



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXVII Reunión

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



XLV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-Octubre de 1993

Tema 5.5 del programa provisional

CD37/13 (Esp.)
22 julio 1993
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Este informe sobre salud de los trabajadores es presentado al Consejo Directivo de acuerdo con la Resolución CD36.R22 del Consejo Directivo y la Resolución CE111.R17 del Comité Ejecutivo; tiene como fin presentar los avances en esta área para que puedan ser definidas las orientaciones futuras. Para eso señala la importancia política, social y económica de la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta la elevada mortalidad, la alta incidencia de discapacidades para el trabajo y la disminución de productividad causada por las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo.

En los últimos años se reforzó la coordinación de las medidas a adoptar, como evidencian los marcos de referencia definidos en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990) y en la XXXVI Reunión del Consejo Directivo (1991), que han sido analizados y apoyados en la IX Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo; en la XXIV Reunión Ordinaria del Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura, por los Ministros de Educación; en la VIII Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial, y en el Parlamento Latinoamericano.

Las resoluciones aprobadas en estas reuniones confirman la decisión política. Del mismo modo ilustran la decisión política de ámbito nacional y la concordancia con la Declaración de Washington, D.C., sobre la Salud de los Trabajadores, las declaraciones y decretos que definen la integración de comités y consejos nacionales y la preparación de Planes Nacionales de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores y su implementación, que enfatizan la cooperación del estado, empleadores y trabajadores. Asimismo, la alta visibilidad de la salud de los trabajadores resultó del apoyo brindado a la iniciativa de la OPS por diversos organismos internacionales, Jefes de Estado y de Gobierno, Autoridades Eclesiásticas, y distintos actores sociales.

Complementa el informe un conjunto de anexos con información relevante sobre la situación actual.

Entre los aspectos políticos, sociales y económicos el documento considera que los procesos de democratización, como la humanización y protección del ambiente laboral, la detección de los factores de riesgo laboral, la adaptación de las condiciones y técnicas de trabajo, la educación en salud, el mejoramiento de productos y servicios, y la preocupación por evitar el posible impacto negativo de los cambios y ajustes que resulten de nuevos tratados económicos, son básicos para definir las orientaciones futuras y planificar la continuidad de la iniciativa "Salud de los Trabajadores para el Desarrollo" hasta el año 2000. De acuerdo con la Resolución CD36.R22 del Consejo Directivo se espera que el Comité Asesor del Programa de Salud de los Trabajadores siga cumpliendo diversas funciones de índole política, legislativa, técnica, empresarial, laboral y educativa para el desarrollo de esta iniciativa.

Los miembros del Comité Ejecutivo expresaron su concordancia con el análisis y las orientaciones sugeridas en el Documento CE111/13, destacaron el impacto de la iniciativa de la OPS, subrayando algunas limitaciones, como el bajo número de especialistas en salud ocupacional, que justifica optimizar la participación de los centros colaboradores, la cooperación técnica y la capacitación; la búsqueda de alternativas para atender la población trabajadora menos protegida y sin acceso a los servicios de salud patrocinados por las empresas; la atención a los jóvenes trabajadores; el sector informal, y la capacitación de los trabajadores.

Se anexa un informe sobre el doctor Bernardino Ramazzini, en honor de quien se sugiere designar al día 5 de noviembre como Día Panamericano de la Salud de los Trabajadores.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XVII, que a continuación se transcribe.

RESOLUCION XVII

SALUD DE LOS TRABAJADORES

LA 111a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto el informe presentado en el Documento CE111/13 sobre salud de los trabajadores,

RESUELVE:

Solicitar a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los lineamientos siguientes:

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD37/_ y sus anexos sobre salud de los trabajadores;

Teniendo en cuenta la magnitud de la población en edad de trabajar, la importancia de las alteraciones de salud relacionadas con el trabajo, la capacidad técnico-científica actual para controlar los factores de riesgo laboral y la relación de la salud de los trabajadores con la producción, que es esencial para el desarrollo económico y el progreso social, y

Resaltando el fuerte apoyo político al Año de la Salud de los Trabajadores y a la Declaración sobre Salud de los Trabajadores por parte de jefes de Estado y de Gobierno de los países de las Américas y de Europa, de organismos de cooperación en el ámbito regional e internacional, y por los empresarios y trabajadores de los Estados Miembros que han colaborado en la preparación y revisión de políticas y planes nacionales de salud de los trabajadores,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que implementen o continúen desarrollando planes nacionales de salud de los trabajadores y den prioridad a la movilización de los recursos que se requieran para la ejecución de los mismos.

2. Pedir al Director que, de acuerdo con la disponibilidad de recursos de la Organización, continúe cooperando con los Gobiernos en la implementación y desarrollo de dichos planes nacionales.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,
celebrada el 1 de julio de 1993)*

Anexo

SALUD DE LOS TRABAJADORES

CONTENIDO

	Página
1. Introducción	1
2. Marcos de referencia	2
3. Análisis de la situación de salud de los trabajadores en los países	4
3.1 Avances generales recientes	4
3.2 Descripción resumida de la situación actual en América Latina y el Caribe	5
3.3 Situación económica en los años noventa y su impacto en la salud de los trabajadores	9
4. Logros de la Iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"	10
4.1 Información general	10
4.2 Logros de la Iniciativa a nivel regional y subregional	11
4.3 Logros de la Iniciativa a nivel de los países	13
5. Comisión Organizadora de "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"	14
6. Logros del Programa de Salud de los Trabajadores	15
7. Iniciativa "Salud de los Trabajadores para el Desarrollo"	16
7.1 Algunos aspectos políticos, sociales y económicos	17
7.2 Funciones e integrantes del Comité Asesor Permanente del Programa de Salud de los Trabajadores de la OPS	19
7.3 Algunos aspectos estratégicos complementarios	20
ANEXO I: Planes Nacionales de Salud de los Trabajadores en los países de América Latina y el Caribe: Situación al final de 1992	
ANEXO II: Cuadros	
ANEXO III: Datos a recolectar de la seguridad social	
ANEXO IV: Bernardino Ramazzini: datos biográficos	

1. Introducción

Los países de las Américas viven períodos de cambio y ajustes que pretenden hacer frente a diversos problemas sociales y económicos. Estos procesos no solo han sido desencadenados en el continente americano sino también en otros continentes; algunos resultan de alteraciones en los procesos políticos y otros de modificaciones del énfasis geográfico cambiante de la asistencia y la cooperación internacional. Estos problemas repercuten fuertemente en la salud de los trabajadores, cuya situación se ve agravada por restricciones financieras conjugadas con la necesidad de incrementar la producción, lo que presupone el aumento de las capacidades y habilidades de la población activa.

En América Latina y el Caribe, en la década pasada cambios y ajustes han sido especialmente profundos; más que la degradación económica, la postergación de las soluciones sociales motivó que se designe a los años ochenta como la "década perdida". La aplicación de los programas de ajuste estructural y de las restricciones presupuestarias se hizo sentir sobre todo en los ministerios de salud y trabajo. Otros factores negativos para la salud de los trabajadores merecen destacarse: el desconocimiento de la gravedad de la situación¹; las condiciones de trabajo²; las limitaciones de recursos para informar, capacitar y entrenar adecuadamente a los trabajadores³; la vulnerabilidad de salud de la población en edad de trabajar⁴; el limitado interés del sector salud por la prevención⁵; y la carencia de expertos en salud ocupacional⁶.

En la Región y en los últimos años, como respuesta a este panorama, se desarrolló una mayor actividad, de la cual hace parte una concientización generalizada, y el movimiento para conocer mejor la situación real y encontrar las soluciones alternativas más adecuadas en el ámbito de la salud de los trabajadores. En este contexto se debe

¹ Causada por la insuficiencia de mecanismos de declaración y de registros de la patología relacionada con el trabajo y también por la limitación de los recursos para investigar y diagnosticar las lesiones, enfermedades e incapacidades relacionadas con el trabajo.

² Caracterizadas por la coexistencia de prácticas de trabajo obsoletas con el uso de tecnologías que determinaron nuevos factores de riesgo, mal conocidos y controlados, y que justificaban medidas preventivas más sofisticadas.

³ Condición necesaria para lograr el aumento de producción esperado de estas nuevas tecnologías y para desarrollar el espíritu preventivo y el autocuidado, así como la capacidad para participar en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud en el trabajo.

⁴ Relacionada con la pobreza y con insuficiente cobertura de los servicios de salud.

⁵ La modestia de las unidades y expertos dedicados a la prevención de accidentes y enfermedades, al mantenimiento de la salud de los trabajadores y al control de los factores de riesgo en el trabajo contrasta con el desarrollo progresivo de los medios curativos asistenciales, cuyos costos aumentan continuamente.

⁶ En algunos países las unidades de salud ocupacional en los ministerios de salud cuentan con solo 1 ó 2 expertos y la ubicación en el organigrama no le concede la importancia y visibilidad más conveniente; lo mismo ocurre en los ministerios de trabajo y en las instituciones de seguridad social.

entender la decisión de los Ministros de Salud de los Gobiernos Miembros de estudiar la situación, para lo cual han solicitado la cooperación de la OPS, primero en Centro América y en el Area Andina, y después en toda la Región, lo que permitió la identificación de los aspectos más relevantes y la definición de las líneas de acción prioritarias a proseguir.

2. Marcos de Referencia

En 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana analizó el informe sobre la situación de salud de los trabajadores⁷ y, teniendo en cuenta que la salud es deseable y necesaria para que una población sea sana, creativa y produzca más y tenga mayores posibilidades para integrarse a los procesos del desarrollo⁸, considera la salud de los trabajadores como una de las ocho áreas programáticas prioritarias para el desarrollo de programas de salud en el cuatrienio 1991-1994⁹. Asimismo, en la Resolución XIV sobre Salud de los Trabajadores adopta las necesidades y formas de cooperación, recomienda las principales líneas programáticas para los Países Miembros, solicita el incremento de los mecanismos de movilización de recursos y designa 1992 como el Año de la Salud de los Trabajadores¹⁰.

En 1992 el Consejo Directivo de la OPS en su XXXVI Reunión revisó los avances de "1992: Año de la Salud de los Trabajadores" y apoyó el Plan de Acción de esta iniciativa y la Declaración de Washington, preparados por la Comisión Organizadora. Solicita a los Gobiernos Miembros¹¹ confirmar y mantener la decisión política de implantar los planes nacionales de salud de los trabajadores, e identificar y movilizar recursos para salud de los trabajadores.

⁷ Documento CSP23/4 de la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre Salud de los Trabajadores.

⁸ Concepto contemplado en la definición de la estrategia "Atención Primaria de Salud"; la Conferencia de Alma Ata, como parte de la cobertura total, concede alta prioridad a las necesidades especiales de mujeres, niños, poblaciones trabajadoras de alto riesgo y segmentos menos privilegiados de la sociedad; y refiere las necesidades de llevar la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.

⁹ Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Septiembre, 1990.

¹⁰ La Resolución XIV determina como líneas programáticas específicas: la formulación y evaluación de políticas; coordinación entre las instituciones nacionales; desarrollo de diversas formas institucionales de atención primaria de salud de los trabajadores (educación, promoción de la salud, atención primaria de salud, incorporación en los Servicios de Salud y en los Sistemas Locales o Municipales de Salud); participación de la comunidad (empleadores y trabajadores); capacitación del personal necesario para la extensión de la cobertura; incorporación de actividades de salud de los trabajadores en los programas de salud; establecimiento de sistemas de información y vigilancia epidemiológica; y participación de trabajadores en el desarrollo de estilos de vida saludables.

¹¹ Resolución XXII de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Septiembre, 1992.

También en 1992, en la Novena Reunión de la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo se consideró el área de salud de los trabajadores, donde se manifestó la importancia de la cooperación intersectorial en el ámbito de gobierno (salud, trabajo, seguridad social, educación, etc.) y de la colaboración con los empresarios y trabajadores. En dicha ocasión se aprobaron asimismo orientaciones de acción¹².

El Parlamento Latinoamericano discutió el tema y produjo un Acuerdo sobre Salud de los Trabajadores¹³. Lo mismo ocurrió en reuniones de la Seguridad Social, de Centrales Sindicales y de las Cámaras de Empleadores:

Todos estos instrumentos de la Región de las Américas son concordantes con los Instrumentos Internacionales previamente aprobados por la OMS y la OIT¹⁴, así como con el material resultante de las reuniones del Comité Mixto OIT/OMS en Salud de los Trabajadores¹⁵.

