

HEALTH AND WORKING CONDITIONS OF HEALTH CARE WORKERS



NESCON

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

BELO HORIZONTE
2008



TECHNICAL REPORTS SERIES - NESCON
Nº 2

**HEALTH AND WORKING CONDITIONS
OF HEALTH CARE WORKERS**

NESCON – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BELO HORIZONTE
2008



Federal University of Minas Gerais
President: Professor Ronaldo Tadéu Pena
Vice-President: Professor Heloísa Maria Murgel Starling



Federal University of Minas Gerais School of Medicine
Director: Professor Francisco José Penna
Vice-Director: Professor Tarcizo Afonso Nunes

NESCON

núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Direction
Professor Francisco Eduardo Campos
Professor Edison José Corrêa



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Ministério
da Saúde



FICHA TÉCNICA

Copyright © 2008 - Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
The contents of this document can be reproduced or translated wholly or partially without previous authorization, as long as it is specifically quoted.

Technical Reports Series - NESCON N°2. Health and Working Conditions of Health Care Workers. - Brasília, OPAS, 38 p., 2008. Report of Ouro Preto Workshop, 22-27 January 2006

- **Coordination**
Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG/Brasil)
Carlos Rosales (OPS/WASHINGTON)
Soraya Almeida Belisario (NESCON/UFMG/Brasil)
- **Technical Coordination**
Mariana Lélis (NESCON/UFMG-Brasil)
- **Graphic Design**
Verônica Neves Cavalieri
- **Electronic Publishing and print coordinator**
All Type Assessoria Editorial Ltda.
- **Reviser**
Ada Ávila Assunção, Carlos Rosales y Zirlene Lemos

Nescon

Faculdade de Medicina / UFMG

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

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

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

Source Catalog File

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

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

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

NLM: WA 400
CDU: 616.9803

■ FOREWORD	6
■ 1. INTRODUCTION	8
1.1 Why the health of health workers is a United Nations area of action	8
1.2 Why the Health Working Conditions are Targets of PAHO Action	9
■ 2. FRAME OF REFERENCE	13
■ 3. THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FRAMEWORK	16
3.1 Health Workers	16
3.2 Working Conditions in the Health Field	16
■ 4. CURRENT SITUATION	20
4.1 The Contradictory Forces of Sectoral Reform	20
4.2 “Flexibilization” and Precariousness of Work and Employment in Health	21
4.3 Institutional Situation	23
■ 5. BASIC PRINCIPLES FOR DEVELOPING WORK PLAN	27
■ 6. THE WORK PLAN	28
Annex 1. Workshop Program	33
Annex 2. list of taller participants	37

FOREWORD

This document sets out a Plan for the countries of Latin America and the Caribbean (LAC) produced by the Workshop on the **Health and Working Conditions of Health Sector Workers** organized by NESCON/ UFMG in January 2006 in the city of Ouro Preto, and sponsored by the Brazilian Federal Ministry of Health, the Pan-American Health Organisation, the World Health Organisation and health specialists from various countries in the region of the Americas.

The general objective of the Work Plan for **Consolidating the Health of Health Workers** is to help improve health and working conditions of health workers as part of the “Decade of Human Resources in Health” initiative. The Plan’s specific objectives include: 1) supporting the development of intersectoral public policies to improve health and working conditions of health workers: a) a rights-based approach to social protection; b) health care systems; and c) healthy work environments; 2) evaluating and strengthening institutional capacity to address the work and health conditions of health workers; 3) assessing the determinants of the work and health situation of health workers; and 4) developing indicators to

monitor and assess the work and health situation of health workers.

The stated objectives are consistent with the activities set out in world declarations of “Health for All” and regional efforts to harmonize policies with a view to maximizing the efficiency and effectiveness of actions designed to address the problems of health worker safety and health.

To understand the new complexities inherent in the health work field is to realize that society must assume the enormous responsibility of preparing health workers with the skills they need to provide health care the population and, at the same time, to inspire health workers to feel confident in their jobs and view them as a source of satisfaction and personal growth.

However, this course of action requires us to accept the existence of factors that have yet to be explored in much depth, but which have an impact on health system objectives. Working conditions of health workers are one such factor, the effects of which, together with other determinants, define both the health of those who operate our health systems as well as the means they have at their disposal to fully achieve their potential.

This document seeks to usher in a new era in Latin American health reform by linking actions in health, labor, the environment, and human resources, as illustrated in Figure I.

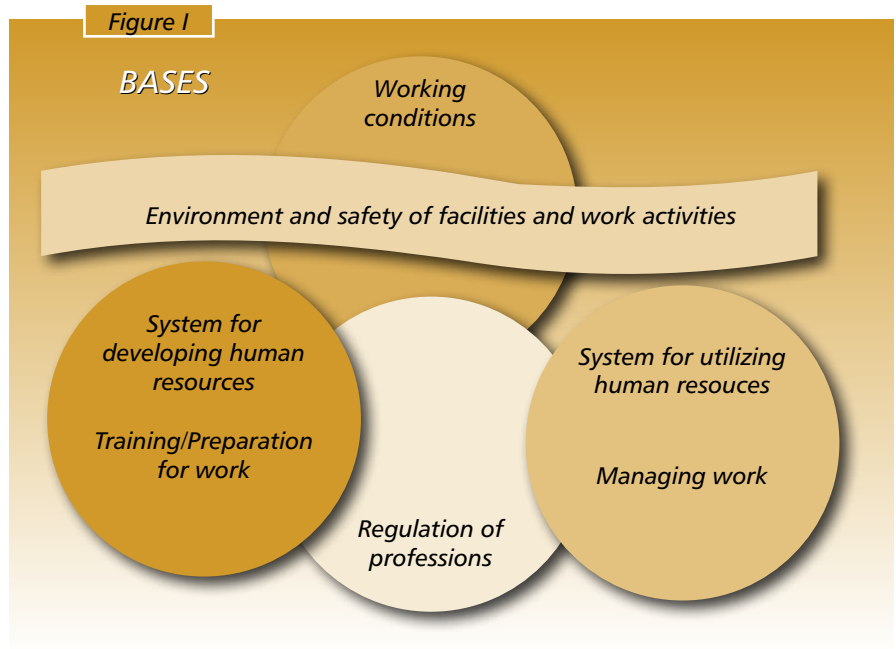


Figure I. Spheres of action impacting the development of health of health workers

1. INTRODUCTION

1.1 Why the health of health workers is a United Nations area of action

Working conditions refer to circumstances under which work is carried out, and, for purposes of analytical distinction, exposure to risks, whether physical, chemical, mechanical (i.e. equipment/gear that cause accidents and strenuous musculoskeletal work) or biological. Cited as factors that aggravate exposure to risks are the effects of over-burdening human capacity in daily work activities of the technical-organizational system, known as factors linked to the organization of work.¹

Working conditions are linked to the general living conditions of nearly 220 million workers in Latin America and the Caribbean (IDB, 2001). According to forecasts, the economically active population of the Region will reach 270 million by 2025.

In 1997, WHO sounded a warning on exposure to occupational risks, underscoring that 30% of the work force of the developed world is affected by ergonomic and physical

risks, while noting that the corresponding figure for the developing countries is between 50 and 70%. Contributing to the seriousness of the problem are some 200 biological agents and 100,000 different chemical substances used in the different areas of production, exposing thousands of workers.

