

Salud Trabajo



NOTICIAS CENTROAMERICANAS

Vol.6 / Noviembre 2009



Reconociendo grupos vulnerables	1
Poema: La obra Maestra	1
SALTRA y Universidad de Texas	2
Perspectivas futuras de SALTRA	3
Desarrollo humano y laboral en Centroamérica	4
Salud de mujeres y mundo laboral	6
Entrevista a Investigadora docente	6
Conceptos de salud de mujeres en Nicaragua	7
Evaluación de impacto en la salud	8
Niños trabajando en Nicaragua	9
Cáncer ocupacional en Centroamérica	10
Registro de intoxicaciones en Guatemala	12
Institutos y centros toxicológicos de América Central	13
Enfermedad renal crónica en Chichigalpa Nicaragua	14
Conocimientos actitudes y prácticas. Enfermedad Renal Crónica	14
Que determina la salud?	15
Declaración de París: eficacia y ayuda al desarrollo	16

Reconociendo grupos vulnerables en el mundo laboral



Arlen Soto
CISTAUNAN-LEÓN

En las cinco ediciones previas de Las Noticias, fueron expuestos temas relacionados a trabajadores informales, migrantes e indígenas, trabajadores de la construcción, maquilas, hospitales, y aquellos que realizan trabajos en la agricultura. De igual manera fueron publicados artículos sobre promoción de la salud, cáncer ocupacional, entrenamiento en salud ocupacional y rol de los sindicatos.

En ésta sexta edición se hace un especial énfasis en temas sobre mujeres en el campo laboral. Se destacan además artículos sobre indicadores estadísticos, determinantes sociales de la salud en Centroamérica, trabajo infantil, información toxicológica, y enfermedad renal crónica.

Se espera que el contenido de ésta edición fortalezca el

reconocimiento de problemas generales y específicos en salud ocupacional, así como la planificación, implementación y evaluación de medidas preventivas y promocionales, especialmente para grupos vulnerables de trabajadores y sus familiares en Centroamérica.

Se agradece a todas aquellas personas que hicieron posible la publicación de una sexta edición de Las Noticias, sus aportes son muy valiosos y merecen ser difundidos. De la misma manera se invita a todos los lectores interesados en publicar sus estudios, noticias, opiniones y notas, a someterlos y ponerse en contacto con los editores.

Defender los derechos de los trabajadores y las condiciones de trabajo son extremadamente importantes en estos tiempos de "globalización" económica y de las tendencias de desregulación de las condiciones de vida, incluyendo el trabajo y la salud.

LA OBRA MAESTRA

Marianela Corriols



¿Cuándo escribiré mi obra maestra?
Será antes de que el sol se levante,
cuando me despierten los gallos,
en el momento preciso de la aurora?
Por favor,
denme un minuto de silencio
antes que los niños despierten,
y deba preparar el desayuno y las meriendas.

Será antes o después de amamantar al pequeño?
Será tal vez en el camino al trabajo,
en los tres minutos de cada semáforo.
No será. No me gusta el rojo ni el amarillo,
me gusta el verde y su esperanza.
Tampoco da tiempo, debo partir rauda
para no llegar tarde al trabajo.
Será mas tarde, en el almuerzo apresurado
entre las compras del mercado.
O más, aun más tarde
cuando finaliza la jornada,
en la hora pico
cuando los conductores de buses y taxis
blasfemen por lo lento que conduzco,
por mi indecisión en las esquinas
e invadan mi carril amenazantes
mientras el atardecer
se tiñe de colores bellísimos
reflejados en el cabello
de las niñas que venden en los semáforos.
Ya se! Será cuando llegue a casa,
después de preparar la cena,
revisar las cuentas,
ayudar a los niños con las tareas
y escuchar las anécdotas del día
después de besarlos y abrazarlos
y también, no se me olvide,
de llamar a los abuelos.
No, definitivamente, será después,
cuando todos duerman
y otra vez, como dieciséis horas antes
me encuentre conspirando
en el silencio delicioso.
Sabén, tengo sueño.
Mañana escribiré mi obra maestra.

Las Caras de Colaboración Académica en Centro América: Relación entre SALTRA y Universidad de Texas, Escuela de Salud Pública

Sarah A. Felknor, DrPH
Escuela de Salud Pública
Universidad de Texas

Antecedentes

Desde 1995, la Universidad de Texas, Escuela de Salud Pública (UT SPH) y su Centro Suroeste de Salud Ocupacional y Ambiental (SWCOEH) han tenido colaboraciones muy productivas y activas con distintas instituciones de la Región, incluyendo SALTRA y dos instituciones: la Universidad Nacional – Heredia de Costa Rica (UNA) y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León (UNAN-León). Esta colaboración tuvo sus raíces en una colaboración histórica entre la UT SPH y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) durante los años 1994 – 2002, para el desarrollo de un programa nacional de capacitación en salud y seguridad para trabajadores hospitalarios de la CCSS.

Esta colaboración creció para incluir colaboraciones científicas y educativas con la UNA y UNAN-León a través del desarrollo de cursos académicos de corto plazo, proyectos de investigación en factores de riesgo para accidentes y exposiciones laborales, desarrollo de programas de prevención, y apoyo para la diseminación de información científica a las comunidades de interés.

Características de Colaboración

El desarrollo de las colaboraciones con las instituciones anfitrionas ha sido guiada por unas características importantes en el desarrollo de colaboraciones sostenibles. Estas características son:

1. Enfocar la colaboración en instituciones existentes y productivas en el campo, para no crear sistemas administrativos no sostenibles;
2. Crear y trabajar dentro un ambiente de respeto mutuo;
3. Incluir un componente fuerte de capacitación a todos los niveles, para asegurar que las herramientas se queden en el país anfitrión, y para apoyar el desarrollo de recursos humanos e intelectuales;
4. Desarrollar una infraestructura para programas de investigación para facilitar y apoyar el éxito de investigación y docencia.

Programa Fogarty

En 1995, la UT SPH recibió una subvención del Instituto Nacional de Salud (NIH) Centro Internacional Fogarty (FIC) de los Estados Unidos para el desarrollo de colaboraciones científicas y educativas con varias instituciones en la Región de Latino América. El Programa Fogarty del SWCOEH ha sido incluido en México, Nicaragua, Costa Rica, Venezuela y Colombia. Desde 2005, el enfoque del Programa Fogarty de UT SPH ha incluido las instituciones en Nicaragua (UNAN – León), Costa Rica (UNA) y Colombia (Pontificia Universidad Javeriana).

La meta global del Programa Fogarty ha sido el desarrollo de la capacidad de los profesionales en salud ocupacional y ambiental en América Latina, para responder a la mortalidad y morbilidad asociadas a los riesgos y exposiciones ocupacionales y ambientales. Los objetivos específicos han sido la capacitación de científicos y profesionales en el campo; el desarrollo de redes de colaboradores en salud ocupacional y ambiental en la región; y el desarrollo de programas de prevención. El Programa Fogarty de la UT SPH tiene varios componentes para facilitar el logro de las metas y objetivos.

Formación profesional de largo plazo: El Programa Fogarty provee subvención de la matrícula y vivienda para estudios de maestría y/o doctorado en salud ocupacional. Los estudios de maestría hoy en día están localizados en los países anfitriones que tienen programas de formación excelentes. Estudios al nivel del doctorado se realizan en Houston en la UT SPH.

Proyectos pilotos de investigación: Este componente del Programa Fogarty provee fondos para la subvención de proyectos pilotos de

investigación; típicamente proyectos de tesis para los estudiantes de las instituciones anfitrionas. También, los proyectos pilotos de investigación sirven para aumentar el desarrollo de centros de investigación sostenibles.

Formación continua: Los docentes de la UT SPH en colaboración con los docentes anfitriones, identifican temas o capacitaciones de interés y necesidad, y juntos desarrollan cursos cortos y enfocados. Esto ha sido una colaboración no solamente norte-sur, sino sur-sur y sur-norte, utilizando los mejores recursos que existen para facilitar el mejor uso e intercambio de docentes.

Diseminación de información: El Programa Fogarty de la UT SPH ha apoyado la diseminación de revistas científicas y arbitradas en salud ocupacional, a través de la revista *Salud de los Trabajadores* (Venezuela) y la revista *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (España). La diseminación de información científica ha incluido apoyo y participación en conferencias y talleres en la Región y al nivel global.

Distribución de Fondos

Casi 90% de los fondos del Programa Fogarty de la UT SPH se gasta en los países colaboradores (no USA) o en subvención de extranjeros a UT Houston para estudios de doctorado. La distribución de fondos ha sido factible a través de contratos para proyectos y/o la subvención de matrícula en el país anfitrión. El proceso de contratación ha asegurado expectativas claras para el uso de los fondos, el recibo de entregables, y compromiso para el desarrollo de publicaciones.

Logros a la Fecha

Desde el inicio del Programa Fogarty de la UT SPH en 1995, hemos logrado en conjunto con los colaboradores claves en los países de la Región, más de una docena de graduados con la maestría en salud ocupacional, con casi 50% de ellos formados en la UT SPH en Houston, y 50% formados en los países anfitriones. Hemos logrado 7 doctorados en salud y seguridad ocupacional en toda la Región (incluyendo México, Costa Rica, Colombia y Venezuela) desde 1995, y un nuevo doctorado desde Costa Rica empezó en septiembre 2009. Por año, hemos logrado 2 – 3 proyectos pilotos de investigación que han servido como proyectos de tesis y/o proyectos que resultaron en el desarrollo de la infraestructura de investigación. Unos de ellos resultaron en publicaciones, y ayudaron en la búsqueda de fondos adicionales de otras fuentes.

Hemos también logrado una serie de presentaciones en conferencias científicas internacionales por varios docentes y estudiantes de las instituciones anfitrionas; talleres en donde los colaboradores de todos los países se reúnen para desarrollar los planes para el futuro del Programa Fogarty de la UT SPH; y el desarrollo de reportes anuales al NIH, en lo cual podemos documentar la evaluación continua de los índices del programa.

El Gran Reto – El Futuro

Debido a la escasez de fondos para actividades internacionales, nos urge vincular los países colaboradores con otras oportunidades de subvención para investigación. Los docentes de las instituciones de SALTRA y del Programa Fogarty UT SPH estamos mirando mas allá para buscar activamente otras fuentes de subvención y aprovechar las redes que existen para implementar actividades en conjunto. En la mirada al futuro vemos las caras de colaboración que han guiado este proceso de los últimos quince años.

PERSPECTIVAS FUTURAS DE SALTRA

Catharina Wesseling
Directora Regional



El próximo 31 de diciembre es la fecha en que la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Asdi) retira definitivamente su apoyo financiero a SALTRA. Se acerca el final de una década de compartir visiones sobre problemas de desarrollo y sus soluciones. Fue en el siglo pasado, en 1998, cuando se iniciaron las gestiones con Asdi para establecer un programa de construcción de capacidades centroamericanas al largo plazo con el fin de mejorar las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores centroamericanos. A diez años de transcurrido el nuevo siglo XXI, la situación política y económica global es otra. Estamos inmersos en un mundo en crisis donde la inequidad persiste y crece.

En este mundo endurecido, la salud ocupacional y la salud ambiental ya no aparecen como temas prioritarios en las agendas de desarrollo. Hoy, la visión internacional del combate de la pobreza luce más limitada, más enfocada sobre ayuda humanitaria y menos orientada hacia la construcción de capacidades.

