



Salida de Agencia Sueca 1

Respuesta de Agencia Sueca 2

Trabajo en caña de azúcar logros y metas 3

Transversalidad en SALTRA 4

Fe de erratas 4

Transversalidad de género 5

IRET como Centro Colaborador OPS/OMS 6

Violencia en el trabajo 7

Accidentes laborales en sector construcción Panamá 7

Promoción de la salud en hospital de Guatemala 9

Entrenamiento a sindicatos en Nicaragua 10

Trabajo saludable en el sector del tabaco en Nicaragua 11

Aseguramiento de trabajadoras y trabajadores en costa Rica 12

La salida de la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo (ASDI) de América Latina: Implicaciones para el futuro de SALTRA

Catharina Wesseling
Directora Regional SALTRA

Los hechos

A finales del 2006, un nuevo gobierno asumió el poder en Suecia. Como una de sus primeras acciones, decidió cerrar el Instituto Nacional para la Vida Laboral (NIWL por sus siglas en inglés), la contraparte sueca principal de SALTRA y una de las organizaciones con mayor prestigio mundial en investigación y educación en salud ocupacional. Efectivamente, el NIWL cerró sus puertas en julio del 2007 y la coordinación sueca de SALTRA pasó a manos del Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia (SNIPH por sus siglas en inglés).

Al mismo tiempo, el nuevo gobierno sueco anunció que iba a cumplir con los acuerdos internacionales de la Agenda de París del 2005 sobre la efectividad de la ayuda internacional. En noviembre del 2007, comunicó su nueva política de cooperación para el desarrollo, la cual implica cambios dramáticos para muchos programas financiados por Asdi en todo el mundo. Suecia decidió concentrar sus actividades de cooperación en los países más pobres y en países en etapa post-conflicto bélico, que se concentran principalmente en África. En América Latina, únicamente Bolivia, el país más pobre del continente, sigue calificando para ayuda bilateral desde Suecia, mientras que Guatemala puede recibir apoyo por tiempo limitado en calidad de país que recién está saliendo de una situación de conflicto. Asdi ya está implementando el proceso de retiro de América Central.

Implicaciones para SALTRA

Asdi tiene que cumplir los lineamientos que su gobierno establece. En la carta en el cuadro adjunto, el Dr. Anders Molin, Jefe de la Sección de Salud de Asdi, le explica al Dr. Gunnar Ågren, Director del SNIPH, las razones para discontinuar el apoyo de Asdi a SALTRA a partir del 2009. La carta habla por sí misma. El retiro de Asdi corresponde a una decisión política y no hay nada que podríamos haber hecho desde América Central para prevenir esta situación. Además, estamos conscientes que también para los funcionarios de Asdi esta decisión del Gobierno de Suecia ha sido difícil. El período de salida de Asdi de SALTRA corresponde a un año que en la práctica se prolongará hasta diciembre del 2009.

No esperábamos tal contratiempo, considerando los compromisos previos al largo plazo y los buenos resultados de la evaluación externa del programa SALTRA en el 2007. No obstante, agradecemos a Asdi y a sus funcionarios el gran apoyo recibido durante los años de preparación de SALTRA, los cuatro años de la Fase I y el período de transición actual. Este apoyo nos ha permitido establecer una estructura de colaboración interinstitucional, intersectorial e interdisciplinaria en todos los países y al nivel regional.

Ahora muchos nos conocemos en la Región. Nos hemos acercado unos a otros para documentar y solucionar problemas relacionados con el trabajo y la salud. Logramos ejecutar una serie de proyectos en diferentes aspectos de la salud ocupacional, algunos de los cuales han tenido un impacto tangible. Tenemos una red de profesionales en América Central. Todos estos logros constituyen una base sobre la cual podemos seguir construyendo. Cabe aclarar, además, que la salida de Asdi no significa la salida de nuestra contraparte sueca. Christer Hogstedt, Kaj Elgstrand, Tord Kjellström y Nils Pettersson (Ocka) siguen su función de apoyo, junto con Ingvar Lundberg y Eva Vingård de la Universidad de Uppsala.

SALTRA y su estrategia hacia el futuro

Evidentemente durante este período de salida de apoyo de Asdi, tenemos que buscar la sostenibilidad de los logros ya alcanzados y la continuación del programa SALTRA, aunque en otras formas y dimensiones. Durante 2009, SALTRA mantiene su estructura organizativa de la Fase I con un director sueco (ahora en el SNIPH) y regional (en la Universidad Nacional en Costa Rica con apoyo de UNAN/León en Nicaragua), SISCA/SICA como facilitador político, dos centros de referencia (CISTA-UNAN/León e IRET/UNA), representantes nacionales (ubicados con excepción de Belice en una universidad estatal), coordinadores regionales y nacionales de proyectos específicos, y los equipos

interinstitucionales e interdisciplinarios pertenecientes a cada proyecto.

Durante este año, SALTRA está poniendo énfasis en las siguientes actividades:

- 1) SALTRA sigue fortaleciendo las estructuras nacionales y la regional. Estos esfuerzos incluyen actividades de la Red Centroamericana Interdisciplinaria de Profesionales en Salud y Seguridad Ocupacional.
- 2) Bajo la coordinación del representante nacional de SALTRA, en cada país se buscan formas de reunir a los actores sociales con el fin de discutir prioridades, formas de mantener la estructura de SALTRA y buscar recursos para la ejecución de proyectos prioritarios, incluyendo recursos humanos y técnicos dentro de las organizaciones que participan en proyectos específicos.
- 3) SALTRA coordina con las autoridades de las universidades estatales de la Región para fortalecer las universidades como actor social en el área de salud ocupacional.
- 4) SALTRA asignó fondos limitados para finalizar tareas y productos pendientes de la Fase I.
- 5) SALTRA está apoyando a miembros de SALTRA de todos los países en la preparación de propuestas para ser sometidas a agencias nacionales e internacionales para obtener financiamiento externo. Estas propuestas fortalecen los proyectos actualmente en ejecución, pero también están surgiendo otras iniciativas en acorde con los principios de SALTRA.
- 6) Se han identificado posibles agencias que podrían tener interés en financiar SALTRA como programa o en partes de SALTRA. La dirección de SALTRA hará antesala con estas agencias. Solicitamos a todos los colaboradores de SALTRA de contribuir con esta tarea cuando se presentan oportunidades.

Debido a atrasos en la entrada de fondos, el 2008 fue un año de relativamente poca actividad para SALTRA. Sin embargo, en marzo del 2008, en Costa Rica se realizó un primer taller regional para la preparación de propuestas regionales. Participaron miembros de SALTRA que habían enviado previamente pre-propuestas, y se contó con el apoyo de tres de nuestros colaboradores suecos (Christer Hogstedt, Kaj Elgstrand e Ingvar Lundberg) y de múltiples expertos de los dos centros de referencia de SALTRA.

Ya algunas propuestas han obtenido financiamiento en Costa Rica, como el proyecto de migrantes cosechadores en la recolecta de café en Los Santos y una propuesta relacionada con el uso de plaguicidas. Varias propuestas regionales se encuentran en etapa avanzada de gestión, como la de una encuesta regional de salud ocupacional y otra para una red de centros toxicológicos que incluirán salud ocupacional y ambiental en sus actividades.

El 2009 es un año de prueba para SALTRA. ¿Podremos sobrevivir como estructura regional? ¿Podremos incluso fortalecernos? El momento de independizarnos del financiamiento sueco nos llegó en forma muy prematura. Nos habría gustado tener al menos cuatro años más para construir capacidades y cambiar las estrategias diseñadas hace cinco años con miras a un programa de doce años. Pero la vida no es perfecta; tendremos que hacerle frente a esta situación y sacar provecho de las adversidades. Es importante que todos los miembros de SALTRA seamos solidarios y que sigamos el proceso de consolidación para sacar adelante las tareas descritas en la sección anterior. Todos los que piensan que SALTRA vale la pena como programa regional están bienvenidos a colaborar en los esfuerzos continuados para construir capacidades. Aunque el trabajo de SALTRA tendrá formas distintas, podemos progresar en el camino trazado.

