



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Sousa Santana, Vilma
Empleo, condiciones de trabajo y salud
Salud Colectiva, vol. 8, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 101-106
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73123079007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Empleo, condiciones de trabajo y salud

Employment, work conditions and health

El trabajo es un componente esencial de la vida humana. Representa las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza, que producen bienes y dan forma a las interacciones sociales, proporcionando las bases de la producción económica que se refleja en la vida social y política. El trabajo es, además, un concepto central para entender la manera en que la sociedad distribuye la riqueza y el poder e integra o excluye a ciertas poblaciones, encauzando una distribución de bienes y acceso a recursos que puede ser más o menos justa. Este es el origen de la estratificación socioeconómica que involucra no solo los patrones de consumo sino también los estilos de vida y el comportamiento (1-3). El papel central del trabajo resulta evidente cuando se usa la ocupación como estatus socioeconómico o como componente para medir la clase social. Sin embargo, las condiciones de trabajo se han ido deteriorando históricamente y se transformaron en uno de los principales determinantes de la salud, la discapacidad, la enfermedad y el padecimiento en todo el mundo (4). En un estudio comparativo mundial sobre riesgo, realizado para la Organización Mundial de la Salud, Driscoll *et al.* (5) informaron que el 37% de los dolores de espalda, el 16% de la pérdida de audición, el 13% de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 2% de las leucemias estaban vinculados a carcinógenos, partículas aéreas, riesgos de lesiones, estresores ergonómicos y ruidos relacionados al trabajo. En total, estas exposiciones son responsables de aproximadamente 800.000 muertes y más de 22 millones de años de vida saludable perdidos.

Las razones del deterioro de la salud de los trabajadores son complejas y su comprensión involucra determinantes macroeconómicos, políticos y sociales, que aumentan los riesgos biológicos, químicos, físicos y ergonómicos, y los estresores psicosociales en los lugares de trabajo. La carga económica de las enfermedades y lesiones laborales ha sido estimada en un 4% del producto interno bruto en los países desarrollados, llegando hasta el 11% en países pobres (6). Gran parte de esta carga, sin embargo, no se puede medir; esto es, el dolor emocional de los trabajadores y sus familias resultante de las discapacidades y de la pérdida de vidas. La manera en que la sociedad regula efectivamente las relaciones entre el empleador y el empleado y que moviliza recursos para mantener lugares de trabajo salubres y seguros, y sistemas adecuados de salud y seguridad laboral son fundamentales para el bienestar de los trabajadores.

DETERMINANTES ECONÓMICOS

Un determinante fundamental en la calidad del empleo y la salud de los trabajadores es la excesiva orientación de la producción económica hacia las ganancias y la acumulación de capital (7). Esto se genera de varias maneras pero, entre los factores dominantes de la sociedad moderna, se pueden

reconocer los sueldos reducidos y el ritmo e intensidad exigidos a la mano de obra, particularmente en los países en desarrollo. Los bajos salarios son una causa importante de la pobreza, y los salarios mínimos se definen usualmente por el nivel más bajo posible de supervivencia de los trabajadores (8). En países con una fuerza de trabajo excedente, evidenciada a través de altas tasas de desocupación, los sueldos pueden ser aún más bajos que los mínimos establecidos, especialmente en la economía informal, donde la regulación estatal es mínima (9). Por otro lado, el incremento de las ganancias generado a través de la aceleración del ritmo de producción, mediante una disciplina rígida impuesta a los trabajadores, produce además un rápido deterioro de la salud mental y física.

Numerosas investigaciones han mostrado que los factores predictivos del ausentismo por enfermedad se relacionaban con algunos factores planteados en los reclamos laborales, como las largas jornadas de trabajo, la sobrecarga y la presión constante, particularmente cuando los trabajadores no tienen control o tienen un control reducido sobre su labor (10,11). Adicionalmente, los modelos dominantes de desarrollo económico descuidan los impactos de los procesos de producción sobre el ambiente y la salud de los trabajadores (7). La sobreutilización de los recursos naturales, además de los modos de producción y las tecnologías sucias, generan riesgos que afectan a la salud de los trabajadores y al medio ambiente, y se puede presumir que la mayoría de estos riesgos son y seguirán siendo desconocidos y, por lo tanto, sin formas discernibles de prevención o control.

