



Reflexiones sobre la salud de las y los trabajadores en Brasil

Reflections on workers' health in Brazil

Carlos Minayo Gomez¹

La gran novedad de las prácticas de atención a la salud de las y los trabajadores en Brasil se debe al hecho de que el sistema de salud asumió la responsabilidad de desarrollar acciones conjuntas en diversos niveles del sistema.

El punto de partida fueron los primeros movimientos de trabajadores organizados por la mejora de las condiciones de trabajo en defensa de la salud. Fue fundamental, en ese sentido, una iniciativa de la asesoría técnica del Departamento Intersindical de Estudios e Investigaciones de Salud y de los Ambientes de Trabajo que, en 1984, junto al sindicato de trabajadores de la industria química y petroquímica de los municipios industriales de San Pablo le propusieron a la Secretaría Estadual de Salud el Programa de Salud del Trabajador Químico del ABC (región metropolitana de San Pablo), una experiencia pionera con efectiva participación sindical en su gestión. Posteriormente, se crearon programas similares en otros estados, con diversos niveles de participación de las y los trabajadores, incluso con acciones de vigilancia en algunas empresas.

En Brasil, la salud de las y los trabajadores tiene su propia connotación. Es consecuencia de un patrimonio acumulado en la salud colectiva, con raíces en el movimiento de la medicina social latinoamericana, que amplió la concepción del proceso salud-enfermedad, introduciendo las cuestiones de clase y trabajo. En su conformación, también tuvo relevancia el movimiento de la Reforma Sanitaria, que nació en el medio académico de los años 1970, y al que se incorporaron otros sectores de la sociedad^(1,2).

El marco conceptual quedó definido con la incorporación del concepto “proceso de trabajo”, recuperado de las ideas desarrolladas por Marx en el capítulo VI de *El capital*⁽³⁾. El análisis integrado del proceso de trabajo comprende el contexto de los procesos de producción, las características técnicas del proceso productivo (materia prima, tecnología, artefactos), los riesgos del ambiente (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos) y la organización del trabajo (división de tareas, jerarquía, modalidad de gestión, jornadas, turnos, ritmo e intensidad de las tareas, etc.).

Dentro de este campo, las y los trabajadores se constituyen en sujetos políticos colectivos, agentes esenciales de acciones transformadoras. Son depositarios de saberes emanados de la experiencia, la cual es imprescindible en la producción de conocimientos y en el desarrollo de prácticas de atención a la salud, particularmente, las de vigilancia.

¹Doctor en Ciencias. Investigador titular, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil. ✉

La 8ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986, propició un avance significativo para una nueva política nacional de salud. Evidenció que las transformaciones exigen voluntad política del Estado y determinación de la sociedad civil, en el sentido de promover la ineludible Reforma Sanitaria, que representaba una forma de viabilizar la propuesta de salud como derecho de la ciudadanía y deber del Estado. La Conferencia tuvo como resultado la implantación del Sistema Único de Salud (SUS), y la Constitución de 1988 fue también una inflexión fundamental en la historia de la salud pública brasileña, que definió un amplio conjunto de atribuciones del SUS –como las de salud de las y los trabajadores– y se propuso garantizar el acceso integral, universal y gratuito para toda la población.

En el período anterior, el sistema público de salud prestaba asistencia solo al grupo de trabajadores vinculados a la previsión social –aproximadamente 30 millones de personas– que tenía acceso a los servicios hospitalarios y los demás ciudadanos recibían atención, sobre todo, en las entidades filantrópicas. Luego, la red del SUS incluyó atención básica, media y de alta complejidad, urgencia y emergencia, atención hospitalaria, acciones y servicios de las vigilancias epidemiológica, sanitaria, ambiental y provisión de medicamentos.