Estoy convencida que como Región tenemos la gente y la capacidad técnica para seguir adelante, a pesar de no tener los recursos de antes, junto con el apoyo de los muchos colaboradores en Suecia y otros países desarrollados. Ahora todo dependerá de nuestra voluntad para priorizar esfuerzos para cumplir con esta gran tarea.

Respuesta de la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo: CARTA (ASDI)



10 de diciembre, 2007

Swedish National Institute of Public Health
Gunnar Ågren

Tel: +46 (0)8 -698 5000
E-mail: anders.molin@sida.se

Director General Gunnar Ågren:

Sida reconoce haber recibido su solicitud del 12 de septiembre del 2007 para la segunda fase del Programa Salud y Trabajo en América Central llamado SALTRA, así como su carta del 31 de octubre del 2007. Sida ha estado muy satisfecho con los resultados, respaldados por la revisión externa, los informes y el seguimiento continuo que Sida ha hecho del programa. Además reconocemos que el plan original era continuar apoyando este programa durante otros ocho años para garantizar la sostenibilidad y la integración con estructuras establecidas.

Sin embargo, el gobierno sueco ha anunciado una nueva política para la cooperación sueca con países de bajos y medianos ingresos, lo cual implica una concentración en menos países y otros cambios en conformidad con la llamada Agenda de París (la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda del 2005). Puede buscarse información adicional en las páginas web del Ministerio de Relaciones Exteriores y Sida.

Una de las consecuencias de esta nueva política es que todo el apoyo a los países centroamericanos deberá ser discontinuado con la excepción de ayuda limitada a Guatemala. Por lo tanto, el apoyo de tipo regional que tiene como objetivo agregar valor al apoyo para países individuales, también debe ser discontinuado.

Entendemos perfectamente que esta nueva política crea problemas y decepción entre sus colaboradores en América Central, aunque hemos venido dando indicaciones de estos posibles cambios desde hace seis meses. Todavía estamos esperando las decisiones finales por parte del parlamento y directrices más exactas para la discontinuación, pero es inevitable que Asdi solo puede apoyar la discontinuación de SALTRA durante el 2008 y con menos dinero que el monto anual otorgado hasta ahora.

Esperamos que el excelente trabajo realizado por SALTRA durante la primera etapa, 2003 – 2007, será de utilidad en buscar continuación del apoyo por medio de otras fuentes y para lograr la integración en las estructuras universitarias, así como en otras estructuras relevantes.

Recomendamos que el monto limitado de ayuda que Asdi puede aportar para el 2008 ayude a la supervivencia de los logros y productos alcanzados y a formular solicitudes para la continuación de los importantes proyectos y planes desarrollados por SALTRA.

Le solicitamos remitir este mensaje a sus colaboradores en América Central y Suecia con nuestro más profundo respeto por el excelente trabajo realizado durante el largo período de planificación, así como durante la primera etapa, 2003-2007. También esperamos continuar cooperando en áreas de interés mutuo y en países prioritarios según la nueva política.

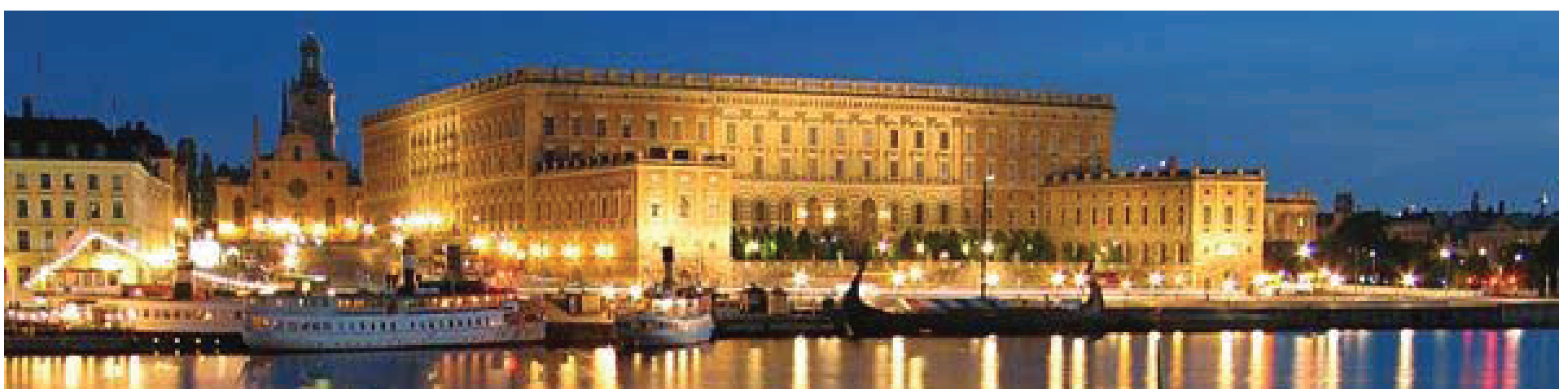
Sinceramente,

Anders Molin

Director

División de Salud

Departamento para la Democracia y el Desarrollo Social



Trabajo en caña de azúcar: logros y metas



Berna van Wendel de Joodé
Coordinadora Regional
Costa Rica



Freddy González
Coordinador Nacional
Nicaragua



Lorena Ramírez
Coordinadora Nacional
El Salvador



Gregorio Nah
Coordinador Nacional
Belize



Manuel Verquizas
Coordinador Nacional
Costa Rica

El sector de caña de azúcar es una fuente de trabajo muy importante en América Central, ya que solamente en Belice, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua se estima generar alrededor de un millón de empleos fijos y temporales. Es un sector creciente, entre otros por la nueva demanda de la producción de etanol. Sin embargo, sus trabajadores se encuentran expuestos a una gran cantidad de riesgos laborales, lo cual se ve reflejado en altos índices de accidentalidad.

Se desarrolló un proyecto con el fin de: (i) crear conciencia acerca de los problemas relacionados con accidentes en la producción de caña de azúcar, y crear compromisos de solucionar estos problemas; (ii) reducir los riesgos a sufrir accidentes laborales en las empresas participantes; (iii) reducir la exposición de los trabajadores a varios riesgos de salud a largo plazo.

Después de cuatro años SALTRA ha logrado implementar un 80% del plan de acción original. En el proyecto están participando seis ingenios y dos cooperativas en Belice, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua. Métodos participativos fueron desarrollados y aplicados de forma exitosa en nuestra población.

En los cuatro países se identificaron más de 400 peligros y soluciones mediante talleres participativos (N=18), entrevistas con informantes claves, y la revisión de registros de accidentes laborales. Luego, se realizaron 14 talleres con participación de trabajadores, supervisores y gerentes, para priorizar los 400 peligros y soluciones, y se preparó un plan de acción para los seis ingenios y para una cooperativa. Más de 300 trabajadores, supervisores y gerentes se empoderaron a través de este proceso. Hoy en día los planes de acción han sido implementados parcialmente.

En Belice le dieron seguimiento a un 80% (24/30) de las soluciones propuestas; en Costa Rica a un 40% (112/280); en El Salvador a un 30% (15/51); y en Nicaragua a un 50% (20/40). En Costa Rica se usó un enfoque más detallado que en los otros países. En los cuatro países se formaron, y/o empoderaron comisiones de Seguridad y Salud Ocupacional (SSO), formados por trabajadores y jefes. En El Salvador y Nicaragua, el reconocimiento de la importancia de la SSO resultó en la contratación de dos ingenieros de SSO. En Belice, la SSO fue el primer punto en la agenda de reuniones diarias entre jefes y trabajadores.

Se analizaron registros existentes de accidentes laborales, y en El Salvador y Nicaragua se implementó un registro en una cooperativa y una empresa que antes no llevaron un control de los accidentes que sucedieron. Se desarrolló un sistema mejorado para los cuatro países; las variables del sistema fueron definidas durante un taller regional, por consenso de los cuatro países. Se diseñó un programa de computación con un manual para el sistema nuevo en Nicaragua, el cual fue probado por dos ingenios. Se adaptará según la necesidad de cada país, manteniendo el conjunto de variables básicas para todos los países.

