

267
y

TEMAS DE ACTUALIDAD

1992: AÑO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES¹

Más de la tercera parte de la población mundial está constituida por personas económicamente activas que se exponen diariamente a los riesgos potenciales del ambiente laboral. Atender a la salud ocupacional es, por consiguiente, no solo una tarea humanitaria y moralmente ineludible desde el punto de vista del derecho humano, sino que contribuye al progreso económico y a la productividad social.

Durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebró en septiembre de 1990, se analizó la situación de salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe y se comprobó que las tasas de incidencia de accidentes y enfermedades profesionales en los países en desarrollo son de 6 a 10 veces mayores que en los industrializados. Si se examina cada rama de actividad, aparecen diferencias aun más marcadas. Solo los costos producidos por accidentes equivalen a aproximadamente 10% del producto nacional bruto en los países en desarrollo.

La situación se ve agravada por múltiples factores: la industrialización mal planeada; la migración del campo a las ciudades; el crecimiento de la población en edad productiva; el incremento del sector informal; la entrada a la fuerza laboral de grupos marginados y vulnerables; el uso de tecnologías extranjeras y poco adaptables al medio local, y el estancamiento económico. En la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, la naturaleza y magnitud de los problemas de salud que afectan a los trabajadores no se han investigado a fondo. Con frecuencia se desconocen los síntomas de alteración de la salud, los factores de riesgo laboral y las medidas preventivas que se pueden adoptar. El desarrollo de programas de salud ocupacional a menudo se ve limitado por la formación inadecuada del personal y por problemas de orden político, administrativo y técnico. Tenemos el ejemplo del Área Andina, donde por cada 200 000 trabajadores se dispone de un médico y 0,2 enfermeras laborales y de 1,7 higienistas industriales. Las políticas nacionales por lo general no tienen en cuenta la relación que existe entre la salud, la productividad y el progreso económico. El seguro social suele proveer cobertura compensatoria por discapacidad, pero raras veces preventiva. Por último, aunque todos los países de América Latina tienen leyes y normas para proteger la salud de los trabajadores, la escasez de recursos humanos y materiales obstaculiza la plena ejecución de los programas, los cuales cubren a menos de 10% de la población económicamente activa.

¹ Elaborado a partir del documento " '1992: Año de la Salud de los Trabajadores' ", Organización Panamericana de la Salud, enero de 1991.

Conforme estos hechos, los delegados a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptaron la Resolución XIV para lograr una mayor atención a la salud ocupacional en la Región de las Américas mediante la iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores". Esta última busca el cumplimiento de dos metas específicas para fines de 1992: la aprobación de un Plan Nacional de Desarrollo de Salud de los Trabajadores en todos los países y la creación, en 10 países como mínimo, de los mecanismos necesarios para llevarlo a cabo.

Plan de Acción "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"

La anterior iniciativa se traduce en una serie de actividades complementarias que se efectúan en los niveles regional, subregional y nacional como parte de un esquema más amplio denominado Plan de Acción "1992: Año de la Salud de los Trabajadores". La primera fase de su desarrollo, finalizada en 1991, abarcó la estructuración organizativa, elaboración de programas, delegación de funciones, gestión de recursos, preparación y difusión de material informativo y didáctico e identificación de eventos de salud nacionales proyectados para 1992 (con objeto de incorporar en ellos temas sobre salud ocupacional). La segunda fase comprende las actividades programadas para 1992 como parte del Plan Nacional de cada país. La tercera consiste en el seguimiento y evaluación de estas actividades mediante informes periódicos preparados por las Representaciones de la OPS/OMS y por los grupos de trabajo nacionales.

En su mayor parte, las actividades en todos los niveles están orientadas a difundir información y promover el interés de los diversos países, agencias y grupos en la iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"; vincular los programas locales y nacionales en salud ocupacional con los de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de otras agencias; promover nuevas ideas, y facilitar la movilización de recursos internos y externos a través de proyectos específicos, contactos con entidades interesadas, y reuniones con agencias de financiamiento. Con tales objetivos las Representaciones de la OPS/OMS han organizado contrapartes nacionales y grupos de trabajo en que participan todos los sectores. Las actividades del nivel regional comprenden, además de los elementos anteriores, líneas de acción que enfocan grupos y áreas prioritarias específicas, como las mujeres y niños que trabajan y la salud mental en el contexto laboral. Todos los niveles de acción se desarrollan en las mismas etapas.

