástica entre 2008 y 2009. Igualmente, los sectores económicos españoles donde comúnmente se necesitaban más trabajadores de origen extranjero por no encontrar trabajadores autóctonos cualificados para ellos, se vieron también afectados por los efectos de la crisis económica tal y como lo muestra el siguiente gráfico.

Evolución contingente de trabajadores extranjeros en España por actividad económica



Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Oficial del Estado. Años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.

De igual forma, el catálogo de ocupaciones de difícil cobertura por medio del cual se establecen las ocupaciones que más necesitan el aliento de empresarios, para cubrir las con mano de obra extranjera y por medio de la contratación en origen, se ha reducido gracias a que la crisis económica alienta significativamente a los trabajadores autóctonos que si bien antes no se veían tentados a trabajar en esos sectores para los cuales no están lo suficientemente cualificados, ahora encuentran en esas ofertas de trabajo una forma para paliar la crisis del mercado laboral español.

Retomando la definición propuesta unas líneas más arriba de co-desarrollo, indudablemente, según lo mostrado en el presente documento, aunque el control de los flujos migratorios se da por medio de los diferentes documentos de oferta y demanda de trabajadores extranjeros autorizados para entrar a España a trabajar (es decir el contingente aprobado año a año por el gobierno español), ese flujo migratorio cada vez más regulado tiende a la baja en medio del actual contexto de crisis económica y por consiguiente, frente su reducción, menos proyectos productivos pueden llevarse a cabo tanto en los países de origen como de destino.

Los efectos quizá son peores si tomamos en cuenta la necesidad que tienen muchos de emigrar. Justamente, dadas las condiciones económicas actuales, cada vez es más frecuente encontrar que el incentivo a las migraciones sea basado en la necesidad de la población y no en su libre autodeterminación. Es por ello que si la MLTC ha tenido efectos productivos a través del codesarrollo impulsado por Pagesos, con su eventual descenso, los necesitados en los países subdesarrollados cada vez serán más por lo que, por ejemplo, las cifras del desempleo tenderán a aumentar en dichos países incrementando el efecto que pueda tener la crisis. Por consiguiente, el impacto de la crisis en el codesarrollo termina teniendo fuertes efectos en sus actores principales, los inmigrantes.

Era de esperarse que en medio del mundo interdependiente e interrelacionado en el que vivimos la crisis económica actual afectara, en mayor o menor medida, a todos los países del mundo. El fortalecimiento del mercado laboral que cada vez más se iba consolidando a través de las migraciones reguladas gracias a diferentes acuerdos de contrataciones en origen, ha caído en estas épocas de crisis económica con graves efectos para los migrantes que dependían de este tipo de migraciones y para la consolidación del codesarrollo en los países de origen y de destino.

Los esfuerzos que hasta el momento se han hecho para consolidar el codesarrollo o en palabras de Naïr, el desarrollo que engendra desarrollo (Naïr, 2009), se han visto menguados por efectos de esa crisis. Las contrataciones en origen han descendido drásticamente en España y se prevé que lo siga haciendo como método de defensa al mercado de trabajo autóctono español.

Por ello, aunque los afectados puedan ser en términos generales los países de destino y de origen por concepto de remesas por ejemplo, los directamente afectados por la coyuntura actual son los mismos migrantes, los potenciales migrantes que veían las migraciones reguladas como una oportunidad para mejorar sus condiciones de vida, además de sus familias quienes pueden ver frenados sus iniciativas de desarrollo en sus países de origen y la satisfacción de sus

necesidades ante la reducción de las contrataciones en origen por parte del gobierno español, en este caso.

Creemos que en estas épocas de coyuntura económica internacional debiera blindarse lo ya logrado por medio de las contrataciones en origen a través de un mayor interés por parte los propios gobiernos de origen y de destino. Los primeros, por ejemplo, por cuanto el fortalecimiento de las migraciones reguladas posibilitan el descenso del desempleo y de las precarias condiciones de vida de algunos colombianos, el desarrollo interno del país a través de proyectos productivos de los migrantes y además produce un aumento importante en las remesas que pueden reflejarse en el PIB. Los segundos pues a través de estos tipos de migraciones pueden satisfacer la necesidad de fortalecer la economía en los sectores en donde los autóctonos no son altamente cualificados para ello. Además, aunque haya bajado la oferta de contrataciones en origen por parte del gobierno español no necesariamente esto implica que se reduzca la necesidad de mano de obra en origen. Por el contrario, el fortalecimiento de estas migraciones posibilitará el desarrollo social y económico que necesita España en esos sectores de baja actividad económica.

Agradecimientos

Queremos señalar que los resultados de esta investigación están estrechamente relacionados con nuestras labores en el grupo transnacional “Iberoamérica soy yo” adscrito a la Universidad de Salamanca y a la Universidad Nacional de Colombia, cuyo profesor titular es David Roll.

Referencias

- El Espectador. (2008). *Latinoamericanos aguantan en España el tirón de la crisis*. Recuperado en septiembre 2009, de: <http://www.elespectador.com/articulo101961-latinoamericanos-aguantan-espana-el-tiron-de-crisis>
- El Mundo (a). (2008). *El Gobierno vaticina que llegarán menos inmigrantes por la crisis económica*. Recuperado el 19 septiembre de 2009, de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2008/07/31/espana/1217507234.html>

- El Mundo (b). (2008). *La entrada de inmigrantes a Cataluña comienza a frenarse por la crisis económica*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.elmundo.es/elmundo/2008/07/25/barcelona/1216988633.html>
- Eurostat. (2009). *Harmonised unemployment rate by gender – total*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=teilm020>
- Fundación Pagesos Solidaris. (s.f.). *¿Quiénes somos?* Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.pagesosolidaris.org/archivos/es/treballem.php>
- Gobierno de España. (2008). *Plan de Retorno Voluntario*. Recuperado en septiembre de 2009, de: http://www.planderetornovoluntario.es/index_uno.html
- Instituto Nacional Estadístico – España. (1998 y 2008). *Anuarios Población*. Recuperado el 13 de septiembre de 2009 del sitio web www.ine.es
- Malgesini, G. (2007). *Guía básica del codesarrollo: qué es y cómo participar en él*. Madrid, España: Cideal.
- Mejía, W. (coord.), Murillo, A., Martínez D., Ramírez, D. Bedoya, É. Mena, J., Galvis, M., Restrepo, M. & Castro, Y. (2008). *La experiencia del modelo de contratación laboral, temporal y circular de la unión de agricultores de Cataluña en Colombia, vista desde las comunidades de origen de los trabajadores*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.migracionescolombianas.edu.co/vieja/Documentos/documentos/DOCUMENTOS%20DE%20TRABAJO/mltc.pdf>
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (s.f.) *Boletín Oficial del Estado años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009*. Recuperado el 20 de septiembre de 2009 del sitio web del Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España: www.mtas.es.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2009). *Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2009*. Recuperado en septiembre de 2009, de http://extranjerios.mtin.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/Inmigracion_y_mercado_de_trabajo_Informe_2009.pdf
- Naïr, S. (2007). *Codesarrollo: la manera natural de beneficiarse*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.revistateina.org/teina14/dos4.htm>

- _____ (2009). *Migraciones: el 'codesarrollo' contra la crisis*. Recuperado en septiembre de 2009, de: http://www.elpais.com/articulo/opinion/Migraciones/codesarrollo/crisis/elpepuopi/20090830elpepiopi_5/Tes.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2009). *Modelo de Migración Laboral, Temporal y Circular (MLTC)*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.oim.org.co/Programas/Relacionadosconmigraci%C3%B3ninternacional/Programasdemigraci%C3%B3nlaboral/tabid/85/language/es-CO/Default.aspx>.
- Remesas.org. (2009). *La crisis feminiza las remesas en España y EEUU*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.remesas.org/09mujeres.html>.
- Zapata Barrero R., Faúndez R. & Sánchez Montijano E. (2009). *Migración Laboral, Temporal y Circular (MLTC) de trabajadores entre Colombia y España, Un modelo a consolidar y replicar*. Recuperado en Agosto de 2009, de: http://www.upf.edu/gritim/_pdf/INFORME_FINAL_IOM.pdf

Migración laboral: derechos humanos y política pública⁹

MARÍA ANGÉLICA VERA MARTÍNEZ¹⁰

Para abordar el tema de la migración económica-laboral en Colombia, como primera medida se debe analizar qué es lo que hace que este hecho sea un fenómeno que se acrecienta década tras década. Hay que reconocer que la economía es un factor principal en la supervivencia del ser humano, ésta supone estabilidad, no sólo personal, sino a nivel familiar. Aquellas personas o familias que cuentan con ingresos económicos mínimos favorables cuentan con estándares de vida más digna (alimentación, estudio, vivienda, vestido, etc.), sin embargo, esta situación es factible cuando se cuenta con trabajo decente, es decir, aquel que es justamente remunerado y en el que se respetan los derechos laborales establecidos por la legislación.

Al respecto, se resalta la inquietud de ¿cuántas personas y/o familias en Colombia cuentan con trabajo decente, donde sus ingresos sean suficientes para cubrir el alza permanente de la canasta fami-

9 Ponencia Presentada en el VII Seminario Internacional: Trabajo Crisis Global y Salud”, el 23 de Octubre de 2009.

10 Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo –ISCOD– COLOMBIA

liar, los impuestos que se generan día a día y las necesidades básicas para sobrevivir? Sin profundizar mucho en el tema, se puede analizar las cifras de pobreza e indigencia del país, en donde Colombia, se sitúa entre los países de peor desempeño en América Latina, con el 46% de la población sumida en la pobreza y el 17% en la indigencia (DANE, 2009). Para poder suponer la situación real de estos datos, hay que ver la tasa de desempleo nacional, la cual se encuentra en el 13.1%. Un caso particular que llama la atención es del de Pereira, ciudad con la mayor tasa de desocupación en el país (21.3%) (El Espectador, 2009), y una de las ciudades con mayor flujo de migrantes hacia el exterior. Asintiendo nuestro interrogante de que las políticas restrictivas de los países receptores y la crisis mundial han incrementado el retorno de los nacionales a sus ciudades de origen.

A pesar de la situación que se revela, la población joven hace un mayor esfuerzo por mejorar sus condiciones socio-económicas, el 29,2 por ciento del total poblacional accede a la educación superior, suponiendo que este será el *know how* que les proporcionara una mejor calidad de vida, sin embargo, aquellos que logran su objetivo, al enfrentarse al mercado laboral se encuentran con sendas exigencias y requisitos que no cumplen y/o con salarios muy bajos, ampliándose la lista del desempleo ilustrado (Sarmiento Anzola, 2009). Paradójicamente mientras que la educación aumenta el trabajo disminuye, haciendo que la economía informal y la emigración se convierta en las dos únicas opciones para huir de la pobreza.

La migración laboral-económica así como el trabajo en economía informal, no dejan de ser acciones en las que claramente se violan los derechos humanos laborales, tales como: el derecho a un empleo estable en donde la persona pueda desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses; a condiciones satisfactorias de trabajo; a un salario digno; a la contratación colectiva; descanso semanal y a las vacaciones; al derecho de huelga y a la libertad sindical, entre muchos otros.

Muy a pesar de esta situación, el gobierno Colombiano se preocupa básicamente por mantener políticas económicas y sociales en

beneficio de los grandes empresarios, hecho que va en contravía a las recomendaciones hechas por el “Pacto Mundial para el Empleo” adoptado por la OIT en Ginebra, donde se le solicita a gobiernos y a organizaciones de trabajadores y empleadores, que unan esfuerzos para enfrentar la crisis mundial del empleo con políticas que estén alineadas con el Programa del Trabajo Decente de la OIT. Al parecer estas recomendaciones son caso omiso para la mayoría de los responsables de la política económica del país: decidir “actuar” o “no actuar” implica una postura clara a los asuntos laborales. Si el Estado opta por “no actuar” en favor de una política económica y de generación de empleo, daría a entender que su posición es permitir que sus nacionales emigren, y que de este modo, dejen de ser una carga más para el Estado desde todo punto de vista; las familias que quedan en el país terminan siendo responsabilidad del emigrante y el emigrante responsabilidad de nadie.

No toda la migración se da dentro de un contexto económico-laboral aunque es el motivo más común (82.7%), comparado con el 6.9% de personas, que lo hace por motivos relacionados al estudio, un 6.9% por motivos de reunificación familiar y el 1.3% relacionado con el conflicto (Observatorio Colombiano de Migraciones, 2009). Aunque los motivos para emprender un proceso migratorio son variados, al llegar al país de destino la principal preocupación de estas personas es la búsqueda de empleo, en razón a que en ese nuevo país también se debe contar con un ingreso económico estable y suficiente para vivir y con mayor razón si en el país de origen ha quedado familia que depende económicamente del emigrante. No se puede pasar por alto la situación de aquellos que han abandonado el país por motivos de seguridad, especialmente la población campesina que se ha convertido en objetivo militar, y sus tierras y bienes en botín de guerra (CODHES, 2009), muchos de ellos dejando en el país obligaciones crediticias, que al estar en tal situación les es imposible cumplir, siendo objeto, no sólo de la persecución de los grupos armados ilegales, sino también del Gobierno y el sistema financiero que no reconocen su condición de víctimas del conflicto.

La “emigración laboral-económica” se soporta en dos grupos: los que cuentan con una oferta de trabajo o que por su condición migratoria les es permitido trabajar de manera regular; y en los que por la situación económica en el país de origen y las pocas posibilidades de emprendimiento inician un proceso migratorio, en la mayoría de los casos pasando por alto las leyes de inmigración del país de acogida. La condición de migrante laboral, tiene connotación de regularidad frente al migrante económico, posibilitando el cumplimiento y respeto de sus derechos laborales, sin embargo; esto no es garantía absoluta, ya que en algunos casos estas personas se ven sometidas a maltratos físicos y morales, ofensas de sus empleadores, así como desmejoras en sus condiciones laborales. En su caso, los migrantes económicos se enfrentan a situaciones mucho más complicadas al llegar a un país que los criminaliza por estar en condición irregular, teniendo que asumir los empleos que son vergonzantes para los nacionales, sin contratos de trabajo, salarios inferiores y condiciones en donde se violan los derechos humanos y laborales. Estas personas han salido de un país donde no encontraron garantías del Estado para el goce de sus derechos y el ejercicio de sus libertades, y en donde no tienen oportunidades educativas, laborales ni de emprendimiento empresarial, razón por la cual son vulnerables a que sus nuevos empleadores se aprovechen de su situación, y no se les de igualdad de trato, vendiéndoles la idea de que se les está haciendo un favor.

Este no es el caso de aquellos profesionales que emigran con el objetivo de hacer una especialización o una maestría, y terminan siendo requeridos por sus habilidades intelectuales: este tipo de migración obedece a una estructura productiva en Colombia que no es capaz de emplear este capital humano altamente capacitado, lo cual genera un círculo vicioso, pues la no transferencia de conocimientos y tecnología le resta oportunidades de desarrollo al país; en Colombia no existen incentivos económicos que atraigan a los colombianos capacitados en el exterior, ni que retengan a los excelentes profesionales que el país forma, siendo la migración una oportunidad para obtener el reconocimiento, apoyo y remunera-

ción adecuada para el desarrollo intelectual y productivo de estas personas.

Para tener un referente de la situación laboral de los emigrantes colombianos me remito a la última Encuesta Nacional de Migraciones (Observatorio Colombiano de Migraciones, 2009: 47-48) donde se muestra que el 84% de los colombianos en el exterior trabaja, el 2,8% busca trabajo, el 4% se dedica a oficios del hogar, el 6,6% estudia, el 1,9% son pensionados; comparando estos datos con los de la encuesta AMCO de 2004, podemos ver que son bastante similares, lo cual convalida que la emigración se sigue perfilando como la oportunidad de conseguir empleo, pero no es tan claro que sea la oportunidad de mejorar las condiciones de vida, ya que la encuesta no nos muestra cuántos de estos connacionales se encuentran en condiciones regulares y cuántos en condición indocumentada.

Los organismos internacionales como la ONU y la OIT han alentado la producción de normatividad con el objeto de minimizar riesgos y equilibrar el respeto por los derechos humanos de los migrantes, dentro de los cuales encontramos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familiares de 1990, la Convención de Naciones Unidas contra el Crimen Transnacional Organizado (trata de personas y tráfico de migrantes) 2000, el marco Multilateral de la OIT para las Migraciones Laborales (2005) y los convenios 97 y 143 relativos a los trabajadores migrantes, estos dos últimos no ratificados por Colombia; sin embargo, muchos de estos esfuerzos se quedan plasmados en documentos sin eco y sin dolientes.

El creciente dinamismo de las migraciones laborales en el continente ha permitido que este tema se incluya en la agenda como nuevo desafío para el sindicalismo Internacional y de las Américas. La participación sindical constituye un mecanismo en la defensa de políticas migratorias antidiscriminatorias, que garantizan para el trabajador migrante, cualquiera sea su situación documentaria, la igualdad de trato frente a los trabajadores nacionales y goce a los derechos laborales, sociales y culturales.

En este sentido, la Confederación Sindical Internacional ha adoptado el enfoque antidiscriminatorio sobre libertad sindical, haciendo un llamado de reflexión para que las centrales sindicales permitan la fácil incorporación de extranjeros a las conducciones sindicales, asimismo, promueve y defiende el derecho a no emigrar, instando a los gobiernos a desarrollar las políticas necesarias para garantizar el cumplimiento de este, creando las condiciones necesarias para que la migración sea una decisión voluntaria y no impuesta. Estas buenas prácticas, de ser puestas en marcha facilitarían la defensa y reivindicación de los derechos humanos y laborales, teniendo el migrante un respaldo institucional en aquel país que lo recibe con indiferencia.

En Colombia el avance en este sentido ya denota un cambio, las tres centrales obreras Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), Central Unitaria de Trabajadores (CUT) y Confederación General del Trabajo (CGT), así como el Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo (ISCOD)¹¹ se encuentran vinculados a la Plataforma Social Migratoria – HERMES, espacio dedicado al diálogo, la articulación y el fortalecimiento de los migrantes (en país de origen y de destino), donde todas sus asociaciones y otros sectores de la Sociedad Civil, se encuentran comprometidos con la defensa y promoción de los derechos humanos de esta población, incluidos los asilados, refugiados, deportados, desplazados internos e internacionales y sus familias. Uno de los objetivos dentro de esta red es promover y participar en el debate político sobre el tema migratorio. Hecho que llevó a la presentación de un proyecto de ley en el Congreso de la República donde se propone la creación de un Sistema Nacional de Migraciones¹².

Asimismo, las Centrales, comprometidas no sólo con los derechos laborales, sino dentro de un marco más amplio, con los derechos humanos, han dirigido su mirada precisamente al sujeto activo de

11 Organización de la sociedad civil ligada al movimiento sindical, creado por la UGT de España en 1990.

12 Proyecto de Ley No 070 2009 Cámara de Representantes, acumulado con el PL 016 2009 de Senado. Actualmente cursa debate en la Comisión Segunda del Senado.

la migración, razón por la cual se han generado espacios para asistir, capacitar, concienciar y orientar al migrante, su familia y a la población en general en los procesos de movilidad, haciendo énfasis en sus obligaciones y derechos laborales e individuales y colectivos. Es el caso del convenio suscrito por UGT-AECID y el ISCOD Colombia, el cual dio vida al Centro Guía de Migraciones¹³ (CGM), cuya intención es servir de plataforma a las centrales sindicales del país para el cumplimiento de estos propósitos; el resultado esperado es el empoderamiento de las Centrales en el tema migratorio, la continuidad del CGM, así como la promoción y participación en el debate político migratorio, iniciando con la implementación de estrategias para la ratificación de los Convenios 97 y 143 de la OIT.

Son muchos los esfuerzos de la sociedad civil por promover acciones que permitan detener o al menos reducir los abusos a los que se ven expuestos muchos de los colombianos en el exterior, sin embargo, es el Estado el que debe garantizar el bienestar y el goce efectivo de los derechos de nuestros connacionales en el exterior. En este sentido, el Ministerio de Relaciones Exteriores con la aprobación del documento CONPES14 3603, aprobado el 24 de agosto de 2009 como la Política Integral Migratoria (ejecutable en los próximos cuatro años), estableciendo como finalidad *“potenciar el desarrollo de la población colombiana que reside en el exterior y los extranjeros que viven en el país, a través de unos lineamientos, estrategias y programas”*, así mismo definió como problemas centrales la *“limitada atención a los fenómenos migratorios por parte del Estado colombiano”* y que *“las dimensiones de desarrollo de la población no son atendidas oportunamente”*, siendo esto el resultado de la poca efectividad de los instrumentos implementados, pues, argumentan,

13 El ISCOD ha creado en todos los países de la región Andina Centros Guías de Migraciones que acompañan y asesoran a los trabajadores que desean emigrar a España, con el fin de que lo hagan de manera informada y regular.

14 Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República de Colombia: máxima autoridad nacional de planeación que se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país. Para lograrlo, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas generales que son presentados en sesión.

que los flujos y las dinámicas migratorias han ocasionado que la respuesta institucional del Estado no se haya ajustado de manera adecuada. Sin embargo, las dinámicas migratorias obedecen a fenómenos multi-causales de escala global, que acusan una falta de visión política del gobierno colombiano frente a los posibles escenarios migratorios que pueden afectar al país.

Frente a este argumento, es necesario entrar a analizar que la política migratoria colombiana, desde el año 2003 se encuentra coordinada y orientada por la Comisión Nacional Intersectorial para la Migraciones, órgano presidido por el Ministro de Relaciones Exteriores y conformado por los Ministerios y entidades del Estado que están llamados a tener relación con el tema migratorio. Esta Comisión no ha mostrado avances frente a su cometido, por el contrario ha sido inoperante por las siguientes razones: es una Comisión que en la práctica no tiene participación de representantes ministeriales con poder de decisión política, razón por la cual las reuniones no son operativas ni se logra llegar a un consenso, lo que salta a relucir que no existe voluntad política para abordar este tema; por otra parte, no cuenta con una agenda temática para abordar los temas relacionados con la migración, quedando en manos de la Cancillería, jalonar este proceso, hecho complicado para este Ministerio por ser uno de los más débiles del Gobierno; tampoco se cuenta con norma alguna que los obligue a reunirse en períodos determinados, razón por la cual desde su creación se ha reunido máximo cuatro veces; porque no se permite la participación de la sociedad civil, ni de los migrantes y sus familias, actores claves en la construcción de las políticas; y la razón principal, porque la migración no es una prioridad de la política exterior ni de la política de protección social.

Sin embargo, para atacar la problemática que el mismo CONPES se planta, se sigue dejando en manos de esta Comisión dar las recomendaciones a las entidades miembros para la implementación de un Plan Estratégico Migratorio (PEM), del cual tampoco se establece en el CONPES un tiempo determinado para la entrega de estos planes.

Si este va a seguir siendo el medio para la solución, dentro de cuatro años tendremos los mismos problemas una “limitada atención a

los fenómenos migratorios por parte del estado colombiano” y donde “las dimensiones de desarrollo de la población no son atendidas oportunamente”.

Por otro lado, los objetivos de largo plazo definidos por el CONPES para la Política Integral Migratoria son: a) lograr la defensa, protección y garantía de los derechos de los colombianos en el exterior y los extranjeros en Colombia; b) fortalecer la transferencia de capacidades hacia el país de los colombianos en el exterior, así como mantener y ampliar las oportunidades de formación para Colombianos en el exterior y extranjeros en Colombia; c) tener una oferta de servicios estatales efectiva, suficiente y permanente; y d) Garantizar una migración regular de acuerdo a la normatividad internacional.

Teniendo como marco de referencia el primer objetivo, se evidencia que la política migratoria está siendo vista por el Gobierno con un enfoque de Derechos Humanos, avance que permite poner al migrante como actor principal de este hecho, “dejando” no del todo atrás, el enfoque economicista con que se venía abordando la política en el país, en razón a que dentro de las acciones previstas en la parte económica, el CONPES se plantea la definición de una estrategia de aprovechamiento productivo de las remesas, asociada a un estudio sobre la normatividad que lo afecta y al involucramiento de actores públicos y privados que lo fomenten, a través de una “mesa de remesas” y más adelante al abordar el tema específico de esta dimensión, se proponen ampliar el portafolio de oportunidades de inversión para los colombianos en el exterior y los extranjeros en Colombia. Hecho que deja de nuevo a la vista que el migrante se sigue viendo como un objeto comercial.

Dentro de una política integral en este campo, sería interesante ver programas de emprendimiento en donde se le enseñe a las familias a distribuir de manera responsable las remesas, hacer campañas de ahorro en donde se les muestre el esfuerzo y las condiciones en la que están los migrantes laborales y económicos en los países de destino, a promover proyectos productivos que les permita ver que el esfuerzo que se hizo en el exterior valió la pena en el retorno. Des-

afortunadamente estas acciones no se muestran de manera clara en el documento.

Respecto a otros objetivos, tampoco se muestran acciones relevantes que busquen cubrir las necesidades reales de los emigrantes colombianos, se plantea el retorno de los colombianos intelectuales en el exterior, pero no se trazan políticas de generación de empleo y trabajo digno que cubran las expectativas de estas personas. Dentro de una dimensión educativa, propone oportunidades de formación para Colombianos en el exterior y extranjeros en Colombia, pero no analizan el hecho de que estos colombianos se encuentra ejerciendo de dos a tres trabajos al día, para poder lograr el cometido que tenían al momento de irse del país, tampoco se plantea el cómo estas personas van a tener acceso a un computador y a internet para poder aplicar a dichos programas.

Teniendo en cuenta otras dimensiones, es ineludible advertir el hecho de que se plantea la participación cívica a través del fortalecimiento de Portal RedesColombia, del desarrollo de talleres de liderazgo cívico en las comunidades colombianas en el exterior y de la realización de encuentros informativos con embajadores y cónsules. Dentro de estos planteamientos, no se encuentra una propuesta real de participación, como sí lo sería permitir que los colombianos en el exterior y sus familias en Colombia, participen en la elaboración y concertación de las políticas públicas que los afectan directamente a ellos.

En la dimensión social, el CONPES abarca dos grandes e importantes temas. El mercado laboral y la seguridad social. En el primero se busca facilitar el acceso de la población migrante al mercado laboral, el Ministerio de la Protección Social MPS, deberá proponer programas y proyectos con oportunidades de trabajo decente para población migrante colombiana, y la oferta, por parte del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA de cupos de formación complementaria en ambientes virtuales. Con relación a los extranjeros residentes en Colombia, el Ministerio de Protección Social se compromete a realizar seguimiento a su situación laboral, reconociendo la necesidad de mejorar su conocimiento sobre ellos. Si bien es cierto

que son acciones importantes a desarrollar, la política también debe enfocarse en el seguimiento de los trabajadores colombianos en el exterior, así como aquellos convenios de flujos laborales entre Colombia y España, a través de los cuales salen miles de campesinos colombianos al año a una migración laboral, temporal y circular; esto con el fin de verificar si las condiciones laborales ofrecidas en el país de origen sí se cumplen en el país de destino y proteger a estos connacionales de abusos, violaciones y posibles delitos como la trata de personas.

En cuanto a la seguridad social, se adelantará una estrategia de comunicaciones sobre los mecanismos de acceso y permanencia al Sistema Nacional de Seguridad Social. Si bien es cierto que es necesario divulgar la información de los servicios que se prestan, el objetivo de una política pública frente seguridad social, no puede centrarse en solo una divulgación, sería más significativo promover convenios con otros países, en especial los receptores, para garantizar el derecho a una pensión y a una vejez digna, claro está que se requiere la voluntad política de los Ministerios para la implementación de estos convenios ya que la experiencia de los acuerdos escritos con España, Chile y Argentina no muestran un ejemplar desempeño, esto en parte se debe a que el Ministerio de la Protección Social, en la Dirección general de promoción al trabajo, cuenta con un solo funcionario que es el encargado de atender el tema migratorio, sin embargo las funciones de este cargo, sólo le reducen a la expedición de certificados de proporcionalidad para los extranjeros que quieren trabajar en Colombia. Frente a este hecho, es evidente que la política que traduce el CONPES no tiene en cuenta al 82% de los nacionales que han emigrado por motivos laborales, hecho que debería recabar en que la política migratoria del país debería estar en cabeza del Ministerio de la Protección social.

Aunque se habla de una política integral, vemos que son muchos los temas y los actores que se quedan por fuera de ésta. Para no ir tan lejos, la población refugiada no tuvo cabida dentro de las dimensiones ni las recomendaciones planteadas en el documento; asimismo, es una política que no cuenta con recursos adicionales a los que

ya estaban presupuestados para atender estos temas, el monto de 10.860 millones de pesos puede verse alucinante ante los ojos de quienes no han seguido el tema migratorio, pero ante la mirada real se evidencia que no es más que el valor que equivale al presupuesto ya asignado para el tema en cada Ministerio, como quien dice se va a seguir trabajando con el mismo dinero pero con la pretensión de ahora sí atender a la población migrante. Si se hace la operación matemática de atender a los 4 millones de colombianos en el exterior con esta suma, nos da que cada migrante tiene derecho a \$678.75 por año. Tampoco se puede hablar de política integral cuando no se destina un presupuesto justo de carácter permanente para atender las necesidades de los connacionales.

Por otra parte la sociedad civil en cabeza de la Plataforma Social migratoria, se dio a la tarea de trabajar junto con el Congreso de la República el proyecto de Ley 070 de 2009 con el cual se pretende crear el Sistema Nacional de Migraciones, siendo este el mejor referente a una política integral migratoria, y un excelente complemento al documento CONPES. La conformación de un Consejo Nacional de Migraciones es una de las propuestas claras que propone este proyecto, el cual actuaría como encargado de desarrollar las actividades de dirección, programación, coordinación y evaluación de la política pública migratoria en el país, convocando a las entidades públicas responsables del tema migratorio y que actualmente se congregan en la Comisión Nacional Intersectorial de Migraciones, estaría presidido por el Ministro de Relaciones Exteriores y contaría con la participación de la sociedad civil (organizaciones civiles de carácter económico, social y sindical que trabajan en temas migratorios, y en particular las asociaciones de migrantes colombianos y extranjeros en Colombia y sus familias), y las entidades territoriales de alto impacto migratorio, así como los representantes del Congreso de la República.

Para el cumplimiento de las funciones del Consejo Nacional de Migraciones, se propone la creación del Fondo Especial de Migraciones, que obtendrá sus recursos, además de las asignaciones que se le puedan hacer del Presupuesto Nacional, de unas destinaciones es-

pecíficas del impuesto de salida que pagan los ciudadanos colombianos y extranjeros cada vez que viajan al exterior, así un porcentaje de los ingresos del Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores, ingresos obtenidos en su mayoría por la venta de productos y servicios que realiza la Cancillería a los ciudadanos colombianos con vínculos con el exterior, o de los migrantes colombianos que los pagan en las oficinas consulares de Colombia en el mundo.

Del mismo modo, se aborda el tema del retorno de los colombianos como prioridad en el desarrollo de una política integral, motivo por el cual se pondrá en marcha un plan de promoción de empleo para los retornados y sus familiares. Así se facilitarán los trámites de homologación de títulos académicos y profesionales, conforme a la adopción de medidas que remuevan los obstáculos para los retornados en el acceso a las prestaciones laborales y a un nuevo empleo en el país. El objetivo es garantizar un retorno digno y sostenible para los ciudadanos que deseen retornar, especialmente para los refugiados o para aquellos que se ven forzados a hacerlo ya sea por los mecanismos de expulsión y deportación, o por las circunstancias en las que viven en el país donde se encuentren.

Para concluir, se hace referencia a una cita de Solimano, en su publicación *Migraciones Internacionales en América Latina*, “la migración tiene efectos muy significativos sobre el bienestar del migrante y su familia en el país de origen” (Solimano, 2008: 56). Esto se presenta como resultado de los diferenciales del ingreso real que el emigrante puede ganar al moverse a un país de mayor productividad y desarrollo económico. Sin embargo, como se ha venido mencionado, el inmigrante muchas veces puede ganar menos que el trabajador nativo de calificaciones comparables, ya sea porque su productividad es inicialmente inferior o simplemente por discriminación. Partiendo de este indicio, se concluye que el desarrollo es uno de los principales determinantes de la migración, desde el punto de vista económico y laboral.

Así, tener un trabajo decente implica la garantía de un ambiente propicio para que las personas puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus

necesidades e intereses, ampliando las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran: es decir, el trabajo digno es una medida del desarrollo de una sociedad. Visto de esta manera, el desarrollo en su dimensión humana recoge tres factores fundamentales: el ingreso económico, la educación y la salud. Los tres son factores determinantes del empleo y tienen incidencia directa en la calidad de vida: el acceso a los recursos (ingreso) permite a las personas vivir dignamente y cubrir sus necesidades básicas de techo, vestido y alimento; el conocimiento permite vislumbrar posibilidades diferentes para el crecimiento personal y el desarrollo profesional, haciendo uso de la creatividad, la imaginación y el razonamiento, lo cual mejora el desempeño productivo del individuo; finalmente, tener una vida larga y saludable permite a las personas ejercer un mejor desempeño en sus labores, así como gozar el fruto de su trabajo y evitar los padecimientos físicos y mentales.

No podemos seguir siendo indiferentes o reducirnos a plantear propuestas que solo se queden puestas en un papel o en la mente de quienes las leen o escuchan, debemos ser proactivos y reaccionar de manera positiva y constructivista para lograr que la población migrante en el mundo, afirme su identidad nacional, así se encuentren lejos de su país de origen.

Referencias

- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento- CODHES. (2009). *Boletín Informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento N° 75*. Recuperado en junio de 2009, en: http://www.codhes.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=121&Itemid=51
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. (2009). *Expertos entregan informe sobre empalme de empleo, pobreza y desigualdad*. Recuperado el 20 de septiembre de 2009 del sitio web del Departamento Nacional de Estadística: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=1159&Itemid=
- El Espectador edición electrónica. (2009). *Colombia tiene 2.4 millones de desempleados*. Recuperado el 30 de septiembre de 2009, en: <http://www>

elespectador.com/noticias/nacional/articulo164179-colombia-tiene-24-millones-de-desempleados

Observatorio Colombiano de Migraciones. (2009). *Resultados generales de Migraciones Internacionales y Remesas 2008-2009*. Recuperado el 23 de septiembre de 2009, en: <http://www.observatoriodemigraciones.org/Doctos/Estudios/InformeEncuesta.pdf>

Sarmiento Anzola, L. (2009). Educación, entre la ilusión y la incertidumbre. *Le monde Diplomatique Colombia*. Recuperado el 20 de septiembre de 2009, en: http://eldiplo.info/mostrar_articulo.php?id=984&numero=83

Solimano, A. (2008) *Migraciones Internacionales en América Latina. Booms, Crisis y Desarrollo*. Santiago de Chile: Fondo de la Cultura económica.

Segunda Parte

Crisis y condiciones y alternativas de trabajo

El trabajo y las condiciones de salud. El horizonte del trabajo decente en Colombia¹⁵

CARMEN EVELIA PICO MERCHÁN¹⁶

Buenos días. Quiero primero, antes que todo expresarles la felicidad y el saludo fraternal del sindicalismo colombiano y de la Escuela Nacional Sindical; quiero decir con esto que no voy a hablar como académica sino como sindicalista. No sólo porque yo soy sindicalista, sino también porque yo trabajo con los sindicatos. Y lo digo doblemente contenta porque en primer lugar, es la reivindicación que el saber y el conocimiento de los cuerpos y las mentes de los seres humanos no se puede hacer a espaldas de los propios trabajadores, es ésta mi primera alegría, una reivindicación efectiva del diálogo de saberes en el cual los trabajadores y las trabajadoras de este país tenemos mucho que decir, porque además es en nuestros cuerpos y en nuestras mentes donde se reflejan los efectos de esas transformaciones, de ese modelo, de ese trabajo.

Y en segundo lugar, me alegra también, que se retome el tema de la salud en el trabajo. Por lo menos, en Colombia la experiencia que desde el sindicalismo tenemos es que el tema de salud y trabajo se

¹⁵ Transcripción de la conferencia realizada el 22 de octubre del 2009.

¹⁶ Escuela Nacional Sindical, Medellín.

está perdiendo en todas las urgencias de la crisis humanitaria que vivimos los sindicalistas en este país, que es la crisis hospitalaria, la crisis de la seguridad social en general, de la pobreza, por supuesto, opacando el tema ya específico de la salud en el trabajo y de todas las implicaciones que tiene el trabajo en esos cuerpos y en esas mentes.

Entonces son como esas dos alegrías, tanto de una reivindicación en un congreso más académico que facilite la acción, como el que hacemos nosotros los sindicalistas y las sindicalistas también, así como poder reflexionar y poder reivindicar otra vez los temas de salud en el trabajo, o sea, partimos de esa tesis conceptual.

Me voy a referir a la categoría principal, el trabajo. Categoría fundamental que va a transformar o va a producir algunos procesos o muchos procesos en los cuerpos y en las mentes de quienes trabajamos. Que en una sociedad como ésta, de culto total al trabajo, se supone que todos y todas debemos trabajar. Entonces el horizonte fundamental es el trabajo y en particular lo que manejamos no quede muy conceptual o muy desde el terreno espiritual, sino más bien desde lo terrenal, el concepto de “trabajo decente”. Entonces mi horizonte va a ser que el trabajo y el trabajo decente es un metaderecho, por supuesto relacionado con otros derechos y en este caso con el derecho a la salud. Y reivindicamos efectivamente que todavía la vía laboral, o sea el trabajo, es el centro de la existencia de las personas, todavía no hemos encontrado otra forma de articular, de centrar esta sociedad, de producir y de lograr los beneficios del desarrollo sino a través del trabajo, es decir el mercado no nos va a dar, no nos está dando esos beneficios del desarrollo, de todo lo que ha construido la humanidad. Es el trabajo, es la vida laboral entonces donde, a mi modo de entender, debemos incidir o debemos comprender.