En Belice, los accidentes con tiempo perdido en el área de fábrica del ingenio se redujeron de 49 en el 2003 a 12 en el 2007. Expresado como número de accidentes por 100,000 horas hombres trabajadas, bajó de 5.6 en el 2003 a 2.2 en el 2007, representando una reducción de 60%.

En Costa Rica, el número de accidentes quedó igual en uno de los ingenios 88 (2003) y 87 (2007), sin embargo el índice subió de 4,0 (2003) hasta 7,6 (2007) por 100,000 horas hombre trabajadas, porque las horas trabajadas se redujeron drásticamente. Al contrario en el otro ingenio costarricense, donde se implementaron 70 de las soluciones identificadas en el plan de acción, tanto el número de accidentes como el índice bajaron.

En El Salvador el número de accidentes se redujo en el área de fábrica del ingenio de 23 en el 2004 hasta 3 en el 2007, mientras en la cooperativa no empezaron a registrar accidentes hasta el 2007.

Se identificaron riesgos de salud prioritarios a largo plazo: ruido, estrés térmico, y problemas ergonómicos. Se realizaron, mediciones cuantitativas de ruido en las áreas de fábrica en los ingenios durante la zafra, que fueron muy altas. También se realizaron mediciones de temperatura en Nicaragua y Costa Rica. La temperatura de globo de bulbo húmedo (TBGH) variaba entre 30,1 y 37 grados celcius. Valores que requieren un periodo de descanso cada hora, el tiempo del descanso depende de la carga de trabajo.

En Nicaragua se hicieron también mediciones de iluminación, y se lograron repetir las exposiciones a estos agentes físicos. En Nicaragua, mejoraron los niveles de iluminación entre un 20% a 50% y se redujeron los niveles de calor en los tachos con un 20%. Los niveles de ruido se mantuvieron parecidos, sin embargo los trabajadores empezaron a usar equipo de protección: tapones y orejeras. En Costa Rica se han hecho recomendaciones para disminuir los niveles de ruido. Su efecto se evaluará en marzo del 2008.

En los cuatro países el equipo SALTRA ha interactuado directamente con empresas, dándoles las herramientas metodológicas para cumplir con los objetivos del proyecto. El personal de SSO de las empresas participó en varios talleres regionales e internacionales, permitiéndoles extender su visión y su red, y además intercambiar experiencias con otras personas trabajando en el campo de SSO. Los datos generados por el proyecto, en conjunto con las empresas han sido de gran valor y han permitido acciones hacia el cambio, empoderando trabajadores y supervisores.

Durante este año, nos enfocaremos a implementar las acciones pendientes, extenderles a los trabajadores temporales, y desarrollar estrategias para la sostenibilidad del proyecto en los cuatro países. El empoderamiento de las comisiones mixtas de SSO y la búsqueda de fondos serán unos de los aspectos claves dentro de este proceso.

Aportaciones para incorporar la transversalidad en SALTRA

Rocío Loría Bolaños, Rocío Sáenz Madrigal
Universidad Nacional, Costa Rica

La transversalidad es una estrategia para incorporar conceptos y principios dirigidos a corregir inequidades u omisiones que excluyen a grupos de personas o les provocan daños. Implica reconocer aquellas diferencias y especificidades que se deben incorporar en la organización, planificación, ejecución, análisis y evaluación de acciones y programas.

La institucionalización de la equidad de género (mainstreaming de género) es quizá la estrategia transversal más conocida en la actualidad, aplicada en múltiples escenarios. Esta equivale a integrar la perspectiva de género en las políticas y programas, influyendo en los sujetos implicados, en miras de transformar las propias organizaciones.

Partiendo del reconocimiento de las jerarquías que mantienen y sostienen subordinaciones en el trabajo, y de la realidad de exclusión del beneficio de acciones y políticas dirigidas a la protección laboral, de salud y seguridad de las poblaciones laborales en la región centroamericana, SALTRA plantea la necesidad de delimitar ejes transversales en su desarrollo que posibiliten corregir esas inequidades. Entre los parámetros que alertan esta priorización, pueden mencionarse: los controles y efectos de la división sexual del trabajo (mujeres responsables de la alimentación y el cuidado; hombres en los trabajos extradomiciliares y sobrecarga física), la etnificación de sectores y ramas laborales (indígenas en el agro, inmigrantes en las maquilas y la construcción), el incremento de la discriminación y la violencia (mobbing, acoso sexual), y la tendiente precarización e informalización del trabajo.

Es así que el género, la edad, la etnia y los grupos vulnerables son definidos como ejes transversales del Programa y enmarcados dentro de una estrategia que procura alcanzar el empoderamiento, la construcción de capacidades y la equidad en el trabajo y la salud. Su implementación resulta un reto oportuno para el futuro.

Esta propuesta puede convertirse en una moda-requisito de la programación reducida a la justificación y metas del protocolo, en tanto no exista voluntad política y disposición real para reconocer e incorporar los principios desde una estrategia integral donde participen todos los actores involucrados en el reconocimiento de las necesidades, la capacitación, y la ejecución y el monitoreo de acciones.

Por lo tanto, es recomendable un diagnóstico del impacto diferencial del contexto y según las intervenciones que las instituciones y el Programa desarrollan, para trazar desde ahí la priorización de principios, los objetivos de equidad, así como el compromiso, las herramientas y recursos. La estrategia podría generar mayores impactos con acciones y políticas más incluyentes y mediante procesos que se asuman de forma articulada.

Tendencias en la aplicación de ejes transversales

	Puntual, modas académicas	Integral estructural
Enfoque	Aislado o fragmentado	Relacional, incluyente
Ejes	Reducidos: género, mobbing	Multiincluyente: autocentrismo (género+etnia+edad+clase) violencia estructural
Definiciones	Générica, poco delimitadas	Específicas y contextualizadas
Participación	Beneficiarios de proyectos, especialistas	Todos los actores con igual oportunidad de participar
Tiempo	Acciones en tiempos o etapas específicas, aisladas	Gradual, proceso
Abordajes	Metodologías limitadas, de moda	Salud integral, desarrollo sostenible, derechos humanos
Metas	Componente de género	Partir de la equidad como meta

Algunas recomendaciones para su implementación:

- Reconocer relaciones de poder y subordinaciones dentro de las organizaciones ejecutoras, en los centros o espacios laborales y las generadas por los proyectos y que afectan las intervenciones.
- Propiciar voluntad política con disposición para enfrentar la inequidad y compromiso de facilitar el proceso en favor de los grupos con mayor desventaja.
- Superar una visión de proyectos o programas separados, o de componentes específicos (género), y avanzar hacia la equidad.
- Abordar necesidades comunes y específicas de los proyectos, la comunidad, el sector o el país.
- Tener en cuenta que la transversalidad no es labor de un especialista o de la receptividad exclusiva de la población beneficiaria, sino que requiere de una gestión y estructura organizativa que contemple las necesidades y participación de todos los actores en el diagnóstico y la toma de decisiones.
- Conocer, diagnosticar y generar estadísticas sobre impactos diferenciados (edad, género, clase, rama laboral, orientación sexual, etc.)
- Determinar la capacidad de la agencia en cuanto a disponibilidad de tiempo, fondos y recursos (humanos, económicos, técnicos, tecnológicos y de conocimiento).

La incorporación de una estrategia de transversalidad permitirá afianzar propuestas de equidad en un contexto que reproduce y mantiene la desigualdad en la salud y el trabajo.

Fe de erratas al artículo Empoderamiento del Sector Informal Rural (Núm 4, pág 6-7)

Rocío Loría Bolaños
UNA, Costa Rica

En la edición anterior, omití el nombre de Rocío Sáenz Madrigal como parte del equipo de trabajo de los Santos, Costa Rica. Cabe destacar que ella participa en el proyecto y sus aportaciones han enriquecido de forma sustancial los alcances del trabajo que realizamos con la población laboral inmigrante.

Cómo alcanzar la transversalidad de género en sus acciones

Opiniones de tres participantes del curso

La antropóloga Rocío Loría Bolaños de IRET/Universidad Nacional, Costa Rica, coordinó un taller sobre *Transversalidad de las perspectivas de género, etnicidad y cultura en los proyectos de salud y trabajo*, julio 2007, organizado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la UNA, Costa Rica, y el IRET-SALTRA. Se abordaron temas centrales de transversalidad (vea p. 4). Presentamos aquí reflexiones de tres participantes.



