



## **Un Mayor Bienestar para Santa Fe y un Mejor Estado para Todos Hacia la Construcción de la Agenda Progresista**

### **Fundamentos para una Sociedad de Bienestar**

#### **1. INTRODUCCIÓN Y ALGUNAS CUESTIONES EN CUANTO A LA SALUD**

En primer lugar debiéramos ponernos de acuerdo en que significa el vocablo "bienestar". La aplicación del término en la definición de salud, por ejemplo, ha sido criticada por la subjetividad que implica. Sin embargo como el término resulta de utilidad cuando hablamos de "sociedad de bienestar" digamos que: *el bienestar es: aquella situación en la que se está cuando se satisfacen las necesidades y cuando se prevé que han de seguir siendo satisfechas en el futuro.*

La pregunta central sería:

**¿Cuántas y cuales son estas necesidades?...** seguramente esto formará parte de las deliberaciones de esta tarde y nuestras presentaciones introductorias tendrán a subrayar algunas de ellas. En mi caso me referiré a los aspectos que hacen a la salud, el trabajo y también el nexo entre ambos.

Comenzaremos diciendo que el bienestar no es algo que tenga que ver con la naturaleza sino con la Justicia. Pero también admitamos que si nacemos iguales, las desigualdades contrarían a la naturaleza. El estudio de las desigualdades parece entonces indispensable para que se conozcan algunos de los temas que es necesario tener en cuenta a la hora de configurar nuestra idea de una "sociedad de bienestar".

Si bien la consideración de las inequidades y su influencia en la salud y el trabajo va a ser el aspecto central de mi presentación quisiera antes hacer algunos comentarios generales respecto del estado de bienestar y también respecto a la salud.

Los límites del Estado de Bienestar desde una concepción tradicional, son muy cambiantes. Hoy día 140 países cuentan con algún tipo de seguridad social. El más común es el que se ocupa de los accidentes de trabajo así como el de las pensiones para ancianos. El menos común es el que se ocupa del desempleo



En general se ha identificado el estado de bienestar con la protección de la seguridad social. Si bien esto configura un aspecto básico en la mañana de hoy veremos que no tenemos una idea del estado de bienestar solo ceñida a este punto.

El análisis acerca del estado de bienestar se plantea hoy problemas nuevos que no aparecían cuando se desarrolló esta concepción. Dentro de los problemas nuevos nos encontramos con el desempleo, un brutal cambio en el mercado de trabajo y la aparición de nuevas formas de pobreza y exclusión social. De esto hablaremos mas adelante.

Consideremos ahora algunos aspectos que hacen a la salud.

La salud a pasado a ser uno de los escenarios complejos en cuanto hace a su relación con el desarrollo científico técnico, iniciándose lo que algunos llaman la era de la "medicina tecnomercantil". Todos conocemos la evolución que han tenido los procedimientos diagnósticos y también los terapéuticos. A poco que reflexionemos sabemos del complejo médico-industrial que convierte los nuevos conocimientos en tecnologías capaces de ser utilizadas en la población.

Seguramente todos valoramos los avances pero también advertimos la enorme brecha que existe entre el desarrollo de estos métodos, técnicas y procedimientos y el acceso de la mayor parte de la población a ellos.

Su costo, hace que en la práctica esos métodos no sean accesibles para las grandes mayorías de la población. Esto no es óbice para que las grandes empresas obtengan enormes ganancias. Por ejemplo, Jhonson y Jhonson -una de las empresas más grandes del mundo- declaraba ganancias netas superiores al billón de US\$ en el primer trimestre del 98, y muchas empresas del complejo médico industrial forman parte de las cien empresas más importantes del mundo.

La tecnología medica, pese a su efectividad media presenta una productividad marginal decreciente. Si uno desea medir el impacto de su uso debe comparar los beneficios adicionales en términos de cantidad y calidad de vida y costes adicionales que supone. El mercado no debe ser quien tome la decisión. El estado, las normas clínicas y porque no una sociedad participativa deben tomar cartas en el tema.



Entre otras respuestas hoy día, aunque aun con tibieza, se está promoviendo lo que se conoce como **Medicina basada en la evidencia** la cual da una particular atención a la efectividad en la orientación del usuario. Esto con adecuados estímulos para la formación clínica seguramente bajarían unas tasas de uso de procedimientos que no condicen con la verdadera necesidad y que son generadas por la oferta y por una sesgada educación médica.

Veamos otro tema, en materia de salud, que tiene una tiste actualidad y llama a la preocupación de todos. En el mundo hay cerca de 40 millones de personas portadoras del virus del SIDA, con un alarmante crecimiento anual de más de 5 millones de casos. Según estudios de la Universidad de Harvard el costo anual de tratamiento para un seropositivo es alrededor de 15.000 dólares, sin embargo el costo real del tratamiento podría estar en apenas 1.000. El resto es lucro, ganancia que a costa de la salud hacen las grandes corporaciones transnacionales de la enfermedad.

Aun a principios los años 90, fue discutido que los efectos del SIDA sobre la economía laboral eran marginales, en el entendimiento en que era grande el exceso de trabajo. El economista Mead Over, enfatizo, por ejemplo, de que si el único efecto de la epidemia de SIDA era reducir la tasa de crecimiento poblacional, se incrementaría el crecimiento per cápita en cualquier modelo económico plausible.

El caso del SIDA resulta de utilidad para explorar que pasa con la salud desde la investigación. A poco que estudiemos el tema veremos que ella está mucho mas orientada a los tratamientos que al desarrollo de potenciales vacunas. Sería lo mismo decir que está más dirigida a que la gente viva más tiempo, naturalmente consumiendo medicación, que a eliminar la enfermedad. Esto tiene que ver con un hecho hoy dominante en el escenario de la investigación: **su privatización**. Vale aquí volver a recrear el papel del estado en la investigación con alianzas estratégicas entre el estrato asistencial y el científico.

Un tema que no puede dejar de considerarse es el de los medicamentos. Rosario ha mostrado como enfrentarlo seguramente habrá oportunidad de ampliar la experiencia. Veamos este tema en el contexto de nuestro país donde alrededor del 7% u 8% de su PBI está destinado a salud, pues 3 puntos

del PBI corresponden al gasto en medicamentos. Es decir que casi el 30% de lo que estamos gastando en salud se va a medicamentos. Esto tiene que ver con las políticas llevadas a cabo desde el Estado. A partir del momento en que se desreguló el precio del medicamento en forma total en la década de los noventa, asistimos a que el mercado pasara de unos tres mil quinientos millones de dólares al año a casi seis mil millones en muy poco tiempo.