Otro elemento en particular para Colombia, que es lo que me motivó, es la convicción profunda que son los trabajadores y las trabajadoras quienes producen la riqueza de las naciones, no es el mercado. O sea, esa idea de crisis en que nos involucraron que es en realidad una crisis financiera que puso a temblar a un imperio y a todos, da la idea que sí hay crisis financiera, entonces la sociedad se

colapsó, porque quien produce la riqueza son la especulación y el mercado. No, nosotros reivindicamos que es el trabajo, es el sudor, y el pensamiento, de esos hombres y esas mujeres quienes producen la riqueza de las naciones, y que no es cierto que el trabajo, y en particular las organizaciones sindicales estén en vías de extinción. Por supuesto, eso es lo que quiere en particular este gobierno.

Por supuesto, tenemos que aceptar que lo que ha ocurrido, no la desaparición del trabajo, sino que éste se ha transformado en muchas dimensiones, en la dimensión ética, moral, en todo lo que ustedes quieran. Pero en particular, para el tema de salud nos interesan las transformaciones en el contenido del trabajo y de las condiciones de trabajo. Y ahí en las condiciones de trabajo, donde desde el sindicalismo y desde la Escuela Nacional Sindical estamos reivindicando que para estudiar las condiciones de trabajo, la categoría Trabajo Decente es la que pueda dar el horizonte para poder comprender. Esta acción nos permite recuperar la dimensión humana del trabajo, el trabajo decente, la pérdida de décadas de implementación de ideas según las cuales era el mercado o la vulnerabilidad las que producía la riqueza, además, lo propone como factor primordial en el desarrollo la generación de riqueza, como valor social que empuja el desarrollo individual de las personas.

Desde el punto de vista conceptual hay cuatro cosas que quiero reflexionar antes de que miremos el estado del trabajo decente en Colombia. La primera es que en relación con los cambios de trabajo que han ocurrido en Colombia se ha roto la unidad entre el proceso de trabajo y el proceso de valor del capital, es decir, ya no es el trabajo el que controla el proceso generador de valor, la plusvalía, sino es el mercado. Ese control del proceso de trabajo que producía o que generaba se ha perdido en esas transformaciones en los últimos tiempos, ya el capital no organiza bajo su control directo el proceso del trabajo sino es el mercado. Y tú desapareces del mercado o no tienes valor si no puedes competir en él.

La segunda cosa que ha ocurrido desde el punto de vista conceptual es que cambia totalmente la estructura de ingresos en el actual modelo de regulación que cohesiona, o más bien, que destruye la

cohesión social. Es decir, el salario que es el modo de ingreso que puede distribuir más esa riqueza, ya no es concebido como un derecho de demanda que produce cohesión social sino es más un gasto de ingreso que usted lo tiene que “camellar”, digámoslo así. Porque sobre todo, en el estado de bienestar fue fundamental para la reivindicación de los derechos, que es nuestro horizonte, que también creo que lo han discutido aquí, el salario era fundamental para lograr esa demanda de los derechos a través del salario, pero, como se pierde entonces ya empieza a tambalear esa reivindicación, porque el salario es concebido más como un costo de producción que rompe la demanda de los derechos sociales, que son los que más nos interesa reivindicar, entendido que el trabajo es un derecho también social, no es solo un derecho, pero es un derecho social.

La tercera se genera, por supuesto, cambios profundos en el mercado laboral. O sea, no desaparece, lo que hay es un cambio profundo y aquí traigo cuatro cambios, cuatro tipos de cambio, y por supuesto los dos últimos son los que nos interesan desde el punto de vista de la salud también: Cómo los contenidos de trabajo, la flexibilidad, etc., repercuten sobre la salud, sobre la enfermedad. Y en particular, la cuarta, las transformaciones de las condiciones de trabajo.

Pero también hubo uno del cual ya hablé al principio, donde el mercado es el que controla el trabajo, o se profundiza mejor. Aunque ya lo tenía iniciado desde los 80, toda la fusión y el funcionamiento de las redes de las grandes empresas a escala, respondiendo por lo menos en Colombia en los últimos cinco años a una gran fusión y entrada de las empresas multinacionales, comprando no solo la producción, los trabajos de la producción manufacturera y de la producción de servicios, sino también de servicios públicos, es decir, ya en Colombia hay multinacionales que controlan el agua, la luz, etc., etc.

En el contexto de las dos últimas cosas que mencionamos, correspondientes a las transformaciones en el mercado laboral y su relación con el contenido de trabajo, ¿qué ocurrió? Ocurrieron muchas cosas, hay unas que nos interesan mucho desde el punto de vista del sector salud, ya como trabajador de la salud, yo también soy trabajadora de la salud, y es la emergencia de nuevas protec-

ciones frente al declive de otras. Es decir, por este auge del modelo neoliberal y de la competencia, profesiones como las de la salud, la del médico, decrecieron tanto en presencia de nuevas profesiones como las que nos incentivan al mercadeo, a la auditoría y además a esas profesiones les incluyeron, que eso es lo último, más integración de mayores tareas y funciones. Entonces un médico ya no solo debe atender un paciente o dar la promoción, sino además tiene que hacer actividades administrativas, de auditoría médica, etc., etc. Y eso fue profundamente transformador en los últimos 10 años, es decir, médicos que no sabían o no tenían por qué llevar la administración, les toca llevarla además de atender a los pacientes. Asimismo a las demás profesiones de la salud, las enfermeras, etc., etc.

Por supuesto hubo un gran desplazamiento hacia la actividad de servicios en contra de la trinidad manufacturera y productiva, que en términos del economista, dice que los que producen la riqueza, los que producen más valor, son las actividades manufactureras, más que la actividad de servicio. La actividad de servicio es la especulación, el sector financiero es el que se queda con el mayor valor. Un gran segmento de los trabajos de cuenta propia, donde aparece la informalidad, sobre todo no por cuenta propia o trabajo independiente bien remunerado, sino informal, el empleo atípico, en el cual se aumentó en el cambio de la naturaleza y calidad del trabajo, no hubo desaparición del trabajo sino un aumento del trabajo inmaterial con la aparición de las nuevas tecnologías, etc., actividad más de conocimiento hacia disminución del trabajo material, es decir: antes un queso lo debían hacer 100 trabajadores, ahora lo hace un trabajador con un poco de máquinas. Pero además, mayores y nuevas responsabilidades e integración de las tareas y las funciones como explicamos, es decir, las profesiones médicas tienen que hacer funciones de otro tipo, administrativas, contables, etc. Eso en relación con el contenido del trabajo.

En relación con las condiciones de trabajo lo que ya hemos conocido, que ahorita lo vamos a demostrar es un desplazamiento hacia la precarización, vamos a mirar, que en Colombia hay precarización dentro de la informalidad. Incluso, precarización en el sector

formal, se ha encontrado que no solo el pobre sector informal se encuentra en este estado, hay trabajos ya formalizados con contrato de trabajo que viola la ley con precariedad en sus condiciones. Además, porque la precarización no sólo es entendida como la regularización del salario mínimo legal, que en Colombia existe, sino también relacionada con estas condiciones logran cubrir la canasta básica familiar de ingresos bajos. Esta canasta en Colombia está en \$870.000, el salario mínimo en: \$ 497.000 mil, \$500.000 mil pesos, o sea, hay \$300.000 mil pesos que ni siquiera el salario mínimo logra cubrir con referencia a lo que vale la canasta familiar de ingresos bajos en Colombia. Entonces, entendida la precarización en ese sentido, y también en el sector formal, quiero decir que no sólo el sector informal está precarizado. Por supuesto existe una creciente incorporación de la mujer al trabajo remunerado, el problema es que hay gran discriminación e inequidades en el trabajo de las mujeres. Yo creo que este seminario lo analizó o lo va a analizar, la sustitución de antiguos sistemas de relaciones laborales por otros donde conceptos como flexibilidad ya se vuelven centrales. Siempre hemos querido hacer una investigación más sociológica, en el sentido en que los jóvenes piensan en la pensión o en tener un trabajo estable. Yo me acuerdo que cuando yo empecé a cambiar de trabajo mi papá y mi mamá me decían “¿y usted por qué cambia?, ¿por qué no se queda quieta?, ¿por qué no trabaja en uno?”, porque el paradigma anterior era que uno entraba al trabajo y ahí se estabilizaba y desarrollaba su proyecto de vida. Ya la flexibilización destruye ese paradigma y ahí hay que pensar cómo eso repercute en los cuerpos pero también en la sociedad.

Y lo otro importante también es un aumento del trabajo inadmisibles: en Colombia ha aumentado el trabajo de niñas y niños y un aumento inaceptable de la intermediación y tercerización. Hay una expansión dramática de las cooperativas de trabajo asociado que son formas atípicas de precarización del trabajo, los contratos de prestación de servicios, los contratos civiles, etc. Un ejemplo de crecimiento de las cooperativas de trabajo asociado en Colombia se ubica entre el 2002 y el 2007. En el 2000 había 732, subieron casi el 600%

a 3.602 en el 2007 y con aumento, porque esa era una de las formas que más intermediación hacía, es decir, el intermediador se quedaba, se cree que se queda casi con el 40% de lo que las empresas pagan por el salario de ese trabajador, por hacer la intermediación.

Otros aspectos a destacar, digamos ya en el panorama general, vamos a hablar más de algunos indicadores, ya lo dijimos, un incremento de inversión extranjera directa, programáticamente en Colombia y por supuesto, altos niveles de pobreza y desigualdad. Y sobre todo que el PIB es definido últimamente por el sector terciario, más que el sector de la producción manufacturera, los dos grandes paradigmas. Todas estas teorías neoliberales no se podrían llevar a cabo si el sistema jurídico no se hubiera reformado, en Colombia tenemos dos que para los sindicalistas son como los demonios, las dos leyes que más nos han afectado son estas dos: La reforma laboral de la Ley 50 en la década del 90, impulsada en el Congreso por nuestro actual presidente, en el cual permitió la flexibilidad laboral, permitió el salario integral, y sobre todo eliminó una reivindicación que los sindicalistas teníamos históricamente: la retroactividad de las cesantías, eso perjudicó sustancialmente más de la mitad del salario de los trabajadores. Y esa reforma, la de la Ley 50, su gran sustentación era, que había que generar más empleo y por lo tanto el trabajo era tan rígido que no permitía una flexibilidad para poder producir en épocas de auge, había entonces que flexibilizar el empleo. Las investigaciones que hemos hecho desde el sindicalismo y desde la Escuela muestran que no se ha generado más empleo y que existe precarización. Entonces en el 2002 dijeron: “no fuimos capaces de generar porque la sustentación de la Ley decía que había que generar en no sé cuántos años más de 2 millones de empleos nuevos”, entonces dijeron: “no, hay que flexibilizar más”, apareciendo en el 2002 la Ley 789 donde la jornada laboral diurna ya no termina a las 6 de la tarde, sino que se trabaja hasta las 8 de la noche en jornada diurna; los domingos y feriados desaparecieron, las horas extras disminuyeron y hubo reducción de la indemnización.

Entonces lo que quiero decir es que la Escuela y el sindicalismo sacaron en estos días, este mes, “El Panorama del Trabajo Decente

en Colombia”, y la conclusión de todo, es que hay un gran déficit de trabajo decente en Colombia. Los grandes afectados de las crisis económica y social son los trabajadores y las trabajadoras; el trabajo decente es: acceder a empleos de calidad en condiciones de seguridad, ingreso justo, desarrollo personal, dialogo e integración social, libertad de expresión y de generar organización. “Oportunidades para que los hombres y las mujeres puedan conseguir un trabajo digno y productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana”.

Miremos cuatro indicadores del trabajo decente, el primero, y que después repercute en los procesos de salud-enfermedad, el de oportunidades de trabajo, y ahí en oportunidades de trabajo vamos a mirar que la situación, la crisis y las alucinaciones del crecimiento económico en Colombia no produjeron trabajo, el trabajo de calidad que decían. Quiero decir que entre los años 2002 y el 2007, Colombia creció en promedio, su economía creció, más del 7.5% anual. En el año 2008 dentro del contexto de la tal crisis económica mundial, el crecimiento no fue igual y este año dicen que está negativa, y fue paradójico, porque el gobierno durante todo el año 2008 no reconoció que hubo crisis en Colombia hasta cuando ya estuvo bien apretado, pero en esos 7,8 años, entre el año 2002 y el año 2007, fue donde hubo grandes crecimientos históricos, en Colombia el promedio de crecimiento era más o menos el 3.5 histórico y en ese período creció más del 7%, no hubo generación de empleo ni urbano, ni rural, ni mucho menos de calidad. Nunca pudimos bajar el desempleo a un dígito, siempre estuvo entre el 15% y el mínimo fue en el año 2008: 11.5%, en promedio y actualmente en el primer semestre está en el 12.5%. Es decir, como alguien decía por ahí, a la economía le va bien, pero a los trabajadores les va mal, y por supuesto a las mujeres nos va más mal. El desempleo de mujeres en Colombia es del 15.5% y a los jóvenes todavía más mal.

El promedio de desempleo de los jóvenes está en el 21.5%. Es decir, un trabajador, un estudiante recién egresado, no encuentra trabajo de calidad en Colombia (el empleo juvenil es menor de 30 o 34 años), aquí la población ocupada en el sector formal es apenas

del 42.3%, en el sector manufacturero de la población ocupada formalmente apenas el 50%, etc., etc. Entonces lo que podemos decir en ese déficit del trabajo decente es que hubo extensión de la informalidad, pero también hubo una cosa grave para las condiciones de trabajo: el aumento de la jornada de trabajo. Ustedes saben que entre más trabajemos en malas condiciones, el deterioro de nuestra salud-enfermedad es mayor, hay mayor desgaste, mayor posibilidad de enfermarse y morir.

La gran encuesta integrada de hogares, en septiembre del año 2008, pone en evidencia que del total de los ocupados, que en Colombia son 18 millones, casi la mitad tiene jornada excesiva. Y entiéndase jornada excesiva por más de 4 horas extras, o sea que no aparece la jornada excesiva por una hora más ni nada, sino por más de 4 horas. Eso repercute, desde el punto de vista de la lucha por la salud, lo que hemos reivindicado desde el sindicalismo es que la lucha por la salud en el trabajo es la lucha por la organización del trabajo. Trabajar menos horas en esas condiciones, y si ya estamos extendidos en la jornada de trabajo, aquí ya nos estamos perjudicando más. Lo que estamos diciendo del salario es que la mitad de la población colombiana gana menos o hasta un salario mínimo:

Población trabajadora según nivel de ingresos. Junio de 2008

Rangos salariales	2008 Junio
De menos de 0.95 S.M.L	42,9%
De 0.95 a 1.05 S.M.L	6,8%
De 1.05 y más S.M.L	50,4%
Total que informan	100,00%

Fuente: DANE Encuesta Continua de Hogares 2008.

En materia de seguridad social Después de más de 15 años de implementada la reforma que transformaba toda la prestación de servicios de salud los afiliados al régimen contributivo de salud, no alcanzan el 40.7% del total de la población. Se tenía como meta afiliar a la totalidad de la población ya que se esperaba superar las limitaciones del sistema anterior que se calculaba que sólo cubría al 25% de las grandes ciudades.

No se logra la cobertura universal y se vulnera así uno de los derechos esenciales de todo ser humano como es al de tener garantizada la atención de salud.

Indicadores de protección social

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Part. % 2008
Ocupados Total Nacional (abril- junio) (1)	16.416.076	17.318.963	17.344.296	17.779.267	18.267.321	18.134.332	18.749.836	100,0%
Afiliados fondos cesantías (2)	3.005.305	2.903.370	3.322.443	3.645.924	4.102.371	4.375.781	5.423.179	28,9%
Afiliados Cajas de Compensación Familiar (3)	3.351.691	3.574.910	3.982.629	4.390.160	4.858.857	5.041.117	5.487.373	29,3%
Afiliados cotizantes Régimen Contributivo de salud (4)	6.096.926	5.833.693	6.824.968	7.193.889	7.287.182	7.625.481		40,7%
Afiliados Asegurados de riesgos profesionales (5)	4.164.975	4.602.468	4.656.420	5.404.050	5.637.676	6.019.062	6.111.187	32,6%
Afiliados cotizantes fondos de pensiones (6)	4.961.223	5.218.451	4.610.733	4.747.480	5.329.909	5.564.094	5.825.072	31,07%
Pensionados							1.038.080	

Fuentes: (1) DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares, abril-junio 2002-2007, * (febrero-abril 2008) Datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

(2), (3), (4), (5), y (6) Ministerio de Protección Social. Informe de Actividades al Honorable Congreso de 2007-2008, para 2007 ISS, 178 pensiones por invalidez, 451 de sobrevivientes. (2) y (3) a mayo 2008, (4) a diciembre de 2007, (5) a abril de 2008, (7) a marzo 2008. ** Tasa para 2007, aún no se tienen el dato oficial de afiliados a salud para 2008.

Quiero ahora hablar acerca de las libertades sindicales, porque creo que es lo que más le podemos aportar a este seminario en los derechos de libertad sindical. Acordémonos que los derechos laborales son muchos, derechos de contenido de trabajo y los derechos al trabajo. Pero hay unos en particular que son los que reivindicamos los sindicalistas, el derecho a las libertades sindicales, y ahí está el derecho a poder formar un sindicato, en este país no podemos formar un sindicato. De la población ocupada no hay sino 800, el primer dato, 861.981 sindicalistas en este país, eso no llega al 5%, es decir, aquí de la población ocupada ni el 5% pertenecemos a un sindicato. Veán, en Colombia todavía el Ministerio, aunque eso ya la Corte Constitucional habló sobre ello, tiene mucha injerencia en la vida sindical. Hay datos relacionados con colectivos de trabajadores que quieren formar su sindicato y llegan al Ministerio a inscribirlo y le niegan la inscripción, en un año hubo 251 casos negados de sindicatos. Es decir, es prácticamente imposible crear un sindicato en Colombia.

En la convención colectiva. No hay sino 800.000 trabajadores y trabajadoras sindicalizados, la convención colectiva es todavía más precaria, o sea, llega todavía a menos beneficiarios. En el año 2007 el total de convenciones colectivas fue de 254. Veamos, solamente se negociaron en ese año en Colombia 254 convenciones colectivas, hay un leve aumento de los pactos colectivos y el contrato sindical prácticamente no existe.

Y lo último, que tiene mucha relación, y con eso termino, con los procesos salud-enfermedad y sobre todo de muerte, es el caso de la violencia en el trabajo. Y aquí, vamos a reivindicar otra cosa que quiero dejar a este seminario, es hablar, desde el punto de vista del sindicalismo, la violencia física, el exterminio físico, la muerte física del sindicalismo colombiano, debido a que este es el país donde más matan sindicalistas, asesinan por ser sindicalista, es una muerte profesional, una muerte de relación con el trabajo porque no es reconocida. Es decir, reivindicamos que la actividad sindical es inherente a ser trabajador, y por lo tanto la muerte es por hacer el trabajo sindical, que es relacionado con el trabajo, es una muerte profesio-

nal y no una muerte producto de la violencia social, en general de la que nadie es responsable. Porque las empresas multinacionales contratan a grupos paramilitares para exterminar sus sindicalistas, sobre esto ya hay demandas en curso a nivel internacional. Les traje el cuadrito del actual gobierno, desde el 7 de agosto del año 2002 al 31 de diciembre del año 2008:

Panorama de la violencia antisocial en el 2008

VIOLACIONES DEL DERECHO A LA VIDA, A LA LIBERTAD Y A LA INTEGRIDAD FISICA DE SINDICALISTAS EN COLOMBIA		
7 Agosto 2002 al 31 Diciembre 2008		
Tipo de Violación	Número Casos	%
ALLANAMIENTO ILEGAL	23	0,7
AMENAZAS	2083	60,0
ATENTADO CON O SIN LESIONES	65	1,9
DESAPARICIÓN	30	0,9
DESPLAZAMIENTO FORZADO	316	9,1
DETENCION ARBITRARIA	254	7,3
HOMICIDIOS	482	13,9
HOSTIGAMIENTO	175	5,0
SECUESTRO	29	0,8
TORTURA	13	0,4
Total	3470	100

Fuente: Escuela Nacional Sindical.

Casi 500 dirigentes sindicales asesinados en este país, son 500 dirigentes sindicales, no son 1, ni 2, ni 3. Por supuesto aumentaron en este gobierno las amenazas, ésta es una base de datos, digamos, que da demasiadas luces el gobierno nacional, porque ésta base de datos es la que lleva el sindicalismo a la OIT y a nivel internacional. Entonces el gobierno lo que hace es montar su informe para desmentir estos datos, estos datos son ya documentados, es decir, las amenazas que aparecen son amenazas en las que usted puso la denuncia que lo están amenazando, no de todas las demás, como por ejemplo:

hostigamientos, violaciones al derecho de la vida, a la libertad y la integridad que no se conocen, o la gente por miedo no realiza la denuncia. El gobierno ha hecho muchos esfuerzos para desmentirlas, para decir que ha disminuido, pero digamos que eso es lo que ha podido detener el TLC, ha podido detener todo lo que este gobierno con toda su artillería ha incrementado.

Muchas gracias.

Referencias

- Arteaga, Luis Fernando y otros. (1996). *Contratos administrativos de prestación de servicios*. ENSayos laborales 6.
- DANE. (2008). *Gran Encuesta Integrada de Hogares, abril-junio 2002-2007*
- Escuela Nacional Sindical. (2009). *Informe nacional trabajo decente*.
- Ministerio de Protección Social. *Informe de Actividades al Honorable Congreso de 2007-2008*
- Puig Farrás, Julio y Hartz Son, Beatriz. (1999). *La negociación de la flexibilidad del trabajo*. ENSayos laborales 7.

Crisis y salud laboral de los trabadores y trabajadoras¹⁷

ESTELA OSPINA SALINAS¹⁸

Muy buenos días, a todos y todas. En primer lugar agradezco a los organizadores por esta oportunidad de poder conversar con ustedes, también darles un saludo muy cordial, y un reconocimiento institucional, de todo corazón, a quienes son sindicalistas, tanto a hombres como mujeres en este país. América Latina, es el continente más golpeado, donde ser dirigente sindical, o ser sindicalista, implica en realidad una gran dosis de valentía y mucho coraje y mucho más en este país.

Bueno, la pregunta que yo me planteé es una pregunta mucho más cercana a una realidad específica, la realidad peruana. En ese sentido la pregunta fue: ¿cómo todos estos cambios más globales, que se han estado viendo a lo largo de diferentes presentaciones, se han concretado en el mundo del trabajo, particularmente en el mundo de la salud de las trabajadoras y los trabadores? Como la respuesta podría ser demasiado general, entré a trabajar tres sectores específicos y la importancia que tienen.

17 Transcripción de la conferencia realizada el 22 de octubre del 2009.

18 Instituto Laboral Andino, Lima, Perú.

El primer sector que trataré es el minero. Perú es un país centralmente minero; minero quiere decir que más o menos el 40% de sus divisas dependen de un tipo de actividad particular, en este caso, minería. Así que Perú es un país minero. Luego les comentaré algunos temas vinculados a la forma de vivir de los trabajadores mineros y sus condiciones. En segundo lugar, un sector que me parecía relevante es el sector de la agro-exportación. Y tercero, un tema que abarca una alta concentración de mano de obra en el país que es el sector de los servicios, particularmente el sector salud, sobre el cual no voy a hablar porque ya se comentó muy bien en las anteriores exposiciones, pero si quiero concentrarme un ratito en el tema de la construcción. Y finalmente centrar ahí algunos comentarios que hemos trabajado conjuntamente con los compañeros de las centrales sindicales.

Un primer elemento que es importante, esto ya se ha mencionado pero quería colocarlo como un elemento central, es el tema del tipo de crisis y cómo la crisis afecta y genera más pobreza y más desigualdad, particularmente va a afectar a niños y niñas. O sea, esto no lo vamos a ver, no aparecerá probablemente en las cifras oficiales, pero donde mayor dramatismo va a evidenciar en los tiempos de crisis, y de hecho, se están evidenciando en todos los países es en la muerte temprana de niños y de niñas, va a ser de alguna manera un indicador cruel de cómo esta crisis está afectando a cantidad de personas.

En relación con el tema del mundo del trabajo y la salud, dos elementos básicos; uno, un incremento en la desigualdad, se habla que entre el año 2004 y el año 2006 los sueldos de los directivos de empresas transnacionales crecieron en un 30%, mientras que los sueldos medios de sus empleados, no de los obreros, de los empleados cayeron en un 0.5%; los obreros cayeron en un porcentaje mucho mayor. Mientras que en las centrales españolas, aumentaron beneficios netos entre el 1999 y el 2006 en un 76%, estas empresas cuando tuvieron problemas de crisis recibieron un rescate financiero muy importante en términos económicos. Otro ejemplo es el tema de Estados Unidos en donde en el año 2007, en plena crisis, los directores

ejecutivos de las 15 mayores empresas de Estados Unidos recibieron sueldos que eran 220 veces superiores al de un trabajador promedio, mientras que en el 2003, años antes de la crisis, existía una diferencia de 360 veces. Estamos hablando de un trabajador cuyo salario en Estados Unidos está alrededor de US\$12 la hora. Saquen una línea, saquen la cuenta de cuál es las brechas salariales que existen en nuestros países entre un Gerente de una empresa trasnacional y un trabajador mando medio o un trabajador medianamente calificado, llamado talento humano.

Otro tema es el tema del desempleo. Estas son las cifras que también presentó el día de ayer Carlos Aníbal Rodríguez, lo que quería comentar es que en total , esto es una estimación, vamos a tener 18.4 millones de desempleados urbanos, esto significa que va a haber no solamente una profundización de la pobreza, lo que tanto Fernando Tomasina y ayer el Doctor Rodríguez comentaban, sobre cómo van a haber 18.4 millones de personas que tienen una amplia incertidumbre sobre el futuro, con un gran impacto sobre salud física, psíquica y social y donde los que van a estar, los que están siendo más afectados, como nos presentaron ahora en el caso de Colombia, son los jóvenes y las trabajadoras.

Otro elemento que se está incrementando, y no voy a trabajar es el tema del trabajo esclavo, pero es verdad que en nuestras sociedades hay trabajo esclavo, particularmente en la trata de mujeres y trata de niños.

El trabajo forzoso es también una realidad concreta de estos países, hay poblaciones desprotegidas, particularmente pueblos originarios del Amazonas y otros, quienes están muy expuestos al trabajo forzoso. De igual manera, las y los trabajadores migrantes, de lo cual también he logrado recoger algunas cifras.

Este es un caso que me parece representativo de los trabajadores jóvenes que ustedes ven allí:

Caso: Industria de la madera



Estos trabajadores no tienen una remuneración, laboran en trabajos insalubres e inseguros, no tienen seguro social, ni otros derechos.

María: 22 años

Ocupación: Cocinera

Remuneración: "El maderero ofreció pagarme 10 soles diarios (3 dólares diarios) pero por todo un año de trabajo solo me dieron 45 soles (14 dólares). No tengo ningún derecho social, ni seguro social".

Líner: 17 años

Ocupación: Obrero (encargado de rodar los troncos).

Remuneración: "El maderero ofreció pagar 10 soles diarios y trabajo de 6am hasta las 6pm de lunes a sábado. Por todo un año de trabajo me pagó 55 soles (17 dólares) y cuando llega a recoger los troncos me da 5 o 10 soles".

Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Allí hay dos muchachos jóvenes, uno María de 22 y otro Líner de 17. Ambos trabajaban en una gran industria maderera de exportación en donde no tienen remuneración, laboran en trabajos altamente insalubres e inseguros, no tienen seguridad social, ni tienen derechos. Lo que tienen es una propina que se les otorga, y que cuando llegan a recoger troncos más o menos pueden llegar a un pago.

El otro tema, es un tema en el que no voy a entrar en detalle, digamos técnico-jurídico de las distintas modalidades de externalización. La categoría general que voy a utilizar es externalización, y en ese sentido, por ésta se entiende: todas aquellas modalidades por las cuales un trabajador sale de la planilla de la empresa principal y se coloca a través de modalidad de contrata, de subcontrata, de cooperativa. Esta externalización lo que está planteando es la segmentación de la clase trabajadora que es un elemento capital, se pierde el sentido de lo colectivo, de los y las trabajadoras a pesar de estar en un mismo centro de trabajo, de diferencias entre sí; entre el trabajador de plantilla o de planilla y el trabajador de la contrata,

del trabajador de la cooperativa, se pierde el sentido de que todos y todas los que están allí forman parte de un mismo centro de trabajo. En ese sentido se produce un debilitamiento estructural, lo que está verificado en distintos casos y estudios, un deterioro o un empeoramiento de las condiciones de trabajo, y obviamente, el debilitamiento de la organización sindical. Si tenemos un centro de trabajo que tiene 1.000 trabajadores y la organización sindical logra articular a 30 trabajadores, obviamente se está produciendo un deterioro y un debilitamiento de la organización. Luego les comentaré cómo están haciendo los mineros en Perú para enfrentar esta situación.

Estos compañeros que ven aquí, trabajan para una gran empresa de la construcción, pero allá se produce una cosa que se llama el enclavamiento de las modalidades de subcontratación. La empresa principal subcontrata, no es cierto, y a su vez esta subcontrata, subcontrata, subcontrata y terceriza. Muy bien, esta foto representa a los trabajadores que hacen efectivamente el trabajo de construcción, vean ustedes las condiciones en que se desarrolla la labor. Dicen que una imagen vale más de mil palabras, yo quería simplemente presentarles esa imagen.



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

El otro tema tiene que ver también con el tema de la estandarización y cómo por ejemplo en minería, que no se si la tienen acá también, la diferencia entre el registro del evento y el registro del accidente de trabajo. Entonces observamos un total de eventos y total de víctimas de accidentes fatales. Los eventos fueron 42, y en realidad la cantidad de muertos por accidentes de trabajo en el período que hemos tomado (enero - septiembre 2009), son 49. Visto el tema desde dónde está la mayor cantidad de trabajadores muertos, las víctimas de planilla son 12 trabajadores, mientras que las víctimas por empresas contratistas mineras son 37. En conclusión: en cuanto mayor externalización existe un centro de trabajo y mientras el trabajador está en mayores condiciones de externalización, mayor vulnerabilidad existe para su salud y su vida. Vale decir que las organizaciones sindicales logran mantener un mínimo de protección y de tutela en su ámbito de intervención, luego vamos a ver cómo esta variando también eso.

El otro tema tiene que ver con la sobrecarga y la intensificación de trabajo y es visto por dos lados: por el aumento de los ritmos o por la acumulación de tareas. También muchas empresas están abandonando o postergando labores de mantenimiento. Estos dos efectos combinados en una empresa suelen ser mortales para los trabajadores, porque las labores de mantenimiento preventivo simplemente se abandonan por ser consideradas una pérdida de tiempo.

El otro elemento que es importante es que la precarización de las condiciones de trabajo se viene denunciando de una manera sostenida, “como efecto o bajo el pretexto de la crisis”. Lo que está ocurriendo en estas empresas es que sale de la agenda, o sea, las condiciones y el medio ambiente del trabajo simplemente salieron de la agenda empresarial y en este momento se está considerando cada vez más la inversión en prevención como un gasto, no como efectivamente lo es, una inversión. No sé si acá, pero en otros países el tema de funcionamiento del Comité Paritario está siendo cada vez más un tema de cumplimiento formal, cualquier parecido con la realidad es pura coincidencia.

Les voy a poner otro caso, que es el caso de la agro-exportación. Perú tiene más o menos el 25% de divisas en exportación no-tradicional, en la práctica lo que se viene generando son empleos precarios, incumplimiento de derechos laborales, salarios que no permiten superar los niveles de pobreza y que al contrario la incrementan.

Agroexportación: trabajadora



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Ella es Rosa, ella es una compañera trabajadora de la agro-exportación y lo que ven ustedes ahí son sus implementos y su ropa de trabajo. Ella me explicaba, en un taller con los compañeros, cómo era y por qué usaban eso. Usaban gorra porque trabajaban a la intemperie, usan este pañuelo que en realidad es un polo (camiseta) antiguo, viejito que se lo pone para protegerse del polvo y los plaguicidas, miren ustedes. Usan la casaca (chaqueta) porque se tienen que levantar muy temprano, a las 4 de la mañana, entran a las 5 de la mañana a trabajar pero no saben cuando salen y por tanto tienen que ir con casaca. Eso que ven ustedes amarrado a la cintura es fundamental

y saben por qué, es un polo antiguo, viejito y se lo colocan porque como trabajan de postura agachada, prácticamente de rodillas y se agachan, si no se protegen la espalda, el sol les lastima muchísimo. Y las sandalias son obviamente porque tienen que trabajar con agua y entonces es mejor trabajar así que en botas convencionales.

La agro-exportación en mi país significó que en estos años las empresas agroexportadoras, eran la primera fuente de ingreso de divisas más importante. En este caso los contratos cuando existen son de corta duración, las trabajadoras tienen estas jornadas intensas, el trabajo es insalubre, se les obliga a trabajar muchas veces porque apenas ganan lo suficiente para vivir, no hay licencias de accidente, ni maternidad, hay cosas tremendas. Solamente por comentarles un caso: muchas de estas compañeras quisieron organizarse, dijeron “vamos a hacer una asociación”, porque la palabra sindicato allá no es lo mismo que acá, es una mala palabra, entonces decidieron organizarse en una asociación y no funcionó la asociación. Entonces empezaron a organizar una cooperativa, y se conformaron en una cooperativa, tampoco funcionó porque no había a quién reivindicarle los derechos laborales. Hasta que efectivamente era claro que era una relación de dependencia entre las empresas de agro-exportación, y todo este universo de trabajadores, quienes decidieron organizarse. La organización que están adoptando en este momento toma el nombre de cada sector de actividad, es decir, por localidad. Es una localidad la que organiza a todas las trabajadoras de todo ese sector, donde no interesa el vínculo laboral que tengan con la empresa o la razón social que tenga su empresa. De tal manera que se tiene, una organización sindical que está integrada en este momento por 50.000 trabajadores, porque efectivamente no había otra alternativa de organización sindical.

Otro elemento que es importante, es eso que ya se había comentado, es el impacto que tiene la mala distribución de la riqueza en la desigualdad social. Y en este sentido lo que se dice es que las desigualdades sociales no responden a causas biológicas o genéticas sino a una mala distribución de las riquezas. No es, que uno es pobre porque es tonto y es rico porque es listo o inteligente, sino porque

efectivamente hay causas que son estructurales, por tanto, reducir la desigualdad es un imperativo de crisis. Dice la OMS que la injusticia social mata a personas a gran escala.

Luego quería comentarles, algunas propuestas. Un primer elemento tiene que ver con el tema de la globalización de las acciones a favor de la protección de la salud de los trabajadores y las trabajadoras, en ese sentido, la experiencia que he tenido en la Pontificia Universidad Católica del Perú, también tiene ese sentido, verdad, nos han reunido y nos han convocado a un conjunto de gente de distintos países para pensar colectivamente sobre este tipo de tema, para plantearles que hay similitudes, que hay cosas muy parecidas en nuestros países, y que en ese sentido globalizar las acciones resulta central.

El otro elemento tiene que ver con valorar la calidad del trabajador y la trabajadora. Cada vez más encontramos eufemismos para disfrazar esa realidad: colaborador, talento humano, cliente interno, fraterno trabajador, no es cierto, son terrenos que en realidad lo que están haciendo es encubriendo que lo que estamos hablando es una realidad concreta, donde hay un trabajador y una trabajadora. Probablemente las relaciones de dependencia varíen, pero que hay una calidad y una realidad de trabajo, es fundamental.

El otro tema tiene que ver con la relación entre el conocimiento de las trabajadoras, los trabajadores y el denominado conocimiento experto. Sobre esto hay toda una discusión sobre mapa de riesgo, mapa de cuerpo, etc., pero también me pareció muy interesante el ejercicio del día de ayer, la presentación en donde quienes tenían la voz eran las trabajadoras, donde expresaban ellas cómo fue el proceso y cómo efectivamente lo que se hace es construir una ventana del saber. Hay un profesor, que justamente lo que él dice es que necesitamos construir ventanas del saber, que son como espacios donde uno puede ver la realidad con los ojos de todos y donde se hace una construcción de un conocimiento más colectivo.

El siguiente tema tiene que ver con cómo facilitar procesos de inclusión, particularmente femenino y de jóvenes con las organizaciones sindicales y en ese sentido facilitar los procesos de plena inclusión, retirar esa connotación de mala palabra que tiene el movi-

miento sindical y el sindicalismo, hacer del movimiento sindical una experiencia, de lo que es, de ejercicio democrático.

Otro tema que quería plantearles, es sobre ¿qué es lo central?: lo central es asignación de recursos o lo central es atender las modalidades contractuales, con lo cual no coincido, insisto en que tenemos que atender centralmente las modalidades de contratación. Uno puede tener más ingresos, pero eso no implica desarrollo de mejoras organizativas y sólo a partir de mejoras organizativas, uno puede tener un ejercicio más legítimo de ciudadanía y de derecho.

El otro elemento tiene que ver con la eliminación de la tercerización de los contratos de trabajo, ustedes me dirán que eso es una utopía, no lo es. Hay tres aspectos que son centrales, de la experiencia en Ecuador donde se eliminó la tercerización, hay otros problemas, es verdad, pero el de tercerización ya no. En la decisión 584, no sé si ustedes la conocen, Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, ese Instrumento Andino tiene un efecto de norma nacional, o sea es una norma para Colombia, es vinculante para todos los países andinos, y en esa norma se establece la responsabilidad solidaria entre las empresas que contratan como empresa principal y todas las empresas contratistas o subcontratistas, etc. Lo que sucede es que cuando vemos estructuralmente los niveles de protección de los trabajadores y las trabajadoras el tema de la solidaridad entre las empresas contratistas y subcontratistas es como un tercer nivel. El primero obviamente, eliminar la subcontratación, y la tercerización. En segundo lugar es algo que se llama la reducción de las cadenas de subcontratación, no sé si está claro, hay dos ejemplos, uno en Chile y un ejemplo en España. Y es frente a la modalidad existente de subcontratación, la norma lo que dice es: en virtud de considerar que estas actividades implican inminente riesgo para la salud y la vida de los trabajadores, reducimos las modalidades de contratar y de subcontratar y nos quedamos solamente en dos, contratación 1, contratación 2 y ahí acaban de tal manera que las responsabilidades frente al tema preventivo son mucho más directas y transparentes, esa es la segunda modalidad. Y la tercera modalidad como digo, es el tema de la responsabilidad solidaria que es lo que ya está en Uru-

guay pero en el caso nuestro, yo insisto, está planteado ya en una norma, se llama Instrumento Andino de Seguridad y Salud para el Trabajo, decisión 584, la pueden bajar de la página web de la Comunidad Andina que es: www.comunidadandina.org.