Es como si la cooperación internacional se haya resignado en su fracaso para lograr el desarrollo sostenible y ahora se confine a aliviar el sufrimiento humano extremo como situaciones de post-guerra y hambrunas. América Central no es una región destinataria de este tipo de ayuda, a pesar de que la pobreza está presente en una proporción muy alta de sus familias, en algunos países hasta en un 60-70%.

No obstante esta situación, SALTRA está convencido que, para el combate de la pobreza y miseria en América Central, debemos continuar nuestro largo camino ya emprendido en búsqueda de condiciones de trabajo y de vida dignas. Condiciones ocupacionales y ambientales deficientes son determinantes centrales para la pobreza, la inequidad, la desesperanza y la violencia.

Durante la Fase I, los integrantes de SALTRA hemos mostrado que, con recursos moderados y gran compromiso, es posible unir esfuerzos entre países hermanos, alcanzando una integración centroamericana donde nos apoyamos mutuamente, donde aprendemos los unos de los otros y donde logramos sinergia en nuestras acciones. Sigamos por este camino! Los esfuerzos de SALTRA durante 2009 han dejado muchas semillas sembradas.

Grupos de SALTRA han elaborado propuestas de proyectos nacionales y regionales, tales como la Red Centroamericana de Centros Toxicológicos (REDCIATOX), propuesta bajo el liderazgo de SALTRA-Guatemala y SALTRA-Panamá junto con todos los otros países, incluyendo fortalecimiento, investigación, capacitación e intercambio regional en salud ocupacional y ambiental desde los centros ya existentes. Varios grupos ya han obtenido éxito en su búsqueda de financiamiento, incluyendo la determinación de la exposición ambiental al plomo en El Salvador;

capacitación básica en ergonomía en Nicaragua, un congreso centroamericano de toxicología; y en Costa Rica un plan integral para fincas de café con población trabajadora migrante; la exposición de trabajadores de la caña a calor extremo; y un la formación de una red interdisciplinaria de investigadores centroamericanos y mexicanos para el estudio de la enfermedad renal crónica.

Además de la gestión de proyectos en temas específicos, es preciso mantener la estructura de SALTRA, tanto a los niveles nacionales como al nivel regional, ya que esta estructura permite las colaboraciones tipo sur-sur y la integración centroamericana en salud ocupacional y ambiental. Con este fin, la dirección regional de SALTRA ha elaborado propuestas para agencias financieras, pero el resultado de estas gestiones es incierto al corto plazo. Para explorar soluciones, en agosto del 2009, SALTRA celebró el taller 'Perspectivas futuras de SALTRA' en Costa Rica. Participaron los coordinadores nacionales de SALTRA de los siete países y nuestros colaboradores suecos, así como representantes de universidades centroamericanas y del Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA), la OPS y la Universidad de Texas.

Todos los participantes reconocieron la importancia de la continuación y sostenibilidad de SALTRA. Se discutió la formación de una estructura centroamericana con un centro nacional en salud ocupacional y ambiental ubicado en la universidad coordinadora de SALTRA de cada país con un centro con funciones de coordinación regional en la Universidad Nacional de Costa Rica. Todos los centros mantendrán vínculos estrechos con los demás actores sociales en salud ocupacional y ambiental, incluyendo ministerios de trabajo, salud y ambiente, instituciones de seguro social, otras universidades, empresas con sus trabajadores y organizaciones de trabajadores, empresarios y comunidades.

Las universidades estatales centroamericanas tienen un mandato explícito de contribuir a la solución de los más graves problemas de la sociedad. Esto y el hecho que hay capacidad instalada en salud ocupacional y ambiental en universidades centroamericanas, explican el gran interés de sus autoridades para integrarse en la formación de estos centros. Quedó evidente en el taller, además, la disposición de grupos internacionales importantes de seguir apoyando la construcción de capacidades en la región en el contexto de SALTRA.

Finalmente, la coordinadora nacional de SALTRA-Panamá, Hilda Acosta, realizó una gira por países centroamericanos. Los coordinadores nacionales en estos países organizaron talleres con participación de diferentes actores sociales, donde ella presentó la experiencia exitosa de Panamá para establecer una fuerte estructura interinstitucional nacional, señalando cómo la Red SALTRA-Panamá funciona con gran entusiasmo y cómo la Universidad de Panamá y otras organizaciones panameñas se han debidamente apropiado de proyectos SALTRA asumiendo tareas iniciadas en la Fase I de SALTRA. En los talleres quedó evidente que es la voluntad de muchos actores seguir colaborando dentro de la estructura de SALTRA. Como lo expresó uno de los participantes del taller en Guatemala: 'Ahora, en época de vacas flacas, juntar nuestros esfuerzos es más importante que nunca'. Hablo en nombre de muchos cuando expreso mi firme esperanza que nuestra estrategia prosperará.

¿DESARROLLO HUMANO Y LABORAL ES REALMENTE MEJOR? LO QUE DICEN INDICADORES ESTADÍSTICOS CENTROAMERICANOS

Timo Partanen, Aurora Aragón

Son escasos los datos centroamericanos que informan directamente sobre la salud de los trabajadores/as y/o determinantes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, sociales, organizativos y psicológicos de las enfermedades, lesiones y accidentes. Las estadísticas de enfermedades y accidentes laborales son incompletas. Los datos de determinantes estructurales y más generales son más amplios pero aún deficientes. En Centroamérica como en otros países del mundo, los determinantes económicos y sociales de la reproducción, la protección y la promoción de salud ocupacional son múltiples y necesitan documentación.

La Población Económicamente Activa centroamericana consiste de 15.1 millones de personas. La fuerza laboral en la agricultura disminuyó entre 1995 y 2005 en todos los países, mientras que el sector secundario creció significativamente solo en Guatemala.

El sector terciario creció especialmente en Honduras y Nicaragua (los dos países con las más bajas proporciones de población terciaria en el año 1995) y en Belice. Sin embargo, la proporción del Producto Interno Bruto en el sector terciario en 2005 fue más alto en Panamá (76.3%). Estos cálculos excluyen los servicios de intermediación financiera.

La expectativa de vida ha incrementado en todos los países centroamericanos en los últimos 20 años. La expectativa de vida de Costa Rica (75.8 años para los hombres y 80.6 años para las mujeres) muy cercano a los países desarrollados, con la posición 25 de los países del mundo.

Tanto Costa Rica como Panamá tienen mayor número de médicos por 10 mil habitantes en la escala latinoamericana (19.2 para Costa Rica, 13.5 para Panamá), mientras Guatemala tiene la mayor tasa de enfermeras en Centroamérica. Costa Rica y Panamá tienen la mayor proporción de gasto público en salud.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo calcula un Índice de Desarrollo Humano (IDH) cada año para los países del mundo. El IDH integra tres conceptos: longevidad, nivel educacional y nivel de vida. Todos los países centroamericanos han mejorado sus valores del IDH y ocuparon posiciones 50 (Costa Rica) hasta 121 (Guatemala) entre 179 países en el año 2006. Entre los países de América Latina y el Caribe que obtuvieron mejores índices que Costa Rica, estuvieron: Barbados (posición 37), Chile (40), Argentina (46), Uruguay (47), Cuba (48) y Bahamas (49), mientras los más bajos se encontraron en Haití (148), Guatemala (121), Nicaragua (120), Honduras (117), Bolivia (111), El Salvador (101), y Paraguay (98).

La pobreza está relacionada de muchas maneras con las condiciones de vida y trabajo, haciendo que los pobres sean vulnerables a peligros y riesgos a la salud, teniendo en el trabajo poca o nula accesibilidad a servicios de atención, promoción y prevención. Las limitadas oportunidades de trabajo muchas veces son de mala calidad, y las condiciones de trabajo son riesgosas e inseguras.

El 46.5% de la población centroamericana vive en pobreza. Esto es un porcentaje muy alto, aún más alto que el de toda América Latina (34.1%). Vale la pena notar que este porcentaje está sustancialmente más alto en Honduras y Nicaragua (68.9% y 61.9%,

respectivamente); en poblaciones rurales de toda Centroamérica, 83%); y entre los indígenas (77.4% en Guatemala, y 95.4% en Panamá).

Completando este perfil con las menores oportunidades y la vulnerabilidad de las mujeres en el mercado laboral, emerge una intersección de clase, género, etnicidad, informalidad, precariedad y exclusión, además de un enorme desperdicio de recursos humanos, y también un desafío a la promoción de salud ocupacional y pública para una población que oscila entre desempleo y condiciones precarias de trabajo informal.

Los derechos básicos de los trabajadores centroamericanos parecen estar garantizados si observamos las legislaciones de cada uno de los países. Sin embargo la implementación de las leyes, el seguimiento de las mismas, en países donde las diferencias son marcadas en la educación, equidad de género, etnicidad y donde el acceso al empleo y los cambios constantes de políticas de los gobiernos nacionales, sumado a la globalización, complejizan el efectivo cumplimiento de los derechos laborales de los y las trabajadoras, así como el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo y salud, sin olvidar las grandes poblaciones rurales y el empleo informal.

Hay una clara variación en los derechos e índices de las y los trabajadores en los diferentes países centroamericanos. Las desigualdades entre las mujeres y los hombres siguen siendo grandes en todos los países centroamericanos.

El número de los inspectores del trabajo es bajo en estos países, y no está claro qué cantidad de estos inspectores están abordando la salud ocupacional durante sus inspecciones. Lo que sí es claro, es que la economía informal está fuera de las inspecciones.

La libertad de asociación no está completamente garantizada. Pocos sindicatos tienen el enfoque en salud ocupacional. Estos sindicatos además no tienen muchos recursos para impulsar acciones de promoción y prevención de la salud de los y las trabajadoras en vista que la lucha por salarios y el derecho al trabajo está por encima de la lucha por condiciones dignas de trabajo.

La situación educativa centroamericana necesita mucho esfuerzo público de mejoramiento. Esto es extremadamente importante especialmente en los países con indicadores bajos de educación como El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Una consideración importante de inequidad dentro un país es que las tasas de alfabetismo y otras tasas de educación son promedios, y varían entre clases sociales, géneros, grupos étnicos y entre poblaciones urbanas y rurales. Así, la diferencia entre hombres y mujeres de analfabetismo fue enorme en Guatemala (20.9% y 35.4% respectivamente). La tasa de analfabetismo en la Comarca Ngöbe Buglé en Panamá en el año 2000 fue 45.9% (en todo Panamá, 7%).

Considerando la salud ocupacional, educación es un factor fundamental para aumentar el nivel de calificación general de la fuerza laboral, para abrir oportunidades de trabajos más dignos y mejor remuneración, para disminuir el desempleo, el sub-empleo y trabajos

¿DESARROLLO HUMANO Y LABORAL ES REALMENTE MEJOR? LO QUE DICEN INDICADORES ESTADÍSTICOS CENTROAMERICANOS (cont.)

precarios, para la concientización de la población sobre la promoción de la salud, incluyendo salud ocupacional, y para el empoderamiento de los vulnerables, incluyendo indígenas y mujeres.