El debate sobre salud y trabajo en la 8ª Conferencia dio origen a la propuesta de realizar la 1ª Conferencia Nacional de Salud del Trabajador. Se organizaron preconferencias en 20 estados, con proposiciones que contribuyeron mucho a los debates y las conclusiones finales. Entender que la salud de las y los trabajadores excede los límites de la salud ocupacional llevó a conceptualizarla como resultante de un conjunto de factores de orden político, social y económico.

El Ministerio de Salud, en el inicio de la década de 2000, formuló una propuesta de creación de una red de Salud del Trabajador que, posteriormente, sería instituida como Red Nacional de Atención Integral a la Salud del Trabajador (RENAST)⁽⁴⁾ y pasó a integrar la red de servicios del SUS por medio de los Centros de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST). Su objetivo es proveer retaguardia técnica especializada para el conjunto de acciones y servicios de la red SUS.

Una función esencial de esos centros es constituirse en núcleos articuladores y organizadores de las acciones intra e intersectoriales de la salud de las y los trabajadores, y convertirse en centros irradiadores de acciones y experiencias de vigilancia –comprendida como una actuación continua y sistemática– en el sentido de detectar y analizar los factores determinantes de los agravios a la salud relacionados con los procesos y ambientes de trabajo. Esa tarea incluye aspectos tecnológicos, sociales, organizacionales y epidemiológicos, con la finalidad de planificar, ejecutar y evaluar intervenciones sobre esos factores, para eliminarlos o controlarlos.

La participación de las y los trabajadores es recomendable en todas las etapas de la vigilancia: preparación, realización y evaluación de las acciones. Esta práctica, denominada de control social, fue establecida en el proceso de democratización del país en la década de 1980 y se desarrolló por medio de instancias colegiadas de carácter permanente que actuaban en la implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas institucionalizadas por la Constitución Federal y en las leyes orgánicas que la siguieron. Tiene un sentido opuesto al tradicionalmente utilizado en las ciencias sociales y es ejercido por representantes de la sociedad civil organizada, tanto en las reflexiones y decisiones tomadas, como en la elaboración de los presupuestos locales, estatales y federales.

Desde la promulgación de la Ley Orgánica de Salud⁽⁵⁾, el sector salud ha privilegiado la construcción democrática de las decisiones y atribuido a los representantes de la sociedad el derecho y el deber de fiscalizar y controlar a los gestores en las tres esferas de gobierno. La intención es que esos representantes, que expresan una diversidad de intereses, colaboren en la mejor formulación, monitoreo y evaluación de políticas y programas dirigidos a la implementación del SUS. Los consejos de salud, en las tres esferas de gobierno, y las

conferencias de salud –nacionales, estatales y municipales– son espacios e instrumentos de esa participación. Las conferencias de salud realizadas periódicamente tienen por objetivo evaluar la política de salud y proponer directrices de acción, de acuerdo con las necesidades permanentes y coyunturales de salud de la población brasileña. Sus deliberaciones marcan los rumbos que las instancias gubernamentales y de control social deben tomar en la implementación de las políticas de salud.

El control social es ejercido por la Comisión Intersectorial de Salud del Trabajador (CIST), vinculada a los Consejos de Salud⁽⁶⁾. Esta comisión nacional asesora al Consejo Nacional de Salud y tiene varias funciones: elaborar normas técnicas y establecer estándares de calidad para la promoción de la salud del trabajador. Participan personas que posibilitan la articulación intersectorial necesaria para las acciones en salud de las y los trabajadores. Sus referencias de funcionamiento son resoluciones de las conferencias nacionales de salud y de salud del trabajador.

La Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora (PNSTT)⁽⁷⁾, publicada en 2012, responde a una aspiración histórica de entidades representativas de la sociedad civil y profesionales de la salud, anhelada desde la 1ª Conferencia Nacional. De forma bastante consistente, expresa un patrimonio reflexivo y de prácticas de las últimas décadas de sectores académicos, movimientos de trabajadores y profesionales que actúan en los servicios. Define principios, directrices y estrategias en las tres esferas del SUS, para la atención integral de la salud de las y los trabajadores, con énfasis en la vigilancia, apuntando a la promoción y protección de la salud y la reducción de la morbimortalidad derivada de los modelos de desarrollo y de los procesos productivos.