Antigua, Guatemala



Lorena Ramírez (El Salvador):

“Para mí los puntos más importantes fueron:

Primero: La aplicación que Guatemala hizo en un sistema de salud, ya que al no haber recetas sobre género, las aplicaciones dan una idea de qué hacer o cómo tomar en cuenta el enfoque de género en situaciones específicas en un país con diversidad cultural como Guatemala.

Segundo, como aplicar: Para mí por ejemplo en el proyecto de caña, será interesante aplicarlo en los ingenios en los que se reciben trabajadores de Nicaragua en el corte de caña, estudiar la migración será interesante, y también será muy importante estudiar la representación de hombres y mujeres en el trabajo de caña, tanto en campo como en los ingenios de El Salvador, y las diferentes condiciones de salud en las que cada grupo se encuentra.”



Dorian Ramírez (Guatemala):

“Se expuso la evolución de la teoría de género: desde una concepción esencialmente feminista en sus orígenes, hasta un pensamiento más integral en nuestros días. Esta reseña contextualizó el origen histórico social de las inequidades de género y las reacciones suscitadas en diferentes contextos. Se planteó la compatibilidad del enfoque de género con otros enfoques y métodos para estudiar y explicar diferentes formas de inequidad social: de clase, étnico culturales, de edad, etc. Importante fue establecer que la materia de estudio y de trabajo de los proyectos de SALTRA es el problema de la generación diferenciada de riesgos ocupacionales para mujeres y hombres, consecuencia de la compleja construcción social de patrones de comportamiento “masculinos” y “femeninos”, determinados por relaciones de dominación. El mayor reto será incorporar lo aprendido dentro del planteamiento teórico, metodológico y práctico de los proyectos de SALTRA, hacer visibles los problemas generados o agravados por inequidades sociales e identificar las posibles soluciones.”



Lucía Flores (Nicaragua):

“Antes de participar en este curso, yo consideraba que hablar de género era referirme exclusivamente a las mujeres. Después del taller, hablar de género es hablar de la diversidad de género y la existencia de mujeres y hombres con iguales deberes y derechos en la sociedad. Se trata de destacar el papel protagónico de los unos y los otros, sin que ninguno (a) se imponga. Nadie debe dominar a nadie. Hablar de género es compartir responsabilidades tanto mujeres y hombres, en todos los campos de la vida: trabajo, en la vida familiar, relaciones personales, etc. También un enfoque de género significa no discriminar a nadie, no excluir a nadie.

Otro elemento importante fue el elemento de la etnicidad con enfoque de género, se debe de abordar las necesidades específicas comunes y diferentes entre hombres y mujeres. Un ejemplo puede ser los/las trabajadores del atlántico y del pacífico de Nicaragua, pero con equidad. Es importante mencionar que no es fácil empoderarse de este enfoque de género de la noche a la mañana, sino verlo como un proceso de aprendizaje que nos lleve a romper esquemas e ideas erróneas en cuanto a este tema. Este curso fue un buen inicio, pero hay que seguir profundizándolo, y trabajar en la construcción de indicadores de género y no de sexo para poder medir sus resultados.

Considero que con la elaboración de los proyectos de SALTRA, podemos iniciar tratando de darle a los informes un enfoque de género, si partimos que el sexo es una variable para el análisis de género. Se trata de establecer la diferencia entre hombres y mujeres, para poder analizar las características de los accidentes ocupacionales fatales en el caso del informe que se está elaborando con respecto a los accidentes de trabajo. Este podría ser un primer ensayo que nos permita poner en práctica el conocimiento adquirido y que nos puedan hacer las respectivas observaciones para ver si se logra el objetivo de recoger en el mismo este enfoque.”

¡¡IMPORTANTE! ¡¡IMPORTANTE!

ENVÍE COMENTARIOS SOBRE LOS CONTENIDOS
Y LA FORMA DE LAS NOTICIAS A LA DIRECCIÓN
asoto@cista-unan.net

Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET, Universidad Nacional, Costa Rica) como Centro Colaborador OPS/OMS



Patricia Monge
Directora del Centro Colaborador



La Organización Mundial de la Salud (OMS) requiere la colaboración de centros especializados en diversos campos para cumplir con su mandato. Estos grupos de expertos asesoran a la OMS, tanto en la orientación científica y técnica del conjunto de sus actividades, como en aspectos técnicos específicos mundiales, interregionales y regionales, destinados a promover el desarrollo de la salud. Un Centro Colaborador de la OMS es, por lo tanto, una institución designada por el Director General para formar parte de una red internacional de instituciones que desarrollan actividades en conjunto con el fin de apoyar el programa de la OMS. Existen varias áreas temáticas establecidas por la OMS, para las cuales se han creado redes de centros colaboradores:

- Enfermedades transmisibles
- Vigilancia del medio ambiente.
- Programa de vigilancia y contaminación de alimentos
- Control de tabaco
- Control de la radiación ionizante
- Clasificaciones internacionales
- Salud de los trabajadores
- Toxicología
- Desarrollo de la enfermería y partería.



Hospital HEODRA León, Nicaragua

La red de centros colaboradores de salud de los trabajadores, a su vez organiza sus actividades en seis áreas de trabajo (AT):

- AT1: Análisis de la situación global
- AT2: Políticas nacionales y planes de acción
- AT3: Enfoques prácticos para identificar y reducir los riesgos ocupacionales
- AT4: Educación, capacitación y material técnico
- AT5: Desarrollo y expansión de los Servicios de Salud Ocupacional
- AT6: Desarrollo de redes y comunicación.

El Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas de la Universidad Nacional, Costa Rica, (IRET) fue denominado Centro Colabo-

rador de la OPS/OMS en Epidemiología Ocupacional y Ambiental y Toxicología desde 2004, convirtiéndose en el primero de este tipo en la región centroamericana. Su designación responde a un reconocimiento de la trayectoria en investigación, docencia y extensión en temas relacionados con las temáticas de salud ocupacional y ambiental, y toxicología ambiental.

La red de salud de los trabajadores ha incorporado algunas actividades del IRET dentro de las áreas de trabajo, unas de las cuales también forman parte de los proyectos del Programa Salud y Trabajo en América Central (SALTRA). A continuación detallamos los proyectos que forman parte de esta red:

Area de trabajo	Actividad	Proyectos incluidos
AT2: Políticas nacionales y planes de acción.	Perfiles y desarrollo de indicadores nacionales y regionales	<ul style="list-style-type: none"> •Perfiles en Salud Ocupacional •Bases de datos de importación de plaguicidas •CAREX (sistema de estimación de números de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos) •Accidentes fatales en América Central, accidentes y enfermedades laborales. •Bases de datos de mediciones en higiene ocupacional
AT4: Educación, capacitación y material técnico.	Fortalecimiento de la investigación en salud ocupacional y ambiental en América Central y el Caribe	<ul style="list-style-type: none"> •Programa de educación continua. •Programa regional de capacitación en investigación. •Proyectos multicéntricos y bilaterales de investigación (enfermedad renal, estudios epidemiológicos de brotes)
AT5: Desarrollo y expansión de los Servicios de Salud Ocupacional.	Programas de promoción de la salud en grupos selectos de América Central	<ul style="list-style-type: none"> •Proyectos de Promoción de la Salud a poblaciones de trabajadores migrantes y temporales en Costa Rica y Honduras, caña de azúcar (Nicaragua y CR), hospitales (Guatemala y Panamá)

Cada una de las actividades tiene un representante mundial, quien es el responsable de monitorear el avance de los proyectos en forma semestral o anual.

La designación del IRET como un centro colaborador de OPS/OMS es un reconocimiento internacional por su experiencia y su desarrollo como centro de referencia regional en los campos de la salud ocupacional y ambiental. El beneficio más importante que se ha obtenido hasta la fecha está relacionada con el incremento del intercambio académico: hemos tenido oportunidad de conocer iniciativas en temas similares desarrollados por otros centros colaboradores en el mundo y a su vez hemos mejorado sustancialmente la divulgación y reconocimiento de las actividades académicas incluidas en las diferentes áreas de trabajo. Este tipo de iniciativas, definitivamente colaboran en que el IRET se consolide como "Centro de Excelencia" en su quehacer científico a través de la expansión de su proyección internacional.