Otro punto a considerar en materia de salud es que el gasto directo en las personas es creciente mientras que se reduce el gasto socializado. El gasto en salud viene creciendo en las familias pobres en Argentina, principalmente con motivo del gasto de bolsillo en medicamentos, porque son las que tienen menor cobertura.

Como se ha anticipado la formación médica no es ajena a los temas a los que venimos refiriendo y en muchos casos está malamente adaptada a esta tendencia del complejo médico industrial. La orientación de los estudios de las ciencias de la salud a la atención primaria es una excepción. Digamos en este sentido que un excelente ejemplo es el que brinda la Facultad de Medicina de la Universidad de Rosario.

Pasemos ahora a nuestro tema central.

## **2. DESIGUALDADES QUE CONFIGURAN INEQUIDADES**

Volvamos ahora a la cuestión de las desigualdades que enunciamos como centro de esta presentación.

Cuando se estudia la relación entre las enfermedades y la desigualdad dentro de los distintos países, un hecho evidente es que la desigualdad, la explotación y la opresión concurren para producir o agravar las enfermedades.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud señaló que determinantes importantes del mejor estado de salud estaban fuera del sistema de salud, dado que ellos incluyen una buena educación, un medio ambiente limpio y seguro y sustanciales reducciones de la pobreza.

Toda la evidencia científica demuestra que el mejor estado de salud se da entre aquellos que ganan más, conocen más y tienen mas poder. Las desigualdades en salud, de las cuales la esperanza de vida es una, entre países



y al interno de los países, si bien se vinculan estrechamente con las diferencias económicas, tienen que ver también con la justicia social, de allí la necesidad y posibilidad de corrección.

Teniendo en cuenta esto es básico que analicemos como se distribuye la riqueza o la pobreza.

Stiglitz dice que el propósito de la actividad económica es acrecentar el bienestar de los individuos y las estructuras económicas que sirven a este fin son más dignas de estima que los que no lo favorecen. Sin embargo veamos algunos datos de la realidad.

Para 1999, 51 de las 100 economías más grandes del mundo fueron corporaciones multinacionales y no países.

Se estima que 27 millones de trabajadores trabajan en zonas de "libre comercio" o involucrados en procesos de exportación (maquilas por ejemplo) en zonas del mundo donde están frecuentemente excluidos de formas de regulación de salarios, horas de trabajo y condiciones de trabajo.

Conforme con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo los tres individuos más ricos del mundo tienen los ingresos de los 48 países más pobres.

Si sumamos los ingresos de las 200 personas más ricas son mayores que los ingresos de las 2.5 billones de personas más pobres del mundo.

*840 millones de personas en el planeta están desnutridos; 1,3 billones no tienen acceso a agua potable y 11.000 niños fallecen cada día por inanición.*

La globalización de la economía corresponde hoy a la acumulación de riqueza y poder en pocas manos y al predominio de las finanzas internacionales sobre cualquier otro interés. Estamos así frente a un capitalismo nuevo que posibilita que en el mercado de divisas se cambien cada día 2 billones y medio de dólares, es decir que cada día se cambia el equivalente a 3 veces el producto bruto de España.



La producción está globalizada pero vemos que lo más llamativo es el incremento de la especulación y la desaceleración del crecimiento.

Ante esto, y para disminuir los flujos especulativos, James Tobin premio Nóbel de 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 esos fondos para el desarrollo (Noam Chomsky 2001). La propuesta fue considerada inviable, por los economistas neo liberales, por considerarla estatista. 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.

En el meollo de esta economía globalizada está, además, el endeudamiento financiero. Es bien conocido que los países del tercer mundo están en crisis por la caída de sus exportaciones y el aumento de las tasas de interés sobre antiguos y nuevos créditos.

Competitividad y Flexibilidad son las nuevas musas en esta economía. Es difícil encontrar negociación colectiva en un mundo donde estos dos conceptos no estén en el eje de las discusiones. Estas musas estimulan el desarrollo y adquisición de nuevas máquinas, nuevas tecnologías duras y blandas, la flexibilidad en el contrato de trabajo. No plantean, en cambio, nuevos desarrollos para los trabajadores y sus organizaciones sindicales. Por el contrario, las estrategias se dirigen a desarticular las relaciones existentes. Por eso la competitividad exige la limitación de la negociación colectiva y los derechos laborales y sindicales, dado que el objetivo es hacer prevalecer la pertenencia del trabajador a la empresa (y no a la organización gremial). Tienen la mira de sus armas dirigida a establecer el contrato individual de trabajo.

La hegemonía se consolida en el retroceso de la participación de los trabajadores en el ingreso nacional. Así por ejemplo en 1978, los cuatro países más industrializados de Europa (Alemania, Francia, Italia e Inglaterra) distribuían entre los trabajadores una media del 60% del ingreso nacional: este porcentaje ha retrocedido en el 2000 al 45%.

Este retroceso es justificado por la “falta de competitividad”, pero al mismo tiempo las empresas multinacionales buscan en los países del tercer mundo trabajadores que acepten salarios bajos y empleos precarizados, con lo que logran ganancias extraordinarias.

El crecimiento importante de las inequidades se halla en la brutal transferencia de ingresos (de los salarios hacia la utilidad y la renta) y al crecimiento de la brecha entre los que ganan más y los que ganan menos. Una consecuencia del crecimiento de las inequidades se visualiza en el crecimiento de la pobreza, aun en ciertos países de la OCDE, encabezando este crecimiento los países líderes del modelo: Estados Unidos e Inglaterra. La situación sin embargo es distinta, en cuanto a la extensión de la pobreza si se confronta la situación entre los modelos socialdemócratas y los sumados al modelo neoliberal.

La pobreza de los niños alcanza a un 25 por ciento de todos los niños de Estados Unidos y a un 18.5% de los ingleses, mientras que es del 2.7% en Finlandia y del 3% en Suecia . Esto es demostrativo de que además de las teorías económicas, la elección política y la fuerza de las organizaciones sociales juegan un rol central.

En el medio de este modelo de globalización, con gobiernos obedientes a los dictámenes y necesidades del modelo neoliberal, se consolidan las desigualdades que comportan inequidades.

## **2.1. Aspectos a considerar**

Haremos un somero examen de las causas y consecuencias de algunas inequidades en cuenta que las situaciones sean técnica, financiera y moralmente evitables.