Work-related accidents, occupational disorders, layoffs due to illness or the aftermath of an accident, as well as temporary and permanent worker disability are traditional indicators of the health situation of workers. According to estimates of the International Labor Organization (ILO), 13.5 fatal work accidents occur for every 100,000 workers in Latin America. The list of work-related disorders is expansive and varies by country. In addition to cases of heavy-metal and agrochemical poisonings, respiratory illness caused or exacerbated by mineral dust or other airborne particles, the results of recent scientific studies have called attention to occupational cancers

and workplace mental health disorders. With regard to risks and their determinants, one study consistently points to psychosocial factors stemming from paradoxes in the methods of human resource management methods, in the control of productivity, and in the goals of product and service quality.²

Disparities in occupational health are associated with: 1) the existence of unavoidable and unacceptable risks for certain groups of workers; 2) the superimposition of the effects of poverty on the effects of exposure to hazardous work environments, i.e. the fact that workers in dangerous and unhealthy jobs are also among the poorest of the poor and subject to inadequate living and workplace conditions; 3) the fact that most workers do not have access to occupational health services; and 4) the expansion of the informal economy, hazardous work, and the marginalization of work.

Measures for transforming occupational health have been unsuccessful, as obstacles stand in the way of achieving the proposed goals. These include, *inter alia*: 1) limited acknowledgement of occupational health in the public policy arena (primarily political and social policies);

1 European Agency for Safety and Health at Work. *Expert Forecast on Emerging Physical Risks Related to Occupational Safety and Health. Belgium, 2005*

2 TAKEDA, F. The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *Journal of Occupational Health*, v.47, p. 119-125, 2005.

2) the shrinking role of the State, and particularly weakness on the part of the Ministries of Health and Labor (trend toward deregulation), 3) limited coordination between the health and labor sectors; and 4) mistaken, curative-based approaches followed by the health services and the absence of preventive health policies to address the causes and determinants of accidents and illness.

1.2 Why the Health Working Conditions are Targets of PAHO Action

Present conditions require health researchers make greater efforts to understand the recent changes in the health sector that impact the way work is done, influence the susceptibility of health workers to the risks of falling ill, in general, and expose them to the effects of new demands for which workers do not always possess the necessary skill set in order to address.

On the whole, health services have suffered an erosion and shortage of investment, endured structural adjustments and funding cuts—i.e. nurse layoffs in Kenya, Tanzania, and Zimbabwe—despite need. The heavy workload and less-than-motivating working conditions (including risks) are significant causes of the health workers’ “push” into other countries. In response, guidelines such as the ones developed by the U.K. on the ethical recruitment of overseas medical professionals have recently been issued.

To illustrate this point, according to the American Medical Association (2002), in Canada 23% of practicing doctors were trained overseas,

whereas the corresponding figure in the United States was similar, 23.5%. In a recent survey, 75% of the responses in a sample of immigrant doctors cited a desire for better access to technology, health equipment, and resources in the practice of their profession. At the 2002 and 2004 World Health Assemblies, concern was expressed over the negative effects on developing country health systems caused by physician migration, based on the hypothesis that the populations most in need are those with least access to up-to-date health care techniques and precisely the populations that would be losing their physicians.³

Human resources policies often fail to take the occupational aspects of health workers into account. Oftentimes these policies view health workers as mere instruments for providing health services and fail to consider the conditions they face on the job which impact their health and lives. Nevertheless, pandemics such as SARS and avian flu underscore the vulnerability of health systems and their lack of preparation to protect their workers.

³ AVRAHAM, A. et al. *Physician Migration: Views from Professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. Social Science & Medicine*; v. 61, p. 2492-2500, 2005.

In 2000, the American Psychological Association convened a consensus panel meeting in Washington, D.C. focusing on the mental health needs of providers of emergency medical services for children (EMSC).⁴ The panel identified the primary clinical stressors and adverse psychological and behavioral reactions among EMSC providers. At the close of the meeting, the panel recommended a review of intervention strategies and also proposed widespread dissemination of the lessons learned from the experiences of EMSC providers, with a view to instituting psychological support services for EMSC workers, as well as pediatric patients and their families.

The critical situation of emergency care is by no means the only area of health work that gives rise to emotional stress among workers. Literature on the subject mentions the constraints faced by health workers, which can lead to unspecific symptoms and impact their quality of life and professional careers.

Based on the proposition that workers are not neutral participants when it comes to their work,⁵ research is under way on the objective and subjective experiences of health workers, linking the analysis of difficulties in the worker-user relationship to the evaluation of practical and technical-organizational components in the health systems in which they operate.

Evidence points to restrictions on care owing to the structure of the health system, particularly with regard to the organization of services. The guiding hypothesis of the research under way supposes that, in addition the extrinsic difficulties of their work (i.e., volume of procedures, available means, and measurable, well-known risks), workers must contend with the daily uncertainties of their relationship with users, which is typical of work in the health field.

Study results support the current paradox, which nurtures the difficulties experienced on the job, and which may or may not take into account the demands

of those well-trained employees with initiative and diverse skills, but who do not have leeway to make decisions with respect to means or ends. Projects under way, based on only partial results, give the impression of horizontal and apparently more autonomous forms of health work organization may favor greater intensification of the exploration of work, such as the study done by Castels (1999).⁶

In addition to greater flexibility in the management of work, the employment relationship in the health sector has also become more relaxed, as it is now possible to hire workers without assuming the obligations inherent in labor legislation which, over the last forty years, has been responsible for strengthening rights and minimum guarantees for workers.

Scientific studies have shown that the quality of health care depends on how the system addresses the needs and subjectivity of workers in the exercise of their duties. For example, allotting time to review adopted practices, providing social support to help workers cope with the hardships and shortages experienced by users, and the promotion for formal and informal intra- and inter-team

4 LIPTON, H.; EVERLY Jr., G.S. Mental Health Needs for Providers of Emergency Medical Service for Children (EMSC): a report of a consensus panel. *Prehosp Emergency Care*: v. 6, n 1, p 15-21, 2002.

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

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

cooperation strategies to provide guidance on the organizational objectives of work at the health services, which can be more effective than the traditional cost-benefit approach in the search for health sector efficiency.^{7 8 9}

The incidence of cases of abuse and violence in the workplace is on the rise involving workers who put their personal dignity and self-esteem at risk. Such events have direct repercussions on the quality of care provided. In this regard, since 1993 the International Council of Nurses has identified an increased risk of violence in the health care setting, pointing out the negative impact such incidents have on the professional and personal lives of workers.¹⁰

In a recent article,¹¹ in Jamaica, workplace violence is cited as an occupational risk which, according to the authors, deserves attention from the health sector. According to the results of a cross-section study supported by a self-administered questionnaire, targeting different establishments-specialized, third-level, secondary, and general hospitals, and health centers-both in urban and rural areas, the prevalence of psychological violence was found to be greater than physical violence. Moreover, the study pointed to differences by the type of job and age of worker, work schedule, and type of care provided.

Table I summarizes the reasons health workers should be

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

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

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

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

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

the target of integrating policies in the context of the Millennium Development Goals.

TABLE I
MAIN ARGUMENTS IN DEFENSE OF A WORK PLAN FOR
CONSOLIDATING THE HEALTH OF HEALTH WORKERS (CST/SAÚDE)

1. Deindustrialization is a consolidated trend in world production and occurs in parallel with growth of the services sector, particularly the health sector;
2. Improved health care for the public also represents the demands of society and the commitment of our leaders;
3. Health workers account for a significant segment of the population—on the order of 20 million in Latin America, the Caribbean, and the United States—and make up a representative sample of the disparities in health;
4. The importance of the health sector in absorbing jobs that have been contracted under a variety of different vehicles: service contracting, outsourcing, triangulation, and public bidding.

