



XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1990

Tema 5.6 del programa provisional

CSP23/4 (Esp.)

20 julio 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Este tema es presentado a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana como resultado de la propuesta del Ministro de Salud de Colombia en el Consejo Directivo en 1989, motivada en la necesidad de atender la salud de la población económicamente activa, que representa más de la tercera parte de la población general, y por corresponder a una estrategia que permite agilizar el logro de la meta de Salud para Todos.

En la 105a Reunión del Comité Ejecutivo, el Secretariado presentó un documento que analiza la situación de salud de los trabajadores, principalmente de América Latina y el Caribe, refiriendo las líneas programáticas más relevantes y la cooperación de la OPS en este campo. Destaca, además, el reconocimiento de la salud de los trabajadores como derecho social, su contribución en términos de equidad y justicia, la reducción del sufrimiento humano, su relación con la producción, con el progreso social y el desarrollo económico, así como base importante para la promoción de la salud de toda la comunidad. Menciona datos que reflejan los altos índices de morbimortalidad por patología de los trabajadores que en los países en desarrollo superan en 10 o más veces los valores de los países industrializados. Sobre las repercusiones económicas, solo los accidentes de trabajo ocasionan costos que alcanzan en los países en desarrollo al 10% del producto nacional bruto.

Durante la discusión el Comité Ejecutivo comentó muy favorablemente la calidad técnica, los planteamientos sociales y la validez del material contenido en el documento para la promoción de las políticas de salud.

En esta discusión se concordó con las estrategias planteadas y se enfatizó y exhortó, a los Países Miembros y a la OPS, en la urgencia de desencadenar un proceso dinamizador de la salud de los trabajadores. En este sentido, de la intervención del Ministro de Salud de Colombia se destaca la importancia de la salud ocupacional dentro de las prioridades programáticas de la OPS para el próximo cuatrienio; la jerarquía reconocida a la salud ocupacional en la Iniciativa Andina; la propuesta de promover "el año de la salud del trabajador", y el interés de establecer la red andina de centros colaboradores que darían apertura al centro andino de salud ocupacional.

Las contribuciones en la discusión de los Miembros del Comité y los Observadores recalcaron varios aspectos, tales como: el elevar, dentro de un marco intersectorial, el fomento, la consideración y el mantenimiento de la salud de los trabajadores en su relacionamiento con la generación de empleo, la economía formal e informal, el capital y el trabajo; la necesidad de generar una mayor conciencia sobre los deberes y derechos de los empleadores y de los trabajadores; el énfasis de una eficaz promoción de la salud y prevención, mediante el incremento del conocimiento y de la participación de los trabajadores, empleadores, sindicatos y comunidad; los esfuerzos en la formación y capacitación de instructores, y del personal involucrado en este campo; el poner en práctica sistemas de información y de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional, y el aprovechamiento de la tecnología científica y las experiencias de los países.

El Director de la OSP agradeció todos los aportes y aceptó los ofrecimientos de cooperación hechos durante la discusión. Recalcó la necesidad de que no sólo basta que los Cuerpos Directivos reconozcan como prioridad la salud de los trabajadores, sino que esta debe ser igualmente preocupación compartida en los países.

En el documento de trabajo presentado al Comité Ejecutivo, se han introducido correcciones y actualizaciones de datos y se ha modificado el penúltimo párrafo del numeral 6 para incluir las sugerencias específicas de los delegados en la reunión del Comité.

El proyecto de resolución preparado por la Relatora fue enriquecido como resultado de diversas intervenciones y sugerencias por parte de las delegaciones, habiendo quedado aprobada unánimamente la versión siguiente:

LA 105a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el Documento CE105/8 sobre "Salud de los trabajadores",

RESUELVE:

Recomendar a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución como la siguiente:

LA XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CSP23/4 sobre "Salud de los trabajadores" y considerando la existencia de grupos laborales vulnerables, expuestos a situaciones de alto riesgo, y

Señalando que los factores de riesgo laboral estén relacionados con altos índices de morbilidad, ausentismo y mortalidad por accidentes de trabajo, por enfermedades ocupacionales y otras patologías derivadas de las labores habituales,

RESUELVE:

1. Adoptar las líneas de acción programáticas y de cooperación de la OPS que incorpora el documento sobre "Salud de los trabajadores" (CSP23/4).
2. Pedir a los Gobiernos Miembros que:
 - a) Den carácter prioritario a la preparación y a la evaluación de políticas específicas relacionadas con la salud ocupacional, dando particular atención a la coordinación de las instituciones nacionales con responsabilidad en este campo;
 - b) Den prioridad a la elaboración y aplicación de legislación en materia de seguridad y salud ocupacional, a la elaboración y ejecución de normas relativas a la exposición a peligros en el lugar del trabajo, y a la investigación de medidas de seguridad y salud ocupacional y de medidas tendientes a reducir los riesgos en materia de salud ocupacional;
 - c) Incrementen el desarrollo de diversas formas institucionales de atención de salud de los trabajadores a fin de promover el logro de la cobertura universal, con énfasis especial en la educación para la salud, la promoción de la salud, la atención primaria de la salud y la inclusión de la salud ocupacional en todos los niveles de los servicios de salud, incluyendo los sistemas locales de atención de la salud;
 - d) Fomenten y faciliten una mayor participación de la comunidad, incluyendo los trabajadores y empleadores, en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud ocupacional;
 - e) Capaciten y aumenten los recursos humanos necesarios para la gradual expansión de los programas y servicios de salud de los trabajadores, incorporando la experiencia adquirida por países de la Región en el tema a través de programas de intercambio cooperativo;
 - f) Incluyan actividades de salud ocupacional en todos los programas de salud pertinentes de tal forma que se dé atención a las necesidades de todos los trabajadores y en especial a los grupos más vulnerables como son los trabajadores niños y adolescentes y las mujeres en edad fértil;

g) Establezcan sistemas de información y vigilancia epidemiológica en materia de salud ocupacional.

3. Pedir al Director que:

- a) Conceda al programa de salud de los trabajadores mayor prioridad al preparar los presupuestos por programas durante el cuatrienio 1991-1994;
- b) Promueva y estimule mecanismos que lleven a una mayor movilización de recursos y a un incremento de la capacidad de cooperación técnica de la OPS en materia de salud ocupacional.

Anexo

SALUD DE LOS TRABAJADORES

INDICE

	<u>Página</u>
1. ASPECTOS CONCEPTUALES	1
1.1 Relación entre trabajo y salud	1
1.2 Salud ocupacional	1
1.3 Población objetivo	1
1.4 Accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad y lesión relacionadas con el trabajo	2
1.5 Factores de riesgo laboral	3
1.6 Concepto de atención integral de salud del trabajador.	3
1.7 Servicio de salud en el trabajo.	3
2. ANTECEDENTES	4
2.1 En la Organización Mundial de la Salud	4
2.2 En la Organización Panamericana de la Salud	4
2.3 En la Organización Internacional del Trabajo	5
3. IMPORTANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	5
3.1 Derecho social	5
3.2 Relación entre la salud el trabajador, la productividad y el progreso económico.	5
3.3 Reducción de los costos de asistencia curativa	6
3.4 Disminución del sufrimiento humano	7
3.5 Desarrollo social y bienestar	7
3.6 Legislación sobre salud de los trabajadores	8
4. SITUACION ACTUAL	8
4.1 Datos demográficos laborales	8
4.2 Indicadores de cobertura en salud de los trabajadores.	9
4.3 Principales problemas de salud de los trabajadores	9
4.4 Servicios de salud disponibles para los trabajadores	17
5. PROYECCIONES PROGRAMATICAS	21
5.1 Prioridades	21
5.2 Formas de cooperación	25
6. COOPERACION DE LA OPS	26
CUADROS	28
BIBLIOGRAFIA.	43
ANEXOS	
I. Datos sobre la estructura y distribución de la fuerza laboral	
II. Indicadores y amplitud de la cobertura	
III. Datos sobre enfermedades profesionales	
IV. Funciones asignadas en salud de los trabajadores a las insti- tuciones estatales y a otros programas	

CUADROS

- No. 1 Estructura etárea de la población de las Américas, 1970-2000
- No. 2 Distribución de la población económicamente activa según sexo, por país, alrededor de 1986
- No. 3 Participación de la mujer en la fuerza de trabajo de América Latina, 1950-1985
- No. 4 Menores trabajadores en algunos países de América Latina y el Caribe, alrededor de 1982
- No. 5 Número de defunciones por accidentes y tasas de mortalidad
- No. 6 Mortalidad por accidentes y su ubicación dentro de las cinco principales causas de defunción
- No. 7 Trabajadores accidentados en varios países de América Latina y el Caribe, 1982-1987
- No. 8 Tasas de incidencia por accidentes de trabajo declarados por 10.000 personas en la población activa, por país, alrededor de 1986
- No. 9 Tasas de mortalidad por accidentes de trabajo por 1.000.000 de personas en la población económicamente activa, por países, alrededor de 1985
- No. 10 Letalidad por accidentes de trabajo declarados
- No. 11 Tasas de frecuencia de accidentes de trabajo mortales según sector de la actividad económica en países seleccionados, 1981-1985
- No. 12 Días de trabajo perdidos por accidentes de trabajo en algunos países de América Latina y el Caribe, 1982-1987
- No. 13 Porcentaje de enfermedades profesionales declaradas respecto al total de eventos de patología profesional, países seleccionados, alrededor de 1980
- No. 14 Porcentaje de la población económicamente activa cubierta por la Seguridad Social
- No. 15 Población trabajadora y prestaciones de salud a las cuales tienen derecho en América Latina

SALUD DE LOS TRABAJADORES

1. ASPECTOS CONCEPTUALES

1.1 Relación entre trabajo y salud

El marco de referencia conceptual de este documento tiene como punto de partida el análisis de la interacción existente entre trabajo y salud:

- Salud, entendida como la define la OMS: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".
- Trabajo, como toda y cualquier actividad del hombre con la cual procura la satisfacción de sus necesidades y las de la sociedad, y que lo diferencia de todas las otras especies.

1.2 Salud ocupacional

Su definición que ha sido establecida por el Comité Mixto OIT/OMS en su reunión de 1950 se expresa en términos de sus objetivos así: "Promover y mantener el más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad". La salud ocupacional concierne con los efectos positivos y negativos que el trabajo puede tener sobre la salud y también con los efectos que la salud de las personas, o su alteración, puede tener en su habilidad para trabajar.

1.3 Población objetivo

La población objetivo de prestaciones de salud ocupacional, que representa por lo menos el 35% de los habitantes de una nación, está constituida por todos los trabajadores independientemente de su actividad, oficio o profesión, del sitio de trabajo, de su ubicación urbana o rural, de su edad, sexo o forma de vinculación contractual al trabajo. Esta fuerza laboral está constituida por la población económicamente activa, o sea adultos de ambos sexos, incluyendo mujeres en edad reproductiva, personas de avanzada edad y enfermos, así como jóvenes y algunos menores ya sea que realicen trabajos remunerados (trabajadores asalariados, independientes, temporales), no remunerados o que no reporten ganancias económicas (como las labores domésticas, el trabajo de beneficencia) y que tengan un sitio fijo, permanente o cambiante de trabajo (fábrica, oficina, institución de salud, construcción, minería, agricultura,

comercio, pesca, transportes, etc). Considera, además, los trabajadores de establecimientos de cualquier tamaño, grande, mediano, pequeño, de tipo familiar o individual, y los trabajadores organizados o no, en sindicatos, o en grupos cooperativos.

1.4 Accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad y lesión relacionadas con el trabajo

a) Accidente de trabajo: Se emplean en los países significados diversos de accidentes de trabajo. En términos científicos, y para efectos de la prevención, el accidente de trabajo se entiende como una determinada ruptura en el ajuste necesario entre el hombre y sus condiciones de trabajo. Es un evento no planeado, dado en la relación compleja entre el individuo y su ambiente de actividad productiva, que da como resultado un deterioro de esa relación. Representa un daño físico y sufrimiento para el trabajador, y daños para el proceso productivo (pérdida de tiempo, deterioro de materiales y maquinarias).(1) El accidente de trabajo es de naturaleza multifactorial y multicausal.(2)

b) Enfermedad profesional: La enfermedad profesional puede describirse en términos de prevención o médico-legales. En la primera situación, la enfermedad profesional es considerada como cualquier condición anatomopatológica debida a la acción específica de las condiciones de trabajo y medio ambiente laboral. Tiene consecuencias directas sobre el expuesto, causando su muerte o alteraciones reversibles, irreversibles, incapacidades, y algunas veces repercusiones sobre sus descendientes. En el campo jurídico, se entiende como enfermedad profesional el estado patológico físico o mental que sobreviene al trabajador como consecuencia del desempeño repetido o habitual de una determinada actividad laboral o de la acción reiterada de los factores de riesgo ocupacional, existiendo una relación de causa-efecto demostrada.

c) Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo: Un Comité de Expertos de la OMS recomendó que, además de las enfermedades profesionales reconocidas, se introdujera el término "enfermedad relacionada con el trabajo" para las situaciones patológicas en las cuales el medio laboral y el desempeño del trabajo influyen significativamente.(3) Cuando existe una relación causal entre la exposición en el trabajo a factores de riesgo reconocidos como de efectos de potencialidad, desencadenantes, aceleradores, o agravantes con una enfermedad o lesión "común" que afecta al trabajador, dicha enfermedad o lesión es comúnmente considerada como relacionada con el trabajo, tanto desde el punto de vista médico como preventivo.

d) Incomodidad y malestar relacionados con el trabajo: Hay que resaltar que las exposiciones a sustancias peligrosas en bajas dosis, o el ejercicio de actividades en condiciones no satisfactorias, sin llegar a situaciones patogénicas diagnosticables, producen malestar, como ocurre con las alteraciones comportamentales debidas a tóxicos y con la instalación precoz de fatiga por el grado intrínseco de las exigencias de las tareas, muchas veces agravada por condiciones extrínsecas como es la exposición a calor o a estrés de otro tipo. Estas situaciones contribuyen a una menor calidad de vida, al aumento de conflictos, a una disminución de la capacidad individual, de producción y de prevención, que de malestar e incomodidad pueden evolucionar en estados patológicos.

1.5 Factores de riesgo laboral

Los factores de riesgo son los atributos o exposiciones que aumentan la probabilidad de ocurrencia de accidente, enfermedad u otra consecuencia indeseable. Para la identificación, cuantificación y control de estos factores de riesgo laboral, incluyendo los ergonómicos y los psicosociales, es necesario utilizar las técnicas epidemiológicas que, en salud ocupacional, además del conocimiento de las situaciones patológicas, permiten la vigilancia de los factores de riesgo, sirviendo de base para la higiene ocupacional y para las acciones de prevención primaria. (17)

1.6 Concepto de atención integral de salud del trabajador

Este concepto incluye un conjunto de acciones de información y educación en salud, de promoción y mantenimiento de la salud y de medidas preventivas de tipo técnico y médico, articuladas con la asistencia médica curativa, la rehabilitación y readaptación, y complementadas con un sistema de compensaciones materiales a los trabajadores que sean víctimas de incapacidad o hayan cumplido el período de actividad previsto en la ley para el retiro. A lo largo de la vida, el ser humano merece recibir atención de salud que incluye la atención prenatal, en la primera y segunda infancia, en el período de adolescencia que corresponde a la preparación del individuo para el trabajo, y en su etapa productiva, para disminuir la frecuencia y la gravedad de los estados patológicos e incapacidades en el grupo de mayor edad.

1.7 Servicio de salud en el trabajo

El Convenio 161 de 1985 de la OIT, en su Artículo 1 refiere: La expresión "servicios de salud en el trabajo" designa unos servicios investidos de funciones esencialmente preventivas y encargados de asesorar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de:

- i) Los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo;
- ii) La adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental.

Desafortunadamente, los trabajadores cubiertos por estos servicios no llegan a representar el 10% de toda la población trabajadora en América Latina. En general, los servicios públicos no tienen programas instituidos y las empresas que los han organizado son en número muy limitado, correspondiendo éstas a las de mayor porte.

La relación de las funciones previstas en el Artículo 5 de este Convenio, que son eminentemente preventivas, de asesoramiento y de promoción de la salud, puede servir de patrón en la organización y estructuración de cualquier programa, servicio o institución de salud ocupacional.

2. ANTECEDENTES

2.1 En la Organización Mundial de la Salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en 1948, consideró el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Señala que la salud de todos los pueblos es condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, para lo cual se requiere de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los trabajadores, como grupo poblacional que tiene la responsabilidad por la generación de todas las actividades, tiene el encargo de garantizar que todas las personas se beneficien de este derecho de salud. Por esta razón la fuerza laboral requiere mantenerse en el mejor estado de salud, condición esencial para que, a su vez, se puedan satisfacer las necesidades de prestaciones de salud para la sociedad en general.