Esa política se integra al conjunto de políticas de salud del SUS y contempla la transversalidad de las acciones de salud y el trabajo como determinación del proceso salud-enfermedad. Abarca a todas las personas trabajadoras (hombres y mujeres), independientemente de su ubicación (urbana o rural), de su forma de inserción en el mercado de trabajo (formal o informal) y de su vínculo laboral (público o privado, asalariado, autónomo, sin vínculo acreditado, temporal, cooperativo, aprendiz, pasante, doméstico, jubilado o desempleado).

Uno de sus objetivos prioritarios es fortalecer la Vigilancia en Salud del Trabajador (VISAT)⁽⁸⁾ y su integración con los demás componentes de la vigilancia en salud (vigilancia epidemiológica, sanitaria, y en salud ambiental) y con la Red de Atención a la Salud. Además, se propone establecer una articulación con otras políticas sectoriales, como las de previsión, trabajo y medio ambiente, en los ámbitos federal, estadual y municipal; y estipular una política de capacitación de profesionales, que incluya tanto calificación en gestión, planificación y acompañamiento, como vigilancia de agravios en ambientes y procesos de trabajo, asistencia (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), etc.

El financiamiento de las acciones debe estar garantizado a través de fondos del sistema de salud y debe estar contemplado de modo adecuado y permanente en los presupuestos de salud de la Unión, los estados, los municipios y el distrito federal, además de otras fuentes. Debe estar previsto también el apoyo al desarrollo de estudios e investigaciones en articulación con instituciones de investigación y universidades, en la construcción de saberes, normas, protocolos, tecnologías y herramientas, orientadas a la producción de respuestas a los problemas y necesidades identificadas por los servicios, la comunidad y el control social.

Como puede deducirse, frente a un marco legal tan ambicioso de acciones a ser realizadas por la VISAT, su efectividad está difícil de ser alcanzada en las actuales circunstancias⁽⁹⁾. Las posibilidades de actuación por parte del cuadro técnico actual son limitadas, por lo que la propia implementación de esta política en los Centros de Referencia en Salud del Trabajador representa un gran desafío para los profesionales y gestores que actúan en el área, sobre todo, en cuanto al fortalecimiento de la VISAT en sus respectivos territorios de alcance.

Los numerosos cursos de posgrado, de carácter multiprofesional en salud y de vigilancia en salud de las y los trabajadores, especialmente, para técnicos de los Centros de Referencia contribuyen a ir superando esas limitaciones. En la línea intersectorial, el papel de las instituciones académicas, especialmente de las universidades públicas, incluidas la Fundação Oswaldo Cruz y la Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), ha sido relevante en la formación de cuadros. Es necesaria, sin embargo, una articulación más perenne, orgánica e institucionalizada que no se limite a la contribución de profesionales comprometidos en la mejora de las condiciones de trabajo y la salud de las y los trabajadores.

En algunos Centros de Referencia existe ya una experiencia acumulada de actuación en consonancia con las premisas de la VISAT, como los casos vinculados a los accidentes de trabajo, al sector cañero, a la prohibición del amianto en procesos de producción y de consumo, a los agrotóxicos, a los frigoríficos, a la vigilancia de la exposición al benceno en puestos de combustibles, entre otros.

La tónica de un programa adecuado debería ser la de formación-acción, teniendo como referencias más actuales las directrices de vigilancia y las prioridades de diversos niveles. Algunas experiencias ya fueron desarrolladas en esa dirección, como el programa de vigilancia a los accidentes de trabajo en el estado de São Paulo, en el sector de frigoríficos y con pescadores artesanales.