Estos marcos de referencia tomaron en cuenta el reconocimiento de la importancia política, social y económica de la salud de los trabajadores. La relación entre las condiciones de salud, las condiciones de trabajo y la productividad, y la influencia de la buena salud de los trabajadores sobre la productividad individual y producción nacional, evidencian que asegurar la salud de los trabajadores es una inversión rentable. El cambio que se está gestando a nivel internacional, de una economía clásica a una preocupada por la eficacia y la eficiencia, está basada en el desarrollo de la capacidad individual del trabajador, lo cual incluye el autocuidado. Por lo tanto, la salud de los trabajadores es indispensable para producir bienes y servicios con calidad, inocuos y que cumplan con los requisitos de no peligrosidad exigidos por los mercados internacionales y contemplados en los tratados de libre comercio.

¹² Resolución 4(IX/92) sobre salud de los trabajadores que confirma la concordancia con la Declaración sobre Salud de los Trabajadores; manifiesta la decisión política de apoyar prioritariamente la implementación de planes nacionales y programas; solicita la colaboración de los organismos internacionales; exhorta la creación y el fortalecimiento de mecanismos de integración de trabajo, salud y seguridad social; apoya que la iniciativa "Salud de los Trabajadores" tenga continuidad como marco dinamizador.

¹³ Primera Reunión de la Comisión Permanente de Salud, Trabajo y Seguridad Social. La Habana, Cuba, 24 a 27 de marzo, 1992.

¹⁴ Asamblea Mundial de la Salud, 1977, Meta SPT: "que permita llevar una vida social y económicamente productiva". ALMA-ATA, 1978 "prioriza poblaciones trabajadoras de alto riesgo y recomienda llevar la atención de salud a/o lo más cerca posible del lugar donde trabajan las personas". El Convenio de OIT 161 y la Recomendación 171 de 1985 sobre Servicios de Salud en el Trabajo. El Convenio 155 y la Recomendación 164 ambos de 1981 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y medio ambiente de trabajo. El Convenio 148 y la Recomendación 156 de 1977 sobre la Protección de los Trabajadores Contra los Riesgos Profesionales debidos a la Contaminación del Aire, al Ruido y las Vibraciones en el Lugar de Trabajo. La Resolución WHA 40.28, mayo 1987 de la 40a. Asamblea Mundial de la Salud.

¹⁵ Se destaca la 1a. Reunión del Comité Mixto OIT/OMS en 1950 donde se definió la salud de los trabajadores por sus objetivos; y la 11a. Reunión en 1992 donde ha sido presentada y considerada información sobre la Iniciativa "Salud de los Trabajadores" de la Región de las Américas.

3. Análisis de la situación de salud de los trabajadores en los países

3.1 *Avances generales recientes*

A pesar de las diferencias existentes entre los países es fácil identificar cambios positivos, algunos de los cuales, enmarcados en las etapas de preparación y de desarrollo de la Iniciativa "Salud de los Trabajadores", son evidenciados por:

- Las declaraciones, decretos y resoluciones confirmando la decisión política e institucionalizando mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial; y la colaboración de los diversos actores sociales.
- Las manifestaciones de una generación de profesionales que considera el desarrollo de una nueva economía, con la doble preocupación de aumentar la producción y conquistar nuevos mercados, orientada hacia la mejor preparación de recursos humanos, asegurando simultáneamente salud y bienestar social.
- La incorporación en las agendas de trabajo de las organizaciones laborales del tema salud de los trabajadores.
- Las actualizaciones legislativas resultantes de las discusiones del tema por los grupos técnicos, diputados y parlamentarios.
- La realización de un número considerable de congresos, seminarios, talleres y otros eventos que contribuyeron a la difusión de información, conocimientos y experiencias.
- La vinculación de los medios de comunicación social y la producción de diverso material de promoción que permitió una mayor conscientización y preocupación a nivel de público en general.
- El incremento y el fortalecimiento de los cursos de posgrado para la formación de especialistas.
- La preparación, discusión y perfeccionamiento de Planes Nacionales de Salud de los Trabajadores que contemplan la inclusión de salud ocupacional en los programas de atención primaria de salud (Anexo I).

3.2 Descripción resumida de la situación actual en América Latina y el Caribe

La población económicamente activa en la Región de las Américas ascendía en 1990 a 304 millones y representaba el 42% de la población total (dato sobre 32 países, (Anexo II, Cuadro 1). Los menores forman parte de la fuerza laboral y, en algunos países, se estima que pueden representar entre un 20 a un 25% de la población activa. El número de niños que trabajan va en aumento, no sólo en cifras absolutas, sino también en proporción a la población infantil, señala la OIT. En América Latina, las encuestas revelan que en países como Brasil, el 18% de los niños de 11 a 14 años son económicamente activos. Datos sobre la participación laboral de menores de 10 a 14 años se observan en el Cuadro 2. Se desconoce la magnitud del número de trabajadores menores de 10 años.

La contribución de la mujer a la fuerza laboral en América Latina y el Caribe se ha incrementado en los últimos años, representaba en 1990 el 26% y para el año 2000 se espera que este porcentaje sea del orden del 27% (se estima en 53 millones, según el BID, 1990) (Cuadros 3 y 3-A). Considerando el número elevado de mujeres que no tienen contrato formal de trabajo, la proporción de mujeres que efectivamente trabajan es seguramente muy superior a estas cifras.

Sobre la situación de salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe se consideran de manera resumida, los siguientes aspectos:

Los accidentes de trabajo. Son fácilmente identificables y con un nexo causal que por lo general puede establecerse con claridad. Las estadísticas sobre accidentes de trabajo de la OIT, que usualmente registran la información procedente de las instituciones de la seguridad social, cuya proporción de afiliación promedio se calcula para América Latina y el Caribe en un 40%, señalan aproximadamente 2 millones de personas accidentadas por año, al observarse el período de 1982 a 1991 (Cuadro 4). La proyección de este valor al total de trabajadores permite estimar la ocurrencia anual de 5 millones de accidentes con incapacidad; datos recolectados indican que cada trabajador andino sufre en 45 años de vida laboral 3 accidentes de trabajo¹⁶, y que a nivel de la Región cada trabajador sufre de 2 a 4 accidentes en promedio durante su vida laboral. Con estas cifras, en un día de trabajo se estarían produciendo 17,500 accidentes de trabajo y 36 por cada minuto laboral. Con el fin de obtener una información más completa, actualizada y real, se está procediendo a la recolección de datos de las instituciones de la seguridad social en colaboración con el CIESS (Anexo III).

¹⁶ Del Proyecto subregional "Desarrollo de la Salud de los Trabajadores", documentos 2 y 3 del PLANSAT ANDINO.

Las tasas de mortalidad por accidentes de trabajo en Latinoamérica y el Caribe son de cuatro a cinco veces superiores a las que informan los países desarrollados (Cuadro 5); sin embargo se detectan valores porcentuales más altos cuando la comparación se hace entre algunos grupos de actividad económica similar. Así, en la agricultura puede ser hasta 10 veces superior; en minas y canteras hasta 18 veces por encima; y en la construcción hasta de 12 (Cuadro 6).

Se produce una incapacidad permanente por cada 39 accidentes de trabajo, y en algunos países la tasa de invalidez se ha duplicado en períodos relativamente cortos (Brasil).

Con datos de 14 países de América Latina y el Caribe (OIT), se calcula la pérdida de 12 a 14 millones de días de trabajo por año (Cuadro 7). Teniendo en cuenta el número de accidentes de trabajo declarados, 630.460 en 1986, cada accidente ocasiona la pérdida de 19 días de trabajo. Algunos estudios que comparan el tiempo promedio de días perdidos para tratamiento muestran que en los países de América Latina este período puede llegar a ser tres veces superior al de los países industrializados. En Uruguay, el Banco de Seguros del Estado informa un valor promedio superior a 26 días.

Al considerar los accidentes de trabajo por año que pueden ocurrir en América Latina y el Caribe (2 millones declarados) la pérdida de días de trabajo correspondería a 38 millones por año. Haciendo el ajuste a la población total, por corresponder aquellos datos a los trabajadores asegurados (cerca del 40%), los días de trabajo perdidos serían del orden de 95 millones por año.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ocasionan en los países en desarrollo costos equivalentes al 10% del producto interno bruto. En sólo un país (Colombia), donde ocurrieron 105.468 accidentes de trabajo en un año, el Instituto de los Seguros Sociales tuvo un gasto de 2,3 millones de dólares en prestaciones médicas curativas. El costo global de estos eventos para la seguridad social y la industria se estimó en 19 millones de dólares, o sea, 180 dólares por accidente de trabajo.

Las enfermedades profesionales. Representan un problema de salud pública importante. A pesar del subregistro en la información, todavía mayor que para los accidentes de trabajo, los estudios señalan altas prevalencias de problemas de cáncer ocupacional, afecciones pulmonares, intoxicaciones por metales y plaguicidas, alteraciones neurológicas y del comportamiento, pérdidas auditivas, problemas de piel y osteomusculares causados por factores de riesgo laboral.

Las enfermedades profesionales pueden ocasionar, además de sufrimiento humano, gastos de asistencia médica muy elevados, grandes incapacidades y por lo tanto pérdidas de un gran número de años de vida laboral.

Las enfermedades relacionadas con el trabajo. Son alteraciones de salud multifactoriales, desencadenadas, agravadas o aceleradas por factores de riesgo, condiciones inadecuadas y exposiciones ocupacionales. De especial importancia son las enfermedades infecciosas y parasitarias, las zoonosis, la malaria, las alteraciones psicosomáticas, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos musculoesqueléticos, las alteraciones digestivas, las enfermedades respiratorias crónicas y varios tipos de cáncer.

Es indispensable que estas enfermedades sean reconocidas por el personal de salud y estudiadas sus causas multifactoriales, ya que en todos los casos éstas pueden ser evitadas por medio de prevención primaria e intervenciones de salud en el trabajo.

Cobertura de los programas y servicios de salud de los trabajadores. Teniendo en cuenta que los servicios disponibles no cubren la totalidad de los trabajadores dado que menos del 10% tiene acceso a prestaciones que incluyen promoción y mantenimiento de salud, prevención en el trabajo y atención médica curativa y de rehabilitación, los países han venido adelantando esfuerzos para estructurar y poner en práctica planes nacionales de salud de los trabajadores que contemplan como objetivo la extensión progresiva de la atención básica de salud ocupacional con criterio epidemiológico.

En cuanto a la afiliación a la seguridad social se caracterizan tres grupos de países: aquellos con afiliación superior al 80% de la población económicamente activa, sólo 5 países; con afiliación intermedia entre el 50 y el 80%, 6 países; y con afiliación inferior a la mitad de la población trabajadora, 9 países (Cuadro 8). Esta afiliación es además desigual en las diferentes actividades económicas. Lo usual es que sea muy reducida para los trabajadores rurales, agrícolas, de minería, construcción y sector informal. Igualmente los porcentajes de afiliación son menores en el caso de las mujeres y prácticamente inexistentes para los niños trabajadores.

Marco legal. Se dispone del marco legislativo básico y en algunos casos de un sistema relativamente amplio de leyes y reglamentos sobre medicina, higiene y seguridad en el trabajo, pero no se han establecido formas adecuadas para controlar su aplicación, se desconoce su grado de cumplimiento aunque se sabe que es bajo. Se detecta además falta de coherencia y de claridad entre las autoridades competentes, como resultado de que no se dispone de mecanismos de concertación para su preparación y promulgación.

Disponibilidad de personal capacitado. En los últimos cinco años se ha incrementado el número de personas capacitadas en salud de los trabajadores, y en 12 países se han intensificado los esfuerzos hacia la formación de especialistas. En la actualidad se desarrollan por lo menos 32 cursos a nivel de postgrado, la mayoría de los

cuales 22 ha recibido cooperación técnica de la OPS (Cuadro 9). Para esta labor se han establecido mecanismos de cooperación técnica con universidades de países industrializados¹⁷.

Limitantes que determinan la reducida cobertura y atención disponible:

- Escasa incorporación de políticas específicas en los planes nacionales, sociales y económicos.
- Dilución de responsabilidades entre la empresa y los sectores salud, trabajo y seguridad social.
- Limitada intervención de los sindicatos en esta área.
- Ineficiencia de mecanismos de coordinación.
- Insuficiencia en la operacionalización de planes nacionales intersectoriales, concertados, participativos.
- Ausencia de criterios concertados de programación.
- Deficiencias cuantitativas y cualitativas en la cobertura (proporciones altas de trabajadores no cubiertos): concentración de acciones en los aspectos curativos y ciertas áreas y grupos laborales.
- Limitaciones en recursos humanos, técnicos y presupuestales.
- Grandes vacíos en conocimientos y falta de un diagnóstico completo de las condiciones de trabajo y salud, en especial de los grupos laborales menos atendidos.
- Transferencias de tecnologías sin contemplar el medio ambiente sociocultural, la talla, la constitución física y la preparación de los trabajadores que las utilizan en los países receptores.

