



Derechos Laborales, Sindicatos e Integración Regional en el Mercosur

grupo de trabajo del sector
salud de la ISP / Cono Sur / Brasil



PRESENTACIÓN

Se ha realizado, en Rio de Janeiro, los días 10, 11 y 12 de octubre, un seminario con sindicalistas del área de Salud de Argentina, Brasil, Chile y Paraguay, como marco de un proyecto de cooperación entre la Fundación Friedrich Ebert (FES) y la Internacional de los Servicios Públicos - ISP. También participaron como invitados sindicalistas de Canadá y de USA, además de miembros de la Secretaría de Salud del Estado de Rio de Janeiro y representantes de los trabajadores en la Mesa de Negociación del SUS en aquel estado.

En el seminario se discutió la cuestión de la globalización y de las luchas sindicales actuales, la política de salud propuesta por el BIRD, los cambios que están siendo realizados en el sistema de salud de Canadá, el ALCA y la OMC con relación a los servicios y el tema del Mercosur. Informes sobre las principales luchas de los(as) trabajadores(as) de Salud de cada país participante fueron presentados y, al final, se elaboró un plan de acción para el próximo período, incluyendo la organización de un banco de datos para el sector.

Esta publicación procura reproducir las excelentes presentaciones y la rica discusión que allí se desarrolló, sirviendo para profundizar el conocimiento sobre el tema en el medio sindical.

Jocelio Drummond
ISP Brasil

Cássio França
FES Brasil

ÍNDICE

Derechos laborales, sindicatos e integración regional en el Mercosur Grupo de trabajo del sector salud de la ISP / Cono Sur / Brasil

De Seattle a Porto Alegre: el papel del movimiento sindical

Gustavo Codas

pág. 3

La política de salud en las agencias internacionales: aspectos actuales

Nilson do Rosário Costa

pág. 9

Los cambios en andamiaje en el Sistema de Salud de Canadá

Helene Le Brun

pág. 17

Las negociaciones de servicios en el GATS y en el ALCA

Fátima Mello

pág. 27

Prospectiva sobre el Mercosur

Maria Silvia Portella de Castro

pág. 37

El Banco de Datos ISP Brasil/Observatorio Social y la Salud

Isabella Jinkings

pág. 49

Perfil de los trabajadores de la salud y seguridad social

Isabella Jinkings

pág. 55

Resumen de los informes de los países participantes

pág. 69

Consideraciones generales

pág. 71

Conclusiones del seminario

pág. 77

De Seattle a Porto Alegre: el papel del movimiento sindical

■ Gustavo Codas*

Contexto general

En el inicio de los años 80, los gobiernos conservadores de EUA (Reagan) y de Inglaterra (Thatcher) inauguraron la era neoliberal. Sin embargo, los pioneros en ese rumbo fueron las dictaduras militares de Argentina (1976-83) y de Chile (1973-90).

Con la última crisis del “socialismo real”, en el inicio de la década siguiente, la hegemonía de tal programa parecía incontestable, tanto como su diseminación por los más diversos países del mundo, lo cual se presentaba como un proceso irreversible.

La ofensiva conservadora no se hizo sin enfrentar resistencia de los sectores populares y de las organizaciones de los trabajadores, pues aún en los países capitalistas centrales hubo luchas heroicas, como las de los mineros ingleses contra la política de Margaret Thatcher y la huelga general, en Francia, a fines de 1995.

No obstante, a mediados de la década pasada, la situación cambió. Podemos

situar la fecha de inicio del nuevo período en 1994, con el levante indígena zapatista, en México que, por sus contornos, conquistó amplia adhesión en el país y llamó la atención de los movimientos sociales de todo el mundo.

Una alteración efectiva fue sentida en noviembre de 1999 con la gran manifestación ocurrida en Seattle (EUA), contra la reunión de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Ya en ese entonces repercutía con fuerza en la opinión pública la sucesión de crisis financieras que, en 1997, se inició con los “tigres asiáticos”; se extendió, en 1998, en Rusia y en la Bolsa de Valores de EUA; en 1999, en Brasil y, enseguida, en Turquía y en todo el Cono Sur. En 2001, estalló el escándalo de los fraudes contables de las corporaciones multinacionales - comenzó con la Enron, pero luego se multiplicaron en decenas de casos de otras empresas pioneras de la “nueva economía” - que rápidamente repercutieron en brutales vueltas de las bolsas de valores por todo el mundo.

* Asesor de la Secretaría de Relaciones Internacionales de la CUT.

Claro que la aplicación del proyecto neoliberal deja secuelas en la economía y en la sociedad. La propia actuación del movimiento sindical se ve debilitada por causa de las altas tasas de desempleo y de la reestructuración promovida por las empresas y el gobierno. El sindicalismo, en los diversos países, no enfrentó el neoliberalismo con la misma estrategia: hubo tanto intentos de “adaptación” como también de “resistencia”, así como casos en que los sindicatos pasaron de posturas de adaptación hasta el enfrentamiento con ese proyecto.

Las novedades de Seattle:

- a) por su composición, fue una movilización internacional, ya que llegaron a la ciudad representantes de movimientos de diversas partes del mundo;
- b) tuvo gran impacto internacional, creando una ola de otras movilizaciones con características similares;
- c) consiguió congregarse gran diversidad de tipos de organización, redes, asociaciones etc.;
- d) la heterogeneidad política, ideológica y programática de los varios movimientos que afluyeron no impidió su unificación por las calles, en la movilización y en el imaginario construido colectivamente;
- e) puso en evidencia el surgimiento de una nueva generación política, con

jóvenes de diversos sectores sociales que comenzaron una militancia directamente vinculada a la perspectiva de resistencia a la globalización neoliberal;

El *punto en común* entre los manifestantes de Seattle era la negación del orden económico mundial establecido.

Ya los sindicatos se dan cuenta que su acción es insuficiente en ese nuevo contexto. Por eso, la CUT (Central Única de los Trabajadores) viene buscando construir alianzas más allá del mundo sindical. En Brasil, la principal iniciativa en ese sentido fue el Foro Nacional de Luchas, que reúne movimientos sociales y partidos de oposición al neoliberalismo.

En el ámbito internacional, la iniciativa más importante en que la CUT está involucrada es el Foro Social Mundial.

El Foro Social Mundial - FSM

A lo largo del año 2000, fue propuesto y preparado el FSM para enero de 2001, en Porto Alegre. En su formato, se intentó mantener como características fundamentales del Foro, las mismas del movimiento fomentado por Seattle.

El Foro Social Mundial no se define como una organización y sí como un espacio. Un espacio de convergencia, de intercambio, de conocimiento mutuo y de

articulación entre aquellos y aquellas que así lo quieran. No se propone a ser una “internacional”, mucho menos a “dirigir” los movimientos, una vez que no hay obligaciones de mostrarse a favor o contra cualquier resolución establecida.

En segundo lugar, la diversidad es reconocida como un valor positivo. Al contrario de querer obligar a todos a que se organicen de la misma manera, permite que cada uno se organice como pueda y como quiera y así todos tienen su lugar garantizado.

La tercera característica es que el Foro no asume resoluciones como tal, pero establece que los participantes del espacio las asuman entre sí, o sea, que se identifiquen con campañas y banderas.

Y, finalmente, el Foro procura desenvolver dos tipos de actividades: las que los organizadores preparan buscando la sintonía con los temas *en destaque*, y los paneles y seminarios sugeridos por las asociaciones y entidades participantes.

Por otro lado, el Foro precisa buscar formas de estimular movimientos. Eso ya se consiguió pues, en realidad, una de las mayores manifestaciones del movimiento antiglobalización que sucedió en Génova, a mediados de 2001, fue construida en enero, en Porto Alegre, por la delegación italiana que acertó sobre la movilización contra el G8 ocurrida en la ciudad italiana.

Con la intención de procurar construir activamente tales espacios de convergencia, el Foro definió como estrategia la mundialización. De esa manera, la construcción del FSM de enero 2003 será precedida por la realización de otras ediciones en diversas regiones (Asia, África y Europa), en un proceso que viene involucrando miles de organizaciones sociales por el mundo. En ese sentido, hubo un Foro en Argentina, centrado en la crisis del modelo neoliberal; otro en Florencia, en Italia, incluyendo los debates sobre toda Europa, inclusive el este europeo; en enero de 2003, ocurrieron tres Foros: uno en India, para la región asiática, otro en Etiopía, para África y otro en Belém do Pará, en Brasil, reuniendo los debates de los países amazónicos.

Para el Foro de Porto Alegre, agendado para enero de 2003, se está operando con algunas directrices básicas: primero, en relación al debate, se considera importante que los movimientos y organizaciones discutan más a fondo los problemas de las estrategias para conquistar las alternativas propuestas, pues en 2001, comenzamos con una discusión crítica al orden neoliberal; en 2002, tratamos de las alternativas al neoliberalismo y, en 2003, queremos añadir a esa secuencia una discusión sobre estrategias de los movimientos para la conquista de tales alternativas.

El segundo desafío consiste en la intención de que Porto Alegre 2003 sirva como un momento importante de

articulación de campañas. Por ejemplo: existe una gran discusión, en los diversos movimientos sociales y sindicales, sobre la Conferencia de la OMC, que se hará en Cancún, en México, en septiembre de 2003. De esta forma, para nosotros, Porto Alegre será una oportunidad *clave* para trabajar la idea de que Cancún sea un segundo Seattle, en términos de impacto en la lucha contra la OMC.

Por último, sobre las novedades para 2003, nos estamos empeñando para que las discusiones no se reduzcan a los movimientos sociales, sindicatos y ONGs, sino que se extiendan también a otros actores críticos de la globalización neoliberal como partidos políticos, gobernantes, miembros de gobiernos - sea en la esfera nacional o local - y miembros de organismos de las Naciones Unidas que tengan algún grado de alianza o de diálogo con movimientos sociales. Serán las mesas de diálogo y controversia.

Además de respetar la diversidad política e ideológica de los movimientos que luchan contra la globalización neoliberal, la propuesta del FSM es darle visibilidad a esa pluralidad y crear un ambiente propicio para su convergencia.

Por lo tanto, el FSM no se propone a ser apenas una “feria de la diversidad”, sino facilitarle a los movimientos un diálogo sobre alternativas y estrategias comunes para alcanzar el “otro mundo posible”.

Colocándose de esa forma, el FSM se viene mostrando capaz de canalizar las energías de las movilizaciones iniciadas en Seattle, por eso su gran éxito y repercusión en diversas partes del planeta.

El sindicalismo en el FSM

En algunos países, los sindicatos están fuertemente *articulados*, junto con otros movimientos, en las movilizaciones contra la globalización. En otros, hacen sus propias movilizaciones por separado. Aún están los sindicatos que buscan integrarse subordinadamente al nuevo orden – esa tercera opción está cada vez más descreída.

Más allá de esas diferencias, consideramos fundamental identificar que ese nuevo ambiente político mundial, iniciado en Seattle, es favorable a la lucha por los derechos de los trabajadores. Allí tuvo fin la percepción de que habría una “hegemonía” neoliberal incontestable en el mundo, de que no existirían “alternativas” al programa conservador y se inició el periodo de crisis de legitimidad de ese proyecto impuesto por el capital financiero y grandes corporaciones a través de sus instrumentos como el FMI, el Banco Mundial y la OMC.

Para los sindicatos, interesa también observar que su capacidad de presión crece al aliarse con otros movimientos y segmentos de la población. Eso queda más

evidente si consideramos, según mencionado, que veinte años de neoliberalismo en el mundo debilitaron al sindicalismo con la imposición de niveles más altos de desempleo, con la precarización del trabajo y con los ataques a los servicios públicos. Los sindicatos continúan siendo numéricamente el principal movimiento social en la mayor parte del mundo, pero no siempre son los más movilizados o sus acciones producen más impacto en la coyuntura de sus países.

Debemos considerar también que segmentos importantes de la clase trabajadora son de difícil sindicalización. Desempleados, trabajadores precarizados y del sector informal son algunos casos muy evidentes. Así, cuando esos segmentos se expresan por medio de otros tipos de organizaciones sociales (movimientos de jóvenes, grupos culturales, asociaciones de barrio etc.), una alianza con ellos puede ser estratégica para los sindicatos.

El FSM es el espacio privilegiado para construir esa convergencia en un marco internacional, con una agenda que contemple las prioridades del sindicalismo y de los diversos sectores sociales

populares organizados de las más variadas formas.

Como respuesta a un cuestionamiento hecho por la ISP en años anteriores, hay intención de colocar más visiblemente la discusión sobre la cuestión del Estado y de los servicios públicos en las actividades estructuradas del FSM, aunque sea posible que otros sindicatos o movimientos también organicen algo sobre el tema. Aún no siendo una posición definitiva, pues depende de una reunión internacional para combinar la estructura del evento, se pensó en dos aspectos fundamentales: con relación a los derechos, una discusión sobre el libre acceso a los servicios esenciales, considerándose salud, seguridad social y educación como tales; y con relación a la organización del poder político del Estado, un debate sobre Estado, servicios públicos y privatizaciones. Teniendo en vista que este último asunto es el *centro* del neoliberalismo, sería insuficiente si el contrapunto de las privatizaciones no apareciera como una preocupación central de los organizadores del Foro Social Mundial. Así, se pretende incorporar esas cuestiones a las discusiones además de lo que los sindicatos y los movimientos propongan.

La política de salud en las agencias internacionales: aspectos actuales

■ Nilson do Rosário Costa*

Definición de salud

La OMS (Organización Mundial de Salud) ha definido salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no apenas ausencia de enfermedad o daño. Este concepto amplio implica en varias cuestiones de la política pública que trascienden mucho el escopo de intervención de la política de salud orientado para las funciones de atención y cuidado. Tales funciones son relativas a la atención hospitalaria, a las prácticas de salud pública y al cuidado ambulatorial. El acceso a los medicamentos es otro tema extremadamente importante con relación a las políticas de salud. Este conjunto de actividades del sector de salud sufre una gran presión de demanda, o sea, la formación de las necesidades del sector. Sobre ellas concentraré mi intervención.

La sociedad contemporánea utiliza las acciones específicas de atención a la salud con el objetivo de obtener una manera básica para la solución de la demanda de la salud. Existen dos procesos que ocurren en

cualquier país y que afectan estructuralmente la capacidad de respuestas de las economías nacionales: la transición demográfica y la transición epidemiológica. La primera se caracteriza por ser un problema insoluble en toda sociedad, correspondiendo al cambio en la esperanza de vida, pues las personas viven cada vez más, lo que genera aumento de la población de más edad en la composición demográfica.

La segunda, la transición epidemiológica, también es importante para la formación de las necesidades del sector, pues las enfermedades infecciosas y parasitarias tienden a tener una prevalencia muy pequeña en las causas de la mortalidad en la medida en que los cambios en las condiciones generales de vida de la población son verificados, incluyéndose en estos mejoramientos el control del impacto de la violencia sobre las poblaciones jóvenes. Existe un cambio expresivo en los modelos de morbilidad y mortalidad con la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas como causa de enfermedad y muerte.

* Profesor de la Escuela Nacional de Salud.

Tanto en la clase alta como en la baja se nota la transformación en los niveles sanitarios. Los cambios provocados por la transición epidemiológica afectan ambos grupos y, por lo tanto, no es posible decir que existan enfermedades de pobres o de ricos. La población de algunos de los países del Cono Sur, por ejemplo, tiene niveles de demandas muy complejos, en la medida en que viven los dos procesos: no solamente no resolvieron los problemas básicos que ocasionan las enfermedades infecciosas y parasitarias, sino que también enfrentan procesos estructurales que generan nuevas exigencias de cuidado para los efectos de las enfermedades crónicas y degenerativas.

La principal causa de la mortalidad en Brasil entre los pobres son las enfermedades del aparato circulatorio, por ejemplo. Este es un punto fundamental para discutir pues existe una ligera deturpación en lo que se refiere a la separación de las políticas públicas de salud entre las clases sociales. En este sentido, se supone un paquete simple de soluciones para los pobres, pues se parte del presupuesto que ellos adquieren enfermedades “ más simples”, lo que es una terrible equivocación.

Otra cuestión importante para el sector se refiere a la innovación tecnológica, que presupone cambios acelerados de equipamientos y medicamentos. Este desenvolvimiento es muy específico porque, primero, es acumulativo, no habiendo

intercambio de tecnología y sí un proceso de coexistencia, o sea, la nueva tecnología tiende a no sustituir a la más antigua. Segundo, la introducción de nuevas tecnologías no genera reducción de los costos de la atención a la salud, como en los demás sectores de la producción industrial.

Existe también la gran capacidad de innovación y sustitución de medicamentos efectuada por las industrias transnacionales, que producen las nuevas sustancias. Los sectores de investigación de esas grandes empresas son extremadamente dinámicos. Eso también afecta la capacidad de los sistemas nacionales de salud, que tienen que responder a la demanda de usuarios y profesionales de salud por esos nuevos productos.

Los cambios en la percepción de los usuarios-consumidores sobre lo que es de hecho necesario para la prestación de un buen cuidado es otro punto clave del sector salud, en la medida en que existe la creencia generalizada entre la población de que la nuevísima tecnología es siempre el mejor camino para los diversos tratamientos. De esta manera, los gestores de la salud sufren presiones constantes para la introducción de nuevas tecnologías, pues la condición de consumidores conduce a una pérdida relativa de la noción de lo que sea verdaderamente una buena atención. Por fuerza de esas percepciones, la atención a la salud ha tendido, a lo largo de estas décadas, a una

elevada complejidad, pues la demanda ha sido orientada por el principio de que mientras más hospitales, mejor sería el sistema de salud, por ejemplo.

La autonomía decisoria del médico es también un aspecto crítico para los sistemas nacionales de salud, que debe ser considerado en la formulación de políticas públicas, pues este profesional delibera con elevado grado de autonomía sobre los procedimientos con relación a los clientes, a los hospitales y ambulatorios. En este sentido, la perspectiva más democrática en las discusiones en lo que se refiere al rol de la salud, en la década pasada, tiende a problematizar y ampliar el poder contractual de los pacientes y de los gestores del sector salud con relación a la autonomía decisoria de los médicos.