La injusticia social es uno de los motores de las inequidades. Sin ninguna duda dentro del concepto de injusticia social se hace referencia a la mala distribución de las riquezas y a la consiguiente pobreza. Es oportuno el momento para señalar que el **crecimiento económico** no es la receta para acabar con las inequidades, por lo contrario, cuando este crecimiento se da en forma rápida los grupos marginales se ven privados de los beneficios y aun conforman el grupo de los perdedores, los excluidos.



### 2.1.1. Pobreza

**Actualmente el concepto de pobreza no se limita a la escasez de recursos económicos sino que se amplía a la escasez de oportunidades, la inseguridad, la pérdida de participación en las decisiones que afectan a los individuos y a las poblaciones. Tiene en cuenta el acceso a los beneficios sociales tales como la salud, la educación, la vivienda, un medio ambiente saludable así como a una justicia con elementos éticos sólidos,**

El camino más eficaz para fomentar la equidad pasa por abrir rumbos que permitan que todas las personas tengan las mismas oportunidades de vida. Sin embargo sabemos que en el mundo viven 1.300 billones de personas en extrema pobreza sin recursos para salir de su situación y sin ningún control sobre aquellas decisiones políticas y económicas que determinan el curso de sus vidas.

**Las desigualdades que surgen de injusticias sociales son inequidades.** La pobreza y el mal estado de salud están íntimamente ligados. Los pobres mueren antes y tienen mayores niveles de morbilidad. Las causas para esto son múltiples: malas condiciones de vida incluyendo vivienda y alimentación, mala infraestructura disponible (agua potable, tratamiento de las excretas), pobre o ninguna accesibilidad a servicios sanitarios de calidad.

La pobreza es un determinante de las condiciones de vida y es posible advertir que se establece un círculo vicioso entre malas condiciones de vida y acceso a labores donde predominan las malas condiciones de trabajo. Es que el lugar de nacimiento y crecimiento, el estado socioeconómico de origen, condicionan en gran medida la oportunidad de trabajo. Al respecto cabe señalar que a principio de siglo se verificaron procesos de movilidad social que fueron importantes para el desarrollo de los pueblos. Sin embargo este proceso se ha invertido a través de los fenómenos que fueron determinantes y acompañan al proceso de globalización. La evidencia empírica muestra que aquellos trabajadores que provienen de familias más humildes, con escaso acceso a la educación formal o informal, acceden a los trabajos más duros, penosos, peligrosos y peor pagos. De la misma manera, esto último condiciona la permanencia de los hijos, en las mismas condiciones de vida en que se criaron sus padres. De esta forma se retroalimenta y perpetúa la pobreza.



Un elemento que en muchos de nuestros países se asocia con la pobreza y la calidad de los trabajos es el hecho de desarrollar las tareas en el ámbito rural. En efecto, estudios nacionales demostraron la presencia de más altos niveles de analfabetismo, y de hacinamiento en las viviendas precarias a las que tienen acceso los trabajadores del agro, de déficit en el agua potable provista y de extensión de la jornada laboral así como la incorporación cada vez más temprana al trabajo (trabajo infantil), el trabajo familiar, la remuneración a destajo, etc.

Ante el claro impacto de la pobreza en la salud cabe sin embargo conocer que **no son los países ricos los que tienen más salud sino los más igualitarios**. Japón, que es el país que presenta una mayor esperanza de vida, es al mismo tiempo el que presenta una menor desigualdad en la distribución de la riqueza entre el 20% más rico y el 20% más pobre.

### **2.1.2. El género**

Las cifras que proveía el Banco Mundial en 1995, en su informe sobre el Desarrollo Mundial revelaban que anualmente, no se contabilizan 16 billones de dólares, cifra que representa el valor del trabajo no remunerado de mujeres y hombres y el pago insuficiente de las mujeres. De esos 16 millones, 11 corresponden a la contribución “invisible” de las mujeres. Por otra parte la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha ido aumentando; en algunos países como Finlandia y Suiza, la participación de mujeres y hombres es similar.

Pero también es indispensable conocer que el 79% de los pobres del mundo son mujeres y niñas.

La primera segregación que las mujeres sufren se observa en el empleo, se trata de una segregación tanto horizontal – lo que determina que ciertas profesiones sean femeninas y otras masculinas- como la vertical en donde se ve con claridad que la división de poder guarda estrictamente patrones de género. Los criterios de división del trabajo en base al género responden a las relaciones de poder y a la división de roles en las sociedades. La antropología cultural da cuenta de diferentes estatus atribuidos a la mujer según la



comunidad de que se trate. En los tiempos modernos, la división sexual del trabajo responde más a atavismos culturales provenientes de la civilización judeocristiana, perpetuados según conveniencia.

Las diferentes modalidades económicas que ha tenido el trabajo en la sociedad han conspirado contra la incorporación de la mujer en el trabajo urbano en carácter igualitario con el hombre: la incorporación de la tecnología ha favorecido al hombre en cuanto al diseño de las máquinas, herramientas, etc. que fueron concebidas en función de las características antropométricas de los hombres y, cuando el trabajo se torna un bien escaso, siempre la variable de ajuste ha sido la mujer. Cuando fue necesaria su contribución se contó o cuenta con ellas para cualquier tarea, cuando en cambio hay menor demanda de mano de obra, las primeras en reducir su número en el empleo son también las mujeres. Durante las dos guerras mundiales, en cambio, tanto en Europa como en Estados Unidos, las tareas masculinas fueron cumplidas casi íntegramente por las mujeres.

En general las mujeres sufren muchos problemas de salud vinculados con su trabajo: trabajo repetitivo, instrumentos, herramientas y puestos de trabajo no pensados para su uso, estrés psicosocial debido a distintos elementos, acoso sexual, hostigamiento, demandas incompatibles con el embarazo o la lactancia y la vida familiar, alteraciones reproductivas vinculadas con su trabajo, agotamiento visual por trabajos meticulosos repetitivos.

En oportunidades se ha dispuesto, aun mediante leyes, la proscripción de las mujeres de ciertos trabajos por el daño que podría causar a la trabajadora o a su descendencia. Estas formas de "prevención", constituyen "falsa prevención", dado que son en realidad formas de discriminación en el empleo.