¹⁷ No obstante los esfuerzos de capacitación, las deficiencias de personal especializado y dedicado a salud de los trabajadores son enormes: en Centro América y en el Area Andina se dispone en promedio de un médico del trabajo por 100.000 trabajadores, de una enfermera por 80.000, y de un higienista industrial por 200.000 trabajadores. La capacitación del personal de los servicios de salud, de los inspectores de trabajo, de los que conceptúan y otorgan autorización de funcionamiento industrial, del trabajador y del empleador presenta vacíos aún más acentuados.

3.3 *Situación económica en los años noventa y su impacto en la salud de los trabajadores*

Se espera que en 1993 los países en desarrollo logren la más alta tasa de crecimiento desde 1970. Cuando la economía mundial aumentó el 0.4% en 1992, en los países industrializados creció 1.5% y en los países en desarrollo 4.5%. El crecimiento en América Latina y el Caribe fue del 2%, inferior al crecimiento de los años anteriores¹⁸. El comercio internacional, como viene ocurriendo en los últimos nueve años, aumentó en 1992 el 4.5%. Las reformas en curso y el apoyo internacional siguen siendo importantes. Las políticas de ajuste implantadas, orientadas a la estabilidad fiscal y monetaria, han justificado recortes en los gastos públicos y recolección de fondos por privatización de empresas públicas. La inflación media (excluido Brasil) descendió alrededor del 25% en 1992. Esta lenta recuperación está siendo condicionada por un contexto de débil economía internacional¹⁹.

En la Decisión 91/10 de junio de 1991, el Consejo de Administración del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) reiteró la importancia de la integración económica regional para promover el crecimiento económico y desarrollo, así como la importancia del apoyo de los países desarrollados y organizaciones internacionales para la integración regional económica.

En las Américas hay un número elevado de tratados de cooperación de entre los cuales se pueden referir los del Caribe de habla inglesa, Centro América, Países del Pacto Andino, MERCOSUR, Area del Río de la Plata, tratado de Cooperación Amazónica y el tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Canadá y México²⁰. Los objetivos de estos acuerdos multilaterales y bilaterales pretenden promover la producción e intercambio comercial, causando beneficios económicos y desarrollo. Sin embargo, el reflejo que pueden tener sobre las condiciones y ambientes de trabajo, modalidades de contratación laboral y transferencia de tecnología justifican una especial atención, para que efectivamente puedan contribuir a un desarrollo sostenible, su impacto directo sobre la salud de los trabajadores e indirecto en la salud de sus familias y población vecina de los lugares de trabajo, tendrá que ser positivo, para que no resulte solo en una entrada de divisas con disminución de la capacidad laboral, que podría paradójicamente conducir a un aumento de la pobreza y degradación social. Condicionantes de salario y de ritmo,

¹⁸ Este resultado dependió de la recesión en Brasil, que representa el 40% del producto bruto de la región, del aumento promedio de los restantes países de cerca del 4%, con expansión en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela superior al 6% y aumento en México inferior al 3%.

¹⁹ Texto no editado de la Nota del Secretario General de las Naciones Unidas para la sesión de organización del Consejo Económico y Social.

²⁰ Annual Report of the Administrator for 1992 and Programme Level Activities (DP/1993/14) for the Fortieth Session, 1.22 June 93, PNUD.

exigencias y técnicas laborales podrían tener consecuencias indeseables en la salud y en el ambiente, de no tenerse en cuenta las medidas que benefician la salud y la capacidad laboral. Para que a mediano y largo plazo estos tratados y acuerdos puedan tener resultados efectivos es necesario que consideren los aspectos de desarrollo social, y específicamente en el ámbito de la salud y capacidad de los trabajadores, como condición para lograr el desarrollo sostenible que los países esperan.

Estos Acuerdos de Cooperación en la Región deben funcionar también como instrumentos que respondan a nuevas iniciativas políticas de alto nivel, como las Cumbres de Presidentes y temas emergentes como el Ambiente²¹. Asimismo, deben proporcionar la progresiva mejoría de la preparación de la fuerza laboral y la salud de los trabajadores, que son condiciones esenciales para el equilibrio y desarrollo.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) que se reunirá en junio y julio 1993, en la sesión de alto nivel, considerará, como principal tema, la Cumbre para el Desarrollo Social, incluyendo el papel del sistema de Naciones Unidas en promover el desarrollo social: la promoción de la salud de los trabajadores y de sus capacidades y habilidades tendrá necesariamente gran importancia.

4. Logros de la Iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"

4.1 Información general

Desde 1985 los problemas relacionados con la salud de los trabajadores han merecido análisis y discusión en certámenes nacionales e internacionales y, en las Américas, ha sido tema de eventos de los más altos niveles técnicos y de decisión política a nivel regional, de las subregiones y en los países.

El reconocimiento sobre la trascendencia de la salud de los trabajadores en la producción y en el desarrollo económico y social, y no solo en consideración de las razones humanitarias que la inspiran, condujo a identificar a la salud ocupacional como un área prioritaria en la Iniciativa de Centroamérica "Salud y Paz Hacia el Desarrollo y la Democracia" y en la Iniciativa Andina "Los Andes Unidos por la Salud". En este proceso, la cooperación técnica entre los países y la Organización Panamericana de la Salud ha facilitado los estudios necesarios en la estructuración de planes subregionales de desarrollo de la salud de los trabajadores (PLANSAT Centroamericano y PLANSAT Andino).

²¹ Annual Report of the Administrator for 1992 and Programme Level Activities (DP/1993/14) for the Fortieth Session 1-22 June 93, PNUD.

Como fue mencionado antes, Salud de los Trabajadores fue designada por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre 1990) como una de las ocho áreas programáticas prioritarias para el cuatrienio 1991-1994, por medio de la Resolución XIII. Durante la misma Conferencia, los Ministros de Salud aprobaron la Resolución XIV sobre Salud de los Trabajadores, que designa el "Año de la Salud de los Trabajadores en la Región de las Américas."

El objetivo de esta Iniciativa "Salud de los Trabajadores" es lograr mayor atención a la salud de la población activa sin reducir los esfuerzos dedicados al desarrollo de los proyectos y actividades del nivel subregional o regional en curso y, en los países, promover el refuerzo y articulación por medio de un programa global y de un mayor espectro político. Dando alta visibilidad al área de Salud de los Trabajadores, se espera lograr un compromiso de liderazgo, el estímulo de información entre los empresarios y los trabajadores sobre los problemas y causas de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo y el desarrollo del espíritu preventivo²². Esto debe resultar en aumento de recursos orientados a los programas de salud ocupacional y planes de acción que estén preparados y en preparación, y contribuir al reconocimiento generalizado de su importancia social y económica. Debe propiciar los cambios de actitud necesarios para que, al finalizar las campañas promovidas durante la Iniciativa, persistan las actividades y estructuras, se incremente la atención a la salud de los trabajadores, y se promueva una nueva cultura en salud de los trabajadores, con especial énfasis en los aspectos de promoción y protección de su salud, capacidad de trabajo y prevención de los factores de riesgo laboral²³.

4.2 Logros de la Iniciativa a nivel regional y subregional

La Iniciativa "Salud de los Trabajadores" ha permitido un aumento del nivel de conciencia y el reconocimiento de la importancia de la salud de los trabajadores en el progreso social y desarrollo económico. Como resultado de las nuevas directrices, la OPS integró un Grupo Interprogramático en Salud de los Trabajadores y estructuró un Plan de Acción: cada programa de la Organización ha incluido en su planificación actividades específicamente orientadas a salud de los trabajadores en áreas de interés común. Este plan se viene adelantando a través de los programas y centros de la OPS.

Igualmente se han acrecentado los esfuerzos para conseguir recursos adicionales en forma de profesionales nacionales y expertos asociados, de centros colaboradores y de convenios con la industria.

²² Del Plan de Acción de la Iniciativa, preparado en 1991.

²³ *Ibid.*

Entre las repercusiones que tuvo la Iniciativa se encuentran:

- La aprobación de marcos de referencia de otros sectores (Parlatino, Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo, Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial).
- La aprobación de la Resolución XXII en la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, septiembre de 1992, que estipula la preparación de informes de la situación cada dos años y establece el Comité Asesor Permanente del Programa de Salud de los Trabajadores de la Organización.
- La difusión de la Declaración sobre Salud de los Trabajadores preparada por los ex-Presidentes Betancourt de Colombia y de la Madrid de México y otros miembros de la Comisión Organizadora que congregó una amplia gama de manifestaciones de interés y apoyo, como las señaladas en los dos puntos siguientes.
- La expresión de Naciones Unidas, OEA, e Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, compartida por la OPS, de constituir un Comité Mixto Interagencial sobre Salud de los Trabajadores; y de varias agencias sobre la inclusión del aspecto de salud de los trabajadores en las operaciones financieras. Así mismo, sobre la promoción de la Semana o Día de la Salud de los Trabajadores, como lo ha manifestado la Comisión de las Comunidades Europeas.
- La declaración de apoyo de Jefes de Estado y de Gobierno de la Región de las Américas y de Europa, de comunidades religiosas, de diversas agencias gubernamentales y no gubernamentales, y de otras instituciones a un proceso dinámico y ciclo de consultas para la movilización de recursos.
- La aprobación de Resoluciones específicas a nivel Subregional: en la VIII RESSCA (Reunión del Sector Salud de Centroamérica) y en la XVI REMSAA (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina). A nivel del Caribe se logró la expresión del apoyo con una reunión subregional y la Resolución del Congreso Caribeño de Trabajo (XI Congreso, noviembre 1992). Las confederaciones y centrales sindicales de los países andinos aprobaron la Declaración de Bogotá sobre Salud de los Trabajadores, el 7 de mayo de 1993. La reunión de los países del MERCOSUR y Chile prevista para fines de 1992 ha sido postergada para julio 1993.

4.3 *Logros de la Iniciativa a nivel de los países*

La Iniciativa estuvo orientada por el Plan de Acción, revisado por la Comisión Organizadora, y aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS. La Iniciativa propuso dos grandes metas²⁴:

- Todos los países de la Región habrán formulado y aprobado un Plan Nacional de Desarrollo de Salud de los Trabajadores.
- Por lo menos 10 países de la Región habrán constituido mecanismos de articulación, coordinación y cooperación intersectorial, por medio de grupos de trabajo multidisciplinarios y la configuración del Comité Nacional de Salud Ocupacional, e iniciado la implementación de sus Planes de Desarrollo de Salud de los Trabajadores.

Los Planes Nacionales de Salud de los Trabajadores²⁵ contemplan el desarrollo de las estrategias de intersectorialidad y participación social, con una amplitud y proyección conceptual que sobrepasa los niveles usuales de la coordinación y la participación tripartita.

Entre los logros más destacados de la Iniciativa a nivel nacional se incluyen:

- Todos los países de la Región han confirmado la decisión política. Este compromiso, en la mayoría de los países no sólo emanó de los Ministros de Salud sino además de los Ministros de Trabajo. Mereció también el apoyo de los Ministros de Educación y de los Ministros de Agricultura. En algunos países esta decisión ha sido sustentada por decretos presidenciales, muchos de los cuales definen la constitución de grupos nacionales intersectoriales.
- Se reforzó la convocatoria de los grupos de trabajo nacionales intersectoriales, las comisiones técnicas y se constituyeron consejos nacionales de salud ocupacional.
- En el 85%, 16 de los países de Latinoamérica se han integrado consejos y/o comités nacionales con la participación de diferentes sectores, y en el mismo porcentaje de países se elaboraron los planes nacionales de salud de los trabajadores. De estos, el 50% (8) se encuentra en vía de ejecución; cuentan con asignación de fondos nacionales el 15% de los países (3).

²⁴ Del Plan de Acción de la Iniciativa preparado en 1991, revisado en 1992

²⁵ Ver Anexo I.

- Los países del Caribe de habla inglesa, consecuentes con el compromiso generalizado, han iniciado la preparación de planes nacionales.
- En la Región, solo en cuatro países no se conmemoró la Iniciativa, y en el resto se programaron actividades que involucraron diversos sectores, relacionadas especialmente con ceremonias específicas de lanzamiento y de iniciación de la actividad de los grupos intersectoriales, con campañas de divulgación por televisión, radio, prensa, publicaciones, carteles, emisión de sellos conmemorativos, afiches, etc. Entre estas conmemoraciones se inscribieron congresos latinoamericanos, multipaís y nacionales; seminarios, cursos y talleres. A manera de mención, México llevó a cabo más de 500 eventos organizados por la seguridad social, universidades, Secretaría de Trabajo y Secretaría de Salud, algunos de los cuales fueron de ámbito México-Estados Unidos-Canadá. Colombia desarrolló 100 eventos en el primer semestre de la Iniciativa promovidos por diversas instituciones²⁶. Además de los 39 eventos realizados por las Representaciones de OPS o con el apoyo de éstas, en los cuales asistieron 2.210 participantes, conforme los informes de las Representaciones, debe añadirse la participación y el patrocinio brindado por la Oficina Central en 20 certámenes y en otras actividades tales como seminarios y cursos, que contaron con la presencia de 2.325 participantes.
- En tres países se iniciaron cursos de postgrado en salud de los trabajadores, elevando a 22 los programas con los cuales la OPS coopera de forma directa de los 32 con los que se mantiene relación.