Cuatro elementos más: fortalecer la acción inspectora del trabajo. Una de las cosas positivas que ha hecho el gobierno en el país ha sido fortalecer la inspección del trabajo, habían 120 para Lima que es la capital, hoy hay 240 inspectores y hay como 400 a nivel nacional. Todavía en promedios para 23 millones es poco, no sé cuántos hay aquí en Colombia.

El otro tema que es especialmente importante es atender los riesgos psicosociales derivados de la crisis, este es un factor especialmente importante y es verdaderamente prioritario. Cuando estuvimos conversando con muchos compañeros sobre este tema, salía mucho el tema del estrés, el tema de las afectaciones, los problemas de sueño, etc., y en ese sentido que se puedan hacer atenciones específicas desde las instancias que corresponden al tema de los riesgos psicosociales resulta central.

Termino simplemente con un comentario: evidenciar la democracia y reconocer que es mecanismo, un indicador de cuánto democrático es un país, es la existencia de la libertad sindical y de sus organizaciones sindicales.

Referencias

- Cárcoba, Ángel. (2009). *Crisis y desigualdades en la salud*. Presentación en la Asamblea de Delegadas y Delegados en Salud Laboral en Oviedo, 28 de abril. Recuperado de: <http://cienciaaldia.wordpress.com/2009/04/28/cada-millon-de-parados-generara-167000-enfermos-en-diez-anos/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.

Trabajo, crisis y salud. Crisis y condiciones de trabajo digno¹⁹

IVÁN TORO²⁰

Bueno, muy buenas tardes. Agradezco de nuevo a los organizadores del evento, la invitación que han hecho al movimiento sindical para expresar nuestras opiniones frente a estos temas tan trascendentales y de tanto debate en la vida nacional e internacional.

El tema de trabajo, crisis y salud nos lleva a buscar varios caminos sobre cómo abordarlo y desde qué óptica analizarlo. No es suficiente aunque importante, el registro de las cifras económicas que muestran con evidencia suficiente el desbarajuste que se presenta en cada una de las recurrentes crisis del sistema económico que hoy en día lidera, especialmente en la última crisis, que ha tenido un impacto profundo y de la cual todavía no nos hemos recuperado. Tampoco es suficiente, aunque también es muy importante, registrar los efectos sociales que estas crisis económicas tienen en los diversos países, es indudable que en estos períodos los indicadores sociales se ven profundamente afectados: mayor desempleo, mayores

19 Transcripción de la conferencia realizada el 23 de octubre del 2009.

20 Confederación de Trabajadores de Colombia, CTC.

índices de pobreza y de indigencia, disminución de los niveles de cobertura de los programas sociales, etc. De manera que si uno reduce el análisis a ese análisis de las cifras económicas y las estadísticas sociales, pues, simplemente estaría registrando el hecho, pero no estaría analizando las causas que están detrás de todo ese fenómeno, y por lo tanto tampoco podría vislumbrar cuáles son las salidas y las soluciones que se deben buscar en medio de estas situaciones de crisis económica y social.

Si nosotros miramos el panorama del último siglo en materia económica, vamos a encontrar una cuestión que es bastante sorprendente, incluso porque cualquier persona que se tome el trabajo de hacer la serie histórica del crecimiento económico, de la economía mundial de los últimos 100 años, va a encontrarse con una cuestión que parece paradójica: los mayores niveles de crecimiento económico se han presentado durante los períodos de las guerras mundiales, de la I y la II Guerra Mundial, e incluso pequeños picos hacia arriba pueden fácilmente corresponder con situaciones de guerra, tal vez no de orden mundial, de pronto de orden regional: la Guerra de Corea, la Guerra de Vietnam y ahora recientemente la Guerra de Medio Oriente, en Irak, donde se ve claramente esa tendencia. Igualmente es fácil observar cómo los indicadores económicos, los índices de crecimiento de la economía mundial, registran cifras negativas especialmente en el período entre la Primera y Segunda Guerra Mundial. Esto es algo que nos debe llevar a reflexionar sobre qué es lo que pasa, cuál es la razón por la cual se presenta esta coincidencia, los ajetreos militares y los crecimientos económicos. Pero también es importante registrar cuál ha sido la evolución de esas crisis, qué tan periódicas son y en medio de qué circunstancias, de qué turbulencias económicas y políticas se presentan.

Es evidente que desde la crisis, la madre de todas las crisis, la crisis del año 29 hasta nuestros tiempos ha habido una recurrencia a períodos de auge económico seguidos de profundas crisis que luego vuelven a dar paso a un período de auge económico y así sucesivamente. Sin embargo, es importante notar que durante un período relativamente largo de tiempo, después de la II Guerra Mundial, el

mundo vivió una etapa de crecimiento más o menos estable, durante dos o tres décadas, prácticamente hasta mediados de los años sesentas, en general la economía mundial vivió o mostró una tendencia al crecimiento económico, no en cifras ampliamente satisfactorias, pero si relativamente buenas. Eso, a mi modo de ver, tiene que ver con el hecho de que la destrucción que vivió el mundo en la II Guerra Mundial permitió que la economía viviera una etapa de auge y prosperidad relativamente larga, en la medida en que toda la economía mundial se volcó al proceso de reconstrucción de la destrucción generada durante la guerra. Sin embargo después de esto, o sea después de mediados de los años sesentas, lo que se ha percibido de manera clara es que cada 8 o 10 años la economía mundial vive una profunda crisis. Todos recordamos, sobre todo los que ya tenemos canas, la crisis de mediados de los años setentas, la crisis petrolera que se vivió durante esos años y sus efectos económicos. A mediados de los ochentas también se presentó una crisis más o menos profunda. A mediados de los noventa pasó otro tanto, y todos sabemos que ahora en la segunda mitad de este decenio que estamos atravesando se ha presentado una nueva crisis cuyo impacto, profundidad y extensión es la más grande desde la crisis del 29.

Entonces una primera lectura que hay que sacar de ese análisis de cifras y hechos, es que éste es un sistema económico que está avocado a crisis recurrentes, es como una especie de montaña rusa que sube y baja en períodos más o menos parecidos de tiempo. Por la singularidad que en esta última fase, las tres o cuatro últimas crisis, cada crisis es más profunda y más extensa que la anterior, lo cual también debe llamar la atención. Es evidente que estas crisis tienen una connotación y un efecto directo en las condiciones de desarrollo del trabajador, e incluso sin que se presenten, sin que coincidan exactamente con los períodos de crisis vamos a encontrar que con cierta periodicidad se trazan políticas generales a nivel mundial, que tienen un efecto concreto en el desarrollo o de la evolución de las cifras de empleo y subempleo o desempleo, es decir en las condiciones generales del trabajo. Para nosotros es evidente que la introducción del modelo neoliberal a finales de los ochentas y co-

mienzos de los noventas, implementó un nuevo modelo de relaciones laborales. El esquema de los años cincuentas y sesentas dio paso a un modelo de éstas relaciones signadas por la deslaboralización, por la informalidad, por la tercerización y por la aparición de toda una gama de formas de vinculación al trabajo diferentes a la que era prevaleciente en el período anterior como lo fue la relación a través de un contrato de trabajo, bajo unas normas plasmadas en un código laboral en cualquiera de nuestros países, con las diferencias y particularidades que se puedan anotar.

De manera que hay una relación íntima entre crecimiento económico y situación general del desarrollo de la economía, del sistema económico vigente y de las nuevas políticas laborales que se van implementando. A nuestro modo de ver eso tiene relación con varias tendencias que yo creo son importantes que registremos y analicemos. Una primera tendencia que creo que es importante reivindicar, rescatar y reestudiar es la tendencia decreciente de la tasa de ganancia. Si nos basamos en el criterio de que la ganancia proviene del trabajo y no del capital, es evidente que en la medida en que el trabajo sea reemplazado por la sofisticación de las máquinas va a generar un efecto en la tasa de ganancia del capital, porque la ganancia proviene no de la máquina sino del trabajo. Y en la medida en que haya menos trabajadores vinculados a esa forma de trabajo pues obviamente las tasas de ganancia tendrán que ir disminuyendo. Eso explica por qué se hace imperante recortar los derechos laborales e implementar nuevas formas de vinculación al trabajo que implique menores costos en la perspectiva de mejorar la tasa de ganancia del capital. Un ejemplo clásico de ello es el trabajo a domicilio, hace unos 15 años o 20, en el Valle del Cauca se lideró un proceso, una empresa muy conocida Carvajal S.A., que tenía unas plantas grandes, con maquinaria sofisticada y moderna, un gran número de trabajadores y empezó a desmontar eso para darle paso a otra forma de vinculación al trabajo. Implementaron programas de retiro voluntario con indemnizaciones relativamente altas, le financiaron incluso a esos trabajadores la consecución de máquinas, obviamente de mucha menor sofisticación, para que

ellos trabajaran desde su casa y realizaran prácticamente la misma labor que realizaban en la fábrica. Eso implicó o eso implica, primero que todo, una extensión de la jornada de trabajo, porque en ese trabajo ya no ganan sueldos sino que trabaja a destajo o por obra realizada, de manera que ese trabajador si tiene que trabajar aproximadamente 14 horas para mejorar su ingreso, lo hace, e incluso crea la posibilidad de que su núcleo familiar también se vincule y ayude a la labor, eso incrementa la producción y por lo tanto le va a incrementar los ingresos. De manera que un esquema bastante bien organizado, que percibimos en ese entonces, en un grueso número de trabajadores de planta de Carvajal, fueron desplazados a ser trabajadores a domicilio y de esa manera perdieron las garantías en sus prestaciones, su estabilidad laboral, la seguridad social y muchos otros beneficios que recibían como trabajadores asalariados. Indudablemente es una forma de contrarrestar, primero la tendencia a una producción más sofisticada, de mayor tecnología, y por otro lado, una forma de disminuir el costo laboral y por lo tanto de aumentar las ganancias del capital.

De manera que para nosotros es evidente que este proceso que hemos vivido en los últimos 20 años, en el cual hay mil formas de hacer lo mismo, como ésta que he narrado, el caso de Carvajal, todas ellas buscan reducir el costo laboral y por lo tanto aumentar la ganancia de capital, y eso tiene una correspondencia con lo que ya he señalado, en cuanto que la tendencia general ha sido hacia la baja en la tasa de ganancia en tanto que las máquinas han venido reemplazando la fuerza de trabajo. Y eso tiene una correspondencia con un tema que tocábamos en el foro del lunes sobre el alto grado de informalidad, que por supuesto se refleja inmediatamente en el hecho que si no hay vinculación a las formas, excúsenme la redundancia, formales del trabajo, pues obviamente la mayoría de la masa trabajadora de la fuerza laboral del país se desplaza hacia la informalidad. Pero eso tiene un efecto en la macroeconomía, y es que si cada vez son menos las personas que en una sociedad reciben un salario, y las que lo reciben, lo reciben más pequeño, eso tiene un efecto concreto en la demanda del conjunto de la sociedad.

De manera que en aras de aumentar la tasa de ganancia, los dueños del capital terminan generando una situación que los desfavorece totalmente, que ante el crecimiento inevitable de la producción, la masa consumidora, la masa con capacidad de compra va a ser cada vez más pequeña, y eso inmediatamente genera un problema que tiene que ver mucho con la crisis. En muchas de estas crisis que hemos presenciado, uno de los factores que se ha señalado como determinante es: que los inventarios crecen y la capacidad de compra de la gente disminuye. Cada vez hay más producción de bienes y servicios, pero cada vez hay menor capacidad de compra en la masa que los puede comprar y consumir. Yo recuerdo mucho el dato que vi aquí en el casco de Corabastos en Bogotá, un buen día, los señores de Corabastos hace unos 5 ó 6 años registraron que en Bogotá se estaban quedando 5 millones de toneladas sin vender al día. Entonces la pregunta que uno se hace es, bueno, ¿esa comida sobra?, o sea, los bogotanos estamos ahítos y ya no queremos comprar más alimentos, lo que yo creo que es realidad, es, que la capacidad de compra ha disminuido, y se quedan excedentes como éste, que no son consumidos por la gente por su baja capacidad de compra. De manera que ahí hay un cuello de botella entre el afán del capital de ganar más o de recomponer su tasa de ganancia, sin tener en cuenta que eso tiene un efecto concreto en la capacidad de compra de la mayoría, y por lo tanto lo va a llevar inevitablemente a una crisis, nos ha llevado inevitablemente a estas crisis.

Por eso cada vez que nosotros nos sentamos a discutir el problema del salario mínimo, esta discusión sale a flote, nosotros lo que hemos dicho es eso: si ustedes quieren que la economía se reactive, pues suban los salarios en un monto significativo que permita que la gente aumente su capacidad de compra, de este modo habrá mayor demanda, y ustedes van a tener que producir más, entonces, van a tener que emplear más gente y formaremos un círculo virtuoso que permita que el país avance y se desarrolle sobre la base que la gente compra más, consume más, porque tiene mejores salarios, hay que producir más y hay que crear más empleo y así viviríamos en un mundo progresivo. Esa teoría presentada de mil maneras por el mo-

vimiento sindical en esa mesa, eso no es una mesa de negociación, sino una mesa de debate y diálogo de sordos porque finalmente todo se define por decreto, pues no tiene ningún eco porque los empresarios en lo único que piensan es en cómo reducir el costo salarial y cómo por esa vía aumentar las ganancias del capital. Ese es un problema que tiene que ver mucho con las crisis y con el problema del empleo, los salarios y los ingresos, pero hay otro que también es muy grave, y es que evidentemente el mundo hace muchos años atraviesa una tendencia hacia la concentración monopólica, eso no hay ni que mirarlo en cifras. Cualquiera que lea la prensa, cualquier día encuentra que no sé quién se fusionó con sí se cuándo, que dos monopolios o dos multinacionales se fusionaron y van creando monopolios cada vez más grandes que absorben porciones del mercado cada vez mayores. Y la posibilidad de competir con esos monstruos pues cada vez es más imposible, es que son empresas de un tamaño y de un poder que va a ser muy difícil que alguien con visión empresarial o con deseos de surgir pueda entrar a un mercado donde la competencia se libra entre grandes monopolios, cada vez más grandes por la vía de las fusiones entre unos y otros. Eso implica que cada vez que hay una crisis, el resultado final es más concentración monopólica. Es evidente que cuando estalla una crisis, los más débiles entre los fuertes, tienen dificultades y son absorbidos, de manera que el resultado final de las crisis es siempre una mayor concentración del monopolio. Basta con mirar lo que pasó en la banca norteamericana, o en la banca europea, en la crisis del año pasado y de este año, para observar cómo una serie de bancos, que no eran ni pequeños siquiera, bancos importantes fueron absorbidos por los que alcanzaron por su poder a sostenerse y sobreaguar en medio de la crisis, absorbiendo, el viejo cuento de que el pez grande se come al chico. De manera que ese es otro fenómeno que hay que registrar y tener en cuenta en esto de la crisis, porque esto va a tener efectos concretos en la economía, en el empleo y por supuesto en los demás aspectos, necesidades sociales de la población.

Pero, también hay algo que es importante observar y analizar en esta crisis, lo que tiene que ver con el problema del empleo y es el

papel del capital financiero especulativo. Los que conocen de esto, por cifras que yo he leído, dicen que los capitales que flotan en la economía, que no están invertidos en nada sino que están allí esperando la oportunidad de especulación, se dan en las bolsas o en cualquier mercado, cómo el de los *commodity*, el nombre que les pusieron ahora a las materias primas básicas para que el pueblo no entienda qué es eso. Esa especulación, esos capitales dedicados a la especulación, son 15 veces el Producto Interno Bruto del mundo, de manera que es una masa de capital, que no me caben los ceros en la cabeza para poder expresársela a ustedes, son los capitales que están al margen de la producción y si están al margen de la producción por lo tanto no generan empleo, no generan riqueza, sino que están simplemente allí esperando qué oportunidades de especulación se dan para lanzarse sobre ellas y obtener altas ganancias de manera muy rápida, entrar y salir de manera que aprovechen la coyuntura que les signifiquen unas importantes ganancias en el reino de la especulación. Lo que sucedió ahora tiene que ver con eso, eso no tiene mayor discusión, todo ese mercado de hipotecas que se generó en los Estados Unidos alrededor de la industria inmobiliaria es simplemente capitales de estos flotantes, que fueron destinados a crear un boom especulativo en la construcción inmobiliaria en Estados Unidos, obtuvieron altísimas ganancias en ese boom especulativo, y los que alcanzaron a retirarse a tiempo se quedaron con las ganancias, cuando el boom se desinfla y la burbuja se desinfla entonces van a tener serias dificultades.

De manera que si uno junta esas tres cosas, puede visualizar qué debiera hacerse. Mientras el mundo continúe en esas tres tendencias: tendencia a la deslaboralización y a la merma de los ingresos de la masa trabajadora en aras de una tasa de ganancia, siga por el camino de la concentración monopólica y siga bajo el reino de la especulación del capital financiero, esta situación no se va a resolver. Imagínense ustedes el empleo que se podría producir en el mundo si los capitales especulativos se destinaran a la producción, a proyectos productivos, ¿es que el mundo ya está hecho y las necesidades del hombre están todas satisfechas? ¡Ni más faltaba! El lunes Wilson

Borja, en el panel que estuvimos, citaba una cifra que me pareció interesante: en Colombia hay 24 millones de hectáreas que podrían ser cultivadas. Se imaginan ustedes ¿cuánto capital se requiere para poner a producir 24 millones de hectáreas y cuánto empleo se generaría? Pero mientras los Estados Unidos a través del Libre Comercio nos impongan que tenemos que comprar el trigo, el maíz, el arroz y todo a ellos, pues no va a ser posible que aquí que nos permitan poner en juego esa capacidad productiva. Es que no es gratis que nosotros importáramos un millón de toneladas de alimentos hace 15, 20 años y hoy estemos importando 9 millones de toneladas, mientras que el campo languidece en la desprotección total, agravada por el fenómeno de la violencia que se vive en esos territorios del país.

De manera que yo para concluir diría que estos problemas de la crisis y sus efectos en el trabajo, en las condiciones de vida de la población y la solución de sus necesidades sociales, de salud, etc., están ligados a esos tres fenómenos, que me parece son fáciles de observar en el desarrollo económico del mundo y los cuales de no ser atajados y contrarrestados, modificados de manera profunda, no van a permitir que tengamos niveles de empleo aceptables, condiciones de trabajo dignas y los países prosperen y se desarrollen. Gracias.

Inequidades y cambios en los sistemas de trabajo²¹

ARMANDO DE NEGRÍ FILHO²²

Buenas tardes.
En esta presentación voy a tratar de dar mucho más énfasis al tema de las inequidades, su proyección sobre el tema del trabajo y cómo eso puede conectarse como elemento ordenador a un sistema de protecciones sociales. Primero, ustedes perdonen que algunos aspectos los voy a retomar de mi presentación previa en este mismo encuentro y suponiendo que algunos no estaban ese día, es clave entender la base de esto.

Discutir el tema de la equidad y sobre todo según mi percepción y la de muchos, una visión que se estructura a partir de los derechos humanos, por eso cuando hablamos de equidad quizá una dificultad inicial que tenemos es pensar ¿equidad con relación a qué? Si definimos equidad como principio de justicia, que algunos dicen que es una forma superior de justicia, tenemos que definir ¿con relación a qué establecemos esta distinción? La equidad entre individuos o entre grupos humanos, las distancias relativas a un cierto

21 Transcripción de la conferencia realizada el 21 de octubre de 2009.

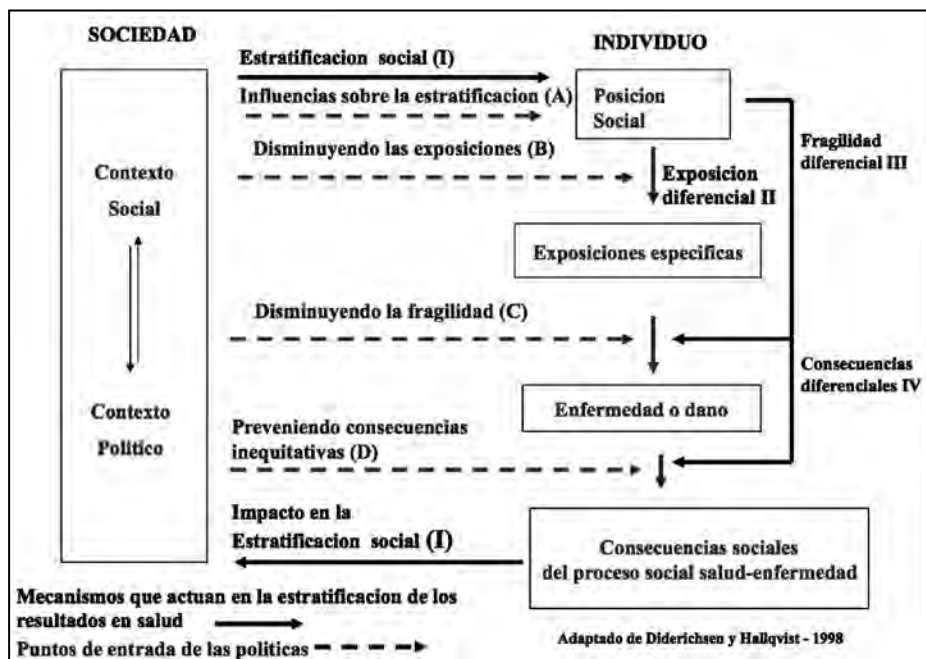
22 Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

estado de bienestar o las distancias relativas a lo que sería bueno, justo, deseable; eso tiene una conexión directa con el tema de los derechos y pensar los derechos de una forma más sistémica es lo que nos permite entonces, abordar el tema de la equidad en su totalidad. Se da como una profunda proyección sobre productos deseables que caracterizarían la realidad en la calidad de vida de la gente, en esta perspectiva abordar el tema de los derechos y buscar un ordenamiento que permita una materialización de los derechos en el marco de la política pública, es absolutamente clave. En el panel de la mañana se hablaba de eso, de que muchas veces los derechos en abstracto se pueden ver desde la retórica, pero no se va a una materialidad estando en ellos.

Este trabajo que se llevó a cabo aquí en Bogotá, dentro de lo que se viene llamando **gestión social integral**, intentó justamente proyectar hacia unos núcleos el conjunto de los derechos y después trabajar unos parámetros materiales. Por ejemplo, yo estoy en el derecho de estar dentro de esa estructura de vivienda sana, que se llama el derecho a la vivienda. Esta vivienda tengo que caracterizarla explícitamente para decir qué estándar de vivienda es digno, cuál es la vivienda digna, para que pueda entonces materializar el derecho sobre la vivienda digna porque si no, va a ser absolutamente abstracto decir que todos tenemos el derecho a una vivienda digna, que esas casuchas populares con un metro cuadrado para meter una familia de cinco, con materiales que no aguantan cinco años ¿eso es una política pública de vivienda digna? Me parece que no. Entonces hay una definición por construir. Una vivienda digna, ¿cuántos metros cuadrados por persona? Una vivienda digna ¿cuál es el número máximo de personas por alcoba? Una vivienda digna, ¿qué materiales deben ser utilizados cuando se construya esa vivienda?, ¿cuál es la durabilidad de eso, cuál es la condición antisísmica?, ¿cuáles son los servicios públicos que esa vivienda tiene que integrar al espacio de la vivienda? En fin hay un sin número de cosas, para que tú puedas al final decir, este derecho a la vivienda digna está totalmente garantizado, eso cambia bastante cuando uno empieza a ver esa materialidad y empieza a ver que hay un cambio significativo en términos de contenido.

¿Cómo ubicar el tema de la equidad en el marco de la producción de las políticas públicas? nos exige, primero, tener este parámetro general de la materialidad de los derechos como referencia, segundo, ubicar el proceso de construcción social de la inclusión-exclusión de la equidad en la producción de las inequidades. En eso siempre me sirve ese ejemplo les sirve este esquema.

Inclusión-exclusión de la equidad



Fuente: Adoptado de Diderichsen y Hallqvist- 1998

En el año 1998 planteé el tema de la posición social entendida aquí como clases sociales, que define la posición social del individuo en la sociedad y por otro lado, ubico a la sociedad como una tensión entre una dimensión política y una dimensión social, como contexto. Yo puedo vivir en una sociedad supremamente inequitativa, esa es la realidad social en que estamos, pero puedo tener una política de Estado que esté dirigida a la equidad así este contexto político afecta esta realidad social. Esta construcción me da como resultado

una dinámica societaria que es favorable, en este caso, para construir equidad social. Pero si yo tengo una sociedad que es sumamente injusta e inequitativa y además tengo una política, un contexto político, que no plantea la equidad como elemento central o que lo plantea retóricamente pero que no transforma eso en acciones políticas materiales, significa que yo tengo un contexto de sociedad donde el tema de la equidad no está constituyéndose como elemento real de la vida cotidiana. Y eso entonces va a afectar la estratificación social, en el sentido de que va a limitar la posibilidad de que la condición social de la gente mejore y se eliminen las inequidades totalmente presentes en estas sociedades y, por lo tanto, el efecto que tiene esta dinámica societaria sobre la posición social de los individuos va a ser un efecto de profundizar esas inequidades.

Pero ¿cómo se da esta dinámica? Me parece muy interesante de ver, porque sobre todo los que estamos en el campo de la salud, a veces pensamos que para poder intervenir sobre los factores de inequidad sólo lo podríamos hacer mediante otros cambios. La salud sería un campo de reducidas capacidades de intervención. Yo creo que este esquema nos hace pensar en otra cosa. Si bien es cierto que una intervención alta, en estratificación social, si yo logro intervenciones altas sobre la condición social, afectando inserciones ocupacionales, patrones educativos, patrimonio material e ingreso, niveles de ingreso, todo articulado, yo podría tener un impacto fuerte sobre la estratificación social y cambiar la condición social.

Pero hay también otras formas de intervenir, como por ejemplo la decisión de impedir la exposición diferencial. Es decir, yo tengo las mismas condiciones de clase aquí instaladas, pero yo impido que las condiciones de clase expresas como determinantes se transformen en exposiciones inequitativas, ahí es donde las políticas sociales terminan interviniendo, o sea, por determinación social un determinado grupo de individuos no tendría acceso a la educación pero yo meto una política educativa de alta calidad para adultos con gran fragilidad social y evito con esto que ellos estén expuestos a una condición de educación de baja calidad, a eso me refiero con exposición. Otra cosa, yo puedo proteger poblaciones de clases

sociales bastante frágiles o una política de salud que impida que se enferme, eliminando un conjunto de exposiciones que generarían enfermedad en la casa o protegiendo las condiciones de trabajo, haciendo muy bien que no se genere una exposición específica como enfermedad oral. No cambiaría todavía la posición de clase social desde esta intervención, pero al evitar la enfermedad oral yo tengo un impacto sobre las consecuencias sociales, los procesos sociales de salud-enfermedad y evito la retroalimentación negativa de la estratificación social eso que se dice siempre que a más pobreza más enfermedad, a más enfermedad más pobreza, por ejemplo, para romper ese ciclo.

Entonces éste esquema siempre me ha servido de mucho para demostrar lo siguiente: si nosotros tenemos una efectiva intervención que evite, por ejemplo, que la exposición se transforme en daño o mejor, que la posición social se transforme en exposición, estaría ya evitando la retroalimentación negativa y eso lo podríamos hacer desde un campo específico de intervención que es el de salud. En eso encontramos nuestra inserción específica en el campo de la producción social y una condición de vida aceptable, digna, dentro de la perspectiva de reducir las inequidades y generar posibilidades de una mejoría de las condiciones sociales. No sé si me explico bien, lo que quiero decir es que mi mensaje es salir un poco de la impotencia que a veces nos aplasta en el sector salud, me parece entonces que si no hacemos la revolución social no tenemos nada que hacer, cuando de hecho tenemos un montón de cosas que hacer. Lo que explica la importancia de los sistemas de protecciones sociales, por ejemplo que afecta la exposición diferencial, un buen sistema asistencial porque tenemos hoy una base enorme de personas afectadas por patologías que limitan o descalifican su vida y nosotros no les estamos dando una buena atención y eso tiene una continua retroalimentación negativa sobre la condición social, entonces esa es la interpretación, de lo que se puede hacer desde salud y me parece muy importante que tomemos esta perspectiva.

Hay una cosa que vengo insistiendo mucho y en donde a veces soy un poco antipático con esto y el tema es que hay una polaridad

entre fragilidad social y vulnerabilidad. Nosotros hemos apropiado más o menos la idea de vulnerabilidad. Yo siempre digo que vulnerable era Aquiles, el héroe griego, porque era un dios inmortal pero tenía un talón que no le daba para nada, y este taloncito ahí fue su punto de vulnerabilidad que terminó por matarlo, porque Aquiles no era frágil, era un dios y dejó de serlo porque su talón no fué sumergido en la poción de la inmortalidad, así que él no era frágil, era vulnerable por culpa de su talón. Cuando nosotros abordamos la situación de nuestras clases sociales subalternas de la sociedad, no estamos hablando de clases sociales vulnerables, estamos hablando de clases sociales frágiles a tal punto que no logramos romper la estructura social. Históricamente el remanente social de pobres no ha cambiado sustantivamente. Ah pero están menos pobres que antes, sí pero miren bien la distribución de la riqueza, o sea los que más ricos son se desplazaron más y los que están aquí se desplazaron a velocidad inferior y están más alejados, por eso la inequidad es mayor y por lo tanto estamos hablando de una reproducción interna de la condición de clase, que tal vez consolida más una fragilidad social. Por eso me parece de muy mal gusto hablar de estas poblaciones como poblaciones vulnerables, nosotros creamos obstáculos y si yo quiero sacarlos de la condición de fragilidad estructural tengo que afectar los elementos de la reproducción de su fragilidad y no meter los parchecitos. Entender ésta dinámica permite ubicar qué podemos aportar desde un campo específico pero politizando este campo con la ambición de afectar la condición social. De esta manera, a la larga uno podrá decir, “ah pero hay episodios de vulneración, de vulnerabilidad”. Sí eso es cierto, pero el impacto que eso tiene, sobre las distintas clases sociales, con distintos niveles de fragilidad es absolutamente distinto. Ah yo estoy aquí hablándoles a ustedes, me caigo y me rompo la pierna. ¿Qué pasa? Yo saco mi seguro internacional de salud, me van a atender, me van a trasladar y por los días que no puedo trabajar me pagan. Bueno, esta condición hace que para mí este episodio tenga, claro la molestia de la abertura y algo más, pero la verdad socialmente esto no va a causarme un daño mayor. Un tipo que trabaja todos los

días y que recibe a diario lo que trabaja y que no tiene seguridad social y se cae en la calle y este episodio de quizás quedarse dos semanas sin poder caminar y trabajar, significa una hecatombe en sus finanzas domésticas, los hijos no van a comer. El hecho de la condición de fragilidad, define *per se* lo que la vulneración eventual, el evento de vulnerabilidad genera como impacto estructural y eso hay que entenderlo bien.

Por eso tenemos que salir de ese lenguaje de la vulnerabilidad, porque la vulnerabilidad desde mi crítica es totalmente orgánica a la idea de **gestión del riesgo**, porque hace un aislamiento de elementos, ignora el marco de la reproducción estructural de lo que está pasando. Entonces la distribución, por ejemplo de la enfermedad, no debería sorprendernos de que los más pobres tengan más mortalidad infantil, que tengan más víctimas de violencia, de accidentes, de enfermedad crónica, de problemas mentales, ¡claro! porque es estructuralmente que concentra un conjunto de fragilidades que es natural que se reproduzcan sistemáticamente. Entonces es una diferenciación bien importante y está una formulación que hicimos para un debate en la Secretaría de Integración Social, tratando de aplicar eso a un tránsito entre políticas sociales asistencialistas, orientadas hacia la vulnerabilidad, hacia unas **políticas públicas afirmativas de los derechos**, hacia la equidad y que tiene como foco de intervención la estructura. Esto es un tránsito supremamente complejo, porque de hecho estamos organizados para trabajar con el asistencialismo fragmentario. Acá hay algo que mostré el lunes y que vale la pena retomar y que es otra expresión importante de cómo pensar la reproducción social de las fragilidades y por ende de la persistencia de las inequidades, este cuadro sería la lógica que se aplica dentro de un estado de bienestar social para diferentes ingresos:

Lógica de rentas en el estado de bienestar social

Column1	Column2	Column3	Column4	Column5	Column6
Grupo	Renda Media	Impostos (40%)	Transferências	Renda após Impostos e Transferências	Saldo
A 20%	1000	400	240	840	-160
B 20%	800	320	240	720	-80
C 20%	600	240	240	600	=
D 20%	400	160	240	480	80
E 20%	200	80	240	360	160
Razão entre A/E = 5/1				Razão entre A/E = 2.33/1	
Rothstein (2001)					

Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

La renta media, que estaría ahí, sería el ingreso medio, promedio de diferentes clases sobre las cuales se aplica una proporción igual en términos de proporciones del 20 y 40% sobre los valores del ingreso pero que tiene un valor absoluto distinto porque los ingresos son distintos. Entonces el que gana más pagará más, pero siempre dentro de la misma proporcionalidad. Cuando vamos a las transferencias, o sea, recogidos los impuestos yo hago una devolución. Por principio de universalidad esta devolución es igual, ¿dónde está la diferencia?, la diferencia está en que cuando yo hago la ecuación completa éste que ganó 1000, le hemos retenido 400 como tributos, transferimos 240 y el resultado final es de 840. Para el que ganaba menos, 200, le sacamos inicialmente 80 por tributos pero devolvemos 240 igual y el pasa a tener 360. ¿Qué es lo importante de eso? Que acá en el inicio, la razón entre el que más ganaba y el que menos ganaba era de 1 para 5, el que más ganaba, ganaba 5 veces más pero al final esa dife-

rencia cae para 1 para 2.33, más de la mitad se reduce esta diferencia. Los estados de bienestar social que aplicaron esta fórmula por lo tanto llegaron a disminuir el rango de variación de los ingresos haciendo que en términos absolutos quien gana más o tiene más riqueza pague más, para que después se dé una distribución lineal, las transferencias terminen resultando en un achicamiento de distancia entre el que gana más y menos. ¿Qué tenemos en nuestras sociedades? nada de esto. En nuestras sociedades quien más paga tributos es quien menos recibe. Eso les comentaba el lunes, en el caso brasileño quien gana hasta dos salarios mínimos nacionales paga casi el 50% en tributos, quien paga más de 30 salarios mínimos nacional paga el 21% en tributos. Entonces no tiene nada que ver con eso que estoy planteando.

Segundo problema, las transferencias. “¡Ah las políticas sociales son para los pobres!” Pero ahí está, las políticas sociales para los pobres, son pobres políticas y en general no tienen presupuesto suficiente y no tienen políticamente el sentido de generar una igualdad de transferencia en el que todos se sintieran bien tratados. ¿Qué quiero decir con eso? Quiero decir que en un sistema de bienestar social, todos tendrían el mismo acceso a salud independientemente de su condición de clase social. Eso implicaría que todos tendrían todos los servicios de salud sin ninguna distinción, se podría decir que el valor final es el mismo. Que todos tuvieran acceso a la educación gratuita también para todos los niveles, entonces la transferencia también sería equivalente. En nuestra sociedad se hace otra cosa, se hace política de educación para pobres, es decir, a los pobres les damos educación básica que además tienen que pagarla muchas veces. En salud también tenemos categorías de beneficio, entonces ya no es igual a la transferencia.

El resultado final es que nuestras sociedades tienen una razón enorme entre los que ganan más y menos. En Brasil está entre 36 veces, acá en Colombia la última vez que vine estaba por ahí, creo que ahora Colombia pasó a Brasil incluso en eso. Entonces tenemos sociedades donde convive gente que es supremamente rica con gente supremamente pobre y estos extremos generan una tensión enorme

y eso se reproduce sistemáticamente. Y más, con este desequilibrio tributario, los que están en la base de la pirámide social subsidian a los que están arriba. Eso es lo más espantoso, porque como hay muchos pobres la masa tributaria de los pobres termina siendo más importante que la masa tributaria de los ricos porque en cuanto más ricos, menos pagan. Así hay un problema en la estructura, o sea lo que quiero mostrar con eso es que en nuestras sociedades esa combinación de tributación regresiva, injusta, inequitativa o una transferencia igualmente inequitativa con relación a la necesidad de las personas, termina generando una reproducción social que tiene la capacidad de producir industrialmente la inequidad. El hecho de que nuestras sociedades sean inequitativas es el resultado de esperar de este tipo de obras que sigan siendo inequitativas y más inequitativas tienen relación directa. Si nosotros no podemos afectar esta lógica inequitativa, la estructuración y reproducción de esta asimetría, no vamos a lograr construir sociedades equitativas.

Acá tengo algunas definiciones de inequidades. La primera es la **persistencia sistemática de diferencia entre grupos donde estas diferencias son innecesarias, injustas y evitables**. O sea ahí va un concepto clave, para no confundir. Mucha gente habla, diferencias, desigualdades, inequidades como si fuera sinónimo. Yo quiero llamar la atención de que inequidad es un concepto que implica una especie de juicio moral. Yo estoy diciendo que esta diferencia es injusta, esa es mi ética, en algunos casos, mi moral. Como el caso de la salud que la gente se muere porque no tiene plata, esto es un problema ya de moral, si entendemos la moral como un elemento estructurador de los valores de una sociedad. Por eso, esta definición remarca la idea de que: 1) es algo que se presenta sistemáticamente en una sociedad y 2) es algo que sí se puede evitar, porque hay formas, conocimientos, recursos, etc. Hay muchos otros que dicen que la equidad, esta forma de responder a esta sistemática diferencia injusta, la equidad sería un valor superior de sentido, de forma superior de justicia. Esto combina la universalidad con el tema de para cada uno según su necesidad, de cada uno según su posibilidad, que combina eso en una forma superior de justicia, donde la justicia no

será que todos tengan lo mismo, sino que todos tengan lo que necesiten. Ahí hay un problema de cómo pagar la deuda social.