En varias ocasiones, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) ha producido diversas manifestaciones en torno a la salud de los trabajadores, de las cuales resultaron importantes resoluciones. De estas se extracta: la reafirmación de que la salud ocupacional debe estar estrechamente coordinada o integrada en los programas nacionales de salud y de desarrollo industrial (AMS, 1976); la petición de dar apoyo decisivo a la promoción del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores, y la mención de que para establecer e implementar las estrategias de salud para todos en el año 2000 se hace necesario promover servicios de salud ocupacional y fortalecer las instituciones, el entrenamiento y la investigación en este campo (AMS, 1980); y la solicitud al Director-General de la OMS de promover la implementación de programas de salud de los trabajadores como parte del sistema nacional de salud en atención primaria de salud, de elaborar guías en atención primaria en el lugar de trabajo dirigidas particularmente a la población menos cubierta, incluyendo material educativo a varios niveles, y de fomentar actividades regionales en salud de los trabajadores (AMS, 1987).

2.2 En la Organización Panamericana de la Salud

El Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales - Salud para Todos en el Año 2000 incluye el área de salud de los trabajadores, refiriendo como objetivo el ampliar los servicios de salud ocupacional. El Plan contempla los siguientes enfoques: la participación de trabajadores y empresarios para reducir la invalidez por accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo; el conocimiento sobre las enfermedades ocupacionales; el control de los factores ambientales en los lugares de trabajo; la salud ocupacional en los servicios de la comunidad; las instituciones especializadas, laboratorios y centros de adiestramiento; la legislación; la coordinación intersectorial, y la información eficaz. Sus líneas programáticas son: políticas que promuevan la salud y la seguridad ocupacional; cumplimiento de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación; capacidad de las instituciones nacionales; integración de la salud ocupacional en los proyectos de desarrollo industrial y agrícola, y la participación de la comunidad.

2.3 En la Organización Internacional del Trabajo

Tradicionalmente, desde su creación en 1919, la OIT ha dado una preferente atención a la protección del trabajo y de los trabajadores, lo cual se refleja en el importante número de instrumentos internacionales (convenios y recomendaciones) dirigidos a la salud de los trabajadores. Entre los numerosos instrumentos de la OIT que contemplan la salud de los trabajadores, de forma generalizada o considerando ámbitos específicos, merece destacarse el Convenio 161 y la Recomendación 171.

El Convenio 161 obliga a que los Países Miembros establezcan servicios de salud en el trabajo de forma progresiva para todos los trabajadores, incluyendo los del sector público, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Indica que, cuando no puedan organizarse inmediatamente tales servicios, los países deben elaborar planes para su establecimiento, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores. Estos servicios de salud de los trabajadores tienen funciones esencialmente preventivas, entre las cuales se destacan: vigilancia de los factores del medio ambiente; vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo; información, educación, formación y asesoramiento en materia de salud de los trabajadores, higiene del trabajo y ergonomía, y primeros auxilios y asistencia médica de urgencia.

3. IMPORTANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

El impacto de la salud de los trabajadores sobre el progreso constituye la virtud social y principal justificación económica para desarrollar la salud ocupacional.

El impacto de la salud de los trabajadores sobre la calidad de vida y bienestar de ellos, de su familia y de la comunidad constituye la virtud ética y principal justificación social para desarrollar la salud ocupacional, razón por la cual es considerada un derecho humano.

3.1 Derecho social

La salud es un derecho humano fundamental que tiene todo trabajador como persona. También están reconocidos como derecho humano de los trabajadores los seguros en caso de desempleo, enfermedad e invalidez. El grado más alto posible de salud de los trabajadores es un objetivo social de suma importancia que contribuirá y facilitará a que los grupos restantes de las poblaciones alcancen un nivel de salud satisfactorio y los países consigan sus metas de desarrollo social.

3.2 Relación entre la salud del trabajador, la productividad y el progreso económico

La salud es deseable y necesaria para que una población sea sana, más creativa, produzca más y tenga mayores posibilidades para desencadenar todas las formas del desarrollo. La buena salud del trabajador influye directamente en la productividad individual y en la producción

nacional--es una inversión rentable. Puesto que más de la mitad de los habitantes de los países son dependientes económicos directos de la población trabajadora, una mala situación de su salud daña también el bienestar familiar. Es de especial valor para los trabajadores independientes y los del sector informal porque su capacidad e ingreso dependen de su propia salud.(4)

En épocas de crisis económica, esta disminución en el ingreso afecta la salud de la población y la de los grupos laborales marginados y pobres en forma mucho más traumática de lo que afecta a la población de mayores medios y a los trabajadores organizados. Ya que por definición una crisis económica involucra una disminución en los ingresos y una contracción de recursos públicos, que se hace sentir en el sector salud, es necesario ser suficientemente imaginativo y eficiente para encontrar resultados a corto plazo, como los que pueden obtenerse por el mantenimiento de la salud de los trabajadores, lo cual tiene relación con el aumento de bienes y servicios, y con la disminución de los altos costos de atención médica curativa. Los daños económicos causados por la patología relacionada con el trabajo que podrían ser absorbidos en una situación económica normal conducen a ruptura financiera en situaciones de crisis. Desafortunadamente, en los países en desarrollo, el número de muertes por accidentes de trabajo es cuatro veces superior a los ocurridos en los países desarrollados, lo que contribuye a una mayor degradación de su capacidad financiera.

Al evitar el deterioro de la salud de los trabajadores se disminuye el tiempo en que necesitan de atención médica y hospitalaria en el período final de su vida, durante el cual pasan a ser dependientes y esclavos de la enfermedad. De esta forma se aumenta su tiempo promedio de vida activa, de lo que depende no sólo un beneficio económico sino el ver satisfechas sus expectativas de vida social y de relación.

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales son muy onerosos para las economías nacionales. Se ha calculado en algunos países industrializados que su costo total, tanto directo como indirecto, asciende aproximadamente a un 4% del producto nacional bruto y a un 10% en los países en desarrollo. Los costos que asumen las empresas por la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales afecta los costos de producción y los precios que son transferidos a los consumidores de los productos y a los usuarios de los servicios. Cuando una mala administración permite que estos costos sean trasladados a la Seguridad Social, el daño económico se mantiene aun cuando haya sido transferido. Esto es lo que ocurre cuando la empresa puede fácilmente contratar otros trabajadores para reemplazo de los enfermos o accidentados disminuidos, sin actuar sobre los factores de riesgo que están causando el perjuicio.

3.3 Contribución a la reducción de los costos de la asistencia curativa, de rehabilitación y de indemnización por incapacidad

La higiene y la seguridad en el trabajo, identificando, eliminando y controlando los factores de riesgo laboral, reducen los eventos lesivos en la salud de los trabajadores, disminuyendo el recurso a la asistencia curativa. La educación sanitaria de los trabajadores, la integración de programas de salud y prevención en su capacitación, desarrolla su

capacidad de autocuidado, reduce los factores humanos causantes de accidentes y otras alteraciones de salud, y esto también resulta en una menor necesidad de acceso a la atención médica curativa.

La medicina del trabajo procurando mantener el equilibrio de salud del trabajador, utilizando las medidas médicas preventivas, identificando señales prodrómicas de enfermedad y diagnosticando precozmente alteraciones patológicas de los trabajadores, permite una mejor racionalización de los servicios curativos, disminuye el número de situaciones clínicas graves e incapacitantes, mantiene por mayores períodos la actitud para el trabajo y evita o retarda el apareamiento de limitaciones incapacitantes. Con medidas de adaptación de las funciones laborales exigidas al hombre se contribuye a prolongar su tiempo promedio de vida activa.

Todo lo anterior, así como las medidas de ergonomía y de una buena planificación de los lugares de trabajo y de la producción, no solo resulta en una menor afluencia y sobrecarga de los servicios asistenciales, sino que reducirá los costos por pagos de indemnización producidos por incapacidad evitable.

3.4 Disminución del sufrimiento humano

El cuidado de enfermos incapacitados resultantes de las malas condiciones de trabajo, que en muchos países del mundo representan un número superior a los heridos y a los discapacitados de guerra¹, no siempre es hecho con los medios adecuados y utilizando todas las técnicas y conocimientos disponibles para evitar el sufrimiento humano. Además del principio de equidad que se pretende para que todos tengan el mismo tipo de prestaciones curativas asistenciales, es prioritario, también por razones de justicia, que todos los trabajadores tengan derecho a la prevención.

3.5 Relación entre la salud del trabajador, desarrollo social y bienestar

Un lugar de trabajo ajustado a los principios de la higiene, de la seguridad y de la ergonomía contribuye a la estabilidad y prosperidad de las empresas. Las máquinas y herramientas diseñadas ergonómicamente, los ambientes de trabajo con un mínimo de factores de riesgo, la organización y ritmo del trabajo que evite fatiga, conjuntamente con remuneraciones que permitan el desarrollo personal, harán posible el uso óptimo de los medios de producción y serán un factor de estabilidad y bienestar social.

Cuando la tecnología no ha sido adaptada al nivel cultural y social de los trabajadores, pueden originarse insatisfacciones que se manifiestan por disminución de la calidad y cantidad de la producción, por rotación excesiva de la mano de obra y ausentismo. Este descontento afecta la motivación y genera actitudes agresivas, derroche deliberado, amenazas de violencia y conflictos laborales. La existencia de magnitudes

¹ "En muchos países los riesgos del trabajo son mayores que los riesgos de guerra. Cada año 100.000 trabajadores pierden la vida y 1.500.000 quedan inválidos como resultado de accidentes del trabajo o enfermedades ocupacionales" (OIT, 1988).

considerables de trabajadores que se encuentran sometidos a condiciones y ambientes de trabajo indeseables para su salud y seguridad, y la carencia de una atención de salud adecuada, puede conducir a la conformación de núcleos de descontento y presión, y llegar a poner en peligro la paz y la armonía de los países.

3.6 Legislación sobre salud de los trabajadores

De acuerdo con la Publicación Científica 509 de la OPS, sobre el derecho a la salud en las Américas, las constituciones de los países refieren la salud como un derecho. También las constituciones de los países iberoamericanos sitúan con precisión y detalle los derechos y garantías del trabajador y en muchas se refiere específicamente a la seguridad y salud ocupacional. En los países de habla inglesa, el derecho al trabajo y a la protección del trabajador no está contenido en las constituciones, por ser considerados como derechos sociales.

Todos los países de la Región disponen de legislación y reglamentación específica en salud ocupacional. Aceptándose que en algunos casos merece revisión y actualización, el problema de estas leyes radica en su limitada comprensión y aceptación, que resulta en bajo nivel de cumplimiento. La publicación de la OMS, "International Digest of Health Legislation", considera el tema "salud y seguridad ocupacional".

4. SITUACION ACTUAL

4.1 Datos demográficos y laborales

El Canadá y los Estados Unidos de América tienen una población de 276 millones (1990), debiendo llegar a 295 millones en el año 2000. La población urbana de estos países es de 205 millones (1990), representando el 74,3% de la población total, y al final del siglo alcanzará a 221 millones (75%).

América Latina y el Caribe cuentan con una población total de 448 millones de habitantes (1990) y se espera que para el año 2000 sea del orden de 540 millones. La población urbana se incrementará en un 29%, de 324 millones en 1990 a 417 millones a finales de siglo; la población rural experimentará una disminución de 28% (1990) a 23% (2000). El 72,3% de la población total está localizada en centros urbanos y a finales del milenio alcanzará el 77,2%.

La población en edad de trabajar, entre 15 a 64 años, es de 269 millones (1990) y pasará a 363 millones en el año 2000. Representa aproximadamente el 60% de la población total de los países (Cuadro 1). La población económicamente activa en América Latina y el Caribe para alrededor de 1990 es de 157 millones, bajo el supuesto que constituye el 35% de la población total.

La participación de la mujer en la fuerza laboral es uno de los indicadores disponibles para mostrar su contribución en el desarrollo económico. De acuerdo con los estimados de la OIT, en 1986 el 29,9% de

la población económicamente activa de América Latina y el Caribe correspondió a la fuerza laboral femenina (Cuadro 2). Estas estadísticas también señalan que, con respecto a 1950, la participación de la mujer se ha triplicado, lo que significa un incremento en el mercado laboral de un 12,2% (Cuadro 3). El trabajo doméstico de la mujer--en gran proporción trabajo no remunerado--constituye un factor poderoso de acumulación de capital en todos los niveles de desarrollo.

El trabajo de menores (con edad entre 10 y 14 años) puede llegar a representar en varios países hasta una cuarta parte de la población económicamente activa. En 14 países y según las cifras de la OIT existe una masa laboral de menores del orden de 6 millones (Cuadro 4). Las cifras disponibles en otras fuentes hacen admitir que esta información sufre un alto subregistro. Algunos estudios confirman la participación de proporciones considerables de menores de 10 años en el mercado laboral. Debido a que está prohibido legalmente el trabajo de menores, estos datos no son fácilmente disponibles.

4.2 Indicadores de cobertura en salud de los trabajadores

El concepto de cobertura es diferente en los Ministerios de Salud y de Trabajo, en las instituciones de la Seguridad Social y en los centros laborales. Estas diferencias se refieren al derecho a la atención; al tipo de prestaciones (amplitud de la cobertura) y a las características de integración de la atención. Algunos datos sobre la población trabajadora cubierta aparecen en el capítulo "Situación actual" (numeral 4.4.c). Información complementaria sobre estos indicadores y concepto de amplitud de cobertura en salud ocupacional está contenida en el Anexo II.

4.3 Principales problemas de salud de los trabajadores

4.3.1 Accidentes de trabajo

Los accidentes continúan siendo un grave problema, tanto en sufrimientos humanos como en pérdidas materiales. Algunos son mortales y otros ocasionan incapacidades permanentes o temporales, totales o parciales, que pueden durar hasta varios meses o años. Todos los accidentes producen sufrimiento a la víctima, muchos preocupan a sus familiares y, si son mortales o si ocasionan una incapacidad permanente, son una catástrofe en la vida familiar. Además, todo accidente constituye una pérdida de salud, de tiempo y de dinero. Normalmente, los accidentes de trabajo son fácilmente identificables y su nexos causal puede establecerse claramente. No obstante, no se dispone hasta el momento de datos completos para definir la verdadera magnitud del problema en América Latina y el Caribe. Existen diferencias de criterios para la consolidación y análisis, y una información parcial en ciertas actividades económicas, como son la agricultura, la construcción, la minería, los centros de trabajo pequeños y el sector informal.

Las estadísticas sufren un gran subregistro debido entre otras causas a: los bajos montos de indemnización que llevan al trabajador accidentado a preferir seguir laborando para recibir la totalidad del salario, al temor al despido, y la evasión del empresario en el pago de mayores tarifas de afiliación por reclasificaciones en la clase de riesgo. En algunos países, por el hecho de ser más rápida la obtención del

subsidio por incapacidad debida a una enfermedad común y además de ser superior el monto al recibido por lesión ocupacional, los trabajadores prefieren notificar el accidente de trabajo como accidente común, lo cual incrementa todavía más este subregistro. Con base en los datos de la OIT y las proyecciones de Bird, se calcula que el subregistro es de por lo menos el 50%. Se estima que en América Latina y el Caribe¹ ocurren anualmente del orden de 95 millones de accidentes con por lo menos 160.000 casos mortales (441 muertes por día y 19 por hora). El 40,4% de las defunciones se presentan en el grupo etéreo de 15 a 54 años (Cuadro 5).

Las tasas de mortalidad por accidentes son hasta 62 veces superiores a las tasas de mortalidad por complicaciones de embarazo, parto y puerperio. Las mujeres trabajadoras, desafortunadamente, son víctimas de ambas situaciones (Cuadro 5).

En 26 países de la Región la mortalidad por accidentes se encuentra dentro de las cinco principales causas de defunción (Cuadro 6). En los Estados Unidos de América ocurrieron 2.593.910 accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, con 3.610 casos mortales y 46.725.700 días de trabajo perdidos (Anuario de Estadísticas de Trabajo, 1988, OIT, valores referentes a 1986).

Las estadísticas disponibles de la OIT (años 1982-1987) refieren 2.000.000 de accidentes de trabajo declarados por año en América Latina y el Caribe, lo que significa la ocurrencia de 7.000 accidentes cada día de trabajo, es decir 15 accidentes cada minuto laboral, con base en un día de 8 horas de trabajo (Cuadro 7). Estos datos, en su mayoría, corresponden a los accidentes notificados a las instituciones de la Seguridad Social, conciernen a su población de trabajadores afiliados y se refieren por lo general a los accidentes que producen muerte, incapacidad e indemnización.

