



REPÚBLICA DE PANAMÁ

— GOBIERNO NACIONAL —

MINISTERIO DE TRABAJO Y DESARROLLO LABORAL

LA SALUD DE
LOS TRABAJADORES
EN PANAMÁ:
*UNA DEUDA
HISTÓRICA
POR SALDAR*



La Salud de los Trabajadores en Panamá:
Una deuda histórica por saldar

PREPARADO POR

DR. FRANCISCO M. DÍAZ MÉRIDA
MGTR. ALBANO AGUILAR
MGTR. PRISCILA JIMENEZ

Octubre, 2020



MINISTERIO DE TRABAJO
Y DESARROLLO LABORAL
INSTITUTO PANAMEÑO
DE ESTUDIOS LABORALES



BICENTENARIO
Independencia de
Panamá de España
1821 - 2021

ISBN: 978-9962-625-36-0

En memoria del Dr. Francisco Díaz Mérida.

A mediados del siglo XX, en Panamá las aventuras reflexivas y la imperiosa necesidad de construir una mejor prevención de riesgos laborales, urdimbre del control de riesgos y salud ocupacional, esta matriz tensionada con la salud del trabajador panameño había cimentado el pensamiento por razones circunstanciales, históricas, acuciosa y crítica del momento que vivieron en su transitar caviloso y formativo. En ellos hubo efectos importantes, el pensamiento crítico y accionar del Dr. Francisco Díaz. Ese era el Dr. Díaz, un ser de luz en este mundo, con una sabiduría única, apasionado con su praxis y con su quehacer médico, un ser humano excepcional, generoso, hombre de muchas virtudes y valores que ahora nos acompaña desde una dimensión superior, en el plano espiritual.

El Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral tiene la reconfortante pero difícil misión de rendir homenaje póstumo a un hombre destacado, sensible y especial, médico de genuina vocación y rigor científico indiscutible.

Entre sus legados destacan, ser coautor del libro “La salud de los trabajadores en Panamá: una deuda histórica por saldar”, colaborador de la CSS en el cargo de Jefe Nacional del Programa de Salud y Seguridad Ocupacional. Sea la publicación de esta obra póstuma la oportunidad para agradecerles por los servicios prestados durante el tiempo que compartió con nosotros. Estos años nos ayudó a valorar más la labor que realizó en la CSS y el MITRADEL, lugar donde creo nuevas amistades y enseñanzas.

Solo palabras de agradecimiento tenemos con Dios por habernos permitido tenerlo en nuestras vidas, por su ejemplo y su constancia. Un hombre de carácter, organizado y correcto en todas sus acciones, entregada a su familia y sus responsabilidades.

Gracias en nombre de tantas vidas humanas salvadas.

Gracias por tratar de aliviar las penas de padres y madres trabajadoras.

Gracias por el amor y la entrega que pusiste en tu trabajo sin esperar nada a cambio.

Gracias en nombre de tantas generaciones de obreros panameños que como médico contribuiste a mejorar su calidad de vida.

Los miembros del MITRADEL tienen el honor de rendir este humilde pero sincero homenaje a quien en vida fue nuestro colega y profesor y al amigo Dr. Francisco Díaz M. seguirás con nosotros en tus obras y en tus legados que proseguirán inspirándonos y alumbrándonos.

Su Familia del MITRADEL, *¡gracias!*

Qué cosa más extraña para el conjunto de la clase médica de la época que un compañero, tan empelucado como Bach o Molière, dijera aquello de que hay que ir a los talleres, que hay que hablar con los artesanos y que hay que explorarlos para prevenir las enfermedades que les puede inferir la práctica de sus oficios. El arte de la medicina debe aportar su colaboración en beneficio y ayuda de los trabajadores y mirar por su integridad”.

Bernardino Ramazzini

“El hombre encuentra su goce en comer, en el acto de reproducirse, en vestirse, cuando puede, en suma, en su parte animal, pero no en lo que lo diferencia de éstos: en el trabajo”.

Karl Marx

“Aquellos que trabajamos en el campo de la salud laboral sabemos bien que el trabajo no es neutral respecto a la salud. ¿Cómo no lo sabríamos teniendo en cuenta que es un conocimiento que comenzó hace centenares de años (Hipócrates, Plinio El Viejo, Ulrich Ellembog, Georgius Agricola, Paracelso, Bernardino Ramazzini)? Lo inadmisibile es que, tantos siglos después de los hallazgos de esos maestros, nos encontremos frente a un estado actual donde, conforme los datos ofrecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre 1,9 millones y 2,3 millones de trabajadores mueren en el mundo cada año, víctimas de las malas condiciones de trabajo”.

Carlos Anibal Rodríguez

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I PROCESO DE TRABAJO.....	21
CAPÍTULO II FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJO.....	49
CAPÍTULO III QUIÉNES FINANCIAN LA SALUD EN PANAMA.....	82
CAPÍTULO IV EL COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE ESTADO PANAMEÑO FRENTE A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.....	87
CAPÍTULO V LA SINIESTRALIDAD LABORAL EN PANAMÁ.....	112
CAPÍTULO VI MORTALIDAD DE LOS TRABAJADORES POR ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	141
CONCLUSIONES.....	167
BIBLIOGRAFÍAS.....	170
GLOSARIO.....	171

PRÓLOGO

El apreciado y ponderado maestro internacionalista, Dr. Francisco Díaz Mérida, de la primera y subsecuentes generaciones de médicos, higienistas, licenciados, técnicos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras, sociólogos entre tantos profesionales relacionados con la salud de los trabajadores, con quien hemos tenido el honor de laborar desde el año 1995 en el extinto Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación (I.R.H.E.) y posteriormente en el Programa de Salud Ocupacional de la Caja del Seguro Social (C.S.S.), cuando retorna de su asignación en la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) y quien ha desarrollado una línea de pensamiento en el tópico de la salud de los trabajadores, en esta ocasión nos obsequia la presentación de un análisis crítico y prolijo de los flujos e influjos de la relación trabajo-hombre-salud-enfermedad desde el contexto histórico, político, económico, social, ambiental, individual y colectivo con el sugestivo título “La salud de los Trabajadores en Panamá (Una deuda histórica por saldar)”.

Nos envuelve magistralmente develando, capa por capa y creando una plataforma, para el desarrollo de una secuencia de concatenaciones, que invita a concebir el rol fundamental en la historia de la humanidad del trabajo; historia que contrariamente al peso de las evidencias que datan de antes de cristo y se reiteran hace más de 300 años previo a la revolución industrial, donde ya se percibía el cambio en los modos de producción económica y el impacto en la vida y salud de los trabajadores, sin embargo en pleno siglo XXI esta relación es sesgada.

La salud de los trabajadores desde la perspectiva de la sustentabilidad, el bienestar, la categoría trabajo y sus dimensiones donde el trabajo humano se examina como componente del trabajo y como generador de riqueza, proceso

de trabajo y globalización, recorre interesantes caminos parvamente transitados en los análisis de la materia, que nos permite profundizar en estos elementos, para a posteriori auscultar la situación en nuestro país, desde la instauración de los Riesgos Profesionales en la Caja del Seguro Social (C.S.S), la fundación del Programa de Salud Ocupacional por el Maestro y su progresión hasta el día de hoy, las estadísticas, costos y estimados de los Riesgos Profesionales y quien los paga, para enriquecer el acervo, para la reflexión y encontrar cada lector, su perspectiva del enunciado planteado: “La Salud de los Trabajadores en Panamá (Una deuda histórica por saldar)”.

Existe un capítulo Titulado El comportamiento Histórico del Estado Panameño frente a la Salud de los Trabajadores que llama la atención por la descripción histórica que plantea hasta el 2017.

Es un honor ser su pupila, amiga y trabajar con usted... intercambio y crecimiento permanente...

Dra. Brenda Sobenis Oberto

INTRODUCCIÓN

No cabe la menor duda de que el estudio de los procesos de producción permite considerar dos componentes que guardan una estrecha relación, en la cual el primer componente (Proceso de Valorización) condiciona la forma en que se expresa el segundo componente, es decir, el Proceso de Trabajo.

Efectivamente, es en este último terreno donde se manifiestan los distintos factores de riesgo como resultado de la interacción de la actividad (física y mental) del trabajador, con los medios de producción (objeto medio de trabajo) y la organización laboral.

La forma como se organiza el trabajo, los procesos de producción de conocimiento, los instrumentos utilizados y el cómo se desarrolla la actividad física, mental de los trabajadores son el resultado de las distintas formas de subordinación que el recurso humano enfrenta como parte de los procesos de acumulación y ganancia de capital.

El carácter bifacético (1) de la categoría trabajo expresada como “trabajo abstracto o trabajo concreto define el valor de cambio o el valor de uso. De esta manera la salud, como valor de uso, se transforma en la salud (como valor de cambio) ya que solo cuenta si es capaz de preservar o aumentar la ganancia del capital”.

En este escenario toda inversión tecnológica que implique prevención de riesgos para la salud de los trabajadores, significa inversión en capital constante, es decir, inversión en tecnología saludable y segura, inversión en materias primas inocuas para los trabajadores, inversión en métodos y prácticas de trabajo y en la organización que garanticen el soporte y sostenibilidad de la prevención. El problema es que esta inversión se traduce en una caída de la tasa media de ganancia para el capital. La inversión tecnológica en prevención por sí sola no

aumentará la tasa de ganancia si no se reducen los salarios nominales y reales o se incrementa la jornada y el ritmo de trabajo (capital variable), a menos que se presente una determinada organización y división del trabajo que garantice altos niveles de apropiación de los excedentes de este. Esta es la razón que subyace hacia la preservación de los costos fijos, a reducir los costos variables y, en todo caso, a una reducción del costo marginal por unidad productiva del trabajador.

Las tesis ahorradoras de dinero (teoría de Henrich en la segunda década del siglo pasado), de controles administrativos de costos, de control de pérdidas (Frank Bird) y los estudios de rentabilidad de Simmonds se basan en los hechos antes mencionados. No es casual que Peter Dorman (2) señale que “los costos de las lesiones profesionales son transferidas por los empleadores, a los propios trabajadores y a los consumidores”, motivo por el cual la prevención de los riesgos profesionales no constituye, para ellos, un objeto a alcanzar, al menos que exista un estado fuerte que mediante regulaciones, modalidades de intervención técnicamente validas, sistemas de información, estudios epidemiológicos, inspecciones sistémicas y sistematizadas, medición y evaluación del riesgos, sanciones ejemplares, obliguen a las empresas a desarrollar una gestión de riesgos socialmente responsable.

No obstante, eso no es suficiente para reducir la morbi-mortalidad y discapacidad de los trabajadores. En efecto, se requiere que las organizaciones de los trabajadores desarrollen una política y estrategia preventiva de conjunto, a partir de la validación consensual de su protagonismo que permita la defensa inequívoca del conjunto de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de lo contrario, el riesgo de enfermar y morir será progresivamente ascendente. Ello implica la construcción metodológica del modelo de causalidad de los daños a la salud de la población trabajadora (entendida como

población económicamente activa o en grado de trabajar), pero sobre todo un modelo preventivo desde la óptica de los trabajadores.

En los últimos 25 años el país asiste a una débil participación de las organizaciones de los trabajadores en la lucha por la Salud de los Trabajadores que tiene su expresión en la Ley 51 de la Caja de Seguro Social en la cual los empleadores, el estado burgués, organizaciones de profesionales (Asociación de Enfermeras, Confederación de Trabajadores de la Salud, Asociaciones de Maestros, de jubilados y de empleados públicos) y las organizaciones de trabajadores se coligieron para producir cambios en el Programa de Invalidez y de Enfermedad y Maternidad soslayando lo más importante que es la muerte de los trabajadores por razones de trabajo. Las organizaciones de los trabajadores se han dedicado a la mercantilización de la salud y seguridad (pago por alto riesgo: trabajo en alturas, radiaciones, uso de químicos, etc.) y a la politiquería para lograr su participación en comisiones tripartitas, etc. En ocasiones sacan de la gaveta los anteproyectos de Ley sobre Salud en el Trabajo, Reglamentos de Salud y Seguridad y otras normativas sin avanzar en sentido propositivo. En materia de la nueva Ley de Riesgos Profesionales no se ha hecho nada para promover la concretización de lo señalado en el artículo 238 de la Ley 51 del 2005. El corolario es que un número plural de trabajadores han muerto por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por las ausencias en el marco normativo, no solo de los riesgos profesionales, sino en el resto de la legislación y reglamentación al respecto, hoy desfasada. En efecto, la lucha contra el cáncer ocupacional, por el ordenamiento del manejo de sustancias químicas es inadvertida por los sindicatos. En consecuencia, los sindicatos son parte del poder político cómplice en la discapacidad, enfermedad y muerte de los trabajadores.

En este contexto habría que considerar las

determinantes más importantes en la definición de los perfiles epidemiológicos de los procesos salud-enfermedad que afectan a los trabajadores y su familia.

1. **Las condiciones y medio ambiente de trabajo:** que constituyen la base de sustentación de los procesos peligrosos o factores de riesgo derivados de los objetos de trabajo, los medios de trabajo, de la organización del trabajo y de la actividad física y mental de los trabajadores. En su conjunto conforman el momento productivo. En términos sanitarios se hace necesario impulsar los factores protectores en el contexto de las mismas.
2. **Las condiciones de vida:** conformadas por el consumo bio-social (alimentación, vivienda, diversión no estructurada, estilos de vida, etc.) y el consumo socio-cultural (diversión estructurada, salud, seguridad social, participación política, etc.). En su conjunto constituyen el momento reproductivo.
3. **Las formas económicas de intercambio:** Constituidas por las modalidades de producción, los excedentes del trabajo, distribución equitativa en la producción de la riqueza.
4. **La naturaleza del Estado:** Se refiere a su comportamiento frente a la reproducción de la fuerza-trabajo y la calidad de las condiciones de producción en que están insertos los trabajadores. Está conformada por la legislación, la normativa, la reglamentación, la definición de estrategias y políticas orientadas hacia la preservación o destrucción de la fuerza-trabajo y la calidad de vida del trabajador y su familia.
5. **La conciencia de los trabajadores:** que guarda relación con el nivel de comprensión y de organización de los trabajadores en

términos de los derechos sociales, laborales y de la defensa de la salud y seguridad en el trabajo y del control sobre la organización del trabajo.

Es menester enfatizar que los procesos de trabajo, tanto en su componente tecnológico como organizacional determinan la conformación de cargas de diversa naturaleza que dan lugar a la **carga global de trabajo** cuyos efectos se manifiestan en los trabajadores, el entorno a los centros de trabajo y en la productividad laboral (entendida como la riqueza producida en una sociedad). De modo que se trata de las formas ostensibles mediante la cual se expresan los efectos de las condiciones y medio ambiente de trabajo. En estas circunstancias se hace necesario develar la falsedad de aquellos que escinden el “Medio Ambiente de Trabajo” de las “Condiciones de Trabajo” y viceversa.

No es causal que desde la dimensión sanitaria se hagan abstracciones del trabajo como categoría histórica, de los procesos de trabajo y su relación con los procesos de salud-enfermedad. En efecto, el planteamiento teórico metodológico de estas concepciones descansan en la externalidad del trabajo, en la tríada ecológica; en la historia natural de la enfermedad y en presupuestos ecológicos que dan lugar a una ecología genética, social, comportamental y ambiental, sin entender que los ecosistemas laborales definen directamente o indirectamente tales presupuestos ya que sin el trabajo no habría transformación de la naturaleza, ni producción para la existencia humana, esto es, el trabajo es el instrumento fundamental para el proceso de creación de bienes y servicios requeridos por los seres humanos y por ello, garantiza su reproducción; lo cual significa que el proceso humano de creación de bienes y servicios es a la vez un proceso de auto-creación de la especie humana.

Esta perspectiva no ha sido incorporada a la salud pública como determinante del proceso salud-

enfermedad, a pesar que Chadwick, considerado el “Padre de la Salud Pública Moderna” efectuó sus investigaciones en el campo de las condiciones en que laboraban los obreros de las fábricas de Manchester.

Los procesos de globalización e interacción económica bajo el prisma de las concepciones neoliberales en el terreno económico (la santificación del mercado), en la educación (en términos de gestión educativa), en la salud (separación entre financiación y provisión), en el fetichismo tecnológico, en la estimulación del individualismo, corrupción del estado de los empleadores, organizaciones de los trabajadores y el ambientalismo, intentan ocultar el carácter social e histórico del trabajo y su relación con la salud-enfermedad.

Efectivamente, los cambios introducidos en la organización de la producción, los cambios tecnológicos, los cambios en la organización del trabajo, los cambios en el perfil de la población trabajadora (intensificación del trabajo infantil, del trabajo en edad avanzada, la informalidad del trabajo de la mujer, la precarización del trabajo en general) han determinado una polarización epidemiológica dando lugar a la convivencia de enfermedades infecciosas (emergentes o reemergentes) con las enfermedades crónico-degenerativas con su nuevo escenario de desarrollo. “El rasgo fundamental de la globalización es la imposición de un modelo de pensamiento, de una forma de concebir el mundo, la sociedad, la producción y distribución de bienes, y las relaciones entre las naciones, que se conoce como neoliberalismo y constituye el paradigma económico de nuestro tiempo. Ese modelo de desarrollo, que dificulta la redistribución de la riqueza, concentra el capital, produce pobreza y desempleo, tiene un profundo impacto sobre la vida y la salud de los trabajadores”. (3)

El desgaste psico-fisiológico inducido por

la carga global de trabajo se combina con el envejecimiento esperado de los tejidos y sistemas biológicos de los trabajadores, al cual se suma el envejecimiento secundario a los estilos de vida que dan lugar a un proceso de deterioro que puede acelerarse o evolucionar de forma prematura si la sobrecarga cuantitativa y cualitativa producida por las malas condiciones y medio ambiente de trabajo o las malas condiciones de vida así lo determinan. El corolario de esta doble situación son las molestias, la fatiga, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, las enfermedades relacionadas con el trabajo o agravadas por el trabajo, la diferente esperanza de vida, la discapacidad para el trabajo y la muerte; que en su conjunto conforman los procesos terminales derivados de los efectos negativos de las condiciones y medio ambiente de trabajo y de las condiciones de vida.

Por lo anterior, excluir a la ecología laboral como una de las determinantes principales de los procesos de salud-enfermedad, así como marginar las condiciones de vida de los trabajadores de las condiciones de producción equivale a una concepción metodológica histórica, anti-sanitaria y anti-salud pública, que se traduce en la ideología de la muerte para los trabajadores. He aquí la coincidencia entre la salud pública oficial y los comerciantes de la salud cuyo único objetivo es el mercado de la salud como fuente de enriquecimiento.

Para entender la situación de la salud de los trabajadores (formales e informales) es importante conocer y analizar la situación vivida por los trabajadores que se observa en la siguiente figura:



Círculo de Clerc. (Versión redibujada a partir de Giraudio, Esther, Ceil, CONICET - Piette).

Es evidente que sobre los mismos presionan diversos tipos de imperativos que van desde los económicos, políticos, legales, de condiciones y medio ambiente de trabajo sus características antropológicas, sus expectativas. Por un lado, la "parte superior del Círculo de Clerc detalla los elementos que configuran el contexto económico, político y social, además del marco laboral específico en el que se desempeña el trabajador. Por otro, los elementos destacados en la parte inferior ayudan a presentar las características de la persona al momento de su ingreso al lugar de trabajo. La presentación gráfica de estas dimensiones nos permite vislumbrar las influencias recíprocas entre los diferentes factores y así dar cuenta de la complejidad de la situación vivida por el trabajador.

Un ejemplo puede permitirnos entender la parte superior del círculo y siguiendo la propuesta de análisis de Clerc, se puede describir la situación que atraviesa una persona que trabaja. Comenzando por los aspectos considerados en la parte inferior del círculo (4):

Ingresa a la mesa de ayuda de una empresa multinacional. Le adjudican un lugar de trabajo con determinadas características de iluminación, mobiliario etc. (seguridad e higiene, diseño del lugar de trabajo) y con la responsabilidad de atender a un número de usuarios y cumplir un determinado horario rotativo (organización del trabajo y contenido de la tarea, duración del trabajo). Está junto a dos compañeros que hacen su misma tarea y bajo la supervisión de un jefe (que le indica cómo hacer su trabajo) y un gerente (sistema jerárquico). Se le fija una remuneración (salarios) y premios si supera determinado parámetros en la atención de usuarios (imperativos de productividad). Ingresa con un contrato por un año (situación práctica y jurídica de trabajador).

En forma resumida, este enfoque está basado en las siguientes concepciones básicas:

- El trabajo es considerado una actividad humana que se propone producir los bienes y servicios necesarios para la reproducción de la sociedad. Asimismo, el trabajo es revalorizado en tanto actividad creativa y colaborativa que permite a los hombres superar sus propios límites. Así, el trabajo se considera como una actividad fundamental, un derecho y una necesidad, con una dimensión social, cultural y económica, que debe ser analizado de manera multidisciplinaria y con la participación de los trabajadores.
- La salud de los trabajadores no puede repararse a partir de mejoras económicas. El enfoque renovador se centra en lograr el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo. De esta manera, en esta concepción pierden fuerza las perspectivas reparadoras e indemnizatorias, a la vez que se impulsan las acciones preventivas y una cultura de la prevención.
- Las personas son todas diferentes y no tienen la misma capacidad de adaptación y de resistencia a los riesgos que supone una situación de trabajo. Por lo tanto, es necesario matizar las nociones de valores límite y de tiempos máximos permisibles de exposición a los riesgos, ya que pueden tener repercusiones diversas, según sean las respectivas capacidades personales de adaptación y de resistencia. Como consecuencia, no se pueden mejorar las CYMAT pensando en un trabajador promedio: cada trabajador y cada colectivo de trabajadores tiene características propias y dinámicas.
- Se problematizan procesos de trabajo tradicionalmente no considerados como riesgosos a partir del análisis pormenorizado de las condiciones de trabajo. Entre otros factores, se consideran ahora la organización y el contenido de trabajo, la duración de la jornada laboral, la remuneración, la ergonomía,

la presión psicológica.

- Trabajo y deterioro de la salud ya no se consideran dimensiones inseparables. Los riesgos en el trabajo son la consecuencia de las malas condiciones en que este se desarrolla. Prevenir significa actuar sobre la fuente o el origen del riesgo, haciendo posible que el trabajo y el deterioro de la salud no sean sinónimos.
- Las CYMAT no solo abarcan los riesgos provenientes directamente del proceso de trabajo. Incorpora al análisis de los sujetos en situación de trabajo otras dimensiones que condicionan e influyen indirectamente en el desarrollo de ese trabajo. En efecto, en esta concepción se analizan los factores estructurales relacionados con el sistema productivo, las formas institucionales que lo contextualizan y el sistema y proceso de trabajo dentro de la organización.
- El análisis de los accidentes no se centra únicamente en causas vinculadas con el factor humano; los ubica en una concepción más abarcadora que considera todo el proceso de trabajo.

Es menester resaltar, además, que las enfermedades profesionales deben ser consideradas como resultantes de los procesos de trabajo considerando la Clasificación de Schilling (1985) a partir de los siguientes criterios:

- El trabajo como causa necesaria y suficiente.
- El trabajo como factor contributivo pero no necesario.
- El trabajo como provocador de disturbios latentes o coadyuvantes de enfermedades previas.

El conjunto de estos criterios y concepciones ponen en evidencia que la higiene del trabajo y la seguridad en el trabajo tal como han sido llevadas a la práctica no constituyen las únicas herramientas válidas a la hora de definir la causalidad laboral. Hay que tomar en consideración y cada vez en forma ascendente los aspectos ergonómicos y psicosociales.