*"Los hechos sugieren que las condiciones de trabajo insalubres y los problemas de salud ocupacional de las mujeres no son en general abordados por los empleadores, sindicatos, investigadores y gestores de políticas, lo que contribuye a aumentar más las inequidades por razón de género en la salud ocupacional"* (Piroska Óslin 2001). En efecto, las políticas en materia de salud y seguridad en el trabajo y las mismas prácticas preventivas se construyen y ponen en práctica desde una posición de "neutralidad" de género, lo cual supone que implícitamente la referencia es el trabajador masculino. Es más, los mismos estándares de salud y los límites de exposición para las sustancias

peligrosas están basados en población masculina. La misma ergonomía, salvo excepciones, hace poco caso del género.

### **2. 1.3. El desempleo y la precariedad en el trabajo**

Todos conocemos las consecuencias del desempleo. Con el un trabajador no solamente pierde el sustento para si y para su familia, pierde también parte de su identidad.

La inseguridad dada por el temor a perder el empleo se encuentra entre las preocupaciones más importantes de los trabajadores, sin embargo las políticas del llamado Consenso de Washington no solo han alentado políticas de crecimiento de la inestabilidad sino que han propugnado la supresión de los mecanismos protectores de la estabilidad en el empleo.

Sin embargo examinemos la contradicción de estas doctrinas dado que cuando el desempleo es muy alto aparece la fractura de la cohesión social, los conflictos y esto es crea un ambiente hostil para las inversiones y la creación de empleo.

Entonces **tener trabajo es una prioridad dentro de la sociedad de bienestar**. Los apóstoles del mercado plantearon que las privatizaciones serian el motor del empleo. Pero veamos un ejemplo que como otros desmiente esto: En Rusia tienen un PBI inferior en una 40% al de hace 10 años y un índice de pobreza que se disparó del 2 al 40% o más. La privatización, que se suponía debía ser la base de la creación de riqueza y de empleo sentó las bases para el vaciamiento de activos y la destrucción de puestos de trabajo.

**Tener trabajo es una prioridad pero no cualquier trabajo**. Sin embargo casi sin dudas podría decirse que el deterioro de la calidad en el empleo que soporta gran parte de la población trabajadora conforma una de las desigualdades mas extendidas. Esta precariedad abarca desde el trabajo en el sector informal hasta distintos tipos de "empleo basura".

### **2.1.4. El trabajo ilegal y el sector informal**



Del trabajo ilegal o trabajo negro creo que todos conocemos bastante y no dudo que su existencia contraría cualquier modalidad de sociedad de bienestar en la que se piense. Por ello el combate frontal contra el trabajo en negro debe estar en el centro de cualquier política dedicada a mejorar el empleo, es decir a promover un trabajo decente.

En cuanto al el sector informal, digamos primeramente que ni siquiera hay acuerdo entre los científicos sociales en su nombre. Hay posiciones que consideran que hay dos sectores de la economía uno moderno y otro atrasado: este último sería el informal. Esta posición considera al sector informal como resultado de una sobreoferta de trabajo respecto de los puestos "mejores" que se crean en el sector moderno funcionando como reservorio anticíclico. Contrariamente se cuenta con estudios que muestran que estas formas atrasadas de producción no simplemente sobreviven sino que con frecuencia son preservadas y creadas deliberadamente. Es por ello que hay posiciones que describen al sector informal como subordinado al sector moderno y lo definen como: *"El conjunto de las unidades productivas que tienen muy bajas relaciones capital / trabajo y constituyen el refugio de todos aquellos que resultan excluidos del empleo en el sector moderno y se ven forzados a inventar modos de obtener un ingreso que les permita subsistir"*.

La primera desigualdad que configura una inequidad para el sector informal es la falta de cobertura en todas las prestaciones de la seguridad social, incluyendo la cobertura en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En efecto el sector informal está excluido en esta materia de toda protección. No son competencia de la inspección del trabajo y la falta de cobertura se visualiza tanto en lo que hace a su tratamiento, como a su reparación e indemnización y naturalmente tampoco está encarada la prevención. Dado que el sector informal está en avance, uno podría decir que la cobertura de los sistemas de seguridad social y la protección ofrecida por los Ministerios de Trabajo es, al menos, precaria.

El problema más vergonzante en los países, originado en la pobreza y con desarrollo en el sector informal, es el del trabajo infantil mas adelante haremos una mención específica a este tema.



### **2.1.5. Los trabajadores tercerizados y la externalización de riesgos**

En el panorama de ambiciones de mayor productividad y sobre todo mejores utilidades, la externalización de riesgos es un eje de importancia. La posibilidad de externalizar los riesgos dentro del país y sobre todo fuera de él mejoraría los costos. Cuando se hace fuera del país frente a los riesgos graves, se da la desigualdad de eliminar un peligro para la sociedad de origen para trasladarla a algún país, naturalmente periférico.

La externalización de procesos de trabajo, al reducir los costos facilita el desarrollo de la capacidad de reinversión de las grandes empresas pero, al mismo tiempo, establece en un ámbito apropiado condiciones laborales oprobiosas, propias de otro momento histórico: sin acceso a la seguridad social, a la libertad sindical, a la negociación colectiva. Las diferencias fundamentales en cuanto a exposición a los riesgos, entre trabajadores de la empresa y tercerizados dentro de una misma empresa, están dadas por las medidas preventivas o de protección frente a esos riesgos y hay evidencias empíricas de que son los tercerizados los que soportan las peores condiciones.

*Veamos un ejemplo relativamente reciente que muestra la externalización de riesgos en materia de salud y seguridad hacia los trabajadores tercerizados dentro de una misma empresa.*

Estoy haciendo referencia al último gran accidente de Petrobras con las explosiones y hundimiento de su plataforma marina. En realidad en los tres años, en torno al accidente, murieron 81 trabajadores, 66 de ellos eran tercerizados. El presidente de Petrobras admitió que la mano de obra tercerizada no recibe el mismo entrenamiento que los trabajadores propios.

### **2.1.6. Las trabajadoras domésticas**

Todos coincidiremos en que en general la función de atención de los hogares está en manos casi exclusivamente femeninas. Pese a que ésta tarea, realizada para el propio hogar o en calidad de trabajo remunerado, en general en negro aun en los países desarrollados, tienen impactos en la salud, no hemos accedido a estudios en profundidad del tema.

Es extremadamente difícil encontrar referencias a la incidencia o gravedad de sus enfermedades y accidentes de trabajo (en Australia la mitad de los accidentes que sufren las mujeres se producen en el hogar).

Esto no es raro, no sólo porque no existen mecanismos para denunciar los accidentes de un ama de casa, sino también por que las trabajadoras domésticas que dirigen su ocupación a otros hogares están excluidas sistemáticamente de las legislaciones preventivas como de las indemnizatorias, esto acontece también en los países desarrollados.