La Iniciativa motivó la cooperación entre países, mereciendo destacarse los acuerdos de cooperación establecidos entre Canadá, Estados Unidos, España y otros países de Europa con diversas universidades y agencias de Latinoamérica.

5. Comisión Organizadora de "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"

Para la preparación de esta Iniciativa se constituyó una Comisión Organizadora integrada por miembros de alto prestigio político y científico, entre los cuales están personalidades que han sido Presidentes de países de la Región.

De sus actividades y del desarrollo del Plan de Acción resultó la aprobación de la Declaración de Washington sobre Salud de los Trabajadores, firmada el 26 de febrero de 1992, ratificada posteriormente por el Consejo Directivo de la OPS y por la

²⁶ En Colombia la Iniciativa se desarrolla entre julio 1992 y julio 1993.

Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo, por el Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura y por los Ministros de Agricultura, declaración que mereció amplia difusión entre las agencias e instituciones involucradas y facilitó la movilización de recursos y cooperación interagencial e internacional.

La Comisión promovió el compromiso político y la motivación para elaborar o ajustar Planes Nacionales de Salud de los Trabajadores, la constitución de grupos nacionales intersectoriales, y la sensibilización y promoción de la "cultura preventiva" en el trabajo. También contribuyó a la promulgación de instrumentos regionales, subregionales y nacionales de decisión política que acogen la Iniciativa "Salud de los Trabajadores", integran consejos intersectoriales, y aceptan promover la salud de los trabajadores con una amplia participación de todos los sectores del estado, empresas estatales y privadas, y trabajadores.

La Comisión promovió la cooperación generalizada y enfáticamente sugirió la colaboración entre las organizaciones estatales, empleadores, trabajadores y todos los actores sociales, favoreciendo también la coordinación interagencial a nivel internacional y la participación de los centros colaboradores de salud ocupacional en información, investigación, educación y para la movilización de recursos.

La Comisión también apoyó la incorporación de salud ocupacional en las diversas áreas programáticas de salud y el desarrollo de cooperación interprogramática en salud de los trabajadores. Asimismo, logró la expresión de apoyo de la XXIV Reunión Ordinaria del Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Por su impacto, las actividades de esta Comisión tendrán continuidad²⁷ bajo la forma de Comité Asesor Permanente del Programa Salud de los Trabajadores de la OPS²⁸.

6. Logros del Programa de Salud de los Trabajadores

El principal y reciente logro del Programa, en el marco de la Iniciativa²⁹, ha sido obtener, con el apoyo de la Comisión Organizadora y con la cooperación de todos los Programas de OPS a nivel Central y de las Representaciones, el desarrollo de un considerable compromiso político en prácticamente todos los sistemas de salud de los países de la Región, particularmente con respecto a su determinación actual de establecer programas efectivos de salud de los trabajadores. Los países además reconocieron durante este período la necesidad de la intensificación de orientaciones sobre como

²⁷ Decisión aprobada en la XXXVI RCD y apoyada por la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo.

²⁸ Ver funciones en el numeral 7.3 de este documento.

²⁹ La evaluación de los logros del Programa y de la Iniciativa debe ser considerada conjuntamente teniendo en cuenta que la Iniciativa, tal como fue aprobada en la XXIII CSP, surgió de la acción que venía desarrollando el Programa y a su vez ampliaba las expectativas de su actuación y visibilidad.

avanzar en el objetivo de salud de los trabajadores con su estructura administrativa y recursos disponibles.

El Programa estimuló la preocupación de ministros de otros sectores diferentes al sector salud, especialmente los de trabajo, agricultura y educación, y los directores de la seguridad social, haciendo énfasis en la necesidad de establecer programas preventivos efectivos.

Los trabajadores organizados, en diversas oportunidades también fueron sensibilizados y valoraron más sus derechos a la salud y seguridad en el trabajo. Los empleadores demuestran estar aceptando como positiva ésta evolución.

El Programa ha tenido éxito porque ha instituido, a través de la estimulación de la planificación y de la preparación de guías, la elaboración de planes nacionales en todos los países. Los países analizaron el material preparado y lo han tenido en cuenta en la preparación de sus planes.

Igualmente el Programa ha logrado éxito porque consiguió destacar la importancia del entrenamiento y la educación; y participó en la actualización de los especialistas en las diversas disciplinas de la Salud Ocupacional.

También como logros relevantes se refieren : la participación de OPS y la presentación de la Iniciativa en la XI Reunión del Comité Mixto OIT/OMS en Salud Ocupacional; la participación en la IX Reunión Interamericana de Ministros de Trabajo; y la incorporación del tema Salud de los Trabajadores en las Agendas de Reuniones regionales de los Ministros de Agricultura y de los Ministros de Educación. Así mismo por las comunicaciones recibidas de Agencias Internacionales y personalidades que expresan su concordancia y apoyo a la Iniciativa.

7. Iniciativa "Salud de los Trabajadores para el Desarrollo"

En la década de los noventa, de acuerdo a lo previsto en la meta de la OMS, Salud para Todos, es necesario conseguir atención de salud para toda la población cerca o en los lugares de trabajo como condición para lograr el desarrollo que solo será posible con una población sana, creativa y económicamente productiva. La Iniciativa "Salud de los Trabajadores para el Desarrollo " tal como fue recomendada por los Cuerpos Directivos de la OPS, por los Ministros de Trabajo y por las diversas agencias e

instituciones³⁰ se propone servir de mecanismo para lograr universalizar la cobertura de salud, promover la cultura preventiva, incrementar la cooperación, lograr la implementación de los planes nacionales de salud de los trabajadores, contribuir a una mayor sensibilización, visibilidad y reconocimiento de la salud de los trabajadores.

Para esto contará con el Secretariado de la OPS y específicamente del Programa de Salud de los Trabajadores de la Organización, con el apoyo y orientación del Comité Asesor del Programa, de los Cuerpos Directivos de la Organización, y de la Red de Centros Colaboradores de la OMS en Salud de los Trabajadores. En su operatividad, la Iniciativa tendrá como pautas las líneas de acción en salud de los trabajadores ya aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS. La Iniciativa "Salud de los Trabajadores para el Desarrollo" dará continuidad a la Iniciativa de 1992. Su plan de acción tendrá como base el plan de acción establecido y aprobado para 1992; en su revisión y ajustes serán tenidos en cuenta, en especial para 1994-1995, algunos aspectos y estrategias que merecen consideración especial.

7.1 Algunos aspectos políticos, sociales y económicos

Los procesos de democratización favorecen una mayor apertura de conocimientos, experiencias e información que garantizan los derechos fundamentales del ser humano; y una mayor participación de los interlocutores sociales; tendrán necesariamente que tener en consideración las preocupaciones por la salud de los trabajadores, la que es condición esencial para el desarrollo. En este contexto de democratización, las diversas disciplinas de la salud ocupacional³¹ facilitarán el desarrollo humano, porque permiten adaptar las condiciones de trabajo a las habilidades y capacidades de las personas, y contribuir a la capacitación necesaria para que no solo los expertos, sino también todo trabajador y empleador, participen en la prevención en el lugar de trabajo y en el autocuidado.

La protección del ambiente laboral no solo procura disminución de las alteraciones de salud de la población trabajadora directamente expuesta sino además permite que las condiciones ambientales generales sean más favorables para toda la población.

³⁰ Manifestaciones de apoyo a la Declaración de Washington sobre Salud de los Trabajadores de diversos Jefes de Estado y Gobierno, de agencias internacionales, de instituciones de cooperación no gubernamentales, universidades y centros de investigación, de comunidades religiosas, de los medios de comunicación, gremios empresariales y organizaciones laborales. Decretos presidenciales y resoluciones ministeriales, de parlamentarios y organizaciones laborales.

³¹ La salud de los trabajadores resulta de la acción de múltiples factores, pero también de los programas de prevención en el trabajo, de la actuación de la higiene y seguridad ocupacional, de la medicina del trabajo y ergonomía, de la psicopedagogía de la prevención y otras ciencias y técnicas que son las disciplinas nucleares principales de la Salud Ocupacional. La Salud Ocupacional puede contribuir a la capacitación y valoración de los recursos humanos, para que los trabajadores desarrollen el autocuidado, participen en los programas de salud ocupacional, y para que se aumente el tiempo promedio de vida activa.

Los programas y servicios de salud de los trabajadores y la aplicación de sus técnicas, por que permiten el diagnóstico de las tecnologías laborales más insalubres, peligrosas e incómodas, y la reducción de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales y de las incapacidades que a estos eventos se asocian, contribuyen significativamente a la eliminación de la pobreza³². La adaptación de las condiciones y técnicas laborales al ser humano, aun cuando las capacidades y habilidades de los trabajadores sean reducidas, permite que un mayor porcentaje de la población en edad de trabajar esté ocupada, y por lo tanto conlleva a disminución de la pobreza.

La mayor concentración y homogeneidad de los individuos que laboran en un centro de trabajo, y la similitud de sus exposiciones facilita el que se adopten procedimientos de información y capacitación, de vigilancia del ambiente y de la salud, de organización del trabajo, de asesoría preventiva y de asistencia médica que beneficia a un conjunto de personas. Por esta razón, el lugar de trabajo en la sociedad moderna, en la que cada vez es mas frecuente la existencia de familias pequeñas y la poca permanencia en el lugar de residencia, se convierte, como la escuela y la guardería, en centro privilegiado de prestación de servicios para la promoción y el mantenimiento de la salud y para la prevención de factores de riesgo que dañan la salud y la capacidad laboral. Así mismo, los trabajadores que se benefician de esta educación sanitaria pueden convertirse en agentes de divulgación de prácticas de promoción de la salud, de autocuidado, y de protección del medio ambiente.

El incremento y la mejoría de calidad de los productos y servicios de los países en desarrollo, que tiene relación con la necesidad de conquistar nuevos mercados, algunas veces más exigentes, y de servir mejor los intereses de los consumidores, de los empleadores y de los trabajadores.

Los cambios y ajustes de la estructura social y económica en los países, los procesos de integración económica y social en la región, los tratados de libre comercio entre países, así como las nuevas dinámicas y tipos de contratación de trabajo y los procesos de reforma de los sistemas de salud, no deberán tener impacto negativo en la cobertura de la atención de salud de los trabajadores³³ y, al contrario, deberán tener reflejos positivos en su salud y bienestar, con impacto en la producción, y funcionar como desafío para un mejor aprovechamiento de la cooperación interagencial, incremento de la coordinación y participación de todos los actores sociales.

³² "Salud de los Trabajadores y Pobreza, Ambiente, Derechos Humanos como pilares importantes de la Agenda para la Paz", en Importancia de la Salud de los Trabajadores en el Futuro Próximo. VIII Encuentro Nacional de Médicos del Trabajo, México, octubre 1992.

³³ "Situación económica y factores que pueden favorecer el desarrollo", en el Perfil de la Salud Ocupacional en el Siglo XXI. IX Congreso Interamericano de Prevención de Riesgos del Trabajo, San José, Costa Rica, julio 1992.

7.2 *Funciones e integrantes del Comité Asesor Permanente del Programa de Salud de los Trabajadores de la OPS*

El Comité cumplirá obligaciones de tipo político, técnico y operativo y de concatenación de esfuerzos con el apoyo de los gobiernos, de las comisiones y consejos nacionales, de los grupos técnicos de trabajo y consulta, de los institutos de salud ocupacional, de agencias de cooperación interesadas, y especialmente con los centros colaboradores de la OMS, con el grupo interprogramático de la OPS en salud de los trabajadores, y con el Programa de Salud de los Trabajadores. Tendrá como funciones específicas³⁴:

- Colaborar en los estudios, definición de estrategias y otras actividades para la movilización de recursos.
- Contribuir al incremento de la cooperación y acciones en los ámbitos regional, subregional y nacional y específicamente a los Planes Nacionales de Desarrollo de Salud de los Trabajadores.
- Contribuir a promover la coordinación e integración de las políticas de las distintas agencias de Naciones Unidas, procurando una participación más integral.
- Discutir aspectos técnicos y operativos inherentes a salud de los trabajadores, para su mejor implementación.
- Promover la cultura preventiva en el trabajo en los niveles de decisión política, legislativo, técnico, empresarial, laboral, educativo y social.
- Favorecer la continuidad de los esfuerzos de la Iniciativa de 1992.

El Comité estará integrado por personalidades del orden político, representativas de diferentes regiones y sectores, para que se propicie y se facilite el intercambio de experiencias, vivencias y análisis desde diferentes perspectivas, y por un grupo técnico de expertos de las diversas disciplinas de salud ocupacional.