Tomando como referencia esta información y aceptando que podría corresponder a la totalidad de los accidentes de trabajo, se prevé que las dos terceras partes de la población económicamente activa de América Latina y el Caribe sufrirán por lo menos un accidente con lesión durante su vida laboral de 45 años. Asumiendo que el porcentaje promedio de afiliados a la Seguridad Social representa el 40% de la población activa, y que los trabajadores no afiliados tienen una siniestralidad semejante a los afiliados, se podría concluir que el número total de accidentes de trabajo con incapacidad para América Latina y el Caribe sería de 5.000.000. Esto corresponde a decir que cada trabajador sufriría dos accidentes en su vida laboral (el valor calculado es de más o menos 1,7).

Las tasas de incidencia por accidentes de trabajo declarados se indican en el Cuadro 8 y muestran que por lo menos uno de cada 10 operarios tiene anualmente una lesión producida por accidente de trabajo.

Considerando estos valores, podría inferirse que cada trabajador sufre más de cuatro accidentes en su vida laboral.

¹ Estimados según el Triángulo de Bird como resultados de estudios en 297 empresas de los Estados Unidos de América en 1969. En vol. 54, Occupational Safety and Health Series, OIT.

Las tasas de incidencia de accidentes y enfermedades profesionales en los países en desarrollo son 6 a 10 veces mayores que en los industrializados. Las tasas de mortalidad por accidentes de trabajo en algunos países de América Latina y el Caribe son hasta cuatro veces superiores a las registradas en países desarrollados (Cuadro 9). La letalidad por accidentes de trabajo ha mostrado tendencias de aumento en ocho países de la Región y estabilidad en cuatro de ellos durante el período 1982-1986. La comparación con la cifra de los Estados Unidos de América muestra valores superiores que oscilan entre 9 y 45 veces (Cuadro 10). Las tasas de frecuencia de accidentes de trabajo mortales en la agricultura, caza y pesca registraron durante 1981-1985 valores de 4 hasta 28 veces superiores a los anotados para países desarrollados; en minas y canteras se observaron cifras que son de 2 hasta 18 veces por encima; y en la construcción, de 3 hasta 11 veces mayores (Cuadro 11).

Un indicador utilizado para la severidad de la accidentalidad laboral se refiere al daño expresado como incapacidad permanente. En El Salvador, de cada 49 accidentes uno deja secuelas de incapacidad permanente. En Panamá esta relación es del orden de 63 a uno.(5) En el Brasil es de 39 a uno.(6) Durante el período de 1979 a 1983, los accidentes de trabajo produjeron en el Brasil 25.938 personas inválidas, y las tasas de invalidez se duplicaron, de 0,29% (1979) a 0,54% (1983).(7) Cada año los accidentes de trabajo ocasionan en ocho países de América Latina y el Caribe una pérdida de alrededor de 14 millones de días de trabajo, que equivale a pérdidas de por lo menos 50.000 años/hombre de trabajo, iguales a la paralización de la industria de estos países durante 10 días (Cuadro 12).

Los accidentes "in itinere", definidos como sucesos que causan lesiones en el trabajador y que se presentan durante el tránsito entre la casa y el sitio de trabajo o viceversa, usualmente no son motivo de registro especial por parte de los países. En el caso del Brasil, donde estos son considerados accidentes de trabajo, representaron en 1985 el 5,8% del total de las lesiones ocupacionales notificadas.(6)

Los accidentes de tránsito son en muchos casos accidentes de trabajo cuando ocurren como resultado del desarrollo de una actividad laboral. En América Latina y el Caribe, los accidentes de tránsito que se presentan durante el desplazamiento del trabajador, o directamente por el ejercicio de una actividad laboral, pueden representar por lo menos la mitad de los accidentes mortales.(8) Por ejemplo, en 1988, el Instituto de Seguros Sociales de Colombia informó que el 47,1% de los accidentes de trabajo mortales ocurrieron en las calles y vías públicas.(9)

Los accidentes en el hogar, los escolares y los de tipo tecnológico son frecuentemente accidentes derivados del trabajo que no son clasificados como tales, entre otras causas, por no existir una relación contractual formal de trabajo. Un estudio desarrollado en Colombia en 1977-1980, sobre una población trabajadora de 8.408.176, indicó 2.348.320 accidentes con ocasión del trabajo, con una tasa de incidencia de 279,3 por mil trabajadores, siendo incapacitantes el 55,5% de estos. El 11,5% ocurrieron en las casas y el 15,5% en las calles y carreteras.(10)

4.3.2 Enfermedades profesionales

Las enfermedades profesionales son un problema prioritario de salud pública no sólo por la elevada morbilidad y por la alta incidencia de casos graves, sino además porque afectan a personas en edad productiva, a sus descendientes y convivientes, y originan graves problemas sociales y económicos. Aunque no existan registros de mortalidad por enfermedades profesionales, la menor esperanza de vida en algunas ocupaciones, como minería, confirman su importancia.

En el caso de las enfermedades profesionales, el subregistro es más notorio que en los accidentes de trabajo. En los datos publicados, representan por lo general apenas el 0,5% de los casos registrados de patología profesional (accidentes y enfermedades), con excepción de Chile y Panamá (Cuadro 13). Intervienen en el limitado conocimiento de su magnitud dos grandes grupos de razones:

a) Relacionadas con el diagnóstico:

- La diversidad de concepto y cobertura que se utiliza sobre enfermedad profesional entre las diferentes entidades de un mismo país y entre los países.
- La lista de enfermedades profesionales que da derecho a indemnizaciones es a menudo muy limitada y distinta entre entidades y países.
- Las limitaciones en cuanto a criterios y normas clínicas, de laboratorio, administrativas y legales.(8)
- La naturaleza insidiosa de las enfermedades profesionales, que hace difícil su identificación y en especial la detección precoz de las alteraciones.(8)
- La falta de especificidad en los signos y síntomas en algunas enfermedades profesionales que lleva a su enmascaramiento o confusión con otra patología no ocupacional.(8)
- La dificultad en el diagnóstico y su confirmación por ausencia de elementos y equipos apropiados.(11)
- La escasa preparación del personal de salud sobre la etiopatogenia y diagnóstico, y el deficiente conocimiento de los trabajadores sobre las señales de alteraciones de salud causadas por los factores de riesgo ocupacional.

El proceso de reconocimiento de las enfermedades profesionales es lento, costoso y conflictivo, y especialmente en el caso de nuevas materias primas, procesos y productos. Además, para que se lleve a cabo este reconocimiento muchas veces la situación clínica ya está bien establecida y en estado avanzado.(12)

b) Relacionadas con el registro:

- La notificación de las enfermedades profesionales no es siempre obligatoria. Cuando lo es, hay comúnmente desconocimiento de los médicos sobre los procedimientos administrativos. Los médicos de empresa no siempre tienen la suficiente independencia técnica y garantías para cumplir con la obligatoriedad de la notificación.(8)
- Los sistemas existentes de notificación y registro tienen, a veces, poca utilidad para desencadenar las acciones de investigación, prevención y control esperadas de un sistema de vigilancia epidemiológica. Tal hecho desmotiva la práctica de la notificación.(8)
- La diversidad de instituciones interesadas, sin una coordinación adecuada, conlleva a una fragmentación de la información.

Algunos de los datos disponibles, generalmente resultados de estudios epidemiológicos, que se mencionan en el Anexo III, señalan que las enfermedades profesionales representan un fenómeno mucho más importante de lo que indican las escasas estadísticas de los casos oficialmente comunicados.

4.3.3 Enfermedades potenciadas, desencadenadas, agravadas o aceleradas por las exposiciones ocupacionales y condiciones de trabajo

a) Enfermedades infecciosas y parasitarias: Adquiridas por las ineficientes condiciones de saneamiento básico presentes especialmente en los trabajos agropecuarios, sector informal urbano, minería, construcción y pequeñas empresas. (18)

- Las zoonosis, enfermedades transmitidas al hombre en su contacto con los animales o al manipular o consumir productos de origen animal, como la brucelosis y la leptospirosis, revisten especial importancia como enfermedades del trabajador. La brucelosis es causa de disminución del rendimiento y de ausentismo laboral, en especial para los trabajadores rurales y los operarios de industrias de productos y subproductos de origen animal. La leptospirosis representa un riesgo ocupacional para los trabajadores en arrozales, cultivos de caña de azúcar, alcantarillados y mataderos.
- Un estudio efectuado en Colombia en 1987 en 650 mineros del carbón indicó una tasa de prevalencia de parasitismo intestinal del 75%.
- La malaria, en América Latina en 1988, produjo aproximadamente 1.100.000 casos, incluyendo recaídas y reinfecciones. Esta cifra subió desde 1985, año en el cual se registraron 910.000 casos. En las Américas existe una macro-región, la cuenca del Amazonas, con características especiales y problemas ligados al desarrollo de la infraestructura social y económica, macro-sistema ecológico que comprende extensas áreas del Brasil,

Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela, donde se registraron cerca de tres cuartas partes de los casos de malaria del Continente en 1988. Los trabajadores involucrados en la construcción de caminos, proyectos agropecuarios, mineros y colonización, además de estar expuestos a la patología habitualmente relacionada con las tareas que desempeñan, sufren más las consecuencias de esta enfermedad a la cual están expuestos por las mismas condiciones laborales.

b) Enfermedades psicosomáticas: Originadas por elementos del ambiente de trabajo y por las características, hábitos, y reacciones de las personas. El consumo y la dependencia del alcohol, de cigarrillos y de fármacos son reacciones típicas frente a situaciones que producen ansiedad u otro tipo de efectos psicológicos negativos. Estas manifestaciones pueden ser relacionadas con las condiciones de trabajo y originadas por diversos factores laborales, como son los problemas de adaptación por la migración a áreas urbanas y la introducción de nuevas técnicas laborales. Las perturbaciones en el sueño, en el apetito, en el sistema gastrointestinal y la presencia de úlceras pépticas pueden ser el resultado del trabajo por turnos.

c) Enfermedades cardiovasculares: Existe evidencia clara de que la hipertensión arterial es la alteración más frecuente entre las enfermedades cardiovasculares y que elevaciones moderadas o graves de la presión sanguínea aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad coronaria, cerebrovascular y renal. Las enfermedades del corazón y cerebrovasculares en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, constituyen una de las cinco principales causas de muerte en los grupos etáreos de 15 a 64 años. Entre los factores de riesgo ocupacional que son causas coadyuvantes de estas enfermedades se incluyen: la exposición a diversas sustancias químicas como bisulfuro de carbono, nitratos orgánicos, arsénico, disolventes, cadmio y plomo; la exposición a factores de riesgo físicos en especial el estrés térmico y las condiciones de frío; la actividad física cuando involucra trabajos muy arduos o levantar cargas muy pesadas; el trabajo por turnos; y el estrés mental por labores de alta responsabilidad y sobrecarga mental de trabajo.(13)

d) Trastornos musculo-esqueléticos: Algunos grupos de trabajadores, como los descargadores y cargadores de buques cerca del mar y de los ríos, llegan a tener una incidencia de lumbago cinco veces superior a la verificada en la población restante. La lumbalgia y el dolor de hombros y nuca son las afecciones musculo-esqueléticas que tienen una relación más comprobada con el trabajo. Se estima que la lumbalgia aflige a más de la mitad de la población trabajadora en algún momento de su vida laboral.(3) Generalmente son más frecuentes en las ocupaciones que implican trabajo manual pesado, carga y descarga de materiales, tareas que exigen posturas incómodas por períodos prolongados, inclinaciones o torsiones frecuentes y exposición a vibraciones. Otros factores etiológicos de importancia son los traumatismos al cargar sobre la espalda objetos pesados y los aspectos psicológicos, congénitos e inflamatorios.(3) Entre los factores de riesgo ocupacional relacionados con el dolor de hombros y de nuca se señalan: el deficiente diseño ergonómico del lugar de trabajo y las prácticas laborales inadecuadas.(13)

4.3.4 Vacíos en el conocimiento y diagnóstico incompleto sobre las condiciones de salud y de exposición laboral

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe necesitan de información sobre la tipificación y la magnitud de los problemas de salud de los trabajadores. Los registros oficiales usualmente sólo tienen información relativa a compensaciones. Los datos de los servicios médicos, de enfermería o de higiene y seguridad de las empresas son con frecuencia vagos e incompletos, poniendo énfasis en las ausencias por enfermedad y accidentes. Existen grandes sectores de la población trabajadora, como son el agrícola, las pequeñas empresas, la construcción, el trabajo de mar, el temporario, el doméstico, y el trabajo de grupos vulnerables, de menores y mujeres, para los cuales, la información sobre la situación de salud y condiciones de trabajo es muy limitada o inexistente.

La producción científica de investigaciones en el campo de la salud de los trabajadores ha sido escasa, con poca diversificación en los temas de estudio, y se ha sesgado hacia el análisis de los aspectos biológicos, técnicos y de morbilidad. Refiere los factores condicionantes de la salud de manera aislada, con una subdimensión en la identificación y diagnóstico de los factores determinantes y de los riesgos y del análisis de otras condiciones, especialmente las sociales.(14)

En términos globales se detectan limitaciones en el campo investigativo principalmente en las áreas de:

- Personal capacitado en metodología de investigación en salud ocupacional;
- Producción de estudios epidemiológicos;
- Utilización de enfoques multidisciplinarios;
- Metodologías para el análisis de la interacción entre las diferentes situaciones de riesgo;
- Empleo adecuado de categorías y variables;
- Desarrollo de estudios sobre los procesos salud-trabajo-enfermedad en determinadas situaciones como exposiciones combinadas, fatiga, estrés, desgaste, trastornos psíquicos, mutagénesis, carcinogénesis, teratogénesis, aborto y esterilidad;
- Realización de estudios que cubran los diferentes grupos etáreos de trabajadores (menor, joven, adulto) y una adecuada comparación entre sexo (mujer trabajadora);
- Análisis de los costos económicos y sociales por problemas de salud relacionados con el trabajo;

- Estudios sobre los procesos de intervención para el control de los determinantes de la salud y sus consecuencias, en los ámbitos de la legislación, del planeamiento y organización de los servicios, de la formación de recursos humanos, de sistemas de información y vigilancia epidemiológica, de educación y participación de los trabajadores y de los empleadores;
- Estudios sobre tecnología de control y mejoramiento de las condiciones de trabajo, para apoyar la implementación de las políticas nacionales de salud ocupacional.

La ausencia de mecanismos nacionales e interpaíses de coordinación de la investigación en salud ocupacional dificulta el conocimiento de los resultados de los estudios y su aplicación para el control práctico y la gestión de problemas actuales y futuros.

4.3.5 Limitaciones en la formación y capacitación y desconocimiento generalizado de los síntomas de alteración de la salud, de los factores de riesgo laboral y de las medidas preventivas

Existen limitaciones importantes para el desarrollo de los programas de salud ocupacional en la formación de los profesionales de salud y de especialistas en las diversas áreas de la salud de los trabajadores. En relación con la formación profesional son pocas las facultades que incorporan a nivel de pregrado la enseñanza de la salud ocupacional, de la medicina del trabajo, de la higiene ocupacional y de la seguridad industrial. Cuando ésta existe, consiste de un número muy limitado de horas que, en el caso de las escuelas de medicina,(15) se orientan muchas veces a los aspectos médico-legales de calificación de la patología profesional y no a la comprensión de su origen y a la prevención de los factores de riesgo ocupacional que las producen. Esto lleva a que en la práctica del trabajo médico se omita el indagar al paciente en qué se trabaja y cuáles son las condiciones y ambientes de trabajo de los sitios de labor.(16)

Respecto a la formación de posgrado, hasta 1984 han sido desarrollados cursos en el Canadá y los Estados Unidos de América y, en América Latina y el Caribe, sólo en Brasil, Chile, Cuba y México. Desde entonces se iniciaron cursos de posgrado en escuelas de enfermería y medicina en Colombia y en escuelas de medicina en Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Estos esfuerzos permitirán la capacitación de un número limitado de profesionales frente a la necesidad que viene a unirse al reducido número de expertos preparados en instituciones extranjeras, en especial de Norte América y Europa. La incorporación de la enseñanza en pregrado y posgrado podrá contribuir para que se desarrolle una mayor divulgación y sean creadas estructuras de información que lleven a entender y aceptar de forma más generalizada la salud de los trabajadores.