En el escenario mundial la tendencia que se observa es a la reducción de la mortalidad por accidentes de trabajo y un ascenso progresivo de las defunciones por enfermedades profesionales tal como se demuestra en el siguiente gráfico de Safe Works Reports del 2014 (5):

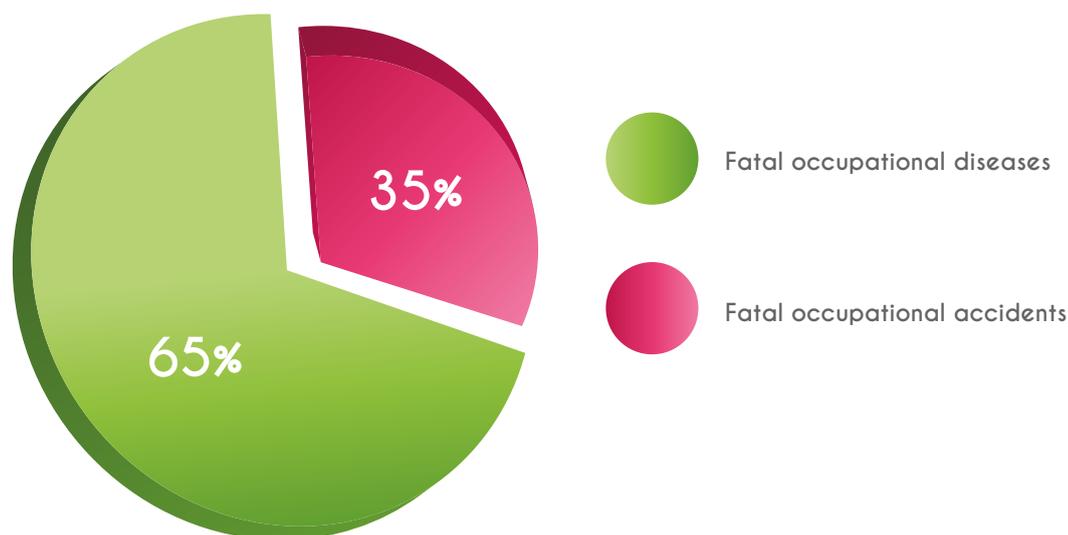


Figura 2. Total fatalities due to occupational accidents and occupational diseases

Global estimates of occupational accidents

Region	Fatal	Non-fatal (at least four days absence from work)		
		Lower limit (0.13)	Upper limit (0.10)	Average
HIGH	11 396	8 766 278	11 396 161	11 222 581
AFRO	59 301	45 616 306	59 301 197	52 458 752
AMRO	18 433	14 179 165	18 432 914	16 306 040
EMRO	19 229	14 791 286	19 228 672	17 009 979
EURO	14 609	11 237 507	14 608 759	12 923 133
SEARO	114 732	88 255 426	114 732 053	101 493 739
WPRO	115 069	88 514 891	115 069 359	101 792 125
TOTAL	352 769	271 360 858	352 769 116	313 206 348

Appendix III: Global estimates of occupational accidents in 2010 by region

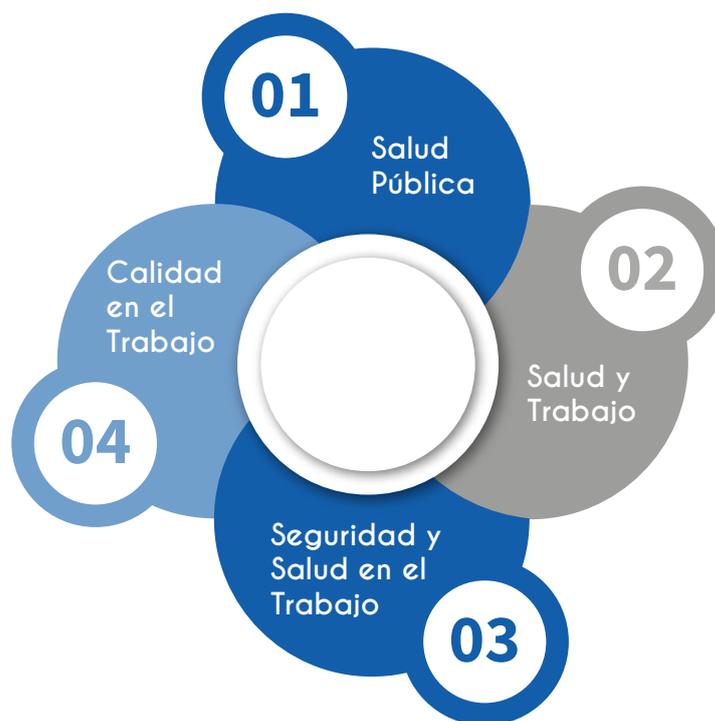
	HIGH	AFRO	AMRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO	WORLD
Communicable Diseases	11 031	85 740	6 972	19 964	4 542	85 743	16 525	230 517
Non-Communicable Diseases	376 451	100 809	85 729	104 777	205 674	408 731	466 574	1 748 745
Malignant neoplasms	211 890	30 078	43 931	24 734	56 527	94 834	204 215	666 210
Neuropsychiatric conditions	22 565	3 533	2 945	2 496	1 009	6 505	3 933	42 986
Circulatory diseases	110 399	54 188	46 232	46 563	139 181	223 872	207 025	827 460
Respiratory diseases	24 964	7 128	7 649	9 444	5 364	68 419	46 688	169 657
Digestive diseases	3 113	4 239	2 354	1 409	2 860	8 206	2 476	24 658
Genitourinary diseases	3 520	1 642	1 666	1 081	733	6 896	2 237	17 776
TOTAL	387 482	186 549	111 749	105 692	210 216	494 474	483 100	1 979 262

Appendix IV: Global estimates of fatal work - related diseases in 2011 by region

Según este informe por cada accidente de trabajo mortal hay seis enfermedades mortales, lo que es grave para la información estadística estimada en el periodo 1994-2014, en la República de Panamá, como se observará en el capítulo III del presente documento.

En este escenario es indispensable preservar algunos conceptos claros no solo para evitar confusiones sino como elementos fundamentales

para elevar la salud de los trabajadores a un rango de políticas y estrategias de estado. En primer lugar, hay que destacar que la Salud en el Trabajo (Salud de los Trabajadores) implica una doble connotación. De un lado la promoción de la salud y la prevención primaria frente a los factores de riesgos en el trabajo con una visión totalizadora que abra el camino hacia la calidad en el trabajo. Desde esta perspectiva es un componente esencial de la Salud Pública.



Fuente: OMS: Oficina Regional Europea. 2005

La **salud en el trabajo** (6) tiene como finalidad promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la existencia de agentes nocivos a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en resumen, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea. Las actividades en materia de salud en el trabajo abarcan tres objetivos diferentes:

- i) El mantenimiento y la promoción de la salud de los trabajadores y su capacidad de trabajo;
- ii) El mejoramiento del medio ambiente de trabajo y del trabajo a fin de garantizar la seguridad y la salud en el trabajo;
- iii) La elaboración de sistemas de organización del trabajo y de culturas laborales con miras a fomentar la seguridad y la salud en el trabajo y de promover un clima social positivo e incrementar la productividad de las empresas. El concepto de cultura laboral se

entiende en este contexto como un reflejo de los sistemas de valores esenciales adoptados por las empresas interesadas. En la práctica, dicha cultura se refleja en los sistemas de administración, en la gestión del personal, en los principios de participación, en las políticas de capacitación y en la calidad de la gestión de la empresa.

La **seguridad y salud en el trabajo** (7) abarca la prevención de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales, así como la protección y fomento de la salud de los trabajadores. Su objetivo es mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo. Los términos «seguridad en el trabajo, salud en el trabajo, higiene del trabajo y mejora del ambiente de trabajo» reflejan la contribución de distintas profesiones (por ejemplo, ingenieros, médicos, higienistas, personal de enfermería etc.).

Como se puede observar tales definiciones no discriminan entre trabajadores formales e informales, entre trabajadores por cuenta propia y trabajadores domésticos, entre trabajadores

domiciliarios y trabajadores migrantes. Estas diferencias son el producto de una clara concepción clasista donde el capital excluye a todos los trabajadores no ligados a la acumulación de capital, esto es, a los trabajadores donde la plusvalía absoluta o relativa no acrecienta el capital.

En nuestro país la Constitución no discrimina a estos trabajadores señalando claramente en el artículo 110, numeral 6, la función de rectora y operativa en este campo. La distorsión surge con el nacimiento de los seguros sociales (mala interpretación de la seguridad social) que desarrolla el seguro de riesgos profesionales solo para los trabajadores formales (o que cotizan al Seguro Social) y en términos prestacionales (prestaciones económicas, en especie y sociales). Esta distorsión es grave ya que de forma todo el sistema de información en materia de salud de los trabajadores y, en consecuencia, en la promoción de la salud y prevención primaria de los trabajadores de todos los sectores. Se crea una distinción entre trabajadores tipo A y los trabajadores tipo B, todo ello con el silencio de los denominados "expertos en salud pública" so pretexto de ahorrar recursos económicos al Estado, profundizando las asimetrías y desigualdades entre las clases sociales de los trabajadores. Como corolario tenemos que:

La salud en el trabajo no es el Seguro de Riesgos Profesionales y este último a su vez no es la salud en el trabajo.

Es menester resaltar que el Seguro de Riesgos Profesionales desde sus inicios fue enmarcado en una concepción de servicio bajo el modelo privatizador existente en 1970.

La situación observada en la actualidad es que el Seguro de Enfermedad y Maternidad asume una parte vasta de los costos que corresponden al Seguro de Riesgos Profesionales. Ello obedece

a tres razones fundamentales:

1. Al aparato represivo policivo administrativo: que inhibe y desestimula los reclamos por riesgos profesionales.
2. A la práctica médica tradicional: que aporta supuestos criterios técnicos-científicos para rechazar la calificación del riesgo profesional, con lo cual oculta su desconocimiento sobre la patología del trabajo moderno (Policía Médica).
3. La ausencia de instancias técnicas-administrativas de jerarquía política-institucional en el campo de la salud de los trabajadores.

Lo anterior se traduce en un sub-registro estimado para las lesiones laborales que puede oscilar entre un 70-90% lo que permitido mantener:

- a) Una clasificación de empresas según grado y clase de riesgos muy bajo.
- b) Posponer el cumplimiento del artículo 76 (Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1978) sobre Rehabilitación y Readaptación para el Trabajo
- c) No dictar los reglamentos generales y específicos de prevención, atención médica y rehabilitación profesional.
- d) La ausencia de un sistema de información sobre los riesgos, los daños, la carga de morbilidad y discapacidad de los trabajadores, su esperanza de vida pos-jubilación por categoría socio-ocupacional.
- d) El bajo perfil académico en la formación de recursos humanos.
- e) La ausencia de una infraestructura tecnológica requerida para una debida resolución de los problemas de salud tales como el laboratorio de Higiene y Toxicología Laboral y Ambiental,

centros especializados en medicina del trabajo, Módulos de Rehabilitación y Readaptación Profesional.

Si tomamos en cuenta el sostenido crecimiento de las pensiones de invalidez (por supuestas causas no laborales) que además ofrecen mejores prestaciones que las correspondientes al Seguro de Riesgos Profesionales, se comprende el error sustantivo de la institución de subordinar sus programas sanitarios a los programas de carácter financiero o de prestaciones económicas, dicho de otro modo, una vez más resalta a la vista la necesidad de un enfoque sanitario integral de la población económicamente activa.

Diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, señalan que la ausencia de programas integrales efectivos de salud para los trabajadores puede ser responsable de pérdidas económicas equivalentes al 10% del Producto Interno Bruto; el propio Banco Mundial afirma que 2/3 de las lesiones incapacitantes que afectan a la población laboral pueden ser prevenidos con programas integrales y efectivos de salud para los trabajadores. Por último, hay que enfatizar que son los procesos productivos los que inducen las alteraciones ecológicas y medio ambientales, ya que las fuentes primarias del daño ambiental son la agricultura, la minería, construcción, silvicultura, la pesca, la electricidad, la industria química, el transporte y almacenamiento de sustancias químicas, los residuos peligrosos industriales incluyendo los hospitalarios; de allí que se asiste a una ligación histórica, de valor de cambio y operacional entre los procesos de trabajo y la protección ambiental.

Desde sus inicios el Seguro de Riesgos Profesionales se ha desarrollado hasta la actualidad sobre los siguientes ejes:

- ❖ La reparación y compensación del daño.

- ❖ La segmentación entre las condiciones de trabajo, el ambiente laboral y su relación con la salud.
- ❖ La ambigüedad en el campo de la prevención de riesgos de trabajo (prevención de las lesiones, control de daños, control de pérdidas).
- ❖ La ausencia de un enfoque epidemiológico de la relación existente entre los procesos de salud/enfermedad y los procesos de trabajo.
- ❖ La dicotomía entre lo “ocupacional” y “lo no ocupacional” de la fuerza laboral.
- ❖ La escisión del proceso productivo con el entorno ambiental.

Los trastornos inducidos por tales aberraciones han conducido a:

1. La medicalización de las actividades de salud ocupacional produciendo un desequilibrio en el contexto de los recursos humanos y de sus funciones operativas.
2. La medición cuantitativa del desempeño subordinando los resultados obtenidos.
3. La medicina curativa sobre las actividades preventivas integrales.
6. La no aplicación de la epidemiología en la administración de los servicios de salud.
7. La ausencia de un sistema de información gerencial en este campo.

Los intentos de un cambio radical a este Seguro han fracasado por varios motivos a saber:

- Las carencias de conocimiento por parte de los directores generales de la institución, de la Junta Directiva, en especial de los representantes de los trabajadores.

- La resistencia de la dirección nacional de prestaciones económicas ligadas, probablemente, al poder económico.
- La corrupción administrativa y médica.
- La medicalización de los servicios de salud y seguridad en el trabajo.

La lucha por una Ley Marco de Salud en el Trabajo Promocional, Preventiva y Rehabilitación, por una nueva Ley de Riesgos Profesionales (que garantice las prestaciones económicas del sector formal e informal), por una reorganización de la atención médica en el contexto de la red nacional de servicios de salud, son tareas a alcanzar en el corto plazo antes que los problemas de las pensiones de invalidez vuelvan a ocultar las causas de discapacidad, enfermedad y muerte de los trabajadores panameños.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

1. J.C. García. Pensamiento en Salud en América Latina. OPS. 1994.
2. Peter Dorman, Tree Preliminary Papers On Economics Aspects of Occupational safety and Health. OIT. 2000.
3. Oscar Feo. Salud de los Trabajadores / Volumen 10 Edición Especial N° 1 y 2 / 2002.
4. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social / OIT. Aportes para una cultura de la prevención. 2014.
5. OIT. SafeWorks. Reports. 2014.
6. OITT. Principios Directivos Técnicos y Éticos relativos a la Vigilancia de la salud. 1998.
7. IDEM.

CAPÍTULO I

PROCESO DE TRABAJO, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO, DESARROLLO SUSTENTABLE Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Desarrollo, Salud y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (1):

El desarrollo y avance científico-tecnológico en los últimos años ha ido aparejado a un conjunto de propuestas tendientes a reestructurar los procesos productivos. No obstante, los efectos, intencionados y no intencionados de la aplicación, de estas propuestas se traducen en una presión sobre las fuentes generadoras de riqueza: la base de recursos naturales y la fuerza de trabajo.

Pese a lo anterior en este mismo proceso de desarrollo y avance científico tecnológico surgen visiones alternativas con un mayor grado de sustentabilidad e integridad frente a la interpretación de los problemas que se originan en el seno del crecimiento económico. En este sentido, una concepción metodológica críticamente rigurosa que desarrolla como eje central el problema de la salud del trabajador, vincula el proceso salud-enfermedad (visto tal cual se presenta en su dimensión dual que no representa más que la expresión del modelo de desarrollo predominante) con el proceso de trabajo, reconociéndose una relación causal entre ambos.

Para hacer referencia a los riesgos laborales desde una perspectiva prevencionista, es preciso partir de una identificación de los factores causales para posteriormente intervenir eficientemente; una desviación del curso propuesto, se queda en el nivel epidérmico del problema a lo cual las alternativas serían coyunturales, de corto plazo, ineficientes, insustentables y determinaría la cronicidad del problema.

En esta ocasión partimos de cuatro premisas:

- i) Los modelos de desarrollo predominantes en las economías en general -en la actual coyuntura- plantean como prerrequisito fundamental al crecimiento, elevar los niveles de competitividad y productividad, ambos ejes de una misma estrategia, basada en la presión sobre las dos fuentes generadoras de riqueza: la base de recursos naturales y el hombre.
- ii) El desarrollo como paradigma en la teoría general se ha interpretado bajo dos concepciones distintas:
 - a) Como una serie de fases o etapas escalonadas que comprenden el curso lineal de la economía, expresándose en la priorización de los cambios cuantitativos (todo debe ser evaluable a partir de indicadores cuantitativos).
 - b) Como un proceso histórico de superación de contradicciones que induce a transformaciones cualitativas y cuantitativas, expresándose en cambios en la calidad de la vida, del trabajo, del medio, de la producción y de la sociedad en su conjunto.
- iii) Dentro de estas transformaciones cualitativas, la salud en el trabajo se inserta bajo un concepto amplio e integral, no reducido a la ausencia de enfermedad. Este concepto integral abarca un determinado estado bio-psico-social del ser humano de equilibrio y bienestar. Se reafirma entonces una relación determinística entre el modelo de desarrollo y el estado de la salud del trabajador. No debe soslayarse en este punto que la fuerza de trabajo, es decir, el hombre y la mujer enfrentan restricciones naturales (capacidades físicas, psíquicas y sociales) que limitan su participación en el proceso productivo. Bajo este concepto de fases o etapas escalonadas, la eficiencia económica determina que deben desarrollarse formas de superar las limitaciones naturales y tecnológicas de manera que en la fase de ascenso o crecimiento, la

producción no encuentre obstáculos que generen el agotamiento o extinción del modelo.

iv. El trabajo humano objetiva en el producto la conciencia del trabajador. La conciencia del trabajador es el resultado de una acumulación de experiencias, conocimientos de la realidad y su interrelación con otros. Por esta razón, la salud del trabajador asume una connotación que incorpora y pondera el ambiente laboral, el proceso de trabajo y al conjunto de trabajadores insertos en estos últimos. En otros términos, la salud del trabajador como concepto debe expresar una relación social histórica, a esto se refiere A.C. Laurell al distinguir en una concepción alternativa del proceso salud-enfermedad los siguientes aspectos:

a) Formas históricas biosíquicas específicas como un modo de andar de la vida presente, pero que a la vez hunden sus raíces en el pasado y prefiguran el malestar futuro.

Estas formas específicas se asumen en función del tipo de desarrollo experimentado por la sociedad. De ahí que un desarrollo excluyente expresa la prevalencia de la enfermedad sobre la salud.

b) Una mayor relevancia de la atención en las características del proceso biosíquico complejo y no en la enfermedad clínica.

c) El proceso salud-enfermedad caracteriza a las colectividades humanas definidas en función de su inserción específica en los procesos sociales críticos.

De todo lo anterior se desprende que para hacer referencia a los riesgos laborales desde una perspectiva prevencionista es preciso ubicarnos en el estado y características del desarrollo social, asimismo es un requisito indispensable ubicarnos en el proceso específico en el cual coexisten los distintos tipos de riesgos procurando reconstruir conceptualmente el problema bajo una visión

de totalidad no fragmentada; dentro de esta propuesta metodológica debemos identificar las condiciones en las cuales participa la fuerza de trabajo en este proceso.

1.1. La Salud de los Trabajadores en la Senda del Desarrollo

a. Desde la perspectiva de la sustentabilidad

La relevancia adquirida por el concepto de sustentabilidad del desarrollo, demanda hacer un alto para hacer algunas acotaciones desde la perspectiva de la salud de los trabajadores.

Una conceptualización del desarrollo sostenible que pretende ser operativa considera, al mismo, como *la búsqueda y ejecución de estrategias racionales que le permitan al ser humano administrar, en equilibrio y a perpetuidad, su interacción con el sistema natural, de tal forma que la sociedad, como un todo, se beneficie y el sistema natural mantenga un nivel que le permita su recuperación* (2).

Otra conceptualización nos plantea al desarrollo sostenible como aquel que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades. El desarrollo sostenible requiere satisfacer necesidades básicas de todos y extender a todos las oportunidades de llenar sus aspiraciones por una vida mejor (3).

FAO afirma que el desarrollo sostenible se entiende como la ordenación y conservación de la base de recursos naturales y la orientación de cambio tecnológico e institucional de tal manera que asegure la continua satisfacción de las necesidades humanas para las generaciones presentes y futuras. Este desarrollo viable (en los sectores agrícolas, forestal y pesquero) conserva la tierra, el agua y los recursos genéticos vegetales y animales, no degrada el medio ambiente y es técnicamente apropiado, económicamente viable y socialmente aceptable.

A partir de las tres concepciones anteriormente descritas nos percatamos que la sostenibilidad del desarrollo surge como una propuesta alternativa a los modelos de desarrollo (agroexportador, sustitución de importaciones, industrializador, etc.) agotados que se tradujeron en la profundización de la dependencia (tecnológica, económica, etc.), desigualdades sociales, pero sobre todo en una alta presión sobre la base de recursos naturales como el único medio de mantener ritmos de producción ascendentes. Por recursos naturales también debemos entender a la humanidad en su conjunto.

Lo que es preciso rescatar en el concepto de sustentabilidad es el carácter de lo estratégico-racional-alternativo, a lo que es preciso señalar que el ser humano, en su racionalidad, a través del trabajo, ha definido históricamente estrategias de sobrevivencia pero también de superación de sus estadios naturales, es decir, que siempre ha identificado en la base de recursos naturales su fuente inmediata de satisfacción de necesidades, por lo tanto, es aventurero plantearse, que la preocupación por la reposición de los elementos que ha tomado de la naturaleza data de las últimas décadas. Esto tiene que vincularse más con la lógica de los distintos modelos de desarrollo, en los que resalta el siguiente aspecto la satisfacción de las necesidades. Todo modelo que priorice elevar los niveles de productividad como medio para generar más riqueza para ser acumulable fuera de las economías nacionales se caracteriza por una marcada presión sobre los recursos naturales y la fuerza de trabajo y no precisamente en nombre de la satisfacción de necesidades.

La triada técnica-económica-social nos plantea un equilibrio en el que es preciso añadir a la estrategia productiva y satisfacción de necesidades el elemento productivamente sano en la medida en que el ser humano precisa recuperar todos los elementos que de él absorbe el proceso productivo, llámense estos necesidades biológicas

(como un ser con una compleja estructura orgánica) psíquica (como un ser con estructura mental específica desarrollada) y social (como un sujeto que establece relaciones en el seno del proceso productivo y fuera de éste).

Lo anterior nos permite identificar los siguientes elementos intrínsecamente relacionados con el desarrollo sostenible:

- i) Las posibilidades del desarrollo tecnológico desde la óptica de la adecuación del trabajo al hombre.
- ii) La integralidad de los sectores económicos (sector productor de servicios, sector de transportación y el sector productor de alimentos y materia prima)
- iii) La reposición de los insumos productivos.
- iv) La reducción del consumo de bienes “malos” (tanto por su utilidad como por su composición tecnológica) y la promoción del consumo de bienes “sanos”.
- v) La producción de excedentes.
- vi) La organización cooperativa de la producción.

b. Desde la perspectiva del bienestar

Al centrar en el ser humano la finalidad del desarrollo como estrategia, la salud como concepto se recrea como un proceso paralelo de conservación y desarrollo de las capacidades biológicas y psicológicas, fisiológicas y psíquicas del ser humano, de su capacidad laboral óptima y de su trabajo como actividad social adecuada que posibilita la prolongación máxima de la vida.

Una conceptualización alternativa de la salud supera la dimensión abstracta de ella, es decir, la plantearía como algo más que una meta ideal imposible de alcanzar. Inclusive debe superar el reduccionismo en este concepto que lo

ubica como ausencia de enfermedad y la sitúa en el ámbito exclusivo de la expresión médica y, por supuesto, bajo su jurisdicción y control. Esta conceptualización ubica a la salud en el ámbito del bienestar que implica condiciones adecuadas no sólo de subsistencia sino también de reproducción de la misma. El bienestar implica un equilibrio entre las necesidades y las satisfacciones, este equilibrio lo determina el trabajo así como las responsabilidades que el mismo ofrece al trabajador para subsistir y reproducirse adecuadamente.

Las posibilidades que el trabajo ofrece al trabajador de realizarse íntegramente (bio-psicosocialmente) están definidas por las condiciones y el medio ambiente en que se realiza el trabajo. Por tanto pudiese ser que el trabajo se convierta en un medio de promoción de la vida o de celebración de la muerte dependiendo de la lógica del proceso que puede ser la tendencia hacia el crecimiento infinito con la consecuente presión sobre las fuentes generadoras de riqueza o bien hacia un desarrollo en el que coexisten los cambios cualitativos (en las condiciones de vida de la gente, en la tecnología, en la base de recursos naturales, etc.) con los cambios cuantitativos (crecimiento en los índices de la producción, la economía, etc.).

La reposición de las fuentes generadoras de riqueza (el ser humano y la base de recursos naturales) es un requisito sine qua non para el desarrollo y elevar los niveles de productividad es una condición de desarrollo, por lo tanto, la reposición de toda inversión del ser humano, en el proceso productivo, genera salud y con ello productividad, en la medida en que esta última depende en gran medida de la calidad de capital humano disponible, que agrega valor intelectual y progreso técnico a los recursos naturales disponibles. No podemos soslayar esta relación al hacer referencia al desarrollo, ya que una mayor equidad en materia de salud, es percibida claramente por los beneficiarios como un acceso

más justo a mejores condiciones de vida.

2. La Categoría Trabajo

El trabajo es, en primer lugar, un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza, de suerte que al transformarla, se transforma a sí mismo (4). En este interaccionar de intercambios entre el hombre y la naturaleza, prevalece la acción consciente del primero que se expresa a través del conocimiento en dos etapas (5):

- i) Lo sensorial: es decir, la capacidad de reproducir en su cerebro, los hechos, las cosas abstractas.
- ii) Lo racional: es decir, la capacidad de relacionar entre sí los hechos, esas cosas abstractas.