Es a partir de estos temas de discusión que las agencias internacionales intentarán realizar las reformas en el sector. En realidad, en esas reformas existe una lucha entre diferentes formulaciones sobre el modo de organizar el sistema. La sociedad contemporánea ha respondido de múltiples maneras a la cuestión del modo de hacer política pública para la salud; son varias las soluciones adoptadas por los gobiernos y agencias internacionales.

El seguro social está previsto en sistemas de salud que incorporan la dimensión del corporativismo - idea creada en 1890 -, en la cual la contribución al seguro social

determina la condición de acceso a los servicios de atención a la salud. Esa dirección de la organización de la salud, basada en las corporaciones de trabajadores del mercado formal, permanece en muchos países de América Latina hasta los días de hoy, con excepción de Brasil que cambió durante los años 80, con la formación del sistema único de salud. La mayoría de las veces, la financiación de ese modelo es una ingeniería compleja, pues el seguro social es un sistema que no contempla la inclusión de los pobres y de los trabajadores del mercado informal.

Los países que optaron por sistemas más inclusivos son aquellos que adoptaron los modelos universalistas, el caso de Europa y Canadá. Basado en la noción de que todo ciudadano tiene derecho a la atención médica en condiciones iguales, en ese modelo, la salud es transformada en derecho social, no existiendo fragmentaciones en la infraestructura de la oferta de atención para pobres y ricos; empleados y desempleados etc.

EUA tiene una experiencia importante - cuyo modelo está basado en el mercado de seguro de salud - la cual está asociada a la capacidad de compra de los habitantes, pues está fuertemente fundado en la idea de que la atención a la salud es una mera mercadería. Aún así, existe una combinación entre derechos sociales y política de fragmentación del sistema de

salud por el establecimiento de la discriminación positiva de grupos sociales más vulnerables, o sea, los pobres y los viejos. De ese modo, al comprobarse el encuadramiento en una de esas categorías, el individuo adquiere un seguro especial, con cobertura específica para sus necesidades. Aún así, la exclusión es de aproximadamente 40 millones de habitantes que no consiguen comprobar la situación exigida para obtener tal seguro, tampoco pueden comprar un seguro de salud en el mercado.

En América Latina, existen países que mezclan todos esos modelos al presentar sistemas ambulatoriales poco eficientes para la población que se encuentra fuera del mercado de trabajo formal y, por lo tanto, no contribuye para el sistema de seguro social pero, al mismo tiempo, ofrece el mercado de seguro de salud para la población de alta renta, clases medias y elite de la clase trabajadora.

Las experiencias más exitosas de organización del sistema nacional de salud son las universalista-solidarias porque proporcionan amplia atención, con relativo bajo impacto sobre los gastos nacionales. Existen países que realizan un óptimo equilibrio entre los gastos con salud y los derechos de los ciudadanos, con la incorporación de nuevas tecnologías y manejando, con éxito, las cuestiones de transición demográfica y epidemiológica.

Ya las naciones que optan por el modelo de mercado tienen como característica especial el impacto sobre los gastos sectoriales. En EUA, por ejemplo, en la década de 1920, los gastos *per capita* giraban alrededor de US\$ 29; en 2000, estos gastos fueron estimados en US\$ 4.200 por año. Hubo, por lo tanto, un cambio exponencial en los gastos. Esto nos lleva a considerar que con ese modelo organizacional es imposible financiar la atención a la salud con las economías de nuestros países.

La discusión sobre salud realizada por las agencias internacionales está basada en esos datos norteamericanos y cuestionaba la posibilidad de construir un sistema de salud amplio, pues creían que no se podrían reducir los gastos sin cambios en la cesta de derechos universales. Eso generó un impacto específico en las recomendaciones sobre cuál sería el sistema que deberían adoptar para los países pobres y económicamente vulnerables a las presiones externas de bancos y acreedores.

Las políticas condicionantes de las agencias internacionales.

Las agencias internacionales cambiaron mucho durante los años 80, así como el ambiente internacional, cuando se dieron cuenta de la oportunidad de influenciar a los países dependientes, debilitados por la crisis fiscal; luego concluyeron que esos

países no conseguirían financiar los gastos nacionales. Hubo una disminución de inversiones del mercado internacional, provocando entonces el cambio en el papel de los bancos de cooperación multilateral, como Banco Mundial, FMI y también el Banco Interamericano de Desarrollo, que presentan una función particular que es la capacidad de préstamo con bajos intereses.

Sin embargo, la gran trampa de este proceso es la condicionalidad introducida en la negociación de los préstamos. Hasta mediados de los años 90, los bancos privados multinacionales salen relativamente de escena como financistas y entran las agencias multilaterales ocasionando, de esta manera, el cambio de su función estratégica. Se percibe la transferencia del papel central de negociación de los préstamos internacionales, que deja de ser efectuada por bancos privados y pasa a ser realizada predominantemente por bancos multilaterales.

Esas instituciones, hasta entonces, tenían políticas específicas para el área de infraestructura, con dos focos de actividad: uno asociado a cuestiones financieras federales (los bancos centrales de los países) y otro, destinado a la política industrial. Durante los años 80, según fue mencionado anteriormente, los bancos cambian introduciendo cuestiones sociales como objeto de preocupación y de formulación.

El primer problema colocado por las entidades financieras es la restricción de inversiones públicas de naturaleza universalista. Ocurren discusiones para la creación del nuevo universalismo, en las cuales los pobres pasan a ser la categoría básica para el planeamiento de políticas públicas por parte de los bancos. Ese proceso genera la pulverización de programas de protección social. La manera de conducción de esos préstamos, contratos y agendas fragmentadas de programas orientados para la población carente, minimiza las intervenciones en el área social y limita la sustentabilidad y la expansión de la infraestructura social universal de los países al enfocar la acción pública en los pobres.

En Brasil, por ejemplo, todas las intenciones de inversión, durante los años 90, en el área de saneamiento son consideradas, por el Banco Mundial, gastos que generan déficit público. Esto hace con que los bancos, que históricamente destinaron recursos para Brasil, como el BNDES o la Caixa Econômica, interrumpen todas las inversiones.

Ese proceso de estagnación de recursos financieros para el área social generó en América Latina la clara fragmentación de los objetivos de las políticas públicas, como si hubiera casi un *apartheid* social en lo que concierne a las estructuras de atención destinadas a los pobres. Eso es casi una restricción estructural de las inversiones de

las agencias internacionales. En esa situación, las políticas públicas no consiguieron realizar los cambios necesarios para la inclusión social, porque fue profundizado el foso entre las esferas de oferta de servicios para los pobres, para las clases medias y elite del mundo del trabajo. Este diseño resulta en una tragedia para la identidad nacional colectiva porque desconsidera la necesidad de construcción de espacios de convivencia e intercambio entre los diferentes grupos sociales en el territorio de las ciudades. El uso de servicios sociales (escuelas, hospitales, ambulatorios) de modo compartido es un camino necesario para esta convivencia y para la sustentabilidad de la propia sociabilidad.

La agenda de la reforma del sector

En esa formulación restrictiva y segmentada para el sistema de salud, la agenda de las agencias internacionales prevé el análisis de costo efectivo y del costo/beneficio como instrumento de orientación para las intervenciones sanitarias, o sea, las intervenciones de alto costo deben ser abandonadas por los sistemas nacionales de los estados pobres y vulnerables. Paquetes asistenciales básicos que lleven a mejoras de indicadores globales de salud serían más apropiados de lo que la financiación de transplantes, medicamentos para portadores de HIV o tratamientos de larga duración para crónicos renales etc. Esa formulación genera un dilema ético importante porque

los países precisan ofrecer intervenciones de alto costo y tratamientos de larga duración para grupos de riesgo y poblaciones de mayor edad que, en términos prácticos, hieren cualquier lógica de la eficiencia económica pero que son fundamentales en términos éticos y en el sentido de la defensa de la vida. Al insistir en esa lógica, las recomendaciones del Banco Mundial buscan una “colonización” de las decisiones en la salud por la lógica microeconómica que no tiene ninguna sustentabilidad bioética, porque presupone la tomada de decisiones que interfieren sobre la vida de los ciudadanos.

El movimiento sindical debe resaltar en su agenda presupuestos levantados en las primeras reformas sanitarias como:

- a) acceso universal: todo habitante del territorio, no solamente con ciudadanía, debe tener acceso universal e igualitario al sistema de salud. (Es el caso de Italia, cuya reforma de los años 70 nació como una construcción hegemónica del movimiento de los operarios);
- b) utilización compartida: ningún país puede construir una democracia con espacios separados entre pobres y ricos, como escuelas y hospitales diferenciados. El sistema de salud brasileño discrimina a los más pobres. Existe una tesis según la cual determinadas tecnologías son desnecesarias a esa camada de la

población. La financiación debe ser realizada por un único fondo fiscal, a través de la tasación de las rentas y sueldos, y tener el mismo destino, o sea, políticas sociales. En Brasil, a pesar de la última década haber sido un período recesivo, la tasación fiscal ha crecido bastante, aún así no avanzamos en el Sistema Único de Salud, que es una obra inconclusa.

- c) gratuidad de los medicamentos: es necesario políticas que co-financien o subsidien los fármacos más usados por la población. Ese tipo de gasto pesa mucho en la economía familiar con salud entre la población carente, en Brasil. Las personas mueren por falta de acceso a los remedios adecuados;
- d) sistema unificado: la idea de que una única autoridad detenga la dirección sobre el conjunto de la atención a la salud en el país. El ejemplo de Brasil es útil para este caso: es necesario una centralización del sistema de salud brasileño en la esfera del Estado, estableciéndose un nuevo modelo que regule el SUS y que regule el mercado de planes y seguros de salud.

La actualización de la agenda propuesta por los sindicatos precisa considerar la idea de adecuación a las regiones. En América del Sur, por ejemplo, existen regiones muy

pobres, densas y grandes y por eso tendrían que disponer de políticas diferenciadas para las poblaciones que habitan esos territorios. Existe también el problema de las regiones fronterizas. La Amazonia, tanto en la parte brasileña cuanto en la venezolana, necesita políticas articuladas. Tenemos actualmente riesgos terribles como la malaria y el mosquito *aedes aegypti* en los continentes americanos. Son necesarias políticas de integración transnacionales para la cuestión de la salud con la dirección de los propios países.

Además, los sistemas deben ser integrados para que se divulguen casos de éxito como el español y se aprenda con experiencias positivas como el cambio ocurrido en el tratamiento de enfermedades mentales, que pasaron del ámbito sanitario para el sociosanitario o aún las actividades de los médicos de familia que, preparados durante años para la función, presentan gran capacidad de resolución de problemas.

Por último, existe la necesidad de que tengamos el *single payer* - expresión que se mantiene en inglés por tener un significado propio – o sea, la idea de que solamente el poder público paga a los prestadores de servicio con los cuales debe negociar para que haya mejorías en el sistema de salud.

Los cambios en andamiaje en el Sistema de Salud de Canadá*

■ Helene Le Brun**

Presentación

En el área de salud y de servicios sociales, la Central de los sindicatos de Québec (Centrale des syndicats du Québec - CSQ) representa todas las categorías que trabajan en las *oficinas* regionales y en los más variados tipos de establecimientos de la red.

La CSQ, que es un miembro de la *Coalición Solidaridad Salud* (Coalition Solidarité Santé), establece como fundamentales la promoción y el desenvolvimiento de servicios públicos de calidad, principalmente en el área de salud y de servicios sociales, y la construcción de una sociedad más justa y equitativa. De esta forma, se preocupa con el futuro de nuestro sistema público de salud y de servicios sociales en los que la CSQ participa de los varios debates referentes al asunto.

Los intereses en juego descritos en este documento han sido objeto de reflexiones del *comité* sobre globalización de la *Coalición Solidaridad Salud*, durante la

preparación del Encuentro de los Pueblos, realizado en abril de 2001, y fueron actualizados a la luz de los trabajos y de los informes recientes de diversos comités ministeriales y gubernamentales, sean provinciales o federales. Claro que, a ese respecto, los elementos estudiados están en perpetua evolución.

La forma de este documento es de naturaleza deliberadamente sucinta, con la intención de establecer un panorama conciso, que permita la rápida apropiación de los temas por todos y la negación, con énfasis, del libre comercio en la salud y en los servicios sociales. De ese modo, está dividido en cinco partes:

- a) retrospectiva;
- b) estrategias de desmantelamiento de los servicios públicos;
- c) grandes tendencias en Québec y en Canadá;
- d) el libre comercio en el sector de la salud;
- e) acción y movilización solidarias.

* Traducción del francés: Alban Drouet.

** Consejera de la CSQ (Centrale des Syndicats du Québec - Central de los Sindicatos de Quebec).

Salud y globalización

a) Retrospectiva

Se pretende mostrar como las presiones de mercado son ejercidas en un estado social demócrata como Canadá, un sistema federativo con 10 provincias que pueden ser comparadas a los estados brasileños.

La responsabilidad del gobierno federal en términos de salud pública se resume a la financiación del sistema y a las grandes políticas de salud. Cada una de las provincias tiene autonomía para hacer uso de esos recursos tanto en el área específica, como en los servicios sociales; con tal que sigan los principios básicos canadienses, que son los mismos para todo el territorio.

Antes de más nada, el sistema de salud en Canadá es 100% público y universal, o sea, atiende a todos gratuitamente independientemente del nivel socioeconómico (cualquier individuo tendrá acceso al servicio sin ninguna discriminación); aparte de ser suficiente que una persona sea ciudadana canadiense con más de tres meses para disfrutar de los derechos.

Otro principio es el de integralidad, quiere decir, el sistema de salud debe cubrir todos los gastos relativos a la salud, incluso los gastos médicos, de enfermería, de diagnóstico etc. El tercer principio sería el derecho de que cualquier canadiense sea reembolsado por los gastos con salud

efectuados en el territorio nacional o fuera de él. Y por fin, la gestión del sistema es pública, o sea, el *single payer* establece que todos los servicios de salud de Canadá deban ser pagados por el gobierno canadiense.

El sistema de *seguro de salud*, tal como lo conocemos hoy, es relativamente joven pues existe hace 30 años. En 1970, se adoptó la *Ley de Seguro de Salud*, según la cual el régimen público debe financiar los cuidados médicos, permitiendo a los ciudadanos que sean tratados independientemente de sus propios ingresos. Antes de eso, el sistema de salud era totalmente privado y las personas que actualmente tienen más de 40 años tenían que pagar caro por las *cuotas* y a veces se endeudaban para poder tratarse.

La gran transformación mercantil: 1994-2005

En 1994, en la Conferencia de Miami, se dio inicio a los estudios que conducirán al establecimiento del ALCA (Área de Libre Comercio de las Américas) – incluyendo a todos los países de las Américas, excepto Cuba.

Por una increíble coincidencia, exactos seis meses después, Ottawa reduce a un tercio los *repasos* federales para la financiación de los sistemas de salud de las provincias. Es el comienzo de la quiebra del sistema público, pues los servicios

comenzaron a deteriorarse por falta de recursos. En los hospitales e instituciones públicas hay filas de espera cada vez más grandes para cirugías y para los servicios emergenciales, muchas veces, las personas esperan hasta dos días para ser atendidas.

Las promesas hechas preveían la transferencia de recursos financieros de los centros hospitalarios para la comunidad y los domicilios. Como tales recursos nunca fueron repasados, se tiene derecho, en todas las provincias, a una desasistencia pura y simple en lo que se refiere a la convalecencia, una vez que hubo una drástica reducción del período de permanencia del paciente en los hospitales. Con eso, disminuye el número de lechos, posibilitando la fusión de hospitales y el cierre de otros por parte del gobierno, ya que definitivamente no había más necesidad de ellos. Al convalecer en el hospital, las personas tenían asistencia de enfermería y de otros paramédicos, ahora no, van para casa a convalecer sin los cuidados necesarios.

Además, actualmente el sistema cubre apenas los gastos efectuados en los establecimientos del gobierno y dejó de ser tan amplio, pues gastos con fisioterapia, psicología, cuidados ópticos y dentarios para niños no son más asegurados por el seguro social *público*. Además, los servicios básicos de enfermería y los llamados *paramédicos* están amenazados por las reducciones del presupuesto: “todo va por

el mejor de los mundos”, como diría el primer ministro canadiense.

Desde hace ocho años hasta ahora, como consecuencia del deterioro del servicio público y del aumento de las listas de espera, las clases media y alta protestan afirmando que poseen medios financieros para pagar tratamiento particular lo que, por ahora, es prohibido por ley en Canadá. Sin embargo, existen partidos de derecha que preconizan el desarrollo de servicios particulares de salud, con la finalidad de compensar la salida del Estado. Con eso, existe la quiebra de solidaridad progresiva en la sociedad entre ricos y pobres.

Detrás de la profunda restricción de fondos destinados a la salud y a los servicios sociales, se ve la estrategia del Banco Mundial que pretende dismantelar el sistema de salud canadiense, para que así se deje el camino libre al desarrollo del libre comercio en el área de salud.

b) Estrategias de dismantelamiento de los servicios públicos¹

1ª: privación de recursos financieros.

El punto fundamental del dismantelamiento, se practica en Canadá desde 1995. Dada la escasez de recursos, se crea artificialmente la penuria de servicios públicos. El sistema queda deficiente y la

¹ “El Estado en un mundo en mutación”; in: Banco Mundial (1997).

población, insatisfecha, exige el derecho de pagar por cuidados médicos, una vez que no se confía más en el sistema público.

En la provincia de Québec, de 1995 a 1997, los cortes en el presupuesto en la red pública fueron de 2,2 billones de dólares canadienses, lo que equivale más o menos a 1,3 billón de dólares americanos. En 1985, el gobierno federal cubría 25% de los gastos con salud y, actualmente, cubre 11%.

Además, hubo el programa de jubilación anticipada voluntaria, en 1997, que privó a la red pública de aproximadamente 10.000 funcionarios con experiencia (10%). Esa penuria de mano de obra no fue resuelta hasta hoy.

Los establecimientos de la red pública, principalmente los hospitales, acumulan déficit sobre déficit y no consiguen salir del *negativo*. En 2001, la adopción de la *Ley de Responsabilidad Presupuestaria* de la red pública de salud y de servicios sociales prohíbe *déficit* bajo pena de tutela (lo que la nueva ley de gobierno vino a reforzar). Así, disminuyen aún más los servicios.