³⁴ De "Lineamientos de funcionamiento del Comité Asesor". Washington D.C., 23 de octubre de 1992 (para aprobación), y del "Informe de la Segunda Reunión de la Comisión Organizadora de la Iniciativa".

7.3 Algunos aspectos estratégicos complementarios

La planificación de la Iniciativa "Salud de los Trabajadores para el Desarrollo" significa considerar y reforzar las estrategias definidas para la Iniciativa de 1992, y su ajuste, teniendo en cuenta, para la programación de 1994-1995, los cinco puntos siguientes:

- La movilización de recursos humanos, técnicos y financieros que beneficien la implementación progresiva de los Planes Nacionales de Salud de los Trabajadores y de los mandatos marco, con énfasis en el fortalecimiento institucional de la base operativa y en la capacitación del personal sobre las diversas áreas de la salud de los trabajadores, enfocando en la acción intersectorial y en la preparación de proyectos e identificación de agencias de cooperación que faciliten movilizar recursos nacionales y exteriores. La movilización de recursos deberá además estimular la creación de fondos regionales y nacionales y su utilización programada para acciones específicas, como el desarrollo articulado de la investigación, de la capacitación, y de la información.
- El incremento de nuevas fuerzas de decisión y compromiso político promoviendo la incorporación del tema de salud de los trabajadores en las agendas de paz, de desarrollo, de libre comercio, de combate a la pobreza y en otras de ámbito social, y no solamente en las agendas de los sectores salud, trabajo y seguridad social.
- La promoción y el fortalecimiento de mecanismos nacionales de cooperación entre las instituciones gubernamentales, y la colaboración, diálogo, participación y concertación entre el gobierno, empresarios y trabajadores.
- El desarrollo del trabajo interagencial y su coordinación para la entrega de cooperación a nivel de la Región de las Américas en el campo de la salud de los trabajadores.
- El estímulo de la concientización para el autocuidado, promoción de la salud y otras actividades preventivas en el lugar de trabajo, por intermedio y con el apoyo de todos los medios de comunicación social, a fin de lograr la mayor visibilidad de la importancia humanitaria, económica y social de la salud de los trabajadores, e incrementar la aplicabilidad de la legislación y prácticas adecuadas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Plan de acción de la Iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"
- Informes de las Reuniones de la Comisión Organizadora de "1992: Año de la Salud de los Trabajadores"
- Lineamientos de funcionamiento del Comité Asesor
- Mandatos Internacionales relativos a Salud de los Trabajadores
- Resoluciones, instrumentos legales y declaraciones de manifestación de la decisión política en los países
- Información sobre Bernardino Ramazzini (Resolución XXII de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo, párrafo operativo 5)

ABREVIACIONES USADAS EN ESTE DOCUMENTO:

APS	Atención primaria de salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CIESS	Centro Interamericano de Estudios del Seguro Social
CSP	Conferencia Sanitaria Panamericana
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PLANSAT	Plan Nacional de Desarrollo de Salud de los Trabajadores
SILOS	Sistemas locales de salud
WHA	Asamblea Mundial de la Salud

**PLANES NACIONALES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE:
SITUACION AL FINAL DE 1992**

RECUADRO 2
PLANES NACIONALES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES
EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: SITUACION AL FINAL DE 1992

Los países de América Latina y el Caribe están viviendo cambios importantes en su estructura económica y dentro de su fuerza laboral. El incremento de las actividades informales en los cascos urbanos y de las economías de subsistencia en las áreas rurales, la proliferación del trabajo temporario, la incorporación de la mujer y de menores al mercado laboral, y la falta de aplicación de la legislación apropiada a estas condiciones, entre otros aspectos, exige la intensificación de esfuerzos para propiciar la labor intersectorial en el desarrollo de programas conjuntos de salud de los trabajadores, en los cuales la acción gubernamental sea coadyuvada por la participación privada, de los trabajadores, de los empresarios, los pensadores, los educadores, la iglesia y los medios de comunicación social.

Frente a las tendencias de las economías y la composición del mercado laboral, se hace evidente la necesidad de buscar la implementación de Planes Nacionales, con nuevas alternativas de organización de programas y servicios de salud de los trabajadores que respondan a funciones eminentemente preventivas y desarrollen una gestión social que posibilite la participación de los empleadores, de los propios trabajadores y sus organizaciones, y de todos los sectores gubernamentales que tengan responsabilidad en este ámbito.

Los Planes Nacionales de Desarrollo de Salud de los Trabajadores tendrán como objetivo establecer el marco general y definir las responsabilidades de todos los actores sociales para lograr avances rápidos. Así, deben contemplar las repercusiones que la salud de los trabajadores y el mejoramiento de las condiciones de trabajo tienen sobre la calidad de vida de la población, el bienestar social, el incremento de la productividad y el desarrollo económico nacional.

PLANES NACIONALES - SITUACION AL FINAL DE 1992

CENTRO AMERICA		CONO SUR	
Costa Rica	☉☉☉	Argentina	* (Actividades no articuladas)
El Salvador	△△	Brasil	☉☉☉ (Planes sectoriales no articulados)
Guatemala	△△	Chile	☉☉☉ (Plan sectorial, Ministerio de Salud)
Honduras	△△	Paraguay	△△
Nicaragua	△△	Uruguay	△△
Pánama	☉☉☉		
Rep. Dominicana *		CARIBE	
		Barbados	△△
ANDINA		Guayana	△△
Bolivia	☉☉☉	Jamaica	△△
Colombia	☉☉☉	Trinidad/Tabago *	
Ecuador	*		
Perú	△△ (PLANSAT y Plan para INSO)	OTROS PAISES	
Venezuela	△△ (Necesita articulación)	Cuba	☉☉☉ (Necesita ajustes)
		México	☉☉☉ (Planes sectoriales no articulados)

☉☉☉ Con Plan Nacional en vía de ejecución, con fondos asignados

△△ Con Plan Nacional preparado

* Sin Plan Nacional

RECUADRO 2 (continuación 1)

Uno de los propósitos de los planes nacionales es conseguir nuevas alternativas que faciliten la extensión de cobertura en el contexto de la nueva realidad económica y del mercado laboral. Proponen la coordinación de todas las agencias e instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, que puedan contribuir efectivamente a la promoción y protección de la salud de los trabajadores, dando prioridad a la prevención de los factores de riesgo laboral, con la colaboración de las organizaciones que representan las empresas y los trabajadores.

Los planes nacionales, orientados a mejorar la situación de salud de los trabajadores, deberán incluir líneas de acción para la extensión de cobertura de salud a los trabajadores más expuestos, más vulnerables o menos atendidos, tales como los niños, las mujeres, los indígenas y los minusválidos, así como los del sector informal, teniendo en cuenta que sólo un bajo porcentaje, menos del 10% de la población activa, se beneficia actualmente de atención global de acuerdo con los instrumentos de la OIT. Estas líneas de acción tendrán que ser innovadoras, contemplando estrategias como la atención primaria de salud y los servicios locales de salud, además de considerar las nuevas modalidades en la Seguridad Social, contemplando acciones preventivas y no solamente curativas. Los planes deberán integrar diversos componentes básicos tales como: políticas específicas; legislación, reglamentación y normalización; promoción de la salud de los trabajadores; información, generación de conocimiento y vigilancia epidemiológica; desarrollo de recursos humanos; fortalecimiento institucional y desarrollo de servicios y programas; y vigilancia y control.

La preparación y desarrollo de un plan nacional de salud de los trabajadores se basa en diversos principios: la atención integral a la salud de los trabajadores; el enfoque eminentemente preventivo; el criterio epidemiológico y el enfoque de riesgo; la contribución multisectorial, multidisciplinaria y el trabajo en equipo; la responsabilidad del estado, de los empleadores y trabajadores; la participación activa e informada; la adopción del lugar de trabajo como núcleo del que parte y en el que confluyen las acciones preventivas; y el enfoque ergonómico, para que simultáneamente se consideren el ambiente y la técnica laboral, la maquinaria y herramienta, la organización del trabajo y la educación en salud y prevención en el trabajo.

Los planes nacionales de desarrollo de la salud de los trabajadores tendrán, entre otros, los siguientes marcos de referencia.

▶ Mejorar el estado de salud de los trabajadores:

- Reducir el número de accidentes mortales;
- Reducir los casos de incapacidad y de enfermedad;
- Reducir las enfermedades relacionadas con el trabajo;
- Promover los factores que contribuyen positivamente a la salud;
- Promover la educación para la salud y estilos de trabajo y de vida saludables;
- Instrumentar medidas para aumentar el tiempo promedio de vida activa.

▶ Mejorar y adaptar las condiciones de trabajo a las características y habilidades de los trabajadores:

- Reducir los factores de riesgo (según prioridad);
- Crear mejores condiciones de trabajo, de seguridad e higiene en el lugar de trabajo;
- Garantizar condiciones sanitarias básicas en todos los lugares de trabajo;
- Controlar la exposición en el trabajo para que no sean insalubres, tóxicos y peligrosos.

RECUADRO 2 (continuación 2)

► Definir un plan de acción nacional:

- Participación generalizada y cooperación interinstitucional;
- Establecimiento de programas y servicios de protección, y prevención;
- Brindar especial atención a los grupos menos atendidos y de más alto riesgo;
- Utilización de estrategias innovadoras;
- Colaboración de la higiene, seguridad, medicina del trabajo, ergonomía y otras disciplinas de la salud ocupacional, orientadas a la problemática, con aprovechamiento de las estructuras existentes.

CUADROS

CUADRO 1
Población Total y Población Económicamente Activa en la Región de Las Américas en el Período de 1960 a 1990

País o Territorio	Población Total	1960			1970			1980			1990			
		P.E.A.	%	Población Total	P.E.A.	%	Población Total	P.E.A.	%	Población Total	P.E.A.	%	Población Total	
Antigua y Barb.	54.060	18.212	33,7%	64.794	16	23.067	35,6%	--	--	6	41,5%	188.444	18	37,9%
Ant. Holandesas	192.538	60.199	31,3%	218.390	16	73.270	33,6%	96.193	6	35,9%	31.928.519	19	38,0%	
Argentina	20.010.539	7.524.469	37,6%	23.390.050	1	9.011.450	38,5%	27.947.446	10.033.798	41,6%	255.500	137.000	53,6%	
Bahamas	130.220	51.948	39,9%	168.802	1	69.791	41,3%	209.505	87.052	41,6%	261.000	137.000	52,5%	
Barbados	232.327	92.200	39,7%	235.229	1	91.069	38,7%	249.000	103.033	41,6%	--	--	--	
Belize	90.505	27.006	29,8%	119.934	1	33.121	27,6%	145.353	47.327	32,6%	--	--	--	
Bermuda	42.640	19.444	45,6%	52.330	3	27.319	52,2%	54.050	31.436	58,2%	--	--	--	
Bolivia	2.704.165	1.361.227	50,3%	4.613.486	3	1.501.391	32,5%	4.613.486	1.501.391	32,5%	7.314.000	2.284.000	31,2%	
Brasil	70.119.071	22.651.263	32,3%	93.139.037	5	29.557.224	31,7%	119.011.052	43.235.712	36,3%	150.368.000	61.047.954	40,6%	
Canadá	18.238.247	6.510.356	35,7%	21.568.310	5	8.813.340	40,9%	24.359.000	12.054.155	49,5%	26.525.000	13.360.000	50,4%	
Chile	7.374.115	2.388.667	32,4%	--	9	2.695.566	30,3%	11.478.000	3.680.277	32,1%	13.173.000	4.753.000	36,1%	
Colombia	17.484.508	5.134.125	29,4%	19.735.286	9	5.974.992	30,3%	27.837.932	9.557.868	34,3%	31.819.000	10.394.000	32,7%	
Costa Rica	1.336.274	395.273	29,6%	1.871.780	9	585.313	31,3%	2.416.809	804.193	33,3%	3.015.000	1.024.000	34,0%	
Cuba	5.829.029	2.059.659	35,3%	8.569.121	12	2.633.309	30,7%	9.723.605	3.540.692	36,4%	10.324.000	4.461.000	43,2%	
Dominica	59.916	23.409	39,1%	69.548	15	21.171	30,4%	73.795	25.333	34,3%	--	--	--	
Ecuador	4.476.007	1.442.591	32,2%	6.521.710	14	1.940.628	29,8%	8.060.712	2.346.063	29,1%	10.490.251	3.551.017	33,9%	
El Salvador	2.510.984	807.092	32,1%	3.554.648	5	1.166.479	32,8%	4.497.257	1.593.353	35,4%	5.252.000	2.156.000	41,1%	
Estados Unidos	179.323.175	69.877.476	39,0%	203.212.877	17	82.897.433	40,8%	227.255.000	106.084.668	46,7%	246.649.000	125.557.000	50,9%	
Grenada	88.677	27.314	30,8%	92.775	15	28.682	30,9%	--	--	--	--	--	--	--
Greenland	33.140	11.800	35,6%	46.531	15	18.741	40,3%	--	--	--	--	--	--	--
Guadalupe	283.355	114.267	40,3%	324.530	9	107.959	33,3%	327.002	123.888	37,9%	340.000	158.000	46,5%	
Guatemala	4.287.997	1.363.669	31,8%	5.160.221	9	1.545.658	30,0%	6.054.225	1.696.464	28,0%	9.197.000	2.628.000	28,6%	
Guyana	560.330	171.730	30,6%	699.823	15	177.164	25,3%	758.619	239.331	31,5%	756.072	270.074	35,7%	
Guyana Francesa	33.535	11.981	35,7%	55.125	15	20.903	37,9%	73.012	32.375	44,3%	--	--	--	
Haití	--	--	--	4.329.991	5	2.326.201	53,7%	5.053.190	2.129.661	42,1%	6.504.000	3.132.000	48,2%	
Honduras	1.884.765	567.988	30,1%	2.656.948	15	762.795	28,7%	4.092.175	1.210.510	29,6%	5.138.000	1.576.000	30,7%	