La creciente internacionalización del comercio bajo los principios de la economía de mercado condujo a cambios extensivos en la estructura de la producción a nivel mundial, afectando la naturaleza del trabajo, las relaciones entre los trabajadores y el empleo (12,13). La reestructuración de la producción dio lugar a un aumento de la desocupación, es decir, la denominada desocupación estructural resultante de un uso más intensivo de la tecnología, la informática y de las tendencias hacia una "producción flexible". Además de la pobreza, es ampliamente reconocido que un largo período de tiempo con reducidas chances de encontrar un trabajo digno afecta la autoestima y la salud mental, la salud autopercebida y la mortalidad (14). Entre los adultos jóvenes, una desocupación particularmente alta, con un futuro vacío de logros sociales y sin participación en el mercado de trabajo, fue una de las principales explicaciones de los estallidos de violencia en Francia en 2005. Después de la oleada de desocupación neoliberal, han surgido numerosas formas de subempleo, como el trabajo *part-time* o temporario, la tercerización y subcontratación, los contratos laborales informales y el empleo autónomo o autoempleo, también conocidos como formas flexibles de trabajo o trabajo precario. Como, en general, estas formas de subempleo no están reguladas o son ilegales, permanecen invisibles a las políticas estatales y carecen de protección laboral y social. En países en desarrollo estas situaciones pueden alcanzar a un 70% de la fuerza de trabajo, o aun más en algunos sectores como el de la agricultura y la construcción (9), reconocidos por la alta mortalidad debida a lesiones laborales. La inserción precaria en el mercado de trabajo es un determinante importante de pobreza debido a los bajos salarios (15) y la falta o disminución de las contribuciones salariales indirectas, como la atención médica o los seguros de salud (16).

CONTRATOS DE TRABAJO NO TRADICIONALES Y CONSECUENCIAS EN LA SALUD

Aunque existen pocos estudios sobre los efectos en la salud y la seguridad laboral de las formas de trabajo no tradicionales, una revisión de las investigaciones empíricas disponibles muestra fuertes evidencias de que están asociadas con una incidencia mayor de accidentes y de lesiones fatales, no fatales o severas que los trabajos "normales". En situaciones precarias de trabajo, es menos probable que los trabajadores informen sus lesiones o enfermedades, tengan conocimiento de los riesgos de su trabajo (17-19) y reciban capacitación y supervisión (15). Las empresas ilegales pequeñas, comunes en la economía informal, operan con procesos rudimentarios que pueden contribuir a una ocurrencia mayor de lesiones y enfermedades, y a aumentar el deterioro del medio ambiente (20). En contraste, en estudios de base comunitaria, en Brasil, no se encontraron diferencias en la incidencia de lesiones no fatales al

comparar trabajadores informales con formales (21). Es posible que, en los países en desarrollo, la poca regulación laboral, las deficiencias en el acceso al sistema de salud laboral y la falta de programas preventivos eficientes para los trabajadores de la economía formal reduzcan las diferencias esperadas de morbilidad. Es decir, en los países en desarrollo, los trabajadores formalmente contratados pueden además estar trabajando en condiciones precarias, lo que advierte sobre la necesidad de mejorar las condiciones laborales tanto para los trabajadores de la economía informal como formal. Estudios etnográficos han mostrado que los trabajadores informales tienen conocimiento de los riesgos en el lugar de trabajo, pero su preocupación central es la falta de protección social (19).