La fase sensorial del conocimiento o pensamiento constituye, consecuentemente, la primera aproximación al mundo que lo rodea a través de los sentidos y con ello transforma los hechos, las cosas abstractas en ideas, conceptos. La fase racional es el proceso inverso, es decir, la transformación mediada por el cerebro de las ideas, conceptos en hechos.

De manera que el “trabajo surge, por lo tanto, como una manifestación consciente de intercambio entre el hombre y la naturaleza. En este intercambio el proceso de humanización es su esencialidad y en él se definen también las relaciones entre los seres humanos” (6). Oscar Betancourt reseña que “el trabajo consciente es una actividad básica y exclusiva del ser humano por medio del cual establece relaciones con la naturaleza a la que transforma y al mismo tiempo el ser humano experimenta transformaciones importantes” (7).

En efecto, a través del trabajo el hombre produce los bienes necesarios para satisfacer sus necesidades, lo cual se traduce en un proceso de creación y de auto creación, o sea, el hombre se crea, se

produce y se reproduce, vía al trabajo, en cuanto que su existencia solo es posible si logra construir sus propios instrumentos y transformar los objetos existentes en la naturaleza mediante su actividad. En consecuencia, este proceso consta de dos etapas, a saber:

- i) **La producción de bienes y productos:** a través del proceso de trabajo, en el cual los hombres o la comunidad intercambian con la naturaleza mediante el uso de determinados medios de producción.
- ii) **El proceso de consumo:** mediante el cual el hombre o la comunidad consume los bienes producidos.

De esta manera completa el ciclo vital humano-productivo y reproductivo, sin el concurso del cual no sería posible la vida humana. De suerte que “el trabajo crea al propio hombre y éste a su vez, crea los elementos para lograr un desarrollo pleno de sus capacidades (incluyendo las creativas como de imaginación). Bajo este proceso el trabajo no sólo no produce la enfermedad, sino que además, posibilita la vida humana misma” (Mariano Noriega, *El Trabajo, sus Riesgos y la Salud*, SITUAM, 1989). Bethancourt señala que “el trabajo es, en esencia, la unidad del ser humano con la naturaleza en base a una recíproca transformación. En el trabajo, el ser humano se objetiviza y la naturaleza se humaniza” (8).

Según Valery (9) “el hombre actúa, ejercita sus fuerzas en material extraño a él; separa sus operaciones partiendo de su infraestructura material y tiene una conciencia claramente definida de esto, por tanto, él puede expresar sus operaciones y coordinarlas con otro antes de realizarlas; puede asignarse a sí mismo las más multifacéticas tareas y adaptarse a muchos materiales diferentes y es, precisamente, a esta capacidad de ordenar sus intenciones o de dividir sus proposiciones en diferentes operaciones a lo que él llama inteligencia. No se sumerge en

los materiales de que dispone sino que procede partiendo de este material hacia su imagen mental, de su mente a su modelo y a cada momento intercambia lo que quiere contra lo que puede hacer, y lo que puede hacer contra lo que ejecuta”.

Una ilustración del trabajo consciente, por ejemplo, en la agricultura es el siguiente: un productor una vez establecidas las necesidades de control de agua y conociendo los principios del movimiento del agua en el suelo, planificará y ejecutará el control con la siguiente representación mental con base en las siguientes preguntas (10):

- i) ¿Cuánta agua necesitan los cultivos en producción y en qué período del año?
- ii) ¿Qué cantidad de agua llega por precipitación? ¿En cuáles meses es mayor?
- iii) ¿De dónde puede sacar el agua complementaria? ¿Puede extraerla de ríos, de lagos, de pozos o de molinos? ¿Puede extraerla por gravedad o por medio de motobombas?
- iv) ¿Cómo debe conducir el agua desde la fuente de abastecimiento hasta la granja?
- v) ¿Cómo puede conducir el agua de los canales principales hacia los campos de cultivo?
- vi) ¿Qué tipo de construcciones necesita para conducir el agua hasta los campos?
- vii) ¿Qué tipo de canales y construcciones necesita para distribuir el agua en los campos?
- viii) ¿De qué manera va a distribuir el agua en el campo?
- ix) ¿Qué tipo de drenaje necesita para eliminar el exceso de agua y sales?
- x) ¿Cómo manejar los sistemas de riego y drenaje para obtener los mejores resultados?

Un ejemplo del trabajo instintivo es el siguiente (11):

“Un pájaro tejedor construye un complicado nido de palillos con una base tejida de pelo de caballo como cimiento. Un par de ellos fue aislado y criado entre canarios durante cinco generaciones, fuera de la vista de sus congéneres y sin los materiales usuales para construir el nido. A la sexta generación, aún en cautiverio, se le dio acceso a los materiales y construyeron un perfecto nido, incluso con el tejido de pelo de caballo”.

En consecuencia, el trabajo que trasciende la actividad instintiva es la fuerza que creó a la humanidad y la fuerza con la cual la humanidad creó al mundo tal como lo conocemos, de manera que una vez liberado, del instinto, el trabajo humano “se convierte en indeterminado y sus varias formas determinadas son el producto ya no de la biología sino de la compleja interacción entre herramientas y relaciones sociales, entre tecnología y sociedad” (12).

El trabajo humano como función física y mental es propiedad inalienable del trabajador, de manera que no existe la posibilidad de separar el trabajo del ser humano. En este contexto hay que señalar que históricamente el trabajo humano, se caracteriza además por:

- i) La capacidad de ejecutar un vasto rango de actividades productivas.
- ii) La producción del trabajo excedente.
- iii) La adaptabilidad para la ampliación de su propia productividad.
- iv) La ampliación de su producto excedente en forma continuada.

A partir de este momento se hace muy difícil considerar al proceso de trabajo solamente desde un punto de vista técnico como expresión de una forma de trabajo, en razón del hecho que se ha convertido en un proceso de producción de excedentes.

Bajo esta última circunstancia ya no interesa qué se produce y cómo, qué se consume y cómo, en cuanto lo más importante es que lo producido se consume. De manera que a partir de este momento el trabajo humano no ejerce ningún control sobre los bienes que produce, ni sobre la forma como los produce y mucho menos determina cuánto, qué y cómo deben ser consumidos. Dicho de otro modo, se pierde el control sobre el desarrollo de las capacidades, sobre los bienes y sobre la forma de consumo de estos últimos, es decir, el trabajo humano se divorcia de la naturaleza, de la sociedad y del propio cuerpo que le sirve de sustentación; quedando reducido a su fuerza-trabajo entendida ésta, como la capacidad de realizar un trabajo en un tiempo convenido. Es lo que se ha denominado trabajo alienado, en otras palabras, la pérdida del control tanto individual como colectivo sobre el ciclo vital humano de producción y reproducción/consumo.

2.1. El carácter histórico del trabajo

Desde la perspectiva histórica el trabajo humano ha asumido un doble papel:

- a) Como estrategia de sobrevivencia o subsistencia en tanto el hombre realizaba actividades de recolección, caza, agricultura, etc., transformaba la roca y las osamentas en herramientas y armas, la piel de los animales en vestido, con las ramas de los árboles construían refugios, etc. En este proceso se apropiaba de la naturaleza para satisfacer necesidades básicas siendo estas últimas el eje motor de todo su accionar.
- b) Como forma de acceder a otros bienes en tanto producían excedentes susceptibles de ser intercambiados en función de la capacidad de satisfacer necesidades de otros, quienes a su vez disponían de bienes con capacidad de satisfacer necesidades propias.

Ambos papeles conforman una relación dialéctica

hombre-naturaleza-hombre en la que al mismo tiempo que domina la naturaleza ésta lo transforma y lo lleva a un estado superior en función de la acumulación de conocimiento, experiencia, condiciones de reproducción social, organización, desarrollo tecnológico, etc., de esta manera el ser humano a través de su accionar sobre la naturaleza, se desarrolla física, intelectual y socialmente.

No obstante, el hombre como fuerza productora de bienes de subsistencia y como productor de excedentes se inserta en un único proceso de producción, representando lo que se ha dado en llamar la base humana del proceso de producción.

El desarrollo social del hombre lo ha definido como un ser capaz de establecer relaciones entre sí, la evolución de estas relaciones también determina las formas en las que se inserta en la sociedad, ya que van surgiendo relaciones económicas en las que unos ejercen el poder sobre otros, llegando esto a determinar las distintas formas y condiciones en las que el hombre subsiste y accede a otros bienes, o lo que es lo mismo las formas y condiciones en las que se ha insertado en el proceso de producción (como esclavo, siervo, campesino, obrero, etc.).

Como base humana del proceso de producción, el hombre ejerce su accionar de manera consciente e intencionada sobre un objeto el cual transforma directamente o sirviéndose de algunos medios, hasta convertirlos en bienes o servicios que generalmente satisfacen necesidades, este accionar descrito anteriormente es lo que conocemos como TRABAJO.

El trabajo humano expresa las capacidades desarrolladas históricamente por el hombre. Este carácter histórico lo adquiere a través de la acumulación de:

- Conocimientos.
- Experiencias.

- Relaciones con otros hombres.
- Valores, tradiciones y culturas.

Situaciones éstas que ha experimentado el hombre con el transcurrir del tiempo en los distintos lugares que ha ocupado sobre la tierra; así el trabajo humano objetiva, en el producto del proceso de trabajo, su conciencia. En esto se diferencia el trabajo humano del trabajo animal en que el hombre anticipa en su mente la producción de un bien final, lo cual permite que su acción sea consciente e intencionada.

No obstante, lo que anteriormente denominamos relaciones económicas van distorsionando la visión ideal del trabajo, estas relaciones se van desarrollando en la medida en que va creciendo la distancia entre la fuerza de trabajo y los propietarios de los medios de producción, entre los que diseñan las formas de trabajo y quienes lo ejecutan, entre quienes realizan el trabajo y quienes usufructúan del trabajo. De esta manera el trabajo va perdiendo virtudes y pasa de promover la vida a celebrar la muerte, en la medida en que esta distancia crece, los propietarios de los medios, los que diseñan el proceso y quienes usufructúan del trabajo intensifican la producción de los excedentes cuya distribución es desigual.

2.2. El carácter social del trabajo

El trabajo tiene doble carácter “es siempre en uno de sus aspectos despliegue de una fuerza humana en un sentido fisiológico, así considerado como **trabajo abstracto**, forma el valor de cambio de las mercancías. Pero a la par, el trabajo es siempre en otro aspecto, inversión de fuerza trabajo, bajo una forma concreta, encaminado a un fin y, así considerado, como **trabajo concreto** útil produce valores de uso” (13). La primera caracterización del trabajo constituye el aspecto cuantitativo que expresa el trabajo excesivo que no se compensa con la reposición de energía (descanso y recreo), agota al organismo físico y mentalmente, reduce la resistencia natural del

hombre. La segunda caracterización representa el aspecto cualitativo que pone de manifiesto las condiciones desfavorables en que tiene que ejecutarse el trabajo.

En la actualidad el trabajo concreto se presenta parcializado, segmentado, con bajo contenido y de esta forma puede inhibir las capacidades de los trabajadores, impedir su desarrollo o estimular en exceso otras capacidades. El trabajo abstracto expresa la cantidad de energía gastada o desplegada en el trabajo.

En las formas de producción artesanal, por ejemplo, se asiste en parte al trabajo individual (pequeño artesano) el cual realiza de manera aislada, la transformación de la materia prima utilizada en un producto determinado. Este tipo de trabajo se caracteriza por la unidad del trabajador y sus medios de trabajo, así como por el hecho que la calidad/rendimiento del trabajo depende de su habilidad para operar los instrumentos de trabajo y, por último, el productor controla el proceso de trabajo (cuántas horas trabaja, cuándo trabaja, cómo trabaja y dónde trabaja). En la mediana producción artesanal y en la gran producción industrial para la exportación, se desarrolla el trabajo colectivo, que no es otra cosa que la actividad productiva simultánea de grupos de trabajadores; esta actividad puede ser de carácter simple, cuando todos los trabajadores realizan la misma tarea o tareas muy semejantes; de mediana complejidad cuando diversos grupos de trabajadores asumen parte del trabajo global, de suerte que se asiste a una división del trabajo en la empresa y de alta complejidad tecnológica en la cual las nuevas tecnologías, entre otras, asumen las diversas aplicaciones, en reemplazo del trabajador individual y colectivo, quienes actúan como órgano accesorio; además aparecen los trabajadores no directos vinculados con la organización, vigilancia y control de los procesos de trabajo.

El trabajo es, por lo tanto, una actividad esencialmente social, siendo el trabajo individual sólo

un componente de esta actividad, que no se aprecia en forma directa sino en el trabajo acumulado en los productos y bienes de consumo social.

2.3. El trabajo humano como componente del proceso de trabajo

En este proceso el hombre transfiere no solamente su conocimiento, sino que también transfiere energía de los distintos órganos –que cobran dinamismo en su accionar– a todo aquello sobre el cual el hombre ejerce su trabajo, recursos naturales o materias primas ya hechas –a estos elementos llamamos **objetos de trabajo**. Pero también el hombre a través del trabajo transfiere energía a los instrumentos de los cuales se vale para facilitar su trabajo, es decir, sobre las herramientas, las maquinarias, instalaciones etc. – todos estos elementos conocidos como **medios de trabajo**.

Los medios de trabajo más el objeto de trabajo conforman los **medios de producción**. Los medios de producción más la fuerza de trabajo componen los elementos fundamentales del proceso de trabajo.

En la medida en que se define en este contexto, la forma en que se ejecuta el trabajo humano, se está determinando el tipo de **organización del trabajo**, que no es más que la disposición de los elementos del proceso de producción de manera tal que señale el tiempo, los ritmos, mecanismos de control, división del trabajo y la reposición de cada uno de ellos.

2.4 El trabajo humano como generador de riqueza

De los elementos del proceso de trabajo, anteriormente descrito, el trabajo humano precisamente por la transferencia de energía y conocimiento es el único que genera valor adicional, ya que el resto de los elementos pasan íntegramente al producto final (en el caso de las materias primas que sólo sufren una transformación)

o en el caso de los medios, se desgastan en la medida que se utilizan en la producción de bienes (ese desgaste implica por tanto su incorporación al bien final).

El trabajo humano entonces es fuente de valor en la medida en que es el eje dinámico del proceso de producción, el cual es imprescindible para la obtención de bienes finales.

2.5 La lógica inherente al proceso de trabajo en las sociedades capitalistas y populistas

Al plantearse la fuerza de trabajo como el único de los elementos del proceso productivo capaz de producir otros bienes con el objeto de:

- a) satisfacer necesidades (vestido, vivienda, alimentación, etc.).
- b) ser intercambiado por otro.

Es posible insertarlo en un proceso productivo que por su **lógica rentista o utilitaria** pierde todo control sobre aspectos como el qué, cuánto, cómo, para quién y dónde producir, los cuales dominaba bajo la lógica de satisfacer necesidades y, con ello, desarrollarse social, intelectual y físicamente.

Vale decir, un proceso en el cual a cambio de un salario la fuerza de trabajo intercambia su energía, sus destrezas, habilidades y su capacidad de realizar un trabajo.

Recordemos que una vez inserto en este proceso productivo, la fuerza de trabajo **transfiere energía**, la cual debe ser repuesta, para que pueda permanecer en este proceso. Esto define la función del **salario**: garantizar el acceso a los bienes necesarios básicos que permitan reponer toda la energía invertida por la fuerza de trabajo en el proceso de producción, pero no sólo para reponer energía, sino también para que la fuerza de trabajo se reproduzca en condiciones adecuadas (en este aspecto se incluye las condiciones de materiales de vida de la fuerza

de trabajo y su familia). A partir de lo anterior el salario define un tipo de relación específica de las sociedades modernas capitalistas, y en el marco de esta relación se determina la calidad de vida y trabajo de la humanidad.

La reposición de toda esa energía orgánica que el hombre transfiere en el proceso de producción requiere de una distribución de sus horas diarias de actividad laboral, de **reposo, de educación, cultura y recreación**, en equilibrio con el ritmo e intensidad del proceso laboral. Es preciso reconocer las limitaciones de tipo natural y tecnológico (estructura física y cognoscitiva) de la fuerza de trabajo. La economía del capital constante que se caracteriza por el ahorro en la concentración de maquinaria peligrosa, en el control o reemplazo de sustancias químicas peligrosas, en la eliminación del riesgo higiénico o de inseguridad, en el establecimiento de pausas de descanso, en la dotación del saneamiento básico, etc., atenta a su vez con la permanencia del trabajo humano en los procesos de producción y sus efectos son ostensibles fuera de los procesos productivos en sí.

La necesidad de reposición de la energía de la fuerza de trabajo, así como del incremento del capital constante, frente al problema de incrementar la producción, cobran relevancia cuando las sociedades modernas capitalistas o populistas proponen elevar la relación de productividad de los elementos del proceso productivo y, con ello, la presión sobre la fuerza de trabajo y el objeto de trabajo. Esta propuesta hunde sus raíces en el pasado reciente del surgimiento de esta sociedad y prefigura el malestar del futuro de las fuentes generadoras de riqueza: el hombre y la naturaleza.

El compromiso y el reto en el momento actual es rescatar el trabajo humano, devolviendo el protagonismo del hombre trabajador y en función de ello el equilibrio entre los elementos del proceso de producción.

2.6 Rol de las Familias

Las familias son a la vez agentes económicos que poseen una cuantía de recursos para cubrir sus necesidades de consumo de bienes y servicios y a la vez prestan o venden otro factor productivo que es la fuerza -trabajo . De manera que se establecen una serie de flujos entre familias y empresas:

1. El primero constituido por trabajo capital y propiedades y una contraprestación en forma de salarios, renta e intereses:



2. El segundo constituido por el consumo de bienes y servicios a cambio de dinero:



El flujo de estas variables se produce en el mercado, que se define como aquella instancia en la que se intercambian libremente bienes, servicios y dinero. En consecuencia, la relación que existe entre el trabajador y su familia es ineludible y tiene como escenario de actuación las relaciones sociales de producción que se dan en el mercado de trabajo.

3. Proceso de Producción y Proceso de Trabajo

3.1 Proceso de producción

El proceso de producción asume distintas características en función del cambio en las formas de propiedad, las formas específicas de trabajadores, las relaciones de trabajo, el tipo de desarrollo. En este contexto, por lo general, la inserción del trabajo humano se subordina al capital y es absorbido por éste. Las formas que reviste esta subordinación pueden ser directa o indirecta dependiendo de la situación de la fuerza-trabajo en la lógica del capital.

i) Subordinación indirecta

La subordinación indirecta se da en tanto la producción es adquirida por el capitalista del productor directo, el cual generalmente se somete a las condiciones tecnológicas y económicas del primero.

Tomemos en cuenta que los productores directos organizados bajo una forma de producción no capitalista (cooperativas, asentamientos, asociaciones, etc.) no son precisamente los que concurren al mercado de trabajo, sus productos a partir de la compra por parte del capitalista, sí lo hacen y, con ello, el productor directo está prácticamente empleado por el capital.

El desarrollo de este proceso, introduce a agentes como el **usurero** que obtiene de los productores directos enormes intereses los cuales constituyen formas diferenciadas de excedentes, precisamente por las imperfecciones del mercado de recursos financieros para los productores agrícolas directos. Otro agente es el **comerciante tradicional** o intermediario que al reunir la producción de los productores directos o venderlos muy por encima del costo pagado en fincas obtiene igualmente formas diferenciadas de excedentes.

Indirectamente el capital logra intervenir en el proceso productivo y en la organización misma del trabajo con la finalidad de evitar ser desplazado por estas formas no capitalistas de producción. Esta intervención indirecta determina la **pérdida relativa** del control del proceso por parte de los productores directos a quienes se les imponen paquetes tecnológicos inapropiados y no susceptibles de ser adaptados, por lo que sus condiciones y medio ambiente de trabajo se caracterizan por (14):

- El trabajo con altos gastos calóricos.
- Jornadas de trabajo extensivas.
- Ritmos de trabajo variados.
- Cargas físicas altas (calor, humedad, etc.).
- Cargas biológicas altas.
- Alto nivel de control y supervisión del trabajo.

ii) Subordinación directa

Por otro lado, la subordinación directa del trabajo al capital define la pérdida absoluta del control del proceso productivo por parte de los trabajadores, es decir, que pese a que este es quien realiza el trabajo, no es él precisamente quien determina cómo, con qué insumos, qué, para quién, cuándo y dónde producir, así como el nivel de empleo y los salarios para cada fase del trabajo (a esto se le ha denominado la **subsunción real** del trabajo al capital). Esto se da precisamente porque a falta de medios de producción o lo que es lo mismo, la inaccesibilidad a herramientas adecuadas, a tecnología, capital, etc., el trabajador deja de ser tal para intercambiar trabajo a cambio de un salario (a esto se le ha denominado la **subsunción formal** del trabajo al capital). El capital obtiene ingresos que posibilitan su consumo privado y constituye un fondo de acumulación que le posibilita quedar libre del trabajo directo, actuando sólo como supervisor y director del proceso de producción, a fin de que su inversión se valore a costo del trabajador.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo a partir de lo anterior se caracterizan por la prevalencia de (15):

- Ritmos de trabajo altos.
- Trabajo moderado en el gasto calórico (cargas fisiológicas).
- Cargas mecánicas de elevada peligrosidad (maquinaria, herramientas, etc.).
- Cargas físicas altas (calor, humedad, ruido, vibración, etc.).
- Cargas químicas altas (agroquímicos).
- Mínimo control del trabajo.
- Sobrecarga psíquica.
- Salarios mínimos bajos.

El proceso de producción comprende:

3.1.1. Proceso de trabajo

De lo expuesto en los párrafos anteriores se desprende que en los procesos de trabajo cualquiera que sea su modalidad productiva, se destacan tres grandes elementos a saber (Figura N° 1):

- i) Los **recursos naturales o materias primas hechas**: que conforma el objeto del trabajo.
- ii) La **tecnología**: representada por los medios del trabajo (maquinaria, herramientas, insumos, canales, etc.).
- iii) Los **seres humanos**: representada por el hombre y por su cualidad fuerza-trabajo (capacidad de realizar un trabajo).

Estos tres elementos conforman el proceso de trabajo en bruto, que no se concibe en la sociedad capitalista como generador de productos para consumir, para satisfacer las necesidades del hombre, sino que por el contrario, el objetivo principal, es la producción de bienes y servicios

para la generación de ganancias (18). En estos escenarios se asiste a un acelerado crecimiento de los niveles de complejidad laboral que se expresan en nuevos elementos que interaccionan con los mencionados en el párrafo anterior. Estos elementos son:

El desarrollo tecnológico: que da lugar a cambios cuantitativos y cualitativos que se manifiestan en la expropiación de capacidades humanas (habilidades, destrezas).

La división del trabajo: que se traduce en la parcelación y/o segmentación de las tareas (división técnica), con pérdida de la visión global del trabajo y su producto de una parte y a la disociación entre concepción y ejecución del trabajo, por otro lado (división social). El trabajo polivalente y la movilidad laboral constituyen hoy la base de la división del trabajo.

Organización y contenido del trabajo: además de la disociación concepción/ejecución de tareas se asiste al enriquecimiento de tareas, rotación de tareas, formas de optimización del ciclo de trabajo.

La conjunción de estos elementos permite la transformación del objeto de trabajo en un producto final que pueden ser alimentos, edificios, televisores, bienes intangibles (comercio, servicios), que en todo caso es el resultado final y condición del proceso de trabajo. En esta transformación se incorporan los elementos necesarios para actuar sobre el objeto, tales como maquinaria, herramientas, los cuales a su vez se interponen entre el trabajador y el objeto del trabajo. En este contexto, la actividad del trabajador (el trabajo mismo) a través de su metabolismo realiza trabajo productivo que se incorpora al producto final. En consecuencia, el proceso de trabajo es “el verdadero proceso de producción y es él quien permite el desarrollo de la forma particular del proceso (de producción) de valorización del capital en el proceso de producción inmediato” (19).

3.1.2. Proceso de valorización

Si bien es cierto el proceso de trabajo permite el desarrollo del proceso de valorización, entendido este como la producción del excedente del trabajo, la conformación concreta del proceso laboral está determinado por las necesidades del proceso de valorización, es decir, pese al “carácter técnico del proceso laboral, la clave para entender cómo éste se constituye no está dada en la lógica tecnológica abstracta sino en la lógica concreta de la producción del excedente del trabajo” (20). De suerte que el “proceso laboral es la materialización del proceso de valorización, tanto en lo que se refiere a su base técnica, como a la organización y división del trabajo” (21). En la figura N° 2 se aprecian las relaciones existentes entre proceso de producción y sus dos componentes conceptuales desdoblados.