Violencia en el trabajo

Rocío Loría Bolaños
SALTRA/IRET
Universidad Nacional, Costa Rica

La violencia laboral es un fenómeno creciente que trasciende lugares, ocupaciones y puestos laborales. Involucra prácticas como intimidación, hostigamiento sistemático, agresiones, burla, amenazas, acoso sexual y homicidios, de los que resultan problemas nuevos de salud, vinculados a cargas psicosociales.

Las manifestaciones actuales se relacionan con la liberalización y flexibilidad laboral, la aplicación de nuevos métodos y tecnologías productivas, el fomento de la competencia y la aceleración del proceso de trabajo. El ambiente laboral empeora con otras formas de violencia social: precariedad y pobreza, inseguridad ciudadana, violencia de género y conflictos grupales (vecinos, migrantes, gremios laborales), que compiten por el control y la destrucción, sea con fines de transformación o conservación de poderes y derechos de unos.

Se trata de una práctica de coacción laboral, sistemática y repetitiva, que involucra a empleadores, clientes o usuarios y empleados. Ocurre por la combinación de varios factores (comportamiento individual, condiciones laborales, relaciones interpersonales y juegos de poder) y se produce en tres direcciones, las cuales se mencionan con algunos ejemplos:

Dirección	Sectores laborales, empleos	Formas de violencia
Empleadores o directivos → Empleados	Industria, comercio, bancos	Amenazas, aislamiento, gritos, acoso sexual, intimidación, chantaje
Clientes o usuarios → Empleados	Sector salud y educativo, transporte, comercio, seguridad	Insultos, asaltos agravados sexuales, agresiones
Empleados → Empleados	Cualquiera, sectores público y privado	Violencia psicológica y física; burlas, crítica injusta

Las formas de violencia laboral tienen que ver al menos con 5 aspectos:

- Entorno: aislamiento, hacinamiento
- Tipo de áreas y trabajos: fábricas, bancos, oficinas públicas, clínicas.
- Organización y prácticas laborales: competitividad, autoritarismo, plantillas inadecuadas, precariedad.
- Condición del perpetrador: sexo, rango, estatus
- Condición de la víctima: ocupación, edad, sexo, experiencia.

Algunos sujetos están expuestos a mayor riesgo de violencia por su ocupación (taxistas, enfermeras, maestros) y posición social/cultural (mujeres, inmigrantes, jóvenes).

La violencia en el trabajo tiene altos costos para los individuos, las empresas y la sociedad, lo que ha llevado a reconocer y enfrentar aquellas prácticas institucionalizadas que perjudican la integridad, la salud y la seguridad de las personas, con el fin de formular medidas para su erradicación y prevención. Esta tarea se puede efectuar en cuatro fases:

- Descubrimiento y reconocimiento del problema
- Denominación y obtención de información: consecución de pruebas, diagnóstico
- Formación de una red activa de partes interesadas
- Medidas correctivas: políticas de control, capacitación, plan preventivo.

Definiciones

Acoso u hostigamiento sexual: Acción (comentarios, miradas y actos), reiterada y no correspondida, que tiene como propósito obtener los favores sexuales de una persona, cuando quien la realiza abusa de su posición de superioridad sobre quien la sufre. Tratar a la persona destinataria como un mero objeto sexual.

Comportamiento amenazador: Violento o abusivo. Ocurre en perjuicio de la integridad física y puede incluir agresiones sexuales, manotazos y patadas, golpes, atropellos, gestos bruscos, daños materiales, lanzamiento de objetos, entre otros.

Marcadores sociales: Características identitarias de diferenciación social que pueden ser utilizadas con fines descalificatorios o destructivos. Las más comunes son: edad, sexo, actividad laboral, estado civil, afiliación religiosa, rango y ocupación laboral, clase, orientación sexual, incapacidad, origen étnico o nacional, idioma y pertenencia política.

Mobbing o acoso laboral: Conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud) unilateral que atenta, por su repetición o frecuencia, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando su ambiente de trabajo hasta llegar a desestabilizarla psíquicamente, debido al trato vejatorio y descalificador.



ACCIDENTES LABORALES EN EL SECTOR CONSTRUCCIÓN EN PANAMÁ

Elaborado por:
Gabriela A. Rojas H., Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (Panamá), Dirección Nacional de Inspección, Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Editado por:
Hilda A. de Patiño, Coordinadora Nacional de SALTRA-Panamá; CIIMET, Facultad de Medicina, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Universidad de Panamá.

En los últimos cinco años la industria de la construcción en Panamá ha crecido a pasos agigantados y de igual manera se ha incrementado la población de trabajadores en este sector. Los megaproyectos han generado la introducción de nuevas tecnologías y materiales, así como la implementación de procedimientos innovadores. Estos factores han influido directamente en la aparición de distintos riesgos.

El principal problema relacionado con esta situación obedece a que en el país no existe una cultura de seguridad; además, por falta de recursos el gobierno no tiene la facilidad de cubrir toda la demanda de supervisión. Tales deficiencias provocan la ocurrencia de un alto número de incidentes y accidentes que pueden ocasionar muertes, lesiones o deterioro de las condiciones de salud de la fuerza trabajadora del sector. Las enfermedades de tipo ocupacional e incapacidades (temporales o permanentes) pueden provocar mortalidad prematura o una calidad de vida deficiente para quienes las padecen. (Continúa en página 8)

ACCIDENTES LABORALES EN EL SECTOR CONSTRUCCIÓN EN PANAMÁ

(continuación de página 7)

SECTOR CONSTRUCCIÓN. EN CIFRAS

- La inversión privada para 2006 en este sector fue de mil 100 millones de dólares, cifra que se duplicó de acuerdo con lo reportado en 2000 (563 millones), según la Cámara Panameña de la Construcción (CAPAC).
- El monto de inversión privada en este sector para 2007 asciende a 700 000 millones de dólares y 800 millones de dólares en inversión pública (infraestructura).
- Construcción fue el sector económico que más creció en 2006 (17.41%) y aportó el 4.6% del producto interno bruto.
- Según estimaciones de la CAPAC, para 2007 su ritmo de crecimiento puede acelerarse hasta alcanzar el 18.04%.

PROYECTOS

- Entre 2004 y 2006 se construyeron 99 edificios de apartamentos de más de 40 pisos. En este mismo período se desarrollaron 149 proyectos residenciales unifamiliares y 52 turísticos, según sondeo realizado por Latin Consulting.
- Para los próximos años se programa construir al menos 100 edificios de más de 20 pisos en distintos puntos de la ciudad; algunos de estos proyectos contemplan edificaciones de hasta 100 pisos, a los cuales deben sumarse todos los proyectos de casa residenciales en áreas de montaña y playa (interior del país).

TRABAJADORES

- Actualmente, según la Contraloría General de la República, el Sector Construcción emplea a 102 000 trabajadores. El grupo más vulnerable a los accidentes es el constituido por los ayudantes generales, quienes son designados para realizar múltiples labores peligrosas, como por ejemplo, destapar cañerías y cavar pozos, sin que antes sean instruidos sobre los riesgos a los cuales se enfrentan.
- En 2006, en la Caja de Seguro Social se atendieron 17 700 accidentes laborales, para los cuales hubo que pagar las respectivas prestaciones económicas.
- De enero de 2006 hasta abril de 2007 se han reportado a la Dirección Nacional de Inspección un total de ochenta y tres (83) accidentes, de los cuales cincuenta y cinco (55) fueron no fatales y veintiocho (28), fatales, lo que representa aproximadamente el 34% de los casos reportados.



POSIBLES CAUSAS DEL INCREMENTO DEL RIESGO DE LA ACCIDENTABILIDAD

1. Aumento considerable del número de proyectos.
2. Aumento considerable de la población trabajadora en el Sector.
3. Complejidad de los proyectos (edificios de más de treinta pisos)
4. Personal carente de capacitación (tanto trabajadores como ingenieros de campo) en materia de seguridad, específicamente sobre identificación y minimización de riesgos.
5. Falta de recursos por parte de las instituciones rectoras en materia de seguridad para cubrir la demanda de supervisión.