A corto y largo plazo, uno de los primeros pasos hacia la realización del trabajo saludable, digno y equitativo en los países centroamericanos puede ser la ratificación e implementación del Convenio C187 de la Organización Internacional de Trabajo, sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo. El Convenio requiere establecimiento, mantenimiento y desarrollo de:

- una política nacional sobre seguridad y salud en el trabajo y el medio ambiente de trabajo;
- un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo (infraestructura);
- un programa nacional de seguridad y salud en el trabajo;
- una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud en todos los niveles.

Se pueden considerar una gran cantidad de medidas especiales centrales para la salud de los trabajadores. Estos dependen de los requerimientos populares y condiciones políticas de cada país. Como sugerencias específicas para consideración se puede mencionar:

1. La regulación eficiente y factible por legislación normativa y su implementación, regulando las exposiciones y otras condiciones peligrosas del trabajo, incluyendo la responsabilidad del empleador, el principio de precaución, valoración y seguimiento de los peligros y los riesgos, la protección de los vulnerables y la seguridad; cubriendo también la agricultura, la economía informal, las pequeñas y medianas empresas (PYME), trabajo contratado o a destajo, y las maquiladoras.
2. Los servicios de la salud ocupacional legalmente determinados y controlados con funciones de diagnóstico, tratamiento, prevención, promoción y rehabilitación.

3. Entrenamiento, educación, formación, sensibilización y enseñanza en la promoción de la salud y la seguridad, higiene, psicología y ergonomía ocupacional en todos niveles. Formación de médicos especializados en medicina ocupacional y enfermeras, psicólogos, ergonomistas, e higienistas ocupacionales.

4. Organización libre de los trabajadores; la negociación colectiva; establecimiento y funcionamiento de las comisiones mixtas legalmente determinados y controlados, con recursos suficientes; elección de representantes en asuntos de salud ocupacional.

5. La supresión de discriminación, subordinación y todo tipo de violencia contra los vulnerables, incluyendo mujeres e indígenas y los afro-descendientes.

6. Protección particular de la salud de los trabajadores en la economía informal, en las microempresas, y los por cuenta propia.

7. Las medidas de la prohibición y la eliminación al menos de las peores formas de trabajo infantil.

8. El registro de:

- - accidentes y enfermedades ocupacionales, basados en listados pertinentes de estas lesiones con cobertura a trabajadores informales,
- - perfiles y encuestas nacionales de las condiciones de trabajo,
- - importación, producción y uso de sustancias químicas.

9. Establecimiento de la inspección laboral y control eficiente a las empresas sobre las condiciones laborales.

El establecimiento de un Instituto Centroamericano de Salud y Seguridad Ocupacional y los Institutos Nacionales de Salud y Seguridad Ocupacional para investigaciones, divulgación, entrenamiento y servicios especiales de medicina, psicología, higiene y ergonomía ocupacional.

¿Cómo se van a hacer realidad estas reformas de manera efectiva? Dependerá del desarrollo político y social de cada uno de los países centroamericanos.

Indicadores básicos, América Central
BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. C.A.: Centroamérica. ND: No datos.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN	C.A.
Población, millones 2007	0.3	4.5	7.1	13.3	7.2	5.6	3.3	41.3
Población económicamente activa (PEA), 2006, millones (1)	0.11	1.9	2.8	5.4	2.8	2.2	1.4	15.1
Distribución sectorial del producto interno bruto 2005, % (3)								
Primario (agropecuaria, minería)	13.5	8.5	10.4	14.3	13.8	19.3	8.4	11.7
Secundario (industria, electricidad, agua, construcción)	15.7	27.8	28.1	27.4	26.9	27.3	15.3	25.6
Terciario (servicios)	70.8	63.7	61.4	58.3	59.3	53.4	76.3	62.7
Expectativa de vida al nacimiento, años (5), 2000-2005								
Total	75.6	78.1	70.7	69.0	68.6	70.8	74.7	
Hombres	72.8	75.8	67.7	65.5	64.8	68.0	72.3	
Mujeres	78.8	80.6	73.3	72.5	72.6	73.8	77.4	
Posición mundial relativa, 2006 (2)	41	25	88	102	105	76	46	
Índice de Desarrollo Humano (IDH), 2006								
Posición mundial relativa entre 179 países	88	50	101	121	117	120	58	
Índice de potenciación de género (IPG), 2005								
Posición mundial relativa entre 179 países (4)	88	50	101	121	117	120	58	
Personas en pobreza, % de la población, 2005-2008 (2)	ND	18.6	47.5	54.8	68.9	61.9	29.0	46.5
Sin educación o primaria completa, 2006, % de la fuerza de trabajo (1)	ND	15.0	37.0	53.6	42.3	37.5	12.8	38.7

(1) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2007/2008 (<http://hdrstats.undp.org>). (2) ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas). (3) Programa Estado de la Nación - Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pava, Costa Rica 2008. (4) El IPG mide el nivel de participación política y económica, poder de decisión, y control sobre los recursos económicos de las mujeres. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2007/2008. (5) ONU/División de Población (<http://esa.un.org/unpp>).

Salud de las mujeres y el mundo laboral

Rocío Sáenz Madrigal, SALTRA/IRET, Universidad Nacional, Costa Rica

En las tres últimas décadas, se conoce literatura e intervenciones dedicadas al análisis de las políticas en salud y su impacto en las áreas geográficas y grupos de población. Se ha profundizado bastante en la formulación y procesos, así como en los resultados e impactos de esas políticas. Desde los resultados de las políticas y gracias a los movimientos de mujeres, se logró avanzar en la definición y explicación de los perfiles de salud diferenciados de hombres y mujeres, permitiendo la construcción de políticas públicas más inclusivas.

La educación de las mujeres es una de las políticas básicas para disminuir las desigualdades, los efectos se constatan con la reducción del analfabetismo, en el grado de estudios y en empleos de calidad; sin embargo, otros sectores han encontrado dificultades en la reducción de las desigualdades. Las mayores limitantes se hallan en el acceso y uso de los servicios básicos y en los ingresos para trabajos similares a los de los hombres.

La necesidad de construir, desarrollar y evaluar políticas de salud incluyentes, parte de la concepción de género como construcción social, que define ámbitos de identidad y posición, y los sitúa en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Esas relaciones se concretizan en contextos y espacios específicos (domiciliar, comunitario y laboral) que permite explicar problemas de salud colectivos más allá de los aspectos biomédicos.

No aceptar que algunas diferencias entre los perfiles de salud de las mujeres y los hombres pueden ser explicadas por las diferencias en la construcción cultural de género, es una decisión que perpetúa y no enfrenta las desigualdades. Dicho de otra manera, la construcción de género tiene su impacto en las diferentes formas de enfermar y morir de hombres y mujeres, y demanda la adopción de una ética en busca de la equidad. La equidad en el acceso y uso de los recursos (laborales, salud, educación) ofrece una dimensión de análisis sobre las distintas formas de distribución del trabajo, la asignación, el acceso, control y flujo de los recursos hacia la persona, el hogar y la comunidad.

La posibilidad real de mujeres y hombres en la toma de decisiones de su propia salud: selección de tiempos y tipos de alimentación, uso de espacios para la recreación, manejo de la sexualidad, modalidades de convivencia; particularidades de la inserción laboral o el uso de los servicios de salud, son algunas de las expresiones concretas de esas diferencias.

En la inter-relación mujer-trabajo-salud, es necesario reconocer que: (i) la mayoría de los estudios de salud ocupacional se concentran en ocupaciones y espacios laborales donde predominan los hombres (estudios en el proceso de fabricación de vehículos, planes ergonómicos dirigidos a varones); (ii) la respuesta de la salud ocupacional es limitada para el mercado laboral femenino (trabajo doméstico, maquilas, vendedoras, sodas y restaurantes); (iii) la explicación de problemas de salud laboral de las mujeres enfrenta retos epistemológicos y metodológicos, no siempre fáciles de resolver dada la doble carga laboral - en el trabajo y en el hogar.

Por su parte, las mujeres pobres y jefas de hogar concentran riesgos para su salud. Por lo general, el nivel educativo es menor; viven en sitios de alto riesgo y expuestas a fenómenos naturales; las condiciones de las viviendas son precarias; realizan trabajos poco remunerados, con sobre-carga horaria; tienen dificultades para el acceso a los servicios de salud. Los salarios bajos se traducen en una mayor vulnerabilidad de las mujeres en condiciones de pobreza. Escasos estudios se tienen del perfil de salud de las mujeres en el sector informal de la economía.

Al abordar los problemas de salud de las mujeres, los investigadores y tomadores de decisiones se enfrentan a la disyuntiva de como abordar el trabajo productivo y reproductivo.

Esa vinculación permitiría rescatar el valor económico: explicar la sub-valoración del trabajo de las mujeres y las relaciones jerárquicas de sexo en el trabajo; así como reconocer los efectos de su interrelación o coexistencia en la explicación de los problemas de salud, y en el desarrollo de estrategias de atención en salud.

Entrevista a Investigadora-docente Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua



Dra. Teresa Rodríguez

¿Cuál es su formación académica y que tipo de trabajo realizas?

Médico, MSc en la especialidad de Toxicología, Doctorando en Medicina ambiental y ocupacional.

¿Como mujer y profesional, podría decirnos cómo es la combinación entre su trabajo y su familia?

Es complicado, sobre todo porque en este momento tengo un triple rol, ya que además de mi trabajo en CISTA/UNAN-León y de ser esposa y madre, ahora también soy estudiante de doctorado. Equilibrar estos tres roles es difícil sobre todo porque quiero cumplir bien en todo y no siempre se puede. Hay que ser muy disciplinado en la organización del tiempo, y a veces tengo que terminar sacrificando mi tiempo de descanso y recreación para cumplir con algún compromiso laboral o de mi doctorado, y en ese caso mi familia lo resiente. Pero también puede darse la situación inversa, que se me critique cuando tengo que decir que no a una actividad laboral o académica por cumplir con un compromiso familiar. A lo mejor nunca descubra como lograr una combinación perfecta, pero lo importante es que yo no me sentiría completa si tuviera que prescindir de alguna de las cosas que hago, y para mí lo más importante es dar calidad de

tiempo y saber elegir los momentos en que debo dar la prioridad a cada uno de los ámbitos en que me desenvuelvo.

¿Cómo piensa que se podría mejorar la salud ocupacional en Centro América?

En principio hace falta establecer un buen sistema de identificación y clasificación de las enfermedades laborales ya que mientras éstas sigan diagnosticándose y tratándose como enfermedades comunes no vamos a poder dar un paso hacia la prevención.

Hay que promover la implementación de políticas específicas para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de nuestros países.

Desde las universidades podemos contribuir formando profesionales con especialidad en salud ocupacional y áreas relacionadas e introduciendo la salud y seguridad ocupacional en los planes de enseñanza de las carreras en ciencias de la salud.

¿Que le gustaría decirle a los lectores de las noticias?

Que agradezco la oportunidad que me dieron los editores de las noticias de expresar mi opinión en este tema y espero que podamos seguir poniendo nuestro granito de arena al desarrollo de la salud ocupacional.

Conceptos de salud de mujeres trabajadoras en Nicaragua

Arlen Soto, Fernando Conde, Aurora Aragón, Indiana López

En el contexto social, la mujer es quien generalmente tiene poder y hegemonía en los cuidados de salud de la familia, por tanto su concepción de salud es relevante para mejorar la salud en los conglomerados sociales donde se desenvuelve.