Los Planes Nacionales. Destinados a extender progresivamente la cobertura de los programas de salud ocupacional, los Planes Nacionales contemplan no solo los aspectos de curación, rehabilitación y recompensa material en casos de discapacidad, sino también la prevención de los trastornos ocupacionales y la promoción y mantenimiento de la salud en general. Estos Planes funcionan a través de grupos de trabajo multidisciplinarios y de un Comité Nacional de Salud Ocupacional en cada país. Su ejecución se basa en la conciencia de que la buena salud del trabajador es condición fundamental para lograr el desarrollo social y económico y elevar el nivel de vida.

Los Planes Nacionales implican una revisión previa de la legislación de cada país para ajustarla a los problemas del momento y la creación de un sistema de información que comunique al público los notables costos sociales y económicos de los trastornos de salud relacionados con el trabajo, los factores de riesgo y su erradicabilidad, y la importancia de acciones conjuntas por parte del estado, los

empresarios y los empleados. Es importante educar a estos dos últimos grupos en materia de salud ocupacional y aumentar la formación de recursos humanos, movilizándolo al mismo tiempo los recursos materiales e institucionales necesarios para desarrollar la salud ocupacional.

Se espera que todos los esfuerzos realizados en 1992 redunden en la participación de todos los países de la Región en la iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores". Cabe reiterar la importancia del interés político y de una plena colaboración entre las entidades gubernamentales y no gubernamentales, los centros laborales, los gremios económicos, las agencias laborales, los centros educativos y universidades, las asociaciones comunitarias y de profesionales, los centros colaboradores de salud ocupacional de la OMS y los organismos internacionales. Tampoco debe olvidarse que el intercambio de los resultados de investigaciones sobre salud ocupacional es un elemento clave para formular y poner en práctica estrategias verdaderamente eficaces en beneficio de los trabajadores. □

La fabulosa quina

El nombre indígena *quin-quin* o *quina-quina* de este árbol del orden de las *Rubiaceae* parece indicar conocimiento de sus propiedades terapéuticas por los quechuas, quienes doblaban el nombre de toda planta de eficacia curativa. La fecha del descubrimiento de sus propiedades antipalúdicas suele asignarse al año 1630 ó 1631 en que el Corregidor de Loja, Ecuador, Juan López de Cañizares, fue con ella curado. Pocos parecen haberse enterado de que en 1590 Fray Reynaldo de Lizárraga ya se refiere a su empleo en Tucumán, a lo cual agrega el Padre Lozano que los indios guardaron su conocimiento de los españoles por más de un siglo. La popularidad del medicamento data de 1638, cuando con él se sanó (por indicación de Cañizares) una terciana de la que padecía Doña Francisca Henríquez de Ribera, esposa del Conde de Chinchón y Virrey del Perú. El médico vicerreal Juan de Vega fue el primer facultativo en emplear la droga con éxito notable

El primer trabajo sobre la quina fue el del médico español Pedro de Barba, en 1646. El producto fue explotado en fórmulas secretas por el inglés Talbot en Francia, y por los judíos Mendes en Portugal. Sydenham y Morton divulgaron la quina en Inglaterra, y Torti desde 1717 comenzó a establecer el valor específico del medicamento. El botánico sueco Linneo propuso en 1762 la designación de *Cinchonaceae* para las especies de quina, de las cuales se han llegado a distinguir por lo menos 60 variedades. La quina contiene más de 20 alcaloides que le dan a la corteza su sabor amargo y astringente. El descubrimiento de los dos principales alcaloides, quinina y cinchonina, corresponde a Pelletier y Caventou, en 1820. La quinidina fue aislada por Henry en 1838 y la cinchonidina por Winkler en 1847. La quinina proviene principalmente de la corteza del tronco, ramas y raíces, y las primeras fábricas de ese alcaloide fueron establecidas de 1820 a 1830, por Low en Nueva Jersey y por Morson y Howard en Inglaterra

Fuente: Moll AA El cultivo de la quina. *Bol Of Sanit Panam* 1932.11(6) 578-601