Son muy limitados los esbozos de información y capacitación orientados a los trabajadores, pero se reconoce la urgente necesidad de proceder a actividades de este tipo. En la preparación de los recursos humanos para todos los oficios y profesiones comienza a hacerse

sentir la necesidad de incorporar áreas relacionadas con la identificación de factores de riesgo y de salud laboral, síntomas y alteraciones de salud, y metodología básica de prevención, como forma de desarrollar el autocuidado.

4.4 Servicios de salud disponibles para los trabajadores

a) Marco interinstitucional y funcional

Las políticas nacionales, sociales y económicas no contemplan de forma clara y específica, salvo en algunas excepciones, la salud de la población trabajadora. Sin embargo, en todos los países se considera que la salud es un derecho humano básico y un elemento esencial del proceso de desarrollo. Sus programas de salud son congruentes con las metas regionales y mundiales de Salud para Todos en el Año 2000 e incorporan como estrategia la Atención Primaria de Salud.

Las responsabilidades en materia de salud ocupacional se encuentran diluidas entre los Ministerios de Salud y de Trabajo y las instituciones de la Seguridad Social. El número de países donde la salud de los trabajadores es de responsabilidad exclusiva del Estado y a través de una de las instituciones es limitado.

En los Estados Unidos de América y el Canadá existen, en los sectores salud y trabajo, institutos especializados en salud ocupacional. En cinco países de América Latina--Bolivia, Brasil, Chile, Cuba y Perú--han sido creados institutos especializados de salud ocupacional. El de Chile ha sido incorporado en el Instituto Nacional de Salud como Departamento de Salud Ocupacional. El de Brasil está integrado en el Ministerio de Trabajo. Cuba posee un instituto de medicina de trabajo y otro de higiene y seguridad del trabajo. Los institutos de Bolivia y Perú están integrados en el Ministerio de Salud.

Con muy limitadas excepciones, los programas que adelantan las instituciones nacionales no siguen criterios unificados de programación, originándose conflictos de superposición de acciones, deficiencias cuantitativas y cualitativas en su cobertura, reforzamiento y/o concentración de actividades sobre determinados grupos laborales, usualmente los de mejores ingresos y grandes establecimientos, y subutilización de la escasa infraestructura disponible.

b) Funciones estatales y de otros programas

Aunque en todos los países estén legisladas y normalizadas las funciones estatales que corresponden a las diversas instituciones en el ámbito de la salud ocupacional, los limitados recursos puestos a la disposición de los programas no permiten el desarrollo de las funciones previstas. Con excepción de los Estados Unidos de América y Canadá, Brasil y Cuba, en diversos países, algunas unidades ministeriales tienen uno o dos expertos para cubrir toda la actividad nacional, existiendo bastantes ministerios de salud donde al responsable por la salud ocupacional le corresponde además realizar acciones de otros programas. Sin embargo, estas instituciones del Estado tienen funciones asignadas legalmente que están indicadas en el Anexo IV.

c) Población trabajadora cubierta y prestaciones de salud y de compensación económica más comunes

Analizando los porcentajes de afiliación de los trabajadores a la Seguridad Social en América Latina y el Caribe, se pueden considerar tres conjuntos de países: aquellos en que la afiliación es superior al 80%, los que tienen una afiliación intermedia superior al 50% y los que tienen índices de afiliación inferiores a la mitad de la población trabajadora, que de acuerdo con el Cuadro 14 son la mayoría.

Las prestaciones de la Seguridad Social contemplan habitualmente la asistencia curativa, rehabilitadora de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como de la enfermedad común. Como forma de garantizar un mejor equilibrio del trabajador, diversas instituciones de la Seguridad Social han extendido las prestaciones de salud a las familias de los trabajadores cotizantes; lamentablemente esta asistencia médica no cubre en todos los países a los hijos sino hasta una determinada edad. Existen, además, ciertas restricciones y condicionamientos para tener acceso a la atención en algunas especialidades médicas.

En lo que se refiere a las prestaciones económicas, los trabajadores tienen generalmente derecho al pago de un porcentaje de alrededor de dos tercios del salario que perciben durante los períodos de incapacidad por enfermedad o accidente. Pero también existen condiciones limitantes como el número de años necesarios de cotización previa, un número de días a partir de la confirmación de la incapacidad, y un período máximo al final del cual las compensaciones se reducen o dejan de ser recibidas. Las familias de los trabajadores tienen derecho a percibir una pensión cuando ocurre la muerte.

Las pensiones de retiro por incapacidad total o vejez tienen como base de cálculo el número de años trabajados y el principal problema es que las devaluaciones frecuentes, y su no actualización, las tornan progresivamente más insuficientes. Esto es mucho más grave cuando las pensiones corresponden a una incapacidad parcial atribuida por una alteración de la capacidad de ganancia. Varias instituciones indemnizan de una sola vez ciertos tipos de incapacidades cuyos montos son generalmente bajos. Algunos de los afiliados, como agricultores y trabajadores domésticos, sólo tienen derecho a la atención médica, pero no pueden contar con prestaciones monetarias.

De los trabajadores no cubiertos por el seguro social, una proporción considerable no tiene acceso a cualquier otro servicio de salud pública. Encuestas realizadas en 1984, en diversos países, hacen creer que el número de trabajadores que tienen acceso a una atención curativa (incluyendo la del seguro social) representa un 60%. Los trabajadores que reciben atención global (incluyendo los servicios de salud en el trabajo), es inferior al 10% (Cuadro 15). No se dispone de datos sobre los porcentajes de trabajadores que pueden recurrir a servicios médicos privados y que tienen seguros por enfermedad pagos por ellos o por la entidad empleadora.

d) Recursos humanos disponibles

La atención de salud de los trabajadores requiere de la participación multidisciplinaria y de acciones de diversa complejidad, iniciadas en los propios centros de trabajo, en las viviendas de los trabajadores que pueden ser utilizadas como centros de trabajo, en los centros de salud, en el primer nivel de remisión de casos (hospital) y en los demás niveles de la red de prestaciones de salud. Significa que no sólo se recurre a los especialistas de las diversas ramas de la salud ocupacional, sino que se involucra a todo el personal de salud y a los protagonistas directos, los empleadores y los trabajadores. Considerando la interrelación entre la salud de los trabajadores, las condiciones de trabajo y ambientes laborales y las condiciones de vida, es importante recalcar la necesaria participación de otros sectores, tales como educación, agricultura, transporte, minas, obras públicas, industria, vivienda, trabajo, planeación, etc.

Un estudio reciente adelantado en los países de Centroamérica, Panamá y República Dominicana arrojó los siguientes resultados sobre la disponibilidad de recursos humanos específicos dedicados a salud ocupacional:(11)

- Un médico de trabajo por 100.000 trabajadores (en el mejor de los casos);
- Un higienista industrial por cada 250.000 trabajadores;
- Una enfermera por cada 30.000 trabajadores (en el mejor de los casos);
- Una auxiliar de enfermería por cada 40.000 trabajadores;
- Un técnico o supervisor por cada 30.000 trabajadores;
- Un ingeniero de seguridad industrial por cada 14.000 trabajadores (en el mejor de los casos).

Estos valores permiten concluir que, debido a la limitación en los recursos humanos dedicados a la salud ocupacional, muchas de las funciones que le corresponden no están siendo contempladas. El personal de salud ocupacional recomendado según el número de trabajadores obedece en algunos países a la siguiente relación:

- Un médico del trabajo por 1.000 a 5.000 trabajadores;
- Un higienista industrial por 6.000 a 10.000 trabajadores;
- Un ingeniero de seguridad por 4.000 a 6.000 trabajadores;
- Una enfermera por cada 1.000 a 5.000 trabajadores.

La capacitación de expertos en salud ocupacional en el Canadá y los Estados Unidos de América está siendo frecuentemente revisada,

teniendo en cuenta las necesidades y los progresos técnicos y científicos. Algunos profesionales en actividad en América Latina se han beneficiado de esta capacitación.

En América Latina, Chile ha sido un centro de capacitación donde se han formado profesionales, muchos de los cuales están trabajando en diversos países de la Región. En Cuba, desde la creación de una maestría especialmente orientada a la capacitación de extranjeros, se han preparado un número, desafortunadamente limitado, de profesionales. Con excepción del Brasil, que en años pasados, especialmente durante los últimos años de la década de los sesenta y en la de los setenta, dió un fuerte impulso a la capacitación de médicos de trabajo e higienistas industriales, la situación en los demás países de América Latina y el Caribe puede considerarse altamente insuficiente.

En la mayoría de los países son las instituciones de la Seguridad Social las que cuentan con un número mayor de recursos humanos en salud ocupacional. Además del personal específico para salud ocupacional, los servicios de salud prestan asistencia médica en consulta ambulatoria y hospitales que atienden en el ámbito de clínica médica y diversas especialidades a los trabajadores enfermos. En algunos centros de salud, las promotoras de salud y los inspectores de saneamiento participan en labores de información y educación que pueden contemplar grupos de trabajadores.

e) Recursos materiales disponibles

En casi todos los países se presentan serias limitaciones en la dotación del instrumental de laboratorio, de equipos para estudios médicos y de campo para evaluación ambiental del trabajo y rastreo múltiple. Los disponibles usualmente están ubicados en el nivel central, lo que dificulta su utilización oportuna y ocasiona inconvenientes para el envío de muestras.

Los recursos materiales existentes en los cinco institutos de América Latina especializados en salud ocupacional necesitan ser renovados. Se encuentran, además, grandes limitaciones en el mantenimiento de los instrumentos y equipos disponibles, por cuanto su procedencia de fabricación es usualmente de los Estados Unidos de América y, en menor proporción, de Europa, y con frecuencia no existen representaciones en los países lo suficientemente dotadas como para efectuar revisiones, calibraciones periódicas y arreglos de averías. Existe material disponible en algunas empresas, generalmente las más grandes, que habitualmente es empleado en las actividades de su propio servicio de salud ocupacional. Por otra parte, no se ha impulsado lo suficiente el desarrollo de procedimientos sencillos, de fácil aplicación y bajo costo, como para poder utilizarlos con un grado de confiabilidad aceptable en la atención de salud de los trabajadores.

f) Recursos financieros

La reducción en los recursos financieros para salud es una consecuencia directa de las condiciones económicas de los países. Sin embargo, la situación en salud ocupacional es todavía más preocupante, porque, a pesar de que se reconoce a la salud del trabajador como un

derecho, el hecho de que su desarrollo es reciente y conectado con la industrialización no siempre bien planeada y por falta de tradición, la asignación de los presupuestos necesarios es todavía más difícil.

Los mayores recursos financieros para acciones de salud ocupacional están a disposición de las instituciones de la Seguridad Social. Los rubros compensatorios y de indemnización por infortunios del trabajo presentan un desproporcionado monto con relación a las cantidades modestas asignadas para fomento y prevención de la salud de los trabajadores. Los Ministerios de Salud y de Trabajo cuentan con unos presupuestos tan escasos que originan serias limitaciones para adelantar una acción continuada efectiva y en la magnitud de las funciones que le están asignadas. Las instituciones de Seguridad Social de algunos países poseen fondos especiales para educación, información e investigación en el campo de la salud ocupacional, pero sus trámites administrativos son tan engorrosos que dificultan en grado sumo su utilización. Los institutos especializados de salud ocupacional de América Latina tienen grandes dificultades presupuestarias que no les permite el desarrollo deseado.

5. PROYECCIONES PROGRAMATICAS

5.1 Prioridades

a) Estímulo de la voluntad política

La existencia del interés político y su confirmación es requisito esencial para formular e implementar una política efectiva de salud de los trabajadores. Este interés puede ser promovido mediante:

- La difusión de información sobre argumentos sociales y económicos y el intercambio de experiencias, conocimientos y resultados de investigaciones en salud ocupacional, incluyendo la movilización de la comunidad, trabajadores y empleadores;
- La consideración de la salud de los trabajadores en conjunto con los diferentes sectores, los gremios empresariales y los sindicatos.

b) Establecimiento de políticas nacionales de salud de los trabajadores

La definición de una política específica de salud de los trabajadores debe ser contemplada en los proyectos de desarrollo económico y planes sociales, y considerar los siguientes principios básicos:

- La salud ocupacional debe ser garantizada a todos los trabajadores, dando énfasis a la prevención y a los grupos laborales insuficientemente atendidos, vulnerables y en situaciones de marginalidad.

- La salud ocupacional debe ser incluida o coordinada con los servicios nacionales de salud dentro de la atención primaria de salud como forma de desarrollar una sociedad productiva y asegurar atención integral de salud de los trabajadores en o cerca de los lugares de trabajo.
- El desarrollo de programas de salud ocupacional con acciones en los procesos de fomento de la salud, protección, tratamiento y rehabilitación, esencialmente con prioridad en el nivel de prevención primaria.
- La definición de los recursos institucionales, humanos y financieros.

c) Desarrollo de la articulación y coordinación intersectorial

La atención de salud de los trabajadores requiere del apoyo de la totalidad del sistema de salud y de los demás sectores sociales y económicos. Las relaciones entre salud, condiciones de trabajo, aspectos económicos y sociopolíticos, además del comportamiento individual y colectivo, exigen la incorporación de otros campos de actividad de la sociedad, así como la participación de los trabajadores y los empleadores en la organización y administración de los programas y servicios de salud ocupacional. Esta movilización intersectorial puede facilitarse por:

- La constitución de comités nacionales de salud de los trabajadores debidamente organizados donde participen los diversos sectores involucrados (salud, trabajo, seguridad social, vivienda, transporte, industria, agricultura, minería, energía, planificación, educación) y de representantes de empleadores y de trabajadores;
- La programación a nivel local con base en una amplia participación, como medio de coordinar los distintos recursos institucionales, laborales y comunitarios existentes en una área determinada para la prestación de salud ocupacional a grupos específicos de trabajadores;
- La promulgación de instrumentos legales y su reglamentación que definan las responsabilidades de cada sector.

d) Incremento del conocimiento en diversos aspectos de salud de los trabajadores

La generación continua de información para la implementación de los programas de salud ocupacional con un mejor conocimiento de la etiología y factores causales, identificación y análisis de las tendencias y prioridades para planear, organizar y evaluar los resultados, puede lograrse por medio de:

- La puesta en práctica de sistemas de vigilancia epidemiológica de salud de los trabajadores;

- El desarrollo de líneas de investigación-acción y de estudios epidemiológicos en áreas tales como: tipificación y magnitud de los problemas de salud de los trabajadores no cubiertos y de grupos especiales; alternativas para propiciar la participación de la comunidad de trabajadores y empleadores; esquemas de programas para grupos laborales no cubiertos adecuadamente; desarrollo de tecnología apropiada para el control de los determinantes de alteraciones de la salud y su diagnóstico precoz.
- La generación de material para la sensibilización y concientización general.

e) Desarrollo de los recursos humanos

Debe ser parte integrante del programa de salud de los trabajadores y una de las primeras etapas en su ejecución, especialmente en lo referente a:

- La producción de cambios en los currícula de formación y capacitación del personal de salud para incluir la enseñanza de salud de los trabajadores en los niveles de pregrado, posgrado y educación continua, a fin de que se realicen en el ejercicio profesional cotidiano las acciones básicas de salud ocupacional que le compete. Esto incluye la formación de médicos, enfermeras, ingenieros, administradores, veterinarios y, en general, todo el personal profesional, técnico y auxiliar que se vincula al sistema de salud.
- La formación de educadores, instructores y de especialistas en las diferentes disciplinas de salud de los trabajadores.
- La capacitación básica de los trabajadores para hacer efectiva su participación, consciente y responsable, en los mecanismos previstos tales como consejos nacionales de salud ocupacional, comités paritarios, y comités comunitarios, al igual que para desarrollar su capacidad de autocuidado de la salud, promover su capacidad de identificación de los factores de riesgo y para que su contribución a la programación de salud ocupacional se base en un conocimiento técnico adecuado.

f) Participación de la comunidad, especialmente trabajadores y empleadores

Para esta participación se deben reforzar los siguientes mecanismos:

- A nivel de los centros de trabajo: la estructuración y el funcionamiento de comités paritarios de higiene, seguridad y salud ocupacional.
- A nivel nacional y local: la representación equitativa de trabajadores y empleadores en las estructuras existentes, como son los consejos de salud ocupacional y asociaciones comunitarias.

- A nivel de asociaciones de profesionales, gremios industriales, sindicatos: la conformación de grupos específicos de trabajo.