Otra dimensión de la calidad del empleo, relevante para la salud y la seguridad de los trabajadores, tiene que ver con las diversas formas de discriminación social dentro del lugar de trabajo o en el acceso al mercado laboral. La desocupación, o los trabajos precarios, son más frecuentes entre las minorías étnicas, los migrantes, las mujeres y las personas jóvenes (16,17). Los hombres negros tienen una mortalidad más alta por accidentes laborales (22) y fue estimada una mayor incidencia de lesiones laborales no fatales para enfermeros afroamericanos en comparación con sus pares blancos (23). La percepción de discriminación racial en el lugar de trabajo se asoció con accidentes laborales no fatales en zonas urbanas de Brasil (16), un país conocido como una supuesta democracia racial. Los trabajadores migrantes tienen mayor probabilidad de tener trabajos peligrosos y una prevalencia aumentada de abuso de alcohol (8). A pesar de la disminución de la mortalidad por accidentes laborales en comparación con los varones, las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades músculo-esqueléticas (24) y trastornos psicológicos (25) relacionados con el trabajo, problemas reconocidos como causas de discapacidades de larga duración, como así también mayor probabilidad de afrontar una doble carga de trabajo, al ocuparse de las tareas domésticas y del cuidado de los niños además de mantener un empleo, factor que se ha asociado con trastornos psicológicos leves (21).

DETERMINANTES POLÍTICOS

El escenario de los procesos de trabajo, la pobreza y la regulación sobre la salud de los trabajadores y los estándares de seguridad es el resultado de varios elementos que tienen matices complejos producidos, en su mayoría, por el desarrollo político de una determinada sociedad. Puede definirse como el ámbito en el cual los principios democráticos guían a las instituciones políticas y la organización social, en el que los ciudadanos son conscientes y se comprometen con estos principios, tienen cohesión social y acceso a la participación social y política, particularmente, a través de las organizaciones de trabajadores. A partir de un análisis histórico de la salud de los trabajadores en EE.UU., Cullen (4) observó que un determinante importante de los avances en las políticas era la movilización social y la efectividad de las instituciones en regular las relaciones laborales, los procesos de trabajo y la protección de la salud y la seguridad, bajo el supuesto de que la salud de los trabajadores es un asunto de la salud pública. Otros factores relacionados eran la creciente investigación científica, la difusión de información sobre salud laboral al público y a los trabajadores, y la diseminación de servicios especiales, particularmente, de vigilancia de la salud de los trabajadores orientada a la prevención. En países en desarrollo, la democracia a menudo es débil, dada la fragilidad histórica de las instituciones políticas y las altas proporciones de analfabetismo o baja educación, y resulta difícil visualizar avances en este sentido.

La comparación de los indicadores de salud de los trabajadores de los países desarrollados y en desarrollo está condicionada por las diferencias entre los sistemas de notificación, pero claramente las regiones más pobres están en desventaja. Por ejemplo, se estimó que la tasa de mortalidad por lesiones laborales en Brasil, en 2003, fue de 11,4 por 100.000 trabajadores (26), 16 veces más alta que la estimada para el Reino Unido de 0,7 por 100.000 para los años 2004 y 2005 (27). Además, las estadísticas muestran que la morbilidad y la mortalidad relacionadas al trabajo son mayores en los países en desarrollo que en los países desarrollados (28). En general, los trabajadores pobres tienen menores

niveles educativos y mayor probabilidad de obtener los empleos menos calificados (29), en los que se reconoce un exceso de riesgos laborales y una mayor tasa de lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo (30). La baja escolarización tiene sus propias raíces en la falta de oportunidades en la vida temprana, y es consecuencia del acceso limitado a un ambiente escolar bueno y atrayente. En los países en desarrollo, el trabajo infantil y adolescente es el principal determinante de la deserción y/o un desempeño escolar pobre, lo que a su vez genera una limitación de las oportunidades en la vida adulta (31). Se puede considerar que este es el comienzo de un ciclo social perverso que atrapa a los trabajadores pobres y, en particular, a sus hijos, quienes, excluidos de la escuela, no podrán salir de la pobreza y la indigencia en su vida adulta. Cualquier consideración política acerca de la mejora en la calidad del empleo tiene que tener en cuenta el acceso a la educación y las estrategias apropiadas para lidiar con el trabajo infantil y adolescente, no solo por sus reconocidos efectos en el desarrollo y la salud, sino para hacer viable el acceso a la educación. Además de generar bajos salarios y pobreza, los empleos de baja calidad, en general, no proveen oportunidades de movilidad social o desarrollo profesional, siendo en gran medida responsables de impedir el desarrollo social y económico tanto en países desarrollados como en desarrollo (10,17,32).