Otros cortes fueron proporcionados por la reducción de la contribución patronal junto al fondo de los servicios de salud y por la reducción de impuestos (3,5 billones de dólares). Eso permite al gobierno afirmar que los recursos destinados a la salud consumen 40% del presupuesto del Estado,

y que esos gastos no paran de crecer, siendo que, en verdad, son los gastos globales del Estado que disminuyen.

Québec es la provincia canadiense donde los gastos privados con salud aumentaron más rápido, pues duplicaron desde 1977. Es allí también donde menos se invierte por habitante en los servicios de salud.

2ª: descentralización.

En la práctica, significa que los cortes y el presupuesto son decididos por la federación, por lo tanto en Ottawa, y después son aplicados por las provincias que deciden lo que debe ser reducido. Así, se crea una distancia entre el lugar donde se decide el corte de recursos y el lugar donde esos cortes deben ser implementados. En 1995, fueron las oficinas regionales que tuvieron que implementar los planos de corte, luego, escogiendo prioridades. Ciertas oficinas y establecimientos se rebelaron. Québec, por ejemplo, reaccionó adoptando la ley 28, que da cabo al proceso electivo de los consejos de administración de las oficinas, así, los integrantes pasaron a ser designados por la propia provincia.

3ª: tasación

Comienza a pagarse para evitar filas de espera en la realización de análisis como los de resonancia magnética. Si la persona puede, se dirige a una clínica privada y paga por el servicio.

Tiene como objetivo, con la *tasación*, la introducción en el seno mismo de los servicios públicos, de la lógica del mercado y de la *competencia*. Eso tiene por consecuencia la quiebra de solidaridad entre los usuarios y los ciudadanos en general (un principio de usuario/pagante al contrario de un principio de compartir redistribuir recursos). Toda tasación limita el acceso a los cuidados para los más pobres - 52% de los *contribuyentes de Québec* viven con menos de 20.000 dólares por año.

En Québec, ya se ve la tasación de los servicios de apoyo a domicilio.

Una comisión del Senado canadiense propuso, recientemente, la implementación de un ticket moderador para los servicios de salud.

4ª: desreglamentación.

Bajo el pretexto de que hay una burocracia democrática inútil, quieren anular las reglas públicas relativas al bien común. Eso se traduce, generalmente, por la posibilidad de subemplear y así contornear las reglas de trabajo vigentes para el sector público. Es importante resaltar que en el sistema público de salud canadiense, con excepción de los médicos, todos los otros trabajadores pertenecen a un sindicato. Con ese tipo de tercerización, muchos paramédicos, enfermeros y auxiliares son contratados sin hacer parte de un sindicato lo que permite reducir costos para el Estado.

5ª: comunitarización.

Se trata de una retracción del Estado, que transfiere responsabilidades para grupos comunitarios, empresas sin fines de *lucro* y familias.

El caso de los grupos comunitarios es patente. El Ministerio los considera ahora como entidades que hacen parte integral de la gama de servicios públicos de primera línea. Las tareas que les entregan son bien diferentes de las campañas de prevención y de acciones colectivas que los caracterizan. El Estado entra en contacto con esos grupos para que presten servicios de salud pública, sabiendo que la función original de ellos no es esa y sí, proporcionar educación popular, organizando a la sociedad civil. La evolución forzada de esa misión es la *prestación de servicios* a domicilio durante un año, la oferta de albergues para los ancianos o aún servicios psicológicos para jóvenes.

En ese sentido, tal *repase* de responsabilidad representa pura y simplemente la creación de un servicio público paralelo, que debe responder a los mismos criterios de las instituciones de carácter público sin, por eso, sacar provecho de las mismas condiciones de funcionamiento.

Las empresas sin fines de lucro, por su vez, pasan a tener que dar lucro. Pero la actual razón de ser de ellas, de ofrecer servicios de auxilio doméstico, no basta para tanto. Así, tienen que hacer trampas

un poco más en los servicios públicos prestados a las personas, como los baños y el cambio de guardia.

Finalmente, el repaso de responsabilidades para las familias y, principalmente, para las mujeres, es generalizado en lo que toca al apoyo a domicilio. Hoy, los parientes realizan más de 80% de ese tipo de servicio.

Lo que está realmente en juego es la liberalización de los mercados. Todo servicio que no es prestado por el Estado se transforma en una mercadería que puede ser vendida y, como tal, encuadrada en los tratados de libre comercio.

6ª: privatizaciones.

Las estrategias anteriores desembocan en la sexta y última que es la privatización. Por ahora, en Canadá, no se llegó a ese punto pero ya existen grupos en la sociedad que luchan contra eso.

Actualmente, hay cuatro comisiones que estudian la evolución del sistema de salud en las provincias, cuyos informes, ya publicados, recomiendan la mayor participación del sector privado en el área de salud. El informe elaborado por el gobierno federal debe salir en noviembre, pero ya se sabe que va a querer redefinir el sector público en lo que se refiere a los principios expuestos.

Hay dos designaciones para las privatizaciones: activa y pasiva. La primera

determina que ciertos servicios no son más asegurados, como el tratamiento dentario para niños y tratamientos optométricos. Así, el gobierno se retira de esas áreas sin mayores explicaciones, dejando al sector privado ocupar el terreno. Las personas tienen acceso a esos servicios en la medida en que puedan arcar con los costos. En 2001, en Québec, el informe final de la Comisión Clair recomendó la revisión anual de la cesta de servicios en función de la *monitorización* de los costos. Seguramente, varios de ellos dejarán de ser cubiertos por el seguro social público.

Ya la privatización pasiva es aquella en la cual la falta de recursos crea una penuria de servicios que pasan, entonces, a ser ofrecidos por el sector privado. Como ejemplo, se tienen los análisis de resonancia magnética: las clínicas particulares permiten – mediante pago – que no se espere en las filas públicas.

Además, la Comisión Clair recomienda la compra de servicios privados por el sector público, lo que corresponde igualmente a una privatización.

Se privatizan los lucros, pero los prejuicios son colectivizados.

c) Grandes tendencias en Québec y en Canadá.

En Québec y en Canadá hay dos grupos que se constituyeron bajo el nombre

Coalición Solidaridad y Salud que reúnen a todos los sectores sindicales ligados al área. Realizan acciones como educación popular en todas las regiones de la provincia, abordan temas de globalización y los efectos de la privatización en el sistema de salud pública y lanzan folletos que son distribuidos a los líderes sindicales. El año pasado, hicieron una postal en la cual denunciaron todas las vicisitudes de la privatización y se la mandaron al primer ministro.

En 1996, Jacques Léonard, presidente del *Consejo del Tesoro de Québec*, declara: «los gobiernos, en el futuro, serán cada vez menos intervencionistas y cada vez más facilitadores. En esa perspectiva, aliados no gubernamentales tendrán una función más importante a respecto de la ejecución de servicios públicos. Los especialistas prevén hasta la emergencia de un tercer sector, dicho comunitario, que podría tener un papel activo en la prestación de servicios sociales.»

(desreglamentación → privatización → comunitarización).

En 1997, el informe de Guy Morneau, presidente del seguro de jubilación de Québec, posterga la creación del seguro vejez, recomendando que la guarda de las personas mayores sea hecha por el sector privado y que los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC) no sean más responsables por la prestación de los servicios a domicilio, pero sí por su coordinación.

(desreglamentación → tarificación → privatización).

En 1998, el Comité Arpin, sobre la complementariedad del sector privado para que se alcancen los objetivos fundamentales del sistema de salud, recomienda la creación de clínicas particulares afiliadas a los hospitales, además del trabajo junto a los aliados no gubernamentales: empresas, empresas sin fines de lucro, grupos comunitarios.
(privatización → comunitarización).

En 1999, el Comité consultivo de acción comunitaria autónoma delibera la política de la acción comunitaria autónoma y firma acuerdos de servicios con grupos comunitarios para la prestación de servicios públicos (147 millones de dólares para la financiación de base y 100 millones para los acuerdos de servicios).

(desreglamentación → comunitarización).

En 2001, la Comisión Clair, además de lo ya expuesto, recomienda la creación de grupos de medicina familiar con remuneración por cabeza; la creación de clínicas especializadas para pequeñas cirugías (pequeños hospitales particulares); el respeto de un principio dicho de «subsidiaridad», quiere decir, es la compra de servicios al menor precio; la creación de un fondo especial de seguro autonomía financiado por una contribución fiscal compulsoria, cobrada sobre los rendimientos individuales de toda proveniencia; recomienda que se haga uso de sistemas de seguridad complementarios; recomienda un levantamiento de los gastos correspondientes al consumo individual de

servicios; la comunitarización de los servicios y, finalmente, recomienda la creación de redes integradas de servicios.

(privación de recursos → desreglamentación → tarificación → privatización → comunitarización).

En 2001 y 2002, la Comisión Romanow, sobre el futuro de los cuidados médicos en Canadá, recomienda la revisión de los principios de la Ley Canadiense de Salud, de sus interpretaciones y aplicaciones; la revisión de los modos de financiación y de la prestación de servicios. El Comité permanente del Senado (Comité Kirby) recomienda el uso de tickets moderadores y de servicios particulares.

(privación de recursos → desreglamentación → tarificación → privatización).

En 2005: previsión para la firma del ALCA: no al libre comercio en la salud y en los servicios sociales!

d) El libre comercio en el sector de la salud.

Para el mercado mundial, la salud es antes de más nada una fuente inagotable de productos comerciales, como remedios, materiales médicos y de análisis. El abastecimiento internacional puede igualmente extenderse a los servicios profesionales como telediagnóstico, consumo de prestaciones médicas en el exterior, movilidad de los profesionales.

Todos esas áreas pueden someterse a las reglas del libre comercio y cada nueva área

«desestatizada» se transforma en un mercado abierto. Además, al abrirse un mercado en algún lugar (los hospitales particulares en la provincia de Alberta), se podrá hacer lo mismo en cualquier lugar.

Québec representa 16 billones de dólares en el mercado mundial de salud y más de 100 billones de dólares dentro de Canadá.

Los Estados intentan aumentar la eficiencia económica, perjudicada por presiones estructurales (envejecimiento, tecnología, nuevas necesidades), maximizando el rendimiento y reduciendo los gastos a través de las privatizaciones, de la supresión del carácter universal de ciertas prestaciones y de la mayor aplicación de principios comerciales, como la protección de los remedios patentados.

Hay un cambio de paradigmas: mientras, antiguamente, la salud era considerada una riqueza colectiva y una contribución indiscutible para el crecimiento cultural, social y económico de la nación, ahora se ve como un gasto sin límites, un obstáculo para el crecimiento económico.

En 1994, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) instituyó la regla del «tratamiento nacional», que obliga a los Estados a conceder a las empresas extranjeras presentes en sus mercados el mismo tratamiento (subvenciones) del cual se benefician las

empresas nacionales (empresas sin fines de lucro, que prestan servicios de auxilio doméstico), caso contrario, el Estado debe compensarlas.

La consecuencia principal de ese acuerdo es la pérdida de la soberanía nacional en materia de política pública, pues cualquier Estado puede ser procesado por el tribunal del Nafta caso haya transgresión de las reglas del libre comercio, como por ejemplo, amenazar la reglamentación relativa a la protección de patentes.

Se puede afirmar que hay un chantaje económico mundial, en la medida en que la OMS está cada vez más amordazada por los representantes de su Asamblea Mundial, cuya mayoría de los delegados proviene actualmente de empresas particulares farmacéuticas o alimentarias, el caso de la Nestlé. En 1986, Estados Unidos llegó a retirar su contribución financiera a la OMS porque se oponía a una resolución que reglamentaba los cuidados médicos particulares. De ese modo, por falta de

recursos, la misión de la OMS y su capacidad para definir políticas que prioricen la salud pública frente a los intereses comerciales están amenazadas.

e) La acción y la movilización solidarias.

Faltan tres años para firmar el ALCA. Mientras tanto, debemos utilizar todas las tribunas posibles (educación popular, medios, comisiones públicas) para denunciar las estrategias manipuladoras del Estado, como la reducción de impuestos.

No podemos subestimar el impacto de levantes populares, como los que ocurrieron en África del Sur, Brasil e India. Tenemos que dar, en nuestras vidas personales, la prioridad al servicio público para que dispongamos de la seguridad colectiva, de testes diagnósticos etc.

Debemos aumentar nuestras alianzas: grupos comunitarios, sindicatos, sociedad civil. Colectivizar la acción, ponernos de pie, enfrentar, ¡decir no!

¿Servicios para quien precisa?¹

Las negociaciones de servicios en el GATS y en el ALCA

■ Fátima Mello*

Presentación

El sector de servicios se constituye actualmente como un núcleo de los intereses de las transnacionales y de los países centrales, porque corresponde a cerca de 20% de los flujos globales de comercio y crece en ritmo más acelerado de lo que el comercio de bienes. El alcance de la definición de lo que se entiende por servicios, sumado a las amplias posibilidades de lucros abiertas por los procesos de privatización de innumerables servicios públicos, ha colocado este tema en el tope de las prioridades de los negociadores de EUA, de la Unión Europea, Japón, Canadá, entre otros, tanto en el ámbito del ALCA como en la OMC.

Qué es el GATS/OMC

El Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (sigla en inglés GATS – *General Agreement on Trade in Services*) es uno de los acuerdos existentes en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Actualmente

se encuentran en andamio negociaciones para la reforma del GATS, que vienen siendo conducidas por los intereses de países como EUA, Unión Europea, Canadá, entre otros, en el sentido de la total liberalización, desreglamentación y de la ampliación del alcance de lo que se entiende por servicios.

La reforma del GATS podrá incluir sectores esenciales y públicos, afectando de esta manera, de forma directa, derechos sociales conquistados en las áreas de educación, suministro y distribución de agua, saneamiento, correos, suministro de energía y demás sectores.

A través de este acuerdo, servicios son considerados una mercadería y, como tal, debe obedecer al criterio de la máxima liberalización y apertura al capital extranjero,

¹ Este pequeño dossier trae algunas informaciones que la REBRIP recogió sobre el asunto, para que las organizaciones de defensa de derechos puedan identificar formas de movilización que sean capaces de parar las negociaciones en andamio. Las eventuales omisiones deben ser acreditadas a la dificultad de acceso al material (julio de 2002).

* Coordinadora de la REBRIP (Red Brasileña por la Integración de los Pueblos).

de manera que maximice los lucros de las empresas (este es un sector en el que las transnacionales ejercen un amplio dominio de mercado).

Es importante resaltar que lo que fuere negociado en la OMC sobre servicios será irreversible deteniendo, esta organización, el poder de sanción sobre los países que no cumplan lo que fuere acordado. Además, es necesario recordar que todo lo que es decidido en la OMC pasa automáticamente a valer para el ALCA, una vez que éste es un acuerdo regional que debe obedecer las reglas de la OMC. Siendo así, todos los principios, directrices y alcance de las negociaciones del GATS son válidos para las negociaciones de servicios en el ALCA que, sin embargo, como veremos más adelante, va más allá del GATS en lo que se refiere a la creación de garantías a las transnacionales que actúan en el sector de servicios.

La lógica de la OMC, que orienta todos los otros acuerdos, es que mientras más se liberaliza el comercio, más se consigue crecimiento económico y mientras más se alcanza crecimiento económico, más se combate la pobreza. De esta manera, el libre comercio conduce al crecimiento y éste conduce a la reducción de la pobreza.

Principios que orientan las negociaciones en el GATS y en el ALCA

Tanto en la OMC como en el ALCA, las

negociaciones sobre servicios son orientadas por los siguientes principios².

- 1) **Trato nacional:** establece que los países integrantes le deberán conceder a las empresas proveedoras extranjeras un tratamiento igual, o no menos favorable, al que es concedido a aquellas que son locales y nacionales. Dependiendo de cómo las negociaciones transcurran, este principio podrá valer tanto para gobiernos nacionales como también para municipales y gobiernos provinciales. De esta manera, en el caso de que un gobierno quiera darle la preferencia a un proveedor local en una licitación para la prestación de determinado servicio estará prohibido de hacerlo, pues tendrá que tratar de forma igual y “no discriminatoria” a los proveedores locales y a los extranjeros.
- 2) **Acceso a mercados:** permite que empresas proveedoras extranjeras tengan acceso a los sectores de servicios de un país, basado en el principio del trato nacional.
- 3) **Nación más favorecida:** determina que cualquier preferencia concedida por un país miembro a un otro país, proveedor o empresa, debe automáticamente, ser extendida a todos los demás países, proveedores o empresas existentes en el ámbito del acuerdo. Esta medida

² “Porque decir no al ALCA”, in: REBRIP, Rio de Janeiro, marzo de 2002.

puede ser una amenaza al Mercosur, por éste ser un acuerdo que, para sobrevivir, precisa establecer algunas preferencias y, cuando el ALCA define, por ejemplo, que todo lo que es concedido al Brasil se extiende a los otros miembros del bloque, queda difícil mantenerlo.

- 4) **Transparencia:** exige que los países integrantes publiquen y comuniquen todas las leyes y reglamentaciones nacionales que se refieran a los sectores de servicios. La falta de transparencia, tanto de los países miembros como de la OMC en la conducción de las negociaciones, revela que ese principio no es cumplido, mientras que los demás son cumplidos sin excepción.

Alcance de los sectores en negociación en el GATS

Las negociaciones en andamiento en el GATS adoptan una amplia definición de servicios, existiendo propuestas de liberalización de países miembros en los siguientes sectores: servicios de construcción, computación, arquitectura, propaganda, audiovisual, consultoría, distribución, educación, energía (incluso “servicios” de petróleo y gas), servicios ambientales (que incluyen saneamiento, suministro y distribución de agua), entrega rápida, financieros, legales, logística, movimiento de personas, correos, servicios profesionales, deportes,

telecomunicaciones, turismo (y sus respectivas cadenas de hoteles, restaurantes, agencias de viajes y servicios de guías turísticos), transportes (aéreo, marítimo, incluso administración de aeropuertos y puertos). O sea, las negociaciones en andamiento en el GATS comprenden todo lo que existe entre el cielo y la tierra, con el objetivo de liberalizar al máximo cualquier “restricción” existente.

El GATS define que las medidas tomadas por los países participantes en el área de servicios deben ser válidas para las autoridades centrales, regionales y locales, o sea, los países miembros deben asegurar que los compromisos firmados bajo este acuerdo sean observados también por los gobiernos provinciales y municipales.