Hay que destacar el hecho que como resultado, de lo antes señalado, se distinguen, desde la perspectiva del proceso de valorización diferentes estrategias de producir el excedente del trabajo y desde la perspectiva del proceso de trabajo, formas diversas de subsunción del trabajo al capital (formal o real). De manera que las grandes etapas del proceso de producción guardan relación con las formas predominantes de configuración del excedente del trabajo y los modos de subsunción real del trabajo al capital. A su vez, las sub-etapas corresponden a las características de la base técnica y socio-organizacional del trabajo. La subsunción formal corresponde a los mecanismos de supervisión.

4. Condiciones y medio ambiente de trabajo

4.1 Concepto

En su libro *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo?*, Julio César Neffa (22) señala que “la diferencia que existe entre nuestro enfoque acerca de las Condiciones y Medio

Ambiente de Trabajo (CYMAT) respecto de otros enfoques con quienes compartimos la concepción renovadora, reside probablemente en que para nosotros el proceso de trabajo juega un papel determinante en cuanto a las condiciones y medio ambiente de trabajo: es su origen y fundamento". En efecto, la combinación del "proceso de trabajo y de valorización del capital constituyen los factores cuya articulación en el seno de las empresas van a definir la naturaleza de la tarea o del trabajo prescrito para todos y cada uno de los puestos de trabajo, con lo cual se especifican las exigencias, requerimientos y restricciones propios de los mismos. Las exigencias, requerimientos y restricciones que el puesto de trabajo asigna o impone al trabajador, son básicamente de dos tipos: los elementos socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción y los factores del riesgo del medio ambiente de trabajo, que en su conjunto constituyen las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo"(23).

El mencionado autor expresa que "los factores del medio ambiente de trabajo y las condiciones de trabajo están estrechamente articulados entre sí, actúan sinérgicamente y de manera combinada sobre el conjunto o colectivo de los trabajadores. Esta acción global de los factores en su conjunto, integrada y unificada en virtud del proceso de trabajo, es lo que denominamos Carga Global de Trabajo.

El Figura N° 3 apunta hacia una mejor comprensión de lo expuesto por Neffa en cuanto a que el componente técnico-ambiental abarca los riesgos y factores de riesgo del medio ambiente de trabajo, es decir, la seguridad y salud del trabajo y el componente socio-organizacional se refiere a las condiciones generales de trabajo, siendo estas últimas "los elementos que determinan la situación que vive el trabajador"(24). En tales escenarios los riesgos y factores de riesgo del medio ambiente de trabajo se producen como resultado de la acción de los medios de trabajo sobre el objeto del trabajo con la intermediación del trabajador (actividad física del trabajo),

de manera que sus efectos no sólo alteran la salud y seguridad del trabajador sino también la salud y seguridad ecológica. A su vez las condiciones generales de trabajo derivan de la organización y división del trabajo dando lugar a exigencias cuyos efectos no sólo alteran la salud y seguridad del trabajador sino también los niveles de productividad. En ambos casos el mecanismo de enlace, entre condiciones y medio ambiente de trabajo y sus efectos en la ecología, salud y productividad, está representado por la carga global de trabajo y sus formas específicas que le derivan, que interactúan mediante el denominado proceso de desgaste, que consigna las transformaciones negativas en los procesos bio-psíquicos, ambientales y productivos.

Como se ha mencionado, en líneas anteriores, las condiciones y medio ambiente de trabajo varían de acuerdo a la actividad económica y/o actividad ramal. Las distintas actividades económicas gracias a su complejidad de relaciones de producción, formas productivas, relaciones de trabajo (formales e informales), representan el terreno en el cual el tanto condiciones y medio ambiente de trabajo y condiciones de vida se entrelazan ineludiblemente, dando lugar necesariamente a que el enfoque de mejoramiento de condiciones y medio ambiente de trabajo trasciende del lugar de trabajo para insertarse en un contexto más amplio de carácter económico-social, socio cultural, etc.

La conexión, por lo tanto, entre las condiciones y medio ambiente de trabajo y el medio socio-económico, por otro, son parte de la visión global de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Por tales razones trazar una línea divisoria entre las variables denominadas ocupacionales y no ocupacionales, es extremadamente difícil, lo cual determina la complejidad de los problemas de seguridad y salud así como su menor especificidad. De suerte que las pautas y el comportamiento epidemiológico de los riesgos/exigencias (procesos peligrosos) derivados de

las condiciones y medio ambiente de trabajo difieren según la característica de los procesos de trabajo.

4.2 Paradigmas conceptuales

En la salud y seguridad en el trabajo, en términos generales, se asiste a una confrontación ideológico-conceptual en relación al enfoque correspondiente a las condiciones y medio ambiente de trabajo, al interno de la cual la corriente hegemónica (tradicional) se sitúa en una visión reduccionista de la dimensión y magnitud de la problemática, frente a la cual se vislumbra con mucha debilidad una corriente de pensamiento de carácter holístico (renovadora). Por ello, se hace necesario considerar los contenidos de ambas corrientes frente a los diversos paradigmas conceptuales.

a) Prevención de los riesgos

La concepción tradicional centra su atención primariamente en la seguridad e higiene (de maquinaria, herramientas, sustancias químicas, ruido, calor) y secundariamente en la medicina del trabajo para los efectos de la reparación y compensación de los daños. En consecuencia, su objetivo es la reducción de las lesiones y la atención médica. Por tal razón el uso de los equipos de protección personal y el examen médico representan los instrumentos de prevención específica de los daños. La concepción renovadora parte de una visión global e integradora que reconoce la multiplicidad y complejidad de los efectos combinados de los factores que conforman el contenido de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Por ende, ubica el origen de los problemas en el proceso de trabajo tanto en sus componentes técnico-ambientales, como socio-organizacionales y de allí parte hacia la promoción de la salud y seguridad en el trabajo y la prevención bajo una respuesta combinada de los protagonistas del trabajo y la interpretación técnica. Un ejemplo corroboraría de una manera más adecuada las diferencias

de enfoque: en la concepción tradicional la prevención en el uso de plaguicidas se centra en el denominado uso seguro o menos peligroso de los mismos, es decir, en las técnicas de aplicación y en el campo de protección personal. La concepción renovadora ubica su atención en los propios plaguicidas como sustancias tóxicas e impulsaría formas productivas alternativas (agro-ecología, manejo integral de plagas), además de las condicionantes laborales para la protección durante la utilización de plaguicidas (reducción del tiempo de exposición diaria, rotación de trabajadores, período de reingreso y de carencia, medidas higiénicas básicas, horarios con menor carga térmica, etc.).

b) Unidad de análisis

La concepción hegemónica considera como objeto de análisis exclusivamente a la empresa o institución en su contexto micro-económico, micro-social y de micro-atmósfera de trabajo olvidándose el contexto global dentro del cual las empresas se desarrollan y funcionan. La concepción renovadora sustenta su visión considerando factores estructurales e institucionales en el determinismo de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Como ejemplo de lo antes expuesto tenemos que la concepción tradicional aborda condiciones y medio ambiente de trabajo al margen de sus relaciones con las condiciones generales de vida, etc. La concepción renovadora vincula una con la otra con el objeto de buscar un equilibrio entre ambas situaciones y, con ello, producir las bases requeridas para el desarrollo humano, es decir, su epicentro es primariamente el hombre y secundariamente la producción.

c) Historicidad de las condiciones y medio ambiente de trabajo

La concepción tradicional analiza las condiciones y medio ambiente de trabajo en la situación presente, olvidándose del carácter dinámico

y cambiante de las mismas. La concepción renovadora plantea el carácter dinámico, cambiante e histórico de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de manera que se hace necesario reconstruir el perfil de las mismas en la situación pasada, actual y futura. Para lo cual no puede divorciarse del marco económico, político, social y cultural en que han interactuado, interactúan o interactuarán.

Ejemplo

La concepción tradicional hace hincapié en la exposición actual a ruido, sin hacer referencias a la exposición y a las condiciones y medio ambiente de trabajos anteriores. Con ello, inhibe y obstaculiza la memoria colectiva de los trabajadores. La concepción renovadora plantea la exposición a riesgos y exigencias desde el inicio de la historia laboral del colectivo/individuo, con miras a que la memoria colectiva de los trabajadores se traduzca en evitar los errores o fallas del pasado.

d) La dimensión de las condiciones y medio ambiente de trabajo

La concepción tradicional sólo reconoce la dimensión objetiva de las condiciones y medio ambiente de trabajo, es decir, en aquellos aspectos que pueden ser identificados, medibles cuantitativamente y de fácil comparación ya sea con los valores límites de exposición, concentración máxima permisible o los tiempos máximos de exposición. Los trabajadores, según esta concepción, son simple fuerza de trabajo de orden físico que funcionan como máquinas-hombres para producir y resistir los efectos adversos de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

La concepción renovadora plantea que además de tomar en consideración tales dimensiones objetivas, se hace necesario identificar y evaluar las dimensiones subjetivas de las condiciones y medio ambiente de trabajo, tal como la perciben los trabajadores; ello significa la participación

de los trabajadores ya que “nadie está en mejor situación para conocer de qué manera los riesgos profesionales afectan la vida y la salud de los trabajadores, que los mismos trabajadores directamente involucrados” (25).

Ejemplo

La concepción tradicional valora las condiciones termo-higrométricas a que se exponen los trabajadores, como fenómenos no susceptibles de modificación, motivo por el cual la exposición a la carga térmica es inexorable, sin considerar la carga física de trabajo. La concepción renovadora al valorar tales condiciones termo-higrométricas, las asocia con la carga física de trabajo (para evitar la fatiga) e introduce pausas de descanso, horarios de trabajo flexibles, de acuerdo al consenso de los trabajadores.

e) Categoría de trabajo

La concepción tradicional valora el trabajo con un enfoque fatalista, mediante el cual se afirma el carácter punitivo del trabajo, o sea, el trabajo es una “obligación social, un castigo impuesto a la humanidad en virtud de la culpa original” (26). De allí una segunda connotación del trabajo, que se basa en el hecho que el trabajo/riesgo/exigencias son sinónimos, de suerte que el trabajo es indisoluble de la fatiga, el accidente, la enfermedad, la invalidez y la muerte. La concepción renovadora parte de la premisa, en primer lugar, que el trabajo no es un castigo, en cuanto que a través de él se crean los medios para satisfacer las necesidades humanas y a la vez se crea, se reproduce el ser humano que produce sus propios instrumentos y transforma la naturaleza mediante su actividad, este doble carácter de creación y autocreación es la base del trabajo humano. En consecuencia, los riesgos y exigencias no son inherentes al trabajo sino por el contrario al modo cómo se organiza y se ejecuta el trabajo y aún en estas circunstancias los riesgos y exigencias pueden ser eliminados en su origen.

Ejemplo

Para la concepción tradicional el peón de la construcción estará siempre expuesto a la sobrecarga de trabajo físico porque ello es inherente a las operaciones de construcción y a su vez producto del castigo propio de quien no ha estudiado. La concepción renovadora parte de la premisa que la exigencia antes mencionada no constituye una "traza de la vida de trabajo como un signo de identidad profesional"(27), sino es el producto de las complejas relaciones que se dan en el proceso de producción entre el trabajo y el capital y que existen maneras científicas y adecuadas de reducir la sobrecarga física.

f) La categoría salud/seguridad del trabajo

La concepción tradicional a partir de la visión reduccionista de los trabajadores (negación de la dimensión subjetiva de las CyMAT), del enfoque del trabajo como castigo, de la no asociación entre trabajo/riesgo/exigencias y de la perdurabilidad de los riesgos/exigencias (negación de su eliminación) reduce la salud y seguridad del trabajo a cuatro aspectos básicos a saber:

- i) El fetichismo del equipo de protección personal.
- ii) La monetarización y mercantilización del deterioro de la salud y seguridad del trabajo, del riesgo previsible.
- iii) La reparación del daño.
- iv) La compensación económica (del accidente, de la enfermedad, la muerte, la invalidez).

La concepción renovadora plantea que existen mecanismos diversos para enfrentar el origen de los riesgos/exigencias tales como: i) eliminación del riesgo; ii) eliminación de la exposición del riesgo; iii) aislamiento del riesgo y iv) protección a la persona. En consecuencia, tanto la vida del trabajador como su integridad física/mental (sin el

cual no es posible laborar) no tienen precio alguno. La reparación del daño y la compensación son válidas cuando a pesar de los procedimientos técnicos establecidos ocurriesen alteraciones a la salud/seguridad de los trabajadores, pero no deben ser la base de negociación sobre las condiciones de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Igualmente, las primas de peligrosidad, insalubridad o de alto riesgo, como mecanismo de presión frente al deterioro de los salarios reales y para exonerar a los empleadores de sus responsabilidades al respecto, no pueden ser la base de sustentación de ningún acuerdo sindical y/o negociación colectiva.

Ejemplo

La concepción tradicional plantea que en el trabajo en salud, el aumento del rendimiento (por capitación, por acto o procedimiento médico) se pagaría con más dinero, sin importar las consecuencias sobre el trabajador sanitario y los pacientes. De allí el concepto de pago del alto riesgo y de los turnos. La concepción renovadora plantea que para el trabajo sanitario se pueden organizar formas de trabajo que permitan el descanso, mejorar el rendimiento mediante incentivos no perversos y lograr la eficiencia del trabajo.

g) Metodología de análisis de los riesgos/exigencias

La concepción tradicional parte de una óptica de análisis que segmenta e individualiza cada uno de los riesgos/exigencias identificados en el proceso de trabajo, sin lograr una integración de la situación observada. De allí que opera sin considerar las condiciones agravantes, coadyuvantes provocados por las combinaciones riesgos/exigencias.

La concepción renovadora plantea como punto de origen de los riesgos/exigencias, el proceso de trabajo, de suerte que investiga los elementos

que interactúan directamente entre sí al interno de este proceso y como ellos entran en contacto con el organismo del trabajador.

Ejemplo

La concepción tradicional cuando observa a un trabajador cortador de caña, efectuar su trabajo diario, analiza el uso de la herramienta manual (machete) para reducir supuestamente la carga del trabajador y evitar accidentes. Por ende, mejora la herramienta manual (machete) en su peso, en su forma, en el mango y adiestra en el corte.

La concepción renovadora a ese mismo cortador de caña, lo analiza integrando la **carga mecánica** (herramienta manual/machete), la **carga física** (calor/humedad), la **actividad física** (posturas, movimientos, cambios fisiológicos, etc.), la **carga mental** (atención/concentración), la **organización y contenido del trabajo** (ritmo de trabajo, jornada, remuneración, pausas de descanso, naturaleza de la tarea, etc.) y **servicios de bienestar** (alimentación, vivienda, saneamiento básico, recreación/cultura, etc.). En consecuencia, vía el mejoramiento integral de lo antes expuesto diseña el plan de prevención.

h) Efectos de las condiciones y medio ambiente de trabajo

La concepción tradicional plantea la inexistencia de los colectivos de trabajo, ya que entiende al grupo de trabajadores como la suma de trabajadores aislados presentes en un lugar determinado de trabajo. Subsiguientemente, los efectos de las condiciones y medio ambiente de trabajo se expresan individualmente en razón de la susceptibilidad personal, los estilos de vida, la base genética y las influencias del ambiente (social, ambiental, político, etc.), de manera que promover un cambio en el estilo de vida individual, el uso de equipos de protección personal, son los ejes cardinales de la prevención/protección

frente a los riesgos/exigencias laborales.

La concepción renovadora supera la visión del trabajador como individuo, a quien hay que aislar de cada riesgo, promover hábitos seguros de trabajo, cambiar sus actitudes y conductas y obligar al uso de los equipos de protección personal. Al contrario, plantea que los lugares de trabajo constituyen verdaderos colectivos laborales, dadas las relaciones existentes entre quienes participan en el proceso de trabajo y, sobre todo, por el determinismo de las condiciones y medio ambiente de trabajo en las condiciones de reproducción social de los trabajadores. De manera que existe una clara conexión en torno a los efectos de las condiciones y medio ambiente de trabajo en los colectivos laborales.

Tales efectos se manifiestan en los trabajadores en diversas formas:

- i) La fatiga (fisiológica y patológica).
- ii) El envejecimiento prematuro.
- iii) La esperanza de vida diferente.
- iv) Las enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo.
- v) Los accidentes de trabajo.
- vi) La angustia.
- vii) La invalidez.
- viii) La muerte.

i) Noción sobre los trabajadores

La concepción tradicional valora a los trabajadores como simple fuerza física de trabajo, desprovista de creatividad e imaginación, motivo por el cual centra su atención en:

- i) Que la primera causa y responsabilidad principal de los accidentes/enfermedades, está en los propios trabajadores en virtud del descuido, distracciones, falta de educación, rechazo a las normas de prevención y la

irresponsabilidad.

- ii) El trabajador promedio que sirve como medida de las concentraciones máximas permisibles, de los tiempos máximos de exposición a riesgos/exigencias y del rendimiento productivo.
- iii) El control administrativo de la fuerza/trabajo en términos de una participación pasiva de los mismos.

El conjunto de estos tres elementos conduce necesariamente al ocultamiento o al rechazo de los factores reales que causan alteraciones a la salud y seguridad de los trabajadores.

La concepción renovadora parte de las premisas que los trabajadores representan los verdaderos protagonistas de los procesos de producción (en su doble connotación laboral y de valorización), a su vez son las víctimas de los efectos de las condiciones y medio ambiente de trabajo y, por ende, se hace necesario la recuperación histórica de su saber empírico, de la participación activa en la definición de su propia vida y bienestar y la validación consensual de las soluciones a los grandes problemas que confrontan. Por ello centra su atención en:

- i) Demostrar la invalidez conceptual y práctica de la así llamada “propensión al accidente” por parte de los trabajadores (28).
- ii) La heterogeneidad de los trabajadores, lo cual determina diversas formas de respuestas de adaptación, de resistencia, de percepción y de vivencia del trabajo.
- iii) La complejidad y multiplicidad de las causas de los daños.
- iv) La participación activa y protagónica de los trabajadores en la investigación en seguridad y salud de los trabajadores.
- v) La organización de instancias de defensa de la salud y seguridad en el trabajo.

j) La relación con el medio ambiente

La composición tradicional no vincula las condiciones y medio ambiente de trabajo con el impacto sobre las condiciones del medio ambiente natural que rodea a los procesos productivos; en este sentido la contaminación ambiental es el producto de la configuración normal de los mismos. De suerte que el uso de las llamadas tecnologías limpias resuelve el problema exterior a los lugares de trabajo.

La concepción renovadora plantea que los procesos productivos constituyen la fuente principal del daño ecológico y medio ambiental, en consecuencia, la posibilidad de contrarrestar tales efectos descansa en la inversión en el ámbito de los componentes tecnológicos-ambientales y socio-organizacionales, de los procesos de trabajo.

Ejemplo

Para la concepción tradicional el uso de material médico-quirúrgico etc. tiene un efecto beneficioso para los pacientes, que son superiores a la acción contaminante de sus residuos.

La concepción renovadora plantea la necesidad de producir menos residuos hospitalarios y desarrollar un programa de control del manejo de residuos.

k) La productividad

La concepción tradicional apunta sus ejes de acción sobre el control de costos y de pérdidas no asegurados, ya que los denominados costos directos, en términos generales, aparecen cubiertos por pólizas de seguro contra accidentes y enfermedades. De suerte que no se enfoca el problema relativo a la ineficiencia del sistema productivo que compromete sus niveles de competitividad en los mercados.

La concepción renovadora plantea que la rentabilidad de las empresas se ve afectada por los costos manifiestos (fácilmente ostensibles) sino también por los costos ocultos relativos a las malas condiciones de trabajo que se expresan en: "ausentismo, altas tasas de rotación de la fuerza de trabajo, en el derroche de materias primas, insumos intermedios y de energía a causa de la mala organización del trabajo, en los incidentes que provocan la interrupción de la marcha del proceso productivo con la consiguiente pérdida de tiempo, en el deterioro de la calidad de los productos, en las dificultades para cumplir con los plazos de entrega de la producción, en la insatisfacción generada por el trabajo, ya sea manual o mental y que puede llegar a provocar un rechazo al mismo. Estos costos ocultos son en gran parte las consecuencias de las malas condiciones y medio ambiente de trabajo, tienen repercusiones nocivas sobre la productividad del trabajo y, en última instancia, sobre la rentabilidad empresarial, puesto que debilitan su posición en un mercado que es cada vez más competitivo, restringido y turbulento"(29).

I) Modelos de intervención

La concepción tradicional parte de la premisa que las condiciones y medio ambiente de trabajo constituyen una temática de orden técnico, cultural y socio-económico que escapa a la comprensión de los trabajadores. De manera que el modelo de intervención en este terreno (y específicamente en lo relativo a la seguridad y salud del trabajo), descansa en:

- i) La información/comunicación vertical, sin espacios para la reflexión y las relaciones racionales del pensamiento.
- ii) Estructura organizativas verticales, no participativas.
- iii) La exclusión de la experiencia, del saber de los trabajadores y de la validación consensual de los mismos.
- iv) La capacitación no participativa.

- v) Auditoría/inspección de riesgos.
- vi) El uso de equipos de protección personal como técnica supuesta de prevención.

La concepción renovadora plantea la necesidad de combinar el saber y quehacer técnico/científico con el saber/quehacer de los trabajadores, con el objeto de lograr la validación consensual en el desarrollo de las técnicas de eliminación/control del riesgo/exigencias. De manera que su modelo de intervención se caracteriza por:

- i) Información/comunicación de carácter horizontal, que estimula la reflexión crítica y la racionalidad del pensamiento.
- ii) Vinculación de la organización de la prevención con la práctica, la cotidianidad y el protagonismo de los trabajadores.
- iii) La recuperación de la experiencia vivida, del saber de los trabajadores y la búsqueda de la validación consensual.
- iv) La organización de los trabajadores para la defensa de la salud y seguridad en el trabajo.
- v) Auditoría de riesgos en función de la gestión de la calidad preventiva.
- vi) El uso integral de las técnicas de prevención y control de riesgos.

Para concluir esta breve reseña explicativa sobre una serie de nociones utilizadas, se adjunta una propuesta relativa a los factores de riesgo laborales y factores protectores.

5. GLOBALIZACIÓN E INTEGRACIÓN ECONÓMICA

5.1 Relaciones laborales

En el marco de los procesos de integración y globalización económica se han introducido una serie de reformas en los sistemas de relaciones de

trabajo que han dado lugar a lo que se conoce como flexibilidad laboral que se expresa en términos de:

- i) **Flexibilidad descendente:** reducción de los costos de producción a partir de salarios bajos, prolongación de la jornada de trabajo y de la intensificación del trabajo.
- ii) **Flexibilidad de la organización del trabajo y de la producción:** en atención a la demanda de productos de parte de los mercados.
- iii) **Flexibilidad salarial:** la sensibilidad del salario frente a la situación económica o la progresión efectiva de la productividad.
- iv) **Flexibilidad externa:** subcontratación, contrato por obra determinada, etc.
- v) **Flexibilidad interna:** polivalencia o especialización flexible.

Es claro que el cambio en las relaciones laborales basada en la flexibilidad antes mencionada afecta en primer lugar a los trabajadores asalariados, sean permanentes o temporales, en cuanto que genera de una manera creciente la inseguridad laboral (30):

- i) **En el mercado de trabajo:** por el exceso de la oferta de mano de obra.
- ii) **En el empleo:** por la facilidad del despido y la contratación eventual.
- iii) **En el puesto:** por efecto de la movilidad vertical/horizontal o el cambio en el contenido del trabajo.
- iv) **En el trabajo:** dado el incremento de las cargas laborales (riesgos/exigencias y el desgaste físico/mental).
- v) **En el ingreso:** dada la variabilidad en el rendimiento, los niveles de productividad y en las demandas del mercado.

Como resultado de las modificaciones en los sistemas de relaciones laborales producto a su vez de las formas de producción dominante se asiste a una dispersión de la fuerza/trabajo que tiende a centrarse en la informalidad laboral urbana y rural

5.2 Paradigmas tecnológicos y de innovación

La investigación científica y la producción de soluciones tecnológicas a los problemas del agro se efectúan en los países desarrollados y en las compañías transnacionales. Ello determina que los “paradigmas tecnológicos dominantes” han sido creados en países desarrollados, pero su difusión, adaptación y adopción se hace en los países en vías de desarrollo, es decir, se asiste al paradigma de la transferencia tecnológica y de la tecnología apropiada (31).

No obstante el régimen tecnológico, como estructura de relaciones o su dimensión dinámica “la trayectoria tecnológica”, sirven de guía al cambio requerido en su evolución. En este contexto la innovación debe incluir la adaptación de nuevos productos y/o procesos y de nuevas formas de organización, sin desmedro del medio ambiente y de la integridad física/mental de los trabajadores agrícolas.