(continúa)

CUADRO 1 (continuación)
Población Total y Población Económicamente Activa en la Región de Las Américas en el Período de 1960 a 1990

País o Territorio	Población Total	1960			1970			1980			1990		
		P.E.A.	%	Población Total	P.E.A.	%	Población Total	P.E.A.	%	Población Total	P.E.A.	%	Población Total
Islas Caimán	8.511	3.159	37,1%	10.068	3.492	34,7%	16.677	8.119	48,7%	--	--	--	
Isl. Virg. EELU	32.099	11.334	35,3%	62.468	25.899	41,5%	96.569	38.167	39,5%	--	--	--	
Isl. Virg. Brit.	7.921	2.164	27,3%	9.672	4.042	41,8%	10.985	5.272	48,0%	--	--	--	
Jamaica	1.609.814	654.582	40,7%	1.813.594	566.445	31,2%	2.190.357	708.442	32,3%	2.521.000	1.246.000	49,4%	
Malvinas	2.172	1.163	53,5%	1.957	916	46,8%	1.813	951	52,5%	--	--	--	
Martinica	290.679	92.344	31,8%	324.862	104.484	32,2%	326.717	130.500	39,9%	331.000	156.000	47,1%	
México	34.923.129	11.332.016	32,4%	48.225.238	12.955.057	26,9%	66.846.833	22.066.084	33,0%	82.721.200	31.806.000	38,4%	
Montserrat	12.167	4.332	35,6%	11.458	3.988	34,8%	11.597	5.107	44,0%	--	--	--	
Nicaragua	1.535.588	474.960	30,9%	1.877.952	505.445	26,9%	--	--	--	3.807.900	1.276.900	33,5%	
Panamá	1.013.354	336.969	33,3%	1.428.082	488.335	34,2%	1.701.921	546.852	32,1%	2.418.000	872.000	36,1%	
Paraguay	1.819.103	586.415	32,2%	2.357.955	752.456	31,9%	3.029.830	1.039.258	34,3%	4.277.000	1.411.000	33,0%	
Perú	9.906.746	3.124.579	31,5%	13.538.208	3.871.613	28,6%	17.005.210	5.363.891	31,5%	22.332.000	7.138.000	32,0%	
Puerto Rico	2.349.540	594.100	25,3%	2.712.033	683.790	25,2%	--	--	--	3.709.000	1.245.000	33,6%	
Rep. Dominicana	3.047.070	820.710	26,9%	4.009.458	1.241.000	31,0%	5.647.977	1.915.388	33,9%	7.170.000	2.187.000	30,5%	
Santa Lucía	86.108	31.372	36,4%	99.806	28.988	29,0%	120.300	49.451	41,1%	--	--	--	
St. Pier. y Mig.	4.990	1.773	35,5%	5.840	2.153	36,9%	6.037	2.380	39,4%	--	--	--	
St. Vic. y Gran.	79.948	24.856	31,1%	86.314	23.731	27,5%	--	--	--	--	--	--	
Suriname	324.211	80.199	24,7%	--	--	--	--	--	--	403.000	135.000	33,5%	
St. Cris. y Nevis	56.693	19.616	34,6%	44.884	13.053	29,1%	355.240	80.821	22,8%	--	--	--	
Trinidad y Tabago	827.957	278.147	33,6%	931.071	287.976	30,9%	1.079.791	374.713	34,7%	1.283.000	501.000	39,0%	
Turks y Caicos	5.668	2.108	37,2%	5.558	1.582	28,5%	7.413	2.909	39,2%	--	--	--	
Uruguay	2.595.510	1.022.267	39,4%	2.788.429	1.094.599	39,3%	2.955.241	1.176.808	39,8%	3.128.000	1.217.000	38,9%	
Venezuela	7.523.999	2.351.291	31,3%	10.721.522	3.014.674	28,1%	14.516.735	4.693.768	32,3%	19.245.522	6.900.588	35,9%	
Total	405.443.096	144.563.821	35,7%	491.537.705	177.777.754	36,2%	600.492.709	239.620.613	39,9%	712.844.408	304.930.300	42,8%	

-- Dato no disponible

Fuentes OIT Anuario de Estadísticas Del Trabajo, 1945-1989, Idem 1989-1990, Idem 1992. Ginebra.
OPS Las Condiciones de Salud en Las Américas. Edición 1990, Washington D.C.

Notas 1) 1963 5) 1971 9) 1973 13) 1982 17) 1975
2) 1950 6) 1981 10) 1985 14) 1962 18) 1988
3) 1976 7) 1979 11) 1984 15) 1974 19) 1989
4) 1961 8) 1964 12) 1953 16) 1972 20) 1987

CUADRO 2
MENORES TRABAJADORES EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA
Y EL CARIBE, ALREDEDOR DE 1990

PAIS	AÑO	POBLACION ACTIVA DE MENORES (10 - 14) AÑOS	% DE LA P.E.A. *
ARGENTINA	1990	214.238	1,7
BOLIVIA	1990	74.835	3,3
BRASIL **	1989	7.316.636	11,8
COLOMBIA ***	1980	1.097.334	11,4
COSTA RICA	1991	20.947	1,9
ECUADOR	1990	139.908	4,2
EL SALVADOR	1991	23.722	2,5
GUATEMALA	1989	210.634	7,3
HAITI	1990	182.855	6,8
HONDURAS	1991	60.890	3,8
MEXICO	1990	459.445	1,9
NICARAGUA	1991	85.951	6,2
PANAMA	1980	9.572	4,2
PARAGUAY	1990	10.962	2,1
PERU	1988	1.100.000	15,0
TOTAL		6.653.941	

FUENTE: Elaborado con base a: OIT. Anuario de Estadísticas del Trabajo, Ginebra, 1983, 1984, 1987, 1970, 1992.

* Población económicamente activa.

** 10 a 16 años (10-14 años 2.977.927. Fuente FIBGE/PNAD

*** 6 a 17 años. Estudio del Instituto Nacional de Salud. Colombia.

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

CUADRO No. 3

PARTICIPACION DE LA MUJER EN LA FUERZA DE TRABAJO EN TREINTA Y UN PAISES DE AMERICA LATINA, 1950 - 2000 *

AÑO	POBLACION FEMENINA ECONOMICAMENTE ACTIVA	
	NUMERO EN MILES	% DE LA FUERZA DE TRABAJO TOTAL
1950	10.334	18,0
1960	12.976	19,2(a)
1970	18.846	21,7(a)
1975	22.753	22,3
1980	27.108	23,2
1985	32.639	24,2
1989	47.627	32,2(b)
2000	52.875	27,5(a)

FUENTES: OIT. Labor Force Estimate and Projections, 1950-2000, 2nd. ed. Vol. V., World Summary (Geneva, 1978). (a) Banco Interamericano de Desarrollo, 1987.
(b) OIT Anuario de Estadísticas del Trabajo. 1989-1990 Ginebra.

* No incluye Canadá ni Estados Unidos de América.

Cuadro 3-A
Distribución de la Fuerza de Trabajo, Por Sexo, en 31 Países de la Región
de las Américas, 1950-2000 (miles de Personas)

País o Territorio		1950	1960	1970	1980	1990	2000
Antillas Holandesas	Hombres	--	--	--	44 ⁴	--	--
	Mujeres	--	--	--	32 ⁴	--	--
	% mujeres	--	--	--	42,1 ⁴	--	--
Argentina	Hombres	5.704	6.404	7.012	7.532	8.304	9.589
	Mujeres	1.402	1.706	2.326	2.771	3.244	3.940
	% mujeres	19,7%	21,0%	24,9%	26,9%	28,1%	29,1%
Barbados	Hombres	58	53	54	62	72	83
	Mujeres	43	38	36	56	65	74
	% mujeres	42,6%	41,8%	40,0%	47,5%	47,4%	47,1%
Bolivia	Hombres	815	942	1.110	1.348	1.695	2.198
	Mujeres	197	242	303	392	588	755
	% mujeres	19,5%	20,4%	21,4%	22,5%	25,8%	25,6%
Brasil	Hombres	15.145	19.262	24.686	32.326	39.932	48.301
	Mujeres	2.730	4.077	6.858	11.913	15.094	19.561
	% mujeres	15,3%	17,5%	21,7%	26,9%	27,4%	28,8%
Canadá	Hombres	--	--	--	--	7.525 ¹	--
	Mujeres	--	--	--	--	5.978 ¹	--
	% mujeres	--	--	--	--	44,3 ¹	--
Colombia	Hombres	3.233	3.842	4.904	6.198	8.117	10.097
	Mujeres	733	927	1.324	1.794	2.276	2.892
	% mujeres	18,5%	19,4%	21,3%	22,4%	21,9%	22,3%
Costa Rica	Hombres	250	320	435	612	801	1.004
	Mujeres	44	60	96	165	223	293
	% mujeres	15,0%	15,8%	18,1%	21,2%	21,8%	22,6%
Cuba	Hombres	--	--	--	--	2.920 ²	--
	Mujeres	--	--	--	--	1.649 ²	--
	% mujeres	--	--	--	--	36,1 ²	--
Chile	Hombres	1.728	1.963	2.295	2.739	3.399	3.934
	Mujeres	431	544	661	1.026	1.354	1.601
	% mujeres	20,0%	21,7%	22,4%	27,3%	28,5%	28,9%
Ecuador	Hombres	958	1.209	1.571	1.969	2.653	3.489
	Mujeres	193	236	305	470	634	857
	% mujeres	16,8%	16,3%	16,3%	19,3%	19,3%	19,7%
El Salvador	Hombres	573	700	942	1.192	1.614	2.215
	Mujeres	112	141	241	395	541	749
	% mujeres	16,4%	16,8%	20,4%	24,9%	25,1%	25,3%
Estados Unidos	Hombres	--	--	--	--	69.360 ¹	--
	Mujeres	--	--	--	--	56.198 ¹	--
	% mujeres	--	--	--	--	44,8 ¹	--
Guadalupe	Hombres	--	--	--	2.484 ⁴	--	--
	Mujeres	--	--	--	600 ⁴	--	--
	% mujeres	--	--	--	19,5 ⁴	--	--
Guatemala	Hombres	868	1.090	1.379	1.695	2.198	2.949
	Mujeres	128	153	208	272	430	716
	% mujeres	12,9%	12,3%	13,1%	13,8%	16,4%	19,5%
Guyana	Hombres	114	130	159	220	287	361
	Mujeres	25	31	41	71	96	126
	% mujeres	18,0%	19,3%	20,5%	24,4%	25,1%	25,9%
Haití	Hombres	943	1.072	1.251	1.433	1.827	2.379
	Mujeres	900	984	1.091	1.125	1.304	1.535
	% mujeres	48,8%	47,9%	46,6%	44,0%	41,6%	39,2%

(continúa)

Cuadro 3-A (continuación)
Distribución de la Fuerza de Trabajo, Por Sexo, en 31 Países de la Región
de las Américas, 1950-2000 (miles de Personas)