En realidad, faltan planes operativos en los diversos niveles que consideren la heterogeneidad de los Centros de Referencia en Salud del Trabajador, tanto en relación con los problemas del territorio en los que están insertos, como a la capacidad de respuesta de los equipos. Falta también un diagnóstico preciso del marco nacional, construido de forma participativa por gestores y técnicos, que pueda servir de referencia para la elaboración de propuestas y el establecimiento de prioridades, metas y medios para alcanzarlas. Sin embargo, algunos eventos temáticos segmentados por sectores productivos considerados prioritarios para la vigilancia o que tratan de la socialización de experiencias se han mostrado altamente provechosos como, por ejemplo, los realizados sobre la cuestión de los agrotóxicos, que son claramente una prioridad nacional. La implantación del modelo de vigilancia de poblaciones expuestas a agrotóxicos se considera una de las estrategias enfocada, particularmente, a los Centros de Referencia ubicados en áreas rurales.

De la misma forma que en otras instancias de participación de los usuarios en el sector salud, la representación de las y los trabajadores en la Comisión Intersectorial presenta diversas fragilidades. Se observa hoy un bajo nivel de movilización de las organizaciones de clase, que repercute en la poca efectividad de las estructuras de control social para garantizar la priorización de acciones de atención en salud de las y los trabajadores en los planos estatales y municipales de salud. Cabe destacar, sin embargo, varios avances observados en las reivindicaciones de atención de la salud en los sindicatos rurales.

Con relación a la Comisión Intersectorial, aunque en la mayoría de los centros de referencia estatales se haya implementado, sería necesario analizar su composición, sus agendas de trabajo y su grado de participación, por ejemplo, en la formulación, en la planificación, en el acompañamiento y en la evaluación de las acciones de vigilancia. En síntesis, se carece de un cuadro calificado, suficiente y estable de profesionales de carrera que garantice la institucionalidad de políticas y prácticas, así como los cambios de directrices que sean necesarios. La inestabilidad con la que conviven muchos de ellos, con contratos precarios, viene agravada frecuentemente por la ausencia de criterios técnicos en la indicación de gestores y el predominio de motivaciones de cuño político partidista en los nombramientos.

En términos de articulación intersectorial, es importante resaltar el aporte de los miembros del Ministerio Público del Trabajo a lo largo de estos años para mejorar las condiciones y el ambiente de trabajo. A menudo son verdaderos promotores de articulaciones intersectoriales

para la formulación de demandas y adopción de medidas necesarias para enfrentar los problemas de salud de las y los trabajadores en diversos sectores productivos. Son muchos los avances obtenidos en todo el territorio nacional, a partir de las numerosas audiencias públicas realizadas, de la enorme cantidad de Términos de Ajuste de Conducta (TAC) firmados con empresas y de las acciones civiles públicas encauzadas.

Algunas consideraciones pueden ser hechas acerca de los riesgos de judicializar el enfrentamiento de los conflictos sociales y sobre cierto protagonismo del Ministerio Público del Trabajo en la conducción de acciones para mejorar las condiciones de trabajo. Sin embargo, es incuestionable la eficiente función que viene realizando, sobre todo, frente a las limitaciones o deficiencias de los órganos públicos de fiscalización y de vigilancia de los ambientes de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo-Gomez C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. En: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL, (org.). Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
2. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1963-1970.
3. Marx K. O capital, Livro I, Capítulo VI (Inédito). São Paulo: Ciências Humanas; 1978.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1679 de 19 de setembro de 2002 [Internet]. 2002 [citado 10 nov 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y997k5x9>.
5. Brasil. Lei 8080 - Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. 1990 [citado 10 nov 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/6o7qprv>.
6. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 011 de 1991 [Internet] 1991 [citado 10 nov 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9ojdnkf>.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 [Internet]. 2012 [citado 10 nov 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ydxtvpz7>.
8. Machado JMH. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4):987-992.
9. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2013;38(127):11-21.

FORMA DE CITAR

Minayo Gomez C. Reflexiones sobre la salud del trabajador en Brasil. *Salud Colectiva*. 2018;14(4):649-653. doi: 10.18294/sc.2018.2105.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.2105>