2. FRAME OF REFERENCE

At the social level, the **Work Plan for Consolidating the Work of Health Workers** (CST/Saúde) aligns with those principles seeking to improve the living conditions of the most disadvantaged segments of the countries under the United Nations system.¹² It bears mentioning that the content related to health problems is found in its three goals and eight targets, which comprise the set of eight Millennium Development Goals (MDGs) and 18 quantifiable targets, which were prepared and adopted by the representatives of 189 countries meeting at the 2000 Millennium Summit. It is clear that the content of the Millennium Declaration is directly related to improving the health of the general population, yet it also touches on specific health issues such as diseases requiring mandatory notification, access to drugs, reproductive health, and potable water. It is estimated that the Plan will take ten years to implement.

The serendipitous prominence of human resources in health on the national, regional, and global

agendas marked the initiative of a decade of sustainable investment with a view to building human capital for health systems.

The plan for a global agenda features, *inter alia*: 1) a World Bank/WHO high level forum: the Millennium Development Goals (MDGs) and human resources which generated a proposal for a global platform, with notable concern for Africa; 2) WHO initiatives such as: *The World Health Report 2006*, commemoration of World Health Day: “Working Together for Health” 7 April 2006, and the idea of “A Decade in Human Resources for Health.”

In the Region, PAHO has a long history of accumulating knowledge in the field of human resources through initiatives that promote cooperation between countries; for example, over the past five years, a number of projects have reinforced human resources in health as a central topic, including: 1) a 2001 Resolution urging the development and strengthening of human resources management in the health sector, 2) a 2004

Resolution on observatories of human resources in health, 3) Pan American Health Week in April 2006; and 4) The Pan American Decade of Human Resources in Health (2006-2015).

The **Toronto Call to Action for a Decade of Human Resources in Health in the Americas** (2006-2015) is based on the need for sustained investment to address challenges and ensure medium- and long-term results with regard to policies designed to build a complex institutional framework. The Toronto Call echoes the need for an international commitment and the continuity of policies and action plans in keeping with the MDGs (2015).

Worthy of mention is the commemoration of World Health Day in April 2006. This year’s theme is human resources in health, promoting a shift in the paradigm geared toward the formulation of sector policies. Promoting CST/Saúde on World Health Day is a strategy in keeping with the decision of the Directing Council. In this regard, since the 1990s, human resources policies in health have sought, to introduce, *inter alia*, new methods for managing work based on incentives for productivity and quality,¹³ whose effects on workers in certain

¹² NACIONES UNIDAS. *Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América latina y el Caribe*. Santiago del Chile, agosto del 2005.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 11 p.

situations-although yet to be fully studied-have had a negative impact on their health, as we will see further on.

This agenda provides an excellent opportunity to call attention to the problem of subjectivity in health work. If the resource in question is a human being, it is better to give thought to the human dimensions and demands implicit in that resource, which may favor less superficial approaches to quality-related problems in the health care of the population.

However, at the political level it is important to point out the strategic alliance between the Organization of American States (OAS) and PAHO. Since the 2001 Summit of the Americas (Quebec), the representatives of states and governments in all the countries have recognized that work is the best means for linking economic activity to a better quality of life for citizens.¹⁴

In this same regard, PAHO, encouraged by the support of the Ministers of Labor of 34 OAS member countries, incorporated the topic of worker health as set out in the ILO's definition of "decent work" and the "Healthy Work Environments" initiative of WHO/PAHO,¹⁵ with emphasis on proactive actions targeting the following populations: immigrants, child laborers, working women, persons with physical disabilities, elderly workers, indigenous peoples, and people living with HIV/AIDS. Accordingly, "decent work" will become the foundation of global, national, and local strategies to achieve equitable, global, and sustainable development.¹⁶

At the political level, the Regional Plan on Workers' Health stems from the decision of the 45th Directing Council which, in response to the recommendations of the Report of the XIII Inter-American Conference of Ministers of Labor, decided to coordinate activities in the labor,

environment, and education sectors, with a view to improving working and employment conditions, especially in the health sector.¹⁷

The strategy to promote the health of health workers and its intersectoral approach, as approved by the 45th Directing Council, may encourage the development of public policies that can produce quality of life. With regard to the common objectives inherent in an intersectoral approach, this Plan seeks to build a strategic core to carry out planning and define priority areas for joint action, to be achieved by including health within policies at the macro and/or sector level. This represents a change of course with respect to the current situation in which health goals take a back seat to defining the directives and priorities of development plans.¹⁸

In view of all of the above, in 2005 PAHO developed a manual entitled "Health and Safety of Health Sector Workers" [*Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud*] for health system managers and administrators and for the health services. The manual provides information on the basic operational concepts regarding the health and safety of work performed at health

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

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

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

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

18 *ibdem.*

establishments and presents the most common occupational risks gleaned from health sector studies (private and public). Finally, the manual furnishes some practical guidelines and instruments for implementing occupational health and safety programs. It can be used to plan workshops for policy development, to identify and prevent the symptoms of occupational health problems (or stop them from becoming worse), or as a means to carry out targeted interventions aimed at correcting precarious conditions in the health sector.

There was consensus among the participants at the Ouro Preto Workshop regarding the importance of having a health workforce free of occupational risks as a key element of sustainable development. Moreover, it is also clear that health system performance—especially with regard to the quality of care provided to patients—is closely related to occupational health and safety conditions under which its workers perform their jobs.

The issue of health worker vulnerability is increasingly evident, given workers' exposure to serious occupational and environmental risks as part of their routine workday. For instance, ever-developing and increasingly

sophisticated technologies place innovative tools in the hands of health workers with no guarantees they will get the necessary training to use them safely. As a consequence, workers are exposed to new occupational risks that need to be addressed, controlled, and/or eliminated. Well-known risks associated with biological agents such as AIDS and hepatitis B, physical risks associated with radiation and ergonomic disorders, and chemical risks inherent in the use of anesthetics and sterilizing agents, continue to pose a high level of risk to health workers.

Health sector reform, the outsourcing of support services, and the loss of valuable professionals who make the decision to emigrate for a better future are just a few of the factors contributing to new psychosocial risks. Moreover, risks due to improper management of hospital waste or the effect on health attributable to poorly maintained work facilities and infrastructure are another category of risks constantly faced by health workers.

The Ouro Preto Workshop reaffirms the consensus established previously on the advisability of developing an initiative for the Americas to

include a broad and inclusive platform based on a country-centered approach and specific commitments. The core idea is to facilitate a qualitative leap in the participative development of national action plans and of systems to monitor their progress, and for ensuring accountability at the national and global levels. Also needed are an intensification of technical cooperation among countries with a shared frame of reference, sustained investment, and the creation of national and international partnerships.

The strategy of the **Work Plan for Consolidating Health Worker Health** seeks to promote a setting to facilitate the sharing of power, as well as the meshing of interests, knowledge, and practices of the different organizational actors, with a view to generating knowledge and developing policies for solving problems.

3.1 Health Workers

Health workers are directly involved in health actions with system users and with those who provide clinical/care management support, regardless of the type of contract or employment relationship, both in the public and private sectors. These workers may have jobs as managers, as direct caregivers to affected patients, or as part of health promotion programs, but may also work in the areas of diagnostic support or therapy, or in the management or production of technology.

The paradigm shift of the health-disease-care process supports national policies that affect employment and labor, without either of these spheres having been the focus of government action.