Igualmente se deberá considerar:

- La generación de la responsabilidad colectiva e individual a través de la participación de las asociaciones comunitarias existentes, en la identificación de las necesidades de salud de los trabajadores, en las propuestas de soluciones, y en la planeación y evaluación de los servicios de salud ocupacional.
- El propiciar la base legal sobre los principios de la participación y el derecho al acceso de la información.
- La preparación de programas de educación y capacitación apoyados con información y su difusión continua para crear una conciencia preventiva.

g) Promoción de mecanismos para extensión de cobertura

- La incorporación de acciones de salud ocupacional en la red de servicios de salud.
- La formulación de programas de salud de los trabajadores y su inclusión en los planes de salud y de desarrollo económico y social de los países.
- La generación de programas interinstitucionales y de proyectos de integración funcional y el establecimiento de formas asociativas para su ejecución.
- La promulgación de instrumentos legales y su reglamentación con miras a definir las responsabilidades de cada sector y las obligaciones de los centros de trabajo en el establecimiento de servicios de salud ocupacional.
- El cumplimiento de las disposiciones vigentes por parte de las instituciones oficiales de salud, trabajo y seguridad social.
- La expansión del conocimiento y la motivación del personal de todos los servicios y programas de salud para que estos incorporen actividades de salud ocupacional.
- La cooperación con instituciones de enseñanza y sociedades científicas para articular la capacitación con investigación-acción.
- El entrenamiento del personal de atención primaria de salud en salud ocupacional.
- La participación de los especialistas de salud ocupacional en los procesos de reorganización y reestructuración de los servicios de salud.

5.2 Formas de cooperación

La cooperación para el apoyo a la salud ocupacional involucrará la identificación y movilización de instituciones gubernamentales, internacionales, bilaterales, y no gubernamentales, así como la propia colaboración entre países, teniendo en cuenta la diversidad de situaciones y necesidades de los programas nacionales. Dicha cooperación tendrá alcance de tipo técnico-científico y financiero. En forma general, los principales elementos de cooperación incluirán:

a) Programas de formación, capacitación y educación para la preparación de gestores y administradores de programas, especialistas en las diversas ramas de la salud ocupacional; personal de salud, técnicos, personal de los servicios de salud en el trabajo, inspectores de trabajo, empresarios; líderes sindicales y trabajadores. Esta cooperación estará orientada a las siguientes áreas:

- Identificación de las necesidades prioritarias de recursos humanos.
- Intercambio entre universidades y otras instituciones en la elaboración y evaluación de los currícula, intercambio de material y acciones participativas en la docencia, la preparación de nuevos planes de formación y adiestramiento, y la iniciación de cursos y otras actividades de adiestramiento.
- Capacitación de especialistas y docentes en los diversos ramos de la salud ocupacional y fomento de la capacidad de liderazgo.
- Enseñanza de la salud ocupacional en la preparación de otros profesionales y en todos los niveles académicos.
- Preparación de material para capacitación en salud ocupacional.
- Desarrollo de nuevas estrategias para preparar inspectores de trabajo, empresarios, líderes sindicales y trabajadores.

b) Desarrollo de la capacidad y metodología de investigación en salud del trabajador y promoción de la ejecución de proyectos multicéntricos, incluyendo:

- Promoción de acciones de enseñanza articuladas con investigación-acción.
- Apoyo a la elaboración, discusión y evaluación de proyectos multicéntricos.

c) Identificación y movilización de los recursos internos y externos en apoyo a los programas nacionales de salud ocupacional y a aquellos de ámbito interpaís, subregional y regional para mejorar las capacidades nacionales de orden organizativo, técnico, científico y financiero. Se contemplan los siguientes esquemas:

- Contactos con instituciones donantes y de cooperación técnica.
- Preparación de proyectos en áreas prioritarias.
- Creación de redes colaborantes entre instituciones de los países para temas de interés común.
- Incorporación de programas de prevención en el trabajo en los planes de salud y en los programas de desarrollo.

d) Establecimiento de sistemas de información para diseminación del conocimiento técnico-científico y para el público en general, esto como forma de facilitar la comprensión y la participación generalizada y especialmente de los empresarios y trabajadores. Esta cooperación debe permitir:

- Difusión de datos que evidencien la problemática actual y favorezcan el mejoramiento de los programas de salud ocupacional y sus relaciones de costo-beneficio.
- Intercambio de experiencias entre los países para aprovechar los sistemas de información ya establecidos en los países desarrollados y por las agencias internacionales.
- Preparación de material de motivación y sensibilización en general que sirva especialmente a los empresarios y trabajadores, y facilite el desarrollo del espíritu preventivo y del autocuidado.

e) Elaboración, instrumentación, ejecución y evaluación de planes nacionales de desarrollo de la salud de los trabajadores y programas de cooperación subregional, incluyendo:

- Promulgación de la base legal que establezca la organización de los planes nacionales y otorgue los medios necesarios para la viabilidad y factibilidad del proceso de coordinación.
- Cooperación necesaria para la acción en el ámbito subregional, que brinde beneficios adicionales a los planes nacionales.
- Revisión de las normas, leyes y reglamentos requeridos por la programación de acciones de salud ocupacional

6. COOPERACION DE LA OPS

Dentro de sus limitaciones presupuestarias, la cooperación de la OPS tendrá que ajustarse al nivel de desarrollo de los diferentes programas de los países, lo cual ofrecerá oportunidades y alternativas para el trabajo de la Organización. En los próximos años la cooperación de la OPS estará orientada por los siguientes lineamientos:

- Promover la acción nacional e internacional para elevar la comprensión y aceptación de la necesidad de desarrollar la salud de los trabajadores como parte integrante de la salud y del desarrollo socioeconómico de los países con énfasis en la acción preventiva.
- Acopiar, analizar y difundir información y guías para la identificación, evaluación y control de los factores de riesgo relacionados con el trabajo y sobre la factibilidad de reducirlos o eliminarlos.
- Contribuir al mejor conocimiento técnico-científico de los problemas de salud ocupacional que afectan a la fuerza laboral.
- Fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica para la mejor identificación de los problemas que puedan orientar las actividades preventivas y de control.
- Colaborar en acciones dirigidas a la preparación de planes y proyectos subregionales, algunas ya en proceso, que sirvan de apoyo a la elaboración de planes nacionales.
- Asistir en la preparación de planes nacionales de desarrollo de la salud ocupacional, que contemplen la adecuada colaboración intersectorial e interdisciplinaria, incluyendo la participación comunitaria y dando preferente atención a programas de extensión de cobertura a los grupos menos protegidos, dentro de la estrategia de la atención primaria de la salud y los sistemas locales de salud (SILOS).
- Movilizar recursos técnicos y financieros, internos y externos, en apoyo a los programas subregionales y nacionales actuando como facilitador en este proceso.
- Apoyar el desarrollo de los recursos humanos nacionales, incluyendo la formación y capacitación de docentes y profesionales, el adiestramiento del personal de salud y la educación sanitaria de los trabajadores y la comunidad, con énfasis en los aspectos de prevención y de promoción de los factores relacionados con el trabajo que pueden contribuir positivamente a la salud.
- Apoyar el desarrollo de la capacidad de investigación en salud ocupacional.

Cuadro 1

ESTRUCTURA ETAREA DE LA POBLACION DE LAS AMERICAS, 1970-2000

Subregión	% de la población en cada grupo de edad		
	Menores de 15 años	15 a 64 años	65 y más
Total Regional			
1970	36,3	57,3	6,4
1980	32,3	60,5	7,1
1990	30,4	61,9	7,7
2000	28,3	63,7	8,0
América Latina			
1970	42,6	53,6	3,8
1980	39,4	56,4	4,2
1990	36,4	59,0	4,6
2000	32,9	61,8	5,3
Caribe^a			
1970	41,3	53,8	4,9
1980	36,4	58,0	5,6
1990	31,3	62,7	6,0
2000	28,3	64,2	6,3
América del Norte			
1970	28,4	61,9	9,6
1980	22,5	66,3	11,1
1990	21,4	66,1	12,5
2000	20,2	67,0	12,8

Fuente: Naciones Unidas. Global Estimates and Projections of Population by Sex and Age. The 1988 Revision.
ST/ESA/SER.R/93. Nueva York, 1989.

- a. Incluye Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Barbados, Dominica, Grenada, Guadalupe, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EU), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Martinica, Montserrat, San Cristobal/Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago.

Cuadro 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA SEGUN SEXO,
POR PAIS, ALREDEDOR DE 1986

País	Año	Población Activa	Hombres	Mujeres
Argentina	85	11.452.444	8.380.179	3.072.265
Barbados	86	116.900	61.600	55.300
Bolivia	86	2.076.782	1.589.984	486.798
Brasil	85	55.098.494	36.625.371	18.473.123
Colombia*	85	9.552.066	6.399.885	3.152.181
Costa Rica	85	887.456	655.762	231.694
Cuba	86	4.342.280	2.786.597	1.555.683
Chile	86	4.269.000	2.988.600	1.280.400
Ecuador	85	2.854.130	2.261.467	592.663
El Salvador	80	1.622.217	1.056.652	565.565
Guatemala	85	2.254.368	1.937.481	316.887
Haití	85	3.150.632	1.699.013	1.451.619
Jamaica	85	1.042.400	563.350	479.050
México	85	23.133.573	18.207.922	4.925.651
Panamá	85	715.224	488.081	227.143
Paraguay	85	1.278.569	977.254	301.315
Perú	88	7.205.500	4.713.610**	1.883.907**
Pto. Rico	87	993.670	634.958	358.712
Trinidad y Tobago	85	465.000	310.000	155.000
Uruguay	85	1.172.300	784.200	388.100
Venezuela	86	6.107.115	4.433.105	1.674.010
TOTAL		139.790.120	97.555.071 (70,1%)	41.627.066 (29,9%)

Fuente: OIT. Anuario de Estadísticas de Trabajo. Ginebra, 1987.

* Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia.
** Año de 1985

Cuadro 3

PARTICIPACION DE LA MUJER EN LA FUERZA DE TRABAJO
DE AMERICA LATINA, 1950-1985

AÑOS	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA FEMENINA	
	NUMERO EN MILES	% DE LA FUERZA DE TRABAJO TOTAL
1950	10.334	18,0%
1975	22.753	22,3%
1980	27.108	23,2%
1985	32.639	24,2%

FUENTE : OIT. Labour Force Estimates and Projections, 1950 - 2000, 2nd. ed. Vol. V, World Summary (Geneva, 1977).

Cuadro 4

MEMORES TRABAJADORES EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA
Y EL CARIBE, ALREDEDOR DE 1982

País	Año	Población activa de menores (10-14 años)	% de la pobla- ción de 10-14 años	% de la P.E.A.*
Argentina	83	198.034	8,1	1,8
Bolivia	89	75.300	10,2	3,7
Brasil	80	1.922.218	14,2	4,4
Colombia*	80	1.097.334 ¹	...	11,4
C. Rica**	83	19.859	13,7	2,3
Ecuador	82	64.957	6,3	2,7
El Salvador	80	85.727	13,6	5,4
Guatemala	81	78.878	10,4	4,7
Haití	82	138.823	24,0	6,5
Honduras	83	78.755	14,8	6,5
México	80	1.121.816	12,1	4,7
Panamá	80	9.572	4,2	1,8
Paraguay	82	45.140	11,8	4,4
Perú	81	1.100.000 ²	...	15,0
TOTAL		6.036.413		

FUENTE: Elaborado en base a: OIT. Anuario de Estadísticas del Trabajo, Ginebra, 1983 y 1984.

(1) Instituto Nacional de Salud, Colombia. En 1979, el Ministerio de Trabajo estimaba una cifra de 3.000.000.

(2) OPS. Reunión Subregional "Salud de los Trabajadores en los Países del Area Andina", Informe de Perú. 16 a 22 de mayo, Lima, Perú. 1990.

* 6 a 17 años.

** 12 a 14 años.

*** Población económicamente activa.

NOTA: No se dispone de información referente a los menores de 10 años que están trabajando en los países (excepto Colombia).

Cuadro 5

NUMERO DE DEFUNCIONES POR ACCIDENTES* Y TASAS DE MORTALIDAD

País	Año	Accidentes de vehículo-los motor	Caídas accidentales	Los demás accidentes	Lesiones en que se ignora si fué accidental o si fué intencional	Total defunciones	Tasa de mortalidad x100.000	Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	Tasa Mortalidad X100.000 Mujeres
Argentina	81	3.750	1.368	7.175	1.153	...	...	472	3,3
Bahamas	81	22	9	64	12	107	50,9	3	2,8
Barbados	84	24	9	38	1	72	28,5	3	2,3
Belice	84	11	...	46	1	58	37,2	3	3,9
Brasil	83	20.061	2.319	22.376	11.217	55.973	...	2.116	...
Colombia	81	5.067	1.303	6.513	1.758	14.641	55,4	969	7,3
Costa Rica	83	200	135	309	9	653	26,8	19	1,6
Cuba	83	...	...	6.628	...	...	...	75	1,5
Chile	83	972	501	2.098	4.522	8.093	69,3	105	1,8
Dominicana	84	8	...	7	...	15	19,5	1	2,5
Ecuador	80	2.123	452	2.299	119	4.993	61,5	426	10,6
El Salvador	84	713	214	1.247	1.288	3.462	...	99	4,2
Guatemala	81	...	...	...	...	5.787	81,4	326	9,3
Honduras	83	...	...	1.729	...	...	...	28(1981)	...
México	82	17.440	4.709	32.814	797	53.697	73,4	2.166	5,9
Panamá	84	346	73	345	197	961	44,9	28	2,7
Paraguay	84	201	60	366	47	674	29,7	155	13,7
Perú	82	...	...	5.557	...	...	...	576	6,4
R.Dominicano	81	490	20	554	581	1.645	29,5	127	4,6
Suriname	82	69	11	104	20	204	56,7	10	5,4
Uruguay	84	269	147	754	4	1.174	39,3	20	1,3
Venezuela	83	4.801	729	3.256	...	8.786	53,6	303	3,7
TOTAL						160.995		8.030	

TOTAL

160.995

8.030

FUENTE: Elaborada con base a: OPS, Las Condiciones de Salud en las Américas, 1981-1984, Publicación Científica 500 Vol.1

* No incluye suicidio, homicidio, intervención legal, ni operaciones de guerra.

Cuadro 6

MORTALIDAD POR ACCIDENTES (*) Y SU UBICACION DENTRO DE
LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION

País	Año	No. de Orden	Tasa por 100.000 habitantes
Argentina	86	4	40,2
Bahamas	86	3	53,2
Barbados	88	5	32,3
Belice	84	2	36,5
Brasil <u>a/</u>	86	4	51,4
Canadá	86	4	37,3
Colombia	84	3	49,9
Costa Rica	88	3	33,5
Cuba <u>b/</u>	88	3	81,5
Chile	87	3	58,8
Ecuador	87	2	48,1
El Salvador	84	1	73,1
Estados Unidos de América	87	4	40,3
Guatemala	84	4	48,0
Guyana	84	3	34,0
honduras <u>b/</u>	83	1	42,2
Jamaica	84	5	17,2
México	86	2	55,4
Nicaragua	77	3	40,3
Panamá	87	3	39,6
Paraguay <u>a/</u>	86	5	31,0
Perú	83	5	27,9
República Dominicana	85	5	26,0
Suriname	85	3	43,5
Uruguay	86	4	44,4
Venezuela	85	3	47,0

(*) Accidentes (E800-E949, E980-E989). No incluye suicidio, homicidio, intervención legal ni operaciones de guerra.

a/ Area de información

b/ Todos los accidentes y violencias (E800-E999). Incluye suicidio, homicidio, intervención legal y operaciones de guerra.

FUENTE: OPS. Sistema de Información Técnica.

TRABAJADORES ACCIDENTADOS EN VARIOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1982-1987
(ACCIDENTES DE TRABAJO DECLARADOS E INDEMNIZADOS)

País	A Ñ O S					
	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Argentina	61.525	70.658	98.051	...	...	...
Barbados	869	1.351	778	611	395	882
Belize	...	660	720	565	...	...
Bolivia	2.238	2.312	2.013	2.200	1.416	397
Brasil	1.078.800	926.343	878.337	938.500	983.042	...
Colombia	102.784	91.854	89.895	87.322	96.709	100.249
Costa Rica	49.620	55.337	...	72.600	77.856	50.667***
Cuba	...	64.559	65.835	62.556	63.467	...
Chile	72.539	77.193	99.884	122.543	...	...
Ecuador	...	1.472	1.569	1.750	1.500	1.717 ⁵
El Salvador	8.320	8.555	8.376	9.553	...	10.193 ⁵
Guatemala	83.060	81.984	85.268	81.495	84.981	...
Guyana	7.964	9.922	8.938	9.396	6.608	4.906
Haití	1.736*	1.979*	1.845*	1.883*	1.839*	1.818*
Honduras	4.470**	2.753**	3.143**	3.736**	3.657**	4.721
Jamaica	2.189	1.962	...	...	...	...
México	524.000	505.981	524.684	500.516	546.182	...
Nicaragua	6.990	7.933	8.048	5.813	5.176	5.347
Panamá	26.632	25.114	26.393	23.573	19.474	20.792
Paraguay	...	...	...	...	2.088 ²	2.320 ²
Perú	830	688	753	6.748	6.061 ⁵	8.320
R.Dominicana	...	...	...	...	2.495	4.178
Suriname	6.894	4.395	2.273	3.419	2.803	2.217
Trinidad y Tobago	2.207	1.880	1.633	1.241	967	923
Uruguay	33.656	30.487	30.094	31.865	34.432	...
Venezuela	13.930	11.350	9.660	9.708	10.128	5.309
TOTAL	2.091.253	1.986.722	2.010.713	1.977.593	1.951.276	

* Incluye enfermedades ocupacionales. El año finaliza en septiembre del año indicado.