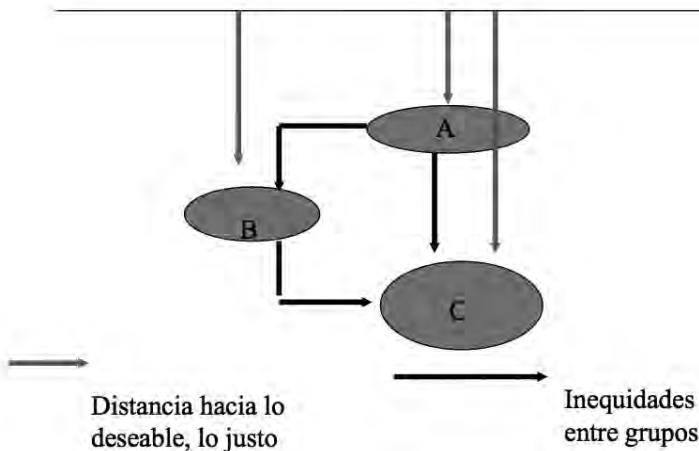
Por lo tanto, este enfoque desde la equidad nos lleva a otra preocupación. Si estamos en una sociedad supremamente injusta y se reproduce su injusticia, uno tiene que ser consiente, estamos reproduciendo la injusticia. No es que estamos avanzando y la injusticia está desapareciendo. Al contrario, en los últimos años se ha demostrado que aumentó la riqueza en estos países, en sentido de más riqueza pero esta riqueza no se distribuyó. Así que hay un problema por la inflación y en eso nos sirve el concepto de Marx que nos hablaba de necesidades radicales. ¿Qué quiere decir eso? Marx decía, hay ciertas necesidades radicales, que no se pueden satisfacer si no hay un cambio de la estructura social. Por ejemplo nosotros diríamos, compartir la inequidad en nuestros países implica cambiar la estructura tributaria, pero cambiar la estructura tributaria es tocar uno de los puntos centrales de la reproducción de la concentración de la riqueza. Por lo tanto este campo es necesario para que yo pueda satisfacer una necesidad radical, en el sentido que son necesidades que hoy en esta lógica que tenemos no lograremos, como por ejemplo salud para todos, educación para todos, trabajo digno para todos, ¿entienden? Entonces, nos quedamos ahora si en un utopía, o sea que nos quedamos en una discusión que no tiene materialidad, no vamos al grano. Nos quedamos aquí en salud hablando del tema, que el sistema de salud y demás, pero no discutimos la matriz que nos impide tener presupuesto para salud, tener un sistema universal y generar condiciones sociales que eviten la enfermedad porque no discutimos cómo se reproduce la concentración de la riqueza, ¿está claro eso, no? Es muy importante entenderlo porque si no, honestamente, nos quedamos dando vueltas sobre el tema y no vamos a lo que es estructural y por lo tanto ahí se da la idea que eso nos lleve a romper la historicidad de la exclusión.

Si ustedes miran los indicadores sociales latinoamericanos van a ver que finalmente nosotros no logramos romper la estructura de clases que tenemos y la movilidad de clase es nula, entonces es muy curioso cuando uno va a las proporciones, a los porcentos, teórica-

mente disminuyeron los números de pobres en América Latina por la proporción, teóricamente en los últimos años hubo una reducción, con uno o varios números absolutos aumentó, es una cosa interesante. Eso está ahí y el número de miserables aumentó, entonces la verdad manejamos un espejismo sobre lo que está pasando. Debido a esto los estudios nacionales dicen, disminuye la pobreza pero aumenta la inequidad, porque justamente cuando hacemos un análisis de inequidad es que aparecen estos elementos del orden social.

Apreciemos la siguiente diapositiva, para entender lo siguiente.

Lo bueno, lo justo como la expresión del derecho - “lo razonable”



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Si tomamos el marco de los derechos, lo materializamos y proyectamos lo que sería lo bueno, lo justo, lo deseable en el sentido de la razón y establecemos estos parámetros con relación al cual podemos medir la condición de individuos y grupos, estaremos haciendo una medida de la inequidad con relación a lo que es deseable. Y no una inequidad simplemente entre grupos. A ver si me explico. En Brasil si tomamos la mortalidad infantil, indicador clásico, la mortalidad infantil en un 20% más entre los pobres de la región sur de Brasil, que es la región más rica, que equivale a la mortalidad infantil de los 20%

más ricos del nordeste de Brasil. Cuando uno propone, no pensemos la mortalidad infantil de forma relativa porque hoy hacemos eso, decimos, esta mortalidad infantil no está tan mal para el país. Pero yo les propondría otra cosa, pongamos allá arriba la menor mortalidad infantil del mundo en términos nacionales y es de 3 por cada 10 nacidos vivos, y ahí ubiquemos los demás países con relación a eso y todo lo que está más allá de tres es una excelente mortalidad. Desde el punto de vista ético de la equidad no es aceptable y eso debiera transformarse en un escándalo mundial. Esa es la crisis también, o sea se instala una crisis financiera y todo el mundo dice, la crisis, la crisis, es un tema mundial se reúnen los presidentes pero ¿y la crisis de la deuda social que tenemos? Es persistente y es histórica.

La equidad nos sirve para apuntar a esta distancia, entre lo que debería ser, técnicamente hablando y lo que es. Y por lo tanto esto también contribuye a otro artificio, cuando hablamos del índice de Gini, este mide la distancia entre la condición relativa entre uno y otro de estos grupos, por ejemplo entre países. Si yo utilizo esto dentro de un país y por ejemplo yo tengo el Gini, la diferencia entre los que más tienen y los que menos tienen. Hay dos formas de mejorar el Gini, mejorando las condiciones de los más pobres o empobreciendo los que están arriba, entonces, hay que disminuir la distancia, porque el Gini siempre me deja a mi muy preocupado. El Gini me parece una trampa, porque si yo hago un empobrecimiento de los que están relativamente más arriba, disminuye la distancia, eso me parece que mejoró, pero la verdad lo que debería estar midiendo es la distancia relativa de cada una de las clases sociales con relación a lo que debería ser y ahí voy a ver si realmente los que están más abajo están evolucionando o no.

Además tengo que medir eso por varios parámetros, de acuerdo con lo que nos plantean el tema de los derechos humanos. No basta medir por ingreso, porque el ingreso puede ser un artificio, 'ah que el ingreso mejoró'. Bien, el tipo ganaba 1000 pesos por mes y ahora gana 15 más. Sigue siendo insuficiente. Entonces si yo voy por esta lógica, pensando lo que es justo, lo que debería ser. Diría, bueno primera cosa, ¿cuánto necesita la gente de ingreso para tener una

vida digna? Esa es la gran primera pregunta. Vamos a ver que es un cambio de concepto de pobreza. Voy a tener que considerar ¿Cuánto necesita para vivienda?, ¿Cuánto necesita para comer? ¿Cuánto necesita para educación? ¿Cuánto necesita para transporte? Y la canasta básica deja de ser para ser una canasta medida por algunas cosas, que en general está muy limitado al tema alimentario, para ser una canasta completa y ahí el concepto de pobreza va a variar.

Por lo tanto si utilizamos esto y vamos a la idea de que hay un conjunto de condiciones que son impostergables y yo diría que por debajo de eso nadie debiera estar. Esa debería ser una política clara, para todos. Para medir con relación a cada derecho materialmente qué es lo que falta. Vemos que hay una cantidad de distancias que tenemos que eliminar; primero llegar a la línea de lo que es impostergable y luego llegar a lo deseable y pasar ese límite. Eso nos da una idea de progresión y nos permite dimensionar el **tamaño de la deuda social**. Es una dificultad que tenemos hoy. No sabemos cuánto vale la deuda social y por eso no transformamos eso en una discusión material.

Primera cosa que hacemos es saber cuánto hay de presupuesto, después estructuro una oferta y es una oferta que no está informando de la necesidad. Estaba el otro día, con todo respeto, cuando el Ministerio de Protección Social presenta sus intervenciones sobre el tema. Eso es una lógica donde yo predefino la oferta, atiendo lo que puedo con esta oferta y todo lo demás queda afuera, desaparece de mi horizonte de visión. Aplicando todo esto a los números que el Ministerio atiende, vamos a ver que es ridículo frente a la necesidad pero estamos acostumbrados a hacer eso, a transformar metas y metas que estamos seguros que vamos a alcanzar y no las metas sociales que deberíamos. Así, queda muy desdibujado el tema de la deuda social.

En cuanto al tema del trabajo, al tema de la equidad e inequidad en el trabajo, les voy a mostrar un estudio antiguo hecho en Suecia, presentado en esta diapositiva, que hablaba del Riesgo relativo por categorías socio-profesionales. La expresión socio-profesionales es como en Suecia se ordenan las estadísticas sociales. Toda la población, todos los datos sociales-económicos son referidos y estable-

cidos con relación a estas categorías. Los profesionales, el Intermediario no-manual, Rutinero no-manual, Manual Calificado, Manual no-calificado. Esa es la clasificación de la ocupación. Se ha hecho una proxy de clases sociales, muy por encima pero que muestra un poco cómo se desarrolla esta situación. En términos de riesgo relativo, entre los afectados por enfermedades de larga duración, el mejor desempeño está en los Profesionales, es muy bajo (1.0). Cuando llegamos al trabajador manual, no calificado, encuentra una proporción absolutamente clara de reincidencia diferencial en términos de riesgo relativo (1.8).

Riesgo relativo por categorías socio-profesionales

Categoría Social - Profesional	RIESGO RELATIVO		
	Enfermedad de Larga Duracion	Con reduccion de la capacidad de trabajo	Perdida severa de capacidad de trabajo y fuera de la Fuerza de Trabajo
Profesional	1.0	1.0	1.0
Intermediario No Manual	1.1	1.4	1.8
Rutinero No Manual	1.5	2.2	3.8
Manual Calificado	1.7	3.3	6.0
No Calificado	1.8	3.2	6.2
% Pobl. 25-64	39.7	20.8	6.0

Suecia, 1999

Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Luego, revisando la pérdida severa de capacidad de trabajo y donde el trabajador puede quedar por fuera de la Fuerza de Trabajo, mientras que está en 1.0 el trabajo profesional, el trabajo Manual no-

calificado está en 6.2. En Suecia generó una comisión parlamentaria, un esfuerzo tremendo para ver cómo intervenir. En nuestro caso, ni siquiera tenemos datos que nos permitan ver esta probabilidad, primero porque este concepto no se aplica en nuestras sociedades y segundo porque no nos interesa esta perspectiva de mirar las inequidades como elementos de orden estructural. Y creo que las presentaciones previas dentro de este Seminario, nos acercan hacia una visión sobre el mundo del trabajo donde estas inequidades son brutales. Además hay un problema que no hemos discutido aún pero que es muy fuerte. Es el antiguo concepto de un ejército de mano de obra ha desaparecido. La verdad es que para el gran capital transnacional hoy, idealizar a los pobres no sirve para nada o sí sirve, pero para ejercer en escala un cierto mercado de consumo, pero como trabajo son totalmente desechadas.

Eso queda como una situación libre, porque qué hacer con los pobres. Por eso no me parece exagerado cuando algunos dicen que existe un genocidio de carácter social, porque por ejemplo en el campo de la salud, al decir que vamos a hacer una reforma del sector y privatizamos el acceso y dejamos por fuera un montón de gente o le damos los paquetes de atención básica. Lo que estamos haciendo es condenando a una gran parte de la población a no tener asistencia o a no tener asistencia en los casos de enfermedades complejas y caras, y por lo tanto estoy diciendo que esa persona va a morir. La Escuela de bioética de Roma lo llama **desasistencia programática** y si uno es bastante riguroso ve que esto tiene sentido. Las políticas se instruyen a partir de una lógica fundamentalmente contable y que ignora la necesidad social. Al hacer eso excluye también. Eso se aplica para varias políticas no sólo en campo de la salud; en la educación al generar estándares de educación cada vez más deteriorados. **En el campo del trabajo, el trabajo indigno, trabajo sin seguridad social, el trabajo sub-remunerado, el trabajo penoso, expuesto permanentemente a elementos de daño a la salud.** Ahí está la desasistencia programada en un sentido que, francamente tiene la intención genocida. Me gusta esta idea porque pone la situación en un nivel dramático, que le corresponde. Porque uno lo

piensa aquí académicamente, con ecuaciones y cuando realmente estamos hablando de un problema estructural, de personas, de vidas que ocurren una vez. No sé si ustedes creen en la vida después de la muerte, pero yo por las dudas no creo. El tema es que esta vida se tiene y se termina y se acabó y estas pérdidas están ahí en un nivel absolutamente naturalizado, en el paisaje social.

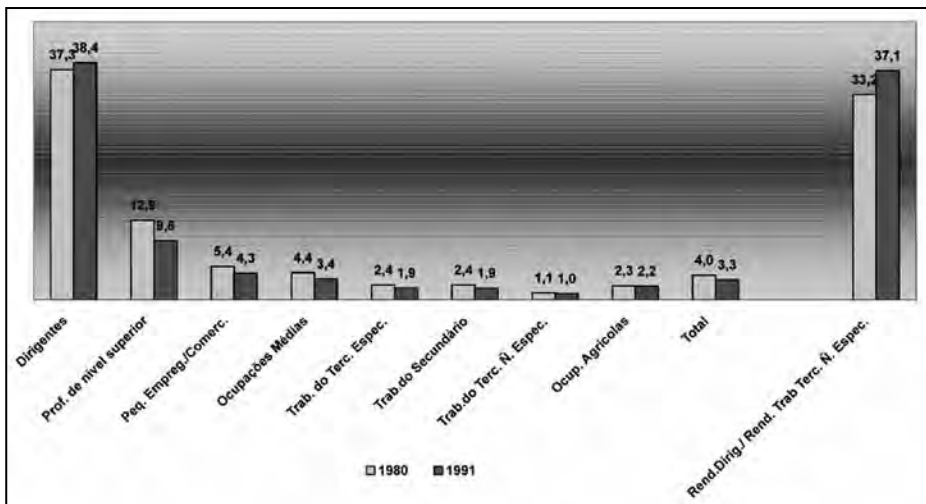
Tomando esta perspectiva de dar la pelea por el **Estado Social de Derecho**, hay muchas constituciones que dicen esto, pero vamos a ver la materialidad de ese Estado Social de Derecho. Si yo quiero aceptar la estructura de la sociedad en términos de posición socio-ocupacional, ingresos, material educativo y patrimonio material, tengo que considerar que quiero aceptar la condición social de los individuos y de los colectivos. Por lo tanto yo tengo que dar respuesta ante el ámbito de las exposiciones también porque puede ser una entrada protectora para generar mejores condiciones a la gente, y voy a tener por lo tanto presentes los daños que están instalados y siguen produciéndose. ¿Hoy qué hacemos frente a esto? Hoy fundamentalmente hacemos asistencia social porque manejamos una intervención sobre las tarifas. Tenemos que progresar a un proceso dentro de una idea de garantizar los derechos para poder responder finalmente a una perspectiva de desarrollo incluyente.

Lo que entra en debate es que si nosotros queremos romper la reproducción de estas inequidades, tenemos que ir caminando hacia una perspectiva de desarrollo social que promueva la inclusión social y por lo tanto afecte la fragilidad. Pero tenemos que reconocer que tendremos que hacer varias intervenciones. Al mismo tiempo hay unas urgencias sociales que exigen una intervención directa de asistencia para poder generar condiciones, al tiempo en que ubicamos esto en el marco de la garantía de los derechos como marco articulador político y apuntamos desde ahí a la naturaleza del desarrollo que queremos alcanzar y por lo tanto el impacto que queremos generar en la estructura de la misma sociedad. Sensibles no sólo a las estructuras de clase, sino a las inequidades que dentro de las mismas dinámicas de clase, están presentes también en la forma de inequidades entre géneros, entre etnias, entre personas portado-

ras o no portadoras de discapacidades. Aquí está la complejidad del tema para políticas sociales que quieran afectar de verdad el tema de las inequidades.

En el siguiente gráfico veremos los agregados de ocupaciones, configurando perfiles socio-ocupacionales, mostrando la gran diferencia entre el ingreso de los dirigentes tanto en lo sector privado como público y los demás agregados socio-ocupacionales.

**Rendimiento medio de población ocupada por categorías socio-ocupacionales
Región Metropolitana de Río de Janeiro 1980-1991**

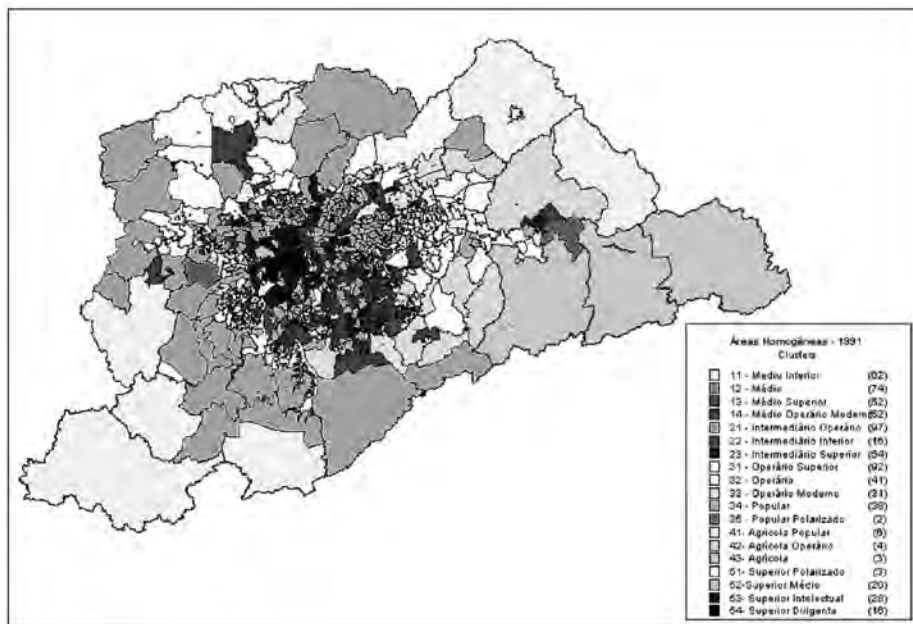


Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Ahora vemos un mapa de la ciudad (Río de Janeiro) mostrando en rojo las áreas más frágiles según su perfil socio-ocupacional. Si uno mira esto para, por ejemplo, la ciudad de San Pablo, como pueden apreciar en este mapa, advierte la forma de ocupación territorial de las ciudades, que también se podría proyectar por país, para ver cómo es la estructura en que ocupamos socialmente el territorio y que refleja unos espacios de intervención. Como es evidente, los espacios de la mejor condición socio-ocupacional son como man-

chas pequeñas de un conjunto donde las condiciones son en general bastante precarias y la seguridad social es importante.

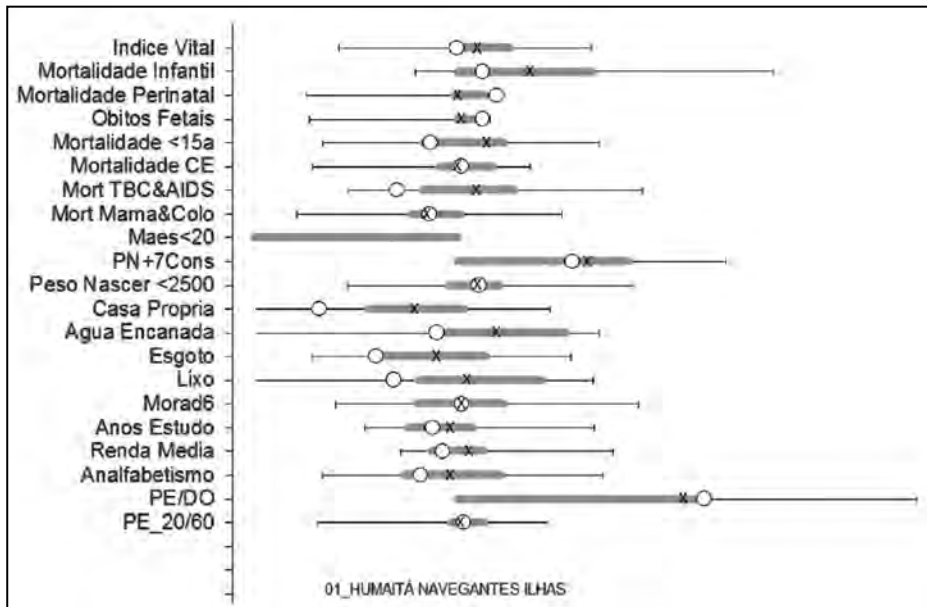
Mapeo de áreas homogéneas –RMSP– 1991



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Tenemos otra forma de representar perfiles. Establecemos el perfil del mejor desempeño territorial, comparamos esto en continuo con la condición de cada uno. Entonces donde está el círculo blanco es donde se establece el promedio del conjunto de territorios de una ciudad, en este caso Porto Alegre, donde se ubica la media vida y después dónde están los mejores parámetros de ciudad, los mejores parámetros de provincia de una forma gráfica de mostrar atención entre la situación de cada territorio o población y lo que ya está alcanzado por otros territorios contiguos en la misma ciudad o en la misma provincia. De esta manera provocar una reflexión y una definición de objetivos de política pública.

Perfiles de desempeño territorial para la ciudad de Porto Alegre



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Como les había comentado en mi anterior intervención, cualquier política social, política pública en general, con más razón la política social tiene que claramente explicitar su filosofía política, tener un contenido programático coherente con esa filosofía política y luego tener un modo de gestión adecuado para poder hacer avanzar esta estructura programática. En general no hacemos este debate de esta manera, entonces termina y hacemos un debate centrado en lo programático pero que oculta la filosofía política, por lo tanto preguntas como: ¿esta política genera más equidad o más inequidad? Es una pregunta que no hacen. ¿A qué elementos de estabilidad estructural esta política afecta o no afecta? Tampoco hacemos esta pregunta. En general nos fijamos en una lógica de programas y el contenido programático queda sumamente fragmentado. Y lo que mantiene esta lógica es la estructura de gestión que tenemos, una estructura construida para no hacer preguntas.

Entonces, tanto en el campo del trabajo, si ustedes ven las políticas con relación al trabajo no afectan los elementos estructurales, por ejemplo la propiedad de los medios de producción. Tomemos un caso que en Colombia es dramático, la propiedad de la tierra, es dramático. En casi en todos los países latinoamericanos tenemos un gravísimo problema, una deuda pendiente sobre una reforma agraria. Si vamos al tema de la participación de los trabajadores en la ganancia de las empresas que vimos en la presentación de Oscar Feo, era el tema de la productividad. Si las empresas aumentan la productividad, las ganancias de los obreros debería aumentar también si hubiera una vinculación entre producción y remuneración pero eso no ocurre. Se está generando un perfeccionamiento de una acumulación capitalista a una velocidad impresionante porque aumentó la productividad, disminuyen los gastos porque además disminuyen el número de empleos pero a la hora de distribuir los beneficios generados por este aumento de productividad no distribuyó, y además no contribuyó dentro de un marco tributario a construir formas de inclusión social universal. Entonces realmente es una fórmula que no lleva a ningún lado. Pero eso lo podemos dejar claro si vamos a un debate de políticas públicas en que se expliciten claramente la filosofía política, los contenidos programáticos, las estructuras de gestión y los resultados con relación a la disminución de las inequidades.

Este es un concepto que también se habló aquí, que ahora está ganando fuerza, el **“bien vivir”** como lo llaman algunos países o que lo llamamos **Calidad de Vida**, que coinciden en la lógica de que todo el proceso de la política pública debería tener un producto final, complejo que se llama la calidad de vida de la gente. En este diagrama les presento una fórmula que hicimos para poder ver las fallas externas de la calidad de vida y cómo eso se transforma por lo tanto en exigencias de política pública.

Lo programático: La calidad de vida como objeto de la Política Social



Fuente: Armando De Negri Filho, 2002

Finalmente estas reflexiones son para decirles que en estas intersecciones entre trabajo, salud y las demás políticas públicas dentro del marco sistémico de los derechos, nosotros estamos necesitados de construir una percepción de la seguridad social -así lo llamamos históricamente- más allá de pensiones, trabajo y salud y por lo tanto van en la otra dirección en que se plantea que, coherente con el marco de los derechos, un sistema de protecciones sociales, que incluiría a toda la población sin ningún criterio contributivo: niños, ancianos, empleados, desempleados. La lógica sería que un Estado, orientado desde el respeto a los derechos humanos debería estar desarrollando una respuesta de un sistema de protecciones sociales que combinara la seguridad civil (derechos civiles y políticos) con la seguridad social (trabajo, protección al trabajo, pensiones) pero también incluyendo ahí a la seguridad económica. Es un tema muy relevante, muy importante que es cómo evitar que en una población tengamos gente que no tenga ninguna seguridad económica hasta que sea a través de un conjunto de transferencias direccionadas para generar activos suficientes en el marco de un conjunto articu-

lado de políticas públicas o sea, a través del debate ese de la renta universal de ciudadanía social. Sería todos los ciudadanos del país, ciudadanas, recibiendo un aporte mensual del gobierno, sin excepción, dentro de la lógica esa de la respuesta universal igualitaria.

Esos son debates interesantes, hay muchos debates alrededor de esto. Pero lo que quiero plantearles es que eso cambia nuestra visión sobre la base que hoy está sumamente fragmentada para pensar un sistema de protecciones sociales que nos permita entonces dialogar. No podemos aislar un tema como lo que nos trae aquí, el trabajo, el tema de la educación, de la salud, de la seguridad pública, de la vivienda, del transporte, del acceso a la energía, del derecho al ambiente sano, del derecho a la matriz energética que es otra discusión muy importante. Hay un conjunto de cosas importantes pero que para poder entender esta interacción hay que poder apuntar en el horizonte una perspectiva de un sistema de protecciones sociales conociendo la materialidad de la respuesta del Estado frente a sus obligaciones con los ciudadanos.

Acá vemos que ahora todos los economistas neoliberales se están volviendo *keynesianos*, y hay una cosa que no hay que olvidar. Keynes dice que las políticas sociales no deberían estar relacionadas a ciclos económicos, pero sí con la reducción plena de las fragilidades sociales, así que las políticas sociales son, por lo tanto, indisociables de una apuesta de un desarrollo sostenido de largo plazo. Eso nos lo ha dicho Keynes y me parece que está muy claro y que eso cambia totalmente el esquema que hoy estamos continuamente hablando. El esquema de, primero hay que hacer crecimiento económico y después nos repartimos la torta, no. Eso es la inversión justamente de lo que permite un desarrollo sostenible.

Otro aspecto, un cambio de enfoque necesario. De un manejo social del riesgo a un desarrollo social incluyente. De la atención asistencial a la atención integral. De subsidios a la oferta a derechos por la demanda. De focalización del gasto público a una progresividad de los derechos en el sentido de ni un paso atrás, avanzando continuamente en un plan transparente de conquistas sociales. De salir de la discusión de la reducción de la pobreza para la garantía de los derechos

humanos, para la garantía plena de los derechos humanos. Recuperando por lo tanto un debate que fue absolutamente prohibido, que es un debate sobre el desarrollo porque cuando surge el discurso sobre el combate a la pobreza desaparece el discurso sobre el desarrollo, se desplaza. Ya no hablamos de modelo de desarrollo, hablamos de crecimiento económico y reducción de la pobreza. Antes hablaban de eliminación de la pobreza, ya les quedó muy grande, ahí pasó a reducción de la pobreza y ahí también estaba demasiado, había demasiados pobres. Vamos ahora en “reducción de la pobreza extrema”, porque ese es el discurso ahora, entonces Objetivo del Milenio: reducir a la mitad a la pobreza extrema. Yo creo que la lógica que se propone aquí es un cambio de hipótesis que creo que nos ayuda a pensar este universo de elementos que estamos aportando en este Seminario. Muchas Gracias.

Referencias

- D'elia, Yolanda; De Negri, Armando; Huggins Castañeda, Magally; Vega, Mauricio y Bazó, Manuel. (2002). *Estrategia de Promoción de la calidad de vida*. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Recuperado de: <http://www.sisov.mpd.gob.ve/estudios/17/Estrategia%20de%20Promocion%20de%20la%20Calidad%20de%20VidaPES3.pdf>
- De Negri Filho, Armando. (2008). “A Human Rights Approach to Quality of Life and Health: Applications to Public Health Programming [Spanish].”. *Health and Human Rights: An International Journal*, 10 (1). Recuperado de: <http://hhrjournal.org/blog/perspectives/a-human-right-approach-to-quality-of-life-and-health-spanish/>.
- Diderichsen, F; Theorell, T y Whitehead, M. (2001). *The social basis of disparities in health*. In: Evans Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M (eds.) *Challenging Inequities in health*.
- Diderichsen, Finn; Hallqvist, Johan. (1998). “Social Inequalities in Health: Some Methodological Considerations for the Study of Social Position and Social Context.. En: ARVE-PARÉS, B. (ed.), *Inequality in Health. A Swedish Perspective*. Estocolmo: Swedish Council for Social Research, pp. 25-39.

Trabajo, salud y género: reflexiones desde la política pública de mujer y género del Distrito Capital²³

VIVIAN NAYIBE CASTRO ROMERO²⁴

Para la Subsecretaría de Mujer y Género y Diversidad sexual, es importante poder participar en este evento y compartir con ustedes reflexiones en torno al tema del trabajo y de la salud, porque vemos una oportunidad para poder avanzar en la incorporación del enfoque de género, en la elaboración de diagnósticos, que es lo que ustedes han presentado, lo que está produciendo la academia en torno al tema del trabajo y salud, y poder también, encontrar la forma de establecer puentes para que los resultados de esas investigaciones y sus estudios se conviertan en herramientas tanto en la toma de decisión, como en la acumulación de política pública que contribuya a mejoras de las condiciones de vida de la ciudadanía, donde nuestra población particular son las mujeres.

Agradezco en ese sentido la posibilidad de poder participar aquí en la mesa, en este escenario. Quiero ubicarlos desde dónde es que voy a exponer, contarles qué es la política pública de mujer y género

²³ Transcripción de la ponencia realizada el 23 de octubre del 2009.

²⁴ Subsecretaría de Mujer, Géneros y Diversidad Sexual de la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá.

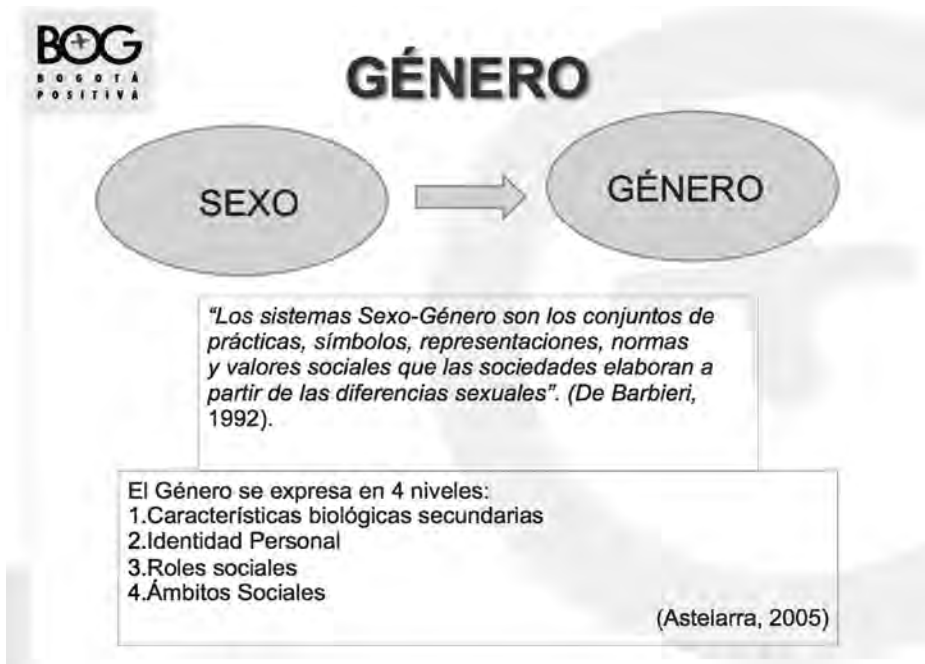
del Distrito. No sé si alguna o alguno de ustedes haya tenido acercamiento al tema y conocimiento de la existencia de esta política a nivel distrital, funcionamos desde el año 2003 cuando el Consejo de Bogotá expidió un acuerdo por el cual ordenaba la formulación de un plan de igualdad de oportunidades para la equidad y género para las mujeres del Distrito, a partir de ahí empezó un proceso gradual de institucionalización del tema de género en la administración distrital en su Plan de Desarrollo Bogotá Sin Indiferencia, tuvimos un primer programa “Bogotá con Igualdad de Oportunidades para las Mujeres”, y un segundo programa que ha tenido continuidad con el actual gobierno “Bogotá Positiva con las Mujeres y con la Equidad de Género”. Seguidamente les comentaré como el Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género, que les he mencionado, está estructurado a partir de seis derechos: el derecho a una vida libre de violencia, el derecho a la participación y representación de las mujeres, derecho al trabajo en condiciones de igualdad y dignidad, derecho a la educación en equidad, derecho a la salud plena, derecho a la cultura libre de sexismos y futuramente la implementación de dos más por demanda de las mujeres de la ciudad: el derecho al hábitat y la vivienda dignos y el derecho a la paz y la convivencia.

Desde la política tenemos cuatro estrategias; la que me parece fundamental para trabajar y para comentarles en el marco de este evento es la estrategia de transversalización, que consiste en la apuesta de contribuir a la incorporación del enfoque de género en las actuaciones tanto desde lo público como desde lo privado, que esté presente la visión de género en el marco de la producción de estadísticas, de datos, de estudios académicos que puedan fundamentar la toma de decisiones y que desde todas las políticas de la administración distrital se contemple la mirada diferencial, la mirada que reconoce las voces y las diferencias de las mujeres.

Soy la encargada del tema del derecho al trabajo en condiciones de igualdad y dignidad que tiene como objetivo promover el ejercicio pleno de los derechos económicos de las mujeres, de todas las edades, etnias, culturas y condiciones, el reconocimiento de su

aporte a la vida económica de la ciudad y el acceso a un trabajo en condiciones de igualdad y dignidad. Supongo que la lectura misma del objetivo del tema: “Promover el ejercicio pleno de los derechos económicos de las mujeres, de todas las edades, etnias, culturas y condiciones, el reconocimiento de su aporte a la vida económica de la ciudad y el acceso a un trabajo en condiciones de igualdad y dignidad”, ya les da una idea del tipo de temas y cómo nos convoca, y pienso que los temas que se han tratado a lo largo del seminario tienen todo que ver con los temas que nosotras manejamos desde la política pública, con algunas particularidades que encontré y tuve esa grata sorpresa, que ya muchas de las y los ponentes que han estado a lo largo del seminario han puesto visible el tema de las diferencias de género, de los diferentes impactos que tienen las políticas laborales, los cambios en las políticas de protección social sobre las mujeres, las particularidades, las diferentes afectaciones. Hace varios años era difícil escuchar en un espacio académico que estos temas fueran contemplados porque venimos de una tendencia de trabajar desde poblaciones que consideramos homogéneas, mostrando los datos solamente para poblaciones y personas en general, lo que hace difícil empezar a capturar la diferencia y la desagregación. Una de las apuestas que tenemos en ese sentido es la producción de datos y de estadísticas desagregadas por sexo, que nos permitan visibilizar las brechas, las diferentes condiciones que afectan a las mujeres, sus diferentes intereses y necesidades.

Me parece pertinente avanzar un poco en el tema, no sé si es claro para todas y para todos, a que nos referimos cuando hablamos de género y lo quiero exponer de una manera breve, ustedes ven en la siguiente gráfica una especie de dicotomía entre lo que es sexo y lo que es género.



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Hablamos de sexo cuando nos referimos a las características biológicas, la dotación biológica con la que nacemos y el género como la construcción social y cultural que se realiza a partir de esa diferencia biológica. En ese sentido, nacer mujer biológicamente no implica que nos construyamos como mujeres socialmente, sino que dependiendo de la cultura, del modo que nos socialicen y del modo como decidamos unirnos o no a lo que la sociedad considera como femenino. La feminidad y la masculinidad son construcciones sociales y culturales que varían en el tiempo, varían en las culturas, todas hemos experimentado, no más mirando la historia de las mujeres de nuestra familia que el modo en el que ellas construían su ser mujer, es muy diferente a cómo lo construimos nosotras en este momento. Ese es un señalamiento que es importante porque partimos de que la construcción de género alrededor de la cual se han creado las desigualdades sociales, en tanto es social es modificable, y por eso

desde una política pública como la de nosotras, la política pública de mujer y géneros, tenemos la apuesta fundamental de contribuir a que las situaciones de desigualdad y de discriminación en razón de género sean eliminadas.

En el tema del trabajo y el género, les comento que la apuesta que se tiene desde la perspectiva, desde el enfoque de género y desde los estudios feministas, es la reconfiguración de la noción de trabajo, porque usualmente se asocia solamente con el tema de empleo. Por consiguiente la vinculación laboral está mediada por un intercambio de trabajo y de servicios por un salario, donde básicamente se reconfiguran y se incluyen actividades que usualmente no son reconocidas como trabajo. Hemos avanzado en la última década hacia el reconocimiento del trabajo doméstico como un trabajo, el trabajo de cuidado de niños y niñas, de personas dependientes, de personas de la tercera edad, pero todavía queda mucho de esa carga histórica que al considerarlas como actividades domésticas y familiares, no constituyen un trabajo. Prueba de ello son, por ejemplo, las categorías estadísticas por las cuales se clasifica a las mujeres dedicadas al trabajo doméstico, lo que se considera como amas de casa, quienes están clasificadas bajo la población económicamente inactiva, categoría que de hecho ya desconoce la situación de trabajo en la que están de manera permanente en sus hogares.