### **2.1. 7. Trabajadores de multinacionales**

La creencia general es que estos trabajadores están mejor que el resto. Sin embargo en una investigación de la OIT sobre esta temática, respecto de las empresas multinacionales (OIT 1984) se llegó a la siguiente conclusión: *“al comparar el rendimiento en materia de salud y seguridad de las empresas multinacionales con sede en el país de origen y el de sus filiales puede informarse que, en general, el funcionamiento de sus instalaciones centrales es mejor que el de las filiales en países en desarrollo”*. Esto es lo que se denomina “política de doble rasero”. El desastre de Bhopal sirve para ver con toda claridad la política de “doble rasero” que, como todos recordaran, provocó miles de muertos y daños permanentes en decenas de miles de personas. La comparación entre la fábrica de Bhopal y una similar en los EEUU mostró la magnitud de los diferentes criterios utilizados en cuanto a: diseño y funcionamiento, auditorias de seguridad, formación de los trabajadores, personal ocupado en las tareas peligrosas, mantenimiento de las instalaciones y la responsabilidad de la dirección. Otros factores importantes fueron la carencia relativa en la India, respecto de EEUU, de normativa pública y de responsabilidad civil (Castleman 1998).

### **2.1.8. El “trabajo basura”**

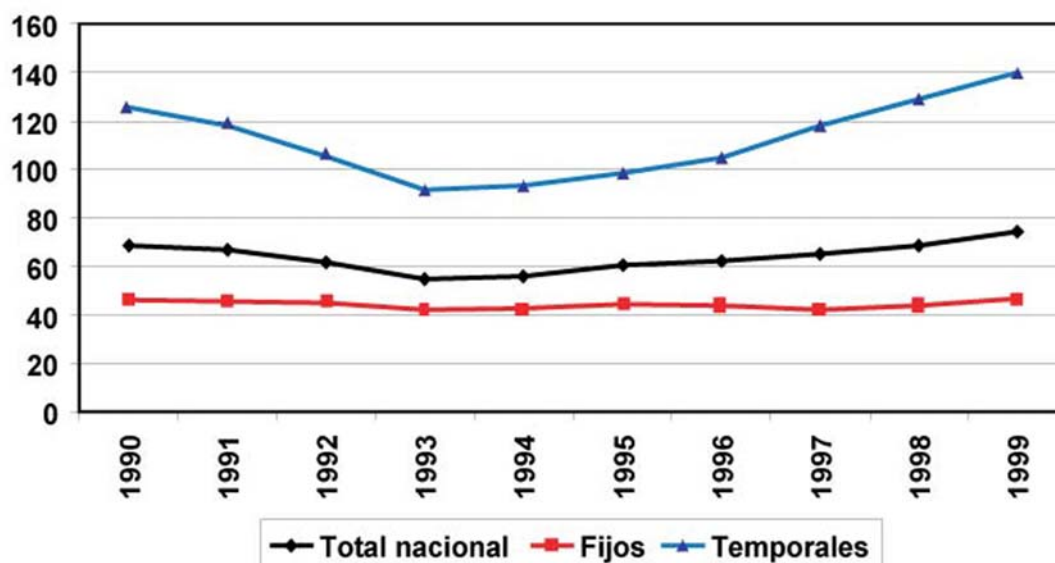
Aunque la que se comentará es una forma mas de precariedad hemos querido darle un tratamiento específico. Se está haciendo referencia a la tendencia actual a las contrataciones temporales muy en boga en los países centrales y en extensión en los latinoamericanos.

Las repercusiones del trabajo temporal en la salud y seguridad son claras, por ejemplo, si se consideran las tasas de incidencia por accidentes de trabajo de España. En efecto un estudio español, realizado por el Instituto Sindical de Trabajo, Salud y Ambiente (ISTAS) dedicado a analizar los incrementos en la accidentabilidad en España fue el primero en apuntar hacia la precariedad en el empleo como un factor explicativo de primer orden toda vez que en el colectivo de trabajadores fijos la siniestralidad se mantiene sin grandes variaciones en el tiempo. Plantea, además, que se constata de manera general un importante riesgo de accidente asociado a la contratación temporal. La probabilidad de que un trabajador temporal se accidente sería más del doble que la de uno fijo.

Veamos el gráfico siguiente.



### Evolución de las tasas de incidencia según tipo de contrato. 1990-1999



#### 2.1.9 El déficit de cobertura

Esta claro que en el país, hay distintos niveles de cobertura en lo preventivo y en lo asistencial. La primera diferencia se da entre la población trabajadora en blanco y aquella que se desempeña en el trabajo ilegal o en el sector informal de la economía. Pero aun dentro del sector de trabajadores con cobertura y a pesar del PMO las diferencias dependen de los niveles de ingreso. Quienes más ganan tienen acceso a mayores beneficios y aquellos de salarios básicos estos son empobrecidos por los copagos y en general por los gastos de bolsillo.

Hemos dejado para el final el tema que suele resultar más cercano a quienes trabajan en las especialidades ligadas a la salud y seguridad en el trabajo.



- ◆ La cobertura en cuanto hace a la asistencia, reparación e indemnizaciones en la misma materia muestra para la región latinoamericana una cobertura que va, estimativamente, del 9 al 65% de la PEA. La privatización del sistema efectuada en algunos países, como Colombia, no ha mostrado mejorar esta cobertura.
- ◆ Solo del 5 al 10% de los trabajadores de los países en vías de desarrollo cuenta con acceso a servicios de salud ocupacional. Es de subrayar que la atención primaria de la salud, donde existe poco o nada tiene en cuenta a las condiciones de trabajo como factor etiológico de enfermedad.
- ◆ La cobertura por parte de servicios de salud ocupacional está centrada especialmente en la gran empresa, los trabajadores de las pequeñas y medianas empresas sufren por tanto la desigualdad de no contar con los mismos niveles de protección. En el caso de Argentina el 50% de la mortalidad por accidentes de trabajo se presenta en las empresas con menos de 50 trabajadores (el 51.97% en 1997; el 55.455% en 1998; el 49.16% en el 99 y el 50.17% en el 2000).

### **3. EL TRABAJO Y LA SALUD**

La contribución del trabajo a las relaciones entre salud y clase social parece fundamental. En primer lugar, porque la división social del trabajo está en el origen de la clase social, y además porque hay una desigual distribución, entre clases, de las condiciones y los riesgos del trabajo.