Se realizó un estudio en la ciudad de León, Nicaragua, con el fin de identificar percepciones y conceptualizaciones de las mujeres en relación a la salud. Para ello se hizo uso de la metodología cualitativa, usando la técnica de grupos focales.

Se entrevistaron 7 grupos de mujeres que realizaban diferentes tipos de trabajo (venta, servicio doméstico, enfermeras, maestras y trabajadoras de maquila.) con edades entre 20-40 años. Los criterios de selección de las participantes fueron: heterogeneidad de ocupaciones y pertinencia en términos de la división básica estructural informalidad/formalidad. Se hizo un análisis sociológico y de contenido que permitió identificar cinco conceptos de salud.

El **concepto tradicional** se ha propuesto para denominar la concepción de la salud basada en moralidad, costumbres, tradiciones y creencias, asociado a condiciones laborales desprotegidas. El aspecto determinante en este concepto es que al explicar el origen de los problemas de salud se enfatiza en el contraste entre: lo frío y lo cálido y lo húmedo y lo seco.

Las mujeres afirman que el contraste del frío con el calor y lo húmedo con lo seco es la causa de los malestares físicos que ellas padecen y por tanto consideran que deben evitar dichos contraste.

Concepto Maternal, relacionado con bienestar personal y familiar, vinculado con trabajos parcialmente desprotegidos y condiciones menos insalubres de quienes refieren el concepto tradicional. Los grupos de mujeres que destacan esta concepción ofrecen discursos elaborados, ante todo desde el rol de madres, por lo cual tienden a tener una concepción más holística y global de la salud. Todo lo relacionado a la salud tiene que ver con sus hijos, y no con ellas mismas.

Concepto Social, vinculado al bienestar social colectivo, mediado por condiciones materiales y redes sociales de mujeres con trabajos inestables; Los grupos de mujeres que proponen esta concepción se caracterizan principalmente por la inestabilidad laboral y la carencia de ingresos económicos estables. Pese a ello, muchas establecen vínculos sociales en las que predomina la camaradería y el apoyo social, situación que también ocurre en mujeres que trabajan dentro de la economía formal. En el marco de las condiciones materiales, la posibilidad de contar con un trabajo, es un aspecto social del que la mayoría de las mujeres asocia con su salud.

Concepto de equilibrio, es en una concepción a nivel más personal, se trata de mantener homeostasis dinámica entre el trabajo, hogar, y su propia personalidad, vinculado a la esfera psicosocial.

Los grupos de mujeres que hacen referencia a esta concepción son grupos que a pesar de estar dentro de la economía informal, enfrentar condiciones de intemperie, y tener las mismas limitaciones económicas y sociales que muchos otros grupos, se muestran más optimistas, caracterizándoles la búsqueda de alternativas tanto en el campo laboral como en sus formas de vida.

Concepto biomédico, se ve la salud como ausencia de enfermedad. Citado por mujeres que tienen trabajos más estables, que gozan de beneficios sociales. Incluso en sus expresiones utilizan términos médicos en la descripción de sus padecimientos. El tratamiento farmacológico es esencial para el mantenimiento de la salud.



La mayoría de nosotras nos enfermamos del trabajo que se hace en el campo, nosotras como lo vivimos sabemos que si vamos a la 6 de la mañana al campo y venimos a las 11, a la 1 del día, nosotras no venimos en condiciones de mojar nos las manos, ni bañarnos, sabemos que fácilmente padecemos de artritis, de dolores en la espalda, camillas, de resfriado dolores de cabeza, maluqueras del cuerpo, tos.

(Grupo de mujeres campesinas)



"Uno se tiene que preocupar por la salud de sus hijos"

"Es que lo más importante es los hijos"

(Grupo domésticas)



"He estado en unos estados depresivos fuertes, me agobia a mí, la falta del trabajo me hace caer en mis estados depresivos"

(Mujeres con diferentes oficios 2004)

"Entonces yo considero que cuando nosotros nos sentimos así, desesperadas porque en el trabajo hay una serie de estrés, buscamos soluciones, somos, compartimos, el gremio del magisterio comparte con su alrededor, bueno y nosotros somos casi psicólogas, vuelvo a repetir nosotros arreglamos de todo"

(Grupo maestras y enfermeras 2004)



"Mi trabajo es de lunes a domingo, yo no descanso, y también para no deprimirme tanto, yo busco como trabajar, como entretenerme en algo, porque si yo estoy así, o sea entre las situaciones económicas y las situaciones psicológicas, la depresión es un factor tremendo, y entonces yo busco como, hasta acostarme rendida"

(Mujeres con diferentes oficios 2004)



"No tener ninguna enfermedad, comer bien, tener sus vitaminas"

(Grupo de maestras y enfermeras 1999)

"Tengo una extrasístola en el corazón, me tomo el tratamiento y sigo adelante"

(Grupo maestras y enfermeras 2004)

CONSTRUYE SALUD EN CADA PROGRAMA: EVALUACIÓN DE IMPACTO EN LA SALUD (EIS)

Timo Partanen
Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas
(IRET)

QUE ES EVALUACION DE IMPACTO EN LA SALUD?

La Evaluación de Impacto en la Salud (EIS), es el procedimiento y metodología para la pre-evaluación de impactos potenciales en la salud de una población, antes de la implementación de una propuesta legislativa, política, de programa o proyecto. Así la EIS influirá en la decisión. Se necesita evaluar los efectos predecibles tanto intencionales como no intencionales y no considerados. EIS es prospectiva, así distinta de las evaluaciones transversales, o retrospectivas de impactos de intervenciones.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD ES:

- Predictiva
- Análisis de la propuesta misma
- Basada en la evidencia disponible o fácilmente recolectada
- Sencilla y rápida
- Multidisciplinaria
- En algunos países (Quebec/Canadá, Holanda) se ha institucionalizado la EIS, frecuentemente integrada en la legislación, a veces en la forma relacionada de Evaluación de Impacto Ambiental (EIA)
- Distinta de la evaluación de impacto *después* de la implementación de una legislación, política, programa o proyecto
- Local, departamental o nacional
- Conductiva al mayor grado de democracia y participación comunitaria, al incluir activamente a la población en la evaluación, y al evaluar impactos a los vulnerables (niños, adolescentes, mujeres, indígenas, etc.) y al incluir impactos en inequidades de salud
- Basado en datos de salud y de los determinantes de la salud, pertinentes a la propuesta.

PRINCIPIOS

Los principios que deben regir cada EIS son:

- Ajustes en las políticas
- Equidad
- Democracia
- Desarrollo sostenible
- Uso ético de evidencia

PROCEDIMIENTO GENERAL

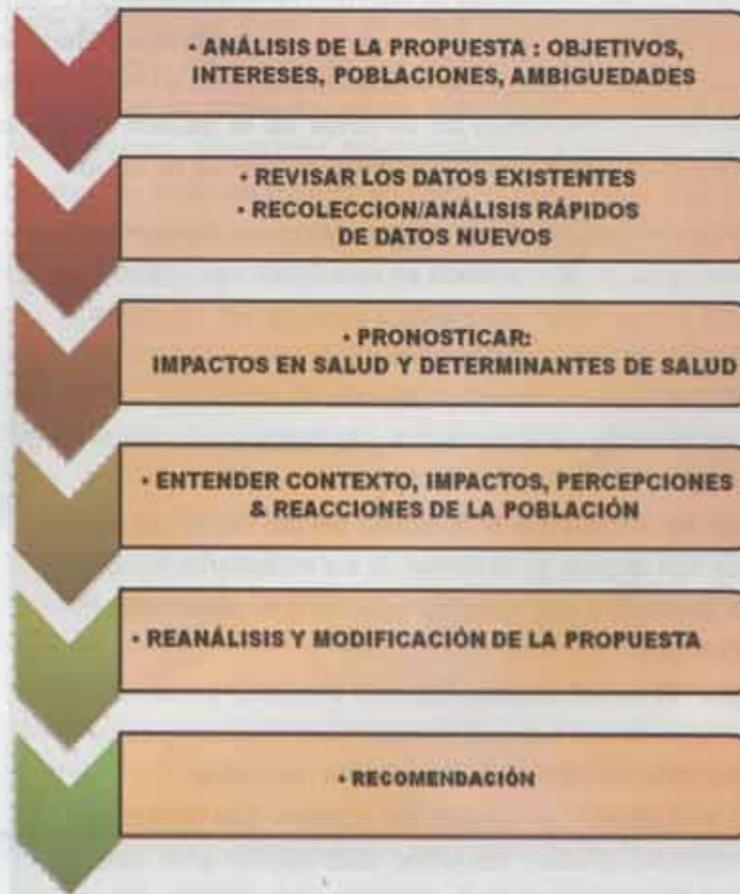
La figura muestra el procedimiento general de la evaluación de impactos en salud y sus determinantes. La propuesta normalmente viene de afuera (por ejemplo, de una oficina, de un ministerio) para evaluación. Un pre-análisis de la propuesta identifica los objetivos, intereses, poblaciones potencialmente impactadas y sus estructuras. En caso de ambigüedades, cosas mal especificadas o conflictivas, imposibilidades o superficiales, se devuelve la propuesta a la fuente para su revisión.

Una vez que la propuesta es evaluable, se revisarán los datos ya existentes sobre los impactos demostrados, probables y posibles en la salud y sus determinantes de intervenciones, acciones o exposiciones en poblaciones y contextos semejantes. Se puede completar estos datos con nueva información contextual, obtenidos por métodos rápidos cuali o cuantitativos.

El análisis de los datos determina el pronóstico de los impactos de la propuesta en la población concreta, con entendimiento del contexto, percepciones, preocupaciones y esperanzas.

Basado en el análisis se modifica la propuesta y se hacen recomendaciones de acción.

Procedimiento de Evaluación de Impacto en la Salud



DATOS

Los datos pertinentes de la salud y sus determinantes, necesarios para la evaluación, pueden ser basados en:

- Estudios previos
- Revisiones de estudios y otra evidencia
- Nuevos datos rápidos participativos/no participativos: cuestionarios, grupos focales, entrevistas de personas claves, seminarios, consultorías.

APLICACIONES

El cuadro muestra ejemplos de aplicaciones de EIS.

Aplicaciones en salud ocupacional no han sido frecuentes pero son necesarias y altamente factibles.

Ejemplos de Evaluación de Impacto en la Salud

Reducción de uso de leña (Australia)	Regeneración urbana (Inglaterra)
Involucramiento de ciudadanos en planificación de servicios de salud (Canadá)	Control de insectos (Egipto)
Proyectos de irrigación / diques (Malaysia / Zimbabue)	Reducción de crimen (Inglaterra)
Política residencial (Gales)	Control de agua residual (Siria)
	Política nacional agricultura (Eslovenia)
Estrategia de transporte urbano (Inglaterra)	Estrategia nacional de alcohol (Inglaterra)
Reestructuración de aeropuerto (Holanda)	Política de tabaco (Holanda)

Literatura

Kenn J, Parry J, Palmer S. Health impact assessment. Oxford 2005: Oxford University Press.

Rodríguez Sordía DR, Priet Díaz VI. Criterios de salud en la evaluación del impacto ambiental de proyectos de desarrollo. Rev Cubana Hig Epidemiol 1999;37(1):25-31

NIÑOS TRABAJANDO EN NICARAGUA

Lylliam López Narváez, Arlen Soto Vanegas
Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.