** Incluye accidentes del trayecto .

*** Datos de los tres primeros meses .

FUENTES: OIT-Anuario de Estadísticas del Trabajo. 1987 y 1988 .

1 Instituto de los Seguros Sociales. Colombia.

2 Instituto Peruano de Seguridad Social .

3 Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y Accidentes Escolares. Ministerio de Salud 1985 .

4 2o Encuentro Iberoamericano sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 31 de octubre a 4 Noviembre, 1988.

5 OPS. Situación de Salud de los Trabajadores en los países de Centro América, Panamá y República Dominicana. Informe Subregional, Septiembre 1989 .

Cuadro 8

TASAS DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO DECLARADOS POR 10.000
PERSONAS EN LA POBLACION ACTIVA, POR PAIS, ALREDEDOR DE 1986

País	Año	Población Activa Total	Accidentes Declarados	Incidencia
Barbados	86	116.900	395	33,8
Bolivia	86	2.076.782	1.416	6,8
Brasil	85	55.098.494	938.500	170,3
Costa Rica	85	887.456	72.600	818,1
Cuba	86	4.342.280	63.467	146,1
Chile	85	4.236.100	122.543	289,2
Guatemala	85	2.254.368	81.495	361,5
Haití	85	3.150.632	1.883	5,9
Panamá	85	715.224	23.573	329,6
Paraguay	87	1.334.500	2.320	17,4
Perú	85	6.597.517	6.748	10,2
Trinidad & Tobago	85	465.000	1.241	26,7
Colombia	85	9.552.066 ⁽¹⁾	87.322 ⁽²⁾	91,4
El Salvador	85	1.597.136	9.553	59,8
Nicaragua	86	1.142.867	5.176	45,3
R.Dominic.	87	1.915.380	4.178	21,8
Honduras	85	1.296.140	3.736	28,8
Venezuela	85	5.567.057	5.103	9,2
TOTAL		102.345.899	1.431.249	139,8

FUENTES: OIT. Anuarios de Estadísticas de Trabajo. Ginebra. 1988.

(1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia. 1985.

(2) Instituto de los Seguros Sociales. Colombia.

Cuadro 9

TASAS DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRABAJO POR 1.000.000 DE PERSONAS
EN LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA, POR PAISES, ALREDEDOR DE 1985

País	Año	Población E. Activa	Accidentes Mortales	Tasa de Mortalidad
Barbados	86	116.900	6	51,3
Bolivia	85	1.996.459	29	14,5
Brasil	85	55.098.494	4.384	79,5
Colombia	85	9.552.066	331	34,6
Costa Rica	84	794.426	58	73,0
Cuba	86	4.342.280	316	72,7
Chile	82	3.660.800	36	9,8
Estados Unidos de América	86	119.540.000	3.750 (1985)	31,3
Guatemala	85	2.254.368	57	25,2
haití	85	3.150.632	9	2,8
Jamaica	82	1.048.600	5	4,7
Panamá	85	715.224	56	78,2
Perú	85	6.597.517	82	12,4
Trinidad y Tabago	85	465.000	17	36,5
Venezuela	85	5.567.057	45	8,0
Suecia	80	4.318.000	126	29,2
holanda	80	5.514.200	88	16,6

FUENTE: Elaborado con base en: OIT. Anuarios de Estadísticas del Trabajo. Ginebra, 1984, 1987, 1988.

Cuadro 10

LETALIDAD POR MIL ACCIDENTES DE TRABAJO DECLARADOS

País	1982	1983	1984	1985	1986
Argentina	1,44	1,02	1,34	...	...
Barbados	5,75	2,22	2,57	4,90	15,1
Belice	...	6,06	9,72	15,92	...
Bolivia	16,08	16,86	14,40	13,18	14,2
Brasil	4,16	4,54	5,13	4,67	4,65
Colombia	2,98	2,98	2,56	3,79	...
Costa Rica	...	1,03	0,92	...	...
Cuba	...	4,38	4,72	5,40	...
Chile	0,49	0,85	1,07	...	...
Ecuador	...	...	68,19	...	...
Estados Unidos	1,80	1,4	1,5	1,4	1,4
Guatemala	2,63	1,20	0,77	0,69	0,50
Guayana	1,63	2,41	...	...	...
Haití	4,60	5,55	3,25	4,77	...
Jamaica	2,28	0,50	...	...	...
México	1,87	1,62	1,37	...	...
Panamá	1,99	2,03	1,93	2,37	...
Suriname	0,29	0,68	0,43	1,16	...
Trinidad y Tobago	2,26	3,19	5,51	13,69	...
Uruguay	2,49	1,64	0,79	...	...
Venezuela	8,82	7,40	6,00	4,63	...
España	...	1,9	2,4	2,5	2,3
Suiza	...	0,8	0,6	2,1	2,1
Suecia	...	1,2	1,1	0,9	1,1

Cuadro 11

TASAS DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES
SEGUN SECTOR DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA EN PAISES SELECCIONADOS,
1981-1985

PAIS	A. AGRICULTURA, SILVICULTURA, CAZA Y PESCA (*)				
	1981	1982	1983	1984	1985
Barbados	0.100	0.120	...	0.120	...
Belice	...	...	0.080	0.070	0.240
El Salvador	1.040	0.510	0.450	0.850	...
Guatemala	...	...	...	...	0.640
Perú	...	...	...	0.010	0.010
Finlandia	0.197	0.118	0.114	0.030	0.047

PAIS	B. MINAS Y CANTERAS (*)				
	1981	1982	1983	1984	1985
Bolivia	0.650	0.385	0.385	0.206	0.278
El Salvador	1.870	1.420	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	0.640
Perú	...	...	...	0.440	0.160
Finlandia	0.100	0.100	...	0.778	0.334

PAIS	C. CONSTRUCCION (**)				
	1981	1982	1983	1984	1985
Argentina	0.700	0.520	0.430	0.750	...
Cuba	...	...	0.187	0.186	0.194
Panamá	0.320	0.260	0.060	0.130	0.150
Suriname	0.220	...	...	...	...
República Demo- crática Alemana (***)	0.090	0.070	0.070	0.070	0.070

(*) Tasas por mil trabajadores expuestos al riesgo.

(**) Tasas por mil trabajadores ocupados.

(***) Incluye canteras.

FUENTE: OIT. Anuario de Estadísticas de Trabajo. Ginebra, 1988.

Cuadro 12

DIAS DE TRABAJO PERDIDOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO EN ALGUNOS
PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1982-1987

País	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Argentina	991,800	1.224.940	1.572,550	...	...	...
Bolivia	...	...	...	5.704	5.559	...
Guyana	127.029	365.612		400,299	191,205	...
Haití	107.027	165.794	111.838	147,727	107.502	...
México	9.497.000	6.889.000	7.489.000	...	...	...
Perú	1.020.030	635.371	753.859	...	...	...
Suriname	55.026	57,121	22,787	3,415	15,234	...
Cuba	...	1,358,470	1,472,600	1,545,050	1,533,300	...
Chile	1,056.870	1,129,870	1,338,540	774,280	...	...
Colombia(80) ¹	1.006.136	...	...	...	...	...
Paraguay ²	...	...	...	...	67.920	77,799
TOTAL	13.860.918	11.826.178	12.761.174			

FUENTES: OIT. Anuario de Estadísticas del Trabajo. Ginebra, 1987 y 1988.

(1) Instituto de los Seguros Sociales, Colombia.

(2) 2o Encuentro Iberoamericano sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores.

31 octubre a 4 noviembre de 1988. Colombia.

Cuadro 13

PORCENTAJE DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DECLARADAS RESPECTO AL
TOTAL DE EVENTOS DE PATOLOGIA PROFESIONAL (a),
PAISES SELECCIONADOS, ALREDEDOR DE 1980

PAIS	AÑO	%
CHILE (1)	1983	7,7
PANAMA (1)	1980	4,6
ARGENTINA	1980	0,5
BRASIL	1984	0,4
COLOMBIA	1982	0,6
MEXICO	1980	0,4

(a) Se entiende por "patología profesional" el total de casos notificados de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo.

FUENTES: (1) OPS. Seminario Regional Servicios de Salud de Poblaciones trabajadoras desprotegidas en países en desarrollo. Informes de países. 1984.

CLASET - OIT. Seguridad e Higiene en los trabajos de construcción en los países de América Latina.

Cuadro 14

PORCENTAJE DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
ALREDEDOR DE 1985

PAIS	% DE COBERTURA	PAIS	% DE COBERTURA
Brasil	96	Guatemala	33
Costa Rica ^{a/}	93 (1987)	Ecuador	23
Cuba	93	Colombia	22
Uruguay	81	Nicaragua	19
Argentina	69	Bolivia	18
Chile	62	Paraguay	14
Panamá ^{a/}	61 (1988)	R. Dominicana ^{a/}	14 (1987)
Venezuela	50	Honduras	13
México	42	El Salvador ^{a/}	13
Perú	37	Haití	2

FUENTE: OPS. AARP. Mid-Life and Older Women in Latin America and the Caribbean. 1989.

^{a/} OPS. Informe Subregional. Situación de Salud de los Trabajadores en los Países de Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Doc. HPE/WH/6369c. Septiembre de 1989.

Cuadro 15

POBLACION TRABAJADORA Y PRESTACIONES DE SALUD A LAS CUALES
TIENEN DERECHO EN AMERICA LATINA

POBLACION GENERAL 1990 448 millones	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (35% de la total) 157 millones
POBLACION NO ATENDIDA (40%) 179 millones	TRABAJADORES NO ATENDIDOS 63 millones
POBLACION CON ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD (60%) 269 millones	TRABAJADORES CON ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD 94 millones

TIPO DE PRESTACIONES * A QUE TIENEN ACCESO	PEA.	POBLACION TRABAJADORA 157 millones
ATENCION MEDICA CURATIVA	33	51
ATENCION MEDICA CURATIVA Y REHABILITACION	19	29
ATENCION PREVENTIVA, CURATIVA Y REHABILI- TACION	9	14

* La poblacion trabajadora afiliada a la seguridad social se encuentra distribuida en proporciones diferentes dentro de estos tres rubros de prestaciones.

Fuente: Adaptado de: OPS. Documento de Trabajo HPE/WH/5104e. Salud de los Trabajadores. Instrumentacion de Servicios de Salud en el Trabajo y Atencion Primaria de Salud.

BIBLIOGRAFIA

- (1) CAMPOS, ARMANDO. Algunas reflexiones en torno al concepto de salud ocupacional. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. No. 10; páginas 11-33, mayo-agosto 1978.
- (2) SAARI, J. Accident Epidemiology. Epidemiology of Occupational Health. WHO Regional Publications. European Series No. 20. 1986.
- (3) OMS. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 714. Ginebra, 1985.
- (4) OIT. Introducción a las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Primera edición. Ginebra, 1987.
- (5) CASTAÑEDA, E., DIAZ MERIDA, F., MAS, J.C. Diagnóstico de la situación de salud ocupacional en Centroamérica y Panamá. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. II, No. 2, Panamá, Marzo/Septiembre, 1984.
- (6) FUNDACENTRO. INPS revela 1.075.165 accidentes em 1985. Vol 17, No. 199, Julio de 1986.
- (7) FUNDACENTRO. Ministerio de Previdencia. Divulga actuacao da pericia medica em 1983. Vol. 16, No. 181, Janeiro de 1985.
- (8) OPS. Salud ocupacional en la América Latina y el Caribe: Consideraciones sobre algunos problemas, alternativas, tendencias y desafíos para su promoción. Documento presentado al VI Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos Profesionales, Caracas, Venezuela, octubre de 1981.
- (9) ARIAS, V. Estudio sobre mortalidad ocasionada por accidentes laborales. Instituto de los Seguros Sociales, Colombia, 1988.
- (10) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Estudio Nacional de Salud. Colombia, 1977-1980.
- (11) OPS. La Salud de los trabajadores y el desarrollo económico y social en Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Segunda parte. Situación de salud de los trabajadores en los países de Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Septiembre de 1989.
- (12) NEFFA, JULIO CESAR. ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una perspectiva. Centro de Estudio e Investigaciones Laborales. Argentina, 1988.
- (13) OMS. Epidemiología de las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo. Décimo Informe del Comité OIT/OMS sobre Salud Ocupacional.

(14) OPS. Desarrollo de investigación regional sobre la mujer en el trabajo. Informe Final del Grupo de Trabajo. Doc. HPE/WH/4790e. Washington, D.C., 24-28 agosto de 1987.

(15) DURAO, A. Ensino da Saúde Ocupacional nas Faculdades de Medicina, in Confluências - Temas médico-legais. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1989.

(16) SANDOVAL, HERNAN. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud. Marco conceptual. 1983.

(17) OPS. Enfoques metodológicos para la investigación de los sistemas de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional. Documento de Trabajo, Tercer Borrador. Washington D.C., 1987.

(18) BARRERA, CLARA. Saneamiento básico industrial. ECO. Instituto Mexicano de Seguridad Social. México, 1987.

Datos contenidos en los cuadros pueden algunas veces parecer discordantes entre sí. Esto es debido a las siguientes razones:

- Las fuentes consultadas son de origen variado;
- Valores de un mismo cuadro no siempre corresponden a un mismo año;
- Se utilizó la designación original de la fuente para evitar distorsiones (por ejemplo, hay información relacionada con la población laboral, la población activa y, en algunos casos, la población en edad de trabajar);
- Hay valores que corresponden a trabajadores expuestos al riesgo y otras veces a trabajadores ocupados;
- El concepto de trabajador informal varía según la fuente.

Anexos

ALGUNOS DATOS SOBRE LA ESTRUCTURA Y DISTRIBUCION
DE LA FUERZA LABORAL EN AMERICA LATINA

La fuerza de trabajo en América Latina y el Caribe se encuentra distribuida en los diversos sectores de la economía con una mayor concentración en las actividades de agropecuaria (30%) y en el comercio (47%), Cuadro A-1.

A finales del siglo se prevé que el 21% de la población latinoamericana económicamente activa se dedique al agro (24 millones de personas). Este descenso puede estar relacionado con la migración a centros urbanos (50 millones entre 1950 y 1980) y la introducción de la mecanización y de nueva tecnología.

A pesar de que el sector agrícola sigue siendo un importante componente de la fuerza laboral aporta tan sólo el 12% del producto interno bruto. El ingreso del trabajador agrícola es alrededor del 28% del ingreso promedio correspondiente a los otros sectores.(1)

En todos los países se observa un incremento de la población económicamente activa que se dedica al comercio, incremento que oscila entre el 2% y el 19% (Cuadro A-1).

Con excepción de Bolivia, Ecuador, Haití y Suriname que cuentan con una población laboral en la industria manufacturera inferior al 10%, en los demás países de América Latina y el Caribe, la población ocupada en este sector oscila entre 11% y 30% de la fuerza laboral total (Cuadro A-1).

El sector de la construcción absorbe el 6,6% de la población activa total, a menudo con una elevada proporción de trabajadores viejos, menores, jóvenes, ocasionales o migrantes. Brasil, México y Argentina concentran el 73% de los trabajadores de la construcción (Cuadro A-2).

La proporción de población que labora en la minería es pequeña en todos los países, correspondiendo las cifras más altas a Ecuador (8,4%), Suriname (5%), Guyana (4,9%) y Bolivia (4,7%) (Cuadro A-1).

Datos disponibles refieren que para América Latina en su conjunto, el desempleo y el subempleo afectan al 28% de la población económicamente activa. La desocupación es muy alta en numerosos países y abarca una proporción relativamente constante de la fuerza de trabajo, del orden del 6%. La población activa desocupada o con ingresos inferiores al mínimo establecido se estima en un 22% (más de la mitad corresponde a las zonas rurales).(1)

El aumento de la mano de obra y la no creación de empleos en la misma proporción ha incrementado la separación entre los grupos que logran vincularse al sector moderno de la producción y aquellos que quedan marginados en el sector informal.