El tema del trabajo y del género está atravesado por la división sexual del trabajo, por la asignación diferencial de roles, y nuestro problema no es con la diferencia, la diferencia es una cualidad fundamental en la sociedad, la diferencia la reivindicamos, el problema se presenta cuando partiendo de esa diferencia se genera desigualdad. Es el caso de la división sexual del trabajo, por el cual muchas mujeres al estar relegadas al trabajo doméstico y familiar ven limitadas su posibilidad de acceso al mundo público, al mundo remunerado, al mercado de trabajo, así mismo cuando ingresan al mercado de trabajo ingresan en unas condiciones desfavorables, lo comentaba esta mañana una de las panelistas, el peso que aún tienen los roles domésticos sobre ellas y la segregación y división sexual del trabajo que se vive al interior de la familia, que se expresa en el mercado la-

boral. Donde hablamos de profesiones feminizadas, de aquellas que están ocupadas numéricamente o mayoritariamente por mujeres, y que si vamos a mirar más allá, están caracterizadas por altos índices de precariedad, de inestabilidad, de flexibilidad laboral. En ese sentido está presente cómo la mirada de género gira en torno a visibilizar ese tipo de temas.

Está el tema de economía del cuidado, que tampoco pues tengo conocimiento si alguna o alguno de ustedes hayan tenido acercamiento al término. Y es una apuesta fundamental en términos de revalorizar el trabajo no remunerado que realizan las mujeres, es una postura que viene desde la economía feminista, y que implica ampliar la noción de economía para incluir todas las actividades que están subsidiando al mercado de la economía monetarizada. Llámese trabajo doméstico y familiar, trabajo de cuidado de niños y niñas, todo lo que tiene que ver con la reproducción de la vida, donde la economía del cuidado es un tema que debe competir a todos y a todas, no es responsabilidad únicamente de las familias, cuando se saca a la familia básicamente el trabajo recae sobre las mujeres. Aquí también el Estado tiene mucho que decir frente a eso, las políticas públicas tienen todo que decir frente a eso y también el tema del empresariado y de la empresa privada.

“Son las mujeres las que realmente soportan la carga de la economía mundial, cuando hacemos nuestra contabilidad en términos de tiempo, de trabajo y no en términos de las finanzas y el dinero”. El tema de los usos del tiempo es fundamental en ese sentido, porque estos elementos configuran la desigualdad, cuando nosotras tenemos ligado el tema de los roles domésticos y familiares, no podemos tener el mismo espacio para el tema productivo, para los procesos de formación, para los temas de ocio y disfrute del tiempo libre que son fundamentales para los seres, para las personas integrales. Las mujeres ven limitadas sus posibilidades en esos ámbitos por la carga del trabajo doméstico no remunerada. Entonces el uso del tiempo es un elemento fundamental para caracterizar discriminaciones, a veces pensamos solamente en la parte material, en la parte de bienes y servicios, que es muy importante, pero aquí también existen elemen-

tos inmateriales, hay cosas que pasan desapercibidas y por tanto ahí circula un tema de distribución desigual de recursos y de bienes.

El tema de la conciliación familia-empleo emerge ahí como un problema de política pública, algunos países básicamente europeos ya han puesto sus ojos ahí, han planteado lineamientos de políticas que faciliten que las personas puedan conciliar sus roles familiares y domésticos, básicamente han sido políticas pensadas para las mujeres, porque no se cuestiona la distribución de roles al interior de la familia sino que se piensa que le podemos facilitar a las mujeres el acceso al mundo público, facilitándolo con medidas desde las empresas, desde el sector público ayudándoles a mantener la doble presencia. Encontramos que los tipos de medidas tomadas en estos casos son básicamente tres: uno, se pueden dar ofertas en dinero, subvenciones y medidas fiscales que ayuden a que se puedan cubrir servicios de cuidados; dos, también las que afectan el tema del tiempo mediante reducciones con reorganizaciones del horario laboral, reducción de jornadas, excedencias, permisos; y tres, las que se centran en los servicios externos a la familia, de forma que las tareas las realicen otras personas.

Los análisis que se han trabajado sobre el tema de conciliación en América Latina muestran que las medidas son muy escasas, básicamente se limitan a los mínimos laborales que históricamente se han conseguido centrados en el tema de protección a la maternidad. Básicamente contamos con licencias de maternidad remuneradas, con temas de leyes como la prohibición del despido a la mujer embarazada, son básicamente estos, pero más allá no hay un compromiso explícito de los gobiernos por contribuir a que las personas puedan conciliar sus roles familiares y domésticos. Se ubica también como sujeto o sujeta prioritaria de esas políticas a las mujeres, y no hemos dado el paso de empezar a cuestionar la división sexual en el trabajo al interior de los hogares y motivar la participación de los varones, no tanto en términos de ayuda como usualmente lo caracterizamos, sino en términos de corresponsabilidad. Si un hombre y una mujer fundan una familia, ambos tienen que ver ahí, ambos tienen responsabilidades que cumplir, en términos no sólo de provisión económi-

ca sino también de provisión de afecto, de provisión de cuidado, de trabajo doméstico y familiar, pensando esto en un modelo de familia heterosexual, normativa.

También desde la política una de las apuestas es reconocer la diversidad de formas familiares y cuestionar cómo las políticas públicas y sociales hayan sido planteadas básicamente desde un modelo de familia nuclear, heterosexual, que seguramente no responde a la realidad de nuestra sociedad donde existe un alto índice de familias encabezadas únicamente por mujeres, o de formas familiares diferentes, porque son diferentes con respecto al modelo tradicional.

El tema de las intersecciones entre salud, trabajo y género, se podrían hacer como muchas intersecciones, los temas se cruzan y tienen todo que ver con la realidad de las mujeres. Escogí básicamente algunas que tienen que ver con lo que les venía comentando, el tema de la doble jornada, el tema de que las mujeres además del trabajo por el que reciben un dinero, también tienen otra, la carga de trabajo antes y después de llegar a sus hogares.

Pese a que la mujer participa de un empleo, tiene un ingreso, constituyendo para las mujeres una oportunidad de expresión de su ciudadanía, de participación en el mundo de lo público, abriéndoles una cantidad pues de expectativas y de posibilidades existenciales, las contradicciones sociales de la maternidad, también le genera una carga. Encontramos al realizar investigación social, trabajando con mujeres que están empleadas, la sensación de insatisfacción, como que es una doble presencia, que a la vez es una doble ausencia porque están en el trabajo pero también tiene mucho de sí, de su pensamiento en la parte familiar, pese a que están cumpliendo con su labor por la que se les paga, también están a distancia organizando el trabajo en la casa, pendiente si llegó el niño o la niña, entonces es como una limitación a la posibilidad plena de estar en condiciones adecuadas en ambos lugares.

El tema de las consecuencias que tienen las nuevas formas de empleo, a lo largo de toda la mañana hablamos de eso, las consecuencias de la flexibilidad laboral no son las mismas para hombres que para mujeres, pensamos que las mujeres están ubicadas mayo-

ritariamente en sectores altamente flexibilizados están expuestas en mayor proporción que los hombres a ser contratadas en empleos inestables. Precisamente también por el tema de los permisos para poder cumplir con las responsabilidades familiares, genera de hecho un sesgo de entrada, por el que muchos empleadores prefieren no contratar mujeres. Existen barreras al acceso, barreras a la permanencia de las mujeres, porque se prefiere un estilo de trabajador ideal que se haya exento de responsabilidades familiares, ese tipo de cosas se conjugan generando nuevas presiones y cargas sobre la salud. Los y las invito a que se involucren en el tema.

Existen estudios sobre el tema de salud con enfoque de género, los cuales trabajan el tema de masculinidades y también el tema de las mujeres, por ejemplo los datos que presentaba el compañero en la mañana, donde se desagrega y se muestra una diferencia en las enfermedades que se presentan en mayor índice entre las mujeres en comparación con las de los hombres, aquí está el género, y se puede hacer una lectura a partir de esta categoría para encontrar explicaciones a esas diferencias. Motivarlos a que busquen ese tipo de explicaciones, porque no basta con que los datos estén desagregados sino que el análisis de género implica mirarlos desde las relaciones sociales construidas a partir de lo que se considera una sociedad, ¿qué es ser un hombre?, ¿qué es ser una mujer? y constituye un factor explicativo fundamental para poder enriquecer los análisis que se realicen en ese sentido.

La pregunta, ¿tienen sentido las políticas diferenciales?, ¿existen todavía las discriminaciones, subsisten las desigualdades? La invitación básicamente es para que las personas que están acá que tienen el poder y la posibilidad de realizar investigación, de fundamentar con estudios y con diagnósticos, den cuenta de esas desigualdades. Yo les exponía ya los casos que tenemos identificados dentro del mercado laboral: mayor desocupación para las mujeres, mayor tasa de inestabilidad laboral, más brechas laborales que con iguales condiciones de formación, igual experiencia laboral, diferencias salariales con respecto a las de los hombres en cargos iguales. Ese tipo de cosas se mantienen, pero el estudio al detalle sobre condiciones

laborales, sobre las afectaciones particulares de las mujeres, merece que la academia de una mirada ahí y nos ayude con insumos para la formulación de las políticas públicas.

Contarles que desde la Secretaría Distrital de Planeación estamos con ese tema de fundamentar los diagnósticos, fundamentar nuestro quehacer cotidiano, ya que no contamos en el país con encuestas de uso del tiempo que serían el instrumento fundamental para poder sustentar numéricamente lo que yo les estoy comentando. Tenemos por ahora una pregunta que se han incluido en la gran Encuesta Integrada de Hogares, indagando por las actividades no remuneradas realizadas la semana anterior a la realización de la encuesta, y que pregunta básicamente si dedicó tiempo a realizar oficios del hogar y el cuidado de niños, niños, dice la encuesta, pues supongo que es de niños y niñas.

Por último quisiera contarles acerca de los resultados, con eso ya quiero cerrar la presentación y dejarles la motivación por preguntarse por estos temas, las preguntas no son el ideal, digamos que a estas preguntas se les pueden hacer otras preguntas y seguir identificando las brechas y los factores diferenciales para hombres y para mujeres. Pero por ahora es lo único con lo que contamos, estamos todavía incidiendo desde Planeación que es uno de nuestros objetivos, poder incidir en la formulación de una encuesta piloto de uso del tiempo para la ciudad de Bogotá y esperamos dentro de algún tiempo poder estar dando resultados en este sentido.

Los y las invito a que miremos la gráfica, está el porcentaje de la población general de trabajo, donde se realizan actividades no remuneradas y el promedio de horas dedicadas a esas actividades, este un dato que todavía no está desagregado por sexo, pero que da una idea más o menos del porcentaje de personas que reportaron haber realizado esas actividades.



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Cuando miramos la desagregación empezamos a encontrar que existe una mayoría de la población de mujeres que está participando en los oficios del hogar y la proporción de hombres es diferente. En el cuidado y atención a niños, la brecha se ve más disminuida, es un tema que también ha sido documentado desde estudios cualitativos, en términos de trabajo remunerado y familiar, donde los hombres han dado un paso sobre todo en el tema de cuidado infantil, más que en el trabajo doméstico. Y tiene que ver con muchas cosas, son actividades que tienen mucho de lúdico, de recreativo, una parte de más expresión de afectividad, que el trabajo doméstico también la tiene, los hombres se han visto motivados en mayor medida a participar de esas actividades que en lo que es trabajo doméstico, de oficio, de labor doméstica de limpieza y de organización.

Cuando miramos la distribución horaria, comenzamos a ver las verdaderas brechas, la persona simplemente dice si realizó o no rea-

lizó actividades no remuneradas, pero cuando preguntamos cuántas horas dedicó a esas actividades no remuneradas, vemos lo que presenta la siguiente gráfica:



Fuente: DANE, GEIH, 2008. SDP 2008.

Aquí los hombres dominan los rangos de menor dedicación horaria, a medida que aumentan la dedicación horaria son las mujeres quienes están presentes, está todo el tema de la doble presencia, del trabajo continuo de las mujeres en la familia, este tema permite mirar más allá el tema de las brechas. Luego viene el tema de composición de las familias, las tendencias muestran que son las mismas mujeres quienes continúan desarrollando mayoritariamente el trabajo doméstico y de cuidado, pero interesa también visibilizar el tema, que les comentaba antes, de las diferentes formas familiares, el tema de cómo una mujer que no tiene a su lado a otra persona adulto o adulta que contribuya también al trabajo doméstico y de cuidado, esto tiene seguramente más dificultades para poderse in-

sertar al mercado laboral, para poder mantener los roles, básicamente es eso, pero pienso que son estadísticas que a quienes les interese pueden indagar más allá, pedir el estudio en la Secretaría Distrital de Planeación.

El tema de recalcar que no hay políticas públicas neutras y hacer un llamado para pensar en los impactos diferenciales que pueden tener las políticas en términos de género, cuando pensamos en una reforma al sistema de protección social, de seguridad social, cuando las mujeres ya básicamente tienen unas condiciones iniciales de desigualdad, políticas que no contemplen la diferencia pueden contribuir y ahondar esas brechas que ya existían previamente, entonces es un llamado para tener atenta la mirada al tema de los impactos diferenciales de género. El tema de las apuestas que tenemos desde la política pública que es el tema del reconocimiento, de revalorizar el trabajo de las mujeres como productivo, su aporte a la economía de la ciudad, pero también trabajar en el tema de redistribución y de contribución de herramientas que cuantifiquen el trabajo no remunerado que realizan las mujeres, por ejemplo, que a la hora de pensar reformas como el aumento de la edad de pensión podamos tener herramientas para poder fundamentar las políticas diferenciales y reconocer ese aporte cotidiano de las mujeres a la economía, al sustento y al cuidado de la vida.

El llamado pues para fundamentar las demandas en las encuestas del uso del tiempo, ya que estos datos van a constituir una herramienta para fundamentar políticas públicas sensibles al género. La última diapositiva es como un llamado en términos de pensar un nuevo consenso, un nuevo orden del mundo que revalorice la parte que es no remunerada, la parte no cuantificada de la economía y dice, me permito leerla textualmente: “es necesario construir un nuevo tipo de consenso que podríamos llamar consenso humanista, que pone las necesidades humanas y la reproducción humana como lo más importante, mientras la producción y crecimiento están al servicio de los derechos humanos y las finanzas al servicio de la producción, la reproducción humana y el crecimiento. Según dicha reclasificación, todas las políticas, incluyendo las políticas macroeconómicas,

serán vistas desde el lente de las políticas necesarias para el desarrollo humano y los objetivos de igualdad”. Muchas gracias.

Referencias

Astelarra, Judith. (2005). Veinte años de política de igualdad. España: Ediciones Cátedra.

Catagay, Nilufer. (2009). *Análisis comparativo de la crisis actual con la crisis asiática. Impacto laboral y trabajo no remunerado*. Ponencia presentada en el seminario Análisis de la crisis económica y financiera desde la perspectiva de género: entendiendo su impacto sobre la pobreza y el trabajo de las mujeres. Mesa 1: Análisis de la Crisis: Causas y consecuencias desde la perspectiva de género. México, 23-24 de julio de 2009. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/5/36595/NiluferCagatay.pdf>

DANE. (2008). Gran Encuesta Integrada de Hogares.

De Barbieri, T. (1992). *Sobre la categoría de género. Una introducción teórica-metodológica*. Revista Interamericana de Sociología, Número 2. (Publicado también en ISIS Internacional N° 17, Santiago de Chile).

Mujer y salud en el trabajo informal callejero en Palmira, Valle del Cauca²⁵

MÓNICA ESPINOSA ARANA²⁶

Debido a la implementación de prácticas neoliberales y de globalización, (Birdsall, De la Torre & Meneses, 2001; Beneria, 2001; Einhorn & Yeo, 1999; Orlansky, 2005) se impulsaron cambios en el mundo del trabajo y en la transformación productiva, lo que creó grandes problemas estructurales de naturaleza socioeconómica y acentuó las desigualdades sociales. Surgió entonces la necesidad de reestructurar los sistemas productivos, y ajustarlos a las nuevas condiciones tecnológicas y comerciales impuestas internacionalmente, impactando a todos los sectores de la economía incluyendo sectores como la salud y el trabajo. Estas prácticas produjeron desequilibrio de la economía en general; promoviendo formas de trabajo precario e inestable, el surgimiento del trabajo autónomo e informal, con aumento de la vinculación de la mujer en el mercado laboral (OIT, 2002; Abramo, 2006; Chant & Pedwell, 2008).

25 Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud, el 21 de octubre de 2009.

26 Universidad del Valle. Maestría en Salud Pública.

El sector informal de la economía representa más del 20% del Producto Interno Bruto (PIB) para todas las regiones consideradas en desarrollo, para Colombia en el año 2000, el PIB del sector informal llegaba al 25% y más del 60% correspondía al empleo informal urbano en el país; encontrándose así, que las mujeres tenían la fuerza laboral productiva en un 54,2% y los hombres en un 34%, lo que representa que las mujeres ascienden a un poco más del 40% de la población económicamente activa, con tasas de participación diferenciadas según su nivel educativo (Ortiz, C.H. & Uribe, 2005; Chant & Pedwell, 2008; Alter Chen, Jhabvala & Lund, 2001; Bauer, 2003).

Éstas transformaciones en el mundo del trabajo han acarreado vulnerabilidades dentro y fuera del ambiente laboral, afectando de manera particular la salud de las mujeres (Hudson, 2005). Estudiar las correlaciones de las condiciones ocupacionales y la función familiar como influyentes en la salud física y mental, nos acercaría a conocimientos que nos permitirían considerar análisis desestimados en la relación de la salud de las mujeres en este sector de la economía.

Como metodología se planteó un estudio longitudinal co-relacional tipo panel, con el objetivo de analizar en segunda medición la evolución de los cambios en las condiciones de trabajo y salud física, las cuales se acompañaron con un componente transversal, con valoración de función familiar y salud mental en primera medición, mediciones que fueron correlacionadas con los resultados de salud integral de las mujeres en estudio.

Las mujeres trabajadoras informales en la vía pública estudiadas, correspondieron al 88.8% (n=71) de la cohorte de 2006; para la recolección de los datos se utilizaron instrumentos validados, lo que fortaleció el valor interno del estudio. La información de los datos fueron capturados en Access 2007 con análisis en Statitical Package for the Social Sciences - SPSS versión 17. Para las variables medidas en escala nominal y ordinal, se emplearon distribuciones porcentuales. Las medidas en escala numérica se analizaron con base en las medidas de tendencia central y de variabilidad (media, mediana, rango intercuartil y desviación estándar). Para examinar la asociación entre variables categóricas, se empleó la distribución chi-cuadrado.

Para variables medidas en escala ordinal, se empleó métodos no paramétricos de coeficiente de correlación de rangos de Spearman (rs) (Hernández Sampieri, Fernández & Batista, 2006).

La muestra del estudio se concentra en mujeres jóvenes trabajadoras, que se vinculan tempranamente al mundo laboral informal. Afiliadas a seguridad social en salud (93%) con marcado predominio de vinculación al régimen subsidiado (83.1%); en relación con la escolaridad, el nivel educativo alcanzado por la mayoría de las participantes no supera la secundaria completa en el 70.42%. La característica observada en esta población es que son mujeres solteras (56.3%), cabeza de hogar (94.4%), con ingresos por debajo del salario mínimo legal vigente (83%), tienen entre 1 a 3 personas a cargo entre adultos y niños (80.3%).

Los servicios prestados por esta población se dan en: venta de mercancías, venta de alimentos, venta de minutos celular y juegos de azar. El 80.3% de las trabajadoras son propietarias de la estructura que utilizan y la mercancía que venden, tenencia que les permite mayores ingresos y libertad de decisión frente a la diversidad de mercancía que comercializan. La jornada laboral presenta su mayor concentración en 10,5 horas \pm 1,6, presentando extensas jornadas laborales en el 78.8% trabajando entre 10 a 17 horas diarias, sin días de descanso a la semana (80.3%).

La cuarta parte de las mujeres evaluadas ganan entre 80.000 y 320.000, y el 75%, tienen ingresos que no superan los 448.000 pesos mensuales; lo que indica que para la vigencia del año 2009, el 80% de las mujeres evaluadas, no alcanzan como ingreso mensual un salario mínimo legal vigente. Los puestos de trabajo presentan la siguiente prevalencia de exposición a factores de riesgo ocupacionales: riesgo físico con predominio del ruido; al riesgo psicolaboral, dado por la extensa jornada laboral; al riesgo social, debido al riesgo de atracos, peleas callejeras e inseguridad; el riesgo ergonómico dado por la adopción de bipedestación prolongada y el riesgo químico, por la exposición a vapores, polvos, material particulado y emisión de gases proveniente de los vehículos que transitan por la vía pública.

La carga de factores de riesgo por cada puesto de trabajo característicamente es altamente peligrosa. Los grados de peligrosidad tienen un amplio rango de distribución (220 – 6167), donde el 25% de los puestos de trabajo tienen grados de peligrosidad inferior a 1520, correspondiendo calificaciones individuales altas, que requieren ajuste urgente de puesto de trabajo.

La morbilidad física diagnosticada en las 71 mujeres es alta (83.1%) con presencia de comorbilidad en el 17%. El órgano con mayor concentración diagnóstica es el ojo (47.6%); con el 17% en defectos de refracción y el Pterigio con el 25.2% probablemente relacionado a la exposición a factores de riesgo ocupacionales de puestos a la intemperie. Las enfermedades crónicas no transmisibles corresponden a la principal causa de morbilidad y al 4% de la mortalidad en la población estudiada comparando los dos periodos. La insuficiencia venosa profunda (10%) y la gastritis crónica con 7 % se encuentran asociadas probablemente a la exposición prolongada en bipedestación, a factores psicolaborales y sociales de su actividad.

Los resultados del estado de salud mental muestran que un poco más de la mitad de la población evaluada (55%), presenta enfermedad mental actual, y comorbilidad en el 64% de ellas. La mayor prevalencia de enfermedad mental se concentra en el episodio depresivo mayor – EDM (35.2%), dentro del cual se enmarca el EDM recidivante con el 40% y el EDM con síntomas melancólicos con el 68%, éste último con mayor grado de discapacidad para realizar actividades diarias normales. Se destaca de manera importante el riesgo de suicidio con el 33.8%. Los trastornos de ansiedad y angustia se presentan alrededor del 8%, compuesto por el trastorno de ansiedad social, la agorafobia y diferentes estados de angustia. La presente condición de comorbilidad de las mujeres vendedoras informales dificulta la realización de sus actividades cotidianas, generando alteraciones en su vida personal, social y laboral. La escala de evaluación de actividad global (EEAG), muestra una alteración de las actividades diarias a causa de trastornos mentales en el 56.3% de las evaluadas. Existen discapacidades, de moderadas a severas, para

la realización de sus actividades ordinarias de familia y trabajo en el 25% de ellas.

Al comparar la evolución de las condiciones de trabajo en las mediciones de los dos periodos se encontró que, el comportamiento de la variable de jornada laboral de los periodos de medición muestra que en el año 2006 el porcentaje de mujeres que trabajaban más de ocho horas era de 72.1%, el cual se incrementó en el 2009 a 90.2%, las diferencias observadas entre las medias fueron significativas a nivel $\alpha = 0.01$; lo que sugiere que para el mantenimiento del ingreso semanal, las mujeres aumentaron sus horas de trabajo diarias. El grado de peligrosidad por factor de riesgo presente no ha disminuido, se ha potenciado en razón al aumento de la jornada laboral.

La evolución en salud física tomando las primeras cinco enfermedades prevalentes de ambos periodos observados, la persistencia del factor de riesgo de obesidad medido por el índice de masa corporal – IMC, el cual disminuyó en la mitad con respecto a la medición anterior, se acentuaron patologías como la hipertensión arterial, que se duplicó, persisten las alteraciones de refracción y aparece el diagnóstico del Pterigio, posiblemente asociadas a condiciones de trabajo que se sostienen en el tiempo.

Según los resultados de los familiograma de las mujeres estudiadas, el 33.8% de las familias son nucleares, el 32.4% extensas, el 31% monoparentales, y el 2.8% compuestas. Según la clasificación de APGAR Familiar el 70% de las familias poseen algún grado de disfunción familiar; el 22,5% presentan disfunción severa; siendo éstas las familias en riesgo que requieren intervenciones integrales. Sobre la tipología de estas familias severamente disfuncionales, se encontró que la familia nuclear es la más prevalente, seguida por las familias monoparentales en etapa de consolidación con tareas como el afianzamiento de las interrelaciones tanto al interior como al exterior de la familia.

El análisis correlacional se realizó a partir de las variables resultado, donde no se encontró correlación significativa entre las condiciones de trabajo y la presencia de enfermedad física. Las mujeres clasificadas como sanas presentaron un promedio de factores de

riesgo menor que aquellas con patología. Con respecto al grado medio de peligrosidad, aun cuando las mujeres con estado de salud física clasificadas como sanas presentaron un valor promedio menor que aquellas con alguna patología (304 versus 336,8), las diferencias observadas no fueron significativas, aunque se aprecia que a mayor grado de peligrosidad, mayor prevalencia.

Correlación de condiciones de trabajo - Salud mental. El coeficiente de correlación de Spearman fue de $r_s = -0,1917$, correlación que es significativa a nivel de $\alpha = 0.05$. Estos hallazgos sugieren que a mayor grado de peligrosidad a la que se encuentren expuestas las mujeres en sus puestos de trabajo, menor es su salud mental apreciándose discapacidad para realizar sus actividades normalmente.

No se encontró correlación o tendencias de comportamiento significativo entre función familiar y salud física, probablemente asociado al número de la población evaluada. La correlación entre función familiar y salud mental, mostró una correlación de Spearman, $r_s = 0,348$, significativa a nivel de $\alpha = 0.05$. (valor_p = 0,001) hallazgos que sugieren que a mayor funcionalidad familiar, mayor es la capacidad de las mujeres de realizar sus actividades cotidianas.

Los resultados muestran la relación entre las condiciones de trabajo y función familiar con respecto a la salud de éstas mujeres. Al garantizar la validez interna del estudio, al seguimiento y el tamaño de la población estudiada, los resultados permiten realizar inferencias con respecto a la generalidad de las mujeres vendedoras informales del municipio. El estudio muestra las condiciones de constante fragilidad social de las mujeres que laboran en el sector informal de la economía, siendo un hecho conocido que éstas condiciones son inferiores entre las mujeres más pobres, donde las tasas de participación en el sector se han incrementado considerablemente en la última década (Abramo, 2006).

Se observa la influencia de la economía informal sobre la macroeconomía municipal, y la influencia sobre la salud de las mujeres trabajadoras en éste sector, muchas veces invisible y relacionado con los determinantes sociales de la salud. En los resultados apreciamos las condiciones de gran vulnerabilidad de la población, que es

generadora de su propio empleo, con niveles bajos de escolaridad, bajos ingresos para cubrir la canasta básica familiar y deficiente protección en seguridad social, perfil característico de esta población como se muestra en la literatura estudiada.

La correlación positiva, entre la función familiar y salud mental facilita el desempeño de las actividades de la vida diaria, por lo tanto, el 70% de la disfuncionalidad familiar encontrada dificulta el ejercicio de actividades como, llevar unas buenas relaciones familiares, de dar y recibir apoyo y afecto, de aceptación de los integrantes del grupo familiar y a responder a las responsabilidades como cuidadora del núcleo familiar. Lo anterior se basa en razón a la valoración de la mujer en sus dos ámbitos: el doméstico y el extra doméstico; en éste caso, la familia crea exigencias que no permiten la reposición y renovación de su capacidad de trabajo productivo, lo que conlleva a sobrecarga y desgaste, que combinadas con las exigencias laborales, se convierten en una doble jornada que cruza factores determinantes al desarrollo de la patogénesis mental encontrada.

Frente a los resultados de desenlace de salud física y su relación a las condiciones de trabajo y función familiar, éstos no fueron estadísticamente significativos para el primero, y no se encontró ningún factor correlacionado con el segundo. Deteniéndonos en los resultados de la relación de salud física con las condiciones de trabajo, éstos mostraron tendencias lineales positivas, donde la multiexposición a los factores de riesgo de manera continua y a las extensas jornadas laborales ofrecen resultados en el aumento de la frecuencia de enfermedades físicas, no siendo éste el único determinante del desarrollo de la misma, ya que en él confluyen aspectos como los antecedentes familiares, procesos propios del envejecimiento y las condiciones sociales.

Los hallazgos de ésta investigación toman relevancia para la salud pública sobre las relaciones entre condiciones de trabajo y función familiar en la salud física y mental de trabajadoras del sector informal, y tiene importantes implicaciones para futuras evaluaciones y diseños de intervención en éstos colectivos, en donde se establecen relaciones de riesgo vinculadas y provee conceptos técnicos

relevantes para pasar del diagnóstico situacional de una población específica, al abordaje sistémico de salud pública que debe impulsarse en el territorio municipal.

Referencias

- Abramo, L. (Ed.) (2006). *Trabajo decente y equidad de género en América Latina*. OIT Santiago, Recuperado en septiembre de 2009, de: http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/newsroom/resenas/2006/tdec_gen.htm
- Alter Chen, M., Jhabvala R. & Lund F (2001). *Supporting Workers In The Informal Economy: A Policy Framework*. ILO Task Force on the Informal Economy. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.wiego.org/papers/policypaper.pdf>
- Bauer, G. (2003). Socio-ecological model of health development. *European Journal of Public Health* 13 (3). Recuperado en septiembre de 2009, de: http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/suppl_3/107.pdf
- Benería, L. (2001). Changing Employment Patterns and the Informalization of Jobs: General Trends and Gender Dimensions. *Geneva, International Labour Office*. Recuperado el 10 agosto de 2009, de: <http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/gender.pdf>
- Birdsall, N., De la Torre, A. & Meneses, R. (2001). *Washington Contentious: Economic Policies for Social Equity in Latin America*. Washington, DC, United States: Carnegie Endowment for International Peace and the Inter-American Dialogue.
- Chant, S. & Pedwell, C. (2008). *Las mujeres, el género y la economía informal: Evaluación de los estudios de la OIT y orientaciones sobre el trabajo futuro*. Ginebra, Suiza: OIT pp.3-9
- Einhorn, B. & Yeo EJ. (1999). Women and Market Societies: Crisis and Opportunity. *The Social Science Journals, - Elsevier* 36 (1), 187-189.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. & Batista, P. (2006 [1998]). *Metodología de la Investigación*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Hudson, C. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (4) 3-18.

- Oficina Internacional del Trabajo – OIT. (2002). *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*. Recuperado en septiembre de 2009, de: <http://www.ilo.org/public/english/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/wminfor.htm>
- Orlansky, D. (2005). El concepto de desarrollo y las reformas estatales: visiones de los noventa. *Doc. aportes adm. pública gest. estatal* (6), 41-61. Recuperado en septiembre de 2009 de la base de datos Scielo Argentina.
- Ortiz, C. H. & Uribe, J. I. (2005). Hacia un modelo de desarrollo incluyente para el Valle del Cauca. *Revista Estudios Gerenciales*, 23 (102), 2-59.

Alternativas de acción en salud pública frente a la situación de los trabajadores en la crisis global²⁷

JUAN CARLOS GARCÍA UBAQUE²⁸

Para poder acometer la discusión acerca del qué y del cómo se puede actuar, desde la salud pública, para afrontar las diferentes maneras en las que el trabajo, la crisis global y la salud se relacionan, es necesario abordar en primera instancia cual debe ser el quehacer de disciplinar, para posteriormente y a partir de ese análisis, proponer algunos elementos clave que orienten la cuestión acerca del quehacer inmediato y mediato y finalmente poder concluir con una propuesta de ruta.

La acción de la salud pública

El carácter y el papel de la salud pública han sido ampliamente discutidos y debatidos, pudiéndose señalar que en la actualidad se acepta que su significado tiene al menos tres sentidos (Gómez, 2002) (Eslava 2005):

27 Ponencia presentada en elVII Seminario Internacional “Trabajo, Crisis Global y Salud”, el día 23 de Octubre de 2009.

28 Profesor Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. Correo electrónico: jcgarciau@unal.edu.co

El del *Saber*, es decir el de disciplina que busca el conocimiento, lo que implica la presencia de contenidos científicos ideológicos y tecnológicos, que tratan de organizarse como cuerpo de conocimientos y le confieren una orientación que con frecuencia resulta divergente entre distintas escuelas y matices y que por supuesto deriva en una profesión en la que los expertos asumen la orientación del conocimiento y de la práctica misma.

El de la *Práctica Social* o quehacer que se relaciona con la gestión tanto de las políticas públicas relacionadas con el concepto de salud dominante, como de los servicios estatales vinculados los mismos, y por supuesto con la respuesta relacionada con la promoción, la protección y la conservación de la salud, así como con la creación, organización y desempeño de los servicios instituidos con el fin de garantizar la prestación de las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad lo mismo que los encargados de la recuperación y la rehabilitación de las personas que han sido afectadas por la misma.

El de la *Realidad Social* asociada, es decir el perfil de salud, de morbilidad, de mortalidad y de discapacidad que en un momento determinado expone un grupo social específico, lo que por supuesto incluye tanto la óptica de los expertos, como la perspectiva de las comunidades involucradas y por supuesto la respuesta que se genera ante esta situación

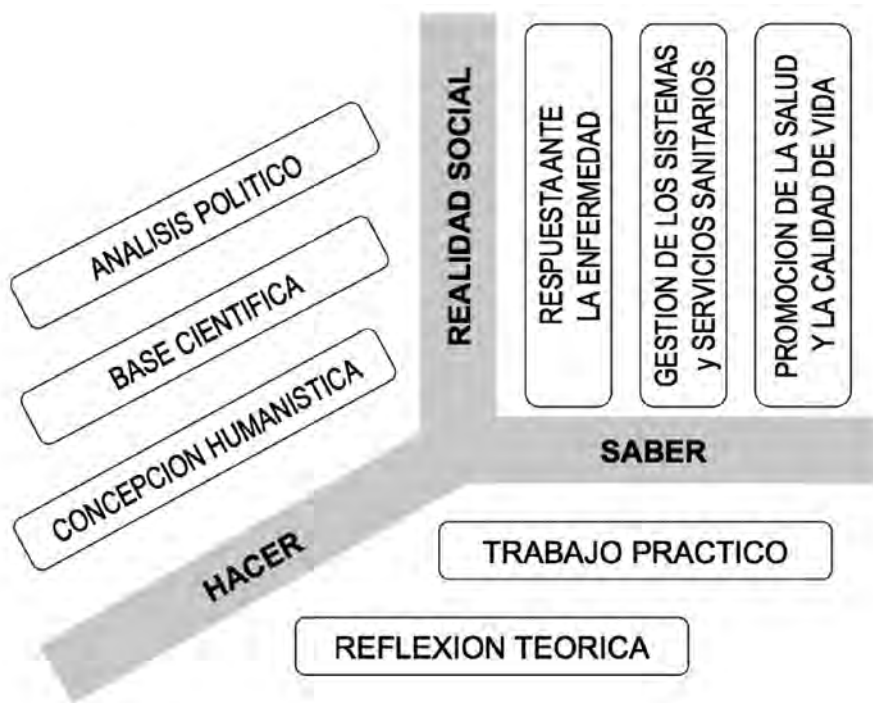
El mismo Eslava (2005) insiste en la necesidad de que la salud pública realice acciones tendientes a conjugar la reflexión teórica con el trabajo práctico en tres ámbitos así: el de promoción de la salud y de la calidad de vida, el de los sistemas y servicios sanitarios y el de la enfermedad.

También Franco (2000) destaca que la salud pública centra su acción en un análisis político con una base científica y una concepción humanística, teniendo como principales campos de interés “la inequidad, la injusticia social, la falta de seguridad social, el deterioro ambiental y la sumatoria de una deuda social grande” en un contexto de pluralidad y transdisciplinariedad.

Igualmente y siguiendo a Hernández (2003) se debe señalar que la práctica de la salud pública debe ser cada día mas sólida, tanto en sus fundamentos, como en sus métodos y acciones, para lo cual es necesario que incorpore los conceptos de Salud Pública Basada en la Evidencia, es que no es otra cosa que “la ejecución y la evaluación de la efectividad de intervenciones, planes, programas, proyectos y políticas en salud pública a través de la aplicación de los principios de razonamiento científicos, incluyendo el uso sistemático de datos y sistemas de información”

A manera de síntesis se propone un esquema que se presenta en el siguiente gráfico y que trata de reunir los principales elementos aquí señalados:

Enfoque de la Salud Pública



Elaboración propia: Juan Carlos García Ubaque.

Como se aprecia, se busca señalar la tridimensionalidad del concepto, en primera instancia considerando la perspectiva del conocimiento, en la que se señalan los tres campos específicos ya mencionados, el de la respuesta organizada ante la enfermedad, el de la gestión de los sistemas y servicios relacionados con la salud y el de la promoción, tanto de la salud como de la calidad de vida. En el segundo eje se encuentra lo relacionado con la realidad social de la salud pública, frente a la cual se advierte la necesidad de conjugar tanto el análisis político, como la base científica con la concepción humanística de la misma, elementos que resultan vitales para el adecuado accionar en este campo y finalmente se incluyen en la tercera dimensión las dos grandes áreas de acción, que son la reflexión teórica y el trabajo práctico.

Este esquema nos permite orientar el campo de acción frente a una situación general o específica al poder generar matrices que crucen las distintas dimensiones por parejas o que relacionen a las tres en forma simultánea.