5.3. El ahorro del capital constante

La situación económica financiera de las empresas, su posición en el mercado, el volumen de producción y su mejor indicador la “tasa de ganancia” conspiran contra las condiciones y medio ambiente de trabajo, en razón del hecho que la inversión en tecnología, materias primas (capital constante) tiende a aumentar la composición orgánica del capital y, con ello, se reduce la tasa media de ganancia. En consecuencia, el ahorro del capital constante es una medida utilizada para evitar la caída tendencial de la cuota media de ganancia. Sin embargo, la otra posibilidad de neutralizar tales

efectos es impulsando la productividad laboral a través del mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, ya que de este modo se reducen los costos indirectos, las pérdidas financieras y se evita la reducción de la productividad, con lo cual se compensa el gasto en capital constante, pero esa no es la visión en términos generales de las empresas que prefieren competir sobre la base del desgaste de los trabajadores.

6. CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO Y AMBIENTE

6.1 Las condiciones generales de trabajo

Son el resultado del componente socio-organizacional, del proceso de trabajo y comprenden:

- La organización y contenido del trabajo.
- La duración y configuración de la jornada de trabajo.
- Los sistemas de remuneración.
- Los servicios de bienestar y sociales.

En su conjunto estos elementos configuran lo que algunas corrientes han denominado factores psico-sociales del trabajo, para señalar el carácter histórico del proceso de producción de los mismos. En efecto, según estas corrientes de pensamiento los llamados “factores psico-sociales consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo” (32). Esta concepción no toma en consideración al trabajo como categoría histórica, la naturaleza de los procesos productivos, las variables macro y micro económicas en el determinismo de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

6.1.1 La organización, división y contenido del trabajo

Estos tres factores están determinados en forma directa por las características del proceso de trabajo, de las empresas y de los diversos puestos de trabajo.

a) Organización y división del trabajo

La separación y segmentación de las tareas en términos de la concepción-planificación de la producción con respecto a su ejecución constituye uno de los ejes fundamentales de la organización y división del trabajo. Como resultado de ello, hay una evidente separación entre el trabajo de ejecución (manual o intelectual) y trabajo concepción/planificación, que da lugar a una división social del trabajo. En razón de lo anterior se asiste a una división técnica del trabajo en función de la segmentación de las tareas (asignación a cada trabajador o grupos de trabajadores, la asignación de un ciclo que debe cumplirse con un volumen dado en un tiempo dado).

b) El modo de gestión de la fuerza/trabajo

Para los efectos de la organización del trabajo, de la producción es imperativo conocer lo concerniente a la gestión de la fuerza/trabajo ya que ello sirve de sustento tanto al contenido del trabajo como a su ordenamiento laboral. En este sentido, los elementos de mayor relevancia son:

- i) **La estabilidad del empleo:** el carácter permanente y estable del puesto de trabajo o su naturaleza precaria.
- ii) **La autoridad jerárquica:** que implica vigilancia del cumplimiento de horarios, de los ritmos de trabajo, de los niveles de productividad.
- iii) **El estilo de gestión:** se refiere a la manera como se administra la fuerza/trabajo,

según su tipología: autoritaria, discrecional, participativa.

- iv) **El sistema de incorporación y desarrollo de personal:** que se refiere a los procedimientos para la selección y reclutamiento de personal, la capacitación, entrenamiento, la flexibilidad interna, la evaluación del desempeño (en función del ritmo de trabajo).

En la actualidad al uso del trabajo precario, temporal e inestable está íntimamente relacionado con la subordinación jerárquica. El estilo de gestión predominante es de carácter autoritario/impositivo que se tramita a través de los mandos medios.

c) El contenido del trabajo

En términos generales el trabajo tal como ha sido concebido y planificado contrae las dimensiones del puesto de trabajo produciendo un empobrecimiento del mismo. Ello ocurre sustancialmente en las labores predominantemente manuales. Este empobrecimiento del puesto de trabajo opera a través de:

- Un bajo nivel de calificación profesional.
- Baja autonomía y control sobre el trabajo.
- Ciclo de trabajos muy cortos (monotonía y repetitividad).
- Escasa creatividad de la tarea (simplificación, pérdida de control del trabajo).
- Reducción de la identidad de la tarea (distanciamiento con respecto al fin y sentido del propio trabajo).
- Parcialización de la tarea (la actividad abarca una parte pequeña del proceso de trabajo).

6.1.2 La duración y configuración del tiempo de trabajo

El número de horas de trabajo y la forma en que se distribuyen tiene una repercusión directa sobre la calidad de la vida diaria del trabajador y sobre la vida en general. Pueden influir en (33):

- La salud del trabajador.
- La seguridad del trabajo.
- El grado de tensión y fatiga.
- El nivel de ganancias.
- El tiempo libre disponible.
- La recreación y cultura.
- La familia.
- La vida social del trabajador.

El problema esencial de la jornada de trabajo reside en la sobrecarga cuantitativa de la misma (cuando hay demasiado que hacer), en función de las demandas de mercado y de los volúmenes de producción. Ello determina que la prolongación de la jornada de trabajo constituye, generalmente, una norma sobre todo durante los periodos que requieren mayor volumen de producción. Otro problema observado es la ausencia de pausas de reposo orientadas a la reposición de energía de parte de los trabajadores, intercalada en la jornada de trabajo (pausas breves). En algunos casos la única pausa existente es la dedicada a las horas de comidas.

La duración excesiva del trabajo con insuficientes periodos de reposo se observa además con mucha frecuencia en la agricultura, construcción, labores a destajo, etc.

En algunos casos se asiste a cambios en las modalidades de ordenar el tiempo de trabajo, de esta forma algunas empresas prefieren el trabajo continuo de ocho horas y otras el trabajo discontinuo de cuatro horas en la mañana y cuatro horas en la tarde.

Los períodos de descanso semanal y anual son mecanismos de reposo cuyos objetivos es la reposición de las energías consumidas durante el trabajo. El trabajo por turnos y el trabajo nocturno constituyen otras situaciones que alteran la configuración del trabajo.

6.1.3. Sistemas de remuneración

El sistema de remuneración por rendimiento constituye el eje fundamental del régimen salarial en las distintas actividades productivas. Para tales efectos se recurre a:

- i) El salario por pieza o a destajo.
- ii) Las primas por rendimiento o tarea.

En el primer caso se asiste a dos formas de remuneración: i) la que se realiza en proporción directa a la producción a través de pago de cada unidad producida en función de una tasa constante y ii) aquella en la cual la tasa aplicable a cada unidad producida varía en función del volumen de la producción. En el segundo caso se parte de una remuneración por hora y de la determinación del tiempo normal para ejecutar la tarea y se paga esa bonificación a aquellos trabajadores que han realizado la tarea en el tiempo previsto o la terminan antes, lo cual se agrega a la remuneración por hora.

Se puede afirmar que en términos generales estas formas de remuneración llamadas “incentivos” tienen como base:

- i) El pago de bajos salarios mínimos.
- ii) La reducción de las cargas salariales.
- iii) El aumento de la productividad por medio del incremento del ritmo de trabajo.

Existe otro sistema de remuneración que se refiere al pago del salario en forma fija independientemente de la producción.

6.1.4 Servicios sociales y de bienestar

Los servicios aquí enumerados suelen dividirse en dos grupos:

- i) Los servicios de bienestar para los trabajadores durante sus horas de trabajo.
- ii) Los servicios para mejorar las condiciones de vida de los trabajadores y sus familias.

Los primeros se refieren a tres categorías esenciales:

- i) **Las condiciones higiénico-sanitarias:** tales como dotación de agua potable y de aseo, urinarios/retretes, vestuarios, duchas, lavado de la ropa de trabajo, etc.
- ii) **Las condiciones de reducción de la fatiga:** tales como instalaciones para el reposo (durante la exposición por ejemplo a calor, sustancias químicas, etc.), reducción del desplazamiento entre el lugar de trabajo y el domicilio.
- iii) **Las condiciones de alimentación:** tales como la provisión de comedores y nutrientes para lograr un mejoramiento en los suministros alimenticios tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo.

Con muy pocas excepciones se asiste a un déficit y carencia en la dotación de estos servicios de bienestar. Por lo general, a los trabajadores no se les provee de instalaciones sanitarias para la realización de sus necesidades fisiológicas, para la ingesta de agua potable y para su uso higiénico, al igual que lo relativo a duchas y lavado de la ropa de trabajo, de parte de las empresas.

La provisión de instalaciones destinadas para el reposo durante la realización de trabajos penosos, fatigantes y extenuantes son inexistentes, al igual que lo relativo a los medios de transporte del lugar de trabajo al domicilio y viceversa.

A pesar que la naturaleza del trabajo implica realizar trabajos manuales muy extenuantes, exposición a largas jornadas de trabajo, un medio físico agresivo, las empresas, en general, no se preocupan por la provisión de comedores/áreas destinadas para la alimentación, como tampoco de la necesidad de una alimentación suficiente y equilibrada de los trabajadores.

El segundo grupo de servicios guardan relación con:

- i) La vivienda.
- ii) El aprovisionamiento de alimentos.
- iii) Cuidados de salud y médicos.
- iv) La instrucción.
- v) La recreación y cultura.
- vi) La asistencia social.

En este renglón de servicios, con muy pocas excepciones, se asiste en la actualidad, a la tendencia de parte de las empresas a desvincularse de su financiamiento, y que los mismos sean asumidos por las respectivas autoridades nacionales (en un momento de insuficiencia o deficiencia de las políticas sociales) y/o por los propios trabajadores.

6.1.5 Ergonomía

Se refiere a la adaptación del trabajo al hombre en términos de los sistemas hombre -máquinas, sistemas hombre - organización, sistemas hombre - ambiente entre los que sobresalen lo relativo al diseño de los puestos de trabajo (arquitectura, geometría y ordenación espacial de los mismos), así como de las estaciones de trabajo. Se desprenden la actividad de los trabajadores:

- Posturas y Movimientos.
- Esfuerzos físicos.
- Actividad cardiocirculatoria, respiratoria.

- Actividad senso perceptiva.
- Cromatismo.
- Actividad cognitiva.

6.2. Medio Ambiente

Para una mejor comprensión del tema utilizaremos la clasificación de riesgos según los elementos del proceso de trabajo:

a) Riesgos derivados de los medios de trabajo

- ☛ Humedad, temperatura, ventilación.
- ☛ Ruido.
- ☛ Vibraciones.
- ☛ Radiaciones ultravioleta e infrarrojas.
- ☛ Frío y cambios de temperatura.
- ☛ Radiaciones ionizantes.
- ☛ Iluminación.
- ☛ Cambios de la presión barométrica.
- ☛ Aceleración.
- ☛ Radiaciones Laser y Masser.
- ☛ Campos electromagnéticos.
- ☛ Electricidad.
- ☛ Fricción y presión.

b) Riesgos derivados de los objetos del trabajo

- ☛ Vapores, partículas líquidas y aerosoles.
- ☛ Polvos inorgánicos.
- ☛ Polvos orgánicos.
- ☛ Gases.
- ☛ Humos.
- ☛ Rocíos y neblinas.

Riesgos biológicos

- ☛ Animales, insectos.

- ☛ Parásitos.
- ☛ Hongos.
- ☛ Virus, bacterias.
- ☛ Plantas.

c) Riesgos derivados de los medios de trabajo en sí mismos

- ☛ Maquinaria y Equipos.
- ☛ Herramientas Manuales.
- ☛ Calderas y hornos.
- ☛ Locales (instalaciones sanitarias, eléctricas, etc.).
- ☛ Máquinas.

d) Riesgos del ambiente natural y ecológico

- ☛ Inundaciones, aludes.
- ☛ Temblores.
- ☛ Descargas eléctricas.
- ☛ Ciclones, huracanes

La nocividad de los riesgos comprendidos en los grupos a), b) depende de:

- i) Su concentración o nivel en el ambiente.
- ii) Tiempo, frecuencia y duración de la exposición.
- iii) Características del lugar de trabajo.
- iv) La forma de contactar al organismo.
- v) De sus propiedades físicas y/o químicas.
- vi) De la capacidad patogenética (biológicos, etc.).

7. PROCESOS TERMINALES DE LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

7.1 Molestias

Se definen como las disfunciones orgánicas y funcionales que sufren los trabajadores como parte del proceso de pérdida precoz de la homeostasis,

en un primer momento reversible, cuya acumulación cuantitativa y cualitativa da lugar a trastornos más complejos que se traducen en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Primer ejemplo: Un trabajador que labora en una zafra del tomate termina su jornada de trabajo con dolores de cintura que desaparecen con el reposo hasta el día siguiente, el ciclo repetitivo de su labor produce cambios importantes en los tejidos blandos que posteriormente permiten el desgaste de los cuerpos vertebrales y la instalación de una enfermedad definitiva. La corrección de esta situación resultante de las exigencias y factores de riesgos laborales evita que este complejo fenómenos pueda ocurrir, si estas molestias son consideradas como la antesala de la patología del trabajo.

Segundo ejemplo: Un trabajador que labora en la construcción sin mallas de protección a una altura de 20 pisos, refiere incremento de la frecuencia cardiaca, sensación de opresión torácica bajo estas circunstancias, que cesan al término de la exposición diaria, el ciclo repetitivo de esta situación produce un estrés agudo que se traduce en cambios cardio - circulatorios significativos y sufre un incremento transitorio de la tensión arterial que le ocasiona mareos y escotomas centrales, pierde el equilibrio y se cae de esa altura. Evidentemente, el riesgo de trabajar en alturas sin protección y sin tomar en consideración lo que refiere el paciente son las causas de un accidente mortal que se hubiera podido prevenir de la manera más sencilla.

Tercer ejemplo: Una trabajadora que labora en un call center operando líneas telefónicas en condiciones anti-ergonómicas refiere sensación de incomodidad en el cuello, porque tiene que hacer una flexión sostenida del cuello, por la altura de la mesa de trabajo con respecto a la silla que utiliza, que se intensifican por la prolongación de la jornada de trabajo, en estas circunstancias la productividad laboral

de la trabajadora se reduce y se despiden a la trabajadora por bajo rendimiento. Si se hubiese concebido el puesto de trabajo en términos de la geometría, arquitectura y ordenación del mismo se hubiera evitado la incomodidad y la reducción de la productividad.

7.2 Accidentes de Trabajo

Hay que destacar que ningún accidente ocurre por el azar o la casualidad, en todos los casos existen causas, por lo general, múltiples y complejas que no fueron previstas, motivo por el cual no se procedió a anticipar, a prever y a pre actuar para su ocurrencia. Es claro, por lo tanto, que la mayoría de los accidentes de trabajo se pueden prevenir y que la connotación de imprevisible denota la ausencia de planificación en el campo de la ingeniería de procesos y, por lo tanto, en el diseño del proyecto. De suerte que no existen relaciones lineales de causa/efecto sino combinaciones que hacen compleja la ocurrencia de los mismos. Ello implica un análisis de los riesgos que permita identificar causas principales y causas secundarias, "que actúan en forma multiplicada y no como sumandos del fenómeno" (34):

$$CP_1 + CP_2 (CS_1 + CS_2 + CS_3 + CS_4 + \dots) = \text{Accidente}$$

Cabe resaltar que muchos de los riesgos indicados en este último grupo pueden ser causa de otro tipo de daños o contribuir a la producción de alteraciones a la salud diferentes a los accidentes. En este sentido, un estudio de los procesos y operaciones de trabajo debe permitir la determinación de la probabilidad y severidad de ocurrencia de un accidente de trabajo bajo los siguientes mecanismos, según Boley, en el libro *Guide Effective Industrial Safety* (35).

PROBABILIDAD

0= no se requieren fallas u la ocurrencia de fallas en el mismo. Esto indica a una alta probabilidad

de ocurrencia.

- 1= Se requiere una falla.
- 2= Se requieren dos fallas secuenciales.
- 3= Se requieren tres fallas secuenciales.
- 4= Se requieren cuatro fallas secuenciales.

SEVERIDAD

- A Fatalidad y/o pérdidas financieras muy altas.
- B Injurias al personal con incapacidad temporal prolongada, secuelas discapacitantes y/o cargas financieras altas.
- C Injurias al personal que requiere tratamiento médico y/o cargas financieras medias.
- D Injurias al personal que requiere tratamiento de primeros auxilios y/o pérdidas financieras pequeñas.
- E Daños a equipos con pérdidas financieras muy pequeñas.

En este último caso no estamos comparando vidas con dinero que sería anti-ético sino señalando que ambos aspectos pueden ser coincidentes pero el enfoque sanitario de morbo-mortalidad-discapacidad debe prevalecer.

A tener en cuenta que en el proceso de investigación de accidentes es necesario señalar cuáles son las causas fundamentales además de los tecnológicos, (tales como la organización y contenido del trabajo, las cargas ambientales, aspectos fisiológicos del trabajo y sociológicos) que ocasionaron que los estándares de seguridad e higiene estuvieran por debajo de los establecido o esperado.

Considerando la relación dosis - respuestas, los accidentes suelen definirse como aquellos que se producen como resultado de cargas agresivas muy altas o altas que actúan en muy corto o corto tiempo de exposición y sus efectos serán siempre sobreagudos o agudos.

7.3 Enfermedades Profesionales

En este renglón habrá que considerar tres situaciones a saber:

1. Las enfermedades profesionales propiamente dichas.
2. Las enfermedades relacionadas con el trabajo.
3. Las enfermedades agravadas por las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Considerando la relación dosis -respuestas, las enfermedades profesionales se definen como aquellas que se producen como consecuencia de cargas agresivas bajas o muy bajas que actúan en un largo o muy largo tiempo de exposición u cuyos efectos serán siempre subagudos, crónicos o subcrónicos.

7.4. La carga global de trabajo

Se define la carga global de trabajo como la resultante de los diversos factores del medio ambiente de trabajo y de las condiciones de trabajo, descritos en el punto N° 4, que están determinados por el proceso de trabajo vigente en la empresa (Neffa Julio, ¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, pág. 93).

Este conjunto de efectos y repercusiones actúan tanto a nivel del colectivo de trabajo como del trabajador individual. Para una mejor comprensión se suele dividir la carga global de trabajo en: física, mental y psíquica, no obstante, es menester recalcar que cada una de ellas, así como en su conjunto son la expresión de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

a) La carga física

Se caracteriza por las exigencias derivadas de la actividad física de los trabajadores. Comprende la carga física estática/postural y la carga física dinámica. La primera relacionada con

las posturas adoptadas y la segunda con los esfuerzos y desplazamientos del trabajador. Para ambos casos se mide la intensidad de la carga en función del gasto energético. Constituye el denominador común del proceso de trabajo, ya que se encuentra en todas las fases y operaciones del mismo.

b) La carga mental y psíquica

Se relacionan con las exigencias de la organización y división del trabajo, tales como:

- a) Ritmo de trabajo intenso (remuneración por rendimiento, supervisión rígida de la producción), velocidad de la tarea.
- b) Extensión de la jornada de trabajo (por demandas de mercado y de producción).
- c) Monotonía y repetitividad (bajo contenido de la tarea).
- d) Ausencia de pausas de reposo (dado el rendimiento, la supervisión y las demandas de mercado y de producción).
- e) La atención (corto tiempo entre señal/ respuesta).
- f) Bajo contenido de la tarea (ambigüedad, menor autonomía y control, descalificación).

La carga global de trabajo representa el enlace, entre los componentes técnico-ambientales y socio-organizacionales de las condiciones y medio ambiente de trabajo y las expresiones biológicas de los efectos de estas últimas.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

- (1) CARRILLO R. Documento preparado para el Proyecto Promoción de la Seguridad y la Salud del Trabajo en la Agricultura en América Central. OIT, 1997
- (2) ALVARADO H., ALFREDO y OTROS. Indicadores de Sostenibilidad para los Sectores Agrícolas y de Recursos Naturales

- en Costa Rica IICE-IICA/GTZ.
- (3) BRUNDTLANDT COMMISSION, WCED, 1987.
- (4) GARCIA J.C. Pensamiento Social en Salud en América Latina, Primera Parte, Capítulo 5, pág. 60.
- (5) BETHANCOURT O. La Salud y el Trabajo. Primera Edición CEAS/OPS, Quito, 1995, pág. 14-20.
- (6) IDEM.
- (7) IDEM.
- (8) IDEM.
- (9) VALERY P. Citado en Braverman Harry, Trabajo y Capital Monopolista, Editorial Nuestro Tiempo, Octava Edición en español, 1987, pág. 62.
- (10) Riego y Drenaje. Manuales para Educación Agropecuaria. Editorial Trillas, Segundo Reimpresión, 1995.
- (11) OAKLEY K., citado en Braverman Harry, Trabajo y Capital Monopolista, Editorial Nuestro Tiempo, Octava Edición en español, 1987, pág. 63.
- (12) BRAVERMAN H. Trabajo y Capital Monopolista, Editorial Nuestro Tiempo, Octava Edición en español, 1987, pág. 68.
- (13) MARX C. El Capital, Siglo XXI, México, 1975, Tomo 1, vol 2, pág. 57.
- (14) DIAZ MERIDA F. Proceso de Trabajo Agrícola, Salud y Seguridad del Trabajo, OIT.
- (15) IDEM.
- (16) IDEM.
- (17) IDEM.
- (18) NORIEGA M. El Trabajo, sus Riesgos y la Salud, del documento En Defensa de la Salud en el Trabajo, SITUAM, 1989.
- (19) PALLOIX C. Proceso de Producción y Crisis del Capitalismo. H. Blume Edición, Madrid, 1980, pág. 154.
- (20) LAUREL C.A. El Carácter Social del Proceso Salud/Enfermedad y su Relación con el Proceso de Trabajo. Conferencia dictada en las III Jornadas de Salud Laboral C.C.O.O., Madrid, 1989.
- (21) IDEM.
- (22) NEFFA, J.C. ¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo? Propuesta de una Nueva Perspectiva. Colección Ciencias Sociales del trabajo, 1988, pág. 57.
- (23) IDEM, pág. 45.
- (24) Oficina Internacional del Trabajo. Introducción a las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Publicado bajo la dirección de J.M. Clerc, Ginebra, 1987.
- (25) NEFFA J. ¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo? Colección Ciencias Sociales del Trabajo, 1988, pág. 26.
- (26) IDEM, pág. 17.
- (27) IDEM, pág. 32.
- (28) IDEM, pág. 35.
- (29) IDEM, pág. 43.
- (30) Fundación Frederick Ehbert. El Trabajo Flexible, 1992.
- (31) Economía Agrícola. Editor: Ajaz Ahmed Khan, 1996.
- (32) Introducción a las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. OIT, 1987.
- (33) IDEM.
- (34) Vaquero J.L. Higiene y Seguridad En el Trabajo. Editora médica Europea, 1989.
- (35) Jack W. Boley. Guide Effective Industrial Safety. Gulf Publishing Company. 1977.

CAPÍTULO II

EL TRABAJO COMO FACTOR SOCIAL DETERMINANTE DE LA SALUD

La visión tradicional de la salud ocupacional y/o nombres equivalentes ha restringido su intervención exclusivamente a los aspectos concernientes a la seguridad e higiene, entendida esta última, como fenómeno físico, mecánico, químico, biológico, biomecánica y ocasionalmente psicosocial, y/o a la medicina del trabajo, entendida como las repercusiones médicas de la inseguridad e insalubridad. Desde esta perspectiva no interesa conocer los elementos que conforman el proceso de trabajo, lo importante no es el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, sino el control operativo del riesgo físico, etc. y/o calificación del riesgo profesional. En otras palabras, esta concepción escinde al hombre que trabaja en el componente ocupacional y otro no ocupacional.

De allí que cuando hablamos de salud de los trabajadores o salud integral de los trabajadores o de salud en el trabajo, se plantea una concepción integral que supera la dicotomía, arriba mencionada, y transforma al trabajador de objeto de producción como sujeto de producción y reproducción de la salud. Por tal motivo, consideramos que es imperativo abordar la problemática desde una visión integral entre los distintos momentos que vive el hombre.

1. CATEGORIA TRABAJO

En estos escenarios se hace necesario enfatizar la concepción fundamental del trabajo a partir del cual se desarrolla el concepto de "El trabajo es el instrumento a través del cual el hombre produce los bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, el hombre se crea, se produce y se reproduce a través del trabajo, puesto que su desarrollo solo es posible en la medida que elabora sus propios instrumentos y transforma los

objetos existentes en la naturaleza por medio de su actividad. El objetivo central del trabajo es la satisfacción de las necesidades humanas que van desde la producción de bienes industriales, agropecuarios, hasta la producción de servicios, de ideas o de cualquier otro elemento que satisfaga al hombre" (1). Lo anterior significa que se asiste, vía el trabajo a un doble proceso de creación y auto creación humana, es decir, el trabajo crea al propio hombre y este a su vez, crea los elementos para satisfacer sus necesidades que le permiten su reproducción biológica. El trabajo analizado de esta manera, garantiza la existencia de la vida humana y de la sociedad en su conjunto. Este doble proceso se escinde a su vez en dos etapas a saber:

Proceso de trabajo

En el cual los seres humanos actúan y se relacionan con la naturaleza, la tecnología vía los instrumentos de trabajo para generar productos o bienes. Se refiere a las condiciones de producción.

Proceso de consumo

En el cual los seres humanos consumen o utilizan los bienes y servicios producidos. Se refiere a las condiciones de reproducción.