SISTEMAS DE SALUD Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Varios países han declarado, directa o indirectamente, que la salud es un derecho fundamental del ciudadano al asumir que la seguridad social, que incluye la protección social y laboral además de la provisión de la atención en salud, es un deber del Estado y un derecho del ciudadano (33). Esto contrasta con la tendencia de reducir la participación del Estado en las políticas sociales, particularmente en la educación y en la salud, relacionada con la implementación de las políticas neoliberales alrededor del mundo. Como resultado, en los países desarrollados y en desarrollo existen presiones para privatizar la atención de la salud o, por lo menos, sostener una política dual que incluya un subsistema controlado por el mercado y otro público para los pobres o personas sin seguro (34). Esta dicotomía también se produce en el sistema de salud de los trabajadores: por un lado, los trabajadores asegurados de la economía formal cuentan con vigilancia de riesgos en el lugar del trabajo, programas de prevención, atención en salud y seguros de salud laborales y, por otro, los trabajadores informales sin seguros, en un creciente mercado laboral no regulado, carecen de protección laboral y de salud. Brasil es un ejemplo interesante, donde la cobertura universal de los servicios de salud pública es responsable de cambios drásticos en indicadores de salud como la reducción de la incidencia y mortalidad por sida, una situación impensable, considerando el descenso del número de trabajadores asegurados resultado del creciente número de trabajos informales. Por lo tanto, las políticas concernientes a la calidad del empleo tendrían que tener en cuenta la prioridad de la organización y el financiamiento del sistema de salud laboral, además de la recomendación de cobertura universal para la protección laboral y social.

Finalmente, el trabajo es un componente importante de la vida social y económica y tiene un rol fundamental en la determinación de la salud. No es posible concebir políticas efectivas enfocándose solo en la superación de las disparidades sociales en salud sin considerar las inequidades en el acceso al trabajo digno, las oportunidades para mejorar las capacidades personales y la posibilidad de disfrutar de un ambiente estimulante, recuperando así el sentido original del trabajo como una parte importante de la vida social humana que le da humanidad a los hombres y a las mujeres.

Santana, Vilma Sousa

Doctora en Epidemiología.
Coordinadora del Programa Integrado en Salud Ambiental y del Trabajador.
Profesora, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.
vilma@ufba.br