The recent global transformations of capitalist production are also at work in the health sector, which, much in the same way as other productive sectors, has experienced not only the effects of advancements in science and technology, but also the exacerbation of disparities and social injustice afflicting the countries of Latin America and the Caribbean.

3.2 Working Conditions in the Health Field

Working conditions is a term used to designate the health and work levels depicted in Figure 1, which regard the circumstances under which workers perform their tasks and how they are able to meet the demands of their job.

Table II presents the current trends in the structure of work (Table II), according to Antunes and Alves,¹⁹ followed by the changes these trends caused in work activities (Table III).²⁰

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

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

TABLE II

CURRENT TRENDS IN THE STRUCTURE OF WORK AND ABSORPTION OF THE WORKFORCE

1. Reduction of the industrial proletariat of specialized workers in the manufacturing applications of traditional industries—the legacy of the vertical integration model pioneered by Taylor and Ford;
2. Worldwide emergence of the new manufacturing and service proletariat, working in different modalities of precarious labor. Their ranks include, *inter alia*, the outsourced, subcontractors, and part-time employees, and are expanding on a global scale;
3. Significant increase in the numbers of female workers, accounting for more than 40% of the workforce in a number of advanced countries, and that has been absorbed by capital, preferably in the universe of part-time, precarious, and unregulated work;
4. Exclusion from the job market of young people of working age and who, without employment prospects, find themselves swelling the ranks of precarious workers or the unemployed, with no job prospects, given the current structural unemployment in society;
5. Exclusion of workers around the age of 40 considered “too old” for work, who, once excluded from jobs, have a hard time reentering the job market;
6. Growing expansion of “third sector work,” assuming a type of alternative employment through community-based companies, predominantly motivated by forms of volunteer work, and embarking on an ample array of activities;
7. Expansion of home-based work.

TABLE III

HYPOTHESES ON THE RELATIONSHIP BETWEEN CHANGES IN WORK ACTIVITIES AND HEALTH PROBLEMS

1. Exposure to harmful conditions on the job follows the same discriminatory logic as hiring workers who put down women, blacks, the illiterate, immigrants, young people with no experience, and elderly persons who do not have the physical strength to do the job;
2. Prospects for employment, labor contracts, salaries, and professional mobility depend on the characteristics of the workers, but these are also determined in the social sphere;
3. The signs that health has been altered within society can be seen both in theory and in practice—the result of the inequitable distribution of goods produced, the acquisition of stores of knowledge and of mistakes, the possibilities of gaining dominion over territories and behaviors, and the constant clash of conflicts;
4. The health of workers was altered by the restructuring of production attributable to the social, political, and economic climate in the wake of the crises of the 1960s and 70s.

Serving the user is a social activity of mediation, involving the interaction of different actors in a specific context for the purpose of responding to different needs. The task of the health worker is the product of a multi-faceted process that takes place

against an institutional backdrop, where objectives, organization processes, and existing structure are essential elements that set the stage for attending users.²¹

The “invisibility” in terms of managing of the system’s work,

guidance on safety policies, and promotion of working conditions, indicate an absence of acknowledging investments in human resources. In the psychodynamic theory of work, this concerns acknowledging the value of work performed, which is

²¹ FERREIRA, M.C. *Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia. IX Congresso da Associação Brasileira de Ergonomia – ABERGO 99, Salvador, 3 a 6 de novembro [CD-ROM], 1999.*

achieved through the mediation of two types of judgments. The first is judging the beauty of the work, which is made by those who understand the job and can evaluate it on the basis of its conformity to rules of art and in terms of its originality. The second is judging its usefulness, which evaluates the objectives achieved with no regard for the means used to achieve them. In the case of health work, it is the user who makes the judgment based on: the guarantee of his access to customer service and on the methods of diagnosis and treatment; his clinical improvement; the remission of symptoms. After all, the job is “to examine,” “to treat,” and “to cure.”²² So when do users react and express their dissatisfaction with the failure of the aforementioned objectives?

In a nutshell, the work of health professionals is a negotiation between the aims of the health

system and the demands of users, which are not always compatible with one another. The experiences of providing or managing care are not unscathed by the psychological economy, as one is pitted against the other, and this other finds itself in a unique situation.

Extrapolating from the traditional health indicators (useful but insufficient when considering the changes in employment and labor witnessed over the last 30 years), studies evidence exposure to multiple risk factors and construct hypotheses on the interaction among these factors, which require the development of new indicators²³ and necessitate a multidisciplinary, intersectoral approach.²⁴

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

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

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

4. CURRENT SITUATION

4.1 The Contradictory Forces of Sectoral Reform

The health systems of today must contend with contradictory forces at the local and transnational levels. At the local level, communities are demanding that governments make good on their stated guarantees of the right to health for all. Regionally, some areas of tension are observed between conservative health care projects, which favor the small-scale health provider and defend the interests of a fraction of health system actors and their private health establishments, and socially-based political projects for workers and health services.

At the transnational level, new forms of regulatory control implemented via state policies in a number of countries coexist with market competition and sophisticated technologies that encourage—and indeed have been encouraged—by capital accumulations in the sector—i.e., medical equipment and supplies, drugs, and techniques used to diagnose illness. Simultaneously,

the increasing uniformity of curriculums facilitates professional mobility between countries. On the one hand, this fact strengthens the dissemination of diagnostic procedures, but on the other, it opens the door for precarious working conditions—i.e. physician migration.

These areas of tension collide and are reflected in different health sector reforms, which can be contradictory in themselves. Such contradictions include: equal access and competition in the market for the supply of services and inputs; professional development of workers and guidelines increasingly bogged down in measures and processes designed to control activities and procedures issued by the State, by labor unions, and by corporations; new demands for purchasing advanced technology for diagnostic and treatment applications in the face of budgetary restrictions; and emphasizing quality within an approach that is eminently qualitative with respect to the evaluation of results.

The implementation of the reforms and the growth of the sector explain the changes in the composition of the workforce and in the processes of professional development and regulation. Disparities abound in the rules governing the hiring and remuneration of workers, which follow the reasoning described by Zarifian^{25 26} in his analysis of the work in the services sector—namely to ensure that demands are met that were not taken into account when planning goals and the methods for managing the workforce.

The manner in which health sector reforms are implemented is unique to each country. However, according to data from the observatories for human resources, health services are concentrated in the major cities, leaving rural areas isolated or without coverage. The phenomenon of public safety has had the effect of emptying those health centers located on the outskirts of urban areas, which must also endure shortages of water, electric power, and lack professional staff on hand during operating hours to ensure that users are attended. Incentives for professional development are weak. In fact, health workers in some countries are left to foot the bill for their own ongoing professional development.

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

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

4.2 “Flexibilization” and Precariousness of Work and Employment in Health

Not only do companies undergo restructuring by arriving at a consensus, but also as the result of social conflict over the traditional methods of organizing work and production.

The greater integration and flexibility of companies has emerged as a way of responding to the social crisis and increasing productivity in an unstable market. The features of this process profoundly affect work and its social expression: employment.

In the current context of ongoing economic crises, the “flexibilization” of work has emerged as the only strategy companies have to guarantee their future, and this also includes health establishments. The changes stemming from the overhaul of the productive sectors have brought a new flexibility to the labor market, where we observe changes in the job relationship, a modification of labor unions, and the externalization of risks

for companies that hire the new salaried workers.