MEDIDAS TOMADAS PARA HACER FRENTE A LA PROBLEMÁTICA

Ante la problemática que se enfrenta, la Dirección Nacional de Inspección del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral ha intensificado sus esfuerzos realizando operativos conjuntos con el Sindicato Único de Trabajadores de la Construcción y Similares (SUNTRACS):

- En 2006 se paralizaron alrededor de 57 proyectos que incumplían con las condiciones mínimas de seguridad y presentaban condiciones de peligro inminente para los trabajadores: 40 fueron paralizaciones de tipo total y 17 de tipo parcial.
- En el período de enero al 15 de octubre de 2007 se han realizado 104 paralizaciones, de las cuales 27 son totales y 77 son de tipo parcial.
- El Ministerio encabeza una comisión tripartita con la CAPAC y el SUNTRACS, para contrarrestar esta problemática que afecta a la clase trabajadora del país.
- La Dirección Nacional de Inspección está trabajando en conjunto con la Caja de Seguro Social, el Cuerpo de Bomberos de Panamá, el Municipio de Panamá y el Ministerio de Salud, en una comisión para coordinar esfuerzos en torno a la prevención de accidentes laborales en el Sector.

Con el apoyo de la Coordinación Regional de SALTRA se realizarán actividades de capacitación en salud y seguridad ocupacional, dirigidas tanto a inspectores institucionales como a trabajadores de la construcción.





Promoción de la salud de los/las trabajadores/as del Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt”, Antigua, Guatemala

Fase diagnóstica, Programa Salud y Trabajo en América Central (SALTRA)

Magda Velásquez
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS)
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Guatemala

Timo Partanen
Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET)
Facultad de Ciencias de la Tierra y el Mar
Universidad Nacional, Costa Rica

El Sector Salud emplea a más de 20 millones de trabajadores/as en América Latina y Estados Unidos y tiene un papel preponderante en el mantenimiento de la salud de poblaciones enteras, incluyendo los trabajadores/as de otros sectores.

Los riesgos ocupacionales de los/las trabajadores/as en las instituciones prestadoras de servicios de salud son múltiples y relativamente difíciles de controlar. Los avances tecnológicos y organizativos pueden introducir nuevos riesgos.

La Organización Panamericana de la Salud (2005) señala estos riesgos y provee orientaciones y directrices concernientes a su prevención y a la promoción de la salud de los/as trabajadores/as en el Sector.

Se completó la fase diagnóstica de un proyecto realizado en el Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt”, en Antigua, Guatemala, coordinado por la Dra. Magda Velásquez, del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS), de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, Guatemala, que es parte del Programa Salud y Trabajo en América Central (SALTRA).

Cuenta con cerca de 500 trabajadores/as, incluyendo profesionales y de servicio, además de estudiantes universitarios/as de carreras como medicina, psicología y nutrición, por ser un hospital escuela. Está ubicado a 47 kilómetros de la ciudad capital, con acceso por carretera en buenas condiciones durante todo el año; tiene una cobertura de 248,019 habitantes (Población Censo, 2002) y ofrece atención de primera calidad, la cual cubre las necesidades básicas del paciente desde el punto de vista biopsicosocial, mediante la atención directa, con los servicios de: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Traumatología, Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Fisioterapia y de Apoyo (Laboratorio Clínico, Psicología, Nutrición, etc.)

Se evaluaron los riesgos laborales y estilos de vida, percibidos por los/as trabajadores/as, las prioridades y su posibilidad de intervención. Se realizó una evaluación rápida utilizando un cuestionario dirigido al personal, sobre la percepción de peligros y riesgos, y dos listas de chequeo dirigidas a los/as expertos/as, administradores/as, coordinadores/as o jefes/as de servicio del Hospital. Los peligros más frecuentes fueron poca actividad física (60%), falta de vacuna contra hepatitis B (52%), contacto con sangre (66%) y orina (52%), detergentes y desinfectantes (62%), y desechos en laboratorios (54%).

Las actitudes hacia la promoción de la salud fueron predominantemente positivas, en especial entre las mujeres. A partir de los resultados obtenidos se seleccionaron los que mostraban la existencia de riesgos ocupacionales posibles de intervenir; esto incluyó también la adquisición de vacunas contra la hepatitis B (por parte de la dirección del hospital), para ser aplicadas al personal que se mantenía en contacto directo con fluidos corporales (la cantidad de vacunas no alcanzó para todo el personal del Hospital.). Simultáneamente, se capacitó a una profesional en psicología en temas relacionados con la ergonomía, en procura de incluir acciones que permitieran reducir tales riesgos al interior del Hospital. El equipo fue integrado por un nutricionista, los directores de los departamentos de Psicología, Laboratorio Clínico, Trabajo Social, la encargada de capacitación del Hospital y un médico internista experto en el área de promoción de la salud.

En términos generales, la determinación de las prioridades de acción para un programa de promoción de la salud dirigido al personal fue el resultado de las valoraciones de la extensión (prevalencia) y gravedad de los riesgos laborales, ambientales y de estilos de vida, así como de la aceptación, por parte del personal, de las acciones promotoras, y los recursos disponibles, lo que parecía una óptima combinación de métodos rápidos.

Referencia:
Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud y seguridad de los trabajadores y trabajadoras del sector salud. Manual para gerentes y administradores. Washington, D.C. 2005.

Riesgos frecuentes en el Sector Salud, adaptado y modificado de la Organización Panamericana de la Salud (2005)

Biológicos: Hepatitis B, C; VIH; tuberculosis
Físicos: Rayos X, radiación láser, luz ultravioleta, radiación infrarroja, microondas, temperaturas altas o bajas, electricidad, ruido, vibraciones, campos electromagnéticos
Químicos: Disolventes, detergentes, desinfectantes, drogas, hormonas, antibióticos, compuestos usados en laboratorios, gases anestésicos, compuestos inflamables y explosivos, emisiones de incineración y de diesel, humo de tabaco, fibras
Higiene deficiente colectiva y personal
Ergonómicos y mecánicos: Posturas, movimientos, cargas, trabajo estático, iluminación, ventilación, diseño de equipos, muebles e instalaciones
Accidentes en los lugares de trabajo estacionarios y de transporte
Organizativos: jornadas, tareas, turnos, factores de estrés, supervisión, subcontratación de trabajadores/as, ausencia de políticas de programas de promoción de la salud y de implementación de comisiones mixtas, primeros auxilios
Psicológicos y sociales: acoso, desgaste por empatía (fatiga por compasión), problemas interpersonales, síntomas psicológicos (cansancio, agotamiento, depresión, ansiedad, distanciamiento)
Violencia, seguridad insuficiente
Estilos de vida no saludables: nutrición inadecuada, obesidad, inactividad física, tabaquismo, alcohol, abuso de sustancias, VIH.

Promoción de la salud de los/as trabajadores/as hospitalarios/as, medidas generales

Nivel nacional e internacional
Evaluación de la evidencia de riesgos (investigaciones)
Convenios, legislación, otras regulaciones y redistribución de recursos para salud pública
Políticas, sistemas y programas internacionales, nacionales e intersectoriales
Lugar de trabajo (hospital)
Cultura, política y estrategias de seguridad, prevención y protección
Concienciación, sensibilización, formación, señalamiento y códigos
Controles administrativos y técnicos de los riesgos
Comisión mixta de salud y seguridad
Servicios de salud de los/as trabajadores/as (diagnósticos preventivos y de promoción)
Documentación y monitoreo de exposiciones y condiciones de trabajo no saludables
Higiene colectiva y personal
Vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as
Inspección externa e interna
Asociaciones contextuales, incluyendo sindicatos y organizaciones de trabajadores/as y servicios externos
Evaluación

Motivaciones y necesidades de entrenamiento de Organizaciones Sindicales en Nicaragua

Lylliam López Narváez

Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.