Los defensores del GATS argumentan que el acuerdo preserve los servicios públicos de las negociaciones para liberalización, ya que prevé excepciones en el caso de “servicios ofrecidos en el ejercicio de la autoridad gubernamental”, cuya definición es: un servicio que “no es ofrecido en base comercial ni en competencia con uno o más proveedores de servicios”. Simplificando, si el sector público de educación o salud de un país convive con la oferta de servicios privados, como es el caso brasileño, el GATS entonces considera que tales sectores deben sujetarse a sus obligaciones de liberalización, ya que, junto con la “autoridad gubernamental”, conviven

establecimientos con base comercial y más de un proveedor.

Solamente si un sector presenta únicamente la cobertura pública está fuera de las negociaciones. Aún así, en el caso de Canadá, donde algunos sectores son exclusivamente públicos pero los ciudadanos tienen que pagar una tasa por el uso, los EUA comprenden que eso manifiesta una base comercial y, por lo tanto, tiene que ser objeto del ALCA.

El GATS define que el comercio de servicios ocurre según 4 modos básicos de provisión:

- 1) prestación de servicios transfronteros, o sea, desde el territorio de un país miembro hasta el territorio de cualquier otro país miembro;
- 2) consumo en el exterior, o sea, en el territorio de un país miembro con el objetivo de consumo de servicios ofrecidos por cualquier otro país miembro;
- 3) presencia comercial: cuando un proveedor de servicios establece presencia comercial extranjera en el territorio de cualquier otro país miembro. Este es el llamado Modo 3, que ha sido objeto de importantes discusiones en el ámbito del ALCA;
- 4) movimiento de personas físicas: cuando existe presencia de personas en el territorio de cualquier país miembro, enviadas por proveedores de servicios de un otro país miembro.

Cómo los países se comprometen a liberalizar servicios en el GATS y en el ALCA

En el GATS, el principio del trato nacional descrito es aplicado solamente a los sectores de servicios incluidos en una *lista de compromisos específicos* elaborada por los países, en que se establecen los sectores en los cuales cada nación se dispone a aplicar a las reglas de liberalización, son las *listas positivas*. En el caso del ALCA, las negociaciones están siguiendo el modelo del Nafta (Acuerdo de Libre Comercio entre EUA, México y Canadá), defendido por EUA, de las llamadas *listas negativas*, en las cuales todos los sectores son liberalizados, a excepción de aquellos indicados como reservas o excepciones.

En el GATS, los países miembros que se comprometen a abrir a las transnacionales determinados sectores de servicios, por medio de la referida *lista de compromisos específicos*, están prohibidos de mantener o adoptar las siguientes medidas: limitar el número de proveedores de servicios (en forma de cuotas, monopolios u otras); limitar el valor total de las transacciones, así como el número de operaciones que involucren servicios; limitar el número total de personas que pueden ser empleadas en un sector particular de servicios; y, finalmente, limitar la participación de capital extranjero (como establecer el porcentaje máximo para la participación accionaria de capital extranjero).

Es importante subrayar que, aunque exista la posibilidad de que los países miembros presenten *listas de compromisos específicos*; en la reforma que está en andamiento en el GATS países como EUA, Unión Europea, Japón y Canadá están presionando para que sean insertadas nuevas reglas válidas para *todos* los miembros de la OMC y para *todos* los servicios, independientemente de que los países se hayan comprometido o no a abrir estos servicios al extranjero³. En la práctica, por lo tanto, el supuesto derecho de los países de decidir cuáles serían los sectores que desean abrir puede estar cesando, lo que valdrá también para el ALCA, que por definición, hasta puede tener reglas más liberalizantes que la OMC (puede ser *OMC-plus*), jamás puede ser menos que ella.

Servicios en el ALCA: más allá del GATS

Las negociaciones sobre servicios en el ALCA son una prioridad para EUA. Las empresas proveedoras de aquel país tendrán mucho a lucrar con la amplia liberalización y desreglamentación del sector. Además de partir del nivel de las *listas negativas* mencionadas, otro problema fundamental en las negociaciones de servicios en el ALCA es el estrecho vínculo con las negociaciones sobre inversiones, pues el capítulo que trata sobre ese asunto es un clon del capítulo 11 del Nafta que, por su vez, es muy similar al Acuerdo Multilateral de Inversiones (AMI), derrotado en 1998 después de una amplia

movilización internacional de movimientos sociales y de la resistencia de algunos países. Sin embargo, el AMI y todo su objetivo de darle poder a las transnacionales para que procesen a los gobiernos por “potenciales lucros no alcanzados” en función de la legislación nacional “restrictiva” está presente en el texto del Grupo Negociador sobre Inversiones del ALCA.

De acuerdo con el capítulo de inversiones del ALCA, y también con lo que actualmente ocurre en los países del Nafta, los inversores privados pasarán a tener el derecho de procesar a los gobiernos nacionales, en tribunales internacionales privados y secretos, basados en la alegación de que leyes y regulaciones emprendidas por estos gobiernos estarían impidiendo sus lucros. Ese poder de arbitraje internacional substituiría, por lo tanto, legislaciones nacionales que en muchos casos fueron conquistadas después de intensas luchas por derechos y por políticas públicas⁴.

Ya existen muchos procesos de empresas privadas contra gobiernos tramitando en las instancias del Nafta. Canadá, por ejemplo, donde el sistema de correo es público, está siendo procesado por una empresa privada

³ “Trading Health Care Away? GATS, Public Services and Privatisation”, in: *The Corner House*, Briefing 23, July 2001.

⁴ “El Proyecto del ALCA y los Derechos de los Inversionistas – un TLCAN Plus, Un Análisis del Borrador del Capítulo de Inversiones del ALCA”; in: Alianza Social Continental –mimeo, junio de 2001.

de EUA, la UBF, que entiende que ese sistema impide sus lucros. De esta manera, el tribunal internacional configurado por el Nafta permite que esta empresa procese al gobierno y, en el caso de que Canadá pierda, tendrá que eliminar su sistema y pagar una indemnización millonaria, con el dinero de los ciudadanos canadienses, a la UBF. Existen muchos otros casos semejantes en el ámbito ambiental. El gobierno de California, por ejemplo, tiene una legislación que prohíbe el uso de determinado aditivo en la nafta y está siendo procesado por una empresa para remover esa tal legislación. Existen también casos contra municipios que prohibieron la instalación de empresas de deyecciones tóxicas.

Ese es un precedente gravísimo que ya existe en el Nafta y todo nos hace creer que el ALCA va a utilizar las mismas condiciones. El Mercosur, por su vez, afirma que no va a aceptarlas, pero no se puede creer que las presiones norteamericanas no tendrán efecto.

En las negociaciones del ALCA, EUA quiere que la presencia comercial de proveedores de servicios (el llamado Modo 3, definido por el GATS) sea reglada por el capítulo de inversiones. Eso significa que Brasil, si llega a mantener las políticas públicas en servicios sociales, podrá ser procesado por inversores y empresas proveedoras extranjeras que pretenden actuar en estos sectores, y obligado a remover sus respectivas políticas públicas. Además, dependiendo de cómo sea la evolución de las negociaciones, los amplios

derechos concedidos a los inversores extranjeros y a las transnacionales podrán valer para todos los sectores de servicios, incluso los esenciales y públicos, y para todos los niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal).

La Salud en el GATS y en el ALCA

Con relación a la inclusión de la salud en el sector de servicios, no se ha definido nada ni en el GATS ni en el ALCA, todo se encuentra aún en la mesa de negociaciones. Pero no se puede dejar de notar que la salud está comprendida en diversas categorías incluidas en las negociaciones, como por ejemplo, en la categoría de servicios profesionales, pueden ser incluidos servicios médicos, dentarios, de enfermeros, de laboratorios, fisioterapia; en la categoría de servicios sociales relacionados a la salud, están incluidos los hospitales; en la categoría de servicios financieros no existen apenas los servicios relacionados a los bancos, sino también los servicios de seguro de salud y pensión y, finalmente, la categoría de servicios ambientales presenta un impacto directo sobre la salud.

Un ejemplo de lo que está siendo propuesto a Brasil en el GATS

En marzo de 2002, la Comisión Europea (CE) presentó su lista de pedidos de liberalización a Brasil en el ámbito de la reforma del GATS. Esa lista, un ejemplo de

los riesgos que la sociedad brasileña enfrenta sin ni siquiera estar informada, está encabezada por solicitudes con relación al Modo 3 (presencia comercial). Entre ellas, se encuentra incluida la información de que el Banco Central de Brasil establece procedimientos para la transferencia de fondos para el exterior, y la respectiva solicitud para que, si el término "procedimientos" significa cualquier tipo de restricción, deba ser excluido.

Con relación al Modo 4 (movimiento de personas físicas), la CE solicita que Brasil elimine la determinación de que por lo menos 2/3 de la fuerza de trabajo tenga que ser brasileña. Solicita también que en el ítem "técnicos especializados y profesionales altamente cualificados" sean retiradas las exigencias de aprobación por parte del Ministerio del Trabajo, que exige una justificativa de la necesidad de transferencia.

La CE solicita, también, la apertura de Brasil en los siguientes sectores de servicios:

- a) profesionales (servicios legales, de auditoría, contabilidad, arquitectura, ingeniería, planeamiento urbano);
- b) *business* (computación, *leasing*, propaganda, análisis de mercado y de opinión pública, seguridad, consultoría técnica, impresión, publicaciones, traducción);
- c) correos;
- d) telecomunicaciones (la CE solicita, entre otros, que Brasil remueva la "restricción" vigente de la obligación de uso de satélites que ocupen posición notificada por el Brasil, y los derechos exclusivos de la Embratel);
- e) distribución (de vehículos automotores, combustibles, *franchising*);
- f) ambientales (la CE solicita que Brasil abra sus empresas a los servicios de recolección, purificación y distribución de agua, sumidero, saneamiento, protección con relación a la polución atmosférica y sonora, protección de la naturaleza);
- g) financieros (la CE realiza innumerables solicitudes de desreglamentación para que sus bancos puedan actuar sin restricciones de cualquier naturaleza en Brasil, entre ellas la eliminación de límites para la expansión del número de sucursales, la remoción de la prohibición de mantenimiento de cuentas en moneda extranjera etc.);
- h) turismo (la CE solicita la aplicación del principio del trato nacional en el sentido de la remoción de "discriminación" para compañías establecidas con relación a incentivos fiscales);
- i) transportes (marítimo - uso de los puertos, transporte internacional de carga y de pasajeros-; aéreo - mantenimiento de equipamiento, sistemas de computación, ventas, administración de aeropuertos - rutas y ferrocarriles);

- j) energía (la CE solicita apertura en explotación, producción, mineración, consultoría, distribución y transmisión, transporte de petróleo y gas natural).

Para cada uno de esos ítems, la CE especifica las normas vigentes en Brasil, así como su expectativa de apertura del sector. El mensaje de la CE es claro: quiere que Brasil remueva toda y cualquier regulación nacional que impida la presencia de sus empresas que actúan en estos sectores de servicios y que quieran expandir sus negocios en Brasil.

Como el plazo para la presentación de pedidos de liberalización a los países expiró a fines de junio pasado, otros países, como EUA, deben haber presentado sus pedidos pero, infelizmente, hasta el momento no tuvimos acceso a otros documentos con relación a esta cuestión.

Fechas importantes del proceso negociador del GATS:

Las negociaciones para la liberalización de los servicios en el ámbito del GATS fueron iniciadas oficialmente a principio del año 2000. A partir de marzo de 2001, salieron de la fase correspondiente a la definición de directrices y de procedimientos y entraron en la fase de negociación de acceso a mercados. Las próximas etapas serán:

30/junio/2002 – plazo para que los países presenten sus pedidos de apertura de los

sectores de servicios a los demás miembros de la OMC (solicitudes de acceso a mercados).

31/marzo/2003 – plazo para que los países que recibieron pedidos de apertura presenten sus ofertas de sectores que presentarán para las negociaciones de liberalización (ofertas de acceso a mercados).

10 a 14/septiembre/2003 – V Reunión Ministerial de la OMC, en Cancún, en México, donde sectores como inversiones y servicios (los llamados nuevos temas de la OMC) serán tratados de forma más contundente.

01/enero/2005 – conclusión de las negociaciones.

Fechas importantes del proceso negociador del ALCA:

Final de octubre/2002 – reunión ministerial en Quito, Ecuador. Las negociaciones van a ingresar en fase definitiva. Después de esta reunión, Brasil y EUA pasan a co-presidir las negociaciones.

15/diciembre a 15/febrero/2003 – período para la presentación de las ofertas de liberalización, o sea, lo que cada país va a ofrecer como sectores que serán liberalizados en el ALCA.

Febrero a junio/2003 – los otros países solicitan mejoras en las ofertas recibidas, o sea, EUA va a analizar las ofertas del Uruguay o de Chile y, probablemente, juzgarlas insuficientes.

Julio/2003 – los países presentan sus

ofertas revisadas, o sea, con sus listas más consolidadas sobre los sectores que van a ser sometidos a las reglas de liberalización. **Enero/2005** – momento del cierre de las negociaciones.

Es posible inferir que el año de 2003 será absolutamente esencial para las negociaciones de la OMC y del ALCA. En Cancún, habrá muchas articulaciones y organizaciones no solamente de las Américas, sino de todo el mundo, para obtener una solución conjunta, pues lo que aquí suceda definirá mucho de la amplitud de las negociaciones.

¿Qué hacer?

Las directrices del GATS indican que los miembros de la OMC tienen, por lo menos por ahora y en tesis, el derecho de especificar cuáles son los sectores de servicios que desean abrir al capital externo. Claro que esto está condicionado por todo tipo de presiones y de amenazas de sanciones por parte de los países centrales. Pero el gobierno brasileño, si tuviere voluntad política de mantener políticas públicas y disposición de defender posiciones duras en las negociaciones del GATS, puede excluir de su *lista de compromisos específicos* diversos sectores.

Nosotros podemos decirle no al GATS, pero es difícil que seamos oídos pues las negociaciones ya se encuentran en andamiento, por lo tanto, lo que nos resta es presionar a nuestras autoridades. En este

sentido, podemos presionar a nuestros gobiernos a que no incluyan algunos sectores, como el de la salud, en sus ofertas de liberalización. Este es el punto en el cual se encuentran las negociaciones.

Para que esto ocurra, es necesaria una amplia movilización de la sociedad y la involucración del Parlamento. Mientras las transnacionales que actúan en el sector de servicios posean *lobbies* extremadamente activos, la sociedad civil ni siquiera sabe como se encuentran las negociaciones.

Una condición esencial para que la sociedad pueda movilizarse es que se le permita el acceso a los textos de las negociaciones. Hasta hoy, no sabemos de forma consistente qué es lo que Brasil va a ofrecer para la apertura ni lo que está demandando de otros países. Solamente teniendo acceso a estas informaciones, será posible montar acciones colectivas entre las organizaciones sociales, y entre éstas y el Parlamento. Este puede ser accionado en el sentido de exigirle no apenas las necesarias informaciones, como también la inmediata suspensión de las negociaciones por parte de Brasil hasta que se examine la compatibilidad entre las reglas del GATS y la respectiva legislación brasileña.

En el caso del ALCA, Brasil puede y debe rechazar el acuerdo en bloque. Ya que la configuración del ALCA se encuentra en construcción y, por lo tanto, los países aún

no son miembros ni firmaron el acuerdo, es más fácil retirarse. En el caso de la OMC, en la cual Brasil es miembro y signatario de sus acuerdos, existirían por lo menos dos caminos: jugar duro en las negociaciones para que las reglas multilaterales de comercio sean totalmente repensadas y

reorientadas en el sentido de la necesaria regulación democrática y combate a las desigualdades y asimetrías entre y en el interior de los países; o cerrar las puertas de la OMC y fundar una organización nueva, de naturaleza verdaderamente multilateral y democrática.

Prospectiva sobre el Mercosur*

■ **Maria Silvia Portella de Castro****

Presentación

El Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil ha creado un Grupo de Reflexión sobre las Prospectivas del Mercosur, integrado por académicos, investigadores y actores directos del proceso de negociación, para el cual fui invitada. La iniciativa de la Presidencia Pro Témpore del Mercosur - ejercida por Brasil hasta el 31 de diciembre de 2002, a pesar de limitada frente a las enormes carencias y desafíos que se encuentran colocados para el Mercosur - es positiva pues busca ampliar las reflexiones sobre los caminos que deben ser seguidos, así como levantar propuestas que permitan la retomada del proceso de construcción del bloque, que está prácticamente paralizado hace dos años, en función de la crisis económica que viene castigando a los cuatro países que lo integran, principalmente a Argentina.

Como ningún otro/a representante del sindicalismo fue invitado a integrar el Grupo de Reflexión, opté por presentar un texto en el cual pretendí reunir y sintetizar un conjunto de reflexiones y propuestas

que vienen siendo formuladas por la Coordinadora de Centrales Sindicales del Cono Sur (CCSCS) para, de esta manera, garantizar que la discusión también incluya las preocupaciones y demandas sindicales.

Introducción

Como asesora sindical, vengo estudiando, reflexionando y acompañando el proceso de negociación y consolidación del Mercosur desde su inicio, participando como observadora "activa" de algunas negociaciones oficiales (algunos subgrupos) y de la constitución de la Comisión Sociolaboral y del Observatorio del Mercado de Trabajo del Mercosur - organismos ya creados para tratar sobre temas sociolaborales -, de la misma manera que la construcción del Foro Consultivo Económico Social del Mercosur.

Sea por fuerza de mis convicciones políticas e ideológicas, sea por fuerza de mis actividades profesionales junto a la CUT

*Texto presentado al Ministerio de Relaciones Exteriores el día 24/09/2002.

**Socióloga y consultora sindical, asesora de la CUT, de la CNM-CUT, de la CCSCS y editora del Correo Sindical Mercosur

y al movimiento sindical de la región – siempre analicé este proceso bajo la óptica de los intereses del mundo del trabajo y, en este sentido, defendí la tesis de que la creación, profundización y consolidación de un Mercado Común entre los países del Cono Sur y, futuramente, de América del Sur podría y debería ser un instrumento privilegiado para la generación de una nueva fase de desarrollo económico, social y político de Brasil y de la región.