In order to keep their jobs, health workers submit to the flexibility of the workforce and to the flexibility attributable to changes in the productive sectors. In turn, this generates a state of precariousness between work and employment, manifesting in movement from one sphere to another affecting different levels as illustrated in Figure 2. This is transversal, precarious movement—constant movement from one sphere to another, touching on a continuum of different contracts, different types of unemployment, management models, the organization of work, and exposure to environmental risks.

sectors, becomes precarious employment; a continuum between permanent employment and unemployment. In contrast to permanent employment (unlimited duration, full-time, and in service to a single employer), precarious employment is for a finite period and work is performed for one or various employers.

With regard to unemployment, the notion of precariousness is defined as a succession of a number of precarious work engagements (for a person); it concerns an absence of real employment history, personnel files, and a career stream, resulting in a group of workers without jobs.

Employment, following the restructuring of the productive

Between permanent employment and unemployment

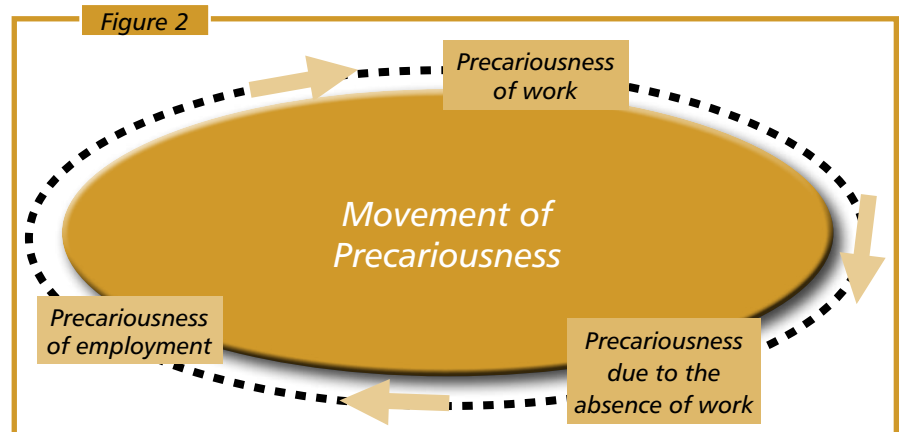


Figure 2. Diagram depicting precarious movement and its two poles: the precariousness of work and the precariousness of employment. (Assunção & Belisário, 2005)²⁷

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

one may find work without a contract or work with erratic contracts, such as part-time work on contract, temporary work, and home-based work. (Figure 3).

The proliferation of informal contracts and nonpayment on the part of health sector employers of employee social benefits favors a situation of deregulation, which is literally the absence of rules and regulations, as has been occurred legally in Brazil, through verbal contracts (for community health agents) or irregular arrangements (through cooperatives or for a limited period of time), hiring through offices charged with providing health care services directly to the population.

Outsourcing is one aspect of the flexibilization of the workforce. Although its full dimensions and scope have yet been determined, flexibilization is the starting point of exposure to disease risks, as health workers, in order to compensate for insufficient salaries, take on more than one job. Consequently, they become subject to fatigue, which increases their susceptibility to environmental risks and erodes the quality of care provided.

The expansion of services and increase in contract hiring in the health sector contradicts

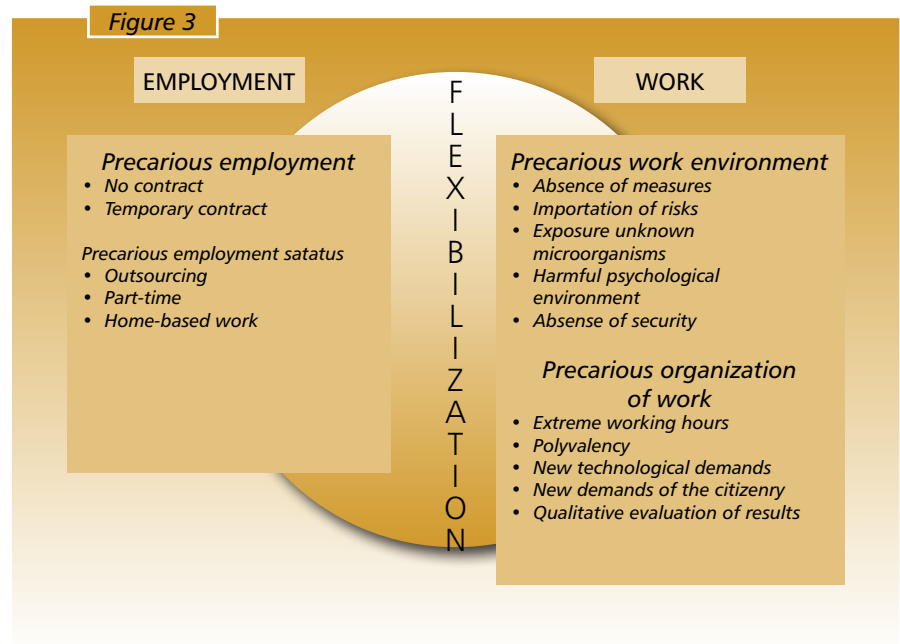


Figure 3 – Figure 2 – Diagram depicting the different levels of flexibilization. (Assunção & Belisário, 2005)²⁸

the trend in the labor market while cutting costs and reducing the need for salaried staff. The workforce management techniques reproduce a modern industrial version of the Taylor model, which integrate the total quality goals evaluated in quantitative terms relative to the number of staff and the volume of production.

In the workplace, the reforms bring about the implementation of new care models and encourage the organization of work into teams. Very quickly, under the

paradigm of health promotion and primary care, a new range of required skills guides the definition of tasks.

The workforce management techniques reproduce a modern industrial version of the Taylor model, which integrate goals of overall quality that are in turn evaluated in quantitative terms, relative to the number and volume of production. This gives rise to the paradox between the expansion of the sector, limiting costs, and the quantitative evaluation of results.

29 *Ibidem*

4.3 Institutional Situation

According to the accounts of the representatives of the countries at the Office on Health and Occupational Conditions of Health Sector Workers (CST/Saúde), the health profile of health sector workers, not unlike workers as a whole, is quite deficient. These representatives claim that where information does exist, it is usually data on injuries, specifically data compiled on workplace accidents and disorders. In terms of work activities in particular, there appears to be no institutional efforts to collect data on the different technical and

organizational factors affecting the work environment and safety at health facilities.

Worthy of mention is the fact that despite the precarious state of information, over the past ten years scientific literature has provided the results of studies concerned with issues of interest to CST/Saúde. It has furnished a wealth of different information, providing results indicating a low prevalence of immunization among health workers, a high prevalence of job-related musculoskeletal problems among certain groups of workers, and mental disorders associated with health work, with emphasis on having experienced incidents of violence.



Therefore, there is an enormous gap created by the absence of an information system on health workers' health and the scientific knowledge accumulated thus far.

The amount and quality of the information collected nationally on CST/Saúde reflect the fact that the available data on occupational accidents and disorders are insufficient, as this type of data are only beginning to be collected. Health data captured in the public sector is even less than that collected in the private sector. In addition to the scarcity of data, the information that is available does not take some basic aspects into account; for instance, whether the reason a health worker sought care was due to a workplace accident or some other kind of occupational problem.

The lack of integration between the local and central health systems poses challenges to the collection of data on the health workforce, which, in most countries, is linked to the municipalities. In other words, management deficiencies in hierarchical, decentralized systems have negative repercussions on the capacity of national institutions to perform their regulatory and oversight functions, as is true of the Ministries of Health.