De lo anterior, se concluye que sin la producción de bienes y servicios no habría consumo, de igual modo, si tales bienes y servicios no se consumieran no sería necesaria su producción. En consecuencia, cada fase depende de la otra y sin su concurso es imposible la vida humana.

Uno de los principales problemas de la medicina oficial del país, de la salud pública tradicional vigente es que en raras ocasiones aborda la esencia de la relación salud/trabajo y cuando lo hace se ubica en el terreno de la salud ocupacional tradicional. En este último sentido, se excluye el "carácter bifacético del trabajo, en su relación con el proceso salud -

enfermedad”, es decir, de un lado el trabajo como inversión de fuerza-trabajo produce valores de uso (trabajo concreto), por otro lado, el trabajo como despliegue de energía humana gastada (trabajo abstracto), forma el valor de cambio de las mercancías (2). El valor de uso de una mercancía responde al carácter concreto del trabajo que la ha creado como un objeto útil cualitativamente diferente de otra mercancía, es decir, el valor de uso es la capacidad que tiene un objeto para satisfacer una necesidad humana, sea esta económica o psicológica.

El trabajo concreto afecta la salud de los trabajadores en términos de exposición a factores de riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos, mientras que el trabajo abstracto afecta en términos psico-sociales y de organización y división del trabajo.

El uso de la fuerza trabajo es el trabajo mismo. “El comprador de la fuerza trabajo la consume haciendo trabajar a su vendedor. Este se convierte así en fuerza de trabajo en acción lo que antes era solo potencia. Para materializar su trabajo en mercancías, tiene, ante todo, que materializarlos en valores de uso, en objetos aptos para la satisfacción de necesidades de cualquier clase” (3). “El trabajo es en primer término, un proceso entre la naturaleza (y la tecnología) y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción su intercambio de materias con la naturaleza (4) y la tecnología (el subrayado es del autor). Marx señala que “toda cosa útil lo es por sus cualidades que hacen de ella un valor de uso para una finalidad determinada. Pero como mercancía destinada a ser vendida presenta otro aspecto: su valor de cambio, lo que requiere encontrar el denominador común de todos los valores de uso (productos o servicios) que se intercambian –se venden– como mercancías. “Ese denominador común de todas las mercancías no es otra cosa que el resultado del trabajo humano que se puede definir como

el gasto en energía física, en tensión nerviosa y la aplicación por parte del trabajador (manual e intelectual) de su destreza y conocimiento (y a veces de su inventiva) en el acto de la producción . De modo que el denominador común de todas las mercancías que sirve para establecer su valor de cambio es el trabajo humano que produce valores de uso. Un valor de uso o un bien solo tiene valor porque en él está objetivado o materializado trabajo humano abstracto” (5). El valor de cambio (o simplemente valor de la mercancía) es la cantidad de trabajo socialmente necesario plasmado en una mercancía, lo cual se constituye en la única característica común a los diferentes productos y que hace posible que sean equiparados entre sí de acuerdo a una proporción determinada y, por lo tanto, hace posible su intercambio.

Como consecuencia de las relaciones entre valor de uso y valor de cambio aparece oculto el excedente del trabajo que se expresa en tres aspectos:

- a) El **excedente absoluto**: que se caracteriza por una prolongación de la jornada de trabajo (horas extraordinarias).
- b) El **excedente relativo**: que opera mediante el aumento del ritmo de trabajo.
- c) La **reducción de los salarios**: que se aplica en situaciones de las crisis cíclicas del capitalismo.

Las repercusiones de la manera en que se apropian de estos excedentes, en las clases sociales trabajadoras (de subsistencia, de la producción mercantil simple, los semiproletarios rurales y urbanos, la clase trabajadora vinculada al excedente absoluto, la clase trabajadora vinculada al excedente relativo, los trabajadores intelectuales) y que es la base de la exposición a factores de riesgo en el trabajo, a la muerte de los trabajadores, accidentes y enfermedades no mortales su discapacidad no aparecen en los registros oficiales del país. En consecuencia, no es

significativo la intervención en este campo porque se prefiere el abordaje biologicista y excluyente de lo social (el proceso de trabajo).

Tomando en cuenta, lo antes señalado es necesario considerar el concepto del costo de la mano obra del trabajador habitualmente concentrada en:

- a) Los costos requeridos para su subsistencia.
- b) Los costos necesarios para su cualificación profesional.

En nuestra opinión se debe agregar:

- c) Los costos requeridos para la preservación y protección de su salud en el trabajo (que se considera un ahorro empresarial).

En este último caso la dialéctica del capitalismo ha sido transferir esos últimos costos a la sociedad bajo el eufemismo de la seguridad social, que estaría financiando los productos de la irresponsabilidad empresarial (la vida del trabajador no tiene la menor importancia).

2. Salud pública y salud de los trabajadores

Es menester destacar que la salud pública y la salud ocupacional convencional y tradicional “consideran a la categoría trabajo, como un elemento secundario en la vida del ser humano, despojado del carácter histórico y social” (6). De allí que la expresión categoría de trabajo es reducida al término de “ocupacional”, para ser considerado como un mero factor ambiental externo al sujeto trabajador. Por tal motivo, según esta perspectiva, “la influencia del trabajo en la salud es un hecho natural y que las variaciones en el tiempo, espacio y en los diversos sectores de la producción son eminentemente técnicas” (7).

En este contexto, la salud pública y salud ocupacional tradicional, bajo el ropaje de la neutralidad social, desconocen los cambios que

se producen en el trabajo en función de una forma social de producción específica, circunscribiendo el problema a meros aspectos técnicos del trabajo, a las características físicas y químicas del objeto y medios de trabajos, soslayando el contenido y características sociales de los mismos. Así, pareciese que esta visión permite a la salud ocupacional tradicional, considerar al trabajo como un proceso ajeno al ser humano, con una significación negativa subordinando así sus potencialidades en la realización humana.

El trabajo tiene un doble carácter: produce valores de uso, que satisfacen las necesidades de otros y produce valor (de cambio), que está basado en el intercambio de mercancías en el mercado en una sociedad monetaria o capitalista. El carácter social del trabajo puede ser sólo conceptualizado como una unidad de producción de valor de cambio y valor de uso. Ello no lo puede asimilar la salud pública y salud ocupacional convencional que entonces se transforman en el principal medio del sub registro y ocultamiento de lo que le acontece a los trabajadores (manuales e intelectuales) del país.

2. Proceso y condiciones de producción (8)

El proceso de producción asume distintas características en función del cambio en las formas de propiedad, las formas específicas de trabajo, las relaciones de trabajo, el tipo de desarrollo. En este contexto, por lo general, la inserción del trabajo humano se subordina al capital y es absorbido por éste. Las formas que reviste esta subordinación pueden ser directas o indirectas dependiendo de la situación de la fuerza-trabajo en la lógica del capital.

2.1 Subordinación indirecta

La subordinación indirecta se da en tanto que la producción es adquirida por el capital, por vías no directas, del productor directo, el cual generalmente se somete a las condiciones

tecnológicas, de mercado y económicas del primero. Indirectamente el capital logra intervenir en el proceso productivo y en la organización misma del trabajo con la finalidad de evitar ser desplazado de los mercados. Esta intervención indirecta determina la **pérdida relativa** del control del proceso por parte de los productores directos a quienes se les imponen paquetes tecnológicos inapropiados y no susceptibles de ser adaptados, por lo que sus condiciones de producción se caracterizan por:

- El trabajo con altos gastos calóricos.
- Jornadas de trabajo extensivas.
- Ritmos de trabajo variados.
- Cargas físicas altas (calor, humedad, etc.).
- Cargas biológicas altas.
- Alto nivel de control y supervisión del trabajo por parte del capital.

2.2. Subordinación directa

La subordinación directa del trabajo al capital define la pérdida absoluta del control del proceso productivo por parte de los trabajadores, es decir, que pese a que este es quien realiza el trabajo, no es él precisamente quien determina cómo, con qué insumos, qué, para quién, cuándo y dónde producir, así como el nivel de empleo y los salarios para cada fase del trabajo (a esto se le ha denominado la subsunción real del trabajo al capital). Esto se da precisamente porque a falta de medios de producción o lo que es lo mismo, la inaccesibilidad a herramientas adecuadas, a tecnología, capital, etc., el trabajador deja de ser tal para intercambiar trabajo a cambio de un salario (a esto se le ha denominado la subsunción formal del trabajo al capital). El capital obtiene ingresos que posibilitan su consumo privado y constituye un fondo de acumulación que le posibilita quedar libre del trabajo directo, actuando sólo como supervisor y director del proceso de producción, a fin de que su inversión

se valore a costo del trabajador. Las condiciones de producción, en este caso, se caracterizan por el predominio de:

- Ritmos de trabajo intensos y otros (cambios en la organización del trabajo).
- Trabajo moderado en el gasto calórico (cargas fisiológicas).
- Cargas mecánicas de elevada peligrosidad (maquinaria, herramientas, etc.).
- Cargas físicas altas (calor, humedad, ruido, vibración, etc.).
- Cargas químicas altas (sustancias peligrosas).
- Mínimo control del trabajo.
- Sobrecarga psíquica.
- Salarios mínimos bajos.

2.3. El proceso de producción comprende

A. Proceso de trabajo

De lo expuesto en los párrafos anteriores se desprende que en los procesos de trabajo cualquiera que sea su modalidad productiva, se destacan tres grandes elementos a saber:

- i) **Base de recursos naturales o materias primas hechas:** que conforman el objeto del trabajo.
- ii) **Base tecnológica:** representada por los medios del trabajo (maquinaria, herramientas, insumos, canales, etc.).
- iii) **Base humana:** representada por el hombre y por su cualidad fuerza-trabajo (capacidad de realizar un trabajo).
- iv) **Base organizativa:** la organización y división del trabajo.

Estos elementos conforman el proceso de trabajo, que no se concibe como generador de productos para consumir, para satisfacer las necesidades del hombre, sino que por el contrario, el objetivo principal, es la producción de bienes

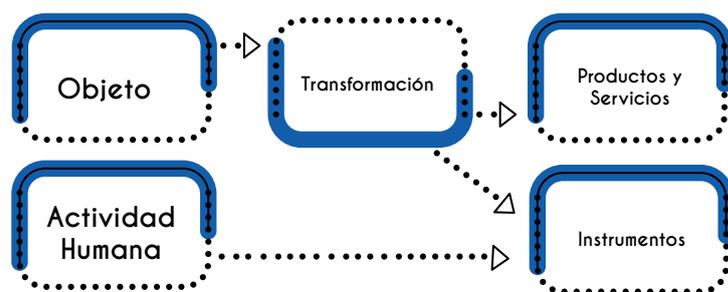
y servicios para la generación de ganancias. En estos escenarios se asiste a un acelerado crecimiento de los niveles de complejidad laboral que se expresan en nuevos cambios del trabajo que interaccionan con los mencionados en el párrafo anterior. Estos elementos son:

- El **desarrollo tecnológico**: que da lugar a cambios cuantitativos y cualitativos que se manifiestan en la expropiación de capacidades humanas (habilidades, destrezas).
- La **división del trabajo**: que se traduce por un lado en la parcelación y/o segmentación de las tareas (división técnica), con pérdida de la visión global del trabajo y su producto de una parte y por otro lado, a la disociación entre concepción y ejecución del trabajo, (división social). El trabajo polivalente y la movilidad laboral constituyen hoy la base de la división del trabajo.
- **Organización y contenido del trabajo**: además de la disociación concepción/ ejecución de tareas se asiste al enriquecimiento de tareas, rotación de tareas, formas de optimización del ciclo de trabajo.

La conjunción de estos elementos permite la transformación del objeto de trabajo en un producto final que pueden ser alimentos, edificios, televisores, bienes intangibles (comercio, servicios) etc., que en todo caso es el resultado final y condición del proceso de trabajo. En esta transformación se incorporan los elementos necesarios para actuar sobre el objeto, tales como maquinaria, herramientas, los cuales a su vez se interponen entre el trabajador y el objeto del trabajo. En este contexto, la actividad del trabajador (el trabajo mismo) a través de su metabolismo realiza trabajo productivo que se incorpora al producto final. En consecuencia, el proceso de trabajo es “el verdadero proceso de producción y es él quien permite el desarrollo de la forma particular del proceso (de producción) de valorización del capital en el proceso de

producción inmediato” (9).

Para lograr una concepción acertada acerca de los elementos que conforman el proceso de trabajo se requiere una definición precisa de este último. En el presente documento se denomina Proceso de Trabajo a toda transformación de un objeto determinado (natural o artificial), en un bien material o servicio que ocurre mediante la intervención de la actividad humana (intelectual o manual), utilizando determinados medios de trabajo. Este proceso se puede esquematizar del modo siguiente:



La determinante de este proceso es el momento de la transformación y es aplicable tanto a los bienes materiales (agrícolas, minerales, industriales, etc.), como a los servicios (transporte, comunicación, comercio, computación, etc.). De este modo, los objetos del trabajo son el sustrato sobre el cual se ejerce la transformación para obtener un producto, los medios de trabajo son el conjunto de cosas que el trabajador interpone directamente entre él y el objeto sobre el cual trabaja, dicho de otra manera, fungen como intermediarios entre el trabajador y el objeto de trabajo y/o son las condiciones materiales que sin intervenir directamente en la transformación son básicas para que este fenómeno ocurra. Un tercer elemento del proceso de trabajo lo constituye la actividad humana que se expresa en volumen y calidad de los productos y que implica el consumo de energía, conocimiento, creatividad, etc. Por último, un cuarto elemento del proceso de trabajo lo constituye la organización laboral que define las modalidades y grado de intensidad del trabajo.

B. Proceso de valorización

Si bien es cierto el proceso de trabajo permite el desarrollo del proceso de valorización, entendido este como la producción del excedente del trabajo, la conformación concreta del proceso laboral está determinado por las necesidades del proceso de valorización, es decir, pese al “carácter técnico del proceso laboral, la clave para entender cómo éste se constituye no está dada en la lógica tecnológica abstracta sino en la lógica concreta de la producción del excedente del trabajo” (10) que conduce a la acumulación de capital. De suerte que el “proceso laboral es la materialización del proceso de valorización, tanto en lo que se refiere a su base técnica, como a la organización y división del trabajo” (11).

Hay que destacar el hecho que como resultado, de lo antes señalado, se distinguen, desde la perspectiva del proceso de valorización diferentes estrategias de producir el excedente del trabajo y desde la perspectiva del proceso de trabajo, formas diversas de subsunción del trabajo al capital (formal o real). De manera que las grandes etapas del proceso de producción guardan relación con las formas predominantes de configuración del excedente del trabajo y los modos de subsunción real del trabajo al capital. A su vez las sub etapas corresponden a las características de la base técnica y socio-organizacional del trabajo. La subsunción formal corresponde a los mecanismos de supervisión.

En este proceso de valorización es fundamental identificar las diferencias entre algunos conceptos económicos (12):

- a) **Capital Constante:** se define como la parte del capital que se invierte en medios de producción, o sea, materia primas y auxiliares, infraestructura, métodos y técnicas de trabajo medios o instrumentos de trabajo (tecnología), organización del trabajo (el subrayado es del autor).
- b) **Capital Variable:** se define como la parte

del capital que se invierte en fuerza trabajo (salarios).

En efecto, si el trabajo concreto implica las exposiciones a factores de riesgos químicos, biológicos, físicos y de inseguridad (mecánicos, eléctricos, locativos, etc.) es obvia su relación con las condiciones materiales de la producción (trabajo concreto). Si el trabajo abstracto expresado como energía consumida implica la exposición a factores de riesgos ergonómicos derivados de la actividad humana físico y mental y a los factores psicosociales derivados de la organización, división y contenido del trabajo (trabajo abstracto) ¿Cuál es el impacto del capital constante y variable en la salud de los trabajadores?

Tradicionalmente, la medicina del trabajo y la higiene y seguridad en el trabajo se han abocado a resolver problemas de la higiene del trabajo (en términos de contaminantes ambientales del proceso de trabajo) y de seguridad en el trabajo (en términos de los actos inseguros y condiciones inseguras, vocablos que han desaparecido de la moderna seguridad en el trabajo). Estos dos aspectos requieren un aumento del capital constante pero la lógica del capital no se orienta en este sentido pues al darse este aumento se reduce la cuota media de ganancia ya que la tecnología, materias primas, etc., no producen excedentes del trabajo. De allí que se asiste a un ahorro del capital constante cuya magnitud se traduce en muerte, accidentes, enfermedades y discapacidad de los trabajadores, es decir, se está de frente a una masiva destrucción legal de fuerza trabajo cuyos efectos son asumidos por la seguridad social (en pensiones, indemnizaciones e incapacidades temporales). Por lo tanto, la economía del capital constante no solo afecta la vida y la salud de los trabajadores (manuales e intelectuales) y las condiciones y medio ambiente de trabajo sino que se extienden fuera de los procesos productivos de las empresas. De esta forma, los residuos, desechos, contaminantes

de los procesos productivos se transforman “en excrementos de los mismos y los elementos más peligroso y tóxicos” (13), ya que el costo de su control aumentaría la inversión en capital constante para su control y ello comportaría una disminución de la cuota media de ganancia. La inversión en capital constante se puede hacer en esta lógica, solo si se reduce el capital variable o se incrementa la productividad (entendida como mayores excedentes del trabajo).

3. CONDICIONES DE VIDA (O DE REPRODUCCIÓN)

El enfoque que ha predominado en las concepciones de la salud pública y de la seguridad social se ha desarrollado históricamente aportando sus acciones hacia la recuperación y rehabilitación de la salud de las así denominadas “enfermedades comunes resultantes de factores de riesgos vinculados con los estilos de vida” que se prefiere denominar condiciones de vida (momento reproductivo), en el presente documento.

En este escenario se ha marginado a la categoría trabajo o se excluyó el trabajo como potencial fuente de factores de riesgos relacionados con la muerte, la discapacidad y la enfermedad. Este proceso de exclusión obedece a dos razones complementarias que han prevalecido hasta el momento:

1. La baja valoración epidemiológica de la categoría trabajo en la determinación del perfil del proceso salud - enfermedad de los grupos sociales.
2. El desconocimiento de los sistemas de salud en torno a los elementos que conforman el proceso de trabajo.

Como resultado de lo anterior, se asiste a una visión no integral de la población económicamente activa, en donde la medición de la estratificación social se hace en términos del consumo bio-social (alimentación, vivienda, educación, vestuario, etc.) y del consumo socio-cultural (recreación,

participación social, uso del tiempo libre, etc.) que si bien representan factores muy importantes para la salud, solo expresan el momento reproductivo de los seres humanos. De allí una intervención funcional por parte de los modelos de atención basada en el cambio de los estilos de vida exclusivamente con enfoque biologicista.

El momento productivo relacionado con las condiciones y medio ambiente de trabajo plantea que la estratificación social se sustenta primordialmente en la ubicación de la fuerza-trabajo en los procesos productivos (condiciones de producción), ya que de allí se derivan las posibilidades positivas o negativas de los dos tipos de consumo, antes mencionados. En consecuencia, hay que evaluar las condiciones de producción como proceso de trabajo sustentando por su base tecnológica y socio - organizacional, en términos sanitarios. En este último caso se plantean varias vertientes, a saber:

1. Las condiciones de producción como factores de riesgos determinantes o agravantes del perfil epidemiológico de los procesos salud - enfermedad de los trabajadores.
2. Las condiciones de producción como limitante de la capacidad de trabajo de los trabajadores.
3. Las condiciones de producción como excluyente de la fuerza - trabajo con discapacidad.

Estos tres aspectos se relacionan de manera íntima y recíproca con los efectos de los estilos de vida o condiciones de vida, ya sea como factor asociado o agravante en la primera vertiente, como factor inhibitorio de las potencialidades humanas en la segunda vertiente y como factor de exclusión y de expulsión de la fuerza - trabajo en la tercera vertiente. En todo caso las condiciones de producción vigentes estimulan y facilitan la destrucción del así llamado “capital humano”.

En este escenario hay que destacar tres hechos importantes:

1. Que los estilos de vida o condiciones de vida vistos como, exclusivos, determinantes del proceso salud - enfermedad ocultan profundas interacciones con el trabajo.
2. Que los efectos de los estilos de vida o condiciones de vida pueden ser agravadas por las condiciones de producción.
3. Que la discapacidad para el trabajo resultante de los efectos de los estilos de vida o condiciones de vida es, en general, el producto de las condiciones de producción.

El perfil epidemiológico del proceso salud/enfermedad de los trabajadores y su familia tiene como elementos subyacentes:

- a) Las condiciones y medio ambiente de trabajo en función del gasto y consumo energético, los instrumentos del trabajo, el objeto del trabajo y la organización del trabajo.
- b) Las condiciones biopsicosociales (condiciones de vida: alimentación, vivienda, educación, diversión, trabajo).
- c) Las condiciones socioculturales (riesgo social, comportamental y escasa participación en la lucha social y política, etc.).
- d) Las formas de relación predominantes y de apropiación del excedente del trabajo.

4. CARGA DE TRABAJO Y DESGASTE

Tanto las condiciones de vida como las condiciones y medio ambiente de trabajo se traducen en un desgaste psico-fisiológico producto, en el primer caso, del proceso de envejecimiento normal de los seres humanos y en el segundo caso de la carga global de trabajo. Es obvio, por lo tanto, que es muy difícil cuantificar el impacto de uno o del otro en el proceso de desgaste; sin embargo existen algunas herramientas o instrumentos que

permiten una medición indirecta del proceso de desgaste producido por el trabajo.

Es claro, por lo tanto, que la reducción de la carga de trabajo (variable dependiente) disminuirían el desgaste, la muerte y discapacidad prematura. Una teoría y práctica sanitaria que no logra entender la necesidad de articular ambos procesos de producción y reproducción para beneficio de la totalidad social, acarreará un sinnúmero de problemas de salud frente a la transición demográfica y epidemiológica.

5. LA CARGA DE MORBILIDAD

La introducción del indicador "carga de morbilidad" que expresa los años de vida saludable perdidos a causa de la mortalidad prematura y los perdidos como resultado de la discapacidad, ha demostrado, que a pesar de los avances en esta materia, persisten problemas de salud, producto de la inequidad. En efecto, se ha estimado que para 2013 los indicadores de la carga de morbilidad son:



Fuente: Institute Of Health Metrics and Evaluation.

DALYS: Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) son el resultado de agregar los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) más los Años Vividos con Discapacidad (AVD).

YLLS: Días de vida perdidos.

YLDS: años de vida con discapacidad.

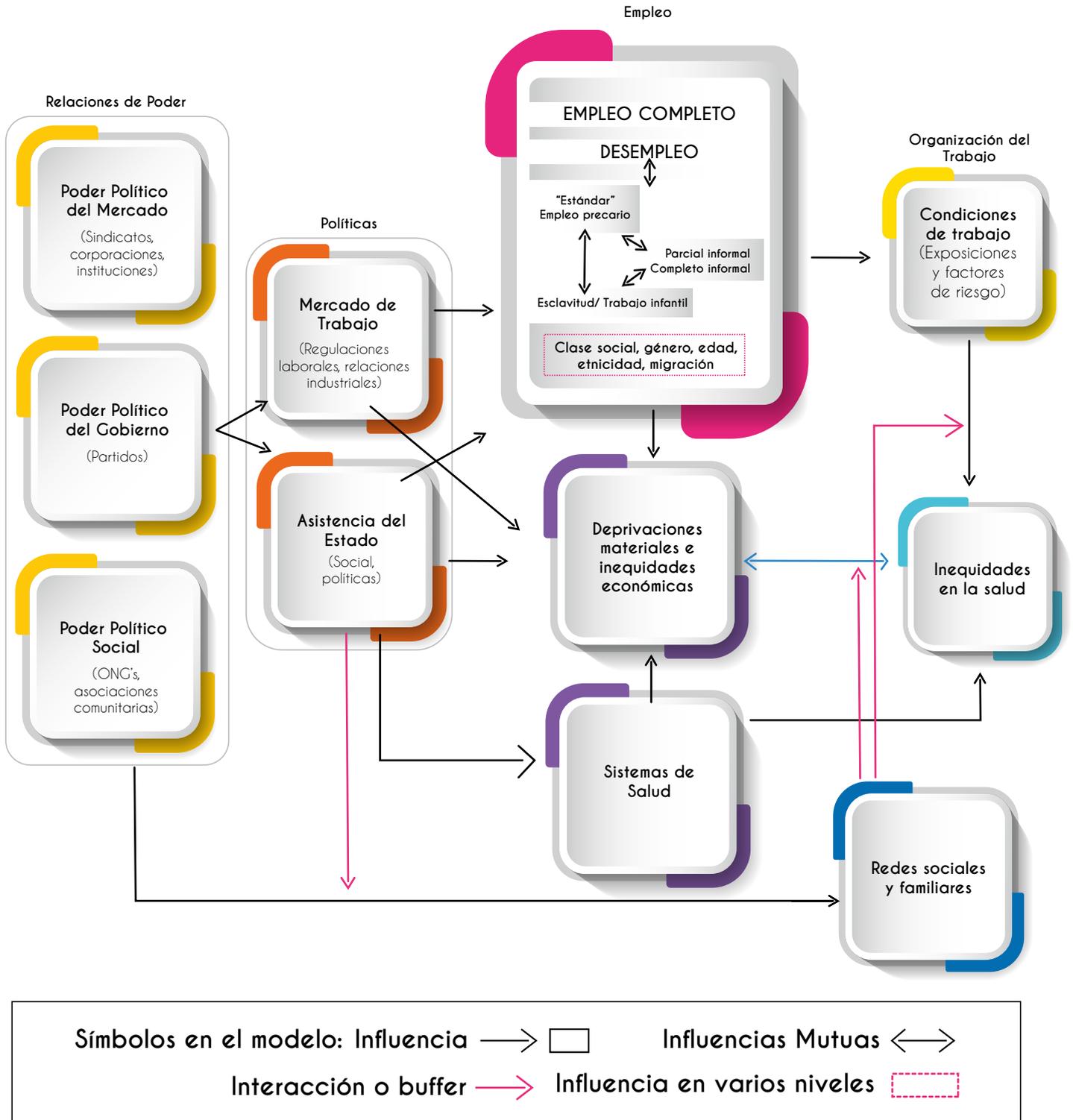
6. DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJO

En base a lo antes expuesto hay dos escenarios en la que interactúan los determinantes de la

salud en el trabajo la comprensión de los mismos es fundamental para la formulación de políticas, estrategia, planes estratégicos, etc. desde la

perspectiva de la destrucción o preservación de la fuerza trabajo.