Un derecho humano fundamental es que toda persona que trabaja pueda regresar a su hogar vivo y sano. Tal vez la primera injusticia se revela por el hecho de que siendo que un buen trabajo puede tener un impacto positivo en la salud, existan “malos trabajos” que pueden ser causa de enfermedad, mutilación y muerte. El que haya trabajadores que estén en una u otra situación tal vez sea la primera y más importante inequidad con consecuencias



muy claras sobre la salud. La OIT con las últimas cifras que ha brindado y que se muestran en la diapositiva siguiente muestra a las claras este impacto

### **Mortalidad por accidentes y enfermedades del trabajo - OIT, 2002**

Estimación de muertes relacionadas con el trabajo en 1990:

1.100.000

Estimación de muertes relacionadas con el trabajo en 2000: 1.9 /

2.300.000

Accidentes de trabajo mortales: 355.000

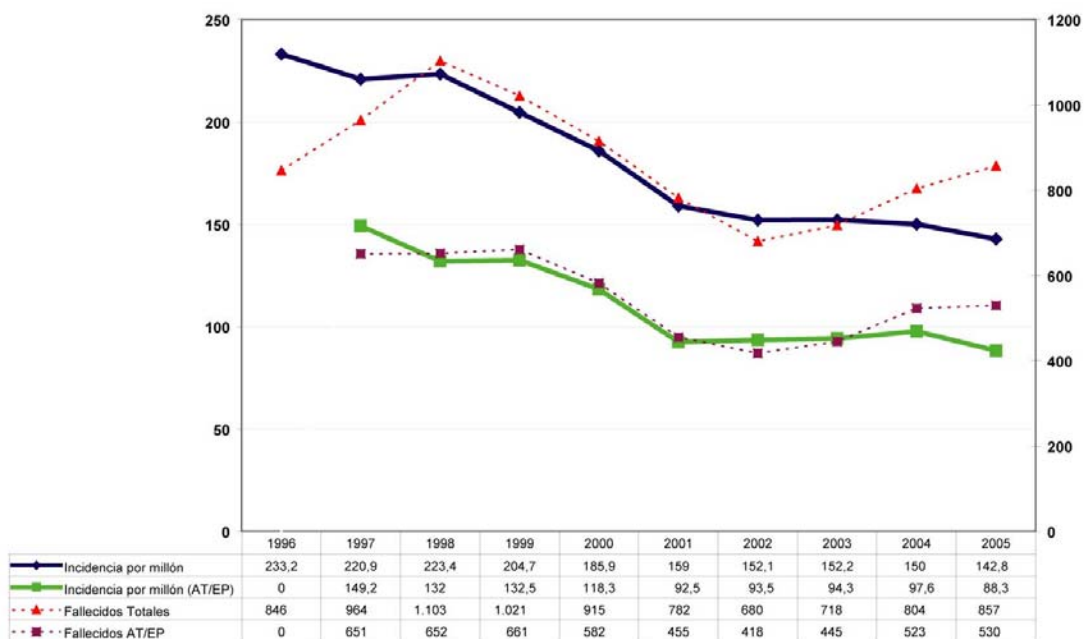
Accidentes en trayecto mortales: 158.000

Muertes por enfermedades relacionadas con el trabajo: 1.574.000



A continuación se exhiben datos sobre Argentina y Santa Fe

Indice de mortalidad y casos totales de fallecidos. Período 1996-2005



Casos informados según tipo de caso. Provincia de Santa Fe. Año 2005		
Tipo de siniestro ocurrido	Casos	Porcentaje
Accidente in itinere	4.570	8,9 %
Enfermedad Profesional	1.194	2,3 %
Reagravación	2.037	4,0 %



Accidente de trabajo	43.281	84,7 %
Total	51.082	100 %

Trabajadores fallecidos. Provincia de Santa Fe. Año 2005		
Trabajadores Fallecidos	Casos	% Col.
Fallecidos AT/EP	61	67,0 %
Fallecidos In Itinere	30	33,0 %
Total	91	100 %

#### 4. EL TRABAJO INFANTIL

Cerca de 10 millones de niñas, niños y adolescentes en todo el mundo, muchos de ellos con apenas 10 años o incluso menos, trabajan "ocultos" en las viviendas de sus empleadores sin que sus actividades puedan, en la mayoría de los casos, ser controladas.

Conforme el último informe al respecto de la OIT el número real de niños trabajadores en todo el mundo disminuyó en un 11% entre 2000 y 2004 y pasó de 246 a 218 millones. Además, el número de niños, niñas y jóvenes de 5 a 17 años 'atrapados' en un trabajo peligroso disminuyó un 26%, hasta llegar



en 2004 a 126 millones, frente a los 171 millones de la estimación anterior. Según consta en el estudio, este descenso fue incluso más pronunciado, de un 33%, entre los trabajadores más jóvenes, de 5 a 14 años.

### **Los datos en Argentina**

Conforme la Actualización diagnóstica del trabajo infantil en Argentina, realizado por la Secretaría de Seguridad Social en el 2002

- Niños (5 a 14 AÑOS) que trabajan fuera, o ganan propinas o ayudan en forma habitual a sus familiares 482.803
- Niños (5 a 14 AÑOS) que trabajan fuera, o ganan propinas o ayudan en forma habitual a sus familiares o atienden la casa cuando los mayores no están: 1.503.925
- Ha aumentado en los últimos cinco años

Una encuesta específica que abarca 3 provincias de NOA (Jujuy, Salta y Tucumán), dos del NEA (Formosa y Chaco), la provincia de Mendoza y el Área Metropolitana de Buenos Aires relevó 14000 viviendas

- Trabajo infantil en sentido estricto: 6.5% de las niñas y niños y el 20.1% de los adolescentes. En el ámbito rural el 35.5% de los adolescentes realizan una actividad laboral
- La exclusión del sistema educacional se manifiesta entre los adolescentes, el 26% de los que trabajan no asisten a la escuela (falta de oferta)

En los niños el trabajo está ocupando el lugar que debía pertenecer al juego y la educación. Todo niño que no se educa no podrá escapar de la pobreza y sus consecuencias. Es decir, con cada niño que trabaja estamos hipotecando el futuro.

### **3. Enfrentando las inequidades**

A la hora de trazar políticas macroeconómicas es necesario mirar a los objetivos finales y no a las variables intermedias, es decir al empleo, el crecimiento y los niveles de vida, no a los tipos de interés, las tasas de

inflación o los tipos de cambio. Estos son importantes en cuanto afecten a aquellas.