País o Territorio		1950	1960	1970	1980	1990	2000
Honduras	Hombres	413	542	678	909	1.279	1.779
	Mujeres	54	76	112	169	297	521
	% mujeres	11,6%	12,3%	14,2%	15,7%	18,8%	22,7%
Jamaica	Hombres	403	406	409	511	676	840
	Mujeres	231	260	302	435	570	715
	% mujeres	36,4%	39,0%	42,5%	46,0%	45,7%	46,0%
México	Hombres	1.672	9.367	11.915	16.246	22.226	29.223
	Mujeres	1.138	1.689	2.574	6.002	8.261	11.218
	% mujeres	40,5%	15,3%	17,8%	27,0%	27,1%	27,7%
Islas Vírgenes	Hombres	--	--	--	20 ³	--	--
	Mujeres	--	--	--	17 ³	--	--
	% mujeres	--	--	--	45,9 ³	--	--
Nicaragua	Hombres	317	384	497	647	901	1.257
	Mujeres	50	84	122	178	303	517
	% mujeres	13,6%	17,9%	19,7%	21,6%	25,2%	29,1%
Panamá	Hombres	254	302	385	485	635	792
	Mujeres	60	80	130	172	237	319
	% mujeres	19,1%	20,9%	25,2%	26,2%	27,2%	28,7%
Paraguay	Hombres	384	460	584	831	1.118	1.467
	Mujeres	104	125	158	218	292	386
	% mujeres	21,3%	21,4%	21,3%	20,8%	20,7%	20,8%
Perú	Hombres	2.044	2.514	3.082	4.073	5.416	7.079
	Mujeres	540	663	783	1.301	1.722	2.284
	% mujeres	20,9%	20,9%	20,3%	24,2%	24,1%	24,4%
Puerto Rico	Hombres	--	--	--	--	--	665 ³
	Mujeres	--	--	--	--	--	393 ³
	% mujeres	--	--	--	--	--	37,1 ³
República Dominicana	Hombres	716	840	1.030	1.037	1.860	2.359
	Mujeres	71	93	126	194	328	514
	% mujeres	9,0%	10,0%	10,9%	15,8%	15,0%	17,9%
Suriname	Hombres	57	63	74	75	95	121
	Mujeres	15	18	25	29	40	53
	% mujeres	20,8%	22,2%	25,3%	27,9%	29,6%	30,5%
Trinidad y Tabago	Hombres	171	205	223	282	350	427
	Mujeres	60	76	94	115	150	184
	% mujeres	26,0%	27,0%	29,7%	29,0%	30,0%	30,1%
Uruguay	Hombres	720	782	818	798	838	906
	Mujeres	210	248	292	336	379	436
	% mujeres	22,6%	24,1%	26,3%	29,6%	31,1%	32,5%
Venezuela	Hombres	1.372	1.899	2.437	3.673	4.964	6.492
	Mujeres	300	425	638	3.275	1.896	2.629
	% mujeres	17,9%	18,3%	20,7%	25,8%	27,6%	28,8%
América Latina	Hombres	44.912	54.751	67.930	89.780	191.727	139.341
	Mujeres	9.771	12.976	18.846	30.983	64.218	52.875
	% mujeres	17,9%	19,2%	21,7%	25,7%	25,1%	27,5%

-- Dato no disponible

FUENTES: BID. 1987.
OIT. Anuario de Estadísticas del Trabajo. 1989-1990. Ginebra.
OIT. Anuarios de Estadísticas del Trabajo señalados:
(1) 1989 (2) 1988 (3) 1987 (4) 1986

Cuadro 4
Trabajadores Accidentados en Varios Países de América Latina y El Caribe, 1982-1991
(accidentes mortales y con pérdida de días de trabajo declarados)

País	Años									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Argentina	61.525	70.658	98.051	--	--	--	--	--	--	--
Barbados	869	1.351	778	611	395	882	744	1.120	959	862
Belize	--	660	720	565	506	672	778	1.030	--	--
Bermuda	--	--	--	--	--	47	38	30	--	--
Bolivia	2.238	2.312	2.013	2.200	1.416	397	493	967	507	--
Brasil	1.078.800	926.343	878.337	938.500	1.154.480	1.143.360	997.353	892.897	646.092	592.283
Colombia 1	102.784	91.854	89.895	87.322	96.709	100.249	103.906	105.468	106.655	100.481
Costa Rica	49.620	55.337	--	72.600	77.856	105.658	108.831	113.301	124.290	129.571
Cuba	--	64.559	65.835	62.556	63.467	71.244	64.206	--	--	--
Chile	72.539	77.193	99.884	122.543	3	--	--	--	--	--
Ecuador	--	1.472	1.569	1.750	1.500	1.717	3.797	4.611	4.931	--
El Salvador	8.320	8.555	8.376	9.553	5	10.193	12.301	10.922	11.850	--
Guatemala	83.060	81.984	85.268	81.495	84.981	--	--	110.982	6	--
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	1.488	1.650	--	--
Honduras 5	4.470**	2.753**	3.143**	3.736**	3.657**	4.721	5.104	6.446	6.785	6.748
Jamaica	2.189	1.962	--	162	162	167	129	100	115	--
México	524.000	505.981	524.684	500.516	546.182	529.188	507.807	496.597	509.970	--
Nicaragua 5	6.990	7.933	8.048	5.813	5.176	6.657	5.098	5.147	4.935	2.645
Panamá 4	26.632	25.114	26.393	23.573	19.474	20.792	12.421	12.310	15.176	15.335
Paraguay	--	--	--	--	2.088	2.320	--	--	--	--
Perú	830	688	753	6.748	6.061	8.320	7.025	6.699	6.672	--
Rep. Dominicana	--	--	--	--	2.495	4.178	--	--	--	--
Suriname	6.894	4.395	2.273	3.419	2.803	2.217	2.067	1.859	1.561	--
Trinidad y Tabago	2.207	1.880	1.633	1.241	967	923	827	700	726	--
Uruguay	33.656	30.487	30.094	31.865	34.432	34.640	30.636	--	--	--
Venezuela	13.930	11.350	9.660	9.708	10.128	5.309	--	--	--	--
TOTAL	2.091.253	1.986.722	1.948.190	1.977.755	2.123.382	2.060.575	1.865.049	1.772.836	1.441.224	847.925

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

** Incluye accidente del trayecto.

*** Datos de los tres primeros meses.

-- Dato no disponible

Fuentes:

OIT-Anuario de Estadísticas del Trabajo. 1987, 1988, 1991, 1992.

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, Chile 1985.

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

5 OPS. Situación de salud de los trabajadores en los países de Centroamérica, Panamá, y República Dominicana.

6 PLANSAT - Guatemala. Febrero 1991.

7 OPS. Reunión Técnica sobre Salud de los Trabajadores. Informe de País. Guatemala, 1991.

En 5 años (1984-1988) = 10.036.534 trabajadores accidentados.

Cuadro 5
Tasas de Mortalidad Por Accidente de Trabajo
Por 1.000.000 de Personas en la Población Económicamente
Activa (P.E.A), alrededor de 1990

País o Territorio	Año	P.E.A.	Accidentes Mortales	Tasa de Mortalidad
Barbados	1991	137.000	3	21,8
Bolivia	1989	1.996.459	38	19,1
Brasil	1990	61.947.954	5.012	82,1
Canadá	1989	13.360.000	830	62,1
Colombia	1990	10.394.000	352	33,9
Costa Rica	1990	1.024.000	116	113,3
Cuba	1988	4.342.280	346	79,7
Chile	1982	3.660.800	36	9,8
Ecuador	1989	3.551.017	143	40,3
Estados Unidos	1989	119.540.000	3.600	30,1
Guatemala	1990	2.628.000	194	73,8
Haití	1989	3.132.000	1	0,3
Honduras	1990	1.576.000	4	2,5
Jamaica	1990	1.246.000	2	1,6
México	1988	31.806.000	1.253	39,3
Nicaragua	1990	1.276.900	85	66,5
Panamá	1990	872.000	28	32,1
Perú	1990	7.138.000	78	10,9
Puerto Rico	1990	1.245.000	31	24,8
Suriname	1990	135.000	6	44,4
Trinidad y Tabago	1990	501.000	1	1,9
Uruguay	1988	1.217.000	72	59,1
Venezuela	1985	5.567.057	45	8,1
Región Total	c1990	278.293.467	12.276	--
Suecia	1991	4.552.000	117 (90)	25,7
España	1991	15.073.100	1.446 (90)	95,9

FUENTE. Elaborado en base a: OIT. Anuarios de Estadísticas del Trabajo, Ginebra, 1984, 1987, 1988, 1991, 1992.

Cuadro 6
Tasas de Frecuencia de Accidentes de Trabajo Mortales
Según Sector de la Actividad Económica en Países Seleccionados, 1980-1991

<u>A. AGRICULTURA, SILVICULTURA, CAZA Y PESCA (*)</u>												
País	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Barbados	0,210	0,100	0,120	--	0,120	--	0,380	0,120	--	--	--	0,170
Belice	--	--	--	0,080	0,070	0,240	0,160	0,100	--	--	--	--
El Salvador	1,458	1,040	0,510	0,450	0,850	--	--	--	--	--	--	--
Guatemala	--	--	1,130	0,950	0,790	0,720	0,750	0,750	0,470	0,270	0,230	--
Perú	--	--	0,080	0,040	0,010	0,010	0,010	0,010	--	--	--	--
España	--	--	--	0,089	0,110	0,108	0,122	0,115	0,102	0,112	0,130	0,136

<u>B. MINAS Y CANTERAS (*)</u>												
País	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Bolivia	--	0,650	0,385	0,385	0,206	0,278	--	--	--	--	--	--
El Salvador	1,701	1,870	1,420	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Guatemala	--	--	0,970	1,480	0,930	1,440	2,380	2,270	0,530	0,350	0,310	--
Perú	0,180	0,070	0,210	0,710	0,440	0,160	0,490	0,580	--	--	--	--
Bélgica	--	--	0,410	0,190	0,630	0,380	0,130	--	--	--	--	--

<u>C. CONSTRUCCION (**)</u>												
País	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Argentina	0,720	0,700	0,520	0,430	0,750	0,290	0,210	--	--	--	--	--
Canadá	0,400	0,370	0,340	0,310	0,410	0,350	0,280	--	--	--	--	--
Cuba	--	--	--	0,187	0,186	0,194	0,187	0,248	0,159	--	--	--
Panamá	0,430	0,320	0,260	0,060	0,130	0,150	0,120	0,110	0,860	0,060	0,110	0,130
Suriname	--	0,220	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Trinidad y Tabago (***)	--	--	0,040	0,050	0,020	0,010	--	--	--	--	--	--
Finlandia	--	--	0,127	0,092	0,123	0,094	0,116	0,094	0,075	0,085	0,111	--
República Democrática Alemana (****)	0,100	0,090	0,070	0,070	0,070	0,070	0,060	0,060	0,070	0,070	--	--

-- Dato no disponible.

(*) Tasas por mil trabajadores expuestos al riesgo.

(**) Tasas por mil trabajadores ocupados.

(***) Incluye electricidad, gas y agua.

(****) Incluye canteras.

Fuente: OIT. Anuario de Estadísticas de Trabajo, 1988, 1991, 1992. Ginebra.

Cuadro 7
Días de Trabajo Perdidos Por Accidentes de Trabajo en Algunos Países de América Latina y El Caribe, 1982-1991

País	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Argentina	991.800	1.224.940	1.572.550	--	--	--	--	--	--	--
Bolivia 1	--	--	--	5.704	5.559	--	--	9.724	--	--
Colombia	1.006.136	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Costa Rica	--	--	--	--	--	--	--	1.096.000	1.214.140	1.293.540
Cuba	--	1.358.470	1.472.600	1.545.050	1.533.300	1.687.960	1.615.000	--	--	--
Chile	1.056.870	1.129.870	1.338.540	774.280	--	--	--	--	--	--
Guyana	12.029	365.612	--	400.299	191.205	74.229	--	--	--	--
Haití	107.027	165.794	111.838	147.727	107.502	77.245	89.442	96.142	--	--
Islas Vírgenes	--	--	--	--	--	7.101	9.078	6.476	9.491	--
México	9.497.000	6.889.000	7.489.000	--	9.856.670	9.906.640	10.137.900	11.336.100	11.336.100	4.776.090 3
Nicaragua 2	--	--	--	--	33.769	81.625	59.996	825.551	51.556	53.886
Paraguay	--	--	--	--	67.920	77.799	--	--	--	--
Perú	1.020.030	635.371	753.859	--	96.147	192.236	252.162	278.329	191.006	--
Suriname	55.026	57.121	22.787	3.415	15.234	27.631	9.750	67.958	51.646	--
Total	13.745.918	11.826.178	12.761.174	2.876.475	11.907.306	12.132.466	12.173.328	13.716.280	12.853.939	6.123.516

-- Dato no disponible

Fuentes:

OIT Anuario de Estadística del Trabajo Ginebra, 1987, 1988, 1991, 1992.

1 Instituto de los Seguros Sociales, Colombia 1980.

2 2do. Encuentro Iberoamericano sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 31 de octubre a 4 de noviembre de 1988, Colombia.