6.1. MACRO



Fuente: Benach, J., Muntaner, C. & Santana, V (2008) Employment Work & Health inequalities: a Global Perspective. WHO CSDH, In: Proceedings Global strategies: Improving labor condition for working poor... IHSP, McGill University, Montreal, May 2008

La desigualdad global en el empleo y en el trabajo constituye uno de los temas más importantes de nuestro tiempo. El aumento del desempleo, la extensión de la precariedad laboral, de la esclavitud o del trabajo forzado, y otras peligrosas formas de empleo y de trabajo relacionadas con la desigualdad, están intrincadamente asociadas a graves lesiones por accidentes y a múltiples enfermedades que afectan a los trabajadores, a sus familias y a sus comunidades. Las desigualdades en salud no sólo constituyen uno de los problemas de justicia social más importantes a nivel global, sino que son una de las evidencias más claras de que se dispone para describir y explicar de qué forma el bienestar y la justicia social se distribuyen de forma desigual en el mundo. Las desigualdades en salud relacionadas con el empleo nos indican también dónde debemos centrar nuestros esfuerzos en favor de la equidad si queremos alcanzar un mundo más justo y democrático.

La historia de las relaciones de empleo hace referencia al desigual poder y al secular conflicto entre el capital y el trabajo, hoy en día ejemplificado bajo la globalización en la lucha existente entre las poderosas corporaciones de los países ricos y los campesinos desposeídos de los países pobres. Miles de millones de personas poseen únicamente su fuerza de trabajo para vender y trabajan (o no) con permiso de quienes poseen las condiciones materiales del trabajo. Hoy en día, en un sistema económico capitalista cada vez más globalizado, un pequeño número de compañías transnacionales, organizaciones internacionales y gobiernos coaligados con ellas, sobre todo en los países ricos, tienen el poder de tomar decisiones que afectan a la vida de millones de trabajadores que viven en el límite de la supervivencia (14).

Hay cuatro niveles de análisis para ubicarse en los aspectos macro del problema.

1. Las relaciones de poder

En este caso se define en primer lugar el **Poder político del Mercado** conformado por los sindicatos, las corporaciones e instituciones. “La génesis de las desigualdades en salud relacionadas con el empleo y el trabajo no es un proceso tecnocrático neutro y libre de juicios de valor, sino más bien una práctica profundamente influida por las ideologías políticas y el conflicto de intereses entre propietarios, directivos, gobiernos y trabajador” (15). En este contexto, se imbrican las tendencias al ahorro del capital constante, a la reducción del salario, la prolongación de la jornada de trabajo, la intensificación del ritmo de trabajo (so pretexto de la tan cacareada productividad) por parte del sector empresarial y las posturas ideológicas-políticas de los sindicatos que lamentablemente oscilan entre dos concepciones cada una de ellas malsanas para la salud de los trabajadores. Se distinguen tres tipos de concepciones:

1. El sindicalismo o gremialismo amarillo: que se pliega al capital a cambio de recibir beneficios para la cúpula sindical y bicoca para los trabajadores en los convenios sindicales. Su visión sobre la salud de los trabajadores es mínima y se reduce a la protección específica en los mejores de los casos.
2. El sindicalismo o gremialismo pseudo beligerante: que pacta con el capital, subordinando lo estratégico (la salud de los trabajadores) por lo táctico (el acceso a compartir formas irrisorias de poder político y favorecer el ahorro del capital constante). Su visión es igualmente de protección específica.

En ambos casos como consecuencia de la difíciles condiciones de vida y del predominio de la ideología capitalista dominante, la preocupación central se mantienen en el campo de la reivindicación económica, que comporta que se negocien y se cedan espacios de la

salud a cambio de la monetarización de los riesgos, tales como el plus de peligrosidad o de alto riesgo, el trabajo extraordinario, el trabajo a destajo. No es casual las malas condiciones de trabajo en que laboran los servidores públicos, los trabajadores de la construcción, de la agricultura, la pesca, el comercio, el sector financiero, el sector servicios, sector transporte, del sector minero, trabajadores de la salud. Usualmente son una expresión acritica de los partidos políticos, sectarios en sus prácticas de trabajo y corresponde a una burocracia sindical que vive de la manipulación de sus bases.

3. El sindicalismo Independiente: que no responde como cintura de trasmisión a los partidos políticos. Es de carácter clasista, participativo y antiburocrático y cuyo objetivo fundamental es la preservación y conservación de la salud de los trabajadores (manual e intelectual) mediante la lucha por el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo y condiciones de vida en su contexto histórico-social.

El alto poder negociador de los sindicatos se ha distorsionado en nuestro país, como resultado de la ausencia desde el punto de vista estratégico de un discurso sindical del valor de la Salud en el Trabajo, en términos del valor de uso y de cambio del trabajo. Suele, por lo tanto ser, una herramienta de negociación reivindicativa /económica con el poder del estado y empresarial para avanzar en el terreno de una cuota de poder desvinculada de lo que le acontece a los trabajadores. Con ello se pierden las posibilidades de empleos saludables y del bienestar de los trabajadores.

En segundo lugar se ubica el poder político del gobierno expresado a través de los partidos políticos que, por lo general, comparten el marco ideológico-político del poder económico. De suerte que profundizan y palanquean los procesos de acumulación y centralización del capital

que determinan la inequitativa distribución de la riqueza que da lugar al sector informal (44% de la PEA), el trabajo infantil, trabajo de los discapacitados y personas en edad avanzadas, el trabajo de mujeres, todos ellos huérfanos de sus derechos humanos tanto laborales como de salud, la explotación sexual de mujeres (tráfico de seres humanos), la economía de la pornografía. Por otro lado, son ellos (junto al poder económico) quienes determinan qué clase de estándares laborales han de establecerse, qué tipo de normativas sobre salud laboral se imponen, y si los trabajadores pueden gozar o no de la protección de los sindicatos. Son ellos quienes toman decisiones decisivas como el acceso a las semillas, al agua o a la tierra, decisiones que afectan a la salud y a la calidad de vida de la mayoría de la población del país.

Una tercera instancia es el Poder Político Social que se manifiesta a través de ONGs, Asociaciones Comunitarias o Sociedad Civil. Las primeras conforman un segmento de instituciones que lucran a través del desarrollo de proyectos supuestamente “sociales” financiados por el estado, empresas o por fundaciones extranjeras o sindicales y que ocultan trasfondos de a) **Biopiratería:** que es una práctica mediante la cual investigadores o empresas utilizan ilegalmente la biodiversidad de países en desarrollo y los conocimientos colectivos de pueblos indígenas o campesinos para realizar productos y servicios que se explotan comercial y/o industrialmente sin la autorización de sus creadores o innovadores; b) **Grupos de capacitación de trabajadores:** que bajo el ropaje de consideraciones técnicas desvirtúan la génesis y naturaleza de clase de la exposición al riesgo; c) **Asesorías y consultorías:** generalmente ocultas, bajo el carácter técnico, que contribuyen a la neutralidad de las supuestas intervenciones; d) **OIE:** que lucran con los servicios de atención primaria para pobres y marginados (campesinos e indígenas). En lo que respecta a las **Asociaciones Comunitarias** hay que destacar que, por lo general, obedecen a los representantes

de corregimientos o diputados o partidos políticos como instrumento de manipulación de las comunidades en torno al saneamiento básico y condiciones vida y transporte, sin vínculos con la salud de los trabajadores. En cuanto a la **sociedad civil** sus reivindicaciones se sitúan en la esfera de la pequeña y mediana burguesía.⁴

2. Políticas

a) Mercado de Trabajo

Las regulaciones en materia de salud en el trabajo carecen de una coherencia y a veces son divergentes como ocurre con disposiciones del MITRADEL, MINSAL y CSS. Por otro lado, las normas reglamentarias COPANIT no se hacen cumplir por las autoridades competentes. Se asiste a la ausencia de un organismo rector, aunque constitucionalmente, corresponde al Ministerio de Salud.

En efecto por un lado el MITRADEL emite Decretos y Resoluciones por ejemplo en la creación de una Comisión Interinstitucional (que solo se acuerda cuando arriban al país funcionarios de la OIT) y de la Construcción en sus vertientes del Decreto Ejecutivo No 2 del 2008 y en la nueva ley sobre el pago de los oficiales de seguridad (fuente de ingresos para la burocracia ministerial) preservando las malas condiciones y medio ambiente de trabajo (incluye salarios) de los mismos. Por otro lado, en 45 años esta entidad gubernamental ha sido incapaz de producir los reglamentos sobre trabajos peligrosos e insalubres (que le señala el artículo 288 del Código del Trabajo). En consecuencia, no se cumple con el artículo 36 del Código que establece como limitante al trabajo extraordinario, las labores peligrosas e insalubres y con el artículo 143, que prohíbe adiciones al salario en actividades peligrosas. En la protección de la maternidad no están taxativamente prohibidas las labores en condiciones de peligrosidad o insalubridad o de la exposición a riesgos en el trabajo que afectan

la salud de la madre o del niño o la salud sexual y reproductiva tanto de hombres y mujeres.

A pesar de las regulaciones en torno al Trabajo Infantil hay todavía cerca de 40,000 niños laborando, según cifras oficiales (Contraloría General de la República: Trabajo Infantil, 2014) sin protección alguna. De ellos 4,300 tienen edades que oscilan entre 5-9 años y 14,716 entre 10-14 años.

La población en edad avanzada (más de 70 años) laborando asciende a 45,048 personas. Por otro lado, entre los 60-69 años laboran 126,187 personas. Se desconoce oficialmente, en ambos casos, cuales son las condiciones y medio ambiente de trabajo y de vida de esta población.

Dónde están los reglamentos de seguridad e higiene del trabajo en relación al manejo de sustancias químicas peligrosas, de radiaciones de uso industrial, de calidad del aire de interiores, de máquinas, equipos y manejo de herramientas manuales, etc. Lo peor del caso es que no existe un reglamento de control de la seguridad biológica (entre ellas las relativas a infecciones nosocomiales), así como de los factores ergonómicos y psicosociales.

La Caja de Seguro Social ha emitido la Resolución No 45,558 del 2011, que establece un pseudo Reglamento de Higiene y Seguridad y Prevención de Riesgos Profesionales, en cuanto carece de estándares de calidad de las condiciones y medio ambiente de trabajo y hace hincapié en los sistemas de gestión de la SSO favoreciendo la comercialización de los mismos. Por otro lado, la propia Ley 51 del 2005 establece en el Artículo 246. Modificación del artículo 69 del Decreto de Gabinete 68 de 1970. El artículo 69 del Decreto de Gabinete 68 de 1970 queda así:

Artículo 69. Prevención de los riesgos profesionales y seguridad e higiene en el trabajo. La Caja de Seguro Social regulará la materia de prevención

de los riesgos profesionales y de la seguridad e higiene del trabajo, para lo cual dictará la reglamentación necesaria que será de obligatorio cumplimiento para todos los empleadores y en el mismo reglamento fijará el monto de las multas que corresponda por el incumplimiento de dichas normas.

Las empresas establecerán comités de salud e higiene de carácter consultivo entre empleadores y trabajadores, los cuales evaluarán y aportarán acciones orientadas a la promoción, prevención y solución de los problemas de seguridad y salud en el trabajo.

Las preguntas por resolver son:

- a) Dónde están los reglamentos de prevención de riesgos profesionales y de seguridad e higiene del trabajo en relación al manejo de sustancias químicas peligrosas, de radiaciones de uso industrial, de calidad del aire de interiores, de máquinas, equipos y manejo de herramientas manuales, etc. Lo peor del caso es que no existe un reglamento de control de la seguridad biológica (entre ellas las relativas a infecciones nosocomiales), así como de los factores ergonómicos y psicosociales. En su lugar se han elaborado una serie de guías por actividad económica (malas copias de entidades españolas).
- b) Si los comités de salud e higiene y seguridad son de carácter consultivos y no vinculantes en que ha quedado la promoción de la salud en el trabajo y la participación activa de los trabajadores.

El Ministerio de Salud en los últimos 45 años ha ido perdiendo su rol de rectoría establecido en el Código Sanitario de 1947. Ello obedece a razones económicas relacionadas con las distintas fracciones hegemónicas del capital en el poder político y control del estado; en otros

casos se refiere a cambios de índole política de los grupos en pugna por el poder del Estado. En el caso de la salud en el trabajo a pesar que la Constitución Nacional en el artículo 110, numeral 6, establece claramente que le corresponde "Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral" y que el Código Sanitario, en el Capítulo Segundo del Título Cuarto artículos 208-211 (incluidos el artículo 204 y 88, numeral 1 y 3) indica sus competencias en este campo, su comportamiento ha sido la transferencia de competencias al MITRADEL o a la Caja de Seguro Social, que constitucionalmente no son competentes en este campo. No obstante, es quizás la institución que ha producido el mayor número de textos legales relacionados con la materia, pero carece de la infraestructura administrativa y técnica para su desarrollo.

Se puede afirmar que desde la perspectiva de las políticas del estado han prevalecido, siempre, las leyes del mercado, dejando en plena indefensión a los trabajadores (manuales e intelectuales) del país. Los postulados de esta ignominia con la fuerza trabajo panameña y que se traduce en destrucción sistemática de la misma han sido:

- La economía panameña es de bajo riesgo laboral dado el bajo desarrollo industrial, minero, etc. y el predominio de la plataforma de servicios.
- Las normativas de salud en el trabajo pueden obstaculizar la inversión privada nacional o transnacional.

Paradójicamente, la OIT señala que cada año mueren cerca de 2.3 millones de trabajadores (321,000 por accidentes de trabajo y 2 millones por enfermedades profesionales, es decir, una relación de 1/6 y son víctimas de unos 268 millones de accidentes no mortales

que causan ausencias de al menos tres días del trabajo y unos 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales. (Ver Informe Safework, XX Congreso Internacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2014). Lo anterior revela que las defunciones por enfermedades profesionales son seis veces mayor a las producidas por accidentes de trabajo. Según un Informe OIT/OMS de Abril del 2005, los accidentes de trabajo mortales tienden a disminuir y las muertes por enfermedades profesionales se incrementan, en los países de economía de servicios como el nuestro; sin embargo las estadísticas oficiales no revelan una situación similar dado el sub registro y sub notificación de los datos y lo vulnerable al respecto de la vigilancia epidemiológica en salud en el trabajo.

En nuestro país utilizando un método estadístico diseñado por la OIT (Estimación Global de los Accidentes de Trabajo, 2005) permite disponer de los datos preliminares, para el periodo 2007-2012, sujetos a verificación definitiva:

- 1,327 defunciones por accidentes de trabajo.
- 4,245 defunciones por enfermedades profesionales.

La información obtenida destaca que el 60 % de los casos ocurren en el sector formal de la economía (cotizante activa del seguro social) y el 40 % en la población del sector informal de la economía.

A considerar que existe la disponibilidad de iniciar algunas investigaciones orientadas a determinar la razón de incidencia estandarizada (RIE) o razón de morbilidad estandarizada (RME) para la mortalidad total de trabajadores como por causas específicas. Es menester resaltar estas posibles investigaciones, si tenemos en cuenta que hay estudios de metanálisis que revelan la relación entre el estrés laboral, el trabajo por turnos, el trabajo en horas extraordinarias y el síndrome metabólico, diabetes mellitus, hipertensión

arterial y enfermedad coronaria mediados por el ritmo circadiano. Hay investigaciones a nivel mundial que correlacionan la exposición a sílice con el cáncer de pulmón y las enfermedades autoinmunes. Fuentes de la OIT estiman que cerca del 29 % de las defunciones de trabajadores por razones de trabajo ocurren por el cáncer, el 27 % por enfermedades transmisibles, el 21 % por enfermedades cardiovasculares y el 14 % por accidentes de trabajo. De ellas cerca el 52 % son producidas por la exposición a sustancias químicas.

No obstante lo anterior, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y la Caja de Seguro Social están estáticos frente a la adopción del nuevo Listado de Enfermedades de la OIT (2010), de la Clasificación Internacional de agentes productores de cáncer de la IARC (organismo de la OMS) y del Sistema Global Armonizado de Clasificación y Etiquetado de sustancias químicas peligrosas (Naciones Unidas, 2011).

Los sectores menos protegidos son los trabajadores de la agricultura de subsistencia, agro-industria, ganadería, el sector informal urbano tradicional, trabajadores de la minería, de la pesca y forestal. En el sector formal urbano tradicional y moderno los trabajadores en plena indefensión son los servidores públicos (principalmente el del sector sanitario, la educación, la policía, bomberos, etc.), los trabajadores de los centros de llamadas, los trabajadores sometidos a la turnicidad, la construcción, trabajadores con exposición a productos químicos, ruido, vibraciones, agentes biológicos, radiaciones, mala calidad del aire, espacios confinados, trabajadores de la seguridad, trabajadores manuales.

b) Asistencia del Estado

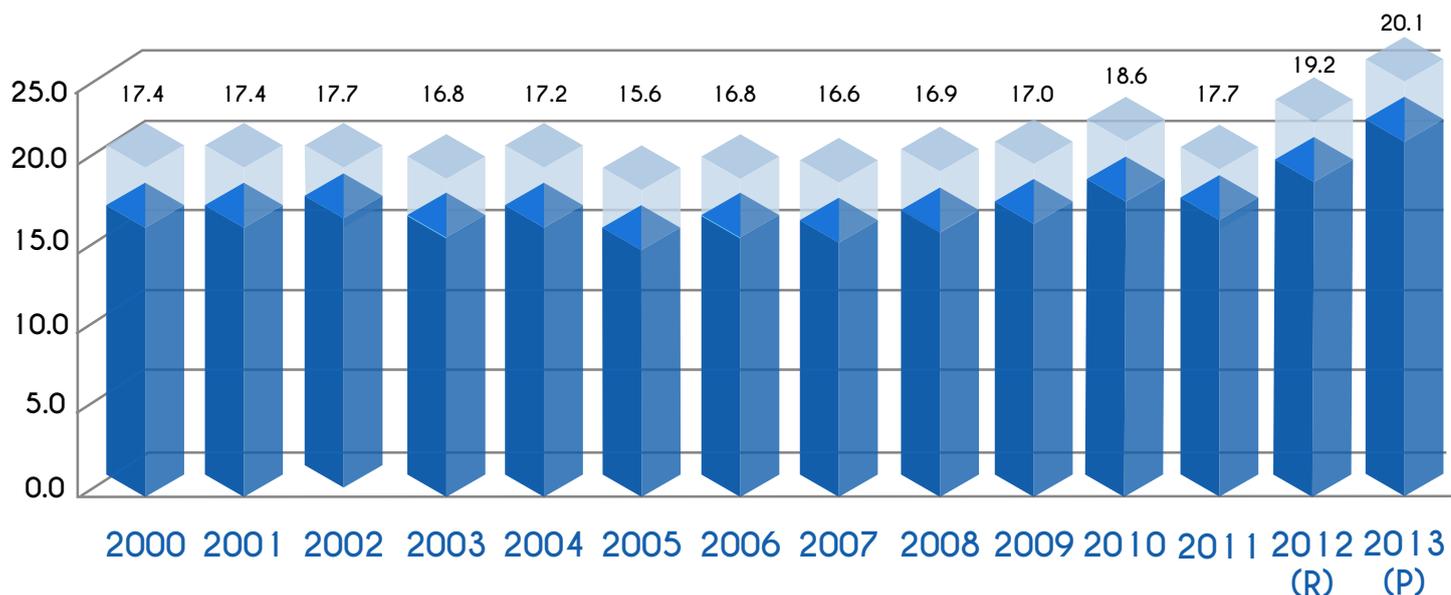
La mala calidad del trabajo que se traduce en trabajo precario ha comportado que el estado haya creado un sin número de subsidios sin resolver el problema de fondo.

Detalle	Subsidios (en millones de balboas)			
	2009	2010	2011	2012
Total	312.3	533.5	670.0	854.6
Intereses preferenciales	73.3	80.5	42.1	147.1
Gas licuado	58.9	82.1	98.8	96.4
Transporte público (diésel)	0.4	10.6	10.0	10.1
Subsidio eléctrico	42.5	112.1	233.9	222.1
Fondo Solidario de Vivienda	8.3	3.0	14.5	17.4
Programa 100/70	42.0	112.7	91.9	110.9
Red de Oportunidades	62.5	62.5	48.6	53.4
Beca Universal	24.4	24.8	49.9	110.0
Uniformes y útiles escolares	0.0	30.2	32.3	34.0
Tarifa Metrobus	0.0	0.0	8.0	34.1
Indemnización rutas troncales	0.0	15.0	40.0	19.1

Fuente: Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2014, PNUD

La distribución de los subsidios (gas, electricidad, interés preferencial y transporte) se concentraron especialmente en el Distrito de Panamá y en menor grado en San Miguelito y Colón (16). El gasto público social como porcentaje del PIB

entre el año 2000 y el 2013 ha aumentado en forma poco significativa pasando del 17.4 % al 20.1 %. A pesar que el gasto público social como porcentaje del gasto total del sector, para el 2013 ha sido del 47.2 %.



(P) Cifras preliminares. (R) Cifras revisadas

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Dirección de Análisis Económico y Social, con base en información suministrada por la Dirección de Presupuesto de la Nación.

En términos de la cobertura del Seguro Social el Atlas Social de Panamá (17) indica que “de los 631 corregimientos, en 190, el 80% o más de su población no contaban con seguridad social y entre estos algunos alcanzaban porcentajes superiores al 90%. Del total de la población del país el 47.4 % no era asegurada y de ellos el 51.2

% era población económicamente activa, para el 2010.

En materia de pobreza e indigencia la información obtenida por el Ministerio de Economía y Finanzas se describe a continuación:

Proporción de personas en condiciones de pobreza, por áreas:
agosto de 2010 – 2012, marzo 2013 y 2014
(En porcentaje)

Año	Total		Pobreza Extrema		Pobreza General	
	Indigencia	Pobreza	Urbana	Rural	Urbana	Rural
2010	12.2	29.8	4.1	27.0	16.6	54.1
2011	11.5	27.6	3.4	26.6	15.3	50.4
2012	11.1	26.5	3.1	26.5	14.7	49.9
2013 (marzo)	11.1	26.2	3.1	26.7	14.2	49.7
2014 (marzo)	11.0	25.8	3.3	26.3	13.8	49.7

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

De lo antes expuesto se observa que cerca 36.8 % de la población se encuentra en estado de pobreza, lo cual se hace más grave en las rurales y en las zonas sub urbanas.

Los trabajadores de la agricultura en general (sobre todo de la agricultura de subsistencia, y fuerza trabajo asalariada por temporadas),

trabajadores indígenas, semiproletarios rurales y urbanos resultan ser los de menor ingresos, por ende, de mayor pobreza y a la vez de menor cobertura por la Caja de Seguro Social. En este contexto, las políticas del Estado hasta el momento, no han pensado, ni siquiera, en lo más elemental como es el Seguro Social para trabajadores rurales.