En Nicaragua el trabajo infantil se da en todos los sectores de la economía, principalmente la agricultura, sector informal como venta ambulante, lustrando zapatos, limpiando vidrios en lo semáforo, picando piedra, recolectando conchas, entre otros, exponiéndose a muchos riesgos y afectando la salud en la esfera física y psicosocial.

Se realizó una investigación que pretendía la caracterización de las condiciones socioeconómicas, laborales y efectos físicos y psicosociales, con enfoque de derecho, en niños, niñas y adolescentes que recolectan conchas en el Municipio El Realejo, y niños, niñas y adolescentes que laboran picando piedras en la carretera El Viejo – Chinandega. Se hicieron entrevistas, grupos focales, encuestas y observaciones del trabajo. Participaron 112 niños, niñas y adolescentes que recogen conchas y 18 que pican piedras.

Con respecto a los niños, niñas y adolescentes que recolectan conchas, la mayoría era sexo masculino, entre 11-15 años, ninguno tiene condiciones básicas satisfechas. Trabajan con lodo, exponiéndose al sol, con espalda inclinada y agachada, y expuestos a picaduras de animales. El mayor porcentaje de las niñas/adolescentes consideran el trabajo aburrido, y los niños/adolescentes refieren que trabajan mucho. Heridas, golpes, picaduras de insectos, raya y alaranes ocurren con mayor frecuencia. Los niños, niñas y adolescentes refirieron haber padecido de enfermedades respiratorias, problemas en la piel como ronchas y picazón; y dolor en manos, pies y espalda. Manifestaron además síntomas de ansiedad, depresión y pensamientos mórbidos. Todos expresan sueños y aspiraciones de continuar sus estudios y deseo de cambiar la situación en que viven.

"Si desde luego estoy estudiando, es para salir de esta ñanga que estoy aburrido, me daña en mi cuerpo, en otras cosas"
(niños/adolescentes que recolectan conchas)

"A mí me gustaría ser "secretaria", "ser enfermera", "ser doctora", "estudiar computación"
(niñas/adolescentes que recolectan conchas)

Por su parte de los niños, niñas/adolescentes que pican piedra, 12 son varones y 6 son mujeres. El grupo predominante de edad es 13 a 16 años, 15 trabajan diariamente. La mayoría trabajan de 2 a 5 horas por día. Ocho de las nueve familias a las que pertenecen los niños presentan algún grado de hacinamiento, tienen viviendas inadecuadas y servicios básicos insuficientes. Sus padres refieren que el motivo principal por el cual trabajan es debido a la falta de trabajo e ingresos estables, al igual que los niños, niñas/adolescentes que recogen conchas.

"Para mí, para poder resolver el problema con mis hijos, es tener un trabajo justo, fijo, y ganar lo suficiente para así darle más a mis hijos, para que ya no se dediquen a la piedra, si no que, yo trabajando, va a ser una cosa diferente porque ellos ya van a tener lo que quieran, o sea que yo necesito un trabajo".

(Padre de familia, de niño que pica piedra)



Niño que recolecta conchas. El Realejo, Chinandega

En relación a las condiciones de trabajo, los niños, niñas y adolescentes que pican piedra, describen que su proceso de trabajo lo llevan a cabo sentado sobre una piedra y sin ninguna protección contra las agresiones del medio ambiente o accidentes. Refirieron estar expuestos al polvo, ruido, calor, sol, vibraciones, basura, lodo y sobrecarga muscular.

Dentro de los síntomas generales, y del aparato respiratorio se encontró, dolor de cabeza, seguido por la gripe, luego la tos, un mismo lugar ocupan la fiebre, el dolor abdominal y el dolor de garganta. Se logró identificar que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes aquejan algún síntoma del sistema músculo esquelético. 7 manifiestan síntomas dermatológicos. Se encontraron síntomas de ansiedad generalizada y síntomas de depresión.

Los diferentes actores sociales que participaron en las entrevistas, coinciden que estos tipos de trabajos, violentan los derechos humanos, sobre todo el legítimo derecho a la recreación y educación de los niños, niñas y adolescentes que trabajan recogiendo conchas y picando piedra.

"Son víctimas de maltrato, son víctimas de explotación, además de que ellos no pueden desarrollarse por estar en el trabajo, ellos no pueden estar jugando de acuerdo a la edad que tienen, no pueden estar estudiando y allí es donde se le están violando sus derechos"
(Actor social en la comunidad El Naranjo)

La inserción temprana de niños y niñas que biológicamente no están preparados y preparadas en el mundo laboral de los adultos, en labores tan peligrosas como recolectar conchas o picar piedra, puede significar un pobre desarrollo tanto físico como en la esfera cognitiva. Problemas como desnutrición crónica, retardo en su crecimiento, son efectos esperados si no se hace un alto para iniciar un proceso de retiro del trabajo infantil y adolescente.



Niño que pica piedra. El Naranjo, Chinandega

CANCER OCUPACIONAL EN CENTROAMERICA

CAREX / SALTRA

Luis Blanco (1), Luis Vega (2), Timo Partanen (3), Jorge Chavez (4),

(1) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua/León,

(2) Universidad Tecnológica de Panamá

(3) Universidad Nacional de Costa Rica

(4) Instituto Tecnológico de Costa Rica

Las grandes categorías en que se agrupan las causas de cáncer en seres humanos son: contaminación de aire, agua y comida, factores de dieta, obesidad, inactividad física, tabaquismo, alcohol, radiación solar, factores hormonales, exposiciones tempranas en la vida, virus, herencia, drogas, y trabajo. Afortunadamente, los cánceres ocupacionales son altamente prevenibles. La estrategia de prevención empieza por la identificación de los agentes cancerígenos presentes en los lugares de trabajo.

Los agentes cancerígenos son categorizados por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en Grupos: 1 – causa cáncer en humanos; 2A – probablemente cancerígeno; 2B – posiblemente cancerígeno; 3 – no clasificable como cancerígeno; y 4 – probablemente no cancerígeno. Esta agencia ha identificado, entre los agentes presentes en los lugares de trabajo, a 29 agentes del Grupo 1, 26 del Grupo 2A, y 113 del Grupo 2B.

En Centro América, el programa SALTRA ha calculado la extensión de los peligros de cáncer ocupacional en Costa Rica, Nicaragua y Panamá. Los agentes ocupacionales comunes en los grupos 1, 2A y 2B en Centroamérica incluyen la radiación solar en trabajos al aire

libre; emisiones de diesel originadas en combustión, motores, transporte y máquinas; humo de tabaco ambiental en restaurantes y bares (que está disminuyendo por regulación); compuestos de cromo hexavalente en cemento, acero, colorantes, pigmentos, soldadura, recubrimiento, aleaciones anticorrosivas, curtir cuero, preservación de madera; polvo de madera en aserraderos, fabricación de muebles y construcción; benceno en gasolina, solventes, industria química y petroquímica; y otros, como se muestra en el cuadro 2.

Cuando hombres y mujeres realizan trabajos distintos, los agentes pueden ser diferentes. El cuadro 1 muestra números estimados de trabajadores expuestos en su trabajo a distintos agentes en Costa Rica, Nicaragua y Panamá. Las cifras se han calculado multiplicando el número de trabajadores y trabajadoras en cada industria específica por la proporción de trabajadores expuestos a cada agente en estas mismas industrias. La proporción de trabajadores expuestos se obtuvo del consenso de las estimaciones de expertos de cada uno de los países. Los números en el cuadro 1 no son los casos actuales de cáncer; más bien representan el número de trabajadores en riesgo de enfermarse de cáncer por exposición laboral a dicho agente. Es decir, algunos de esos trabajadores o trabajadoras pueden contraer cáncer por los agentes carcinogénicos, dependiendo de la intensidad y frecuencia del contacto con el agente, y de la sensibilidad y protección del trabajador.

Cuadro 1. Agentes comunes causando cáncer, presentes en el trabajo. Números de trabajadores expuestos (en miles).

Agente	Numero de expuestos (miles)		
	Costa Rica 2000	Nicaragua 2008	Panamá 2009
HOMBRES			
Radiación solar	300	559	308
Emisiones de diesel	194	234	217
Humo de tabaco ambiental	47	52	175
Cromo (VI)	54	65	70
Benceno	49	78	42
Polvo de madera	31	44	21
Cuarzo (polvo de sílice)	26	30	70
Hidrocarburos poliaromáticos (excl. emisiones de diesel y humo de tabaco ambiental)	12	10	7
Plomo y compuestos orgánicos	11	7	84
Clorotalonil	37	85	3
MUJERES			
Radiación solar	30	62	210
Emisiones de diesel	82	172	210
Humo de tabaco ambiental	24	47	132
Plomo y compuestos inorgánicos	9	16	9
Benceno	3	6	1
Polvo de madera	2	2	1
Tetracloroetileno	3	5	3
Formaldehido	5	8	1
Clorotalonil	1	3	

CANCER OCUPACIONAL EN CENTROAMERICA

CAREX / SALTRA (CONT.....)

Cuadro 2. Agentes comunes, sus fuentes ocupacionales, y cánceres asociados.

AGENTE	ÓRGANO AFECTADO POR CÁNCER	FUENTES DE EXPOSICIÓN
Radiación solar	Piel	Trabajos al aire libre
Emisiones de diesel	Pulmón	Combustión, motores, transporte, máquinas
Hidrocarburos poliaromáticos	Pulmón, piel	Emisiones de diesel, humo de tabaco ambiental, combustión incompleta de la materia orgánica, brea de alquitrán, alquitrán, petróleo, hollín, aceites minerales
Humo de tabaco ambiental	Pulmón	Bares, restaurantes
Cromo VI, compuestos	Pulmón, nariz	Cemento, acero, colorantes, pigmentos, soldadura, recubrimiento, aleaciones anticorrosivas, curtir cuero, preservación de madera
Benceno	Leucemia	Gasolina, solventes, industria química y petroquímica
Clorotalonil	¿Riñón?	Producción y aplicación de fungicidas
Polvo de madera	Nariz, pulmón	Aserraderos, fabricación de muebles, construcción
Cuarzo (silice cristalina)	Pulmón	Minas, construcción, vidrio, cerámicas, piedra, fundación, pavimentación
Plomo y compuestos inorgánicos	Riñón, ¿estómago?	Pinturas, baterías, reparación de vehículos, fundición, soldadura, recubrimientos, vidrio, tubos, cables
Tetracloroetileno	Pulmón	Desengrasante (metalurgia, textiles)
Radón y productos de desintegración	Pulmón	Minas, trabajo subterráneo, espacios confinados, procesamiento de minerales
Formaldehido	Naso-faringe, leucemia	Plásticos, textiles, lacas, colas, fundición, tablas, contrachapados, preservación, laboratorios, desinfectante, embalsamamiento

La Conferencia General de la Organización Internacional de Trabajo adoptó en 1974 un Convenio sobre el cáncer profesional (C139). Treinta y cinco países han adoptado este Convenio, entre ellos Brasil, Ecuador, Nicaragua, Perú, Uruguay y Venezuela.