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laurell AC. Social analysis of collective health in Latin America. *Social Science & Medicine*. 1989;28(11):1183-1191.
2. Possas C. Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989.
3. Samaja J. Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
4. Cullen MR. Personal reflections on occupational health in the twentieth century: spiraling to the future. *Annual Review of Public Health*. 1999;20:1-13.
5. Fingerhut M, Driscoll T, Imel-Nelson D, Concha-Barrientos M, Punnet L, Pruss-Ustin A, Steenland K, Leigh J, Corvalan C. Contribution of occupational risk factors to the global burden of diseases. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2005;(1):58-61.
6. International Labour Organization. Safety in numbers: pointers for the global safety at work. Geneva: International Labor Office Publications; 2003.
7. Levenstein C, Wooding J. Work, health and environment. New York: The Guilford Press; 1997.
8. Santana VS. Globalização e a saúde do trabalhador no Brasil: o que está acontecendo e o que poderá acontecer. Anais da 4a Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Feira de Santana: SBPC; 1996.
9. McKinsey&Company. Eliminando as barreiras ao crescimento econômico e a economia formal no Brasil. São Paulo: McKinsey&Company; 2004.
10. Karasek R. Labor participation and work quality policy: requirements for an alternative economic future. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1997;23(Suppl 4):S55-S65.
11. Michie S, William S. Reducing work related illness and health absences: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003;60:3-9.
12. Oechsler WA. Workplace and workforce 2000+-the future of our work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2000;73(Suppl):S28-S32.
13. Supiot A. Introductory remarks: between market and regulation: New social regulations for life long security. En: Auer P, Gazier B. The future of work, employment and social protection: the dynamic of change and the protection of workers: Proceedings of the Second France/ILO Symposium. Lyon: ILS, ILO; 2002. p. 149-203.
14. Shortt SE. Is unemployment pathogenic? A review of current concepts with lessons for policy planners. *International Journal of Health Services*. 1996;26(3):569-99.
15. Forastieri V. Improvement of working conditions and environment in the informal sector through safety & health measures [Internet]. Geneva: ILO; 1999 [citado 2 jul 2012]. Disponible en: <http://www.ifwea.org/@Bin/148785/1999ImproveConditionsThroughHS.pdf>.
16. Santana VS, Loomis D. Informal jobs and non-fatal occupational injuries. *Annals of Occupational Hygiene*. 2004;48(2):147-157.
17. Quinlan M, Mayhew C, Boyle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *International Journal of Health Services*. 2001;31(2):335-413.
18. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*. 2001;27:65-82.
19. Iriart J, Oliveira R, Araújo G, Xavier S. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2008;13(1):165-174.
20. Lowenson RH. Health impact of occupational risk in the informal sector in Zimbabwe. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 1998;4(4):264-274.
21. Santana VS, Loomis D, Newman B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35(1):16-22.
22. Loomis D, Richardson D, Wolf S, Runyan CW, Butts JD. Fatal occupational injuries in a southern state. *American Journal of Epidemiology*. 1997;145(12):1089-1099.
23. Simpson CI, Severson RK. Risk of injury in African American hospital workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2000;42(10):1035-1040.

24. Bernard BP, editor. Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back. Atlanta: US Department of Human Health and Human Services, CDC, NIOSH; 1997.
25. Lennon MC. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status and psychological disorders. *Epidemiology Reviews*. 1995;17:120-127.
26. Brasil. Anuário Estatístico da Previdência Social 2004 [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2004 [citado 1 jul 2012]. Disponible en: <http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=563>.
27. Health and Safety Commission. Health and Safety Statistics 2004/2005 [Internet]. Suffolk: HSC; 2005 [citado 2 jul 2012]. Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0405.pdf>.
28. Takala J. Global estimates of fatal occupational accidents. *Epidemiology*. 1999;10(5):640-646.
29. Williams CC, Windebank J. Paid informal work in deprived neighborhoods. *Cities*. 2000;17(4):285-291.
30. Borrel C, Muntaner C, Benach J, Artacoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour? *Social Sciences & Medicine*. 2004;58(10):1869-1887.
31. Santana VS, Roberts R, Cooper S, Bouzas J. Adolescent students who work: gender differences in school performances and self-perceived health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2005;11(3):306-313.
32. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment: two scientific challenges. *Social Sciences & Medicine*. 2004;58(8):1463-1473.
33. Rosenberg H, Peña M. Dimensions of exclusion from social protection in health in Latin America and the Caribbean [Internet]. The Year 2000 International Research Conference on Social Security Helsinki, 25-27 September 2000 [citado 1 jul 2012]. Disponible en: http://india.microsave.org/sites/default/files/research_papers/Dimensions_of_exclusion_from_social_protection_in_health_in_Latin_America_and_the_Caribbean.pdf.
34. Laurell AC. What does Latin American Social Medicine do when it governs?: The case of the Mexico City Government. *American Journal of Public Health*. 2003;93(12):2028-2031.

FORMA DE CITAR

Santana VS. Empleo, condiciones de trabajo y salud [Editorial]. *Salud Colectiva*. 2012;8(2):101-106.