Claves de acción frente al trabajo y la crisis global

Dado su enfoque hacia la promoción y la protección de la salud de las personas, con un enfoque grupal, se ha insistido en la importancia de que la salud pública y la salud y seguridad en el trabajo, antes salud ocupacional, orienten acciones conjuntas para potencializar su quehacer (García, 2009, 124), privilegiando el hecho de que en este tiempo el trabajo es el principal eje articulador de toda la vida de las personas (García, 2006). Desde esta perspectiva se sostiene que la informalidad, el desempleo y subempleo, no solo constituyen una problemática económica y social, que resulta prioritaria para el desarrollo, sino que tienen también consecuencias importantes sobre la salud de la población (Karsten, 2006)

Un análisis previo señaló que esta problemática requiere estrategias en diferentes niveles, en las que es necesario incluir a la mayor parte de interesados, valga decir a los colectivos involucrados y a sus organizaciones, al estado, a las empresas y a los gremios y sindicatos,

entre otros y no solo a las personas en situación de desempleo, subempleo o informalidad (García & Cols 2009).

Con estas dos perspectivas es fundamental insistir en que ya desde 1948, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se ha insistido en que todo miembro de la sociedad, por su condición de persona, tiene entre sus derechos el de la seguridad social, cuyo desarrollo nos lleva a la insistencia en la oportunidad de trabajar en la creación, el desarrollo y fortalecimiento de sistemas de protección social, los cuales deben dirigirse a ofrecer un adecuado nivel de tranquilidad a las familias y a luchar contra la pobreza y la exclusión social para evitar que, en un contexto de mayor incertidumbre del mercado laboral, aparezcan procesos de marginación y exclusión de grandes segmentos de la población (OIT, 2006)(OIT, 2007).

Lo que aquí se insiste es que con frecuencia la cobertura de las diferentes acciones se ha enfocado en los países avanzados en hacer frente al envejecimiento de la población, mientras que en los menos desarrollados a enfrentar los problemas derivados de la enfermedad, acciones muy puntuales que con el aumento del desempleo, el subempleo y la informalidad, solo permiten una protección parcial en salud y a lo sumo una limitada compensación de corto plazo por la pérdida o disminución en el ingreso, por tanto es necesario reorientar los esfuerzos para diseñar nuevos sistemas colectivos, que permitan proporcionar protección social a toda la población, principalmente a aquellos que por su vulnerabilidad pueden sufrir más en ésta situación.

Ahora bien, es conocido que en Colombia, el acceso a la seguridad social históricamente ha estado condicionado a la existencia del denominado contrato de trabajo y aunque se han generado algunos mecanismos para que los trabajadores informales también puedan afiliarse, la realidad es que esto les resulta muy difícil a la mayoría, puesto que con el nivel de ingreso actual no tienen capacidad contributiva puesto que deben destinar sus ingresos a financiar las necesidades más inmediatas como alimentación y vivienda y algunas veces educación (Labbé, 2005), situación que aún los excluye del acceso a las coberturas básicas de pensión y salud. Por ésta razón, es

que se propone como primera acción el generar mecanismos que garanticen a estas personas la plena garantía para ejercer su derecho a la seguridad social y no solo la posibilidad de subsidios estatales.

Pero, construir una propuesta alternativa para la protección social de las personas en Colombia debe ser una acción de los diferentes colectivos que la habitan y a diferencia de lo que muchos sostienen no necesariamente implica un cambio en la normatividad general, por ejemplo, aún la criticada Ley 100 de 1993 en el parágrafo 2 del artículo 157 contempló que: “la afiliación podrá ser individual o colectiva. A través de las empresas, *las agremiaciones*, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la *reglamentación que para el efecto se expida*”, sin embargo, la afiliación por agremiación nunca se desarrolló y en su lugar surgieron y fueron activamente promocionadas las denominadas cooperativas de trabajo asociado, las cuales se convirtieron en la principal estrategia para disminuir salarios, tanto en el sector público como en el privado y de manera especial y paradójica en aquellos sectores relacionados con la prestación de servicios de salud (Farné & Cols, 2008).

Igualmente existe el esquema de las mutuales, que son grupos de personas que se asocian para atender en conjunto los riesgos derivados de las contingencias, daños o pérdidas que en el futuro pueden sufrir (Supersolidaria, 2004) y que corresponden a “formas asociativas de muy antiguo e importante desarrollo en Europa y en el cono sur de América, dedicadas a la protección de la salud y a la cobertura de los infortunios de la vida de millones de personas y de sus grupos familiares, que constituyen importantísimos patrimonios colectivos con los cuales otorgan importantes prestaciones a sus asociados, sus familiares y a la comunidad” (García, 2008). Este movimiento no ha logrado avances importantes en Colombia a pesar de que con el Decreto 1480/89 se pretendió impulsar este tipo de organizaciones, las cuales sin embargo han limitado su acción a servicios de auxilio funerario y a una muy incipiente unión de vecinos (Gobernación de Antioquia, 2008), faltando aún la comprensión de que la mejor forma de afrontar la actual situación se encuentra en los verdaderos mecanismos asociativos con los demás trabajadores y ciudadanos

con el fin de dar una respuesta colectiva y solidaria y no continuar con el afrontamiento individual que impide el reconocimiento de las necesidades de los demás como propias.

El segundo elemento de trabajo propuesto es el reconocimiento de que el trabajo es la principal herramienta para el desarrollo humano y que es vital superar la perspectiva del mismo como carga para la supervivencia, esto quiere decir en esencia reconquistar la dignidad del trabajo como labor humana y enaltecer la labor de los trabajadores, recuperando el hecho de que el provecho del trabajo no puede ser dirigido fundamentalmente a aumentar la acumulación de unos pocos, si no que extiende su fruto a toda la sociedad, es decir lo que la organización internacional del trabajo llama “decente” en términos de: “trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y que cuenta con remuneración adecuada y protección social” (OIT, 1999).

Pero esto no es un mecanismo discursivo únicamente, sino que tiene efectos prácticos a nivel promocional ya que significa un esfuerzo muy arduo de empoderamiento y afirmación social con respecto a que el ingreso derivado del trabajo debe garantizar no solo la supervivencia diaria sino también la posibilidad de educación, cultura y recreación familiar entre otros aspectos y no menos importante, la protección de las principales contingencias relacionadas con el mismo, valga decir la enfermedad, los accidentes, el envejecimiento y por supuesto el desempleo, es decir que de manera independiente de que el trabajo sea asalariado o no, el ingreso derivado del mismo debe ser lo suficiente para que sin políticas asistencialistas del estado, que causan dependencia y corrupción, las familias de los trabajadores avancen en su libertad y dignidad.

Dicho de otra forma, cuando cada ciudadano se sirve de las políticas de focalización de subsidios o saca provecho, de manera directa o indirecta, del trabajo informal, está ayudando a cerrar el círculo que perpetua la crisis y está contribuyendo a que los grandes capitales aumenten su acumulación y eludan la denominada porción social del salario (Martínez, 2008)

Esto no significa eludir las responsabilidades frente al actual modelo social, económico y político, pero sí entraña un principio de realidad para hacerle frente y no una actitud pasiva de esperar a que la crisis se profundice para que el modelo cambie a costo de la pérdida de vida de muchas personas.

En síntesis los lineamientos de propuesta aquí presentados pretenden ser pro-activos y no pasivos y tienen como eje el desarrollo de acciones sociales a favor de la seguridad social como derecho y del reconocimiento de la protección social como estrategia principal (Respuesta ante la enfermedad), señalando que el primer paso para la acción en salud pública es la labor de abogacía alrededor de propuestas asociativas entre los diferentes individuos de las comunidades (Gestión del sistema), sin esperar ni depender de la respuesta del establecimiento y su representante estatal y realizando esfuerzos orientados a lograr niveles de ingreso dignos como fruto del trabajo, sea este formal y asalariado o no (Promoción de la salud y la calidad de vida), logrando que la sociedad se comprometa con la defensa de la calidad de vida para todos, e insistiendo en que este tipo de accionar es más productivo si se realiza a partir de un análisis político comprometido, con una sólida base científica y un enfoque humanístico, conjugando la reflexión académica con la práctica social ya que en caso contrario se continuara solamente en el nivel discursivo de la salud pública, discutiendo los problemas que potencialmente pueden surgir ante cualquier posible solución, mientras se sueña y se espera que de manera “mágica” aparezca el líder capaz de conducir la transformación que todos deseamos.

Referencias

- Eslava, J. (2005). *Tendencias en Salud Pública y Retos*. Presentación efectuada en el Seminario del Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- Farner, S. (2008 Junio)..Las Cooperativas de Trabajo Asociado en Colombia: Balance de la Política Gubernamental, 2002-2007. *Rev. econ. inst.*, Bogotá. 10(18), 261-285.

- Franco, S. (2000) La Salud Pública: Ciencia en Construcción. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 18(1), 41-55.
- García, A. Las Asociaciones Mutuales, Univ. de los Andes, Venezuela Abril 2008, Recuperado en octubre de 2009, de: <http://www.fonjucv.org.ve/documents/LasAsociacionesMutuales.pdf>
- García, J.C. (2006). *Trabajo y Salud*. Ponencia presentada como parte del Examen de Calificación en el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.
- García, J.C. (2009, Ene.-Jul). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar, *Av. Enferm*, 27(1), 124-129.
- García, J.C. Riaño M., Benavides J. (2009, Octubre). *Informalidad, Desempleo y Subempleo: Un problema de salud pública*, Investigación presentada en el VII Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud, Doctorado en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Gobernación de Antioquia. (2008) Asociaciones mutuales. Recuperado en Octubre 2009, de www.gerencia.com/asociaciones-mutuales.html.
- Gómez, R. (2002). La Noción de la Salud Pública: Consecuencias de la polisemia, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 20(1), 101-116
- Hernández, L. (2003). ¿Qué es la Salud Pública basada en la Evidencia?. *Rev. Salud Pública*. 5 (1), 40-45.
- Karsten, IP & Klaus M. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *J Occupational and Organizational Psychology*. 79, 595-621.
- Labbé, J., Sánchez, M., Concha, M. (2005) Seguro de Accidentes Laborales para el Sector Informal de la Economía: Una propuesta para Resolver el Problema. *Ciencia & Trabajo*. 7 (18), 157-163.
- Martínez, F. (2008) *Protección Social: Entre el aseguramiento y la asistencia*, Bogotá: Universidad Santo Tomás, Fedesalud..
- Organización Internacional del Trabajo. (1999). Trabajo decente, *Memoria del Director General a la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo*. OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2007, Septiembre). Cuando el crecimiento significa igualdad: Construir un “piso de seguridad social” para el mundo. *OIT en Línea*, 39.

Organización Internacional del Trabajo. (2006, Noviembre). Protección social para todos: el reto y las políticas. *OIT en Línea*, 60.

Supersolidaria. (2004). Circular básica contable y financiera, Capítulo VII. Recuperado en Octubre de 2009, de: http://www.cooedumag.edu.co/apuntes/circular_basica_contable_y_financiera/capitulovii_fondos_sociales_y_mutuales_pasivos.pdf.

Tercera Parte

¿Cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud?

Condiciones de trabajo en el sector salud²⁹

CARLOS ANÍBAL RODRÍGUEZ³⁰

Buenos días a todas y todos. Agradezco esta oportunidad de encontrarme con ustedes. En principio, voy a tratar de presentarles datos de investigaciones sobre salud de los trabajadores de la salud en el ámbito internacional, para luego mostrarles algunos resultados de un diagnóstico nacional sobre las condiciones de trabajo en el sector privado, hecho en Argentina.

En principio querría recordar que la enfermería es considerada una de las actividades más peligrosas. La tercera tasa más alta de enfermedades y accidentes de trabajo en Estados Unidos, está justamente dentro de la enfermería. Las reformas en el sector salud, que se han producido en muchos países y que en general se caracterizaron por las privatizaciones no han menguado los riesgos, por el contrario, en muchísimos lugares los han exagerado. Una encuesta sobre 75.000 trabajadores de la salud del Reino Unido, mostró que el 42% de las lesiones son musculoesqueléticas y siguen en frecuencia, el estrés y la depresión.

29 Transcripción de la conferencia presentada el 20 de octubre de 2009.

30 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Provincia de Santa Fé, Argentina.

Les presentaré ahora un estudio hecho en hospitales de diez países, en donde están considerados prácticamente todos los factores de riesgo reconocibles para la profesión de la enfermería.

Factores de riesgo del sector hospitalario



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

El gráfico muestra con claridad los resultados obtenidos en este exámen, pero comentemos lo más sobresaliente. En primer lugar, dentro del primer grupo de factores de riesgo lo que más preocupa es la carga del aparato músculo-esquelético, en coincidencia con lo que expusimos respecto a las enfermeras inglesas. En el segundo grupo encontramos una de las situaciones nocivas más frecuentes, las jornadas de trabajo atípicas y también la extensión de las jornadas de trabajo.

Es interesante ver que en cuanto al medio ambiente social de trabajo, tercer grupo de factores de riesgo, la preocupación mayor se presenta en las relaciones con los clientes y con el público. Pero

advertían que dentro de este grupo el segundo lugar lo ocupa las relaciones con los colegas. En un hospital de Argentina, algunos trabajadores al mostrar este cuadro me decían: “claro que es así, esto del equipo de salud es una fantasía”.

El siguiente gráfico muestra otro estudio que guarda coherencia con lo que se comentó hasta ahora.

Principales factores de riesgo y dolencias, en hospitales de 10 países

Posturas penosas	Agentes biológicos	Sustancias químicas	Trabajo a turnos y Trabajo nocturno
Manipulaciones penosas			
Enfermedad Músculo-esquelética	Enfermedades y Accidentes de trabajo	Piel	Alteración del sueño.
LER		Aparato respiratorio	Enfermedades GI, dolores dorsales, estrés, desorden del ritmo biológico
Accidentes		Dermatosis	
Envejecimiento prematuro		Asma	
<ul style="list-style-type: none"> • Trato con personas que sufren y moribundas • Violencia en el trabajo 		Estrés, perturbaciones emocionales. Agotamiento físico y psíquico	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo monótono (algunas categorías) 		Estrés. Agotamiento físico y psíquico	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de trabajo en equipo • Trabajo aislado • Falta de apoyo e interacción 		No se dispone de datos al respecto, pero probablemente producen estrés, agotamiento físico y psíquico	

Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Como ven vuelven a aparecer las posturas peligrosas y las manipulaciones penosas, dando como resultado lesiones por esfuerzo repetitivo y enfermedades músculo-esqueléticas. Asimismo, los agentes biológicos, las sustancias químicas, el trabajo a turnos y el trabajo nocturno con sus secuelas de alteraciones del sueño, mayor incidencia en las enfermedades gastrointestinales, estrés, desorden del ritmo biológico, entre otras son quejas recurrentes. El trato con personas que sufren, moribundos y la violencia en el trabajo, son dos factores también mencionados. El trabajo monótono sólo aparece en algunas categorías. El trabajo aislado y la falta de apoyo e interacción aparecen como los elementos más importantes causantes del estrés.

A continuación veremos sólo algunos resultados, algunos datos de un diagnóstico nacional que hicimos dentro del sector privado: clínicas, sanatorios y hospitales de comunidad, en 1987 en Argentina. Uno de los primeros problemas que advertimos fue la tensión de la tarea y los sentimientos contradictorios que aparecen entre el ejercicio de una profesión que fue elegida vocacionalmente y las tensiones generadas por la actividad. En segundo lugar nos relataron que la extensión de la jornada de trabajo determinaba agotamiento y fatiga psíquica.

Naturalmente no sólo encontramos estos problemas dentro del ambiente hospitalario. Constatamos serias irregularidades en lavaderos, en las calderas y en el manejo de gases. Igualmente, carencias de sistemas de ventilación adecuados en quirófanos, maquinarias y herramientas sin protección, constituyeron hechos frecuentes. La seguridad en laboratorios resultó lamentable. Muchísimas veces los profesionales del laboratorio no tienen ni siquiera conciencia de que trabajan con sustancias capaces de agredir el material genético.

Identificamos también exposición no controlada a radiaciones ionizantes. En esto pudimos comprobar que mientras que en el sector público los trabajadores expuestos utilizaban dosímetros, ellos mismos no disponían de este elemento en las instituciones privadas (es común el trabajo por la mañana en el hospital público y por la tarde en el sanatorio privado). Asimismo, constatamos excesivos niveles de óxido de etileno y gases anestésicos. Hemos encontrado cámaras de esterilización pequeñas donde se utilizaba ampollas de óxido de

etileno, cerca de los circuitos de ventilación donde se reparte el aire acondicionado, con la consiguiente difusión del riesgo. En materia de riesgos biológicos lo que más nos preocupó fue la ausencia de vacunación antihepatitis. Encontramos que una de las cuestiones más serias fue la difusión que tenía el sentido del riesgo como inherente a la tarea, el cual es el factor más paralizador que pueda existir en materia de prevención.

De esta manera, podemos mostrar que los factores de riesgo que hemos venido identificando tienen sustento científico. Veamos por ejemplo algunos efectos de la extensión de la jornada de trabajo. En una investigación (N.J. Taffinder y col. 1998) los autores demuestran, en simulador de cirugía laparoscópica, que aquellos cirujanos que habían permanecido despiertos toda la noche cometieron 20% más errores y tardaron 14% más tiempo en la ejecución de la tarea que aquellos que habían dormido (*The Lancet* 352 N 9135 oct/98)

Este estudio demuestra que la extensión de la jornada de trabajo no solamente perjudica al trabajador de la salud, sino también a los pacientes. Veamos otro estudio sobre el mismo tema: Heller y col. encontraron un aumento del riesgo relativo de mortalidad neonatal temprana (1,86) o asfixia (3,89) entre los niños nacidos con bajo riesgo pero durante la noche en Hesse Alemania entre 1990 y 1998 (*BMJ*. 2000 321 274:275 29/jul.).

Hay otros estudios interesantes en el tema. Téllez y col. mostraron una disminución significativa de la eficiencia de la actividad mental, expresada en términos de memoria inmediata y disminución de la actividad psicomotora, en términos de reacción a estímulos lumínicos con relación a la duración de la jornada, entre anestesistas del Hospital Heodra, León. Nicaragua (Congreso Uruguayo de Medicina del Trabajo – 1996)

Uno de los problemas insolubles es la inevitabilidad del trabajo nocturno entre los trabajadores de la salud. En la provincia de Buenos Aires, Argentina, que es la provincia más grande del país, en vez de proponerse guardias de 24 horas como son habituales en todos los hospitales, se dio la opción de hacer guardias de 12 horas, y nos encontramos que el personal de guardia no aceptó las jornadas de 12 horas, tenían su tiempo ordenado a través de las 24.

Algunos datos de investigaciones en materia de carga de trabajo

British Medical Association presentó un estudio que mostraba que una línea telefónica de asistencia a médicos recibió más de 6.000 llamados en los primeros dos años de funcionamiento. El primer motivo fue por síntomas de ansiedad, estrés y depresión. El segundo por causas asociadas al trabajo, sobre todo, pérdida de control sobre la tarea y baja participación en la toma de decisiones (The Lancet. Editorial. Vol 352. N 9133 Sept. 1998)

Otro estudio acerca de la influencia de la carga de trabajo sobre la salud de los pacientes, se muestra en una investigación de *W O Tarnow-Mordi y col.* Los autores relacionan mortalidad en UCI, con carga de trabajo del equipo en un estudio de admisiones entre 1992 y 1995. Encuentran una mortalidad más alta -dos veces- en pacientes expuestos a equipos con alta carga de trabajo (The Lancet. Volume 356, Number 9225 15 July 2000)

Vean los resultados de esta encuesta:

¿Por qué los médicos están tristes?

Los resultados de la encuesta *bmj.com* efectuada a médicos de gran bretaña desde el 4 al 14 de mayo



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Seguramente advierten que el exceso de trabajo aparece nuevamente como el primer elemento deteriorador. En Argentina, hay cada día más publicaciones y de hecho más casos del *síndrome del quemado*. Como recordarán, este síndrome presenta tres fases, la primera el agotamiento emocional, luego la despersonalización y la menor realización profesional. La primera se da por la sensación de que ya no hay más recursos para enfrentar la demanda. La consecuencia suele ser una respuesta negativa e insensible y finalmente una menor sensación de competencia y logros.

Hoy día en día las teorías apuntan a una definición dinámica, el cuadro siguiente ilustra al respecto:

Definición dinámica de Burn-out



Fuente: Diapositiva presentada en el Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud 2009.

Cuando hacemos referencia a la demanda no hablamos sólo de la demanda externa, también importa la demanda interna. Se puede haber entrado a esta actividad creyendo que se iba a resolver cantidad de problemas y se encuentra con que está imposibilitado de hacerlo por distintos factores. La falta de relación entre las demandas y los recursos disponibles para enfrentarlas se comporta como un factor de estrés que lleva al agotamiento y luego viene la elaboración

de actitudes defensivas, actitudes defensivas negativas. La primera es una indiferencia emotiva “ya no me importa nada porque, total, no puedo resolver nada”. Aparece lo que es una especie de retiro psicológico del trabajo, cinismo, rigidez, despersonalización.

Este es un cuadro de suma importancia y que provoca un enorme interés porque no sólo golpea la moral de los miembros del equipo y su bienestar psicológico, sino que influencia la calidad del tratamiento, el funcionamiento administrativo y puede desprestigiar los mejores programas.

La violencia en el trabajo es un elemento que cada vez más vemos como un grave riesgo dentro el sector de la salud. Personal del servicio de guardia, hospitales psiquiátricos, de hogares y servicios de cuidado de ancianos, de centros de rehabilitación de adictos, de servicios de ambulancias y servicios comunitarios son los actores que vemos más involucrados en casos de violencia. También el acoso sexual y el hostigamiento laboral suele ser frecuente dentro del ambiente de la salud.

En cuanto a los riesgos ergonómicos los vemos cada vez más y también hay formas sencillas de resolverlos. En los riesgos biológicos el hecho de la A1H1 para nosotros fue una anécdota. Realmente nuestros problemas son otros, nosotros tenemos médicos residentes con tuberculosis multiresistente y este es nuestro mayor problema. Pero hemos tenido también casos de SIDA profesional. Tenemos 7 casos de SIDA profesional, uno se presentó en un chofer de una empresa de emergencias médicas, otro en una mucama de clínica de 33 años, otro un enfermero de UTI pediátrico, todos estos por heridas punzantes. Otro caso se dio en un enfermero que se encontraba realizando una prestación y llega sangre humana a su ojo (hemoptisis). El quinto y sexto caso se dan también por herida punzante con aguja. El séptimo es producto de una violación en el trayecto del lugar de trabajo a su casa.

Para finalizar este tema de los múltiples riesgos relacionados con estas profesiones de la salud, recordaré un dilema extremo al que en ocasiones son expuestos los trabajadores de la salud. Es el dilema que plantean las presiones políticas sobre estos trabajadores con re-

lación a las violaciones de los derechos humanos. Amnistía Internacional en el año 1990 comenzó una campaña de defensa de la ética del personal médico y sanitario mediante el establecimiento de normas mínimas para las profesiones de salud. Vale la pena recordarlo.

Señores, voy a repetir una frase de la OIT del 88: “Es un hecho ampliamente reconocido que el personal de la salud está expuesto a los más variados riesgos profesionales. Pero, por alguna razón no es corriente que se le considere como trabajadores que necesitan una protección particular de salud en el marco de sus funciones profesionales”. Por eso yo creo que el deber de hoy es trabajar mancomunadamente en programas que eviten que los trabajadores se hieran, se mutilen, se enfermen o mueran a consecuencia de su trabajo. Pero la victoria final solamente será obtenida el día que los trabajadores vuelvan a cantar cuando trabajen. Muchísimas gracias.

La realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud. El caso del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil³¹

ARMANDO DE NEGRI FILHO³²

Buen día. Muchas gracias por esta nueva oportunidad de permitirme la palabra, es un honor estar en esta mesa con colegas del cono sur.

Mi intención aquí es comunicarles el proceso de la construcción del sistema único de salud de Brasil, que nos permite hacer una reflexión, incluso de la naturaleza del trabajo. Entonces, lo primero que quiero es ubicarles muy brevemente sobre Brasil y el sistema de salud, el cual creo que se conoce relativamente poco en otros países. Brasil es un país de una dimensión continental, tiene por lo tanto una complejidad muy grande en el sentido de pensar algo que pudiera hacer una política nacional. Y por eso, la experiencia de construcción del Sistema Único de Salud de Brasil es algo que habilita, es entender el contexto del país, la complejidad del país, la dimensión del país y las profundas inequidades que contiene Brasil en términos de condiciones sociales y de trabajadores.

31 Transcripción de la conferencia realizada el 19 de octubre del 2009.

32 Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

El sistema de salud empieza durante el período dictatorial, durante la dictadura que tuvimos del año 64 al año 85, a fines de los 60 e inicios de los 70, empieza progresivamente a haber una inquietud sobre el tema de los derechos afectados por la dictadura, y dentro de estos, el tema de la salud aparece como un tema importante puesto que el sistema de salud ha sido históricamente un sistema partido, o sea, los trabajadores formales tenían un Instituto Nacional de Prevención Social que instituye un significado durante el período militar y que provee asistencia médica a los trabajadores formales y sus familiares, los demás eran conceptuados como indigentes, todos los demás que no eran trabajadores formales cubiertos por el sistema de prevención social. Por lo tanto, la gran mayoría de pueblos, llegaba casi al 70% del total que era considerado indigente, atendido por entidades de caridad, hospitales filantrópicos, otros servicios aislados en algunos municipios y estados de algún tipo de servicio del gobierno nacional, sobre todo en las zonas más alejadas de los centros urbanos.

Pero todo eso no configuraba un sistema por lo tanto único. El planteamiento de la reforma central de Brasil, que no es una reforma sanitaria, se hace en el marco del ajuste estructural neoliberal, sino que se va construyendo como una especie de camino alternativo, es justamente plantear que la salud es un derecho y al plantear eso ya durante el período militar es una transformación. Pienso que eso es interesante plantearlo en el contexto colombiano, es que a veces uno tiene la impresión en Colombia que es imposible hacer algo contra la estructura establecida desde la Ley 100, desde este marco de protección social, y que el mismo ambiente político no permite cambios sustantivos. Lo que quiero decirles es que sí es posible cambiar, y que el primer requisito para el cambio es que uno piense justamente que es posible cambiar. Y ponga su energía intelectual y su energía política a construir caminos de cambio. Y la motivación de dar respuesta a las necesidades sociales derivadas de los derechos que no tienen hoy satisfacción y creo que ustedes entienden lo que quiero plantear desde ahí.

Bueno este sistema que fue finalmente aprobado en el constituyente del año 88 en Brasil es un sistema que planteó una lógica de universalización, o sea, la salud pasa a ser un derecho de todos y todas sin ningún tipo de distinción, sin ningún carácter vinculante, lo contributivo, que otra cosa importante es que la persona pasa a tener derecho a la salud, por ser ciudadanos y ciudadanas en Brasil. Por cierto, si ustedes van a Brasil y tienen una necesidad en salud, serán atendidos por el sistema público sin ningún tipo de costo. Entonces tenemos un montón de extranjeros que cruzan fronteras, llegan y son atendidos, porque la idea es justamente que un sistema universal no puede tener barreras, y en este contexto no solo universal sino que también integral. ¿Qué ha significado para nosotros la integralidad? una pelea muy dura en el proceso constituyente para decir que ningún tipo de atención debería ser excluido de las garantías del sistema público. De hecho, solo hay una referencia de exclusión que es para procedimientos puramente estéticos, no podrán migrar las señoras para ponerse silicona, es un tema único. Pero podrán tener todo tipo de atención en cualquier complejidad, esto ha significado por ejemplo, que el país ha asumido que la política de trasplantes es una política pública, que la política de medicamentos especiales es una política pública, que la atención de terapia intensiva es política pública para todos. Eso nos ha presionado para aumentar la cobertura y para eso hemos tenido que construir un marco público y utilizar todos los recursos estatales y privados que enmarquen un sistema nacional. Por eso la gran mayoría de las instituciones privadas de salud de Brasil son parte del sistema único, son contratadas y pagadas por el gobierno, y para el usuario eso no tiene ninguna distinción, o sea, el ciudadano llega, todos los servicios son gratuitos, llega y no importa si es un hospital privado, contratado por el sistema, si es un hospital estatal, municipal, federal, todo está bajo un único tipo de contrato.

En esa perspectiva, esta construcción de la esfera pública es muy importante para el objetivo de esta presentación, proyecta un campo de trabajo público que abarca diferentes afiliaciones de los trabajadores, no sólo los funcionarios del Estado que entran por concurso

público obligadamente porque eso estableció la constitución del 88, sino también los contratados por las redes de trabajo del país que operan y actúan en los servicios privados contratados del sistema, también un sinnúmero de otras modalidades que se fueron generando por una contradicción vital y es que nosotros construimos un sistema público nacional, de carácter universal, que abarca el país, por eso estamos hablando de una fuerza de trabajo de salud hoy, de trabajo directo del sistema, de 2.5 millones de trabajadores de salud, o sea no estamos hablando de cualquier cosa, estamos hablando de una enorme dimensión, que tiene una maraña de contratos. Hay profesionales contratados por el gobierno nacional, otros por el gobierno de provincial, otros por los gobiernos municipales, hay contratados por entidades privadas prestadoras de servicios al sistema público nacional según las leyes del trabajo del país, con seguridad social. Pero hay otros contratados por cooperativas.

Eso ha reflejado quizá, dos aspectos claves del gran desafío sobre los cuales se ha avanzado en el sistema universal con esta dimensión. Y es, uno: ¿cómo tenemos suficiente recurso económico para que la extensión de la cobertura del servicio del país venga acompañada por una calificación de los ambientes de trabajo y una calificación del pago de los trabajadores?, entonces el tema de la suficiencia del financiamiento se vincula al otro, al segundo gran desafío del sistema que es: cómo dignificar el trabajo en este contexto de expansión teniendo en cuenta que este sistema único que tiene un carácter claramente socialista, se choca con otras reformas que se han hecho paralelamente en este período histórico y que de hecho han apoyado a una flexibilización laboral, mostrando un aislamiento en las relaciones laborales, porque el marco de la economía sigue siendo un marco dentro de la perspectiva neoliberal. Estructuralmente no hemos logrado salir 100% de eso, de ahí la contradicción permanente entre un sistema propuesto de esta manera, y la capacidad económica de este sistema para proveer respuestas calificadas tanto para los que trabajan en éste como para los que usan el sistema.

Eso no quiere decir que no hemos avanzado enormemente en la calificación de las respuestas, en su evaluación. Pero lo que quiero decir es que estamos siempre de alguna forma corriendo detrás de un proceso que nos exige cada vez más. Hace poco a un compañero de la Facultad de Medicina de la Universidad de Rosario de Argentina quien fue al Foro de Salud de Belén, me decía riéndose: mire yo estaba en un grupo de debate del Foro Social de Salud en Belén, y una señora ahí de una comunidad del norte de Brasil decía que el sistema tenía muchos problemas, porque le habían dicho que tardaría dos meses hacer una densitometría de huesos de la cara para que le hicieran un reimplante de dientes por el sistema único de salud. El se reía porque eso, en Argentina, no va a esperar dos meses, va a esperar toda la vida porque nunca lo van a hacer. Entonces, lo que pasa es que el grado de exigencia del usuario, del ciudadano, es bajo, hemos trabajado insistentemente la idea que el ciudadano tiene que empoderarse como sujeto político de derechos, o sea que empiece a presionar esa esperanza. Y ¿a quién es que presiona finalmente? a los trabajadores de la salud, y estos trabajadores se sienten hoy, en general, sobrecargados por una demanda constante, asistencial, pero al mismo tiempo por un conjunto de otras crisis importantes del sistema, entre las cuales se encuentra el crecimiento acelerado de ciertos proyectos, por ejemplo, la atención primaria en Brasil tiene una estrategia que se llama “Salud de la Familia”, esta estrategia de salud de la familia es una estrategia que en poco tiempo generó la cobertura de 105 millones de habitantes. “En poco tiempo” me refiero del 94 hasta hoy, en 15 años los equipos de salud familiar cubren 104 millones de habitantes que están “catastrados” en atención primaria en el país. Los equipos de atención primaria tienen médicos, enfermeros, auxiliar de enfermería, agentes comunitarios de salud, cada equipo para más o menos 3.000 – 3.500 personas, estas unidades sufren una tremenda demanda asistencial, al tiempo que tienen otras tareas.

¿Qué ha generado este tipo de expansión acelerada? Ha generado un tipo de contrato emergencial, un contrato no plenamente insertado en la política de trabajo y seguridad social del país, que han uti-

lizado incluso como recurso las cooperativas, porque la presión por dar asistencia a la población según el mandato constitucional provocó una contradicción entre leyes neoliberales al limitar el gasto en personal; hay una ley en Brasil que dice que es responsabilidad fiscal, hace mucho fue aprobada por el congreso, francamente neoliberal, eso fue en el año 94, que dice: ningún gobierno puede gastar más que 54% de su presupuesto en personal y eso “garrotió” la salud, la asistencia social y la educación, porque obviamente nosotros somos sectores que utilizamos mano de obra, mano de obra extensiva e intensiva y eso tiene un costo muy alto. Entonces, ¿qué hicieron los gobernantes presionados por el nuevo mandato?, por el mandato constitucional de proveer servicios, empezar a contratar formas precarias, muchas veces, con tercerización para poder proveer los servicios. Imagínense la trampa que eso puede generar. Eso también pasa en otro proyecto que se extendió en todo el país, el sistema de atención a urgencias pre-hospitalarias. Tenemos un sistema que hoy cubre también alrededor de 105 millones de habitantes con 1.700 ambulancias y helicópteros, y un sistema público de carácter nacional, que también incorporó profesionales de una forma similar pero mediante contratos que no pasan por la vía regular de los concursos públicos y las carreras.

Entonces ¿dónde estamos en este momento, en este proceso?, estamos en un momento en que el sistema avanza en cobertura pero tiene un conjunto de problemas de calidad, porque la forma de vincular los trabajadores no es adecuada 100%, y eso refleja de alguna forma las debilidades que tenemos en el campo del financiamiento. Lo que quiero decir es que, estamos absolutamente convencidos que ese es el camino, el sistema universal. El sistema tiene una particularidad, o sea, el sistema único de salud es parte del sistema total de salud del país, ¿en qué sentido?, todos los ciudadanos del país tienen derecho a usar el sistema único, pero el 75% de esta población brasileña que utiliza exclusivamente el sistema único, no tiene recursos para ir a otro lado. Hay una otra parte de servidores públicos, un 5% más o menos, que tiene un tipo de atención por medio de acuerdos laborales, algún tipo de seguro complementario, sistemas

propios de atención solo para funcionarios y que son alrededor de 9 millones, después están los planes y seguros privados que son más o menos 37 a 40 millones de personas. Este mercado subsiste porque en la etapa actual del sistema universal hay un conjunto de categorías profesionales que exigen estas garantías de sus empleadores, sea de entidades estatales e incluso a través del sistema de pago directo de empresas privadas, y eso significa entonces que hoy tememos este fraccionamiento, lo que nos obliga a pensar que la dificultad que tenemos es que la gestión de los trabajadores, el trabajo en el sistema único de salud, no es solamente un problema de gestiones económicas, porque este mismo trabajador, trabaja en el sistema único, es un gran empleador como decía, pero también trabaja en las otras estructuras. Y al compartir el trabajador entre varias estructuras, lo que termina generándose ahí es una especie de ambigüedad en términos de los contratos del propio sistema, ahí tenemos una pelea enorme para tener una carrera única simultánea en el país, que integre toda esta lógica en la que les hablaba de los contratos y apunte a una lógica en que todos los trabajadores tengan, sin importar el tipo de trabajo, un mismo tipo de contrato y una remuneración que esté acorde a su necesidad, pero que además tenga una lógica nacional. Con sentido para los que van al interior más alejado del país, para los que tienen plantas de trabajo horizontales o verticales, pero trabajando en la perspectiva de componer un marco único que además ayude a disciplinar el campo de lo privado. Porque paradójicamente, y es algo que parece en la presentación de Carlos Aníbal Rodríguez, paradójicamente hoy los mejores salarios del sistema de salud los gana el sector público. Pero cuando tú preguntas ¿cuál es la ambición de los trabajadores? ellos dicen que se sienten mejor trabajando en el privado, donde ganan menos y son más explotados. O sea, hay un problema de identidad, yo digo que en esta construcción de procesos, sobre todo en la categoría médica, hubo un proceso de despolitización, inicialmente los médicos se despolitizaron en este proceso, como si no fuera su problema y ahora se está repolitizando la derecha, ¿en qué sentido?, se están oponiendo al sistema diciendo que el sistema es un problema para ellos como categoría profesional

y exigiendo un trato diferenciado, cuando lo que venimos construyendo justamente es un trato, o sea, una condición contractual de remuneración que tendiera a ser equivalente para todo profesional en nivel superior y lo que fuera distinto sería el tipo de trabajo o intensidad de trabajo. Pero entonces esta construcción compleja hace que sea bastante difícil llegar a un acuerdo, y sigo esta experiencia de eliminar las guardias de 24 horas, en franca oposición con los médicos, porque tener una guardia de 24 horas en un lugar significa que yo puedo trabajar las próximas 24 horas en otro lugar y tener dos empleos de 12 horas me generan un problema de agendas, entonces es más difícil cuadrar otro empleo.

El tema del multiempleo es un problema bien grave, y que a la larga viene generando una pérdida de capacidad de reivindicación sindical, porque yo hago un arreglo para trabajar un poco menos pero reclamo menos del salario para componer otro empleo. Entonces yo tengo a veces trabajadores de enfermería, por ejemplo, que trabajan seis horas, que eso fue una conquista para terapia intensiva, para servicios de urgencias, la enfermería trabaja seis horas, pero, cuando vamos a ver lo que pasa es que en lugar de trabajar seis horas con la intensidad de trabajo y luego descansar, sale de ahí para trabajar en otro lugar, otro lugar donde le esperan otras seis horas, pasando así de guardia en otros lugares 12 o 24 horas, es un tema tremendo. Pero más allá de eso, el rol del trabajador del sistema ha permitido que estas cosas comiencen a estructurarse mejor, como agenda de lucha política, porque nuestro sistema está organizado de manera que la participación de usuarios, trabajadores de la salud, gestores de la salud y prestadores del servicio estén todos representados en un sistema de consejos de salud que empieza en lo municipal y que va hasta el gobierno nacional. Eso implica que los trabajadores están teniendo más posibilidad de intervenir sobre el debate político, porque lo que quiero decir, y ahí es un poco la esencia de mi mensaje para ustedes, es que si los trabajadores de la salud no se politizan para entrar al debate estructural del sistema donde están, ojo con esto, porque si ustedes van como trabajadores simplemente a una reivindicación personal o colectiva, de carácter

sindical, pero pensando exclusivamente en su problema, sin ubicar eso en la dimensión mayor de la reivindicación política del sistema, de un sistema como el nuestro universal, exige pensar lo nuestro. Por eso pensar las condiciones de trabajo dignas, adecuadas, pero en un contexto que pueda cumplir el mandato de la universalidad y la integralidad y no alejarse de eso.