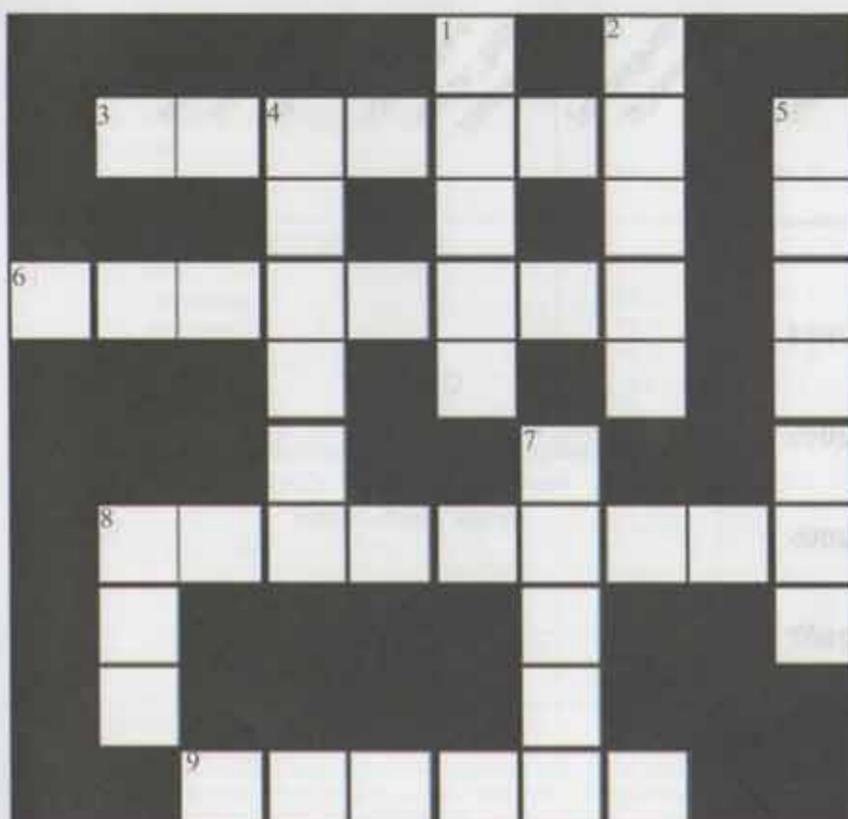
De acuerdo con los principios de prevención presentados en el C139, cada país necesita, por vía legislativa o por cualquier otro método conforme a la práctica y a las condiciones nacionales, y en consulta con las organizaciones interesadas de empleadores y de trabajadores más representativas, adoptar las siguientes medidas:

- Determinar periódicamente los agentes cancerígenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, o sujeta a autorización o

control, y aquellos a los que se aplicarán otras disposiciones;

- Reducir al mínimo el número de trabajadores expuestos y la duración y los niveles de exposición;
- Proveer medidas de protección a los trabajadores contra los riesgos de exposición y asegurar el establecimiento de un sistema de registros;
- Informar a los trabajadores sobre los peligros y la protección;
- Realizar los exámenes médicos o los exámenes e investigaciones biológicas y de otro tipo, necesarios para evaluar la exposición o el estado de su salud y
- Proporcionar los servicios de inspección apropiados.

CRUCIGRAMA



Verticales:

1. Término que destaca el peso sobre el sistema osteomuscular
2. Obligaciones financieras contraídas por un inversionista
4. Trabajadores no pasivos
5. Unidad económico-social con fines de lucro
7. Sinónimo de motivo, fundamento u origen
8. Siglas que refieren población total que participa en producción económica.

Horizontales:

3. Actividad productiva
6. Cercano a otra cosa
8. Series de acciones organizadas con el objetivo de mejorar condiciones de vida o trabajo
9. Llevar a cabo una acción, comportarse.

REGISTRO DE INTOXICACIONES EN GUATEMALA AÑOS 2004-2008



Magda Hernández de Baldetti
Centro de Información y Asesoría Toxicológica (CIAT),
Departamento de Toxicología, Facultad de CC QQ, Farmacia,
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Objetivo:

Presentar datos sobre intoxicaciones registradas en el Centro de Información y Asesoría Toxicológica (CIAT) de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala durante los años 2004 al 2008.

Introducción:

El Centro de Información y Asesoría Toxicológica presta servicios de asesoría e información sobre toda sustancia química, animales ponzoñosos y plantas tóxicas, a médicos, otros profesionales, la industria, personal docente, estudiantes y público en general, así como asesoría al personal médico sobre tratamiento en casos de intoxicaciones.

El Laboratorio Toxicológico hace análisis en muestras biológicas para determinar presencia de metales, solventes, drogas de abuso, monitoreo de medicamentos, y también análisis de sustancias químicas en muestras inertes.

Los casos de intoxicación se registraron por medio del programa RECTOX, a través de consultas hechas al Centro de Información y Asesoría Toxicológica, y por los análisis toxicológicos que el

personal médico solicita para descartar o confirmar la intoxicación.

Resultados:

En los años 2004 – 2008 se registraron 740 intoxicaciones con diferentes tóxicos y toxinas. Como se observa en Gráfico 1, el año 2004 presentó la mayor cantidad de casos de intoxicación, debido a que fueron detectadas intoxicaciones con mercurio, en una investigación con estudiantes del último año de la carrera de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

De los plaguicidas agrícolas, los más involucrados en intoxicaciones fueron los organofosforados, con el 46.3 %, seguidos por los carbamatos con 15.2 %. El año que más intoxicaciones presentó fue el 2006, con 25.4% de todos los casos durante los cinco años.

Conclusiones:

1. Las sustancias químicas que más intoxicaciones han provocado en los años 2004 – 2008, fueron los metales mercurio y plomo, seguidos de los plaguicidas agrícolas.
2. Los organofosforados son los plaguicidas agrícolas, más involucrados en intoxicaciones.

Gráfico 1

Intoxicaciones registradas en CIAT Guatemala, años 2004 – 2008

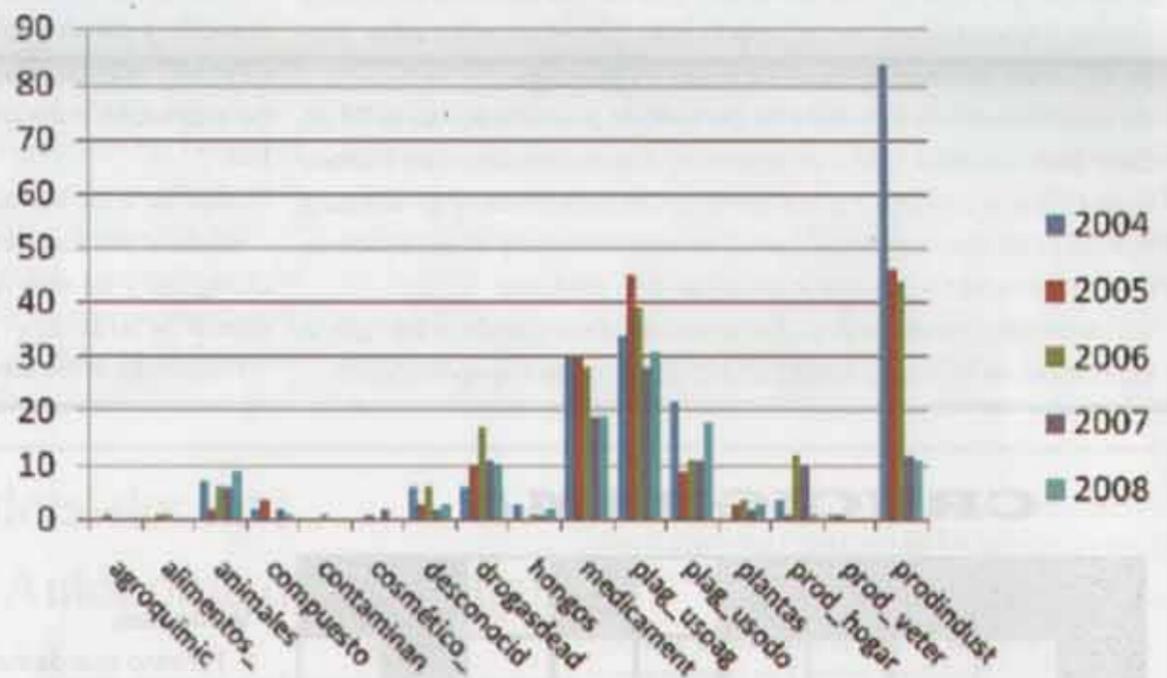
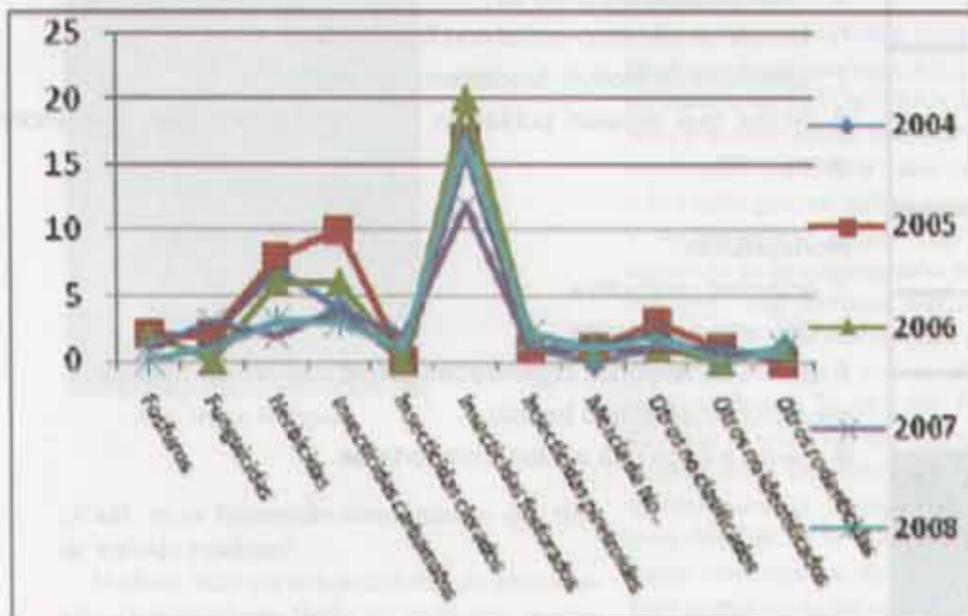


Gráfico 2

Agentes plaguicidas que provocaron intoxicaciones, registradas por CIAT Guatemala, años 2004 – 2008



Red de Institutos y Centros Toxicológicos de América Central (REDCIATOX): Una realidad gracias a SALTRA

Carolina Guzmán Quilo (Guatemala) e Hildaaura Acosta de Patiño (Panamá)
carol_guzman1969@yahoo.es / hildaaura6@gmail.com

Gracias al apoyo del Programa Salud y Trabajo en América Central (SALTRA) en ocasión de la visita de los Doctores Christer Hogstedt y Catharina Wesseling al Centro de Información y Asesoría Toxicológica, Departamento de Toxicología, Universidad de San Carlos de Guatemala, y el apoyo de SALTRA Guatemala, se planificó la I Reunión de Centros Toxicológicos (CIATs) de la Región Centroamericana. Dicha reunión tuvo lugar el 14, 15 y 16 de noviembre de 2007, con asistencia de representantes de los CIATs de Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala. Se aprovechó la reunión para que el Dr. Clemens Ruepert del IRET (Costa Rica), impartiera capacitación sobre "Evaluación de riesgo ocupacional por el uso de sustancias químicas".