La participación del sector informal en la fuerza de trabajo urbana de varios países de América Latina oscila entre el 24% y el 60%. La identificación de la población ocupada en el sector informal no es nada fácil, y por lo general implica recurrir a indicadores indirectos. A los efectos de una evaluación cuantitativa puede definirse al sector informal como: a) el conjunto de personas ocupadas en el servicio doméstico, los trabajadores ocasionales, los trabajadores por cuenta propia y los patronos, empleados, obreros y trabajadores familiares ocupados en empresas cuyos efectivos no excedan de cuatro personas; b) el grupo de personas que perciben ingresos inferiores a un cierto mínimo, por lo común el mínimo legal, bajo el supuesto de que las actividades de baja productividad que caracterizan al sector informal generan, asimismo, ingresos reducidos. Estos dos criterios alternativos son utilizados en el Cuadro A-3.

La ocupación urbana en este sector informal se concentra en las actividades de comercio, servicios y manufactura. En esta última, la mayor proporción se encuentra en la elaboración de alimentos, confecciones, calzado y muebles.

Se calcula que cerca del 70 al 80% de los pobres urbanos de los países de América Latina están ocupados en el sector informal, y corresponden a personas con menor instrucción, a los más jóvenes, a las mujeres y a los mayores de edad de la fuerza de trabajo.(1)

CUADROS

- No. A-1 Población total y fuerza de trabajo por sectores de la economía en América Latina y el Caribe.
- No. A-2 Población económicamente activa en el sector de la construcción.
- No. A-3 Participación del sector informal en la fuerza de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) B.I.D. Progreso Económico y Social en América Latina. Informe de 1986.

Cuadro A-2

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN EL SECTOR DE LA CONSTRUCCION

PAIS	AÑO	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA		
		TOTAL	Construcción	% PEA TOTAL
ARGENTINA	1980	9'989.000	981.000	10,1
CUBA	1981/83	3'008.000	300.000*	10,0
VENEZUELA	1981	4'561.000	432.000	9,5
COSTA RICA	1980	770.000	61.000	7,9
BRASIL	1981	43'236.000	3'171.000	7,3
MEXICO	1981	20'708.000	1'500.000	7,2
PANAMA	1981	548.000	30.000	5,4
URUGUAY	1975	1'095.000	59.000	5,4
EL SALVADOR	1980	1'593.000	80.000	5,0
BOLIVIA	1981	1'685.000	80.000	4,7
ECUADOR	1981	2'808.000	134.000	4,7
PARAGUAY	1981	1'291.000	58.000	4,5
NICARAGUA	1980	864.000	37.000	4,3
CHILE	1980	3'636.000	152.000	4,2
PERU	1982	5'978.000	246.000	4,2
GUATEMALA	1979	2'138.000	88.000	4,1
HONDURAS	1981	1'124.000	34.000	3,0
COLOMBIA	1980	8'467.000	242.000	2,9
REP. DOMINICAN.	1970	1'107.000	28.000	2,5
HAITI	1980	2'318.000	22.000	0,9
TOTAL		116'923.000	7'735.000	6,6

FUENTE: OIT. Anuarios de Estadísticas del Trabajo. Ginebra, 1980, 1981, 1982, 1984.

* Incluye la fabricación de productos y materiales para la construcción.

CUADRO A-3

PARTICIPACION DEL SECTOR INFORMAL EN LA FUERZA DE TRABAJO

País y ciudad	Año del dato	% P.E.A.
COSTA RICA: San José (1)	1982	23
BOLIVIA (2)	1989	64
COLOMBIA (2)	1985	54*
EL SALVADOR: San Salvador (1)	1982	38
GUATEMALA: Guatemala (1)	1982	30
HONDURAS: Tegucigalpa (1)	1982	29
PANAMA: Panamá y Colón (1)	1982	14
PERU (2)	1989	43*
VENEZUELA (2)	1989	26

* Centros urbanos

FUENTES: (1) OIT-PREALC. Investigaciones sobre Empleo. 27.
El Sector Informal en Centroamérica. 1985

(2) OPS. Reunión Subregional "Salud de los Trabajadores en los Países del Area Andina". Informes de los países. 16 a 22 de mayo. Lima, Perú. 1990.

INDICADORES Y AMPLITUD DE LA COBERTURA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

El concepto de cobertura es diferente en los Ministerios de Salud y de Trabajo, en las instituciones de la Seguridad Social y en los centros laborales. Estas diferencias se refieren al derecho a la atención; al tipo de prestaciones (amplitud de la cobertura), y a las características de integralidad de la atención.

En la Seguridad Social, la población trabajadora a ser cubierta está determinada por las leyes y el derecho a la cobertura se da por la cotización que se aporta en proporciones diferentes entre el Gobierno, el patrono y el trabajador.

Los Ministerios de Salud son responsables legalmente por la salud de la población general. La cobertura que teóricamente es universal, es un derecho, pero está condicionada, entre otros aspectos, por la incapacidad de los trabajadores de pagar la atención o de incorporarse a un sistema de seguridad social, y por la disponibilidad de servicios de salud y posibilidades de su acceso geográfico y de horario. En la mayoría de los países, para realizar acciones de salud ocupacional se dispone de unidades ubicadas en la capital y en las principales ciudades, con una casi nula participación de los servicios de salud periféricos.

En los Ministerios de Trabajo, en cuanto al derecho a la atención, la cobertura tiene una implicación legal. La población trabajadora a ser cubierta es la totalidad del país que, como en el caso de los Ministerios de Salud, es una cobertura teórica universal.

El derecho de la atención por los servicios de salud en el trabajo (que debe ser a costo del empleador) está generalmente estipulado en las reglamentaciones de los países, variando en cuanto al tamaño del establecimiento, pero por lo general es obligatorio, dependiendo de los países, para las empresas con 100, 500 y más trabajadores. Generalmente no es aplicable a las empresas medianas y pequeñas que representan del orden de 98% de los establecimientos y ocupan el 65% de la población de trabajadores.

En lo que respecta a la amplitud de la cobertura, también existen diferencias entre las instituciones y entre los países.

En los Ministerios de Salud, la extensión (amplitud, número de trabajadores servidos) y profundidad (rango y tipo de prestaciones) de la atención de salud de los trabajadores está condicionada a la existencia de servicios de salud próximos a los lugares de trabajo, a la disponibilidad de recursos y de tiempo, a la preparación del personal, a la incorporación de acciones de salud ocupacional en los servicios generales de salud y a la participación de los interlocutores sociales, en especial los empleados y los trabajadores.

La amplitud de la cobertura de atención en las instituciones de la Seguridad Social, está directamente relacionada con la actividad económica, con el grado de industrialización y capacidad de pago de la afiliación. Su cobertura es mayor para los asalariados urbanos, y en la mayoría de las situaciones es muy reducida para los trabajadores agrícolas, independientes, de la construcción, servicio doméstico, menores trabajadores, y casi nula para los trabajadores temporarios e informales. La cobertura, además, está generalmente limitada a la capital y a las principales ciudades de los países. Las instituciones de la Seguridad Social de los países presentan diferencias en cuanto a las prestaciones económicas por enfermedad, por maternidad y por incapacidad permanente para los trabajadores asegurados, ya que éstas se basan en los niveles de los ingresos y en el tiempo de cotización. También existen diferencias en cuanto a las prestaciones por lesiones de trabajo que dependen, además de los aspectos señalados, de los conceptos jurídicos de accidente de trabajo y enfermedad profesional, de los grados de incapacidad laboral que producen, de su valoración, y de las enfermedades profesionales que son reconocidas como tales por las legislaciones. La Seguridad Social, por lo general, centra su acción en los servicios de atención médica curativa, en los aspectos médico-jurídicos laborales, en el aspecto de prevención secundaria y en algunos casos de rehabilitación, reubicación y re-entrenamiento de los trabajadores. En la práctica, sólo el trabajador enfermo y afiliado tiene acceso a prestaciones de la seguridad social.

Sobre las características de integralidad de la atención de salud de los trabajadores, los Ministerios de Salud dan énfasis a los aspectos de promoción, prevención y asistencia, incluyendo las condiciones de saneamiento y los programas de inmunización. Pero en la práctica son muy limitados los grupos de trabajadores que tienen acceso a esta atención integral.

Los Ministerios de Trabajo orientan la atención hacia la promulgación de legislación y la inspección de trabajo. En la práctica, los limitados recursos disponibles no permiten una vigilancia adecuada ni una acción conducente a la aceptación y cumplimiento de lo legislado. Las Direcciones Generales de Higiene y Seguridad en el Trabajo que existen en diversos Ministerios de Trabajo, con una gama de funciones diferentes y algunas veces incorporadas prestaciones de medicina del trabajo, asesoran y atienden habitualmente solicitudes de sindicatos y trabajadores.

En los Estados Unidos de América y el Canadá existen institutos especializados en salud ocupacional que contribuyen a la investigación y educación; asesoran en la preparación de normas y reglamentación; colaboran con los sectores responsabilizados por la inspección del trabajo, y dan énfasis a la colaboración con centros de información y de capacitación. La cooperación de estos institutos ha permitido preparar algunos expertos de América Latina y ha facilitado la elaboración de reglamentación y diseminación de información en otros países del continente. Su capacidad de cooperación con los países en desarrollo, donde la OPS puede desarrollar un papel importante, podrá incrementarse.

En América Latina, los institutos especializados en salud ocupacional existentes en cinco países que, de acuerdo con su reglamentación de constitución deben realizar funciones de investigación, de asesoría y de educación, ven muchas veces su campo de acción restringido por las limitaciones en recursos.

Los servicios de salud de los trabajadores de las empresas actúan en la seguridad industrial, la asistencia médica y los primeros auxilios. En la práctica, no siempre cumplen con la asistencia médica y técnica preventiva, que según la legislación es su objetivo primordial. Desafortunadamente, en ocasiones son utilizados como instrumentos para la fiscalización de los operarios y del ausentismo.

DATOS REFERENTES A ENFERMEDADES PROFESIONALES EN AMERICA LATINA

De la revisión de estudios epidemiológicos, se refieren a continuación algunos resultados que evidencian la magnitud e importancia que tiene la problemática de las enfermedades profesionales.

1. Enfermedades respiratorias

La silicosis. Se presenta principalmente en los trabajadores de minería, canteras, construcción, cerámica, industria metalúrgica y otras actividades polvorrientas. La población a riesgo en América Latina y el Caribe se estima en 8,5 millones de trabajadores. Los datos del Seminario Regional de Silicosis (La Paz, Bolivia, 1967), indican una prevalencia de esta enfermedad en Bolivia, Chile y Perú de 5.200 casos, en gran parte procedentes de las explotaciones mineras. Datos más recientes de Bolivia señalan que de 28.760 trabajadores mineros estudiados, la tasa de prevalencia de silicosis era de 22,1%, siendo la enfermedad agravada con frecuencia por la tuberculosis.(1) En las minas de Bolivia se encontraron más de 7.000 casos indemnizados de silicosis y una tasa de prevalencia de 7,6%.(2) En el Perú durante el período de 1949 a 1970 se examinaron 45.175 trabajadores, registrándose 1.837 casos de silicosis con una tasa de prevalencia de 4,06%.(3)

Los estudios realizados en Colombia de 1971 a 1980 en 9.349 trabajadores de minas y canteras indicaron una tasa de prevalencia de silicosis de 20,1% y en 14.208 trabajadores de la actividad manufacturera una tasa de prevalencia de 10,3%.(4) Otros estudios adelantados en Colombia por el Ministerio de Salud en minas de carbón mostraron los siguientes datos: una tasa de prevalencia de silicosis de 10,5% en 267 trabajadores examinados en 1965; una prevalencia de silicosis de 16% en 200 mineros examinados en 1984; y recientemente, en 1987, una investigación desarrollada con el apoyo de la OPS en 650 trabajadores de 40 minas arrojó una tasa de prevalencia de silicosis del 37%. En el Seminario sobre "Salud de los Trabajadores Mineros del Area Andina" (Lima, 12-16 de octubre de 1987), se analizaron diversas informaciones sobre prevalencia de silicosis, valores que oscilaban entre el 6 y el 50%, habiéndose llegado a consenso de que por lo menos un 20% de los trabajadores mineros en los países andinos tenían alteraciones respiratorias.(5) En Chile, los casos de silicosis notificados de 1977 a 1984 fueron de 1.510 con tasas de prevalencia que oscilan entre el 0,62 y el 4,14%.(6) Un estudio epidemiológico realizado en el sudeste del Brasil en 1978 estimó la existencia en el país de 25.000 a 30.000 casos de silicosis, y señaló que el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad en los países altamente industrializados mostraba una tendencia al decrecimiento de nuevos casos, mientras que en los países de industrialización reciente se observa una tendencia al aumento en la aparición de nuevos casos.(7) En un estudio de la situación de la silicosis en Venezuela efectuado en 1981 se encontró una prevalencia de 14% en trabajadores de canteras, 8% en los de alfarería y porcelana, 15% en fundiciones de vidrio y 20% en minas de oro.(1)

La bisinosis. Esta enfermedad, que progresa hasta un estado avanzado de bronquitis crónica y enfisema, ha incapacitado totalmente a 30.000 trabajadores vinculados y retirados de hilanderías de algodón en los Estados Unidos de América. Un estudio adelantado en Colombia en la industria textil mostró una tasa de prevalencia de bisinosis del 28% entre 191 trabajadores expuestos y 60 examinados.(2)

Las neumonitis por hipersensibilidad. El polvo de bagazo en Colombia ha afectado al 12,1% de los trabajadores expuestos.(2) Entre las principales causas de estas afecciones son referidos los hongos de las esporas, especialmente los "thermophilic actinomycetes".

La asbestosis. La inhalación de fibras de asbestos en suficiente cantidad ocasiona asbestosis, mesotelioma y otros cánceres pulmonares. Selikoff encontró entre 1.117 trabajadores de materiales aislantes y después de 10 años de exposición, que un 10% tenía asbestosis y un 1% placas pleurales, valores que se incrementaron al 44% de asbestosis y 10% de placas pleurales después de 20 años de exposición, hasta el 94% de asbestosis y el 58% de placas pleurales transcurridos 40 años de exposición.(8) El número de personas ocupacionalmente expuestas a asbesto en el Brasil se estima en 21.000. En Colombia, se calcula en 15.000 las personas vinculadas o que han estado expuestas anteriormente. En México existen cerca de 5.000 trabajadores de la industria de asbesto-cemento inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Según Selikoff, por cada trabajador empleado en la manufactura de productos de asbesto pueden haber cinco personas que utilizan estos productos o que sufren exposición durante su utilización. En América Latina existe explotación minera de asbesto en Brasil (con yacimientos en varios Estados y una producción anual superior a las 150.000 toneladas), Colombia (con una producción del orden de 12.000 toneladas anuales), Argentina y México. En la actualidad, la mayoría de los países de América Latina emplean asbesto para la fabricación de artículos de asbesto-cemento.(9) En Colombia, un estudio realizado en la industria de asbesto-cemento mostró una tasa de prevalencia de asbestosis del 25% entre 337 operarios examinados de un grupo de 744 expuestos.(10) Otro estudio adelantado en tres empresas de artículos de asbesto-cemento que ocupaban cerca de 700 trabajadores señaló una tasa de prevalencia de asbestosis de 16,3% entre 86 operarios examinados.(11)

2. Alteraciones neurotóxicas

Absorción e intoxicación por plomo. Un estudio prospectivo realizado en Perú durante 10 años de observación que cubrió un total de 1.100 trabajadores mineros expuestos, con un promedio semestral de 696 examinados, arrojó los siguientes resultados: niveles de plomo en sangre superiores a 60 microgramos/100 gramos de sangre en el 2% de los examinados; valores de hemoglobina inferiores a 15 gramos/litro en el 10,1%; coproporfirinas urinarias con niveles de 500 microgramos/litro o más en el 3,7% de los trabajadores examinados.(12) En Colombia, una investigación adelantada en 90 trabajadores de la fabricación de baterías, de los

cuales el 18,9% llevaban 10 o más años de exposición a plomo inorgánico, presentó los siguientes hallazgos: niveles de plumbemia de 70 y más microgramos/100 gramos en el 40% de los trabajadores, con valores compatibles con intoxicación y absorción peligrosa en el 56,7%; dosificación de ácido delta amino-levulínico urinario -ALA-U anormal en el 75,6% de los trabajadores; valores de coproporfirinas urinarias anormales para el 42,2% de los operarios; concentración de hemoglobina inferior a 14,5 gramos por litro en el 14,4% de los trabajadores; valores anormales de punteado basófilo en glóbulos rojos en el 52,2% y velocidad de conducción nerviosa motora disminuida en el 47,7% de los trabajadores.(13)

Intoxicación por mercurio. En Nicaragua se diagnosticaron, en 1983, 56 casos de intoxicación por mercurio (37%) entre 152 expuestos.(2) Un estudio realizado en Brasil entre 120 odontólogos reveló niveles superiores a 10 microgramos de mercurio/litro de orina en el 40% de los profesionales y valores por encima de 50 microgramos/litro de orina en el 1.6%. Se encontraron también diferencias estadísticamente significativas en las excreciones urinarias de proteínas y sodio.(14) Existen estudios en Venezuela donde se ha podido comprobar la presencia de malformaciones congénitas en hijos de personal de odontología.