Esta fue también la comprensión de los comandos sindicales (infelizmente y por distintas razones, este proceso nunca se afirmó en la agenda del movimiento sindical de forma más amplia) que, desde noviembre de 1991, decidieron colocarse de manera activa y propositiva en el proceso. En 1996 y 1997, escribí dos textos¹ en los cuales buscaba analizar las motivaciones para un apoyo a la formación de un bloque comercial y económico, ya que liberalización comercial podría significar competencia también por empleos.

Sin lugar a dudas, una de las motivaciones fue la profundización de la democracia, o sea, “en virtud del desarrollo político, en un contexto de redemocratización, semejante a los modelos económicos adoptados por los gobiernos civiles, los sindicatos de los países del Cono Sur se enfrentaron con problemas idénticos: reducción del aparato de Estado, privatización de empresas y de servicios estatales, flexibilización del mercado de

trabajo etc. La conciencia de estar frente a procesos económicos interdependientes creó en los sindicatos, por lo menos, los presupuestos necesarios a la superación de una estrecha visión nacional, además de provocar condiciones favorables a la cooperación en nivel regional.”

Otra motivación fue la obtención de mejoras en los planes social y laboral. “En la primera fase del Mercosur, las demandas sindicales se estructuraron alrededor de la Carta Social, o sea, de la construcción de un sistema de reglas laborales y sociales que garantizaran iguales derechos y condiciones de trabajo a todos los trabajadores que libremente circularían por los países del mercado integrado. (...) La agenda sindical admitía también los temas: empleo, cualificación profesional, salud y seguridad en el trabajo, pero sin duda, los discursos priorizaban la meta de un Mercosur reglado por una legislación laboral.”

Probablemente, el hecho de que la construcción del Mercosur haya sucedido en el medio de un proceso de apertura comercial generalizado, de internacionalización de los mercados nacionales y de una profunda reestructuración de los modos de producción ha ejercido gran influencia en

¹ “Cinco años de Mercosur: una tentativa de evaluación de la acción y de las perspectivas sindicales” y “El sindicalismo del Mercosur: su trayectoria y sus perspectivas en un contexto de ampliación comercial hemisférico” – ambos publicados.

la evaluación del desarrollo de la agenda sindical, de esta manera, "es posible decir que, durante el primer período de negociaciones del Mercosur, las representaciones sindicales, articuladas en la Coordinadora de Centrales Sindicales del Cono Sur - CCSCS, esbozaron, en la práctica (no se puede decir que exista una elaboración teórica), una estrategia que reflejaba, al mismo tiempo, las acciones de resistencia nacionales en defensa del modelo laboral reglado y un perfil propositivo, al formular propuestas que buscaban su inserción en la conformación macroestructural del modelo de integración."

De manera diferente a otros bloques, el sindicalismo de los cuatro países nunca fue contra la creación del Mercosur, al contrario, apoyó la idea con una postura crítica con relación al carácter estructural y a la priorización de las negociaciones comerciales, al contrario de políticas y medidas que impulsaran, de forma más directa, el modelo de desarrollo que defendía. Esta postura crítica fue acompañada, sin embargo, por una estrategia participativa que condujo a la propuesta de la creación del SGT de Relaciones Laborales ya en 1992 y a la participación de otros subgrupos considerados de igual importancia (lo que fue facilitado por el regimiento del Mercosur que permitía la presencia de observadores).

De todo eso, lo más importante es que las centrales sindicales del Mercosur se

colocaron de manera bastante pragmática, lo que les permitió construir una agenda común, orientada a aspectos más regionales que nacionales. Además, no limitaron sus formulaciones apenas a los temas laborales y sociales, entendiendo que no sería suficiente defender la protección de derechos de los trabajadores si no hubiera una política capaz de generar producción y crecimiento y, por lo tanto, empleos y mejores sueldos. Las representaciones sindicales formularon propuestas e intentaron participar de las negociaciones para la definición de la TEC (Tarifa Externa Común); propusieron, en 1994, la creación de foros tripartitas sectoriales en las áreas de industria y agricultura, para integración y complementación de las cadenas productivas y presentaron varias sugerencias relativas a la estructura institucional del Mercosur. Tal postura distingue mucho la experiencia sindical del Mercosur con relación a sus compañeros de la Unión Europea y aún más del Nafta, bloques en los cuales el sindicalismo tuvo una posición más defensiva (cláusula social, agenda restricta a temas laborales etc.) que propositiva.

Este patrimonio político y cultural es poco conocido y poco valorizado en las esferas que actúan y/o acompañan el Mercosur y puede tener un rol importante en el esfuerzo que se pretende realizar para revalorizar y profundizar el acuerdo, principalmente, reforzando las estrategias de relacionamiento externo del bloque. Esto implica la necesidad de valorización de

los temas propuestos por los movimientos sociales en la agenda principal del Mercosur, de reducir su participación en los temas sindicales tradicionales, pero también en los de carácter macroestructural, así como de los organismos ya existentes para el tratamiento de los temas y cuestiones sociales, para que los mismos puedan servir de canal privilegiado para la negociación y solución de problemas y conflictos en estas esferas.

Algunas reflexiones y sugerencias

A partir del Protocolo de Ouro Preto, en 1994, en vez de los temas macroeconómicos, políticos, sociales y estructurales pasar a tener más destaque en la agenda de negociación, al contrario, quedaron congelados y relegados al campo de la retórica. Esto se debe en gran parte a que la “harmonización macroeconómica” fue subordinada a la adopción de las políticas de ajuste fiscal y estabilización financiera – en las cuales ocuparon roles centrales la sobrevalorización cambial y delegación al mercado para la recomposición de los términos de intercambios comerciales intrabloque. Por eso, dejaron de ser adoptadas políticas integradas de financiación, tributación, de relacionamiento con los organismos financieros internacionales y se optó por una estructura institucional de bajo perfil y carácter intergubernamental.

Estas elecciones debilitaron el proceso de integración y cuando los niveles de

comercio comenzaron a caer, en 1999, los conflictos comerciales localizados pasaron a dificultar las tentativas de superación de los obstáculos. En 2001, cuando la crisis económica y social se profundizó en los países aliados y el intercambio comercial retrocedió a niveles impensados, quedó clara la fragilidad del Mercosur para sobrevivir como bloque en medio al modelo de regionalismo abierto que había elegido.

La crisis que vive el Mercosur comprueba que su continuidad exige cambios en la gestión de las políticas nacionales adoptadas en la década de 90 y evidencia la naturaleza estratégica y geopolítica de este proyecto para el establecimiento de relaciones más equilibradas y soberanas – sea en las negociaciones con la Unión Europea, sea en el ALCA, sea en las negociaciones con la OMC – considerando que, aún con debilidades, el Mercosur es el único polo de enfrentamiento de estrategias en las negociaciones con los países centrales. La agudización de la crisis social también colocó nítidamente la necesidad de una revisión de las resistencias anteriores y una mayor participación de los Estados en la formulación de políticas regionales para la retomada del proceso de construcción del bloque.

No es por acaso que en las dos reuniones de los presidentes del Mercosur, en 2002, principalmente en la de julio, las principales resoluciones se refirieron a temas sociales y de estructura institucional

(lo que se espera es que no hayan sido apenas paliativos para rellenar el vacío de la imposibilidad de resoluciones en el plan económico y comercial).

Partiendo de estas constataciones, lo que me pareció más práctico, fue trabajar sobre algunas de las resoluciones del CNC, introduciendo otros temas de igual importancia para las definiciones del próximo período.

Para facilitar la presentación trataré los temas por bloques.

I Temas sociales

En la última reunión de presidentes fueron aprobadas, entre otras, resoluciones relativas a los temas de Migraciones, Integración fronteriza – directrices, con el objetivo de armonizar la legislación migratoria y la creación de un espacio institucional específico para enfocar los problemas fronterizos - y Trabajo infantil² - de carácter retórico.

- a) Migraciones – La decisión de formular un procedimiento armonizado y uniforme en materia migratoria no proviene de la decisión de promover la libre circulación de mano de obra, sino de las demandas de las empresas para la contratación de servicios específicos con plazo determinado. De cualquier manera, eso debe exigir no apenas la armonización legislativa,

sino el acuerdo sobre cuestiones relativas a la certificación ocupacional, integralidad de la jubilación (el Acuerdo de Seguridad Social hasta hoy no fue puesto en práctica), armonización de legislación en el caso de contratos por tiempo determinado etc. O sea, es un tema que no puede ser tratado apenas en el ámbito de las negociaciones de la comercialización de servicios – debe estar bajo la conducción del área específica existente que el SGT 10 y el instrumento acordado deben añadir a la Declaración Sociolaboral y, por lo tanto, analizado por la Comisión Sociolaboral.

- b) Integración fronteriza - Algunos de los problemas cruciales con relación a las fronteras tiene un espectro más amplio (cuestiones cambial, tributaria, comercio minorista, acceso a la atención hospitalaria, contabilidad de tiempo para la jubilación y circulación de trabajadores); otros son de naturaleza localizada y podrían ser resueltos a corto plazo en el nivel local - municipal y/o provincial – (funcionamiento de aduanas, acceso a los servicios hospitalarios, unificación de los pasajes de transporte urbano etc.), siendo fundamental, por lo tanto, que el *grupo ad hoc* de fronteras tenga autonomía y autoridad para conlamar a las áreas nacionales

² Reunión CMC, Buenos Aires, 05/07/2002.

involucradas y buscar la formulación de estatutos y/o procedimientos específicos para las zonas fronterizas.

Con relación a los conflictos de orden local, no será suficiente la presencia de representante del FCES, es preciso avanzar hacia la creación de Comités de Frontera integrados por las autoridades ejecutivas y legislativas, además de organizaciones sociales locales (actualmente los comités funcionan solamente en el plano consular y de autoridades municipales) para que sea agilizada la negociación de soluciones y la sociedad local pueda participar de forma más propositiva en las tareas de integración.

También es posible percibir un alto grado de informalidad en el mercado de trabajo de las regiones fronterizas. Por lo tanto, el grupo *ad hoc* debería discutir la adopción de tres medidas concretas: 1) dotación de condiciones para que el **Observatorio del Mercado de Trabajo** del Mercosur promueva una investigación detallada del funcionamiento de ese mercado de trabajo - niveles de subocupación, de informalidad laboral y también de casos de ocurrencia de peores violaciones como el trabajo infantil y forzoso (esas violaciones son facilitadas por la circulación no oficializada de trabajadores) para buscar las formas de atenuar y/o eliminar esos problemas; 2) elaboración de un estatuto de regulación de las relaciones laborales específico para las regiones fronterizas, a ser incorporado

como parte de la Declaración Sociolaboral; 3) formación de equipos integrados de inspectores y/o fiscales de trabajo de los países en frontera, para garantizar el cumplimiento de las normas generales establecidas.

- c) Trabajo Infantil – Sin lugar a dudas es positiva la aprobación de la *Declaración para la erradicación del trabajo infantil*, principalmente por reconocer el agravamiento del problema y reforzar iniciativas ya existentes. Sin embargo, es extraña la aprobación de una nueva declaración sobre ese problema, cuando ya existe en el Mercosur un instrumento como la Declaración Sociolaboral, que prevé entre sus primeros artículos la erradicación del trabajo infantil. Como ambos documentos son “declaratorios”, la resolución de julio no puede ser considerada una evolución en el tratamiento del tema y suena como siendo meramente propagandística. Para erradicar el trabajo infantil – además de los cambios en las políticas económicas que generan el problema - es preciso fortalecer a los organismos de fiscalización y de tratamiento de los temas laborales ya existentes, pero poco o nada operantes.

Los instrumentos del Mercosur para promover la elevación de sus niveles laborales carecen de autoridad y relevancia,

no disponen de condiciones mínimas de funcionamiento y no disfrutan de espacios medianamente significativos en las agendas del GMC (Grupo de Monitorización Macroeconómico) y de la CCM (Comisión de Comercio del Mercosur). Para garantizar el cumplimiento de la Declaración Sociolaboral, aprobada en 1998, es fundamental proveer a la Comisión Sociolaboral de efectivas y concretas condiciones de trabajo³ por medio del fortalecimiento de su capacidad resolutoria, de la dotación de recursos económicos, humanos y técnicos para la realización de estudios e investigaciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la Declaración Sociolaboral y de las convenciones internacionales que los cuatro países adoptan.

Cuando se habla de prospectiva del Mercosur, se debe tener en mente que no habrá fortalecimiento de la integración si los graves problemas sociales y distributivos no fueren tratados. Además, una profundización de la integración puede traer más impactos en el plano social y laboral. Siendo así, es preciso darle condiciones efectivas de funcionamiento al Observatorio del Mercado de Trabajo y a la Comisión Sociolaboral y readecuar el funcionamiento de un organismo como el SGT de Relaciones Laborales, Empleo y Seguridad Social⁴, transformándolo en un espacio de análisis de problemas y proposición de soluciones para los mismos (sea en el plano de la negociación

tripartita, sea en la formulación de políticas comunes y en la armonización legislativa de temas que ya exijan ese procedimiento).

Otra medida que debe ser adoptada es la oficialización de la inspección de trabajo cuatripartita. Hace cuatro años, el SGT 10 desarrolla misiones conjuntas de inspección con la participación de fiscales del trabajo y de representantes sindicales y patronales de los 4 países. Esas prácticas “informales” resultaron en evaluaciones extremadamente positivas pero, por estar restringidas al intercambio de experiencias, no pudieron contribuir para la corrección de los problemas detectados. La institucionalización de esas inspecciones y dotación de autoridad a las mismas sería un instrumento de gran ayuda para el mejoramiento de los modelos laborales del Mercosur.

II Temas macroeconómicos y productivos

1. Unión Aduanera

La gran cuestión es saber lo que se pretende de hecho con el Mercosur: si una unión aduanera o una simple zona de libre comercio. Por otro lado, la situación de

³ ¿Una Comisión que se reúne de 2 a 4 veces por año, que no cuenta con recursos, ni presupuesto, no tiene un cuerpo técnico mínimo y no se caracteriza por ser un espacio de negociación de soluciones, puede efectivamente garantizar la continuidad de la aplicación de la Declaración Sociolaboral en los 4 países?

⁴ Actualmente el SGT 10 realiza dos reuniones por año, tiene una estructura de tres comisiones y varias subcomisiones, una agenda temática extensa y genérica, lo que no le permite tratar sobre los reales problemas.

debilidad actual de las economías nacionales y los enormes desafíos que tendremos en adelante en el relacionamiento externo reafirman que es preciso avanzar con urgencia para la finalización del proceso de construcción de la Unión Aduanera.

Para la retomada de este camino, es necesario tratar entre otros de los siguientes temas:

- a) revisión de la TEC. Es innegable que las alteraciones tarifarias promovidas unilateralmente por los países del Mercosur, durante los últimos dos años, sumadas a un elenco de medidas de salvaguardas intrabloque dificultan una política comercial común, sin saber exactamente cuál es la actual estructura de la TEC. En este sentido, es interesante la propuesta⁵ que la Secretaría Técnica del Mercosur realice un mapa de la TEC del Mercosur efectivamente practicada. Es preciso eliminar o añadir las “perforaciones” detectadas para que se consolide un cuadro de tarifa externa común, capaz de darle solidez al relacionamiento externo y, más que eso, capaz de ser utilizado como instrumento de política industrial. La revisión de la TEC debe tener como base la participación de los sectores privados involucrados (los cuales no fueron considerados cuando fue la definición de la TEC en 1994). Esta definición es la base para la formulación

de políticas de promoción de la creación e integración de cadenas productivas y de adopción de eventuales medidas compensatorias, además de ser la base para la negociación de acuerdos comerciales externos, como el ALCA o con la Unión Europea.

- b) servicios. La conclusión del acuerdo de comercialización de servicios debe obedecer la misma mecánica y no estar condicionado apenas a los términos ya acordados por la OMC y a las ofertas de listas positivas de cada país.
- c) integración fiscal y tributaria. Además de la revisión de la TEC, es preciso tratar con prioridad la unificación de las políticas fiscal y tributaria, reduciendo la carga pesada que actualmente penaliza la producción y el comercio en los cuatro países – pues, es innegable el factor distributivo que una reforma tributaria puede traer - así como adoptar medidas que faciliten el crédito y el acceso a financiaciones, con líneas especiales para las pequeñas y medianas empresas.

2. Producción Industrial y Agrícola

La motivación para la constitución de foros de competitividad sectorial – restrictos aún a algunos sectores de la industria – es

⁵ Propuesta del director de la Fundación Centro de Estudios del Comercio Exterior (Funcex), Ricardo Markwald, en el seminario “Avances o Retrocesos del Mercosur”, realizado el día 20/09/2002, por el Centro Brasileño de Relaciones Internacionales (Cebri).

la integración de las cadenas productivas en algunos sectores con el objetivo de aumentar las exportaciones extraregión. Para cumplir la función de palanca de la producción esos foros tripartitos deben fundamentar la formulación de políticas y medidas de promoción de la producción industrial, agrícola y agroindustrial regionales, orientadas no apenas para la exportación sino para la complementación y desarrollo de los mercados de consumo y trabajo nacional y regional.

Para eso, es preciso seleccionar más sectores con viabilidad productiva y capacidad de generación de empleos y los gobiernos no pueden reducir su participación al rol de facilitador de negocios y articulaciones empresariales. En general, son las grandes empresas las que disponen de condiciones para promover la cooperación y/o complementación productiva a través de su actuación en el mercado – su rol hegemónico en la cadena productiva y su volumen de capital les permite construir redes de producción y comercio, sin el apoyo o sostén de políticas específicas de los Estados. Pero la pequeña y mediana empresas no disponen de las mismas condiciones (fragilidad tecnológica y financiera, no disponen de estrategias de marketing etc.) y sin embargo son capaces de generar más empleos y pueden integrarse también a redes productivas que sobrepasen el Mercosur atrayendo, por lo tanto, inversiones.