Debe haber políticas comprometidas con el pleno empleo, estabilidad económica y una red de seguridad sólida que proteja a los trabajadores. Sin embargo es habitual ver que la política laboral ha quedado subsumida en la política económica (la teoría del derrame).

Según datos del BID ningún país de América Latina puede presumir de haber reducido la desigualdad de ingresos en la década del 90.

Algunos estudiosos consideran que la crisis del estado de bienestar se debe al deterioro del proyecto político que se ha ido produciendo por la incapacidad de los gobiernos para aplicar programas preventivos en política económica en vez de políticas compensatorias posteriores.

La ineficaz o inexistente política redistributiva ha provocado nuevos grupos de marginados y desmotivación colectiva. El estado de bienestar según Giddens en su configuración actual no está siendo capaz de responder a los desafíos actuales. Se ha perdido la solidaridad intergeneracional en la cual se fundamentaba el estado de bienestar y que generaba los sistemas de protección social dio paso a la capitalización y la privatización.

Desde lo social ¿qué ayuda a disminuir la desigualdad y la pobreza? Ayuda la seguridad social, una concepción moderna, de la seguridad social. No ayuda la asistencia. El asistencialismo es paliativo pero no tiende a revertir ninguna de estas condiciones de lo social, por el contrario se corre el riesgo de institucionalizarla.

Al hacer referencia a la seguridad social debo hacer una obligada referencia al sistema jubilatorio. La privatización de las jubilaciones va en contra del estado de bienestar, Las privatizaciones suponen unos beneficios mayúsculos para las empresas y un riesgo mayor para los trabajadores. Hay datos de mercados de capitales muy eficientes, como los del Reino Unido donde los costos de transacción son tan altos que las prestaciones se redujeron tras la privatización en un 40%.

Las acciones políticas para que obtengan los resultados que se desean implican una dedicación sin descanso, una convicción en las medidas que se adoptan y



también una cuidadosa elección de las estrategias a emplear. Pero fundamentalmente lo que ha de tenerse es una comprensión acabada de cada uno de los problemas que han de resolverse. En este entendimiento aparece un nuevo paradigma de crecimiento basado en el capital humano en lugar de la tradicional competición entre mercados.

Es conveniente tener en cuenta que las ciudades o provincias que tienen un buen sistema institucional que le permite entregar bienes públicos de calidad y generar relaciones maduras de cooperación con los actores y que impulsen el aprendizaje y la innovación estarán en mejores condiciones de competir en este mundo globalizado. Esto también tiene que ver con una sociedad de bienestar.

La visión desde la noción de capital humano puede decirnos porque las inversiones en las personas, por ejemplo los cuidados de la salud o el ofrecimiento de trabajos dignos, no lo son un elemento de justicia social sino como un mecanismo creador de oportunidades, de bienestar y riqueza. David E. Bloom y David Canning fueron los primeros en llamar la atención hacia la salud como motor del crecimiento. En un artículo publicado por la revista Science en el 2000 concluyen que el impacto de la salud en el crecimiento es amplio. Estudios recientes demuestran que aumentar la esperanza de vida en 5 años dan como resultado un aumento del crecimiento rápido del 0.3 al 0.5% por año. Los autores encuentran una estrecha relación entre la salud, la productividad, la educación y las inversiones en el capital humano. Entonces esto enfrenta las teorías neoliberales y muestran que los cuidados de la gente impactan favorablemente en la economía.

Uno de los elementos cardinales en la política social es promover lo que ha dado en llamarse un trabajo decente, un trabajo digno.

Esto implica:

- Acceder al empleo en condiciones de libertad y en condiciones de reconocimiento de los derechos básicos del trabajo
- Estos derechos garantizan que no haya discriminación ni hostigamiento, que se reciba un ingreso que permita satisfacer las necesidades y responsabilidades básicas, económicas, sociales y familiares y que logre un nivel de protección social para el trabajador, la trabajadora y los miembros de la familia.



- Estos derechos también incluyen el derecho de expresión y de participación laboral, directa e indirectamente a través de las organizaciones representativas elegidas por los trabajadores y trabajadoras
- Enfoques preventivos frente a los retos ambientales externos e internos a los procesos productivos. No hay trabajos decentes sin cuidar de la salud y seguridad en el trabajo.

Trabajo decente y una nueva visión de la salud que exige políticas activas que aprovechen del avance tecnológico pero al mismo tiempo pongan estos avances al servicio de la población. Que sepa de los nuevos y viejos riesgos ambientales y laborales, que tenga la inteligencia de plasmar programas que incidan sobre los grupos más vulnerables y sobre las principales causas de muerte pero que sobre todo tengan en cuenta que la relación médico paciente no puede agotarse una larga serie de estudio, muchas veces inservibles y una lista aun mayor de medicamentos, no raramente perniciosos. Claro para esto hace falta una nueva política de salud y médicos de un nuevo cuño que sin vacilaciones pongan sus conocimientos al servicio de los trabajadores.

Como se ha señalado un estado de bienestar potente no solo es la mejor garantía de una población feliz sino del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano, para esto hay que prestar una particular atención a las inequidades y a la búsqueda de intervenciones efectivas y de impacto.

Siguiendo estas ideas creo que el estado de bienestar debe orientarse hacia los pobres, hacia los niños, los jóvenes, hacia los grupos que se consideren más críticos, incluyendo dentro de ellos a aquellos sometidos a riesgos laborales y a considerar con realismo la problemática que encierra el envejecimiento progresivo de la población

Finalmente digamos simplemente que las inequidades serán menores cuando la justicia social avance. Allí debe estar nuestra lucha.

## **Bibliografía consultada**

Casas, J.A.; Dachs J.N.; Bambas, A. Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants. Pan American Health Organization. Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. PAHO, Washington, D.C.: 2001. Disponible en: [http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08\\_03.pdf](http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08_03.pdf)

Castells, Manuel. Globalització, drets socials i identitat nacional. Disponible en: página web CCOO Catalunya

Chomsky, Noam. Democracia y Mercados en el nuevo orden mundial. En: Globalización y Sindicalismo / Joaquín Arriola (ed). Valencia: Germania, 2001

Bambas, Alexandra; Casas, Juan Antonio. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria En: Pan American Health Organization. Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. PAHO, Washington, D.C.: 2001. Disponible en: [http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08\\_02.pdf](http://www.paho.org/English/DBI/Op08/OP08_02.pdf)

Benach, J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gaceta Sanitaria, 1997; 11:255-258

Berlinguer, Giovanni. Democracia, desigualdad y salud. Conferencia Inaugural del VI Congreso Mundial de Medicina Social, Tenerife (Canarias) 10-14 septiembre 1989

Betancourt Oscar. Globalización y Salud de los Trabajadores. Trabajo presentado en el V Encuentro Nacional de Salud de los Trabajadores, Baquisimeto, 16 nov. 2001 (Multicopiado)

Breen, N. 2000. Social Class and Health -Understanding Gender and Its Interaction with Other Social Determinants. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies, 2000 (Working Paper Vol. 10, N° 3). Disponible en: <http://www.globalhealth.harvard.edu/hcpds/wpweb/Breen%20wp1003.pdf>

Brundtland, G.H. Address to the Regional Committee for the Americas. Fiftieth Session, Washington, DC, 21 September 1998.