TABLE IV
PROPOSALS FOR ACTION TO IMPROVE INSTITUTIONAL CAPACITY
AT THE COUNTRY LEVEL TO FIGHT AGAINST CST/SAÚDE

1. Elaborate an institutional survey to assess the current situation in each country, owing to the different complexities of each health system at the different stages of health system development;
2. Improve data production and collection instruments at the municipal level, and integrate this data in a national and regional database;
3. Cultivate political and other arrangements to link actions at the municipal, state, national, and regional levels within a climate of political will and networking;
4. Expand the number of forums for worker participation through organizations representing: professional organizations, trade associations, unions, professional schools, and health and safety committees;
5. Ensure more effective participation of the Ministries of Health and Labor in coordinating efforts to develop, implement, and oversee public policies, and to identify the pertinent indicators to be observed;
6. Develop strategies to facilitate the use and improvement of existing data production and collection processes.

Another aspect that influences the quantity of data collected concerns the fact that workers eventually resort to care at health establishments or social centers that, while welcoming, are less accustomed to following the formal aspects of registering the care they administer. Another distortion of the system concerns informal care that workers receive in their own workplace establishments, which are not recorded or reported.

From a qualitative perspective, the difficulties are due to the fact that no specific classification system has been

developed to facilitate even a basic categorization of the health problems for which health worker seek treatment. In this regard, there is a disconnect between the goals that motivated the creation of the current processes for registering information on the operation and management of health systems, and the level of detail required to produce information and develop indicators to improve the management of CST/Saúde.

The purpose for promoting public policies whose aim is to intentionally change working conditions in the health sector get bogged down in the challenge

of preparing a conceptual framework that can facilitate consensus building on issues such as the flexibilization of work and the precariousness of employment. What does the term *working conditions* refer to? Who are the workers of the health sector? What is meant when we speak of entering the *work environment*? Accordingly, changing concepts such as these require ample debate if we are to strengthen their definitions.

Meanwhile, there is consensus among the participants at the Office that the approach of the CST/Saúde cannot be

TABLE V
MAIN RESULTS EXPECTED FROM INSTITUTIONAL ACTIONS

1. Cultivate labor relations between workers and health organizations that promote healthy work environments and encourage commitment to the institutional mission of providing quality health services for the entire population;
2. Develop mechanisms of interaction between training institutions and the health services which facilitate the adaptation of training to a model of equitable, quality, and universal health care, serving the health needs of the population.

disassociated from the global analysis of and intervention in health systems and services. When discussing exposure to the *risk of accidents* it is necessary to consider, for example, the workers *bond of employment* with the institution, because they are related categories that lose their meaning if looked at in isolation. In other words, the proposal of public policies, from a preventive standpoint, speaks to the need to define concepts and to identify indicators. This involves a perspective that seeks to define the relevant agents and their respective institutional responsibilities with the Ministries of Health and Labor at the national level, and with WHO and the ILO at the regional level.



- Human resources are the foundation of the health system.
- Work in health is a public service and a social responsibility.
- Health workers play the leading role in their development.
- The problems and development of human resources are primarily a matter of citizen interest and as such they have the right to participate in the development of such policies.
- The health conditions of health workers are a relevant topic for the decade of human resources in health.
- The analysis of the problems of coordinated action and synergy with the countries and the cooperation agencies for the development of 10-year human resources plans to include the health and safety of health workers.
- Mobilization of resolve and resources for the sustainability of human resources management processes and for the health and safety of health workers.
- Expansion of the cognitive basis and skills of health administrators in order to manage the health of health workers.
- Effective application of a multidisciplinary and intersectoral approach through strategic partnerships (health/labor/education/environment) adopted at the IV Summit of the Americas.
- Support development and the sharing of experiences on the creation of mechanisms for financing, for ending flexibilization, and for developing working conditions in health from the standpoint of productivity and quality of health services.

6. THE WORK PLAN

AREAS OF INTERVENTION	KEY ACTIVITIES	SPECIFIC ACTIVITIES	TIMEFRAME	RESOURCES/ COSTS
Support for the development of intersectoral public policies for improving the health and working conditions of health workers.	Development of opportunities for coordinated action	■ Preparation of a document containing guidelines and principles (position papers) as a foundation for embarking on coordinated action at the national and regional levels (forums, workshops, opportunities for national and inter-country coordination activities).	April 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES
		■ Preparation of awareness-building materials for different actors on the situation of workers and their relationship to the quality of services. Includes the identification of actors at the national and regional levels in the areas of health and labor.	April/ December 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES
	Preparation of position papers	■ Joint Health and Labor Forum (SGT 10 and 11) within MERCOSUR.	June 2006	PAHO/WHO SEGETES Countries of the Region
		■ Workshop to develop and prepare a brochure of unacceptable work in the health field.	July 2006	PAHO/WHO Countries of the Region
		■ Regional and national to conduct situation analysis and make decisions (add this topic to regional and interagency agendas, including the Meeting of the Observatory to be held in Lima, Peru, in October).	April 2006 thru May 2007	PAHO/WHO SEGETES Countries of the Region
		■ Prepare regional and national documents of situation analysis and proposed actions.	April 2006 May 2007	PAHO/WHO SEGETES Countries of the Region
		■ Preparation of a chapter on health conditions of health workers at the national observatories on human resources in health	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region
		■ Support for and formulation of national and regional policies to address specific health problems of health workers.	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region

AREAS OF INTERVENTION	KEY ACTIVITIES	SPECIFIC ACTIVITIES	TIMEFRAME	RESOURCES/ COSTS
Analyze and strengthen institutional capacity to address the work and health situation of health workers.	Preparation of rules, regulations and procedures.	■ Analysis of the existing content of programs of study of priority health professions on the topic of health worker health.	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region
		■ Advocacy for the hiring of specialized personal specializing in the health of health workers.	April 2006 December 2007	PAHO/WHO
	Training	■ Development of directives (rules, guidelines and orientations) for establishing work processes of health workers.	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region
		■ Establishment of quality assurance processes with regard to the quality of working and health conditions of health workers (create opportunities to study and modify existing regulatory frameworks).	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region
		■ Develop and utilize instruments to create healthy work environments.	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region
		■ Training with existing educational materials for health sector managers and workers.	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON Countries of the Region

AREAS OF INTERVENTION	KEY ACTIVITIES	SPECIFIC ACTIVITIES	TIMEFRAME	RESOURCES/ COSTS
Analyze the determinants of the work and health situation of health workers.	Prepare protocols and multicentric research projects.	■ Create a technical conceptualization group (with professionals from different levels, including academicians, health service professionals and managers) in order to develop the dimensions, categories, indicators of the CST and for the quality of and satisfaction with health care.	April/ December 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region
		■ Expansion/creation of a set of basic data and indicators, based on that prepared by the Human Resources Observatory.	April/ December 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region
	Establish a set of basic data.	□ Prepare an inventory in each country of the existing data on the health of health workers with a view to subsequently proposing some common regional indicators.		
		□ Define the purpose for collecting data and the process through which it will be used, and decision-making based on that data.		
		□ Based on existing information, systematize a set of basic common data.		
		□ Based on existing information, generate situation indicators on the health of health workers.		
		■ Analysis of existing studies relevant to the indicators used.	April/ December 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region
	■ Promotion of in-depth studies (multicentric) using as a basis the health manual for health workers.	April/ December 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region	