En dicha reunión se concluyó sobre la importancia de estar unidos como región y organizarnos, de manera que nos reuniéramos al menos una vez cada año. El trabajo que los CIATs pueden desarrollar sobre uso de sustancias químicas y prevención de intoxicaciones con estos agentes, tanto a nivel ocupacional como ambiental, es preponderante y por ello se consolidó un plan estratégico para el desarrollo de actividades de los CIATs de la Región.

Este plan fue consolidado en una Reunión-Taller efectuada en Costa Rica en abril 2008, a través de la elaboración de una pre-propuesta para ser sometida a una agencia de financiamiento internacional, bajo la responsabilidad inicial de Hildaaura Acosta (Panamá) y Carolina Guzmán (Guatemala), con la asesoría de la Dra. Catharina Wesseling y el Dr. Tord Kjellstrom. Esta pre-propuesta se consultó a los países para sus aportes y comentarios; además, recibió los aportes del Dr. Diego González Machin, Asesor Regional de Toxicología de la Organización Panamericana de la Salud.

En marzo 2009, con el auspicio del Programa SALTRA, se efectuó la II Reunión de CIATs en Tegucigalpa-Honduras, la que permitió culminar la elaboración de la propuesta y adecuarla al formato para la Convocatoria 2009 del Programa CYTED, agencia a la que se sometió para el financiamiento el 1 de junio de 2009.

En el marco de esta reunión, también se aplicó a la Convocatoria de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) de Panamá para la realización del Primer Congreso Sub-Regional de Toxicología, para efectuarse en Panamá el 28 y 29 de septiembre 2009.

Esta propuesta resultó ganadora y logró la participación de miembros de la red y otros expositores de la región en este importante evento-científico, el que también recibió aval institucional y apoyo de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá.

La II Reunión de CIATs y primera de REDCIATOX se realizó en Panamá, el 27 de septiembre 2009, y contó con representantes de todos los países miembros, e invitados de México (Instituto Bioclon y REDTOX), Brasil (Gerencia de Toxicología de ANVISA) y Colombia (Postgrado de Toxicología Clínica, Universidad de Antioquia), lográndose importantes colaboraciones y apoyo para el desarrollo de la Red:

1. Cursos virtuales y presenciales, así como intercambio de información y experiencias
2. Apoyo para la Página Web de la REDCIATOX

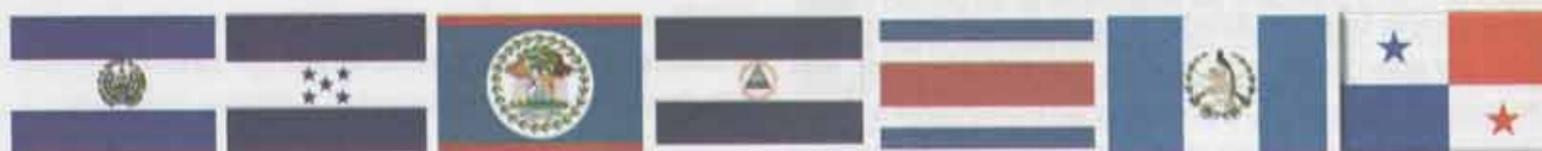
También se formalizarán vínculos de colaboración con la Universidad del Sur de La Florida y el Centro de Intoxicaciones de Tampa, Florida, USA.

La Dra. Wesseling señaló que la integración de la REDCIATOX con el programa SALTRA tiene un gran número de actividades que se pueden desarrollar, tales como: vigilancia de intoxicaciones, estudios de exposición, estudio de evaluaciones, educación formal y capacitación, así como la integración de REDCIATOX con la Red interdisciplinaria de profesionales de la salud y seguridad ocupacional.

Tareas	Responsables
Visitas de diagnóstico de los Centros	PANAMÁ
Reunión anual de miembros de la Red	NICARAGUA
Taller de armonización de ficha de registro de los CIATs	GUATEMALA/ COSTA RICA
Taller de priorización de actividades para la construcción de capacidades	COSTA RICA / HONDURAS / PANAMÁ
Cursos, seminarios, talleres de capacitación y entrenamiento	PANAMÁ / EL SALVADOR/ GUATEMALA
Plataforma virtual y página web de cada Centro miembro de la Red	NICARAGUA

Un primer trabajo colaborativo que se realizará en el marco de la REDCIATOX es el "Diagnóstico sobre los efectos a la salud y el ambiente por la exposición al plomo en Centroamérica y República Dominicana", el cual será coordinado por el CIIMET de Panamá.

Se invita a todos los interesados a vincularse a REDCIATOX, ya que en esta labor, ¡todos son bienvenidos!



ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL MUNICIPIO DE CHICHIGALPA, NICARAGUA

Marvin González (1), Cecilia Torres (1,2), Aurora Aragón (1,2).

1 Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente (CISTA)
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León.
2 Programa de Trabajo y Salud en Centroamérica. (SALTRA).

En América Central, se ha observado una epidemia de enfermedad Renal Crónica (ERC) en trabajadores agrícolas jóvenes, particularmente trabajadores de la caña de azúcar. Este estudio determinó la prevalencia de ERC en el Municipio de Chichigalpa, siendo uno de los municipios con alta tasa mortalidad (tasa de mortalidad de 13 veces por encima de la tasa nacional) por falla renal en la región.

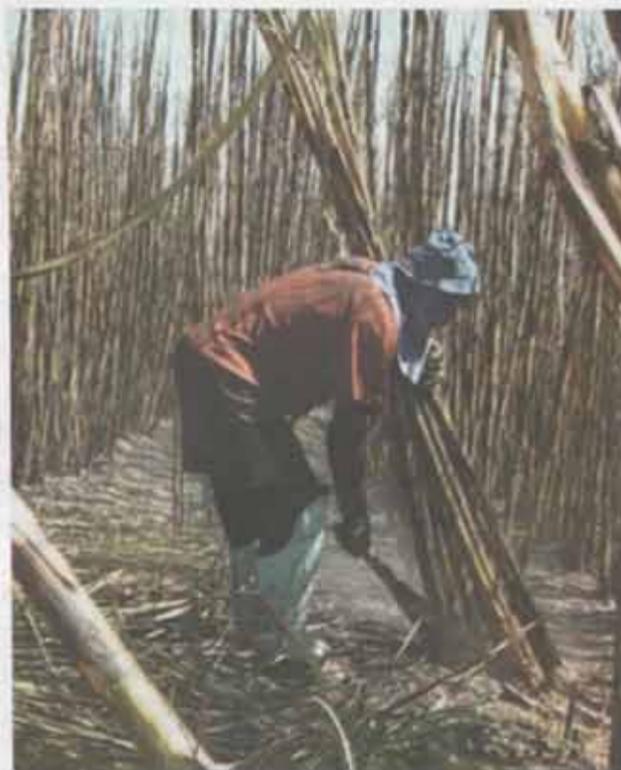
La población participante fue seleccionada a partir de 52 comunidades que forman el Municipio de Chichigalpa, agrupándose por estrato y seleccionando una muestra proporcional al peso poblacional. Se incluyeron habitantes entre las edades de 20-60 años, donde se recolectaron datos sobre factores de riesgos demográficos y de ERC. Además, se tomaron medidas antropométricas (peso, talla), presión arterial y toma de muestras de sangre para análisis de niveles de creatinina y orina, en búsqueda de proteinuria y hematuria como indicadores de daño renal. Se estudiaron un total de 327 adultos entre el rango de edad del municipio de Chichigalpa (con una participación del 71% de hombres y 79.3% mujeres).

La tasa de filtración glomerular (TFG) se calculó utilizando la fórmula MDRD abreviada (Modification of Diet in Renal Disease) y categorizados y/o agrupados en 5 estadios: Estadios 1: TFG \geq 90 mL/min/1.73m con proteinuria; estadio 2: TFG 60 - 89; estadio 3: TFG 39 - 59; estadio 4: TFG 15 - 29; y estadio 5: TFG < 15 (falla renal). La prevalencia de ERC fue comparada entre las comunidades urbanas y rurales, hombres y mujeres, y diferentes grupos etarios.

Entre el 42.7% y 51.6% de los participantes de las comunidades rurales y urbanas tenían algún grado de daño renal crónico. La prevalencia de ERC en estadio 1-2 fue del 47.2% para los hombres y 40.6% para las mujeres en la comunidad urbana, el 50% y 31% en la comunidad rural. La prevalencia de los estadios 3-4 de ERC era del 19.4% para los hombres y 2% para las mujeres en la comunidad urbana, mientras que el 13.8% y el 0% en la comunidad rural. El estadio 5 o falla renal se presentó en el 2.7% de los hombres y el 0% para las mujeres en comunidad rural y urbana.

Los factores de riesgo asociados a ERC fueron la ingesta pasada de alcohol (RP: 3.12 e IC 95%: 1.34-7.26), infección renal (RP: 5.36, IC 95%: 1.27-22.64), diabetes (RP: 3.51, e IC95%: 1.20-10.27). Al mismo tiempo, se encontraron varios factores de riesgo ocupacionales asociados con la aparición de esta enfermedad: Trabajar en caña de azúcar (RP: 5.90, e IC95%: 2.53-13.74), uso de plaguicidas (RP: 3.24, e IC95%: 1.34-7.82), intoxicaciones con plaguicidas (RP: 4.20, e IC95%: 1.72-10.26).

La prevalencia de ERC es más alta en hombres jóvenes en Chichigalpa que otras comunidades de Nicaragua. Las comunidades más afectadas son comunidades urbanas. Los factores de riesgo principalmente identificados en este análisis preliminar fueron: la ingesta pasada de alcohol, infección renal, diabetes, trabajar en caña de azúcar, uso de plaguicida e intoxicación con plaguicidas. Estos resultados no se han ajustado a factores de confusión potenciales o los modificantes del efecto que pueden jugar un papel en el riesgo estimado.



Conocimientos, Actitudes y Prácticas: Enfermedad Renal Crónica Comunidad La Isla, Chichigalpa

Alberto Berrios, Olga Koulakova, Martha Martínez,
Alfredo Jirón, Jahaira Martínez, Nataly Urcuyo

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), se ha transformado en una epidemia a nivel mundial, los factores que la originan son múltiples y varían según las diferentes regiones del planeta. Es una enfermedad que no sólo afecta ampliamente al organismo que la padece, también tiene una serie de repercusiones emocionales, psicológicas y sociales. Se trata de una enfermedad crónica que afecta a la persona en su totalidad.

En Nicaragua durante la última década se ha reportado una alta tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica, que está afectando más a los departamentos de León y Chinandega, y particularmente al municipio de Chichigalpa. A la luz de los hechos las enfermedades renales crónicas en Nicaragua afectan a una población joven en su edad más productiva.

Se desarrolló un estudio con el fin de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), de los habitantes de la comunidad "LA ISLA-Chichigalpa", y así poder intervenir en la problemática. El estudio fue descriptivo de corte transversal, utilizando estudio sociológico CAP.