El mensaje que quiero decirles es que los trabajadores tienen la posibilidad, luchando por esta posibilidad de participar en la toma de decisiones políticas. Hoy el presidente del Consejo Nacional de Salud de Brasil es un trabajador, representante de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, ya no es el ministro de la salud, porque históricamente el ministro era natural que fuera el presidente del Consejo, y ahí se dio. Los consejos son la forma de participación y decisión por la sociedad y el 50% de los consejos son usuarios, la otra mitad, es un tercio gobierno, un tercio prestadores y un tercio trabajadores. Eso es lo que conquistamos en la constituyente del 86. Entonces esta estructura de toma de decisiones permite que los trabajadores en alianza con los usuarios logren, como lograron en los últimos dos períodos, que la presidencia del Consejo Nacional de Salud tome distancia en la decisión de la política, y que el Ministro sea trabajador de la salud, por cierto, un profesional farmacéutico. El mensaje que quiero decirles es que todo el tema del trabajo, superar la precarización, y generar las condiciones adecuadas, tiene que transformarse en un tema del debate político, ese no es un tema aislado a resolver el problema puntualmente. La condición de precarización del trabajo, de los contratos basura, eso es un reflejo del ordenamiento de los sistemas. Si ustedes no lo ubican así y no entienden que la lucha tiene que politizarse, es porque, probablemente ustedes no van a ganar, o sea, la politización, la organización política de los trabajadores en alianza con los usuarios. Algo que ha dejado esta experiencia de Brasil, un mensaje muy claro, y un aprendizaje, esa es la fuerza que puede mover y cambiar una guerra.

También, que ustedes tengan en cuenta lo que va a pasar en Brasil, en marzo del año entrante vamos a hacer una conferencia mundial “Gobierno y Sociedad Civil Internacional” para discutir el desarro-

llo de los sistemas universales de seguridad social. O sea, no vamos a discutir si la universalidad es buena o mala, no vamos a discutir cómo hacer avanzar los procesos de universalización, y ahí, en este contexto, el debate sobre los trabajadores, sobre las condiciones de trabajo en salud, sobre el avance necesario de esta dignificación del trabajo va a estar muy presente seguramente, porque es parte fundamental de la construcción de los sistemas universales.

Muchas gracias.

¿Cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud?³³

FERNANDO TOMASINA³⁴

Luego de las diferentes presentaciones realizadas en la mesa, cabe la siguiente pregunta: ¿No es necesario analizar previamente, lo estructural, lo macro-social, como determinante en los procesos de salud-enfermedad con relación a los procesos de trabajo, antes de abordar temáticas particulares, singulares?

El dominio estructural como afirma el Dr. Jaime Breilh, es un determinante mayor de los problemas entre salud-enfermedad y la población. Esta situación no es distinta para los trabajadores de la salud. El dominio estructural está básicamente compuesto en la forma en que la sociedad se organiza y por ejemplo, da respuesta a las necesidades en salud. Ésta misma responde a una ideología. Por supuesto, si la ideología predominante, en cuanto a la forma en que se organiza la atención a la salud, es librarla a la fuerzas del mercado, las respuestas van a estar acordes a la capacidad de pago que tiene cada individuo.

³³ Transcripción de la conferencia realizada el 21 de octubre de 2009.

³⁴ Universidad de la República. Uruguay.

¿Cuál era la ideología predominante en el mundo del trabajo? Los paradigmas que existían en la organización del trabajo del modelo impuesto (dominio estructural), donde el Profesor Oscar Ermida destaca tres dramas que afectan al trabajador por el desarrollo de la globalización, proceso que busca en primera medida el aumento del capital. Estos tres dramas son: Desinterés por el mercado interno, limitación del poder estatal para controlar las variables económicas y predominio de ideologías que no privilegian el trabajo (Ermida, 1999).

La salud resulta pues, desde esta lógica, una mercancía más. Esta mirada es lejana a considerar a la salud como un derecho básico humano a garantizar por los Estados. Desde esta lógica de mercado se organizaron los servicios de salud. Con el retiro del Estado, en algunos casos se dismantelaron los servicios de salud proveídos por éste. En este contexto no es azaroso, por ejemplo, que haya habido trabajadores que se exponían a óxido de etileno en condiciones precarias derivadas de la externalización o de procesos de esterilización realizados sin ningún control estatal. A manera de ejemplo, en la década del noventa en los hospitales públicos dependientes del Ministerio de Salud Pública, no había utilización del óxido de etileno, por tanto no era un problema en sí de salud ocupacional para el personal propio, pero sí lo era para aquel que trabajaba tercerizado. Por tanto no era considerado un riesgo, porque no había trabajadores formales en los hospitales, ellos eran externalizados. Se contrataba el servicio, pero por lo general se desarrollaba en pequeños talleres, casi familiares. De esta manera representaba de bajo costo contratar ese servicio para el gerente de un hospital. Así ocurría una externalización del riesgo, aunque como estrategia también de esa tercerización privatizadora del sector público pasó a ser un problema cuando se avanzó en los controles del medio ambiente laboral y el control de las condiciones laborales, que de alguna manera provienen de este cambio que está ocurriendo en mi país, Uruguay, al igual que en otros de América Latina: de revalorizar el tema del trabajo y revalorizar el trabajador.

Paradójicamente en la década anterior hubo casos de trabajadores de hospitales públicos que tenían situaciones de irritación de piel y mucosas, alergias vinculadas a la apertura del material esterilizado por etogas (óxido de etileno) que expresaban indirectamente las muy malas condiciones con que se realizaba ese procedimiento. Ocurrían también concentraciones muy elevadas, sin los tiempos de aireación suficiente, es decir, era un indicador indirecto de las muy malas condiciones que tenían aquellos trabajadores externalizados que estaban ocultos, no conocidos. Por tanto, el óxido de etileno, no es casual que fuera un riesgo para aquellos trabajadores externalizados y también para los trabajadores propios del hospital.

¿Por qué esta reflexión? Porque no se puede analizar las condiciones laborales, así como los riesgos laborales existentes, sin analizar el contexto social económico y político en el que se desarrolla. En el caso del sector salud, es necesario conocer la forma con que se organiza el sistema de salud y en definitiva qué ideología acompaña ese modelo de organización. En los años 1990 la impronta del gerenciamiento, las ideologías del mercado en sustitución de la salud pública, los salubristas desplazados por los *managers* y/o gerentes, provocaron que el usuario dejara de ser un sujeto de derecho, el paciente pasó a ser un cliente. El trabajador dejó de ser un trabajador de la salud y pasó a ser un recurso más, a lo sumo un cliente interno a atender. El lenguaje acompañó también a los modelos de reforma en donde se privilegió el mercado por encima del derecho a la salud. Ese mismo discurso facilitó el proceso de precarización, de flexibilización laboral, que explica en gran parte el perfil de salud-enfermedad de los trabajadores de la salud. La morbilidad y la mortalidad del trabajador de la salud es claramente superior a otros colectivos, son varios los estudios que lo demuestran y eso no es casual.

¿Qué rol jugó el informe “Invertir en Salud” del Banco Mundial en estas transformaciones en el mundo del trabajo del sector? Él mismo transmutó palabras tan importantes, valores tan relevantes del sector, transformando y vaciando de contenido de derecho, las expresiones como cobertura, universalidad, solidaridad, integralidad. Las reformas que se basaron en las orientaciones del informe, en

gran parte, son responsables tanto de la salud de los trabajadores de la salud, como de la salud de la población. En el sector de la salud la precarización laboral, consecuencia de las políticas de flexibilización y desregulación del trabajo, pueden ser considerados como un “estresor” adicional para los trabajadores.

La relación entre la salud y el trabajo está mediada por las condiciones concretas, materiales, en que se realiza el trabajo. El concepto de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (C.Y.M.A.T.) de la OIT es vigente al considerar y al explicar en gran parte esa integralidad de las relaciones de trabajo. Las cargas y/o exigencias impuestas en el proceso de trabajo del sector, es un término más adecuado al de “factores de riesgos”, pues no estamos ante un riesgo de origen azaroso, sino derivado de imposiciones de un modelo productivo. Esas cargas y/o exigencias no se limitan solamente al espacio laboral, sino que también al espacio extra-laboral de vida del trabajador. De alguna manera cuando se precarizan las condiciones de trabajo de un trabajador, también se precarizan las condiciones de vida y la reproducción social como tal, la vivienda, el acceso a la alimentación, a la recreación, forman parte también de esa precarización.

El sector salud históricamente ha ocupado a más mujeres que hombres, pero en particular en los últimos tiempos esta tendencia ha ido en aumento. Esta situación de género hay que tenerla en cuenta al analizar el sector por la importancia de la llamada doble carga derivada del rol social impuesto de cuidadora, de responsable en la crianza de sus hijos, de los familiares añosos, del cuidado de la casa.

En esta lógica igual de contradicción, la dialéctica también se da en el trabajo y permanentemente encontramos que en el sector de salud, como ocurre en otros sectores, esa contradicción permanente: el trabajo genera bienestar, nos genera satisfacción, nos inserta laboralmente, nos inserta socialmente y a su vez produce muerte, enfermedad y sufrimiento. Claramente se puede resaltar en muchos de los trabajos que nosotros realizamos este aspecto saludable por la profesión del trabajador de la salud, de sentirse útil y con un contenido del trabajo loable como es trabajar por la salud de la pobla-

ción –aspecto que incluso ha permitido en muchísimos casos generar una suerte de defensa a los múltiples procesos destructivos existentes en el trabajo, derivados por este sistema de contradicciones que explicábamos anteriormente. Encontramos sin duda en el área, los accidentes, las enfermedades, las incapacidades, el malestar, el desgaste, no solamente en la pérdida real sino en la potencial de capacidades y la muerte prematura. Este es un elemento que en el Uruguay en particular ha estado estudiado desde el Sindicato Médico del Uruguay.

A continuación haré mención a un estudio realizado en la Caja de Profesionales del Uruguay durante el 2007. Este estudio retrospectivo abarca 11 años y 3.599 subsidios por dolencias que afectan la capacidad laboral durante al menos 30 días otorgados por la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU). Se encontró de forma clara y contundente que de las opciones “clásicas”, los profesionales de la salud tienen prevalencias por encima de la media en todas las enfermedades.

En un trabajo que realizamos sobre condiciones de trabajo ocupacional en Enfermería también surgieron elementos, que tienen que ver con los comentarios que hacía Carlos Aníbal Rodríguez, de las condiciones de trabajo. Allí los aspectos de carga mental, de carga física son centrales en la percepción por parte de los trabajadores como procesos altamente destructivos para la salud como la carga mental, relacionada con la dificultad de realizar descansos en la jornada de trabajo y carga física relacionada principalmente con la postura y el desplazamiento. Pero observamos, y esto creo que es lo frecuente también, siempre lo contradictorio del trabajo, que ese mismo trabajo también genera elementos protectores como son los procesos saludables, que en este caso era la pertenencia de grupo y la identificación con el valor social del trabajo.

Han emergido quizás nuevas situaciones en estas relaciones complejas entre la salud del colectivo de trabajadores de la salud y las situaciones de trabajo. Una investigación realizada durante el año 2007 sobre condiciones de trabajo y salud en los médicos residentes,

es decir, trabajadores médicos jóvenes, trianguló diferentes técnicas cualitativas y cuantitativas, para analizar el tema de la violencia. Un tercio de los residentes manifestaba tener situaciones de violencia mensualmente. La más frecuente correspondió a la violencia psicológica y en segundo lugar de tipo privación, es decir, aquellas que tratan de bloquear la comunicación entre pares. Un elemento importante de esta investigación es la violencia ejercida en las relaciones entre pares que se registra en un 69%. Aunque no se registran diferencias significativas de género en este aspecto, existe una tendencia muestra que las mujeres sufren mayor violencia.

Otro estudio que me pareció importante mencionar, hace referencia a condiciones de trabajo en la administradora de seguros de accidentes laborales. El Uruguay tiene un seguro de accidentes y enfermedades profesionales monopólico y estatal. El propio directorio del seguro decidió hacer una investigación interna en coordinación con la Facultad de Medicina. Se preguntaban cuáles eran las condiciones de trabajo y salud de sus funcionarios en el 2005. En esa investigación utilizamos diferentes instrumentos, triangulamos diferentes técnicas pero uno de los instrumentos fue el cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ 28). Comparamos los trabajadores del sector del sanatorio (área de salud) con el resto de los funcionarios del seguro que están en el sector administrativo. Interesante lo que resultó, el malestar presente entre el personal de la salud y el personal administrativo de la Administradora del seguro era prácticamente dos a uno.

Como observamos en el siguiente cuadro, de distribución de casos y no casos de Golberg según precedencia (sector salud y resto de funcionarios del Seguro de accidentes y enfermedades profesionales), ésta desigualdad relativa era estadísticamente significativa.

Distribución de casos y no casos de Golberg según procedencia

En C.S.M hay 1,8 veces mas de riesgo de presentar sufrimiento mental respecto al resto de los funcionarios.

- Odds Ratio 1,7734
- P-media exacta 0,0063487533

Investigación sobre la Salud y las Condiciones de Trabajo del personal del Seguro de accidentes y enfermedades profesionales. 2005

	Caso	No Caso	TOTAL
C.S.M	54	39	93
% Fila	58,1	41,9	100
% Columna	21	13	16,7
Resto funcionarios	203	260	463
% Fila	43,8	56,2	100
% Columna	79	87	83,3
TOTAL	257	299	556
% Fila	46,2	53,8	100
% Columna	100	100	100

Fuente: Central de Servicios Médicos (CSM)

En suma existe bastante evidencia en los diferentes trabajos, en cuanto a pensar que realmente el trabajador de la salud tiene una carga y/o exigencia elevada y que lo manifiesta con diferentes expresiones, de malestar, de enfermedad e inclusive por muerte precoz y que la misma es más frecuente que en otros grupos profesionales.

Sin duda que la organización del trabajo es la que debemos cuestionar, el proceso del trabajo en la salud tiene algunas características muy particulares. Las condiciones de trabajo se caracterizan por relacionarse con las enfermedades y la muerte. Además es un proceso en donde para asegurar la continuidad en la producción hay trabajos a turno, hay trabajo nocturno (Gonçalves de Oliveira, 2001). Hace unos años conocí la situación de dos trabajadores médicos que había, sin ningún antecedente patológico personal, presentado crisis convulsiva tónico-clónica en el trabajo de guardia. Cuando investigamos sobre los tiempos de trabajo, ambas habían sido crisis ocurridas en una guardia, en uno de los casos luego de 36 horas de trabajo continuo, y en el otro, luego de 24 horas. Es decir la necesidad de mantener la vigilia en el trabajo, quizás con el uso de distintos estimulantes, generaron el problema de salud.

Esto puede tomarse simplemente como una anécdota que marca que en este modelo, si no hay cambios profundos en la forma del gerenciamiento del trabajo como ya mencionaba Armando De Negri, que deriven en definitiva de los modelos de organización, difícil podremos lograr resultados positivos para la salud de los trabajadores.

Sin duda que el trabajo es cada vez más colectivo y esto enfrenta o genera nuevos desafíos en cuanto a lograr la comunicación e integración para la acción interdisciplinaria. La incorporación permanente de diferentes y nuevas tecnologías también es condicionante de posibles nuevos riesgos laborales para el personal de salud. Veremos algo de la multiplicidad de exposición a diferentes factores de riesgos laborales. Entre ellos encontramos la incorporación permanente de nuevas tecnologías, la diversidad de tareas, el multiempleo, el trabajo con personas que se encuentran en condición de sufrimiento y muerte.

En la orientación de la reforma de salud en mi país hay algunas acciones que yo entiendo, altamente importantes para la promoción de la salud y el control de los riesgos del trabajo, en particular con relación a los trabajadores de la salud. Ha existido una política de concentrar el trabajo, en particular médico, en un único lugar de trabajo, combatiendo el multiempleo, aumentando la dedicación. Se ha avanzado lentamente en esta realidad, es una acción que se ha ido planteando en el marco de la reforma de la salud. Hubo en el proceso de reforma una importante mejora salarial, en particular del sector público. Comenté que en la década de 1990, existió una retracción del Estado, en particular de los Servicios Estatales, con precarización de las condiciones de trabajo, en donde además se contrató por empresas unipersonales, que encubrían trabajo dependiente, sin ningún tipo de derecho de seguridad social, con rebaja de los ingresos. Esta tendencia cambió en la actual administración, recuperando el rol de garante de derechos por parte del Estado.

En este nuevo marco una de las apuestas, en el sector salud, fue concentrar el trabajo para lograr mayor dedicación horaria, en un mismo lugar de trabajo, mejorando también la remuneración. La reducción de las guardias de 24 a 12 horas fue una imposición que se

dio dentro del sistema que fue resistida al inicio por algunas corporaciones, en esa dinámica que facilita el multiempleo, sin duda.

Para finalizar, hay un elemento a destacar. En el proceso de reforma se incorporó la participación de los usuarios y de los trabajadores como conductores del sistema (Directores Sociales). En todos los niveles, desde la Junta Nacional de Salud (JUNASA) que es el órgano que dirige el Sistema Nacional Integrado de Salud (integrado por lo público y lo privado), la Dirección de los Servicios Estatales de Salud (Directorio de ASSE) y las comisiones consultivas en los diferentes estamentos del sistema. Como resultado de esa participación podemos resaltar algunas consideraciones. Como primera medida, que el trabajo asuma la prevención y la promoción de todos los procesos que participan en la determinación de la salud del trabajador, incluso en los diferentes dominios con sus sistemas de contradicciones. Que sea mediador entre el grupo social, familiar y/o de género pero también en el ámbito singular (fenotipo y genotipo).

Este proceso propende, de alguna manera en la salud de los trabajadores, pero en particular en los trabajadores de la salud, por buscar procesos saludables, ir en búsqueda de revertir que el trabajo genere malestar, enfermedad. Como conclusión, el desafío está en encontrar que el trabajo siga siendo un excelente promotor de salud, que supere la enfermedad y promueva procesos saludables. Gracias.

Referencias

- Ermida Uriarte, O. (1999). *Globalización y relaciones laborales*. Recuperado en Agosto de 2009, de: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/ermida/globaliz/globaliz.pdf>
- Gonçalves de Oliveira, B.R. & Murofuse, N.T. (2001). Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 9 (1). Recuperado en Agosto de 2009 de la base de datos Scielo Brasil.

Condiciones de trabajo de los profesionales de medicina y enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito³⁵

MARÍA AMPARO LOZADA DE DÍAZ³⁶

Buenos días. Traigo desde la academia una reflexión, que es producto de un trabajo de investigación que venimos desarrollando en la Universidad Nacional de Colombia, en relación con las condiciones de trabajo de los profesionales de Medicina y Enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos en Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito. Y creo que es el momento de decir, que ha sido terriblemente difícil hacer esta investigación por la negativa e incluso el miedo de las instituciones a ser miradas y de los trabajadores mismos. He recibido respuestas como: “no sé qué riesgos tendrán los demás pero nosotros no tenemos ninguno”. Esto reafirma lo que los distinguidos panelistas que me precedieron han expuesto y me dan la razón, veo que esta situación es como la AH1N1, es una pandemia.

Dicho esto, ¿por qué es importante, en mi investigación, las condiciones de trabajo? Estoy estudiando las condiciones de trabajo relacionadas con la seguridad de los pacientes, con la calidad del cuida-

35 Transcripción de la conferencia realizada el 20 de octubre de 2009.

36 Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

do. Es innegable que las condiciones de trabajo tienen relación con los resultados del cuidado de la salud. Generalmente se analizan otros factores pero nadie habla de las condiciones de trabajo, ¿qué tanto están influyendo cuando el trabajador de la salud es el último de una cadena causal de eventos? Desde esta perspectiva estoy estudiando las condiciones de trabajo.

Las condiciones de trabajo de los cuidadores de la salud, desde hace mucho tiempo, son consideradas inadecuadas debido a muchos factores que ya los hemos señalado: la especificidad del ambiente de trabajo, el tipo de tareas ejecutadas, las formas de organización y división del trabajo que el cambio en los sistemas de laborales ha traído y que es un cambio anterior a la Crisis Global. Estos cambios vienen acompañados con los procesos de globalización y con los procesos de la revolución tecnológica que estamos viviendo. No es entonces algo novedoso y es lo que nos ha traído la flexibilización, la precarización, expresada en formas de contratación, expresadas en horarios de trabajo absolutamente inusuales y extraños.

Además de esto en Colombia, y es mi premisa de entrada, en el sector salud hay una organización del trabajo de típico talante *taylorista*. Es un patrón de producción, propio de la era capitalista que se desarrolló en el siglo pasado para la producción en masa y para ejecutar actividades con control de tiempos y movimientos. En las instituciones de salud la aplicación de estos principios ha generado una lógica de un proceso de trabajo centrado en la actividad fragmentada y esa actividad fragmentada ha fundamentado el trabajo diario de los trabajadores de la salud. A este tipo de proceso de trabajo, en el cual está inmerso el trabajador de la salud, se le adiciona otro factor y es la debilidad de la agremiación. Se puede decir que no existe agremiación fuerte en Colombia y esto ha llevado a que esa debilidad se manifieste, por ejemplo, en hechos como la desaparición del Ministerio de Salud, ante la mirada indiferente de todos los que trabajamos en el área de la salud. Con su desaparición, se esfumó nuestro elemento integrador que era el Ministerio.

De esta manera, no me voy a centrar en las condiciones del ambiente físico, de los problemas locativos en las instituciones en que

yo realizado la investigación. Hay áreas de trabajo que son absolutamente improvisadas, que fueron hechas para otras cosas y donde hoy en día están las unidades de cuidados intensivos y donde obviamente hay problemas de movilización. Hay todo ese tipo de problemas que interfieren con una actividad de altísima responsabilidad y donde la atención debe permanecer sostenida por el tipo de complejidad y de demandas que el paciente tiene.

El deterioro de la calidad del cuidado en relación con las condiciones de trabajo, ha venido siendo estudiado en diferentes países, particularmente señalo los estudios de la Asociación Americana para la Calidad del Cuidado, donde ellos muestran que los mismos trabajadores de la salud vienen preocupados por el deterioro de la calidad del cuidado, el cual se expresa en los eventos adversos. En Estados Unidos causó escándalo que el porcentaje de eventos adversos era del 4%. El último reporte de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social dice que Colombia alcanza del 10 al 14%. Sin contar el subregistro; porque hemos encontrado claramente el ocultamiento y el no reporte de las situaciones de eventos adversos por un criterio errado de señalamiento y no de mejoramiento en la Dirección.

Así encontramos por ejemplo, dentro de los actores que quiero traer a la revisión, el *volumen de trabajo acelerado* como uno de los aspectos claves. ¿Cómo se midió?, en el caso de enfermería, por el número de pacientes a cuidar durante la jornada de trabajo y en el caso de los médicos, por el número de procedimientos valoraciones y decisiones a todo lo largo de la jornada. ¿Por qué era importante estudiar esa alta carga de trabajo? Porque ésta se asocia a situaciones de fatiga y desgaste, que va a conducir a problemas osteo-musculares, cardiovasculares, incluso al desgaste emocional y por lo tanto a una probabilidad mayor de error que puede terminar en un *evento adverso*. Por ejemplo, encontramos que hay una alta demanda de trabajar más rápido y más fuerte. En las Unidades de Cuidados Intensivos ese ritmo, esa exigencia no la aplican los trabajadores de la unidad sino los servicios externos, que demandan a la unidad. Por lo tanto uno de los factores más importantes que Karasek señala, que

es la posibilidad de control del trabajador, es casi inexistente porque es desde afuera de donde viene fijado el ritmo de trabajo y las indicaciones de lo que tiene que hacer.

Asimismo, ese trabajador de la Unidad de Cuidado Intensivo permanece durante toda la jornada con alta carga emocional, debido a la responsabilidad por la salud y seguridad de los pacientes, el estado en que ellos están, la demanda de ellos y sus familias. Todos elementos a tener en cuenta. Además, deben tener una gran habilidad profesional, altos niveles de formación, más si nos encontramos que la hipótesis dice que conduce a menos probabilidad de error. En los profesionales de enfermería una cuarta parte tiene formación avanzada y en los médicos el 92%. También se encontró una alta experiencia en ellos que hace que esa posibilidad de error disminuya.

En cuanto al tiempo de trabajo, ¿qué hemos analizado? La longitud horaria de los turnos, los días de la semana trabajando. Siempre se ha asociado como malas las jornadas de trabajo muy largas. Si bien la mayor parte del turno de trabajo dura entre 8 y 12 horas, hay personas con menos de 8 horas. Lo que sí encontramos es que el 81% dijo que trabajaba absolutamente todos los días de la semana. Eso nos hace un llamado a un interrogante con respecto al necesario pedido de compensación del trabajo de ese momento reproductivo, de la calidad de ese momento reproductivo que el trabajo tiene que tener.

En cuanto al diseño de las tareas, un adecuado diseño de las tareas incluye por ejemplo una interacción entre los trabajadores y entre los trabajadores y su lugar de trabajo. ¿Qué encontramos ahí? Que ellos reportan lo que decían quienes me antecedieron, que no hay un adecuado trabajo de equipo, quizás por esa misma fragmentación de las relaciones.

Con respecto a la relación con las instancias de supervisión y las instancias superiores, la percepción cambia. Mientras los médicos tienen una mejor percepción, las enfermeras tienen una peor percepción y sobre todo de la actuación de las directivas, con respecto a la calidad del cuidado. Esta situación del personal de enfermería puede estar relacionada con que permanece un mayor tiempo en la institución, por lo tanto tiene una mayor relación con las instancias

administrativas. También en el diseño de las tareas hay que tener en cuenta criterios biomecánicos, ergonómicos y de disposición organizacional que actualmente están ausentes, mientras que los siempre presentes son los principios “tayloristas” de las ciencias de [económicas]. También en el diseño de las tareas hay que hablar de la distracción que tanto reportan en esos lugares estudiados, la necesidad de mantener información y la responsabilidad por otros son comunes y permanentes a lo largo de la jornada.

No me voy a detener en el impacto, en la parte ambiental, a pesar de que quiero señalar aquí que una condición grave y de alto riesgo potencial y común en todas las instituciones es la inexistencia de una adecuada red contra incendio y donde ya en alguna de las instituciones se presentó recientemente un incidente que hubiera podido generar una situación aún mayor en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Quiero resaltar los factores organizacionales de seguridad social que para mí son los más sentidos hoy en día en el sector salud. Karasek, el autor nombrado previamente, asumió que las características de la organización del trabajo y no solamente los peligros ambientales, son los que llevan al trabajador a experimentar lesiones y enfermedad. Este mismo autor adiciona el soporte social como un elemento fundamental dentro de los factores psico-sociales. Pues bien, vamos a revisar esa organización en un contexto que se le imprime al trabajador una demanda emocional y psicosocial. ¿Cómo encontré esa situación? Me voy a referir al tipo de contratación que forma parte de la flexibilización para los trabajadores de la salud. ¿Qué encontramos nosotros? Que el 82% de los profesionales se encontraban vinculados por cooperativas de trabajo asociado y menos de un 10% eran de planta de las instituciones. Aparecen otras formas de contratación como las ordenes de prestación de servicios y obviamente la tercerización, el *outsourcing*. Por ejemplo, ese *outsourcing* era mayor en el caso de los médicos, con respecto, por ejemplo, a la enfermería. Asimismo, encontramos la anulación del turno de trabajo, por ejemplo un profesional de la medicina con 60 horas a la semana. Recuerden que en Colombia, la jornada legal de trabajo es

máximo 48 horas a la semana. Esto nos está mostrando el multiempleo porque muchos de ellos nos manifestaban que laboraban en otra institución.

Frente a esa situación que hemos encontrado, de precarización, de trabajo excesivo, de tiempo insuficiente, los trabajadores manifestaban que en un ambiente de sobrecarga cuantitativa y cualitativa y con carga del control del trabajador, la demanda de trabajo parece ser el factor más significativo que vienen manifestando los trabajadores de la salud en esta [institución].

La evidencia ha demostrado que los factores psicosociales afectan la salud en el corto y en el largo plazo. Un factor agravante y usual es que la queja en el sector salud es pocas veces reportada. Debido a la disponibilidad de médicos, la persona simplemente dice “he tenido tal manifestación ¿qué puedo hacer? ¿Qué me puedo tomar?” Y no se reporta la queja. Por tanto no tenemos una estadística que nos permita inferir. Por ejemplo el estrés derivado de factores psicosociales afecta la salud física y mental. Recordemos que a largo plazo puede provocar alteraciones cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales y en la salud mental.

En este espacio quiero hacer un llamado a nombre de la academia para que se nos facilite hacer investigación, hacer estudios. Hay tres “tesistas” con quienes hemos tenido que desistir de trabajar en las instituciones públicas, particularmente del Distrito, por el entorpecimiento. Si no investigamos, no conocemos certeramente lo que está sucediendo y por ende estamos trabajando sobre suposiciones. Así que hago un llamado en favor de facilitar la labor de la academia, especialmente nosotros como Universidad Nacional de Colombia, que siempre pensamos con criterio de nación, con criterio de país y en beneficio de todos los colombianos, porque para eso estamos, somos la universidad de todos los colombianos y queremos que nos abran un espacio.

Muchas gracias.

Política de talento humano para el sector de Salud Pública del Distrito Capital³⁷

GLORIA MARLÉN BRAVO GUAQUETA³⁸

Buenos días a todas y todos. De verdad que es muy placentero para la Secretaría Distrital de Salud tener un espacio en el que podamos compartir con muchos de ustedes el proceso que desde la construcción de la política de talento humano para el sector salud público del distrito capital, se viene realizando en la dirección de desarrollo de talento humano. Este ha sido un proceso de mucha concertación, de muchos acuerdos, de llegar a definir esos fundamentos, que desde el quehacer de la Secretaría queremos desarrollar, y por eso es muy loable el ejercicio que la Universidad Nacional de Colombia está haciendo en este momento, como proceso académico, tratar de unir a diferentes sectores, conferencistas, expertos y mirar en su globalidad todo lo que está sucediendo.

Queremos presentarles hoy, el tema de la política de talento humano en el Distrito Capital, cómo la estamos concibiendo, ¿cuáles son los elementos que queremos incluir en esa política?, que no están distantes de aquello que nos presentaron antes de iniciar el panel,

³⁷ Transcripción de la conferencia realizada el 22 de octubre del 2009.

³⁸ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

de todos los elementos que el grupo conformado y unido de contratistas han mostrado aquí en esa presentación *flash* con todas sus problemáticas, y ese contexto general y con los elementos que desde la academia también se han recogido.

Bueno muy bien, en el entendido de la política que se viene trabajando desde la secretaría, nosotros nos hemos soportado en unos fundamentos de esa política. El primero, reconocer en el diálogo social y en la concertación un instrumento para la construcción colectiva de la política de talento humano. No pudiéramos desarrollar un lineamiento si efectivamente los actores y las personas involucradas en unas tomas de decisiones y en unos sentires y expectativas no participaban en este proceso, más adelante les voy a contar cómo se hizo todo el diagnóstico y planteamiento de lineamientos. El segundo fundamento está en observar los principios y derechos fundamentales en el trabajo reconocidos por la comunidad internacional, la constitución y la ley. Para todos y creo que en las jornadas de ayer y en la jornada de esta mañana, es claro que existen unos parámetros y unas condiciones mínimas que desde el orden nacional nos están dando para el desarrollo y el fortalecimiento humano, no solamente en el sector salud sino en todo el ámbito laboral. Para nosotros es importante tener en cuenta esos lineamientos, igual es importante tener en cuenta los lineamientos de la constitución y de la ley que nos demandan unos alcances y unos límites, pero que no nos prohíben poder desarrollar otro tipo de actividades que a través de alianzas o de lineamientos podamos definir. Un tercer fundamento es impulsar una propuesta de trabajo decente en el sector salud, en el distrito capital. Y un último fundamento, dar cumplimiento a los compromisos asumidos por el gobierno Distrital en el marco del Comité Distrital de diálogo y de concertación laboral que fue creado en el 2004 y que ha venido trabajando muy de la mano entre las organizaciones sindicales y la administración Distrital.

Los mandatos que nos llevaron a generar la política de talento humano y estar en ese trabajo son tres específicamente. Primero, en un plan de desarrollo, en el plan de desarrollo 2008-2011 Bogotá Positiva, se establecieron dos programas fundamentales que tienen

que ver con el tema de talento humano. El primero, definir y tener un desarrollo en el sistema de rectoría en salud que está en cabeza de la SDS en Bogotá, y el segundo programa dirigido al desarrollo y bienestar del talento humano, no solamente hacia el sector salud sino al talento humano de todo el sector del distrito.

Segundo, tenemos también un lineamiento o un mandato, si bien todo el tema de certificación y de re-certificación ha venido en discusión a nivel del país, también nos emanan unos llamados de atención frente a cómo va ser la formación de ese talento humano, y la preparación de ese talento humano para responder efectivamente a las competencias que requiere el sector salud, a la población que acude a nuestros servicios de salud. Y tercero y último el plan estratégico de la secretaría que incluye obviamente toda la gestión con las Empresas Sociales del Estado.

Se desarrollan entonces una serie de compromisos del gobierno distrital que emanan el sentir y el trabajo que desde el Plan de Desarrollo queremos implementar en la construcción de la política: Garantizar condiciones de trabajo digno al interior de las instituciones públicas, recogiendo una serie de elementos que se están presentando, y que están allí cual átomos esperando unirse y poder hacer una gran explosión, pero necesitamos definir efectivamente cuáles van a ser esas condiciones y poder garantizarlas. Dar cumplimiento a los compromisos asumidos con las organizaciones de trabajadores en el marco del proceso de diálogo y concertación que adelanta el Distrito Capital, que me adelanto al último tema, que aparece aquí, es la suscripción de un acuerdo donde se definan mecanismos para superar la tercerización laboral y que permitan modificar el sistema de contratación en talento humano.

En el mes de julio de este año, las organizaciones sindicales y la administración, definen y pactan un acuerdo donde se dejan incluidos muchos elementos que tienen que ver con talento humano, no solo de planta sino también con personas de contratación, y se define en ese acuerdo la necesidad de trabajar muy de la mano en todo el tema de tercerización, en tratar de eliminar la tercerización en el distrito capital y obviamente en el sector salud.

El otro compromiso que se asume es que en el plan de desarrollo quedaron dos metas puntuales para la formulación de la política. A 2009 tenerla formulada y a 2011 tenerla implementada en las Empresas Sociales del Estado, inicialmente, y posteriormente abrir el espacio con las otras instancias. La Secretaría entonces como cabeza del sector y como rectora de todo el sistema, viene aportando unos elementos y lineamientos para mejorar esa situación en el campo de la gestión de talento humano que hoy nos trae también a esta sesión de trabajo, y es así como se empiezan a definir los componentes de trabajo decente que vamos a entender en la formulación de la política, y lo que hacemos es extraer efectivamente lo que la OIT hoy tiene planteado en esos cuatro elementos importantes de trabajo decente.

El primero componente, entender el empleo con unos componentes básicos que tiene que ver con remuneración y con condiciones de trabajo. El segundo, la Protección Social que se refiere a la afiliación y protección que debo garantizar como empleador, a estas personas que están trabajando y que están prestando un servicio dentro de las instituciones e instancias laborales. El siguiente elemento, Derechos Fundamentales que tiene que ver con el no trabajo forzoso, obviamente eliminar el trabajo infantil, que no se vaya a presentar en las instituciones; no discriminación en el trabajo, y obviamente el tema de libertad sindical. Y por último el Diálogo Social en el entendido de una negociación colectiva y una participación en el orden nacional y distrital.

Planteamos entonces el objetivo de la política de talento humano, como la posibilidad de poder establecer un modelo de gestión de talento humano que permita brindar lineamientos para fortalecer el desarrollo organizacional en las entidades, que serían las Empresas Sociales del Estado, pero garantizando unas condiciones dignas laborales y dando respuesta a una política sectorial que existe en este momento en salud, que es garantizar la calidad de vida y salud de la población de Bogotá.

Esta política está compuesta de cuatro elementos o componentes. El primero lo hemos denominado Vinculación-Contratación, donde estamos albergando todos los elementos de modalidades de vincu-

lación del talento humano que están tanto en la planta como por fuera de ella, y los costos de ese talento humano, planta versus contratación. Este es un trabajo que iniciamos desde Junio del año pasado, aproximadamente, y durante el segundo semestre del año pasado avanzamos mucho en ese tema. El segundo elemento, componente, lo hemos denominado Planeación del talento Humano, está referido al análisis de las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado y a poder tener unos elementos unificados del pago de honorarios o de remuneración a las personas que están por fuera de las plantas, porque en las plantas está todo definido, las personas que están en planta de personal está definido por ley, pero la gran disparidad existe en las diferentes modalidades de contratación y en los diferentes perfiles de contratación que existen en las instituciones. El cuarto componente Formación y Capacitación dirigido a fortalecer toda la capacitación y formación de competencias laborales y comportamentales, y el último tema el de Cultura Organizacional y Calidad de Vida, capacitación, salud ocupacional, incentivos y todo el tema del riesgo psicosocial.