AREAS OF INTERVENTION	KEY ACTIVITIES	SPECIFIC ACTIVITIES	TIMEFRAME	RESOURCES/ COSTS
Develop indicators to monitor and evaluate the work and health situation of health workers.	Formation of networks.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promotion of virtual opportunities for the exchange of information and experiences (virtual forums, virtual library, video conferences, Workers Health Network [<i>Red de Salud de los Trabajadores</i>]). 	April/ December 2006	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Sharing of experiences and best practices at the national and regional levels. Development of an ongoing strategy for situation analysis and for implementing the plan in the different decision-making spheres, with a view to making the necessary adjustments. 	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region
	Intercambio de experiencias y buenas prácticas en el ámbito nacional y regional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Execution of workshops on evaluating results and defining new activities. 	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region
		<ul style="list-style-type: none"> □ National level □ Regional level 		
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Sharing of inter-country monitoring and evaluation experiences. 	April 2006 December 2007	PAHO/WHO NESCON SEGETES Countries of the Region

ABREVIATURAS

CGVAM - Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde

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

HC - Health Canada

MS - Ministério da Saúde

MT - Ministério do Trabalho

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OEA - Organização dos Estados Americanos

OIT - Organização Internacional do Trabalho

CST - Condições de Saúde do Trabalho

OMS - Organización Mundial de la Salud

OPS - Organización Panamericana de la Salud

PNH - Política Nacional de Humanização

PMOP - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

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

SMSOP - Secretaria Municipal da Saúde de Ouro Preto - Brasil

UCR - Universidade da Costa Rica

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sunday 1/22/06	Inauguration
20:00	<p>José Saraiva Felipe (MS – Brazil) Ângelo Oswaldo de Araújo Santos (PMOP – Brazil) Ariosvaldo Figueiredo Santos (SMSOP – Brazil) Francisco Campos (SGTES/MS – Brazil) Luiz Galvão (PAHO – United States) Ronaldo Penna (Office of the Vice-Chancellor/UFMG – Brazil) Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFMG – Brazil)</p>
21:00	Reception
Monday 1/23/06	Topic 1. Proposal for a conceptual framework and situation analysis on information and institutional capacity.
9:00	<p>Frame of Reference and Workshop Objectives Pedro Brito (PAHO – United States)</p>
9:30	<p>Presentation of a proposal for a conceptual and operational framework for addressing health problems of health workers</p> <p>Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG – Brazil)</p> <p>Panelists Francisco Campos (SGTES/MS – Brazil) Luiz Galvão (PAHO – United States) Charles Godue (PAHO – United States) Gerry Eijkemans (WHO – Sweden) Maria Helena Machado (MS – Brazil)</p>
11:00	Coffee Break
11:30	Debate
12:30	Lunch
14:00	<p>Group Break Out Session Analysis of the situation of information and institutional capacity (Work Guide 1)</p>
16:00	Coffee Break
16:30	<p>Group Presentations Presenters: José Manuel Valverde Rojas (UCR – Costa Rica) – Group 1 Emilio Ramírez (MS – Chile) – Group 2</p>
18:00	Close of Work

Tuesday 1/24/06	Topic 2. World Health Day and Forum on Decent Work in Health
9:00	<p>Call to action for a decade in human resources in health and its development from the standpoint of health conditions of health workers. Charles Godue (PAHO – United States)</p>
9:30	<p>Analysis of the frame of reference and objectives of the activity on Health Conditions of Health Workers in the Context of World Health Day, Pan American Health Week. Charles Godue (PAHO – United States) Luiz Galvão (PAHO– United States) Carlos Rosales (PAHO – United States)</p>
10: 30	Coffee Break
11:00	Debate
12:30	Summation
13:00	Lunch
14:00	<p>Analysis of the frame of reference and objectives of the Forum on Decent Work (PAHO/ILO/Ministries of Health and Labor) in the Context of World Health Day, Pan American Health Week. Marta Novick (MT – Argentina)</p>
16:00	Coffee Break
16:30	<p>Health Situation of Health Workers: The Canadian Experience (Part I) Sandra MacDonalds Rencs (HC – Canadá)</p>
18:00	Close of Work

Wednesday 1/25/06

Topic 3. Institutional Strengthening, Technical Cooperation, and Indicators in CST/Saúde

9:00 **Health Situation of Health Workers: The Canadian Experience (Part II)**
Sandra MacDonalds Rencs (HC – Canada)

10:30 Coffee Break

11:00 Group Break Out Session
Presentation on the work proposal for the development of activities (Work Guide 2)
Carlos Rosales (OPS – United States)

12:30 Lunch

14:00 Group Break Out Session

18:00 Close of Work

Thursday 1/26/06**Topic 4. Operationalization of Activities and Data Collection**

9:00

Group Presentations

Presenters:

José Manuel Valverde Rojas (UCR – Costa Rica) – Grupo 1

Diego González Machín (PAHO – Brazil) – Grupo 2

10:30

Coffee Break

11:00

Summary of Workshop Projects

Carlos Rosales (PAHO – United States)

Charles Godue (PAHO – United States)

12:30

Lunch

14:00

Preparation of the Work Plan

Ada Ávila Assunção (NESCON/UFGM – Brazil)

Carlos Rosales (PAHO – United States)

Gerry Eijkemans (WHO – Sweden)

Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFGM – Brazil)

18:00

Close of Work

Friday 1/27/06**9:00****Preparation of Work Plan – Continued**

ANNEX 2. LIST OF TALLER PARTICIPANTS

Ada Ávila Assunção (NESCON/UFGM – Brazil)
 Anamaria Testa Tambellini (UFRJ/CGVAM/MS – Brazil)
 Antônio Carlos Ribeiro Filho (MT – Brazil)
 Carlos Rosales (PAHO – United States)
 Charles Godue (PAHO – United States)
 Ciro Echegaray (MS – Peru)
 Cristina Boaretto (MS – Brazil)
 Diego González Machin (PAHO – Brazil)
 Emilio Ramirez (MS – Chile)
 Francisco Campos (SGTES/MS – Brazil)
 Gerry Eijkemans (WHO – Sweden)
 Henrique A. Vitalino (DEGERTS/MS – Brazil)
 José Manuel Valverde Rojís (UCR – Costa Rica)
 José Paranaguá de Santana (PAHO – Brazil)
 José Saraiva Felipe (MS – Brazil)
 Luiz Galvão (PAHO – United States)
 Maria Helena Machado (MS – Brazil)
 Marta Novick (MT – Argentina)
 Pedro Brito (PAHO – United States)
 Ricardo Augusto Alves de Carvalho (NESTH/UFGM – Brazil)
 Ronaldo Pena (Office of the Vice-Chancellor/UFGM – Brazil)
 Sandra MacDonalds Rencs (HC – Canada)
 Serafim Barbosa Santos Filho (PNH/MS – Brazil)
 Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFGM – Brazil)
 Valéria Cristina Aguiar (COSAT/MS – Brazil)
 Zaíra G. A. Botelho (DEGERTS/SGTES/MS – Brazil)

Coordination:

Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFGM – Brazil)
 Ada Ávila Assunção (NESCON/UFGM – Brazil) Carlos Rosales (PAHO – United States)

Technical Coordination:

Mariana Lelis (NESCON/UFGM – Brazil)

SERIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS
Nº 2

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

NESCON – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BELO HORIZONTE
2008



Universidade Federal de Minas Gerais

Rector: Ronaldo Pena

Vice-Rectora: Heloísa Maria Murgel Starling



Faculdade de Medicina

Director: Francisco José Penna

Vice-Director: Tarcizo Afonso Nunes

NESCON

núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Coordinação: Francisco Eduardo Campos

Edison José Corrêa



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Ministério
da Saúde



FICHA TÉCNICA

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

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

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

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

Nescon

Faculdade de Medicina / UFMG

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

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

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

Catálogo na fonte

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

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

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

NLM: WA 400
CDU: 616.9803

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19 ibdem.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los trabajadores de salud

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

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

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

Condiciones de trabajo en salud

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

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

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

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

TABLA II

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 – SITUACIÓN ACTUAL

4.1 – Las fuerzas contradictorias de las reformas sectoriales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

presas que absorben a los nuevos asalariados.