3 Enero-abril.

Cada año en nueve países de América Latina y el Caribe se pierden alrededor de 12 millones de días de trabajo (tomando 1986 y el número de accidentes ocurridos en suma 630.464, cada accidente resultaría en 19 días de trabajo perdidos). Significaría que cada año en América Latina se perderían, por 2 millones de accidentes, 38 millones de días de trabajo o sea la parálisis de un día de toda la industria de estos países

Cuadro 8
Porcentaje de la Población Económicamente Activa Cubierta por La Seguridad Social en Países de América Latina y El Caribe

País	1960	1970	1980	1985 - 1988
Argentina	55,2	68,0	69,1	79,1
Bahamas	--	--	85,3	85,9
Barbados	--	75,3	79,8	96,9
Bolivia	8,8	9,0	18,5	16,9
Brasil	23,1	27,0	87,0	96,0
Colombia	8,0	22,2	30,4	30,2
Costa Rica	25,3	38,4	68,3	68,7
Cuba	--	--	--	93,6
Chile	70,8	75,6	61,2	79,2
Ecuador	11,0	14,8	21,3	25,8
El Salvador	4,4	8,4	11,6	--
Guatemala	20,6	27,0	33,1	27,0
Honduras	3,7	4,2	14,4	12,8
Jamaica	--	58,8	80,9	93,2
México	15,6	28,1	42,0	40,2
Nicaragua	5,9	14,8	18,9	31,5
Panamá	20,6	33,4	52,3	59,8
Paraguay	8,0	10,7	14,0	32,0
Perú	24,8	35,6	37,4	--
Rep. Dominicana	--	8,9	11,6	10,2
Uruguay	--	95,4	81,2	73,0
Venezuela	11,9	24,4	49,8	54,3

-- Dato no disponible

Fuentes: OPS. AARP. Mid-Life and Older Women in Latin America and The Caribbean, 1989.
Carmelo Mesa-Lago. Aspectos Económico-Financieros de la Seguridad Social en América Latina y El Caribe: Tendencias, Problemas y Alternativas para el Año 2000, Washington, D.C. Banco Mundial, 1989b.

CUADRO 9

**CURSO DE POSGRADO Y MAESTRIAS
EN SALUD OCUPACIONAL EN AMERICA LATINA**

PAIS	INSTITUCION Y GRADO	COORDINADOR
Bolivia (1)	UMSA (La Paz) - convenio con UAN Maestría en Salud Pública con diversificado en Salud Ocupacional (1992) Maestría en Salud Ocupacional a partir de 1993	
Brasil (11)	Facultad de Salud Pública - Universidad de Sao Paulo	Jorge Rocha Gomes
	Facultad de Medicina - Universidad de Sao Paulo	Marco Segre Marcilla Medrado de Farias
	Facultad de Medicina de Santos (Sao Paulo)	Oswaldo Paulino
	Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa (Sao Paulo)	Luiz Carlos Morrone
	Facultad de Medicina de Santa Catarina	Sebastiao Ivone
	Facultad de Medicina de Bahía	Ademário Galvao Spínola
	Facultad de Medicina - Universidad Federal de Pará	Alberto Gondin Hermes
	Facultad de Medicina - Universidad Federal Fluminense	Miguel Angelo B. García
	Escuela Nacional de Salud Pública - Río de Janeiro	Ana María Tambellini
	Facultad de Medicina - Universidad Federal de Rio Grande del Sur	
Colombia (5)	Facultad de Enfermería - Universidad Nacional Especialidad en Salud Ocupacional para Enfermeras	Cecilia de Paredes
	Inter-Facultades - Universidad Nacional Especialidad en Salud de los Trabajadores	Cecilia de Paredes
	Universidad de Antioquia, Medellín Especialidad en Salud Ocupacional	Roberto Quinchia
	Universidad del Valle, Cali Maestría en Salud Ocupacional	Carlos Osorio
	Escuela Colombiana de Medicina Especialidad en Salud Ocupacional	Enrique Guerrero
Costa Rica (1)	Universidad Autónoma de Centro América Escuela Autónoma de Ciencias Médicas - Posgrado en Medicina del Trabajo	Javier Moya Rodríguez

PAIS	INSTITUCION Y GRADO	COORDINADOR
Cuba (1)	Instituto de Medicina del Trabajo Maestría en Salud Ocupacional	Miriam Martínez
Chile (1)	Escuela de Salud Pública en conjunto con el Instituto de Salud Pública Maestría en Salud Pública con mención en Salud Ocupacional	
Ecuador (1)	Universidad Central, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, Maestría en Salud Pública con mención en Salud Ocupacional	Oscar Betamcourt
México (5)	Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS) 3 cursos de Especialización en Medicina del Trabajo con sede en el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey	Tomás Rodríguez Ramírez
	Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco Maestría en Salud en el Trabajo	Mariano Noriega
	Universidad de Hidalgo Especialidad en Salud y Seguridad en el Trabajo	Enrique Villegas
	ISET (Toluca) Maestría de Seguridad e Higiene del Trabajo	Antonio de Alba
	UNAM (año y medio), sin alumnos Maestría en Ciencias Sociomédicas con énfasis en Salud Ocupacional	Adolfo Bohorquez
Perú (1)	Universidad Nacional de Ingeniería - Universidad Nacional de San Marcos Maestría en Salud Ocupacional (rama médica y rama técnica)	Jorge Ruíz Botto
		Gotardo Agüero Jurado
República Dominicana (1)	Universidad Autónoma de Santo Domingo Maestría en Salud Ocupacional	Aníbal Gomera
Uruguay (1)	Postgrado en Salud Ocupacional, Facultad de Medicina - Universidad de la República	Araquivedes Araujo
Venezuela (3)	Universidad de Carabobo - Ministerio de Sanidad Maestría/Especialidad en Salud Ocupacional	Oscar Feo
	Universidad de Zulia Maestría en Salud Ocupacional	Jorge Alley
	Universidad Nacional Experimental de Guyana con el apoyo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Maestría de Medicina del Trabajo	Manuel A. Salinas

CUADRO 9 A**CURSOS DE TECNOLOGIA DE SALUD OCUPACIONAL**

PAIS	INSTITUCION Y GRADO	COORDINADOR
Colombia	Tecnología en Seguridad e Higiene Ocupacional Politécnico Colombiano	Jaime Isaza Cadavid
	Técnico de Higiene y Seguridad Industrial	INSUTEC, Bogotá
Costa Rica	Bachillerato en Salud Ocupacional Universidad Latino Americana de Ciencia y Tecnología	Roberto Castro
Perú	Técnico de Seguridad e Higiene Ingeniería de Seguridad, Higiene Industrial Universidad Tecnológica Equinocial	Claudio Cortez
Uruguay	Cursos de Técnico Prevencionista en Seguridad e Higiene	Luis Batistich

DATOS A RECOLECTAR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

RECUADRO 3
DATOS A RECOLECTAR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Estos datos necesitan ser contemplados en el primer borrador, a prepararse antes del 23 de marzo, del INFORME a presentar a los Cuerpos Directivos de la OPS en Junio/93. Conociendo los datos de la Seguridad Social se podrán calcular los valores de la población trabajadora total.

NOTA: Agradecemos que la información solicitada sea lo mas sucinta y clara posible (no más de 2 páginas)

DATOS	USO	OBSERVACIONES
<p>1. Numero de trabajadores afiliados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el número total de afiliados (de ser posible de los afiliados a cada institución de Seguridad Social) para conocer los porcentajes de afiliados en relación a la población en edad de trabajar y en relación a la fuerza de trabajo formal 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible, por grupos de edades y por rama de actividad
<p>2. Número de pensionados</p> <p>2.1 pensión por incapacidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional (incluyendo los que recibieron una indemnización por incapacidad)</p> <p>2.2 pensión por retiro (por vejez y/o enfermedad común)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la importancia y número de casos de incapacidad - evaluar la relación entre la población cotizante y la pensionada por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales - evaluar la relación entre la población cotizante y la beneficiaria de pensiones 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible indicar los números por tipo/- grado de incapacidad (sugerimos grupos de incapacidad: 10-25%; 26-40%; 41-60%; 61-100% de IPP) - De ser posible, separar accidentes de trabajo de las enfermedades profesionales - De ser posible, que estén relacionadas con la edad en el momento del retiro - De ser posible por tipo de actividad
<p>3. Accidentes de trabajo mortales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permite evaluar la gravedad de la situación 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible, por grupos de edad y rama de actividad
<p>4. Mortalidad general de los trabajadores afiliados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saber la causa de la muerte y la edad que mueren los trabajadores afiliados 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible separar por grupos de edad y por ramas de actividad.

DATOS	USO	OBSERVACIONES
<p>5. Número de años que han cotizado los trabajadores actualmente pensionados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer cuantos años contribuyeron y cuantos probablemente beneficiarán - Calcular el tiempo promedio de vida activa 	<ul style="list-style-type: none"> - Separar las situaciones de pensionado por: <ul style="list-style-type: none"> - accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales - enfermedad común - vejez
<p>6. Duración promedio de los períodos de tratamiento de los accidentados en el trabajo (en días)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tener datos para estudiar la gravedad de los accidentes 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible separar por rama de actividad y por tipo de accidente
<p>7. Duración promedio de los períodos de incapacidad temporaria en los accidentados en el trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tener datos para estudiar la gravedad de los accidentes 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible, separar por rama de actividad y por tipo de accidente
<p>8. Accidentes "in itinere"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr conocer (si en el país se consideran como accidentes de trabajo) lo que ocurre con los accidentes en tránsito de y para el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible, indicar separadamente los valores estadísticos de los accidentes de trabajo en el lugar de trabajo y los ocurridos en tránsito
<p>9. Composición de la Unidades (o departamentos) de Medicina del Trabajo (Salud Ocupacional)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poder relacionar la dimensión de los servicios especializados en Medicina del Trabajo, y especialmente de sus capacidades orientadas a la Prevención, con los restantes servicios de atención médica curativa 	<ul style="list-style-type: none"> - De ser posible indicar el número de profesionales de esta unidad (y el número de profesionales de todo la institución) - Caracterizar las principales funciones de la unidad

BERNARDINO RAMAZZINI

DATOS BIOGRAFICOS

(Resolución XXII de la XXXVI Reunión
del Consejo Directivo de la OPS, párrafo operativo 5)



BERNARDINO RAMAZZINI

(1633 - 1714)

Datos Biográficos

El título de Padre de la Salud Ocupacional se suele reservar al médico italiano Bernardino Ramazzini, profesor de medicina durante más de 18 años en la Universidad de Módena, quien realizó estudios bastante precisos sobre epidemiología.

Autor del libro "De Las Enfermedades de los Trabajadores", don Bernardino Ramazzini, nació en Capri, cerca de Módena, en Italia, el 5 de noviembre de 1633, siendo su padre don Bartolomé Ramazzini y su madre doña Catalina Federzoni.

Se recibió de doctor en medicina en Parma el año 1659 y después de haber ejercido su profesión en diversas ciudades se perfeccionó en Roma, instalándose luego en Módena donde adquirió justa fama, primero como catedrático de medicina práctica, distinguiéndose por su vasta erudición, por sus calificadas dotes literarias, por su condición de perspicaz observador, por su gran habilidad práctica, por su reconocida capacidad clínica y por su exquisita sensibilidad y bondadoso corazón.

El mismo día en que cumplía los 81 años de edad, el 5 de noviembre de 1714 encontrándose en Venecia, bajó al sepulcro a consecuencia de un ataque de apoplejía, dejando el recuerdo imperecedero de sus obras y de su fama.

Donald Hunter, en su tratado "The Diseases of Occupation", dice que si Ramazzini "volviese a la vida, constituiría para él una sorpresa el comprobar que su nombre es recordado no por sus libros sobre epidemiología, sino por su obra bastante más modesta en el volumen De Morbis Artificum Diatriba (De Las Enfermedades de los Trabajadores), publicada en 1700. En ella se estudian y describen las enfermedades que afectan a los trabajadores de varios oficios, haciendo, sobre éstas, observaciones que aún continúan vigentes. Asimismo, sugiere que cuando un médico examine a un trabajador debe tomarse el tiempo suficiente y agregar, a las preguntas clásicas de Hipócrates, una más: "¿Cuál es su ocupación?"

Llegó a tanto su celebridad que, contratado por la Universidad de Padua, se le designó Rector de la misma en 1708, integrándose como miembro de número de la Academia de los Investigadores de la Naturaleza, donde figura nada menos que con el preclaro nombre de Hipócrates III.

Fue por tanto uno de los más notables médicos de Italia, uno de sus sabios, cuya obra se proyecta en el tiempo, apoyada en la observación metódica y la experiencia razonada.

Tomado de:

- Curso de Medicina de Trabajo, Ministerio Salud Pública, La Habana, Cuba 1978.

- Disertación Acerca de las Enfermedades de los Trabajadores (traducción al español de la obra original titulada "DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA", escrita en Latín y publicada en 1701). Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Argentina, 1987.