Para dar un ejemplo, citamos al sector de la industria naval, actualmente totalmente desmantelado. Sin embargo, el Mercosur participa de un proceso de integración de áreas de infraestructura en América del Sur, que prevé la construcción de hidrovías que aumentarán la utilización de barcos y navíos adecuados para la navegación de cabotaje. La articulación de este proyecto con el fomento de la producción naval es por lo tanto bastante posible, lo que puede ser viable a través de la adopción de medidas de apoyo público (crédito, financiación, compras gubernamentales) que podrían promover la retomada de la producción del sector, utilizando la estructura de astilleros aún existente en Brasil y apoyando la producción de partes en los otros países – la potencialidad que podría tener el sector – teniendo en vista un hipotético crecimiento del transporte marítimo - interesaría y atraería inversores y asociaciones con empresas de España e Italia, relación facilitada por las negociaciones Mercosur y Unión Europea.

Sobre todo, los Foros de Competitividad deben servir para elaborar proyectos de reactivación industrial y formular propuestas de medidas públicas (crédito, tributaria, investigación, desarrollo etc.) que le permitan al Mercosur disponer a mediano plazo de una política industrial y agrícola regional.

3. Empleo

En el Mercosur el tema empleo siempre estuvo vinculado apenas al área de tratamiento de los temas laborales – lo que

es una gran falla, pues empleo y capacitación profesional son elementos centrales en la definición de políticas de producción y de desarrollo.

Inicialmente, es necesario reconocer la emergencia del problema del desempleo y las consecuencias sociales que el mismo produce y, coherentemente, priorizar la adopción de algunas medidas inmediatas, entre las cuales es posible proponer:

- a) en primer lugar, incluir la generación de empleo entre los temas tratados por el Grupo de Monitorización Macroeconómico. El establecimiento de metas fiscales, de control de inflación, cambio etc.– no debe tener como finalidad única la estabilidad financiera y el cumplimiento de los acuerdos con el FMI – debe fundamentalmente estar asociado, y a servicio, de una política de generación de empleo y de mejoramiento de la distribución de renta. En este sentido, deben ser establecidas metas también para la elevación del nivel social (educación, salud);
- b) discutir sobre la creación de un Fondo de apoyo a los desempleados (para la atención frente a situaciones emergenciales);
- c) además de los instrumentos que ya están siendo analizados (BNDES, BID, CAF etc.) es posible pensar en una articulación y asociación entre los Fondos de Pensión – en los cuales los

sindicatos y empresas pueden desempeñar un papel decisivo – para definir líneas de financiación y crédito orientadas para sectores y/o regiones que puedan generar resultados rápidos y empleos.

III Reforma de la estructura institucional

Además de la estructuración de la Secretaría Técnica y de la implementación del Protocolo de Olivos, es fundamental que el Mercosur profundice su estructura institucional, como también, principalmente, reestructure sus diferentes organismos y espacios de negociación, a través de la racionalización y articulación de sus agendas.

En 1994, fue creada la Comisión de Comercio (CCM) para realizar la gerencia del proceso para la finalización del ZLC (Zona de Libre Comercio) e instalación de la UA (Unión Aduanera). La CCM, a través de sus comités y grupos *ad hoc*, pasó a tratar de los principales temas en el plano comercial, subordinando incluso en varios momentos las agendas y actividades del SGTs (por ejemplo, los temas del azúcar, el acuerdo automotor etc.). Tal relación precisa ser invertida.

Es fundamental que las áreas que involucren infraestructura y producción pasen a tener un rol preponderante y se integren en una Comisión de Políticas

Productivas y Empleo – que deberá ocuparse de los temas vinculados a la reconversión, promoción y complementariedad de la cadena productiva, generación de empleos, promoción de la exportación, desarrollo tecnológico etc., así como la adopción de mecanismos para la disminución de los desequilibrios regionales. Debe abarcar en su estructura los subgrupos de industria, agricultura, transporte, energía, minas, telecomunicaciones, microempresas, cooperativas etc.

Con el mismo objetivo, debe ser creada una tercera Comisión de Políticas Sociales y

Medio Ambiente y, de esta manera, propiciar la formulación e implementación de una política comunitaria de desarrollo social. Para tanto, deberá integrar los subgrupos y reuniones especializadas y ministeriales de tratamiento de temas como derechos humanos, laborales, salud, educación, medio ambiente.

Las dos nuevas Comisiones deben tener la misma jerarquía que la Comisión de Comercio y capacidad para incidir y condicionar el desarrollo de las actividades de armonización y monitorización macroeconómicas.

El Banco de Datos ISP Brasil/ Observatorio Social y la salud

■ Isabella Jinkings*

En Brasil, la aplicación de políticas gubernamentales de reducción de la presencia del Estado y de la reestructuración de los servicios públicos, orientadas por el Banco Mundial y por el Fondo Monetario Internacional, ha sido una de las grandes preocupaciones del movimiento sindical brasileño. Hasta ahora, la privatización y desreglamentación de los servicios vienen acompañadas por críticas con relación a la disminución de la calidad de los servicios, la subida de los precios y tarifas, y a los efectos sobre el empleo, sueldos y derechos de los trabajadores y trabajadoras en estos servicios. Las principales beneficiadas son las grandes empresas multinacionales, que pasan a controlar actividades vitales para la sociedad brasileña.

En este sentido, informaciones sobre las acciones de las empresas transnacionales en los sectores de agua y saneamiento, salud y recolección de basura se tornan vitales para la acción sindical en la actualidad. De la misma manera, es importante conocer las experiencias de los demás países en sus reformas y privatizaciones.

Para contribuir con sus entidades afiliadas en el país, la ISP Brasil desarrolla un proyecto que prevé la difusión de la base de datos de la unidad de pesquisa de la ISP con sede en Londres, Inglaterra, Public Services International Research Unit (PSIRU), así como la implantación de una base de datos parecida en nuestro país. Para tanto, fue firmado un convenio con el Observatorio Social – organización creada en conjunto con la CUT (Central Única de los Trabajadores), CEDEC (Centro de Estudios de Cultura Contemporánea), DIEESE (Departamento Intersindical de Estadística y Estudios Socioeconómicos) y Unitrabalho.

El Observatorio genera y organiza informaciones consistentes sobre el desempeño social y laboral de multinacionales. Las pesquisas están basadas en las convenciones de la OIT sobre libertad sindical (87 y 151), negociación colectiva (98 y 135), discriminación (100 y 111), trabajo infantil (138 y 182), trabajo forzoso (29 y 105) y seguridad y salud (148, 155, 170 y 174).

* Investigadora del Banco de Datos de la ISP/Observatorio Social.

Ya fueron investigadas por el Observatorio Social las siguientes empresas: Wal-Mart, Parmalat, Light (EDF), Embratel (MCI), Bompreço (AHOLD), Banco Santander, Arisco/Unilever, Honda, Vicunha, Odebrecht, Mapol y Nokia. Basado en sus investigaciones, el Observatorio Social coloca a disposición en el *sitio* www.observatoriosocial.org.br la base de datos, los informes de investigaciones, perfiles de compañías, artículos y publicaciones.

El PSIRU, banco de datos de la ISP con sede en la Universidad de Greenwich, Londres, fue fundado en 1998 con el objetivo de realizar investigaciones sobre privatización de los servicios públicos y su relación con el proceso de globalización. El foco principal del PSIRU actualmente está en los sectores de saneamiento, energía, recolección y tratamiento de basura y salud pública. El equipo del banco de datos cuenta con ocho investigadores: siete en Greenwich, divididos por área temática, y uno en la Universidad de Cardiff, que estudia relaciones laborales.

Este equipo mantiene una base de datos sobre multinacionales y privatización que comprende la monitorización de actividades de adquisición y fusión, el acompañamiento de desempeños financieros, índices de desempeño, precios, financiación, niveles de empleo y relaciones políticas, incluyendo prácticas de corrupción. Además, elabora estudios sobre

los siguientes temas: el desempeño de las compañías privatizadas, el perfil de las grandes multinacionales, desarrollo regional y/o sectorial y relaciones sindicales y laborales. El *sitio* www.psiru.org coloca a disposición informaciones y noticias sobre las compañías, además de sus informes y publicaciones.

El PSIRU está actualmente discutiendo proyectos de investigación en conjunto con universidades y sindicatos de varios países, cuyos principales puntos son:

- a) vínculos electrónicos entre bases de datos e intercambio de información sobre privatización en los países (con sindicatos y universidades en Brasil, Canadá, India, África del Sur y España);
- b) investigación sobre la viabilidad de la gestión y la financiación del saneamiento por el sector público (con investigadores de varios países incluyendo: Bolivia, Brasil, Finlandia, Alemania, Italia, España, África del Sur, Filipinas, Australia);
- c) investigación en relaciones industriales, negociación colectiva, sueldos y condiciones de trabajo, sobre multinacionales del agua y de saneamiento y energía (con la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de Cardiff). El proyecto del banco de datos de la ISP Brasil/Observatorio Social tiene como foco los sectores de la administración pública,

saneamiento, salud, recolección y procesamiento de la basura. El proyecto tiene como objetivo general subsidiar al movimiento sindical brasileño e internacional con informaciones sobre servicios públicos y su principal acción es la implantación de un banco de datos compatible con el del PSIRU. Para tanto, pretende divulgar el banco de datos del PSIRU, mantener un intercambio de informaciones con sus investigadores, recolectar datos sobre el sector de saneamiento en Brasil y realizar una investigación preliminar sobre recursos humanos en el sector de salud.

El banco de datos de la ISP Brasil mantiene un boletín electrónico semanal, *Em Dia*, que presenta una síntesis de las principales noticias vehiculadas en la gran prensa y en la prensa sindical. Además, realizó un seminario de entrenamiento para uso del banco de datos y discusión sobre el planeamiento de las actividades del proyecto, en Florianópolis, los días 24 y 25 de noviembre de 2001. Este seminario contó con casi treinta participantes de los sectores de agua y saneamiento, limpieza pública, trabajadores municipales de salud y funcionarios de la seguridad social. El objetivo no fue apenas el entrenamiento de los dirigentes sindicales para el uso de la base de datos, sino también la presentación del proyecto y la discusión de las prioridades de demandas del Banco de Datos en cada sector.

En el *sítio* del Observatorio Social, existe un espacio exclusivo para el Banco de Datos, llamado Servicio Público. Aquí se encuentran disponibles los perfiles de diez compañías nacionales de saneamiento mostrando, de manera organizada y sintética, los principales datos disponibles sobre las empresas. Estos ayudan a comprender la posición de las compañías en el sector, su relación con los trabajadores, histórico, situación financiera, registro de datos, directorio, composición accionaria, datos sobre los trabajadores y sus sindicatos, informaciones sobre la cadena productiva, entre otros.

Está programada para este año la preparación de un perfil sobre la compañía Vega Engenharia Ambiental, controlada por la multinacional francesa Suez-Lyonnaise, a través de su subsidiaria en el sector de limpieza pública, Sita. Además, está en fase final de elaboración un perfil de trabajadores en seguridad social y salud. También vamos a colocar a disposición otra traducción de un estudio del PSIRU, adicionalmente a los que ya fueron traducidos "Agua en manos públicas" y "La privatización del agua en América Latina". Importante también es la publicación en el *sítio* de los acuerdos colectivos del sector público, que ayudan a comprender cuáles son las posiciones de las empresas con relación a los trabajadores, cuáles son las conquistas ya adquiridas por los sindicatos y lo que aún falta para ser realizado.

En el área de salud, la prioridad que resultó del seminario citado, realizado en Florianópolis, fue realizar un levantamiento sobre recursos humanos y reunir informaciones preliminares sobre modelos de contratación, incluyendo datos sobre sueldo y jornada. Por lo tanto, el objetivo del artículo es realizar un reconocimiento de las fuentes de investigación virtuales sobre recursos humanos del área de salud.

En Brasil, existe una red de instituciones de investigación, la Red Observatorio de Recursos Humanos en Salud, que es coordinada por la Secretaría de Políticas de Salud, del Ministerio de Salud, de la cual hacen parte los siguientes núcleos de estudio:

a) Instituto de Medicina Social de la UERJ: en el *sítio* existen datos sobre formación en el área de salud: instituciones y estadísticas sobre candidatos, matrículas y egresos. (en portugués).

■ <http://www.obsnet.ims.uerj.br>

b) Escuela Nacional de Salud Pública: está disponible un estudio sobre el perfil sociodemográfico y económico de los médicos y enfermeros del Programa Salud de la Familia. La metodología utilizada en este estudio fue un *survey*¹, que alcanzó respuesta de 59%, realizado en 1999. También es posible tener acceso a los "Cuadernos de Salud Pública", desde 1996 hasta hoy en día, con los

artículos completos. (en portugués).

■ <http://www.ensp.fiocruz.br>

c) Núcleo de Estudios en Salud Colectiva de la Facultad de Medicina de la UFMG. En la "Estación de Pesquisa de Señales del Mercado de Trabajo en Salud" es posible encontrar los boletines Señales del Mercado de Trabajo en Salud. El n.º 1, de ene.feb.mar./2000, tiene como tema "Empleo y Tercerización", cuyos datos fueron levantados en la Relación Anual de Informaciones Sociales (RAIS) y en el Registro (*Cadastro*) General de Empleados y Desempleados (Caged), ambas bases de datos del Ministerio del Trabajo. El boletín n.º 2, de abr.may.jun./2000, es sobre "Salarios", basado en los datos del Caged. (en portugués).

■ <http://www.medicina.ufmg.br/nescon>

d) Observatorio RH NESC / UFRN. En este *sítio* se encuentran textos sobre gestión de recursos humanos, sobre formación y capacitación, estudios de perfil de gerentes hospitalarios, enfermeros alumnos de especialización, profesionales de salud bucal, vigilantes sanitarios y gestores municipales del Estado de RN. Existe, también, un banco de datos de instituciones de formación y

¹ *Survey* es un método de investigación realizado basado en respuestas de cuestionarios cerrados.

monografías, disertaciones y tesis para *download*. (en portugués).

■ <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br>

- e) Núcleo de Estudios de Salud Pública/ Centro de Estudios Avanzados Multidisciplinarios/UnB. Están disponibles diversos textos sobre formas de contratación, regímenes de trabajo y gestión de recursos humanos. Además, existen datos sobre las formas de contratación del Programa Salud de la Familia, regímenes de trabajo en la administración pública y datos extraídos de los boletines “Señales del Mercado de Trabajo en Salud”. (en portugués).

■ <http://www.pessoalsus.inf.br>

Otros sitios son:

- Ministerio de Salud. El portal del Ministerio de Salud brasileño cuenta con diversas informaciones destinadas al profesional de la salud y también tiene una biblioteca virtual. (en portugués).
■ <http://portal.saude.gov.br/saude>
- Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Es el *sitio* más completo, con muchos datos y textos disponibles para *download*. Existe una organización de los datos también por países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Honduras y México. Haciendo clic en uno de ellos existen datos, textos y *enlaces* para otros *sitios* específicos en cada país. También es posible tener acceso a la legislación provincial y municipal sobre salud, además de una extensa lista de *sitios* sobre salud pública. Vale la pena destacar el enlace Scielo, que es un portal de revistas científicas, en el cual se puede realizar una pesquisa por tema y tener acceso a textos completos de algunas publicaciones. (en portugués, con versiones en inglés y español).
■ <http://www.bireme.br>
- Organización Panamericana de Salud. La oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *sitio* brasileño tiene una publicación sobre enfermedades relacionadas al trabajo, con indicadores básicos para la salud en Brasil, disponibles para *download*. Entrando en el enlace Salud en las Américas, es posible tener acceso a informaciones sobre reforma, calidad, gestión y equidad en salud. (en portugués).
■ <http://www.opas.org.br>
- Banco de datos, textos sobre el perfil de la salud en los países de las Américas, mapas de dispersión, tabulador de datos, además de diversos artículos sobre recursos humanos en la salud. Los datos pueden, también, ser consultados por

países y regiones. (en inglés, con versión en español).

■ <http://www.paho.org>

- Sistema de información en salud del Mercosur. Se encuentran disponibles acuerdos y acciones conjuntas en el área de la salud entre los países participantes (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), legislaciones y reglamentos, el sistema nacional de información de la Argentina, los proyectos y planes comunes a los países participantes e indicadores de datos básicos sobre salud en los países del Mercosur. (en portugués).
■ <http://www.mercosulsaude.org>
- Organización Mundial de la Salud. En el *sitio* de la OMS, pueden ser

encontrados datos básicos de salud por país y existe, también, un enlace de herramientas de investigación con la estimativa de recursos humanos en salud en diversos países, además de varias estadísticas y una base de datos bibliográfica. (en inglés, con versiones en español y francés).

■ <http://www.who.int/en>

- Cepal – Comisión Económica para América Latina y Caribe. Una importante publicación estadística es el Anuario Estadístico de América Latina y Caribe 2001, que presenta datos sobre salud en el capítulo de condiciones sociales de los países. (en español, con versión en inglés).
■ <http://www.eclac.cl>

Perfil de los trabajadores de la salud y seguridad social

■ Isabella Jinkings*

Las siguientes páginas analizan algunos datos que definen el perfil de los trabajadores, de las empresas y los niveles de empleo en los sectores de seguridad social y salud en Brasil vinculados al mercado formal de trabajo. La base de datos utilizada es la RAIS, del Ministerio del Trabajo y Empleo, alimentada por cuestionarios respondidos anualmente por las empresas.

Utilizamos los datos de las RAIS de 1995 a 2001 y el recorte sectorial realizado para la investigación fue el de salud y seguridad social¹. A partir de esta selección, fue realizado el levantamiento de los datos de perfil de los trabajadores con relación al sexo, grupo por edad, remuneración, grado de escolaridad, tiempo de trabajo y horas

trabajadas. Además, se buscó percibir la distribución de los trabajadores con relación al tamaño de las empresas y cómo viene alterándose la cantidad disponible de mano de obra a lo largo del período analizado.

Los trabajadores

1. Género

En 1995, la población formalmente contratada en los sectores seleccionados estaba compuesta por 73% de mujeres y 27% de hombres (Cuadro 1). En 2001, los porcentajes presentan poca alteración, siendo que el índice de las trabajadoras aumenta levemente su participación con relación a los hombres, índice este que cae cerca de dos puntos porcentuales.

* Investigadora del Banco de Datos de la ISP/Observatorio Social.

¹ Usamos los grupos de la CNAE 95 753, seguridad social, y 851, salud.