Dahlgren G, Whitehad M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office, 1991

Feo, O. Globalización y salud de los Trabajadores. Revista Salud de los Trabajadores, 2002; 10 (1-2): 1-11. Disponible en: [http://www.iaesp.edu.ve/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=85](http://www.iaesp.edu.ve/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=85)

Gangl, M. et. Al. Human Capital Effects of the Welfare State: Institutional Resources, Work Histories, and Social Inequality. Berlin: WZB, 2002. Disponible en: <http://www.esf.org/generic/1969/Ganglshortweb.pdf>

GRECMU. Mujer y Trabajo en América Latina. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1986

Gunning-Schepers, L. A policy response to socioeconomic differences in health. Paper presented at the meeting of the European Community project on socioeconomic factors in health and health care; Lisboa, May 1991.

Health Promotion Research: Towards a new social epidemiology. Badura, B. & Kickbusch, I. (eds). Copenhagen: WHO Regional Publications, 1991 (European Series N° 37)

Infancia y adolescencia: trabajo y otras actividades económicas. Primera encuesta. Análisis de resultados en cuatro subregiones de la Argentina. Buenos Aires: OIT; INDEC; MTESS, 2006. Disponible en: [http://www.oit.org.pe/ipec/documentos/simpoc\\_argentina.pdf](http://www.oit.org.pe/ipec/documentos/simpoc_argentina.pdf)

IPEC. Actualización diagnóstica del trabajo infantil en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 2002

Kearney, Neil, General Secretary of the International Textile, Garment and Leather Workers Federation (ITGLWF), speech on January 15, 2002. Disponible en: [www.itglwf.org](http://www.itglwf.org)

LaBotz, Dan. Mexican Labor News & Analysis newsletter, December 2001

Messing, Karen. Le sexe des "opérateurs": un paramètre pertinent pour l'analyse de la activité du travail.

Mezzera, J; "Abundancia como efecto de la escasez" en Nueva Sociedad, Caracas 1987

Mittelmark, Maurice B. Promoción de la responsabilidad social en materia de salud: Evaluación del impacto sobre la salud y política pública en favor de la salud a nivel de la comunidad. Quinta conferencia mundial de Promoción de la salud (México, D.F., México, 5 al 9 de junio de 2000). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/5thGlobalConfSp4.doc>

Moncada, Salvador. Working conditions and social inequalities in health. J Epidemiol Community Health 53: 77, 390-391, 7/1999. Disponible en: <http://jech.bmjournals.com/cgi/reprint/53/7/390.pdf>

Navarro, Vicente. The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for health and Quality of life. New York, Baywood Publishing Company, 2000

OIT. Safety and Health Practices of Multinational Enterprises. Ginebra: OIT, 1984

OMS/PAHO. Health in Human Development. Annual Report of the Director - 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/>

Ortún Rubio, Vicente. Sistema sanitario y Estado del Bienestar: problemas a la vista. En: "INFORME SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar", capítulo 1. Disponible en: [http://www.sespas.es/ind\\_lib02.html](http://www.sespas.es/ind_lib02.html)

Östlin, Piroska. Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional. Washington, D.C: OPS. 2001

Pinto da Cunha, E. Raça: Aspecto esquecido da inequidade em saúde no Brasil. En: Barata R et al.: Equidade e saúde: Contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Abrasco/Fio Cruz; 1997.

Portes, Alejandro. En torno a la informalidad: ensayos sobre teoría y medición de la economía no regulada. México DF: FLACSO/Pórrua, 1995.

Rodríguez, Carlos Aníbal. Salud y Trabajo: la situación de los trabajadores en Argentina. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1990 (Bibliotecas Universitarias)

Rodríguez, Carlos Aníbal. Seguridad y salud de la mujer trabajadora frente a la reconversión industrial y el cambio tecnológico. En: Salud de los Trabajadores, 2 (1), 57-71. Disponible en: <http://www.istas.net/upload/segsalud.pdf>

Sommestad, Lena. Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth. Disponible en: [www.framtidsstudier.se/filebank/files/20051201\\$132958\\$fil\\$JYfIvMY99mKxZZQvzKw1.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20051201$132958$fil$JYfIvMY99mKxZZQvzKw1.pdf)

Stiglitz Joseph E. Empleo, justicia social y bienestar de la sociedad. Revista Internacional del Trabajo, vol. 121 (2002), núm. 1-2. Disponible en: [www.ilo.org/public/spanish/support/publ/revue/download/pdf/stiglitz.pdf](http://www.ilo.org/public/spanish/support/publ/revue/download/pdf/stiglitz.pdf)

Streeck, Wolfgang. On the Institutional Conditions of Diversified Quality Production. En: Matzner, Egon and Wolfgang Streeck (eds.), Beyond Keynesianism. The Socio-Economics of Production and employment. London: Edward Elgar, 1991.

Vaca, Carlos. Monografía sobre la salud y seguridad en el sector informal de Argentina. 2002 (Multicopiado)

Vogel, Laurent. La dimensión de género en salud laboral. Primeras conclusiones de una encuesta europea. Disponible en: [www.ugt.es/slaboral/documentos/informes/doc2.pdf](http://www.ugt.es/slaboral/documentos/informes/doc2.pdf)

Wagstaff, Adam. Inequalities in Health in developing countries: swimming against the tide?. Washington, DC: World Bank, 2002. Disponible en: [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/03/22/000094946\\_02031204013460/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/03/22/000094946_02031204013460/Rendered/PDF/multi0page.pdf)

WHO. Global strategy on Occupational Health for All: the way to health at work. Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994. Beijing. China

Williamson Thad. The Real 2YK Crisis: Global Economic Inequality. Dollars & Sense, January/February 2000