En Nicaragua, los sindicatos tradicionalmente han jugado un papel importante en la formación de los trabajadores y trabajadoras afiliadas. Los sindicatos tienen una gran capacidad de organización en lo que se refiere a trabajadores/as. Según el Ministerio de Trabajo (MITRAB), para el 2003 existían 632 sindicatos con un total de 114,562 afiliados. Sin embargo son pocas las organizaciones sindicales y organizaciones de trabajadores que han desarrollado programa de capacitación en materia de Salud y Seguridad Ocupacional (SSO). Ante ésta situación, el proyecto sobre capacitación en SSO y vigilancia de peligros y riesgos por organizaciones de trabajadores en Centroamérica, en el marco del Programa Salud y Trabajo en América Central (SALTRA), impulsó la iniciativa de realizar un diagnóstico sobre las "Necesidades y motivaciones de entrenamiento que tienen los trabajadores en materia de Salud y Seguridad Ocupacional".

Para el desarrollo de las actividades, se obtuvo el apoyo del MITRAB, Ministerio de Salud (MINSAL), del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), organizaciones sindicales como la Central Sindical de Trabajadores-José Benito Escobar (CST-JBE); Asociación de Trabajadores del Campo (ATC); Central de Trabajadores de Nicaragua (CTN); Central de Trabajadores de Nicaragua, Autónoma (CTN a); y Confederación de Unificación Sindical, Autónoma (CUS a). En el proceso de recolección de información se hizo uso de metodología cualitativa y cuantitativa a través de revisión documental, entrevistas a líderes sindicales y una encuesta dirigida a 446 trabajadores/as miembros de diferentes organizaciones y centrales sindicales del País.

Del total encuestados el 64% son del sexo masculino, el 79% de 21-49 años y el 66% son del área urbana. Solamente el 23% expresaron haber recibido capacitación en materia de SSO, menos de 3 veces. Los temas recibidos son higiene, seguridad, salud y legislación.

Las motivaciones de los trabajadores/as para recibir capacitación están asociadas con la adquisición de conocimientos, evitar riesgos y aprender a defenderse; aplicar y reproducir los conocimientos.

Tabla 1. Motivación para recibir capacitación

Motivación	N	%
Adquirir mayor conocimientos	142	32
Evitar riesgos y aprender a defenderse	64	15
Aplicar y reproducir los conocimientos para mejorar	44	10
Capacitación, aprender a defenderse	42	9
Defenderse y asegurar los derechos	32	7
Adquirir mayor conocimiento y Aplicarlos	37	8
Aprender a defenderse y a cuidarse	13	3
Otras motivaciones no específicas	14	3
Optar a un cargo	5	1
No respondieron	53	12
Total	446	100

Los temas de interés en recibir capacitación son: riesgos biológicos (54%); ergonomía (posturas incómodas y levantamiento de carga, 46% y 44% respectivamente); organización del trabajo (30%); seguridad ocupacional (accidentes laborales y equipo de protección personal, 64% y 59% respectivamente); y la Ley de Seguridad Social (59%). Los temas accidentes, Ley de Seguridad social y equipo de protección personal son de interés para los tres sectores de la economía.

De acuerdo a las experiencias de capacitación de tres organizaciones sindicales, expresaron lo siguiente:

"La salud y seguridad ocupacional es un tema vigente y está en nuestra prioridad, antes ni la propia cartera tenía tanta trascendencia, no tenía contenido de trabajo y no se sabía que hacer, antes la usaban para hacer convocatoria y trabajar en el mural".

Los temas en común impartidos, están relacionados a la defensa del derecho de los trabajadores. Los temas impartidos en SSO han sido dirigidos principalmente sobre el uso y manejo de plaguicidas a trabajador/as del campo; capacitación de SSO a médicos de las mutuales, impartida por UNAN-León; investigación de accidentes e incendios; y medios de protección y primeros auxilios.

Expresiones según cambios obtenidos en los trabajadores/as capacitadas:

"A partir de que los promotores sindicales han recibido capacitaciones, ahora se ve que la calidad del acta de las inspecciones han mejorado considerablemente".

"No solo ha habido cambio en la persona, sino cambios en el medio donde realiza el trabajo".

También mencionan que no tienen un sistema de capacitación estructurado y que aunque los trabajadores/as hayan recibido capacitación y hagan todo el esfuerzo para hacer cambios, si el empleador no asume su responsabilidad es difícil que esos cambios se realicen.

"Para la ATC, ha sido un trabajo de hormiga, porque el nivel académico del sector agropecuario es bajo".

Conclusión: SSO es un tema nuevo y desconocido en la mayoría de las organizaciones sindicales; los temas de prioridad en casi todas las organizaciones sindicales han sido el tema de la defensa y derechos del trabajador/a; la necesidad de recibir capacitación según la actividad que realizan son: riesgos biológicos, evaluación y control de riesgos y temperatura, posturas incómodas, levantamiento de carga, plaguicidas, accidentes, equipo de protección personal y la ley de seguridad social. Son pocas las instituciones y organizaciones que apoyan capacitaciones en SSO y en las pocas organizaciones que tienen experiencia en capacitación en temas de SSO han tenido resultados positivos en los trabajador/as entrenadas y motivación para seguir en esta línea.

La experiencia en la metodología usada para capacitación ha sido la "transmisión de experiencia", el "intercambio de experiencias" y el "aprender haciendo"

Cómo lograr un ambiente de trabajo saludable para trabajadores de tabaco

Lylliam López Narváez

Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.

En respuesta al diagnóstico de "Motivaciones y necesidades de entrenamiento de las organizaciones sindicales en Nicaragua" se realizó un curso piloto dirigido a trabajadores/as, tanto del área de preindustria como trabajadores del campo, del sector tabaco.

La producción del tabaco al igual que la producción del café, banana y ajonjolí, han sido una de las principales fuentes de ingresos desde hace muchos años en Nicaragua y es uno de los que genera la mayor fuente de empleos, tanto para hombres y mujeres en la región norte del país.

El proceso del tabaco contempla una cadena, que inicia desde el cultivo, la fase de curado, secado de las hojas en plantaciones, secado industrial, hasta el proceso de empaque del producto final, que pueden ser cigarrillos, tabaco de pipa, puro, entre otros.

Por las características propias de su producción, los trabajadores/as están expuestos a múltiples riesgos y efectos a la salud, tales como la enfermedad del tabaco verde en los trabajadores/as del campo, enfermedades respiratorias, dolor de cabeza y alergias en la piel en el área de pre-industria.

Considerando el gran número de trabajadores/as en este sector no priorizado en aspectos de capacitación, así como los riesgos y sus efectos a los serios efectos a la salud que presentan estos trabajadores/as, se decidió implementar el curso piloto en este sector.

Desarrollo del curso ¿Cómo lograr un ambiente de trabajo Saludable?

Para la implementación del curso piloto, se hizo contacto con representantes de la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), con el fin de coordinar la selección de los trabajadores/as del campo y del área de preindustria. Se visitaron dos empresas y dos fincas de tabaco. En total fueron seleccionados 20 trabajadores, pero por razones de permiso solo asistieron al curso 9 trabajadores.

Los/as participantes

Participante	Edad	Sexo	Escolaridad	Área de trabajo
1	22	F	1er año	Preindustria
2	19	F	3er año	Preindustria
3	23	F	3er grado	Preindustria
4	18	M	2do año	Preindustria
5	50	M	6to grado	Campo
6	18	M	2do año	Campo
7	53	M	4to grado	Campo
8	40	M	2do grado	Campo
9	43	M	2do año	Campo

El curso fue implementado en 10 días, en encuentros semanales de viernes y sábado, de 6 horas cada día, para un total de 60 horas. Con el objetivo de mejorar la comprensión del contenido, los temas fueron desarrollado aplicando diferentes metodologías de aprendizaje participativo tales como conferencias participativas, estudios de caso, lluvias de ideas, metaplan, discusiones de grupo, observación de videos, fotografía y prácticas en centro de trabajo.

Durante el curso, los participantes tuvieron una participación activa y desarrollaron diferentes actividades, tales como:

- Una lista de peligros que están presentes en sus puestos de trabajo.
- Una lista de los síntomas que con mayor frecuencia sufren los trabajadores
- Un proyecto del curso para ser implementado una vez terminado el curso.