Se incluyeron cinco sectores de la comunidad. Personas con edades comprendidas entre 20 y 60 años censados en la misma. La muestra final fue constituida por 198 habitantes, 64 varones (32.3%) y 134 mujeres (67.7%). Se utilizó una entrevista estructurada de carácter hetero-aplicada que incluía información sobre: Datos sociodemográficos, Conocimientos, Actitudes, Prácticas.

Para el análisis de la información se consideraron aspectos como: enfermedad, diagnóstico y tratamiento, así como fuentes de información sobre dicha enfermedad.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas: Enfermedad Renal Crónica Comunidad La Isla, Chichigalpa. (Cont...)

En los resultados se logró identificar que el 48.9% tenían edades entre 20 y 30 años. La religión predominante fue la evangélica 43.4%. El 39.9% tenía un nivel de escolaridad de primaria incompleta. La mayoría de los encuestados eran amas de casas (59.1%), seguido de los obreros con un 32.2%.

Conocimiento:

El 96.5% de los habitantes de esta comunidad, han escuchado sobre enfermedad renal. El 52% conoce de dos a cinco síntomas, y un 47.5%, consideran que la "falta de consumo de agua" es lo que les ocasiona la enfermedad. En relación al tratamiento tienen poco conocimiento. En esto es importante considerar que la información de que disponen proviene de la familia y amigos como fuente principal, que asociado al bajo nivel educativo, pueden ser factores que inciden en su falta de conocimiento. Por su parte los aspectos socio-culturales (creencias, mitos, costumbres) puedan superponerse al conocimiento médico.

Actitud:

Su actitud con respecto al enfermo y la condición de salud aplicada a su persona es mayoritariamente favorable. El 81.% de la población

refiere que de padecer la enfermedad se incluirían al programa de crónicos. Sin embargo consideran que padecer de ERC convierte a la persona en una carga para la familia, ya que se requiere un tratamiento costoso, que afectaría la economía de la misma.

Prácticas:

De manera preventiva, el 31.8% manifiesta que para evitar la enfermedad se debe tomar más de 2 1/2 a 3 litros de agua al día. No obstante se encontró que el 65% del total de la población, consume más de 3 litros. Un 90.4%, refieren que si uno de sus familiares resultara con la enfermedad, le llevarían al centro de salud u hospital para darle cuidados especiales.

El 32.8%, expresa que en la comunidad no se realiza ningún tipo de acción en relación a medidas preventivas o divulgación de información sobre enfermedad renal crónica. Esta carencia de información y la necesidad de aprendizaje de la comunidad, constituye un punto de partida para planes de intervención que deseen ser ejecutados en esta comunidad.

QUE DETERMINA LA SALUD? Determinantes sociales y salud de las y los trabajadores

Rocío Sáenz (1), Timo Partanen (1), Arlen Soto (2), Rocío Loria Bolaños (1)
(1) Universidad Nacional de Costa Rica (2) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua/León

El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el empleo y las condiciones de trabajo tienen alto impacto en la salud y equidad de las/los trabajadora/es y sus familiares. Las condiciones e inequidades asociadas a la salud incluyen discriminación, violencia, desempleo, subempleo, trabajo precario, trabajo informal, trabajo temporal, trabajo infantil, trabajo inseguro, pago por pieza o destajo, trabajo no regulado, trabajo no asegurado, y trabajo forzoso. Sobra señalar que las malas condiciones de trabajo, riesgos de salud, y accidentes suelen estar asociados a aquellos trabajos que demandan baja escolaridad. Los adolescentes, mujeres, y poblaciones indígenas son grupos más desprotegidos y con pocos beneficios laborales. El trabajo infantil decididamente inhibe las posibilidades de educación y desarrollo personal. Las mujeres y los grupos indígenas tienen menos oportunidades laborales y acceden a los puestos y tareas de mayor vulnerabilidad en el mercado laboral. El 46.5% de la población centroamericana vive en pobreza. Este porcentaje es aun más alto en las mujeres solteras y los grupos indígenas.

La informalidad laboral, la feminización del empleo y la pobreza, junto a la persistencia de las inequidades por género y etnia (incluso en el empleo informal y el subempleo) tienen un impacto negativo en las trayectorias laborales de las mujeres.

Para mejorar las oportunidades de vida y trabajo de las población centroamericana, se necesita mejorar el nivel de educación. Es necesario impulsar estrategias efectivas que contrarresten los impactos desiguales y la desregulación económica actual, el papel activo y efectivo de los estados en los asuntos de la economía nacional, el trabajo y la salud, que además promuevan y respalden el empoderamiento de las organizaciones de las y los trabajadores.

También se necesita reducir las dependencias nacionales del capital externo y fortalecer políticas, sistemas, programas y culturas nacionales de seguridad y salud en el trabajo y su medio ambiente. En América Central, es paradójica la alta concentración de infraestructura física y servicios en ciertas áreas urbanas y sectores laborales, en detrimento de otros donde las condiciones sanitarias comunitarias y habitacionales, de empleo, de seguridad y las ambientales, son más

que precarias.

La segmentación y exclusión de grupos de población en la tenencia de la tierra, el empleo seguro y los servicios básicos en los países de la Región Centroamericana, dan cuenta de un proceso histórico de desigualdades sociales que explican patrones persistentes de enfermedades evitables (infecciosas y transmisibles) y de muertes injustas. Las mujeres, la niñez, los grupos indígenas, los adultos mayores, los desempleados o con empleo informal y las personas con necesidades especiales, son grupos vulnerables. Incidir en los determinantes, requiere por tanto acciones específicas de protección a estas poblaciones.

La participación de los grupos en el reconocimiento de su propia realidad y, en la identificación de las necesidades, así como en el diseño de las intervenciones prioritarias, es un desafío para los tomadores de decisión, máxime si se reconoce que algunas intervenciones universales no toman en cuenta las necesidades específicas. El desarrollo de programas de salud que aborden los problemas o enfermedades es necesario, pero no suficiente para lograr responder a las necesidades de los grupos sociales, es decir teniendo en cuenta su proceso de desarrollo personal, familiar, laboral y comunitario.

La conformación de equipos interdisciplinarios de investigación es importante para sustentar el abordaje de la salud desde los determinantes en espacio geográfico-poblacionales concretos; esto requiere invertir en las capacidades personales, profesionales e institucionales (en el nivel local, nacional y regional), en temas como los condicionantes sociales, ambientales, participación y gobernabilidad local, planificación urbana y rural, validando el derecho a participar en la mejora continua de la propia salud y de la comunidad. Son estos algunos de los retos que enfrentan investigadores, tomadores de decisión y las propias comunidades.

El fomento de empleo digno y seguro en aquellas poblaciones hasta ahora sacrificadas en la Región, debe ser una apuesta pública y privada que contribuiría a proveer seguridad financiera, desarrollo personal, autoestima y protección de riesgos físicos y psicosociales, entre otras condiciones, y con ello reducir las inequidades de género y etnia.

Declaración de París sobre la eficacia de ayuda al desarrollo consecuencias y acciones esperadas

Christer Hogstedt

La Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo de 2005 estableció nuevas normas básicas, y ha jugado un rol mayor para la terminación precoz del programa SALTRA y su contraparte hermano africano, el programa Trabajo y Salud en África de Sur (WAHSA por sus siglas en inglés). En el congreso en el 2005 convocado por los países de altos ingresos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), pero también incluyendo representación de países en desarrollo, se prometió un enfoque revisado y coordinado para la ayuda al desarrollo. El objetivo de la Declaración de París era mejor manejo del proceso de proveer ayuda y asegurar alineación con estrategias, y fomentar el control y liderazgo beneficiarios en los programas de desarrollo. El ex coordinador del programa regional, Dr. Rajen Naidoo, ha publicado un editorial crítico y bien considerado en el EQUINET NEWS en septiembre, lo cual estoy copiando con algunas pequeñas modificaciones. Tiene relevancia considerable para América Latina y África.

Ya se puede identificar algunas brechas entre las promesas nobles y resultados de la Declaración de París. Un informe de OCDE hizo comentarios sobre alguna fragmentación de esfuerzo, observando que "el total del esfuerzo del desarrollo internacional es hoy en día menos de la suma de sus partes". Se observó que 16 países del sur de Sahara tenían 24 – 30 proveedores externos de fondos, y ocho de estos países tenían 15 – 20 proveedores externos, sugiriendo que no se ha cumplido los intentos de la Declaración de París hacia racionalización.

Apesar de las promesas de mejor coordinación, la Declaración de París ha dejado una brecha significativa en sociedad de salud ocupacional, pese al reconocimiento de la aportación de empleo y lugares saludables de trabajo hacia la equidad de salud, como señaló la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de OMS. Aparece que salud ocupacional no está incluida en la agenda de las agencias prominentes de ayuda (excluyendo fundaciones tales como el Centro Internacional Fogarty y los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU.).

SALTRA y WAHSA, ambos se encontraron con terminaciones prematuras, como Sida cambió su política y se retiró de todos países latinoamericanos, excepto Bolivia (y Guatemala durante algunos años), y de la ayuda regional de salud en países del sur de África. Si hubiera ocurrido cooperación y coordinación entre donantes, se esperaría que el donante sueco hubiera negociado con otros donantes para asumir la ayuda para los sectores, países y regiones que Suecia dejó atrás, a fin de concentrarse en menos sectores y países. No obstante, no se puede identificar tal información, y tales negociaciones, obviamente no ocurrieron.

Los países latinoamericanos y africanos deberían mejorar sus recursos en salud ocupacional, no solamente para operar los sistemas, sino también para mejorarlos. El principio a seguir es "comercio justo no ayuda exterior", y se puede financiar salud ocupacional en una manera sostenible, por el mejoramiento de los rendimientos de las actividades económicas y los recursos estratégicos. Como se están globalizando cada vez la producción y las actividades financieras, con el reconocimiento de las obligaciones ambientales, económicas y sociales generadas, también se necesita priorizar la inversión en salud ocupacional y tratarlo como una responsabilidad internacional, de acuerdo con el comercio justo, la justicia económica, y el derecho a la salud.

Ya es hora para un movimiento en y fuera de los sindicatos y las asociaciones de justicia económica y de comercio, asociarse con los activistas de salud pública y justicia de salud, a fin de promover salud ocupacional en las agendas globales, regionales, nacionales y locales. Para apoyar esto con acción sostenible y auto-determinada, es necesario fortalecer la organización regional y las redes, con el propósito de generar evidencia para políticas locales y regionales, y dedicarse a estas. Esto debe incluir foros internacionales tales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), con el fin de asegurar recursos sostenibles domésticos y regionales para salud ocupacional, y para defender las prioridades de salud ocupacional en la región dentro de la comunidad internacional.



IMPORTANTE! IMPORTANTE
ENVÍE COMENTARIOS SOBRE LAS NOTICIAS
A LAS DIRECCIONES:

amsv80@yahoo.com, timo_partanen@yahoo.com

Salud Trabajo

EDITORES

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

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

EDITORA TÉCNICA

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

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

Kaj Eljstrand
Universidad Tecnológica
Real, Suecia
Kajelgst@kth.se

DIBUJOS

Francisco Javier López
lopezfranciscojavier@yahoo.es

CORRESPONSALES PARA CENTROAMERICA

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

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

Dario Cádiz
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
dcadix@yahoo.com

Hildaara Patiño
Universidad de Panamá
hiscosta@icableonda.net

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

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.
zserviciosgraficos@hotmail.com