Sexo	Años			
	1995	1997	1999	2001
Masculino	26,87	25,39	25,22	24,86
Femenino	73,13	74,61	74,78	75,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia

Con relación al número absoluto de trabajadores, en 1995, eran cerca de 901 mil (Cuadro 2). En 2001, este número aumenta aproximadamente 7% y llega a

961 mil trabajadores en salud y seguridad social. O sea, existe casi un millón de trabajadores en estos sectores en Brasil.

CUADRO 2				
Volumen de trabajadores en seguridad social y salud por sexo				
Brasil - 1995 / 2001				
Sexo	Años			
	1995	1997	1999	2001
Masculino	242.261	240.525	233.656	238.971
Femenino	659.278	706.673	692.652	722.361
Total	901.539	947.198	926.308	961.332

Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia

2. Remuneración promedio

Según el Cuadro 3, entre 1995 y 2001, es posible observar una estabilidad en la participación del contingente de trabajadores por banda de remuneración. En 2001, casi un tercio de los trabajadores recibe entre uno y dos salarios mínimos y 68% hasta cuatro salarios mínimos.

Con relación al promedio de los valores de remuneración, se nota un movimiento de descenso: en 1995, el trabajador de salud recibía, como promedio, 4,89 salarios mínimos y, en 2001, este valor es de 4,20 salarios mínimos. O sea, existe

una desvalorización salarial de poco más de 14%.

Sin embargo, el parámetro utilizado, el salario mínimo brasileño, sufrió leve valorización en el período estudiado: entre enero de 1995 y enero de 2002², el salario mínimo brasileño alcanzó, en términos reales, casi 14% de su poder de compra. Pero, este valor aún se muestra ínfimo: en enero de 2002, el salario mínimo nacional valía 26,86% del primer SM pagado en Brasil, en julio de 1940.

² Los datos de la RAIS de rendimiento se refieren al promedio del año en cuestión.

CUADRO 3
Trabajadores en Seguridad social y salud por banda de remuneración promedio (%)
Brasil - 1995 / 2001

Banda Salarial (Salarios Mínimos)	Años			
	1995	1997	1999	2001
0,00 0,50	0,08	0,08	0,08	0,08
0,51 1,00	2,61	2,19	1,98	1,87
1,01 2,00	23,43	21,49	22,26	28,97
2,01 3,00	22,08	22,15	22,87	23,62
3,01 4,00	13,63	14,83	15,52	13,81
4,01 5,00	8,42	9,29	8,97	7,88
5,01 7,00	10,51	11,46	10,54	10,38
7,01 10,00	8,23	8,48	8,68	6,33
10,01 15,00	5,76	5,41	5,18	4,05
15,01 20,00	2,13	2,17	1,85	1,41
Más de 20,00	2,47	2,26	1,90	1,52
Ignorado	0,66	0,18	0,17	0,09
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Rem. Promedio (SM)	4,89	4,91	4,72	4,20

*Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia*

Con relación a las distinciones de remuneración por género, en general, los niveles de remuneración de las mujeres son muy inferiores a los de los hombres, a pesar de que ellas posean grados de escolaridad muchas veces más elevados. En los Cuadros 4 y 5, la disparidad salarial entre hombres y mujeres queda evidente. La mayor diferencia encontrada en la serie histórica analizada se verifica en el año de 1995, cuando el salario de las mujeres con el estudio primario incompleto equivalía a solamente 65% del salario de un hombre con la misma escolaridad. Calculándose el promedio, en ese año, las mujeres recibían 66% del salario de un

hombre, o sea, el salario femenino era poco más de la mitad del salario masculino. Aún durante este año, la menor diferencia se encuentra entre los trabajadores con el estudio primario completo, pues las trabajadoras reciben 80% de lo que reciben los hombres.

En 2001, las diferencias salariales entre hombres y mujeres disminuyen levemente. La diferencia más grande, nuevamente, es encontrada en la banda de trabajadores con los estudios primarios incompletos. Las mujeres con este mismo grado de escolaridad reciben cerca de 65% de la remuneración masculina. En el promedio de ese año, las mujeres reciben

67% del salario pagado a los hombres. Por lo tanto, no hubo una alteración significativa a lo largo de la década en la discriminación salarial por género. La menor diferencia de todo el período analizado se encuentra en la banda de trabajadores que tienen los estudios secundarios incompletos, en la cual el salario femenino alcanza 85% del masculino.

El problema de diferenciales de remuneración entre hombres y mujeres, como se sabe, es grave e involucra los diversos sectores productivos de la economía brasileña. Algunas hipótesis pueden ayudar a aclarar este hecho. La primera es que las mujeres están ingresando en el mercado de trabajo más recientemente y, algunas veces, no son jefes de familia, manteniendo solamente la posición de

complementar el presupuesto doméstico, lo que hace con que acepten trabajar por salarios más bajos.

Otra hipótesis es que, de manera general, existen funciones típicamente femeninas que son, por tradición, menos remuneradas. La función de enfermera, por ejemplo, tiene remuneración mucho menor que la del médico, y ambas requieren curso superior. La ausencia de mujeres en cargos de comando es la tercera cuestión, y también provoca reducción del salario con relación al hombre. Finalmente, otro problema enfrentado actualmente es que las mujeres vienen aceptando ocupar funciones que requieren escolaridad inferior a la que de hecho poseen, debido a las dificultades encontradas en el mercado de trabajo.

CUADRO 4
Trabajadores en seguridad social y salud por sexo, grado de escolaridad y remuneración promedio en salarios mínimos
Brasil, 1995

Grado de Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	Participación	Rem. Promedio	Participación	Rem. Promedio	Participación	Rem. Promedio
Analfabeto	5,47	—	3,66	—	4,31	—
4ºAño Primario incomp.	2,54	3,46	2,89	2,73	2,77	2,93
4ºAño Primario comp.	5,46	4,23	5,83	2,91	5,7	3,26
8ºAño Primario incomp.	8,33	4,36	7,58	2,85	7,85	3,28
8ºAño Primario comp.	10,09	4,28	13,88	3,43	12,52	3,64
Secundario incomp.	7,25	4,66	8,79	3,37	8,24	3,69
Secundario comp.	17,04	5,21	26,72	3,89	23,25	4,16
Superior incomp.	5,39	8,11	4,29	5,77	4,69	6,55
Superior comp.	38,01	12,75	25,7	9,84	30,12	10,97
Total	100,00	6,53	100,00	4,29	100,00	4,89

Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia

CUADRO 5
Trabajadores en seguridad social y salud por sexo,
grado de escolaridad y remuneración promedio
Brasil, 2001

Grado de Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	Participación	Rem. Promedio	Participación	Rem. Promedio	Participación	Rem. Promedio
Analfabeto	0,15	502,65	0,26	447,12	0,4	465,83
4°Año Primario incomp.	0,81	653,20	1,07	435,43	1,88	508,58
4°Año Primario comp.	0,89	534,27	2,18	421,52	3,07	448,96
8°Año Primario incomp.	2,27	656,36	3,32	429,48	5,59	499,71
8°Año Primario comp.	3,14	625,99	7,34	498,53	10,48	530,93
Secundario incomp.	1,64	565,89	4,8	480,71	6,44	499,91
Secundario comp.	8,72	740,93	24,88	539,65	33,6	580,58
Superior incomp.	1,19	1.040,93	2,42	726,31	3,61	806,52
Superior comp.	14,06	2.092,70	20,86	1.562,46	34,92	1.739,93
Total	32,87	960,76	67,13	649,04	100	726,53

*Fuente: RAIS / MTE
 Elaboración propia*

3. Grado de escolaridad

La gran mayoría de los trabajadores de los sectores analizados se encuentran entre los que tienen los estudios secundarios completos: cerca de 42% en 2001 (Cuadro 6). El análisis de la década permite verificar una selectividad de fuerza de trabajo que ha favorecido al trabajador más escolarizado: en 1995, más de la mitad de los asalariados de la salud tenían hasta el estudio secundario incompleto, casi 55%. Número que cae para 40% en 2001. Por otro lado, los trabajadores con estudios secundarios completos hasta el

estudio superior completo tenían una participación, en 1995, de 44%, que sube para casi 60%. Efectivamente, la banda que aumenta más su participación es la de los estudios secundarios completos, que sube de 27% para 42%, en 2001. Tal vez tal fenómeno ocurra debido no solamente a las crecientes exigencias de mayor cualificación del mercado sino también, a causa del crecimiento de los cursos técnicos que, conjugados con el estudio secundario, traen la perspectiva de la profesionalización aún antes de la entrada en el curso universitario.

CUADRO 6
Trabajadores en seguridad social y salud por
grado de escolaridad (%)
Brasil – 1995 / 2001

Grado de Escolaridad	Años			
	1995	1997	1999	2001
Analfabeto	2,09	1,46	0,88	0,63
4º Año Primario incomp.	4,62	4,39	3,22	2,69
4º Año Primario comp.	8,55	7,89	6,92	4,97
8º Año Primario incomp.	11,70	10,26	8,64	8,13
8º Año Primario comp.	16,83	16,91	15,94	14,34
Secundario incomp.	10,92	10,73	10,26	9,36
Secundario comp.	27,31	31,49	36,64	42,04
Superior incomp.	3,50	2,96	2,97	3,25
Superior comp.	13,43	13,79	14,52	14,58
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia*

4. Grupo por edad

Cerca de un tercio de los trabajadores de la salud en Brasil tienen, en 2001, entre 30 y 39 años de edad (Cuadro 7). Las participaciones de los trabajadores en los grupos por edad permanecen prácticamente estables a lo largo de los seis años estudiados,

concentrándose mayoritariamente, entre los 25 y los 49 años, cerca de 73,5% de la fuerza de trabajo formal de la salud y seguridad social. El realce positivo que debe ser realizado, en ese punto, es la casi total ausencia de niños y adolescentes actuando en el mercado de trabajo.

CUADRO 7
Trabajadores en seguridad social y salud
por grupo por edad (%)
Brasil – 1995 / 2001

Grupo por Edad	Años			
	1995	1997	1999	2001
10 a 14	0,04	0,03	0,00	0,00
15 a 17	0,93	0,80	0,51	0,32
18 a 24	15,03	15,55	15,41	15,8
25 a 29	16,98	16,95	17,27	17,41
30 a 39	34,93	34,46	33,89	33,2
40 a 49	22,03	22,27	22,74	22,89
50 a 64	9,09	9,15	9,46	9,69
65 o más	0,69	0,69	0,68	0,66
Ignorado	0,29	0,11	0,04	0,03
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: RAIS / MTE
 Elaboración propia*

5. Tiempo de permanencia en el empleo

El promedio de tiempo del vínculo laboral de estos trabajadores está extremadamente pulverizado. Prácticamente todas las bandas de tiempo de empleo están bien representadas (Cuadro 8). El factor que debe ser destacado es el gran número de trabajadores con diez o más

años de tiempo de trabajo, casi 20% del total de la fuerza de trabajo formalmente empleada en 2001 que, al ser sumada a los trabajadores en la banda de los 5 a los 9,9 años, alcanza 40% del total de trabajadores. Las bandas hasta un año de trabajo también tienen una buena representación, alcanzando 22% de los trabajadores.

CUADRO 8
Trabajadores en seguridad social y salud
por tiempo de trabajo (%)
Brasil – 1995 / 2001

Tiempo de trabajo	Años			
	1995	1997	1999	2001
0,00 2,9 meses	5,93	5,29	5,11	5,54
3,0 5,9 meses	6,79	6,09	5,44	6,08
6,0 11,9 meses	11,83	10,47	9,09	10,75
1,0 1,9 años	13,78	15,49	14,46	14,62
2,0 2,9 años	9,82	12,05	11,53	9,24
3,0 4,9 años	13,47	13,79	17,12	14,58
5,0 9,9 años	20,79	18,25	18,65	20,15
10 o más años	17,57	18,55	18,59	19,04
Ignorado	0,03	0,02	0,02	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia*

6. Horas de trabajo

Tal como el promedio de la población brasileña, los trabajadores en seguridad social y salud tienen una jornada de trabajo de más de 40 horas. Más de la mitad de ellos está ubicada en la banda que va de 41

a 44 horas semanales de trabajo, en 2001. Sin embargo, el dato interesante es que, en ese año, cerca de un tercio de ellos trabaja entre 31 y 40 horas, probablemente, sean trabajadores de la salud que tienen jornadas de trabajo diferenciadas (Cuadro 9).

CUADRO 9
Trabajadores en seguridad social y salud
por horas de trabajo semanales
Brasil – 1995 / 2001

Horas semanales	Años			
	1995	1997	1999	2001
Hasta 12 horas	1,12	1,12	1,07	1,16
De 13 a 15 horas	0,10	0,15	0,14	0,12
De 16 a 20 horas	2,66	2,61	2,41	2,2
De 21 a 30 horas	16,05	12,54	9,31	8,81
De 31 a 40 horas	30,67	31,88	32,16	32,18
De 41 a 44 horas	49,21	51,61	54,90	55,52
De 45 a 48 horas	0,03	0,01	0,00	0,00
Ignorado	0,15	0,08	0,01	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: RAIS / MTE
 Elaboración propia*

Comportamiento del empleo

Con relación al volumen de trabajadores, se verifica que el empleo en el sector tuvo un crecimiento de aproximadamente 7%. El volumen de los puestos de trabajo creció de 901.539, en 1995, para 961.332, en 2001. Las empresas con hasta cuatro empleados aumentaron su participación en

el mercado de trabajo. Si, en 1996, empleaban cerca de 11% de la fuerza de trabajo del mercado formal, en 2001, este número avanza para casi 14%. Por otro lado, las empresas con mil o más trabajadores reducen su participación en más de dos puntos porcentuales: empleaban, en 1996, 22,14% del total de trabajadores y, en 2001, emplean 20%.

CUADRO 10
Trabajadores en seguridad social y salud
por tamaño de establecimiento (%)
Brasil – 1996 / 2001

Tamaño (n° empleados)	Años			
	1996	1997	1999	2001
Hasta 4 empleados	10,71	11,69	13,51	13,88
De 5 a 9 emp.	4,26	4,60	4,94	4,86
De 10 a 19 emp.	5,13	5,33	5,77	5,61
De 20 a 49 emp.	9,16	9,25	9,65	9,02
De 50 a 99 emp.	8,81	9,03	8,98	8,61
De 100 a 249 emp.	14,63	14,05	14,35	13,37
De 250 a 499 emp.	12,86	12,71	13,23	12,62
De 500 a 999 emp.	12,30	11,56	11,96	12,06
1000 o más emp.	22,14	21,79	17,62	19,97
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia*

Es interesante reafirmar cuáles son los parámetros usuales en el mercado de trabajo en la selección de los trabajadores. Con datos de enero a septiembre de 2002, es posible indicar el perfil del trabajador que está permaneciendo en el mercado de trabajo. Como se ve en el Cuadro 11, son los trabajadores que tienen el último año de sus estudios primarios incompletos

que perdieron sus puestos de trabajo durante el referido período. En las bandas siguientes, hubo apertura de vacantes, con énfasis en los estudios secundarios completos, que abrió 27 mil vacantes. Según lo que fue anteriormente mencionado, eso puede ser efecto del crecimiento de los cursos técnicos secundarios.

CUADRO 11
**Movimiento del volumen de trabajadores en seguridad social y salud por grado de escolaridad (%)
Brasil – enero a septiembre de 2002**

Analfabeto	-113
4°Año Primario incomp.	-529
4°Año Primario comp.	-1.298
8°Año Primario incomp.	-1.167
8°Año Primario comp.	429
Secundario incomp.	614
Secundario comp.	27.103
Superior incomp.	1.654
Superior comp.	4.612
Resultado	31.302

Fuente: Caged / MTE
Elaboración propia

El Cuadro 12 comprueba que el mercado de trabajo se ha cerrado para los grupos de edad de 40 años o más. La gran apertura

de vacantes, en 2002, ocurrió para los trabajadores que tienen entre 18 y 24 años de edad.

CUADRO 12
**Movimiento del volumen de trabajadores en seguridad social y salud por edad (%)
Brasil – enero a septiembre de 2002**

10 a 14	29
15 a 17	2.329
18 a 24	23.792
25 a 29	7.387
30 a 39	3.355
40 a 49	-1.464
50 a 64	-3.580
65 o más	-559
Ignorado	13
Resultado	31.302

Fuente: Caged / MTE
Elaboración propia

El Cuadro 13 evidencia la creciente presencia femenina en los sectores analizados: fueron abiertos casi 24 mil

puestos de trabajo para mujeres, contra solamente siete mil vacantes para hombres.

CUADRO 13	
Movimiento del volumen de trabajadores en seguridad social y salud por sexo (%)	
Brasil – enero a septiembre de 2002	
Masculino	7.380
Femenino	23.922
Resultado	31.302

Fuente: Caged / MTE
Elaboración propia

La remuneración de esas personas que entraron en el mercado de trabajo entre enero y septiembre de 2002 está disminuyendo. Todas las bandas salariales que son superiores a tres salarios mínimos perdieron puestos de

trabajo. Ya las bandas de remuneración entre cero y tres salarios mínimos abrieron cerca de 35 mil vacantes, con destaque para la banda entre uno y dos salarios mínimos que abrió 24 mil vacantes (Cuadro 14).

CUADRO 14	
Movimiento del volumen de trabajadores en seguridad social y salud, por banda de remuneración promedio en salarios mínimos (%)	
Brasil – enero a septiembre de 2002	
0,00 0,50	227
0,51 1,00	5.298
1,01 2,00	24.441
2,01 3,00	5.418
3,01 4,00	-1.479
4,01 5,00	-144
5,01 7,00	-945
7,01 10,00	-550
10,01 15,00	-469
15,01 20,00	-263
Más de 20,00	-277
Ignorado	45
Resultado	31.302

Fuente: Caged / MTE
Elaboración propia

Por lo tanto, son los trabajadores más jóvenes, más escolarizados y del sexo femenino que conquistan participación en el mercado de trabajo. Sin embargo, son empleos que pagan salarios más bajos con relación a los puestos de trabajo que fueron cerrados durante el período estudiado.

Los empleadores

Según el Cuadro 15 podemos notar que había un universo de casi 120 mil empresas de salud y seguridad social en 2001, número que era de apenas 78 mil en 1995. O sea, hubo un crecimiento de 52% en el número de empresas de estos sectores en apenas seis años.