Proyecto del curso.

El fin principal de elaborar estos proyectos, es que los participantes desarrollen habilidades tanto en la identificación de peligros y riesgos presentes en el trabajo, como la elaboración de propuestas de cambio para lograr hacer de su puesto de trabajo, un ambiente saludable.

Para la elaboración de los proyectos del curso los participantes tuvieron tutorías de los/las facilitadores del curso. Se les enseñó a identificar los peligros y riesgos presentes en su trabajo, hacer una selección del peligro/riesgo, escribir los objetivos, actividades y el cronograma de las actividades.



Participantes del curso priorizando riesgos presentes en sus trabajos

Los proyectos del curso son:

1. Fortalecimiento de la Comisión Mixta de Higiene y Seguridad de la empresa de tabaco
2. Cambios de bomba para fumigar para una práctica segura de trabajo
3. Mejora de los servicios higiénicos de la empresa
4. Disponibilidad de un botiquín de primeros auxilios
5. Orden y limpieza en la empresa
6. Buenas prácticas de trabajo en relación a los envases de plaguicidas.
7. Reparación del puente en la finca

Entre las limitantes encontradas fueron: Los empresarios no dieron permiso a los trabajadores/as a asistir al curso, ellos solicitaron si el programa podía pagar el salario de los trabajadores/as el día viernes, la selección de los trabajadores/as no fue homogénea en referencia al nivel de escolaridad, por tanto se dedicó mayor esfuerzo y dedicación a los trabajadores/as de nivel bajo de escolaridad.

En referencia a la evaluación del curso los/las participantes consideraron entre excelente y muy bueno, cumplimiento de las expectativas del curso, la transmisión de la información de parte de los/las facilitadores, y la organización y logística del curso. Expresaron que el curso recibido es de mucha utilidad en la actividad laboral que realizan cada día.

Avance en la propuesta de aseguramiento de trabajadoras y trabajadores temporales en la Zona de Los Santos, Costa Rica



*Eduardo Doryan
Presidente Ejecutivo
Caja Costarricense de Seguro Social
Costa Rica*

Discurso de Inauguración del Encuentro Interinstitucional y de Cooperativas en Los Santos, presidida por el Ministro de la Presidencia y otras autoridades costarricenses. Santa María de Dota, 20 julio de 2007. Actividad apoyada por el Proyecto Salud de la Población Trabajadora Temporal en Los Santos, de SALTRA, Universidad Nacional. Dr. Doryan brinda su posición sobre el proceso de aseguramiento que se gestiona a través de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Creo que es parte de nuestra cultura democrática el poder juntarnos las autoridades con distintos grupos de una comunidad e intercambiar experiencias para trabajar juntos y fijar metas. Me acompaña el señor gerente administrativo de la caja, don René Escalante, quien ha estado en diversas reuniones con las comisiones interinstitucionales involucradas en esta gestión.

A pesar de la experiencia de una institución como la Caja con ya 65 años, ciertos temas son como un "meneón" a las tres de la mañana, que te hacen despabilar y tener que volver a organizarte, hasta que el alma te vuelva al cuerpo.

El tema que nos ocupa demanda ser creativo cuando surgen retos particulares, y evitar estar anclado a procedimientos institucionales de larga data, al tratarse de poblaciones trabajadoras en condiciones distintas ya sea por la temporalidad, o por su relación laboral con varios patronos a la vez. Esto nos lleva a reflexionar sobre el tipo de aseguramiento que correspondería en estas circunstancias. Precisamente en esta semana, y gracias a las aportaciones que ustedes nos han dado, logramos ser creativos y pensar un esquema distinto para el proceso de aseguramiento de la población inmigrante, en la Zona de Los Santos. Esto podría conducir a lograr un reglamento que cree un seguro específico para esta población, y estamos trabajando en esa línea. Hemos visto, escuchado y entendido cuales son los límites para alcanzar un aseguramiento de esta índole, dadas las condiciones actuales del mercado nacional e internacional del café; esto implica otra tarea, con varias subtarefas: la primera, que innovemos una afiliación ágil y distinta con oficinas móviles que puedan llevar a cabo de manera expedita y amigable ese proceso.

En segundo lugar, necesitamos un proceso sencillo y ágil para la confección de la planilla, la facturación y la recaudación de las cuotas, que contemple la situación diferenciada en cuanto a la temporalidad y fluidez de la gente. Esto hay que valorarlo, no es fácil y habrá que afinar algunos procedimientos. El tercer aspecto, es la prestación de los servicios en materia de salud. Esta semana, tanto el director

del Área de Salud de Los Santos, la jefatura de enfermería, el administrador, la coordinadora de los EBAIS, y la directora regional, la doctora Hilda Oreamuno, se reunieron con autoridades de la institución a nivel central, para pensar algunas tareas.

Entre ellas están, un plan de contingencia para asignar equipo humano en tareas de "barridos" por las fincas (de ser necesario, los sábados y los domingos) con técnicos de atención primaria, actividades de prevención y educación donde se alojan los trabajadores y las trabajadoras, la captación de aquellos casos que tengan algún riesgo en materia de salud, la coordinación entre los EBAIS y, con el hospital de Cartago para el seguimiento de los casos que lo ameriten, además del reforzamiento del servicio de urgencias del área, de tal manera que pueda, de forma adecuada, prestar los servicios durante los meses de recolección del café. Pero, como sin cacao no hay chocolate, reconocemos que se debe reforzar con presupuesto a fin de asegurar la prestación del personal necesario, extender el horario de laboratorio, y hasta asignar chóferes para responder al pico de atención, del que esperamos alcanzar un nuevo tipo de asegurado de la seguridad social.

Para lograr esto, aún debemos amarrar algunos detalles, como transformar patrones y prácticas dentro de la institución, mejorar la coordinación con algunos de los actores comunales aquí representados, De lograrlo, se cumplirían varios objetivos: la solidaridad en la atención a una población que realiza una labor importante para materializar la cosecha y la exportación del café; en segundo lugar, se daría un paso adelante en la certificación en materia de seguridad social, lo que representaría el abrazo fraterno que los productores y la sociedad costarricense brinde a los y las trabajadoras inmigrantes. Esto podría alcanzar un reconocimiento internacional, y eventualmente una mejor retribución por la venta de café en el mercado. Finalmente, la tarea nos hace sentirnos bien, al corresponder a una población que posibilita la producción de café y que merece el mejor reconocimiento de todos los costarricenses, para garantizar su salud y bienestar, algo que hablaría bien de Costa Rica, y de cada uno de nosotros.

EDITORES

Arlen Soto. Editora principal
Universidad Nacional Autónoma
de Nicaragua, León.
amsv80@yahoo.com

Catharina Wesseling
Universidad Nacional,
Costa Rica
ineke_wesseling@yahoo.com

Timo Partanen
Universidad Nacional, Costa Rica
timo_partanen@yahoo.com

Kaj Elgstrand
Instituto Real de Tecnología,
Suecia.
Kajelgst@kth.se

EDITORA TECNICA
Marta Castillo
Universidad Nacional,
Costa Rica
martasaltra@yahoo.com

Marie Gómez
Belize Agricultural Health Authority
National Occupational Safety and
Health Comité.
margomz@yahoo.com

María Antonieta Castillo
Universidad de San Carlos, Guatemala
mariaac0948@yahoo.com

Darío Cáliz
Universidad Nacional Autónoma de
Honduras
dclix@yahoo.com

Hilda Acosta de Patiño
Universidad de Panamá
hiacosta@cableonda.net

Gloria Ruth Calderón
Universidad de El Salvador
gloriaruthcalderon@yahoo.com

CORRESPONSALES PARA CENTROAMERICA

PROGRAMA SALUD Y TRABAJO
Instituto Regional de Estudios
en Sustancias Tóxicas.
Universidad Nacional
Apdo 86, 3000, Heredia
Costa Rica

IMPRESIÓN
Z Servicios Gráficos S. A.
jazcon@racsa.co.cr

COPYRIGHT
Instituto Regional
de Estudios
en Sustancias Tóxicas
Universidad Nacional