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

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

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

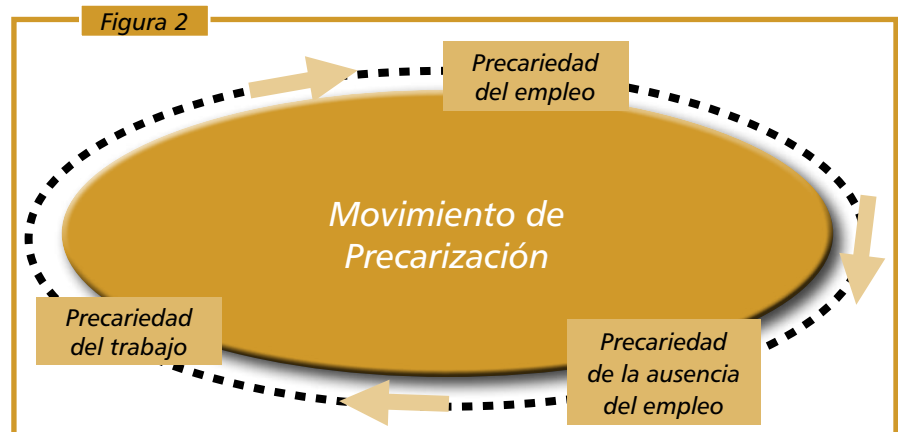


Figura 2 – Esquema ilustrativo del movimiento de precarización y sus dos esferas: la precariedad del trabajo y la precariedad del empleo. (Extraído de Assunção & Belisário, 2005)²⁸

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

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

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

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



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

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

requeridas dirige la definición de las tareas.

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

²⁹ *Ibidem*

4.3 – La situación institucional

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

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

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



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

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

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

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

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

desempeñan su papel normativo y de fiscalización.

Otro aspecto que ha impactado sobre la cantidad de datos recolectados, está relacionado con el hecho de que los trabajadores, eventualmente, recurren a establecimientos asistenciales o centros sociales que son acogedores, pero menos acostumbrados a procedimientos formales para registro de las asistencias. Por lo que respecta a la asistencia informal que el trabajador recibe en su propio establecimiento de trabajo, esta no genera ningún registro o notificación.

Desde el punto de vista cualitativo, las dificultades se relacionan con la inexistencia de una taxonomía específica que permita, por lo menos, una categorización básica de los problemas de salud relatados por los trabajadores. En ese sentido, hay un destiempo entre los propósitos que motivaron la creación de los actuales procesos de registro de información relativa al funcionamiento y gestión de los sistemas de salud, y el nivel de disponibilidad necesaria para producir información y desarrollar indicadores que puedan contribuir a la gestión de las CST/Salud.

El propósito de fomento a las políticas públicas que tengan como punto de partida la intención de transformar las condiciones de trabajo en el sector de salud, tropieza con el desafío de elaborar una plataforma conceptual capaz de posibilitar la construcción de consensos acerca de nociones como *precarización del trabajo* y *precarización del empleo*; a qué se refiere el término *condiciones de trabajo*; quiénes son los *trabajadores del sector de salud*; de qué se trata cuando se aborda el *ambiente de trabajo*, como también otros conceptos fluidos que exigen un amplio debate a fin de consolidar sus definiciones.

TABLA V

PRINCIPALES RESULTADOS ESPERADOS DE LAS ACCIONES INSTITUCIONALES

1. Generación de relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar adecuados servicios de salud para toda la población;
2. Desarrollo de mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud, que permita adecuar la formación para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad, y que, al mismo tiempo, sirva a las necesidades de salud de la población.

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



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

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

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

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESENCIALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	PLAZO	RECURSOS/ COSTOS
Analizar los determinantes de la situación de trabajo y salud de los TS.	Elaboración de protocolos e Investigaciones multicéntricas.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación de un grupo técnico de conceptualización (con profesionales de diferentes niveles, incluyendo académicos, servicios y gestores) para definición de las dimensiones, categorías, indicadores de las CST y de la calidad y satisfacción de la atención en salud. 	Abril/ Diciembre 2006	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
	Establecimiento de un conjunto de datos básicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ampliación/generación de un conjunto de datos básicos e indicadores, a partir de lo hecho con el Observatorio de RRHH. <ul style="list-style-type: none"> □ Hacer un inventario en cada país de los datos existentes en el tema de salud de los trabajadores, para luego proponer algunos indicadores comunes, regionales. □ Definir el propósito de la recolección de información y el proceso de utilización y toma de decisiones con dicha información. □ A partir de la información existente, sistematizar un conjunto de datos básicos comunes. □ A partir de la información existente, generar indicadores de situación salud de los/as trabajadores/as. ■ Análisis de estudios existentes relevantes e indicadores utilizados. ■ Promoción de estudios en profundidad (multicéntricos) tomando como base el manual de salud de los trabajadores de la salud. ■ Promoción de espacios virtuales para el intercambio de información y experiencias (foros virtuales, biblioteca virtual, video conferencias, Red de salud de los Trabajadores). 	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
			Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
			Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
			Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESENCIALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	PLAZO	RECURSOS/COSTOS
Generar indicadores para monitoreo y evaluación de la situación de trabajo y salud de los TS.	Conformación de redes.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo de una estrategia permanente de análisis de situación y de la implementación del plan, en los diferentes ámbitos para la toma de decisiones, para realizar los ajustes necesarios. 	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
	Intercambio de experiencias y buenas prácticas en el ámbito nacional y regional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realización de talleres de evaluación de resultados y definición de nuevas acciones. 	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región
		<ul style="list-style-type: none"> □ Nacionales □ Regionales 		
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Intercambio de experiencias sobre monitoreo y evaluación entre países. 	Abril 2006 Diciembre 2007	OPS/OMS NESCON SEGETES Países de la Región

ABREVIATURAS

CGVAM - Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde

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

HC - Health Canada

MS - Ministério da Saúde

MT - Ministério do Trabalho

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OEA - Organização dos Estados Americanos

OIT - Organização Internacional do Trabalho

CST - Condições de Saúde do Trabalho

OMS - Organización Mundial de la Salud

OPS - Organización Panamericana de la Salud

PNH - Política Nacional de Humanização

PMOP - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

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

SMSOP - Secretaria Municipal da Saúde de Ouro Preto - Brasil

UCR - Universidade da Costa Rica

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

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

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

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

Jueves 26/1/06**Tema 4 – Operacionalización de las actividades
y Recolección de información**

9:00	Presentación de grupos Relatoristas: José Manuel Valverde Rojis (UCR – Costa Rica) – Grupo 1 Diego González Machín (OPS – Brasil) – Grupo 2
10:30	Café
11:00	Síntesis de los trabajos del taller Carlos Rosales (OPS – Estados Unidos) Charles Godue (OPS – Estados Unidos)
12:30	Almuerzo
14:00	Elaboración Plan de Trabajo Ada Ávila Assunção (NESCON/UFGM – Brasil) Carlos Rosales (OPS – Estados Unidos) Gerry Eijkemans (OMS – Suíça) Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFGM – Brasil)
18:00	Cierre de los trabajos

Viernes 27/1/06**9:00****Continuación – Elaboración Plan de Trabajo**

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

Coordinación:

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

Coordinación técnica:

Mariana Lelis (NESCON/UFMG – Brasil)