Intoxicación por plaguicidas. Por lo menos el 40% de los ingredientes activos de plaguicidas que se consumen en el continente americano se utilizan en los países de América Latina y el Caribe (aproximadamente 350 millones de kg). En 1982, Brasil, México, Colombia y Argentina absorbían más del 90% del consumo subregional de plaguicidas. La OMS estimó, en 1973, en más de 500.000 las intoxicaciones anuales por plaguicidas en el mundo, con una tasa probable de letalidad del 1%. Según otra información, en los países en desarrollo del mundo se estima que ocurren cada año alrededor de 375.000 casos agudos de intoxicación humana por plaguicidas y 10.000 fallecimientos (un caso cada minuto y una muerte cada hora).(15) En México, de 1978 a 1984, se registraron 20 accidentes de intoxicación por plaguicidas en diversos grupos y en 15 de ellos hubo defunciones. De 226 personas intoxicadas 26 murieron, lo que da una tasa de letalidad de 11,5%.(16) En Brasil, un estudio adelantado entre 1967 a 1979, detectó 3.455 casos de intoxicaciones por plaguicidas con 208 muertes (tasa de letalidad de 5,7%).(17) En 1981 se reportaron 6.200 intoxicaciones que representaban el 5,6% de un grupo de trabajadores de la agricultura.(2) La vigilancia epidemiológica realizada en 1982 y 1983 en Campinas en 1.378 trabajadores agrícolas y de industrias, encontró niveles de colinesterasa reducidos en el 19% de los trabajadores.(18) En Centroamérica (Costa Rica, Guatemala, El Salvador y Nicaragua), durante el período transcurrido de 1981 a 1987, se registraron 14.871 intoxicaciones (2.125/año), de las cuales el 77% se presentaron en Guatemala y El Salvador. La tasa de letalidad en Guatemala fué de 3,2%.(19)

3. Enfermedades de la piel

Un estudio preliminar sobre dermatosis en la industria, desarrollado en Sao Paulo en 1955, reveló que de 2.138 trabajadores examinados 221 sufrían de afecciones cutáneas y que 73 de los casos eran de origen ocupacional (33% de todos las afecciones o 3,5% del total de examinados).(1) En 1984, se reportaron en el Brasil tasas de prevalencia del 17% al 86% entre la población trabajadora expuesta a riesgo. En Colombia, en 1983, se observó dermatitis por contacto en el 17,7% de los trabajadores expuestos a materiales alergénicos en varias industrias.(2) El estudio efectuado en Lima, Perú, en los trabajadores de la construcción, reveló una tasa de prevalencia del 22% entre 100 trabajadores examinados de 600 expuestos.(20)

4. Pérdida auditiva por exposición al ruido. Es uno de los problemas principales de salud ocupacional en casi todos los países, y su importancia se debe a la elevada prevalencia de niveles sonoros peligrosos en la mayoría de las ramas industriales, así como en el hecho de producir incapacidad permanente en una proporción significativa de los trabajadores expuestos a traumas sonoros. En 1982, en el Ecuador, se informó que el 23% de 40.000 trabajadores expuestos padecían pérdidas auditivas de más de 30dB(A).(2)

5. Exposiciones combinadas

Prácticamente no existe información en los países de América Latina y el Caribe en cuanto a los fenómenos sinérgicos o de potencialización que pueden manifestarse por exposiciones simultáneas a diversos factores de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales, condiciones que son muy frecuentes en los pequeños establecimientos donde no existen separaciones físicas locativas y es muy limitada la división del trabajo.

6. Cáncer ocupacional

Se ha observado que en algunas ocupaciones la incidencia de tumores malignos es superior a la correspondiente a la población general. Es así que las neoplasias son nueve veces más frecuentes en los trabajadores de coquería. Se ha confirmado que el personal de salud que manipula y aplica citotóxicos desarrolla neoplasias. También está verificado que son más frecuentes los tumores de la orofaringe en los profesores y cantantes. La gráfica 1 presenta la variación entre la ocurrencia de cáncer pulmonar para personas con y sin exposición ocupacional. Son bastantes grandes las listas de sustancias cancerígenas confirmadas o sospechosas de causar cáncer con relación al total de los químicos estudiados. Los estudios experimentales de carcinogenicidad en animales de laboratorio llevan a considerar la necesidad de revisar los estudios epidemiológicos hechos en humanos que revelan una incidencia de 5 a 12% de cánceres ocupacionales, valores probablemente inferiores a la realidad.

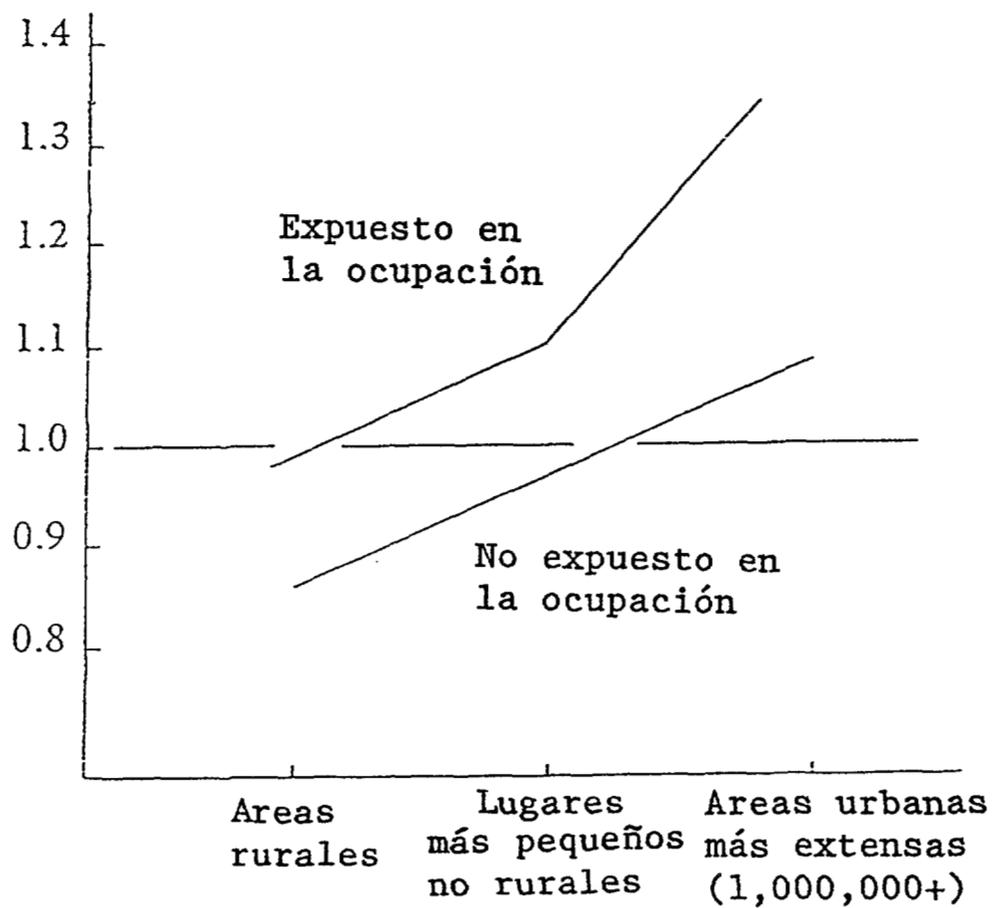
Gráfica 1

MUERIES POR CANCER DEL PULMON: DATOS DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA 1959-1965

(Ajustados por edad y tabaquismo)

Razón:

Observado
Esperado



Fuente: Kaoch & Schneiderman (1987)

BIBLIOGRAFIA

- (1) OPS. Enfermedades profesionales: Un problema de salud pública. Boletín Epidemiológico. Vol. 4, No. 1, 1983.
- (2) WHO. Worker's Health. Progress report by the Director General. EB.79/5, 21 October 1986.
- (3) Revista del Instituto de Salud Ocupacional. Vol. XVI-XVII, pág. 34.
- (4) Estudios del Instituto Nacional de Salud e Instituto de los Seguros Sociales en Empresas de Bogotá, Cundinamarca y Antioquia. Colombia, 1971-1980.
- (5) OPS. Seminario sobre Salud de los Trabajadores Mineros del Area Andina. Informe Final. 12 a 16 Octubre. Lima, Peru, 1987.
- (6) OPS. Informe de Chile al Seminario Salud de los Trabajadores Mineros de los Países de la Region Andina. Lima, Perú, 1987.
- (7) MENDES, RENE. Actualizacao sobre Doencas Respiratórias Ocupacionais: Silicose. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 56, vol. 14, Outubro, Novembro, Dezembro de 1986.
- (8) ROM, WILLIAM N., LOCKEY JAMES E., CASEY, KENNETH R. Environmental/Occupational Lung Disease. 1982.
- (9) MITASTEIN, MONIQUE. Evaluación de la exposición al asbesto en América Latina. Revista Brasileira de Saude Ocupacional. 55, vol. 4, Jul., Agosto, Setembro, 1986.
- (10) Instituto Nacional de Salud. Colombia.
- (11) RIANI, JOSE LUIZ. Asbestose: Um exemplo de abordagem alternativa das doencas profissionais no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 48, vol. 12, Outubro, Novembro, Dezembro, 1984.
- (12) RAMIREZ, AUGUSTO V. Exposición ocupacional al plomo - Estudio prospectivo en una fundición primaria. Revista Brasileira de Saude Ocupacional. vol. 14, 56, Outubro, Novembro, Dezembro, 1986.
- (13) HENAO, S., BAENA, M., PUERTA, J., ARTEAGA. Determinaciones ambientales de plomo inorgánico en la fábrica de baterías de Medellín, Colombia, "FABA" y efectos en los trabajadores expuestos. Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica. Vol. 7, No. 1-2, 1981.
- (14) SALGADO, P., LEPERA, J., OLIVEIRA, G., LARINI, L. Determinacao de mercúrio, proteínas, sodio e potassio em amostras de urina de cirurgioes-dentistas expostos ocupacionalmente ao mercurio. Revista Brasileira de Saude Ocupacional. 56, vol.14, Outubro, Novembro, Dezembro, 1986.

- (15) ALMEIDA., W.F. Peligros y precauciones. Salud Mundial. Agosto - Septiembre, 1984.
- (16) ECO. OPS. HENAO, SAMUEL, COREY, GERMAN. Plaguicidas organofosforados y carbámicos. Serie Vigilancia. México, 1986.
- (17) OMS. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 714. Ginebra, 1985.
- (18) TRADE, A., GARCIA, E., BORGES, L., ALMEIDA, M., FAVERO, M., Proyecto de vigilancia epidemiológica en ecotoxicología de pesticidas. Revista Brasileira de Saude Ocupacional. 47, vol. 12, Julho, Agosto, Setembro, 1984.
- (19) OPS. La salud de los trabajadores y el desarrollo económico y social en Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Segunda parte. Situación de salud de los trabajadores en los países de Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Septiembre de 1989.
- (20) GIMENEZ, E. Condiciones y medio ambiente de trabajo en la construcción civil. Seminario PIACT/Perú, 1984.

FUNCIONES ASIGNADAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES A LAS
INSTITUCIONES ESTATALES Y A OTROS PROGRAMAS

A los Ministerios de Salud les corresponde las funciones relacionadas con:

- Acciones de medicina curativa (asistencia médica) dirigidas a la población general, incluyendo trabajadores
- Normalización: participando en la elaboración de reglamentos y normas y propiciando proyectos de leyes para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de salud
- Vigilancia y control: mediante reconocimiento de los lugares de trabajo y supervisión de los servicios de salud ocupacional de las empresas
- Evaluación del ambiente laboral
- Controles médicos
- Atención de patología ocupacional
- Educación
- Investigación.

A los Ministerios de Trabajo les corresponde realizar las siguientes funciones:

- Normalización
- Inspección de los centros de trabajo para vigilancia del cumplimiento de la legislación
- Investigación de accidentes de trabajo
- Dictámenes médico-legales
- Educación
- Evaluación del ambiente de trabajo.

A las instituciones de la Seguridad Social, con respecto a la población trabajadora afiliada, les corresponde las funciones de:

- Otorgamiento de prestaciones médicas por enfermedad común, maternidad, enfermedad profesional y accidente de trabajo

- Prestaciones económicas e indemnización por incapacidad, vejez y muerte
- Inspecciones a centros de trabajo
- Educación
- Investigación de accidentes de trabajo y recopilación de información sobre estadísticas relacionadas
- Normalización
- Rehabilitación
- Evaluación del medio ambiente de trabajo y estudio de puestos de trabajo
- Algunas de estas instituciones están incursionando en los aspectos preventivos.

A las universidades les corresponde realizar las siguientes funciones:

- Enseñanza en pregrado de la salud ocupacional y de las disciplinas que integra: medicina del trabajo, higiene industrial, seguridad en el trabajo, ergonomía, enfermería del trabajo
- Formación de posgrado de expertos en las diversas ramas de la salud ocupacional
- Desarrollo de programas de enseñanza articulados con investigación y aplicación práctica.

A los servicios de salud ocupacional de las empresas les corresponde todas las funciones asignadas en la Recomendación 171 y en el Convenio 161 de la OIT, las contempladas en la legislación nacional y en los convenios colectivos de trabajo.

Los programas de salud ocupacional conducidos por los Ministerios de Trabajo y la Seguridad Social generalmente conforman esquemas separados de la prestación de servicios de salud de los Ministerios o Secretarías de Salud. Este funcionamiento aislado de la salud ocupacional no permite una interrelación apropiada con el sistema de salud, causando en algunos casos conflictos de competencia, duplicación de esfuerzos y subutilización de los recursos.



XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1990

Tema 6.3 del programa provisional

CSP23/5 (Esp.)
7 agosto 1990
ORIGINAL: INGLES

SUELDO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

La 43a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, por recomendación del Consejo Ejecutivo y en cumplimiento de la decisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas de enmendar la escala de sueldos del personal de las categorías profesional y superior, fijó el sueldo anual del Director General Adjunto de la OMS en \$73.942, con familiares a cargo, o en \$65.370, sin familiares a cargo (Resolución WHA43.7).

Cabe señalar que la recomendación del Consejo Ejecutivo aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud se basó en la revisión del sistema de sueldos profesionales que realizó la Comisión de Administración Pública Internacional. El propósito de la revisión fue incorporar 12 puntos del reajuste por lugar de destino en el sueldo neto, según el principio de "ni ganancia, ni pérdida" y un aumento promedio general del 5%, vigente a partir del 1 de julio de 1990.

El Reglamento del Personal estipula, en el Artículo 330.3, que la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo fijará el sueldo del Director.

Desde 1969, los Cuerpos Directivos de la OPS han seguido la práctica de mantener el sueldo del Director de la OSP al mismo nivel que el del Director General Adjunto de la OMS.

De conformidad con la Resolución XX de la XX Reunión del Consejo Directivo (1971), en la que se solicita al Comité Ejecutivo que, en los casos de futuros reajustes de sueldos del personal de las categorías profesionales y sin clasificar, formule recomendaciones a la Conferencia o al Consejo Directivo respecto del nivel adecuado del sueldo del Director, el Comité Ejecutivo, en su 105a Reunión, trató el tema según se detalla en el Documento CE105/5 (ver Anexo I) y adoptó la Resolución X (ver Anexo II).

Después de considerar el asunto, la Conferencia podría aprobar una resolución formulada en los siguientes términos:

Proyecto de resolución

SUELDO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

LA XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la revisión de la escala de sueldos del personal de las categorías profesional y superior en puestos clasificados, vigente a partir del 1 de julio de 1990;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 105a Reunión de reajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector (Resolución CE105.R10);

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo acerca del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Resolución CE105.R10), y

Consciente de las disposiciones del Artículo 330.3 del Reglamento del Personal,

RESUELVE:

Fijar el sueldo anual neto del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$73.942, con familiares a cargo, o \$65.370, sin familiares a cargo, vigente a partir del 1 de julio de 1990.

Anexos