Tamaño (n° empleados)	Años			
	1995	1997	1999	2001
Hasta 4 empleados		83.672	95.402	102.971
De 5 a 9 emp.		6.740	7.080	7.248
De 10 a 19 emp.		3.719	3.936	3.992
De 20 a 49 emp.		2.858	2.898	2.856
De 50 a 99 emp.		1.219	1.174	1.186
De 100 a 249 emp.		855	845	821
De 250 a 499 emp.		351	352	348
De 500 a 999 emp.		163	164	169
1000 o más emp.		88	83	96
Total	78.668	99.665	111.934	119.687

Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia

De las 120 mil empresas, cerca de 86% empleaban solamente hasta cuatro trabajadores (Cuadro 16). Por lo tanto, predominan macizamente las microempresas en el sector. Es interesante notar que existe decrecimiento en la participación de todas las empresas que tienen más de cinco trabajadores y es solamente la banda de

empresas con hasta cuatro trabajadores que aumenta su participación. Estos datos están de acuerdo con las conclusiones con relación a los cambios en las configuraciones del mercado de trabajo en los sectores analizados, ya que empresas menores tradicionalmente ofrecen condiciones salariales menos ventajosas que las mayores.

CUADRO 16
N° de establecimientos de seguridad social y salud
por tamaño (%)
Brasil – 1997 / 2001

Tamaño (n° empleados)	Años			
	1997	1998	1999	2001
Hasta 4 empleados	83,95	84,34	85,23	86,03
De 5 a 9 emp.	6,76	6,65	6,33	6,06
De 10 a 19 emp.	3,73	3,69	3,52	3,34
De 20 a 49 emp.	2,87	2,79	2,59	2,39
De 50 a 99 emp.	1,22	1,15	1,05	0,99
De 100 a 249 emp.	0,86	0,83	0,75	0,69
De 250 a 499 emp.	0,35	0,33	0,31	0,29
De 500 a 999 emp.	0,16	0,16	0,15	0,14
1000 o más emp.	0,09	0,08	0,07	0,08
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: RAIS / MTE
Elaboración propia*

Fuentes:

Ministerio del Trabajo y Empleo. RAIS
(Relación Anual de Informaciones Sociales).
1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000 y 2001.

Ministerio del Trabajo y Empleo. Caged
(Registro (Cadastral) General de Empleados
y Desempleados). Enero de 2001 a
Septiembre de 2002.

Resumen de los informes de los países participantes

Las presentaciones realizadas por los representantes trataron sobre la actual situación del sistema de salud de sus respectivos países.

Paraguay, por ejemplo, se detuvo en su relato en las dificultades de la coyuntura nacional, subrayando la recesión económica, el desempleo, la fuga de capitales hacia paraísos fiscales y, principalmente, la corrupción como responsables por la precariedad de la salud paraguaya.

El informe de Chile tuvo como punto central el AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), contra el cual luchan para detener proyectos de ley en andamiento. La mayor crítica, tal vez, que hacen al programa implementado por el gobierno es que prevé la cobertura de determinado número de patologías, de modo que las demás permanecerían a merced del sistema privado.

La exposición de la Argentina enfocó la crisis económica y la conversión de la moneda nacional para explicar la grave situación por la cual atraviesa el sistema sanitario del país en cuestión.

Y, finalmente, la representante de Brasil concentró su discurso en las tentativas de tercerización del sector y la consecuente lucha del sindicato para revertir ese proceso.

Aunque presenten sistemas de salud diversos en la estructura, con el discurso de los representantes quedó evidente que los problemas, al contrario, son bastante semejantes como la depreciación de materiales, asistencia precaria, falta de lechos disponibles etc. Al mismo tiempo, las propuestas de acciones también son cercanas pues indican que es necesario realizar alianzas, tener acceso a informaciones y pasarlas adelante, manifestarse por medio de huelgas y paralizaciones y, sobre todo, comprometerse con la cuestión.

Consideraciones generales¹

1. El sector salud es visto bajo la perspectiva de los gastos y de las inversiones. Los norteamericanos, por ejemplo, a partir del sector de salud producen insumos estratégicos, empleos, innovaciones tecnológicas, existiendo incluso la exportación líquida de tecnologías hacia todo el mundo. De esta manera, aquello que es un problema pasa a ser también la solución. En Brasil, tenemos una base económica de producción de servicios muy débil. Es posible realizar una combinación excelente en la producción con la perspectiva de aumentar la capacidad de empleo y de generación de riquezas para el país.
 2. Seguramente, en Brasil, el gobierno será presionado para que los gastos con salud crezcan. En primer lugar, serán necesarias algunas negociaciones para alcanzar un nuevo pacto, es preciso que realicemos nuevas correlaciones políticas para sostener la ampliación de los derechos a la salud. Después, tendremos que realizar una estrategia de redistribución de la capacidad disponible, pues existe un desnivel muy serio en la oferta de salud.
- A corto plazo, solamente ese camino es posible, pues el país está bajo un gran riesgo fiscal, por lo tanto, la redistribución es la estrategia más interesante; los médicos, los funcionarios públicos y sindicatos deben discutir como ampliar el sistema de salud.
3. La noción de aquello que es normal o patológico muchas veces es equivocada. La evaluación clínica compete con la evaluación de la narrativa del bienestar, o sea, es posible estar mal, pero, con una actitud positiva. En Brasil, a la pregunta si una persona está bien de salud, se sigue la respuesta siempre afirmativa, aunque provenga de los más pobres. Si la misma pregunta es hecha para los franceses, por ejemplo, la respuesta seguramente será negativa. Eso sucede porque las sociedades con índices económicos mejores se olvidan que la salud es un lujo biológico. Por lo tanto, es necesario cambiar el punto de vista. Para muchas de las demandas de salud, es posible tener nuevas

¹ Consideraciones generales son una síntesis de las principales cuestiones discutidas durante el seminario.

tecnologías de acogida, ampliando la atención básica.

4. La financiación de la salud en Brasil es baja. Aún el dinero direccionado hacia la ejecución de todo el presupuesto no sería suficiente para responder a una demanda apropiada. Los valores pagados para los servicios son irrisorios, a excepción de los gastos con procedimientos de alta especialidad. El sector público paga por transplantes renales precios superiores a los que se pagan en el sector privado más sofisticado. De esta manera, existe una combinación perversa, pues los planes de salud usan la hotelería de la atención ambulatorial de sus sistemas exclusivos pero, cuando necesitan de tratamientos más complejos, recurren a los hospitales públicos.

Esta capacidad organizacional en los hospitales públicos se torna cruel, pues en aquellos que poseen capacidad técnica, existen selecciones de pacientes no con relación al riesgo de muerte, sino con relación a las posibilidades financieras. Existe necesidad de romper con los privilegios y romper con las condiciones de la gestión del funcionario público.

5. En Canadá, el porcentaje destinado a la salud depende libremente de la

voluntad del gobierno de realizar la transferencia nacional para las provincias, no existe nada que lo obligue en términos mínimos o máximos. Sin embargo, una ley determina que el gobierno nacional le pague a todos los servicios médicos, sean cuales fueren sus costos.

El modelo de recaudación de fondos de Canadá es mayoritariamente financiado por los impuestos de las empresas. Desde hace ya algunos años, los impuestos pagados por las personas físicas aumentaron mientras los pagados por las empresas disminuyeron. Esto debe ser revisto porque Canadá es uno de los lugares donde las empresas son menos expuestas a impuestos del mundo. Los sindicatos no aceptan la idea de que ellas no puedan más financiar la salud pública.

6. Todos los sondeos de opinión pública de Canadá indican que la mayoría de la población quiere el mantenimiento del sistema público y gratuito. La homogeneización del sistema de salud podría ocurrir pero no es eso que los canadienses desean. Las personas quieren ser bien tratadas y en plazos razonables. Desde hace tres años, la calidad de la atención del sector público cayó un poco, crece la idea de que los ricos pueden pagar. Basado en sondeos populares, nunca el sistema

evoluirá hacia el sistema privado de salud, a pesar de las presiones. Lo máximo que puede ocurrir es la existencia de clínicas particulares, pero seguramente, la sexta estrategia, ya explicada, no llegará a ser concretizada.

El comportamiento de los médicos, por su vez, es un misterio para todos los canadienses. En Québec existe una asociación de sindicatos de los médicos que militan para que se transformen en empresarios independientes, sin trabajar en hospitales. Sin embargo, el colegio de médicos es contra esta postura. El primer ministro los obliga a que presten servicios emergenciales. La CSQ realizó una investigación entre los médicos y constató que prefieren el sistema vigente. Ellos quieren ganar de los dos lados, les gusta el sistema de Canadá pero quieren gerenciarse como los norteamericanos.

7. La Alianza Social Continental se constituyó, hace cinco años, fundamentalmente para realizar una campaña contra el ALCA y actúa, básicamente, en dos frentes: en la politización contra el ALCA, con la realización de plebiscitos, consultas populares etc. y en la monitoración y análisis técnicos de las negociaciones. Además, construimos un proceso de discusión permanente, expresado en

el documento "Alternativas para las Américas", que resume las cuestiones de las políticas alternativas dirigidas a las Américas.

Compuesta por organizaciones sindicales de todo el continente americano, por organizaciones de mujeres e iglesias, la Alianza es una coalición muy amplia, cuyo esfuerzo está basado en el intento de comprensión de los acontecimientos en el ALCA con relación a los servicios.

En Brasil, la REBRIP, que representa la Alianza Social Continental en el Cono Sur, está construyendo un grupo de trabajo sobre el tema ALCA, OMC y GATS. Sería interesante que la ISP intentase integrarlo, pues puede desempeñar un rol central en la ampliación de esta discusión en las Américas en la medida en que posee análisis acumulados y organizaciones afiliadas (ONGs y sindicatos) que le pueden dar vida a la discusión en muchos países.

Esta alianza ISP/Alianza Social Continental es viable y puede ser inaugurada ya en Quito, donde ambas estarán presentes. El trabajo en conjunto entre los movimientos sindicales y otros movimientos sociales como el de los negros, de las mujeres, de la iglesia, es fundamental, porque ese es un tema que es inherente no

solamente a los trabajadores de la salud, sino a diversos sectores de la sociedad, a los consumidores, es por eso la importancia de esta alianza más amplia.

8. El GATS y el ALCA son solamente mecanismos de consolidación de prácticas que fueron permitidas por el proceso de privatización. La diferencia es que esos dos acuerdos se transformaron en una ley internacional que los gobiernos pasan a tener que cumplir.

Lo que llama la atención es que, en muchos casos, cuando no se consigue avanzar en las reglas de liberalización de los acuerdos multilaterales, se intentan vía acuerdos bilaterales. De esta manera, si EUA no consigue lo que quiere en el ALCA o en el GATS puede establecer acuerdos bilaterales, transformando la negociación más fácil y, de esta forma, alcanzar sus objetivos. El acuerdo de la Unión Europea con México, por ejemplo, va mucho más allá del Nafta con relación a los servicios. Por eso, debemos con urgencia verificar lo que está sucediendo en los acuerdos de la Unión Europea con el Mercosur, en cuyo texto existen propuestas de inclusión de la seguridad social.

El acuerdo de Chile con EUA es otra prueba de cómo un acuerdo bilateral

puede ir más allá que acuerdos regionales, multilaterales. Es importante subrayar que los acuerdos realizados por Chile - donde el sector de salud es objeto de análisis después de las privatizaciones - servirán de referencias para el ALCA. Existen muchos análisis específicos sobre el sector de la salud en Chile después de las privatizaciones.

9. Existe algo que puede ser definido como el paradigma del pensamiento neoliberal. Argentina y Brasil no son víctimas del sistema, eso puede haber sucedido por ocasión del Acuerdo de Washington, pues el gobierno FHC fue promotor y defensor del modelo neoliberal

La verdad es que los gobiernos y sectores del empresariado creen que pueden ganar al poseer acceso a los mercados internacionales, por eso defienden el modelo propuesto. Entre los empresarios existen muchas diferencias, por ejemplo, existen sectores de la industria brasileña que quieren negociar con EUA y apoyan el ALCA, como el agroindustrial; sin embargo, existen otros que saben de la necesidad de tener alguna protección para que sobrevivan, en la medida en que *el gap* tecnológico existente entre la industria brasileña y la norteamericana puede generar la destrucción de la industria nacional.

10. El principal interés de la Unión Europea en las negociaciones con el Mercosur se llama servicios. No se puede afirmar que no exista interés en el sector industrial, y sí la conciencia de que las exportaciones no aumentarán mucho.

A pesar de los pocos avances ocurridos en el Mercosur, ya fue aprobado, en 1999, el protocolo que se refiere a servicios, basado exactamente en las reglas del GATS.

De la misma manera que el Mercosur, el movimiento sindical fue colocado también en segundo plano en el área económica y política. Aunque hubiera interés en participar, no había espacio para la negociación. La Coordinadora de las Centrales Sindicales se constituyó como la interlocutora institucional del Mercosur, la cual sólo tiene peso si representa una fuerza política, de manera contraria, no existe razón de existir. Esa, que puede ser considerada una conquista del movimiento sindical, garantiza la apariencia de un Mercosur más democrático, ya que el acuerdo cuenta con la interlocución social.

11. El Nafta es un acuerdo de libre comercio que, de la misma manera que el Pacto Andino, establece la unión aduanera, o sea, no determina apenas la liberalización del comercio,

así como de las reglas de comercio interno común. La comunidad andina, por ejemplo, avanzó en la interacción de políticas macroeconómicas pero no consiguió el mismo éxito en el caso de explotación de mano de obra entre países. (Existe poca reglamentación de derechos intrabloque).

El ALCA, de manera diferente a su matriz generadora, pretende ser un área de libre comercio y no más que eso. Por lo tanto, será difícil la sobrevivencia de la unión aduanera del Mercosur en un acuerdo como ese.

Aunque sea posible definir reglas como la obediencia de bandas referenciales de liberación comercial, para negociar el mantenimiento del Mercosur como bloque, es fundamental, en primer lugar, dar continuidad al proceso de integración y de construcción de la unión aduanera.

La conclusión de las negociaciones con el ALCA es incierta. En primer lugar, debido a la autorización aprobada en el congreso norteamericano, que establece varios obstáculos para la implementación de un área de libre comercio al reforzar barreras proteccionistas y mantener la lista de productos sensibles (a los cuales EUA colocará plazo o restricciones para liberalizar). Por lo tanto, no existen condiciones para

negociar con los límites impuestos por esa autorización. Otra dificultad es la que concierne a la propia política externa del gobierno Bush, pues es contradictorio que la mayor economía del mundo, que necesitaría de una política cosmopolita, imponga una mirada absolutamente provinciana y corporativa a la administración.

Es importante subrayar que no existe ALCA sin la adhesión de Brasil, lo que significa que Brasil tiene algún poder de negociación que debe ser usado de forma inteligente.

El gobierno brasileño viene negociando en la línea de la resistencia al defender algunos intereses como la cuestión del plazo, el formato de las negociaciones etc. A pesar de no haber tomado la posición que nos gustaría,

más dura, a excepción de Hugo Chaves, en Venezuela, Fernando Henrique Cardoso fue uno de los únicos que se colocaron más fuertemente al frente en la negociación con EUA. Todos los demás países de América Latina prácticamente están callados.

La discusión precisa ser *"desdemonizada"* (palabras del autor), pues está muy polarizada entre firmar o no el acuerdo. La formulación del problema está equivocada porque Brasil necesita, de hecho, participar de negociaciones respaldado por sus compañeros comerciales. El ALCA no significa apenas un acuerdo con EUA, sino también la negociación con los demás países de América del Sur y Central, luego, está en juego la posibilidad de crecer o perder espacio en el mercado americano para otros países.

Conclusiones del seminario

Al finalizar el seminario, se decidió que, para 2003/2004, la ISP debe darle prioridad a las negociaciones del área de servicios en la revisión del GATS/OMC, así como a los acuerdos sobre el mismo tema en el ALCA.

Para coordinar esta acción en cada país, es necesario organizar un Grupo de Trabajo (GT) sobre GATS/OMC y ALCA articulando ese grupo con la Alianza Social Continental y otras organizaciones que actúan en el área. Este grupo deberá promover seminarios, debates en los sindicatos etc.

Como apoyo a las iniciativas de estos GTs, deberá ser pedido al Banco de Datos en Brasil que cree el ítem "servicios y salud" con sistematización de documentos importantes publicados sobre el tema, desarrollando, con eso, el intercambio de informaciones de sindicatos de la salud del Mercosur, la producción de artículos, levantamiento y análisis de datos. En la misma dirección, deberá ser solicitado al PSIRU estudio sobre privatizaciones de la salud en las Américas.

Cronograma propuesto

Durante el seminario, surgieron dos actividades prioritarias:

- a) en enero de 2003, durante el Foro Social Mundial, en Porto Alegre, Brasil, la realización de un taller sobre GATS/OMC, articulada con otras entidades y,
- b) en septiembre de 2003, en Cancún, México, ocurrirá la reunión cumbre de negociación sobre OMC. Siendo este el principal acontecimiento del período, fue decidido que el Seminario Americano sobre Salud fuera agendado para los días precedentes a las manifestaciones previstas. Cada una de las subregiones de la ISP en las Américas deberá prepararse para este evento.

Coordinación del grupo:

Finalmente, para coordinar el Grupo de Trabajo de la Salud Cono Sur/Brasil en el próximo período, fue indicado Esteban Maturana, de la CONFUSAM, Chile, con el apoyo de Jocelio Drummond, secretario de la subregional de la ISP en Brasil.

EXPEDIENTE

Publicación de la Internacional de los Servicios Públicos (ISP)

Presidenta / YLVA THÖRN

Secretario general / HANS ENGELBERTS

Secretario regional / CAMERON DUNCAN (e-mail: psiamericas@igc.org)

Secretario subregional Brasil / JOCELIO DRUMMOND (e-mail: ispbrasil@uol.com.br)

Secretaria subregional Cono Sur / VERONICA PRADO (e-mail: isconosur@manquehue.net)

Edición de textos / LUCIANE ALVES

Revisión / LUCIANE ALVES

Traducción al español / VALERIA HERZBERG

Creación y Diagramación / INFORM

Producción Gráfica / INFORM