Para nosotros, en el ejercicio de lo que hicimos anteriormente, era muy importante el diálogo social, y para ello empezamos entonces a convocar a los diferentes actores que hacen parte o que harían parte de esta construcción de la política, y a través de unas mesas de trabajo que empezamos a desarrollar con estos actores, definimos algunas dificultades o condiciones de trabajo que se estaban presentando en las Empresas Sociales del Estado y a la vez logramos construir algunas propuestas de mejoramientos. Estos son los actores con los que hemos trabajado durante casi un año de ejercicios de construcción de la política. Hemos estado con los gerentes de las Empresas Sociales, hemos estado con los trabajadores a través de instrumentos que hemos aplicado, hemos estado con toda la parte, digamos, administrativa y de apoyo institucional como el Ministerio, la función pública, el Servicio Civil, la misma Alcaldía. Hemos retomado lineamientos que desde el orden de control nos han dado como la procuraduría, la contraloría, la veeduría, etc. Recogimos todos los elementos de los estudios y diagnósticos que se habían

hecho tanto desde el Ministerio de Protección Social, así como los propios para el sector salud, que ha elaborado la Secretaría y hemos estado en una constante desde la recolección de la información con las Empresas Sociales del Estado en todo el tema de la contratación.

De estos dos elementos de las mesas de trabajo y de las encuestas que hemos aplicado en la recolección de información, analizamos, y se pudo concertar que era importante dirigir la política y atender una serie de elementos, y ¿cuáles son esos elementos?: poder trabajar en pro de las condiciones de trabajo que hoy existen y que consideramos son desiguales en todo el tema de la jornada laboral, en todo el tema de cargas laborales, en el acceso a capacitación, bienestar y estímulos. En la deficiente remuneración que existe y a veces el no pago de jornadas adicionales de trabajo, en la inexistencia de una remuneración unificada tanto por perfiles, como por servicios, como por modalidades de contratación, que podamos responder a las dificultades que hoy por esos tipos de vinculación se presentan, y es que no pueden acceder a beneficios bancarios o financieros porque no hay una continuidad en la contratación. No hay elementos que les permitan garantizar y asumir deudas y compromisos, el pago inoportuno, la inestabilidad, etc.

También que nos permite fortalecer, un poco, la gestión institucional, y allí vamos a dirigirnos para poder trabajar conjuntamente en mejorar las condiciones presupuestales y financieras de las Empresas Sociales del Estado. A poder trabajar en mejorar el tema organizacional y la cultura organizacional de las instituciones. Fortalecer el tema de planeación del talento humano y poder buscar una continuidad y mecanismos que me permitan disminuir las ausencias que deben presentarse por los tiempos de contratación.

¿En qué vamos en este momento? En el componente de Contratación-Vinculación que fue el primero que les enseñé, durante el ejercicio del año pasado contamos ya con un documento preliminar de política que recoge todos los elementos conceptuales, formativos y fundamentales para el desarrollo de la política. Tenemos una propuesta de pacto por el trabajo decente, que queremos definir, y digamos, limar un poco el ejercicio, para poder tener finalizando este

año, y principios del próximo tener firmado ese pacto dónde estaríamos comprometidos los actores de la política. Tenemos la formulación de los lineamientos para el componente y se han emitido dos circulares desde la Secretaría de Salud, la primera se expidió el 17 de febrero de este año, donde se daban unos algunos lineamientos o recomendaciones a las Empresas Sociales del Estado, frente al tema de planeación y vinculación del talento humano. Posteriormente, a través de una comunicación que nos llega de la Alcaldía Mayor donde el Señor Alcalde emite unos lineamientos a la Secretaría de Salud como ente rector, se emite la circular 003 de marzo, donde se les dice a los gerentes que por favor se abstengan de contratar con cooperativas de trabajo asociado. ¿Cómo era la situación en ese momento con cooperativas? nosotros teníamos alrededor de 8000 trabajadores del sector salud, en cooperativas, 3000 personas en prestación de servicios y teníamos alrededor de 800,900 personas en empresas de servicios temporales. A través de todos los ejercicios y de las mesas de trabajo que se realizaron, llegamos a un punto de acuerdo considerando que las cooperativas de trabajo eran el mecanismo que en este momento estaba afectando algunas condiciones de los trabajadores, de pronto en mayor medida que en las otras modalidades. Pero este ha sido un proceso en el que seguimos trabajando y en el que seguimos fortaleciendo algunas líneas para poder garantizar unas mejores condiciones.

En el tema de planeación, formación y capacitación, este año se hizo la mesa de trabajo también con diferentes actores, y a través de ellos definimos unos elementos para articular y consolidar el componente de la política y poder tener los elementos del documento final, el cual estará formulado para finales de noviembre, primeros de diciembre. Con todo esto ¿cuál es el planteamiento que queremos recoger? y ¿hacia dónde vamos?, primero, avanzar en la implementación del componente de vinculación y contratación cuyos lineamientos ya se están desarrollando pero teniendo en cuenta muchos elementos importantes. Primero, encontramos que existen muchas expectativas dependiendo del nivel ocupacional y el nivel profesional. ¿Cuáles son esas expectativas? encontramos por ejemplo que el

grupo de médicos o de profesionales especializados o con sub-especialidades, no les interesaría vincularse 100% a una planta de personal, porque es mucho más benéfico para ellos tener un servicio por horas, por atenciones en muchas instituciones y no sometido a una institución durante 8 días, pagándole un salario de especialista en el sector público de la ciudad. Bueno, ya habrá tiempo para la discusión.

Bueno, tenemos otro grupo que son los profesionales y el personal de base, donde a través de la remuneración de servicios técnicos se encuentran afectados por los descuentos que desde la contratación se presentan, y el personal de base obviamente por su condición y por su ejercicio dentro de las instituciones prefieren más unas condiciones de estabilidad y de permanencia.

Seguimos trabajando en el tema de costos de talento humano por vinculación y estamos haciendo el análisis de la situación de servicios de *outsourcing* y tercerización de las Empresas Sociales del Estado. Queremos hacer un ejercicio y lo estamos haciendo en este momento, de ir descartando progresivamente aquellas modalidades de contratación que puedan impactar negativamente las condiciones de los trabajadores, y obviamente realizar nuevas formas de vinculación y de condiciones de trabajo, mejorando las condiciones de los contratos si la definición institucional es hacer contratos en las diferentes modalidades. La vinculación diferenciada de acuerdo a los niveles ocupacionales y profesiones, y teniendo en cuenta las expectativas laborales y profesional. Evaluar modalidades como por ejemplo las plantas temporales y los supernumerarios, que nos define la ley y que nos define unas condiciones mínimas para incluirlas.

En este momento hasta aquí va la construcción de la política. Estamos trabajando ya en el documento final. Sería muy importante después del ejercicio de estas dos jornadas de ayer y hoy y del ejercicio que viene para los siguientes tres días, poder unirnos también con la Universidad en el ejercicio de recoger los insumos, que desde aquí se han presentado y que puedan contribuir a la construcción del documento. Este no es un proceso fácil porque implica tocar muchas expectativas, implica tocar muchas percepciones de lo que

cada uno construye desde su realidad e implica igualmente llegar a unos acuerdos y a unos compromisos institucionales. Este es el tema que queríamos presentarles, mostrarles para ahorita dar la discusión frente a las otras exposiciones. Muchas gracias.

Condiciones de las enfermeras como trabajadoras de la salud³⁹

BEATRIZ CARVALLO SUÁREZ⁴⁰

Buenas Tardes. Quiero agradecer a los organizadores del 7° Seminario el haber invitado a nuestra organización a participar de este importante evento. Con el objetivo de poder utilizar de la mejor manera el tiempo, quiero destacar que muchos de los aspectos que hemos manejado o que voy a manejar en mi presentación han sido muy bien expresados por nuestros conferencistas de esta mañana. Parece que Latinoamérica tiene cosas muy similares que vamos a poder observar aquí, en particular en el tema de enfermería. Miremos algunas características de lo que es hoy el sector de los trabajadores de la salud. Se han hecho algunas estimaciones que indican la existencia de 300.000 trabajadores en el sector de la salud y asimismo se destaca que el 76.6% somos mujeres y que hay un 58% que corresponde a técnicos y auxiliares.

Aquí simplemente quiero destacar un tema, no con el ánimo de polemizar con el anterior conferencista (Secretaría Distrital de Salud), es que aquí ahora se nos llaman “talentos humanos” y me pare-

39 Transcripción de la conferencia realizada el 22 de octubre de 2009.

40 Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia- ANEC

ce que cuando se llama “talento humano” y las normas empiezan a hablar de talentos humanos, nos distancian cada día más de identificarnos como trabajadores de la salud. Se genera un cierto sentimiento de vergüenza cuando al talento humano se lo sacan de los hospitales o simplemente se despide. He aquí simplemente algunos de los elementos que han antecedido la situación que hoy vivimos los trabajadores del sector salud. Hubo un programa que se denominó “Apoyo a la reforma”, eso generó todo lo que fue la reestructuración del sector salud. A cada hospital se le obligó a firmar convenios de desempeño. Esto consistía en eliminar las plantas de personal. Hubo un cambio en la estructura de las unidades asistenciales, por unidades funcionales de negocio; ya no era una empresa-hospital sino muchas sub-empresas dentro de la entidad. Luego ya no éramos trabajadores del hospital tal, sino de pronto de Cuidados Intensivos, de Urgencias, con patrones diferentes. Esta pérdida de la unidad de empresa, como ya lo dije, trajo consigo la eliminación de las plantas de personal y la liquidación o reestructuración de los hospitales públicos que pasaron a llamarse Empresas Sociales del Estado. Y aquí entiendo un poco lo que dice la compañera de la Secretaría: tratar de instalar normas cuando los hospitales han sido declarados prácticamente autónomos.

Así pues, surge el primer problema, que es el de eliminar las relaciones con las cooperativas de trabajo asociado. A partir de toda esta reforma, ¿qué nos pasó? Pues que cerca de 80 instituciones públicas fueron las encargadas del despido de cerca de 30.664 trabajadores. Se eliminó Cajanal y Caprecom, que eran dos EPS públicas de las cuales se despidió a 7.500 trabajadores. El Seguro Social, con seguridad es la entidad que ha sufrido el mayor despojo y digo despojo, porque esa una empresa nuestra, de los trabajadores y de los empleadores que cotizamos toda nuestra vida y hoy fue privatizada, liquidada y eliminada totalmente para que aquí en este país solo se trabaje prácticamente a través de empresas privadas de la salud. Allí fueron eliminados, cerca de, como ustedes ven 33.000 trabajadores. Hoy todavía, por tener una convención colectiva vigente, hemos lo-

grado que no todos los trabajadores hayan sido despedidos sin que se cumpla la convención colectiva de trabajo.

Es preciso recordar que en mi presentación me enfocaré en el tema de la enfermería y en especial, en la entidad que yo represento que es de la profesión de enfermería. En el país somos aproximadamente unas 40.000 profesionales egresadas de 54 facultades de enfermería. Tenemos parte de nuestro equipo a las auxiliares de enfermería que son aproximadamente 100.000 y ese es el equipo de enfermería. Como ustedes bien lo han señalado, en este país nuestro trabajo ha sido más que todo gremial y con el tiempo y con todos los golpes que nos ha dado toda esta reestructuración, apenas estamos caminando hacia la conformación de un sindicato único del sector salud. Quiero comentarles que nosotras las enfermeras (y digo nosotras porque somos el 92% de la profesión en este país) hemos caminado en todo lo que ha sido el desarrollo de la profesión, desde 1935, cuando se creó la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Esta es una entidad de carácter sindical, eso se lo recordamos cada día a nuestras colegas y parece que eso les causa prurito. En este país no es bien visto, no es compatible ser sindicalista y ser profesional, porque parece que ser sindicalista nos desdibujara como profesionales. Allí hemos tenido una gran lucha por recordarles a nuestras colegas que somos en primer lugar, ciudadanas de este país y que lo tenemos que ayudar para así sacar adelante entre todas y todos. Además somos trabajadoras y tenemos un derecho constitucional legítimo...somos parte de un sindicato.

Quisiera recordar también que el tema de enfermería ha sido un elemento de estudio y de lamentaciones de pronto, de organismos internacionales como la OIT o la Organización Mundial de la Salud. Cuando se expide el convenio 149 de la OIT que se refiere al empleo y a las condiciones de vida y de trabajo del personal de enfermería planteado por la OIT, resulta paradójico constatar que estas trabajadoras que por la misma naturaleza de su trabajo contribuyen a proteger la vida y la salud de los demás, todavía no hayan conseguido resolver convenientemente los problemas de su propia protección. Estos fueron los elementos, uno de tantos para hacer un convenio

que en nuestro país, en la actualidad, aún no ha sido ratificado. De otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de una de sus asambleas también expidió una resolución para el fortalecimiento de la enfermería y la partería en el mundo. Estos elementos que estoy señalando, ni el Ministerio de la Protección Social, en ese momento con el Ministerio de Salud, ni los conoce ni los ponen en práctica.

Voy a dar una revisión muy rápida de algunas condiciones de riesgo que lógicamente involucran a todos los trabajadores del sector salud, en particular a los asistenciales, pero me voy a centrar en el trabajo hospitalario, que es donde se concentra el mayor número de profesionales de enfermería. Allí sin desconocer el sector de la academia, tiene factores de desgaste particulares de la docencia, que la gente que está en el área comunitaria también los tiene. Bien lo dijo uno de los compañeros que me antecedió, el hospital es una fábrica. Es un sitio de trabajo supremamente complejo, supremamente estresante, pero además con todos los riesgos que encontraríamos en cualquier otro sitio de trabajo.

Aquí tenemos por ejemplo el tema de los factores psicosociales, nosotros desde nuestra organización consideramos que estos son la mayor carga que tiene el personal de enfermería. Allí está el apremio, toda esta carga mental de nuestro trabajo, la complejidad, la rapidez, la atención, la minuciosidad y la dificultad de los trabajos de precisión.

Algunos elementos propios de la condición de la profesión, la condición de género, la edad, las aptitudes, las actitudes, los valores, la cultura, los factores y también de contexto extra laboral. No entendemos cómo a veces unas colegas nuestras igualmente le dicen a la gente que el problema de su casa, extra-laboral, lo debe dejar en la puerta del hospital y estas mujeres, enfermeras en su mayoría, mujeres cabezas de familia tienen que entrar y sumar toda su carga extra-laboral al trabajo que realizan diariamente.

Aquí están, todo esto que han venido ustedes señalando, el tipo de vinculación laboral, el salario, la vivienda, el acceso a la recreación. Uno no entiende una colega que trabaje en tres sitios, ¿a qué

horas se recrea, a qué horas comparte con su familia?; acceso a los servicios de salud, vamos a ver más adelante cómo es la cobertura en seguridad social para nuestras colegas; ¿cómo es su relación familiar?, inclusive ¿cómo es su situación nutricional?, tenemos todo el tema de los riesgos biológicos, donde el personal asistencial tiene elementos muy relacionados con accidentes de trabajo que ustedes conocen tan bien como yo. Algunos factores ergonómicos, y quiero recordar a un profesor que tuve en el posgrado de salud ocupacional, un profesor del centro de ergonomía de Paris, ellos hicieron un estudio sobre el trabajo de enfermería y encontraron que el personal de enfermería, en una jornada laboral, recorre kilómetros, ¡kilómetros! Compañeras y compañeros, kilómetros porque los hospitales no se hicieron nunca pensando en estas personas que están 24 horas en un hospital y son absolutamente no funcionales. Ellas tienen que bajar 5, 10 veces a la farmacia que queda en un piso diferente. No fueron pensados los hospitales ni en la funcionalidad del trabajo de enfermería y mucho menos en las condiciones de bienestar. No existen en los hospitales, inclusive modernos, un sitio para que enfermería haga la pausa de sus 12 o 24 o tantas horas de trabajo. Se le dice, cuando nosotros reclamamos este derecho: “ahí hay una silla, siéntese un ratito”, entonces hay una gran discriminación en este tema.

El tema de las posturas y de los movimientos es interesante de ver. El tema de la sobrecarga tiene que ver mucho con este tema de no funcionalidad en el trabajo y aquí hay un elemento importante, los efectos teratogénicos de las trabajadoras de enfermería. Ellas están expuestas a toda una condición de riesgo que se ha demostrado tiene efectos sobre el feto. Allí muchas veces ni siquiera las mismas colegas saben a qué se están exponiendo y sobre todo a sus hijos y futuras generaciones. Los factores de riesgo de seguridad, como ya hablaba anteriormente, lo ergonómico tiene que ver con la seguridad. No es funcional el trabajo que hacemos y en consecuencia la posibilidad de accidentarse es muy grande. Los factores de riesgo eléctrico; uno encuentra a las colegas cogiendo cablecitos, metiéndolos en la tomacorriente, porque los de mantenimiento no llegan.

O sea, la improvisación en este tema es muy grande y sobre, como no tenemos sitios adecuados para hacer las pausas en el trabajo, nos toca calentar el cafecito ahí mismo donde hacen los procedimientos de enfermería. Esa es la condición que también nos puede someter a riesgos, riesgos de incendio y explosión. Los equipos e instrumentos que manejamos son inseguros. Nos toca mirar el tema de transporte de pacientes, donde se hace de la forma más rudimentaria posible; hospitales donde tienen que subir pacientes a un segundo piso por escaleras, sin rampas, con instrumentos de trabajo.

Nosotros como organización gremial formamos parte del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que tiene su sede en Ginebra, Suiza. En la actualidad representa a 134 asociaciones nacionales de enfermeras del mundo y 13 millones de enfermeras. Este organismo ha estado muy preocupado por los temas de la seguridad en el trabajo, pero especialmente por el tema de violencia que se ha declarado como riesgo ocupacional. Hay muchas personas que han estudiado este tema y se entiende que cualquier persona que trabaje en un hospital puede ser sometido a violencia, pero especialmente enfermería por sus características de género, porque enfermería tiene que enfrentar las perversidades del modelo de salud. Es enfermería el que tiene que negar servicios, es enfermería el que tiene que ponerle el pecho, como decimos aquí, a las falencias y a las exclusiones de nuestro sistema de salud y es la persona más expuesta a agresiones de tipo físico, verbal, pero además no hay en el hospital una sola entidad que se preocupe por proteger este ejercicio profesional de todas nuestras compañeras del equipo de enfermería. Tenemos muchos casos, que si tuviéramos tiempo... este tema lo manejamos, yo, precisamente hace dos años en Argentina. Existe una red entre las muchas redes de enfermería que hay y se comentó de un médico que le pegó a una enfermera y le pegó con un elemento de trabajo, porque lo llamó y lo fue a despertar porque había un paciente. O sea, lo más grave, nos estamos agrediendo dentro de nosotros mismos. El hospital no expresó ninguna posición frente a esto. Fue esta red de comunicaciones la que obligó al hospital a hacer una investigación

y a pedir una sanción ejemplarizante para este compañero de trabajo.

Entonces hoy el CIE, a través de todas sus organizaciones a nivel mundial, le está diciendo a los hospitales, a las instituciones, pero en particular a las colegas que somos mujeres, que no traslademos las condiciones de violencia familiar al sitio de trabajo. Hemos sido tolerantes con la violencia en nuestras familias y trasladamos esa tolerancia a nuestros sitios de trabajo. El mensaje del Consejo Internacional de Enfermeras es cero tolerancia a la violencia contra el personal de enfermería o contra cualquier persona.

Quiero compartir con ustedes algunos datos que maneja nuestra organización en la medida que nosotros hacemos el registro profesional de enfermería, una actividad delegada a través de nuestra red de enfermería. Este es el grupo de personas, 62% de las enfermeras egresadas de este país las tenemos registradas. En consecuencia, tenemos ese tipo de información. ¿Qué hemos encontrado? y quiero advertir este es un estudio que se va haciendo a lo largo del tiempo, en la medida que la gente se registra, pero estos datos los hemos comparado con los datos que tiene la oficina de talento humano en el Ministerio de la Protección Social y son idénticos. No hay desconocimiento en nuestras entidades gubernamentales de este tema. Tenemos una situación absolutamente alarmante. Estas personas que van a registrarse nos reportan el 37% de desempleo, compañeras y compañeros, 37% en un país que no tiene cobertura universal de la salud y sobre todo frente a un mundo que declara que tenemos escasez mundial de enfermeras. Hay miles de personas interesadas, el Banco Mundial, todo mundo mirando cómo las enfermeras quieren entrar a estudiar enfermería, pero sobre todo persisten en sus puestos de trabajo. Si nosotros no controlamos estas condiciones perversas de vinculación, estos ambientes desfavorables para su ejercicio profesional, tendremos cada día menos el personal de enfermería que el mundo requiere. Y este país se da el lujo de tener el 37% de sus profesionales de enfermería desempleadas.

Pero además ¿cómo ha evolucionado el tema de la vinculación laboral? Hoy tenemos la mitad de nuestras colegas que tienen em-

pleo, las tenemos en modalidad flexible. La situación coincide con los datos que nos da nuestra compañera Amparo Lozada de Díaz, pero además ¿cómo es la cobertura de la seguridad social? Cuando la persona se va a inscribir preguntamos, y quiero que se den cuenta, que sólo el 76% tiene una cobertura en riesgos profesionales. Significa que además de tener unas condiciones adversas, el tema de los riesgos profesionales en cuanto al aseguramiento no es tenido en cuenta en el 100%, por lo mismo que hemos hablado; hay tercerización y en la medida que sea tercerizado un seguro como es el de la ARP, que es un seguro que debe ser cubierto por el empleador, cuando no tenemos empleador, le toca a la persona cubrir toda su seguridad social, inclusive el tema de los riesgos de trabajo ¿Qué pasó con el salario?, Yo quiero contarles que nosotros hemos participado con todo lo que ha hecho el movimiento sindical por la defensa del salario. Nosotros hace 10 años logramos un acuerdo con el Ministerio de Salud en esa época, que un profesional de la salud no ganara menos de un millón de pesos, hoy tenemos que el 22% de nuestras colegas que trabajan devengan menos de un millón de pesos. Además miramos otras variables como es el tema de las personas a cargo, porque si yo recibo menos de un millón de pesos y tengo muchas personas a cargo, pues miraremos que esa persona tendrá que necesariamente ir a buscar otro empleo. Vivienda propia no tiene todavía el 39% de las personas que se registran. Cabezas de hogar son el 28% de nuestras colegas. Muy parecido a lo que pasa en el país con todo este tema de la violencia.

Llama la atención este tema y lo decían esta mañana los compañeros, ¿qué tanto, en ese entorno tan desfavorable para ejercer la profesión, se organiza la gente? Hoy a partir de toda la reestructuración, la gente se retiró de los sindicatos y hoy tenemos solamente el 5% de nuestros profesionales asociados, con una gran invitación de las políticas de gobierno a que nos volvamos más bien empleadores, empresarios exitosos. Se nos invita por los medios de comunicación que seamos individualistas. Una serie de invitaciones que se nos hacen a lo individual, no a lo colectivo y por otro lado toda la campaña de estigmatización de los sindicalistas colombianos, esto ha golpea-

do y nos ha golpeado especialmente a estas organizaciones que han persistido por muchos años.

Veamos algunos elementos del impacto de estas reformas en la profesión de enfermería. Teníamos una ley que es desconocida en muchas ocasiones. Hemos perdido autonomía profesional y la unidad de acción porque fueron, en este país, eliminados los Departamentos de Enfermería que gestionaban el cuidado de enfermería. Hay un cambio del rol asistencial por el del trabajo administrativo. Nosotros nos formamos para cuidar enfermos, para cuidar pacientes, para cuidar la vida de la gente sana también y hoy hemos sido desplazadas a facturar, a hacer una cantidad de cosas que no son el objeto de nuestra profesión. Está la ausencia de un escalafón profesional que permita el desarrollo y el avance de la profesión. Sobre el cambio de competencias profesionales por las competencias laborales, hay una tendencia liderada por el SENA en este país para que las universidades nos formen para producir, para el mercado, no para el desarrollo de sistemas de salud adecuados para la población. Desconocimiento del convenio, ya lo mencioné, de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud y uno de los problemas que nosotros atacamos también es el tema de migraciones.

Finalmente, nosotros no nos resignamos a que haya universidades dedicadas a formar enfermeras bilingües para que se vayan a trabajar a otro país. Nos parece que no tiene justificación que un país como el nuestro, con tantas dificultades económicas, se ponga a resolverles los problemas a países desarrollados que deben tener presupuestos propios para formar sus propias profesionales de enfermería. No podemos nosotros acompañar a aquellas personas que se dedican a promocionar negocios de llevarse la gente para trabajar en qué condiciones, nosotros no sabemos. No será en las mejores condiciones, nosotros creemos que no es posible porque se van a llevar también a otros países mano de obra barata.

Muchas gracias.

Precarización de las condiciones de trabajo del sector hospitalario⁴¹

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ⁴²

A nombre de la Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas – ANTHOC, un saludo muy cordial a los organizadores del Foro y a todos los que nos acompañan acá. Nuestra organización sindical lleva 36 años funcionando con 36.800 trabajadores en el año 2000 y hoy con 14.000 por la inclemencia de este gobierno que quiere acabar con las organizaciones sindicales en este país, porque ser sindicalista en Colombia es ser criminal, ser guerrillero y algo más.

Como quieran, nos han cerrado más de 80 hospitales y han sacado miles de trabajadores y trabajadoras a la calle, nosotros seguimos haciendo lo que llamamos resistencia civil, porque allí tenemos que tener la voz de los que no tienen voz, allí los compañeros contratistas y compañeras contratistas, especialmente las trabajadoras de salud son gravemente atropelladas en sus condiciones de trabajo, en sus condiciones de vida y en sus condiciones humanas.

41 Transcripción de la conferencia realizada el 20 de octubre del 2009.

42 Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia. ANTHOC

Las compañeras que están en cooperativa llevan 18 y hasta 24 horas continuas en una sala de cirugía y para tener el dichoso tiempo del almuerzo, como ellos dicen, tienen que encerrarse a un baño a tomar el almuerzo. Esto es lo que nosotros estamos viviendo actualmente. Yo tengo que pasearme por todo el país, porque nosotros estamos desde el Amazonas hasta La Guajira, en 26 de los 32 departamentos está nuestra organización sindical, pero todos los días recibimos las quejas de nuestros compañeros, y muy tristemente también aquí en el centro en Bogotá, donde las compañeras del hospital de Engativá, que llevaban sin salario varios meses, se atreven a llegar a la puerta del Hospital a preguntar cuándo les van a pagar su salario porque al otro día no tenían para el Transmilenio, y la sorpresa es que les dijeron: ¡para la calle!, y no fue la señora de la cooperativa, sino la Gerente del Hospital. Por cosas de un paciente que teníamos ahí en este hospital nos pudimos dar cuenta la forma humillante y agresiva en que se dirigía a estas pobres mujeres, auxiliares en enfermería y licenciadas en enfermería, evidenciada bajo esta frase: “Pues si no tienen, busquen otro trabajo, pero nosotros ahorita no les podemos cancelar salarios”.

Eso también es acoso laboral, eso también daña la vida de las personas porque no tienen la comida diaria, la comida para mandar el hijo a la escuela como lo manifestaban las compañeras, por eso es lamentable que hoy no estén aquí los congresistas que buscan siempre a los trabajadores de la salud en el tiempo de elecciones. Es muy triste que se presente un proyecto de ley de Salud y no hayan sido capaces de sacarlo los congresistas. Es lamentable que aquí en un hospital de Bogotá también una trabajadora terapeuta con tres meses de embarazo se le obligue a trabajar en una sala donde se encuentran los pacientes con Tuberculosis (TBC), dificultad que logramos sortear, avisamos y comunicamos en la Secretaría Distrital para dar el informe, pero me dejaron más de media hora esperando, situación que no podía hacer porque teníamos otra reunión en el Hospital Simón Bolívar por situaciones similares. Si esto sucede aquí en Bogotá, qué se espera en San José del Guaviare donde la semana pasada se reunieron 3500 desplazados porque no les dan una pasta, porque la

persona que asiste allí, el médico, lo único que les da es una fórmula para que ellos se curen. Entonces nosotros, no solamente tenemos que proteger nuestra vida y nuestra salud sino proteger la salud de nuestro pueblo colombiano.

Los indígenas están en unas condiciones infrahumanas, no tienen derecho a la atención médica. Les dicen que los van a pasar al carné del Caprecom dizque para que los puedan atender tanto a los desplazados como a los indígenas. Pero aún más grave cuando les dicen que la plática de los pobres va a pasar a que las administren las EPS para que sigan llenando sus arcas de dinero como lo vienen haciendo los dueños de las cooperativas, a costa del sacrificio de las enfermeras y de los médicos, porque los médicos también son explotados; allí donde los ponen a trabajar 48 horas continuas y sólo les pagan por las horas que trabajan. El médico que presta la salud aquí en Colombia no tiene derecho a enfermarse, si se enfermó el médico y le dieron la incapacidad, ese tiempo es descontado. Lo mismo pasa con el personal de cooperativas que tenga incapacidad, el tiempo se lo descuentan.

Nosotros hemos venido haciendo una tarea frente a estas trabajadoras que no tienen voz, porque volvemos y replicamos el caso de este Hospital aquí en Bogotá, que por el hecho de haber reclamado sus prestaciones, su salario, fueron despedidas 40 compañeras. Ahí tenemos demandas laborales y vamos a continuar con ellos y es lamentable también que teniendo un gobierno alternativo aquí en la capital de la República, tengamos los hospitales como los tenemos, lo lamentamos mucho porque nosotros contribuimos a que se buscara un gobierno alternativo para Bogotá y no hemos obtenido una respuesta. No podemos decirnos cosas muy bonitas porque no es cierto. No es cierto. Y nosotros no apoyamos las cooperativas y por eso colocamos una demanda al Decreto Ley 2400, al 3770, artículo 3770.

Ahora a finales del mes de septiembre, sale la sentencia C614, donde ahora sí el gobierno nacional está preocupado, porque nosotros como sea vamos a orientar y estamos orientando a los trabajadores de cooperativa, que coloquen su demanda porque llevan 5 y 10 años

prestándole el servicio a una institución hospitalaria, y son usurpados por las cooperativas, violando la Ley 909, que se dice, que estos cargos que son permanentes los ocupan personas que estén en carrera administrativa. El mismo gobierno está violando la ley y eso se lo hicimos conocer este viernes al Viceministro de la Protección Social. Este estamento dice que también había hecho el cálculo de cuánto le podían costar esas demandas al país y solamente en el sector salud sería 2 billones y medio que le costaría al país. La propuesta es que se nombre este personal de planta con un salario de enganche, que tenga una estabilidad laboral, para que acabemos de una vez con esta incertidumbre que va a llegar al 30 de octubre y esta gente de cooperativas se quede sin trabajo, ¿qué va a pasar con sus familias? tenemos muchas compañeras con enfermedades mentales, porque cuando la mamá no tiene para llevarle la comida al hijo es posible que pierda la cabeza porque su hijo no puede aguantar hambre. No es fácil porque en salud el 99% que presta servicios de salud somos mujeres. Yo llevo 36 años trabajando con el Hospital de Sogamoso, un hospital que es una vergüenza para el gobierno, tener trabajadores que duran 3 años sin salario y donde fue necesario hacer unos bazares para que hoy este hospital esté abierto y así con otros hospitales del país, eso es una vergüenza para este gobierno, sin embargo, ellos elogian unas bases militares.

Nosotros reclamamos por los que no pueden reclamar, somos el sindicato que más muertos y más desplazados ha puesto en este país. En el departamento del Meta, donde hace apenas hace un mes salió una compañera a prestar el servicio de salud y la llamaron para que fuera a vacunar a una vereda y el mismo gobierno le echó la mano y la tiene presa aquí en Bogotá. Aquí está la compañera en el Buen Pastor, que dizque porque llevaba las vacunas a los guerrilleros o a los paramilitares, entonces, esto es lo que nosotros hacemos en Colombia prestando un servicio de salud.

Ahora vemos en Arauca como el mismo Estado asesinó a los compañeros dirigentes sindicales dizque en combate, cómo será el combate de estos médicos y estas enfermeras que murieron allí, con unas jeringas y unos medicamentos. Este es el combate que

maneja este gobierno. Por eso nosotros no podemos hablar de que aquí existe salud ocupacional, eso es falso, es mentira. Existen unos instrumentos, pero no existe la salud ocupacional o ¿qué pensarían las compañeras que llevan seis meses esperando un examen? hasta se les ha dañado la columna y están en silla de ruedas, ¿se puede entender esto?, o qué pasa cuando las EPS se toman la molestia de calificar la enfermedad profesional y decir que hasta que no la vean en la silla de ruedas no pueden revisarla y saber lo que le pasa, o sea que hasta tanto no se esté muriendo la persona no se le va a hacer la valoración en salud ocupacional.

Creemos que la contratación de cooperativas no es la mejor calidad de vida. El servicio por horas ya ha hecho daño a nuestra comunidad y daño a nuestros profesionales de la salud, porque existen médicos que tienen que trabajar 48 horas en una institución por 4 días, empiezan el día domingo y terminan el miércoles que ya no ven, ¿cómo será una cirugía de un médico el último día? o cómo será una anestesia o ¿cómo estará la auxiliar que está atendiendo al paciente en la cirugía pasándole la pinza al médico para atender al paciente? Dormida, con hambre, ¿se prestará un buen servicio de salud? no, no.

Y por esto queremos que todos los gobiernos lo sepan, si ustedes escucharon en la Organización Mundial de la Salud, el presidente, el señor Álvaro Uribe dijo que la mejor salud se prestaba en Colombia, pero lo que pasa es que él a los Consejos Comunales invita a las personas que en su gobierno nombró, con el fin que le digan cómo funciona el hospital X, o cómo nos tocó esta semana en San José del Guaviare decirle a una médica: “por favor renuncie” y no acabe con la salud de nuestro pueblo en el Guaviare.

O como en el departamento del Amazonas, señoras que demuestran un nivel de pobreza muy grande, sin embargo, este gobierno ni siquiera ha pensado en cómo se maneja el costo social, el costo social se lo cargó a los trabajadores de la salud, por eso ellos no quieren mencionar lo que han dicho los secretarios de salud en esta semana, el Estado, el gobierno, el Presidente Álvaro Uribe y el Ministro de Salud quebraron los hospitales del país y están acabando con la

salud, esto también es un genocidio y que esto lo hemos denunciado a nivel internacional.

Por último los invito al II congreso Nacional por la Salud que se celebrará los días 12, 13 y 14 en la sede Central cerca al Simón Bolívar en Usaquéen, donde vamos a buscar un equipo de trabajo. Entonces allí estaremos todos y los vamos a invitar a que construyamos una central de trabajadores de la salud, donde estemos todos, donde no tengamos distingos de clase, porque es que el hambre, la miseria y el desempleo, no tienen color político.

Muchas Gracias.

Listado de autores

ARMANDO DE NEGRI FILHO. Epidemiólogo de Porto Alegre, Brasil. Profesor colaborador universitario y Consultor Internacional. E-mail: armandodenegri@yahoo.com

BEATRIZ CARVALLO SUÁREZ. Magíster en Salud Pública y Especialista en Salud Ocupacional CEADS. Vicepresidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. E-mail: anecnal@andinet.com

CAMILO CAMACHO ESCAMILLA Estudiante de pregrado carrera de Ciencia Política, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: camilocamaes@gmail.com

CARLOS ANÍBAL RODRÍGUEZ. Ministro De Trabajo Y Seguridad Social De La Provincia De Santa Fe, Argentina. Médico, especializado en medicina del trabajo. Es experto en salud y seguridad en el trabajo de la OIT y OPS. E-mail: carlosanibalr@gmail.com

CARMEN EVELIA PICO MERCHÁN. Especialista en salud ocupacional y administración de servicios de enfermería. Coordinadora de Educación y fortalecimiento de la Escuela Nacional Sindical, Medellín, Colombia. E-mail: direduccion@ens.org.co

ESTELA OSPINA SALINAS. Coordinadora de Salud y Medio Ambiente, Instituto Laboral Andino. E-mail: estela.ospina@gmail.com

FERNANDO TOMASINA. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica de Uruguay. Director del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina. E-mail: ftomasina@msp.gub.uy

GLORIA MARLÉN BRAVO GUAQUETA. Directora de Desarrollo de Talento Humano, Secretaria Distrital de Salud. gmbravo@saludcapital.gov.co

IVÁN TORO. Confederación de Trabajadores de Colombia, CTC. Email: ivantorol@hotmail.com

JUAN CARLOS GARCÍA UBAQUE. Médico, Especialista en Salud Ocupacional Magíster Salud Pública y candidato a Doctor en Salud Pública. Área de desempeño: Medicina del trabajo, Epidemiología. E- Mail: jcgarciau@unal.edu.co

LUZ GABRIELA ARANGO GAVIRIA. Socióloga, Doctora en Sociología, Magister en Sociología, Profesora Asociada de la Facultad de Sociología de la Universidad Nacional de Colombia y Miembro de la Escuela de Género. Investigadora del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. E- mail: lgarangog@unal.edu.co

MARIA AMPARO LOZADA DE DÍAZ. Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional. Magíster en Salud Ocupacional, Área de desempeño. Epidemiología, Toxicología ocupacional. E- mail: malozadad@unal.edu.co

MARÍA ANGÉLICA VERA MARTÍNEZ. Abogada. Coordinadora del Centro Guía de Migraciones del Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo –ISCOD Colombia-. Email: avera@iscodcolombia.org

MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ. Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas - ANTHOC

MÓNICA ESPINOSA ARANA. Fisioterapeuta. Especialista en Cuidado Crítico. Candidata a Magister en Salud Pública, Universidad del Valle 2009. Email: espinosamonica@yahoo.com

OSCAR FEO ISTÚRIZ. Médico, Especialista en Salud Pública y salud de los trabajadores. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud. E- mail: oscarfeo@conhu.org.pe

STEFANNY LÓPEZ TRIANA. Estudiante de pregrado carrera de Ciencia Política, Universidad Nacional de Colombia. E-Mail: Stefannylopeztriana@gmail.com

VIVIAN NAYIBE CASTRO ROMERO. Socióloga. Magister en Estudios de Género. Universidad Nacional de Colombia. Subsecretaría de Mujer, Género y Diversidad Sexual. Secretaría Distrital de Planeación. E-mail: vivimar17@yahoo.com