Proporción de personas en condición de pobreza extrema y general, según provincias y comarcas indígenas: marzo 2013 y 2014 (En porcentaje)

Año	Marzo 2013		Marzo 2014	
	Pobreza extrema	Pobreza general	Pobreza extrema	Pobreza general
Total	11.1	26.2	11.0	25.8
Provincias	7.3	22.1	7.2	21.7
Bocas del Toro	26.2	54.0	24.1	51.1
Coclé	12.8	34.0	12.8	34.3
Colón	4.9	17.3	5.4	17.3
Chiriquí	9.8	27.4	9.8	26.5
Darién	22.6	52.4	21.7	50.9
Herrera	4.7	20.8	4.6	20.9
Los Santos	2.9	16.7	2.8	16.6
Panamá	3.5	14.8	3.5	14.6
Veraguas	19.2	41.7	19.4	41.2
Comarcas Indígenas	67.3	87.8	66.8	86.9
Kuna Yala	61.2	81.1	60.7	80.7
Emberá	40.7	72.9	40.3	70.9
Ngäbe Buglé	70.2	90.1	69.7	89.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

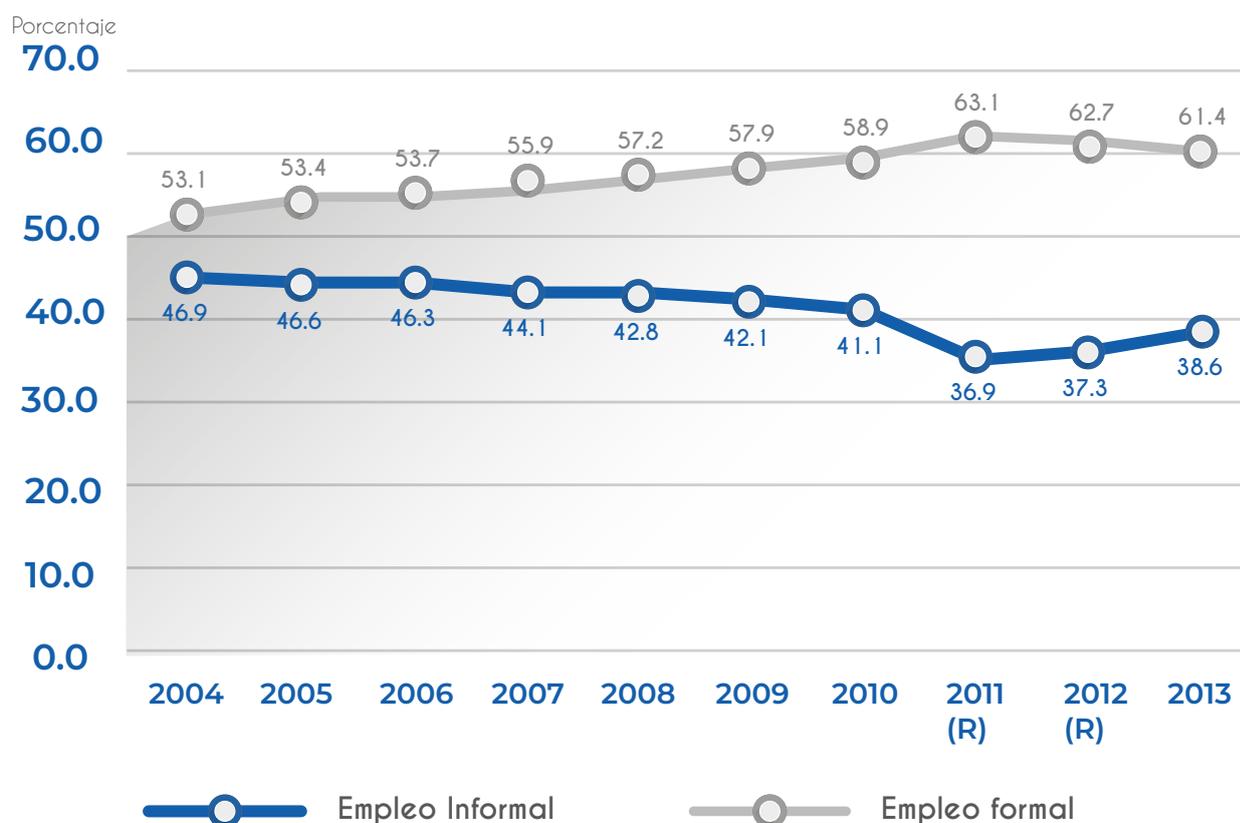
Como es fácil de entender estos trabajadores en mayor pobreza y menor cobertura del Seguro Social están fuera de las competencias formales del MITRADEL, de la CSS y en consecuencia su única opción sanitaria y de promoción de la salud en el trabajo es el Ministerio de Salud, que sin embargo carece de los medios para hacerlo, dada la casi inexistencia de programas para la promoción y vigilancia de la salud de los trabajadores.

3. Empleo

3.1. Sector Informal

Para el 2014, cerca del 39.1 % (545,507 personas) de la población económicamente activa se ubica en el sector informal de la economía y el 61.9 % en el sector formal.

Proporción de empleo formal e informal en la República: Años 2004 - 2013



(R) Cifras revisadas.

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Encuestas de Hogares realizadas en agosto de cada año.

Uno de los aspectos que llama la atención en el cuadro a continuación, es que hay trabajadores informales en empresas del sector formal, lo cual

se contradice con el concepto de informalidad, que se supone es trabajo precario y de baja tecnología.

EMPLEO INFORMAL EN LA REPÚBLICA, POR SECTOR EN EL EMPLEO, SEGÚN SEXO Y PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO 2013-14

Sexo y Provincia	Agosto 2013						Agosto 2014					
	Población ocupada no agrícola	Empleo Informal					Población ocupada no agrícola	Empleo formal				
		Total	Empresas del sector formal	Empresas del sector informal	Hogares	Porcentaje		Total	Empresas del sector formal	Empresas del sector informal	Hogares	Porcentaje
Total (1)	1,372,265	529,672	99,640	376,521	53,511	38.6	1,394,599	545,507	98,025	389,336	58,146	39.1
Bocas del Toro	32,527	17,356	2,789	12,680	1,887	53.4	33,751	17,746	2,098	13,864	1,786	52.6
Coclé	70,583	34,535	4,292	25,633	4,610	48.9	71,174	36,554	3,346	28,981	4,227	51.4
Colón	95,083	31,244	6,525	22,491	2,228	32.9	96,747	34,859	6,332	26,245	2,282	36.0
Chiriquí	135,943	70,341	10,689	53,691	5,961	51.7	134,474	67,899	7,188	54,294	6,417	50.6
Darién	10,084	6,150	695	5,350	105	61.0	11,928	7,365	1,029	6,099	237	61.7
Herrera	37,568	17,789	2,700	13,081	2,008	47.4	39,806	18,906	2,786	14,435	1,685	47.5
Los Santos	33,679	17,072	2,170	13,072	1,830	50.7	36,043	18,145	2,653	13,905	1,587	50.3
Panamá	646,162	206,938	49,449	134,370	23,119	32.0	658,065	212,318	53,588	134,091	24,639	32.3
Panamá Oeste	228,440	81,300	15,234	58,000	8,066	35.6	232,945	87,346	13,636	61,953	11,757	37.5
Veraguas	58,434	26,766	3,522	19,591	3,643	45.8	59,622	27,925	3,870	21,018	3,037	46.8
Kuna Yala	9,451	8,567	492	8,021	54	90.6	7,537	6,554	1,023	5,383	148	87.0
Emberá	1,770	1,278	98	1,180	.	72.2	1,664	1,327	56	1,249	22	79.7
Ngäbe Buglé	12,561	10,346	985	9,361	.	82.4	10,843	8,563	422	7,519	322	79.0

concepto de informalidad que se supone es trabajo precario y de baja tecnología.

EMPLEO INFORMAL EN LA REPÚBLICA, POR SECTOR DE LA CATEGORÍA EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, SEGÚN SECTOR EN EL EMPLEO: ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO 2013-14

Sector de la categoría en la actividad económica y año	Población ocupada no agrícola	Empleo Informal				
		Total	Empresas del sector formal	Empresas del sector informal	Hogares	Porcentaje
2013	1,372,265	529,672	99,640	376,521	53,511	38.6
Sector Secundario	332,948	156,564	34,770	121,794	-	47.0
Sector Terciario	1,039,317	373,108	64,670	254,727	53,511	35.9
2014 (1)	1,394,599	545,507	98,025	389,336	58,146	39.1
Sector Secundario	337,110	163,367	33,727	129,640	-	46.5
Sector Terciario	1,057,489	362,140	64,296	259,696	58,146	39.1

(1) Las cifras se refieren a un promedio semanal del mes. Excluye a los residentes en las viviendas colectivas. Excluye a los gerentes, administradores y profesionales por cuenta propia y patronos.

En ambos años señalados el empleo informal se concentra en el sector secundario y terciario y se excluye la informalidad rural que a su vez por las características que hemos mencionado debe ser muy significativa. Esta población no solo carece de derechos laborales y de acceso a la seguridad social sino que además está excluida de las políticas orientadas a la formación profesional ya que no responde a los esquemas empresariales en este campo. Se trata de una población muy vulnerable que junto a los trabajadores por cuenta propia constituyen un segmento importante de trabajadores que carecen de acceso a los servicios de salud en el trabajo.

**EMPLEO INFORMAL EN LA REPÚBLICA, POR SECTOR EN EL
EMPLEO, SEGÚN AÑO Y OCUPACIÓN: ENCUESTA DE MERCADO
LABORAL, AGOSTO 2013-14**

Año y ocupación	Población ocupada no agrícola	Empleo informal				
		Total	Empresas del sector formal	Empresas del sector informal	Hogares	Porcentaje
2013 (1)	1,372,265	529,672	99,640	376,521	53,511	38.6
Directores y gerentes de los sectores público, privado y de organizaciones de interés social.....	91,889	5,989	3,976	2,013	-	6.5
Profesionales, científicos e intelectuales.....	151,560	12,934	8,318	3,388	1,228	8.5
Técnicos y profesionales de nivel medio.....	129,641	23,248	8,734	14,207	307	17.9
Empleados de oficina.....	105,116	10,188	6,265	3,923	-	9.7
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados.....	302,976	145,804	21,418	113,088	11,300	48.1
Agricultores y trabajadores agropecuarios, forestales, de la pesca y caza.....	4,359	3,127	-	1,912	1,215	71.7
Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines.....	221,365	132,602	19,934	112,668	-	59.9
Operadores de instalaciones fijas y máquinas; ensambladores, conductores y operadores de maquinarias móviles.....	120,225	57,859	6,122	50,531	1,206	48.1
Trabajadores no calificados de los servicios, la minería, construcción, industria manufacturera transporte y otras ocupaciones elementales.....	245,134	137,921	24,873	74,793	38,255	56.3
2014 (1)	1,394,599	545,507	98,025	389,336	58,146	39.1
Directores y gerentes de los sectores público, privado y de organizaciones de interés social.....	85,758	7,946	5,449	2,497	-	9.3
Profesionales, científicos e intelectuales.....	159,098	11,729	6,987	3,882	860	7.4
Técnicos y profesionales de nivel medio.....	123,396	19,892	5,175	14,200	517	16.1
Empleados de oficina.....	108,487	9,495	5,261	4,234	-	8.8
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados.....	304,353	151,013	21,962	115,289	13,762	49.6
Agricultores y trabajadores agropecuarios, forestales, de la pesca y caza.....	2,540	1,969	109	1,667	193	77.5
Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines.....	230,884	134,758	17,719	117,039	-	58.4
Operadores de instalaciones fijas y máquinas; ensambladores, conductores y operadores de maquinarias móviles.....	115,626	55,961	7,228	47,885	848	48.4
Trabajadores no calificados de los servicios, la minería, construcción, industria manufacturera transporte y otras ocupaciones elementales.....	264,457	152,744	28,135	82,643	41,966	57.8

(1) Las cifras se refieren a un promedio semanal del mes. Excluye a los residentes en las viviendas

Si consideramos la ocupación cerca del 5% del total realiza actividades de carácter gerencial, técnico u oficinista y el resto se ubica en labores de carácter manual.

El empleo informal puede tener características como falta de protección en casos como el no pago de salarios, obligación de hacer sobretiempo o turnos extraordinarios, despidos

sin aviso ni compensación, condiciones de trabajo inseguras y ausencia de beneficios como las pensiones, el reposo por enfermedad o el seguro de salud. Las mujeres, los migrantes y otros grupos de trabajadores vulnerables que no tienen otras oportunidades se ven obligados a aceptar trabajos en condiciones de informalidad. Lo anterior aumenta la pobreza y la carga de morbilidad en estos trabajadores.

3.2. Trabajadores Por Cuenta Propia

Los trabajadores por cuenta propia representan el 24 % de la población económicamente activa distribuida de la siguiente manera:

Distribución de la población económicamente activa, educación e ingreso laboral mensual promedio, según categoría de la ocupación.
Encuesta de Hogares: Marzo 2014

Categoría de la ocupación	Distribución (%)	Educación promedio (años)	Ingreso laboral mensual promedio (balboas)
TOTAL.....	100.0	10.7	611
Empleado.....	68.0	11.8	712
Del Gobierno.....	14.8	14.4	933
De una organización sin fines de lucro ...	0.9	11.7	524
De una cooperativa.....	0.3	12.1	584
De empresa privada.....	47.5	11.3	691
Del servicio doméstico.....	4.5	8.5	258
Por cuenta propia.....	24.0	8.3	366
Patrón, dueño.....	2.7	12.4	1,407
Miembros de una cooperativa de producción..	0.0	4.7	93
Trabajador familiar.....	4.5	6.0	-
Nunca han trabajado.....	0.7	11.2	-

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

La afiliación a la seguridad social fue poca entre los trabajadores por cuenta propia. Solo 5.2% eran asegurados directos, 4.3% jubilados, 1.0% pensionados y 12.1% beneficiarios, mientras que un 77.4% no estaba cubierto por la seguridad social en absoluto.

“Los trabajadores por cuenta propia tenían un promedio de 8.3 años de educación, menos incluso que las personas dedicadas a trabajos en el hogar (8.5). La mayor parte contaba con primaria completa (23.5%), secundaria incompleta (23.0%) o completa (17.7%). También los hubo que no habían culminado la primaria (13.0%) o ningún grado de educación formal (8.6%) y, en el otro extremo, los que habían llegado a cursar al menos un año de preparación universitaria (12.2%).

El ingreso promedio mensual se sitúa en B/ 366.00 apenas lo necesario para satisfacer la canasta básica de alimentos y dichos ingresos están muy por debajo del resto de los trabajadores del

estado, del sector privado, ONGs, cooperativas, aunque ligeramente superior a las trabajadoras domésticas.

El ingreso laboral de los trabajadores por cuenta propia fue inferior al promedio de la población económicamente activa en conjunto, pero varió según la ocupación y el área en que viviera el trabajador. En general, fue mayor en las áreas urbanas, donde se dedicaron más al comercio y las reparaciones, el transporte y la construcción. En cambio, en las áreas rurales, una mayoría se dedicaba a la agricultura de subsistencia y a la confección de artesanías, que les brindaban ingresos más bajos” (18).

Distribución de los trabajadores por cuenta propia por nivel educativo, según rama de la actividad económica. Encuesta de Hogares: marzo 2014
(En porcentaje)

Rama de actividad económica	Distribución por nivel educativo							
	Total	Ninguno ¹	Primaria		Secundaria		Universitaria ²	Resto ³
			Incompleta	Completa	Incompleta	Completa		
TOTAL.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura.....	24.6	63.2	51.3	36.2	11.5	4.6	4.1	2.0
Comercio al por mayor y al por menor, reparaciones.....	17.5	9.0	13.9	16.2	21.6	21.1	17.4	12.8
Industrias manufactureras.....	11.8	17.5	13.3	11.5	10.6	12.0	6.3	24.4
Transporte, almacenamiento y comunicaciones.....	11.8	0.6	2.6	8.8	18.0	18.6	13.1	14.7
Construcción.....	9.8	1.4	4.9	10.3	14.9	12.9	5.9	11.7
Otras Actividades de Servicios... Actividades profesionales, científicas y técnicas.....	7.1	3.2	4.2	4.3	8.1	12.2	5.6	27.4
Servicios Sociales y relacionados con la salud humana.....	3.8	-	0.2	-	0.6	1.5	27.8	-
Actividades administrativas y servicios de apoyo.....	3.1	0.2	1.1	3.2	3.6	6.0	2.1	2.1
Hoteles y restaurantes.....	2.8	1.3	3.6	3.6	2.8	2.0	2.9	1.8
Pesca.....	2.7	0.4	1.3	2.1	3.7	4.1	3.1	2.2
Resto.....	2.2	2.8	2.3	3.3	2.9	0.8	0.1	0.9
	2.8	0.2	1.3	0.5	1.4	4.2	11.8	-

¹ Incluye a los que no culminaron año escolar alguno, junto con los que habían cursado pre-kindergarten y kindergarten.

² Incluye a los que cursaron algún año de licenciatura, postgrado, maestría y doctorado.

³ Incluye a los que cursaron algún año de enseñanza especial, educación vocacional y no universitaria.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Trabajaban principalmente en: agricultura, ganadería, caza y silvicultura (24.6%) y comercio al por mayor, al por menor y reparaciones (17.5%). Le seguían: industrias manufactureras (11.8%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (11.8%), construcción (9.8%) y otras actividades de servicios (7.1%).

3.3. Subempleo Visible e Invisible

Comprende

3.3.1. Subempleados por insuficiencia de horas:

Comprende aquellas personas que trabajan menos de 40 horas, que reúnen estos tres criterios: desean trabajar más horas de las que trabajaron,

buscaron trabajo y están disponibles.

3.3.2. Subempleados por insuficiencia de ingresos:

Comprende a aquellas personas que trabajan 40 o más horas y que perciben ingresos por debajo del salario mínimo.

Cuadro 441-03. TASAS DE SUBEMPLEO VISIBLE E INVISIBLE EN LA REPÚBLICA, SEGÚN ÁREA, PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y SEXO: ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO 2014-15

Área, provincia, comarca indígena y sexo	Total	Agosto 2014					Porcentaje de población que trabajan 40 y más horas con ingreso inferior al salario mínimo	Total	Agosto 2015				Porcentaje de población que trabajan 40 y más horas con ingreso inferior al salario mínimo
		Ocupados				Subempleo			Ocupados				
		Plenos	Tiempo parcial	Subempleo					Plenos	Tiempo parcial	Subempleo		
				Visible	Invisible						Visible	Invisible	
TOTAL (1).....	1,695,361	63.3	25.3	2.0	9.3	12.8	1,733,851	64.1	25.1	2.5	8.3	11.5	
Urbana.....	1,183,011	75.9	15.5	1.8	6.8	8.2	1,216,121	76.0	16.0	2.4	5.6	6.8	
Rural.....	512,350	34.3	48.0	2.6	15.1	30.6	517,730	36.1	46.3	2.8	14.8	29.1	
Bocas del Toro.....	50,985	54.5	31.4	2.2	11.9	18.0	52,454	55.3	31.7	4.1	8.9	13.8	
Coclé.....	106,784	43.6	43.3	3.6	9.5	17.9	110,976	43.9	43.1	4.5	8.5	16.2	
Colón.....	104,843	70.1	19.2	1.1	9.6	12.1	106,924	68.5	19.3	3.1	9.1	11.8	
Chiriquí.....	172,363	56.0	28.0	3.2	12.7	18.5	171,412	60.0	26.8	1.3	11.9	16.6	
Darién.....	22,847	36.0	41.7	1.0	21.3	37.1	23,357	34.0	44.0	3.0	19.0	35.9	
Herrera.....	54,327	49.0	34.7	3.0	13.3	21.3	53,745	52.0	32.9	4.7	10.3	16.6	
Los Santos.....	47,647	47.1	39.2	4.2	9.6	17.0	49,836	49.0	36.8	4.4	9.7	16.5	
Panamá.....	693,676	77.7	14.2	1.5	6.6	7.8	714,257	78.2	14.7	2.0	5.2	6.3	
Panamá Oeste.....	249,125	74.3	17.7	2.0	6.0	7.5	253,287	73.7	17.7	3.0	5.6	7.0	
Veraguas.....	102,147	42.0	41.1	2.4	14.5	25.7	102,624	43.9	40.2	2.4	13.6	23.7	
Comarca Kuna Yala.....	13,324	10.4	71.9	-	17.8	63.2	14,456	12.4	59.6	0.2	27.8	69.2	
Comarca Emberá.....	4,564	10.9	72.6	0.4	16.1	59.5	4,827	9.5	69.4	2.4	18.7	66.3	
Comarca Ngábe Buglé..	72,729	4.2	73.6	2.0	20.3	82.9	75,696	6.5	72.7	0.7	20.1	75.7	

De lo anterior se observa que la tasa de subempleo visible entre el 2014-2015 se ha incrementado levemente pasando de 2.0 a 2.5% mientras que el invisible se redujo de 9.3 a 8.3 %; siendo el porcentaje de personas que trabajan de 40 horas o más con ingresos inferiores al salario mínimo de 12.8 % y 11.5 % en el 2014 y 2015 respectivamente.

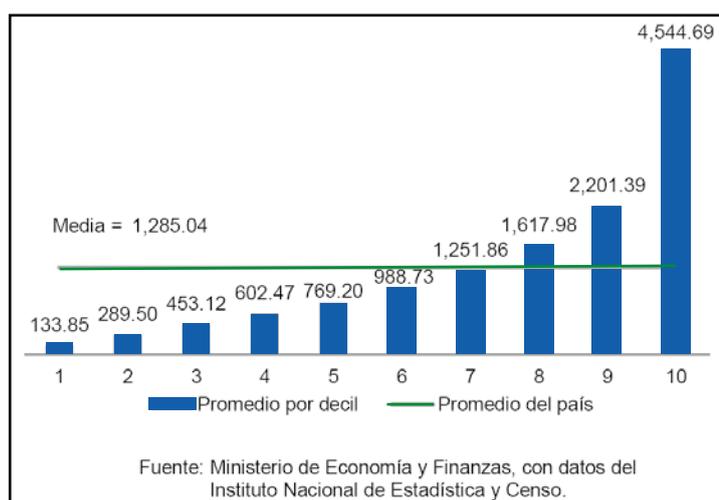
4. Población Desocupada

Las tasas de desempleo indican un incremento del mismo. En efecto en el 2014 la tasa fue de 4.8 % de la PEA y en el 2015 de 5.1. % de la PEA (Encuesta de Hogares. Marzo del 2014-2015. Contraloría General de la República).

5. Ingresos

En relación a la distribución del ingreso de los hogares panameños para el 2014 se observa la concentración del mismo en el décimo decil (el de mayor ingreso) de aproximadamente 30 veces con respecto al primer decil (de menor ingreso).

Promedio del ingreso mensual de los hogares, según deciles: Agosto de 2014 (en Balboas)



4. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Con esta denominación se expresa en forma precisa el carácter de clase de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) y la naturaleza del proceso de trabajo.

Se denomina CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO (CYMAT) a todos los “elementos reales que inciden directa o in/directamente en la salud de los trabajadores; constituyen un conjunto que obra en la realidad concreta de la situación laboral” (19). Los distintos factores “interactúan dialécticamente entre sí hasta tal punto que cada uno será comprendido en la medida que se capte el todo” (20); estos agentes pueden influir de manera positiva o negativa, tanto en forma individual como colectiva.

El Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (PIACT) establece entre sus principios básicos los siguientes:

1. “El mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo constituye el elemento esencial en la promoción de la justicia social.
2. En la prosecución de este objetivo es fundamental tener en cuenta que:
 - a. el trabajo debería realizarse en un ambiente seguro y salubre;
 - b. las condiciones de trabajo deberían ser compatibles con el bienestar y la dignidad humana de los trabajadores;
 - c. el trabajo debería ofrecer al trabajador posibilidades reales de desarrollar su personalidad y de servir a la sociedad” (21).

Contrariamente a lo que expresan estos principios “Ciertos ideólogos, vinculados a empresas transnacionales o a poderosos grupos económicos nacionales, afirman que el trabajo será cada vez

más escaso, por lo que sus pretensores han de resignarse a menores condiciones, que mantengan la competitividad empresarial en un mundo global” (22).

El Dr. Rodolfo Capón Filas (23) tipifica los elementos que constituyen el conjunto de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo a funciones complementarias, a saber:
De acuerdo al MODO DE PRODUCCIÓN.

- Clasificación profesional.
- Carga de trabajo.
- Ambiente de trabajo.
- Higiene y seguridad laboral.
- Repercusiones tecnológicas.
- Incidencia mutua entre vida y trabajo.

Según la ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO

- Relaciones profesionales en la empresa.
- Participación de los trabajadores en las decisiones de la empresa.
- Duración de la vida activa y tiempo de trabajo.
- Estabilidad en el empleo.

En función de la DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS

- Régimen de remuneraciones.

Desde el punto de vista macro-económico y macro social las condiciones y medio ambiente de trabajo, según Neffa (24), se pueden clasificar en los siguientes:

a) Factores Estructurales

1. La lógica de producción y de acumulación

del capital.

2. Las formas de organización de la actividad económica.
3. La estructura del sistema productivo nacional.
4. El sistema político y la relación de fuerzas entre las clases o grupos sociales.

b) Factores Institucionales

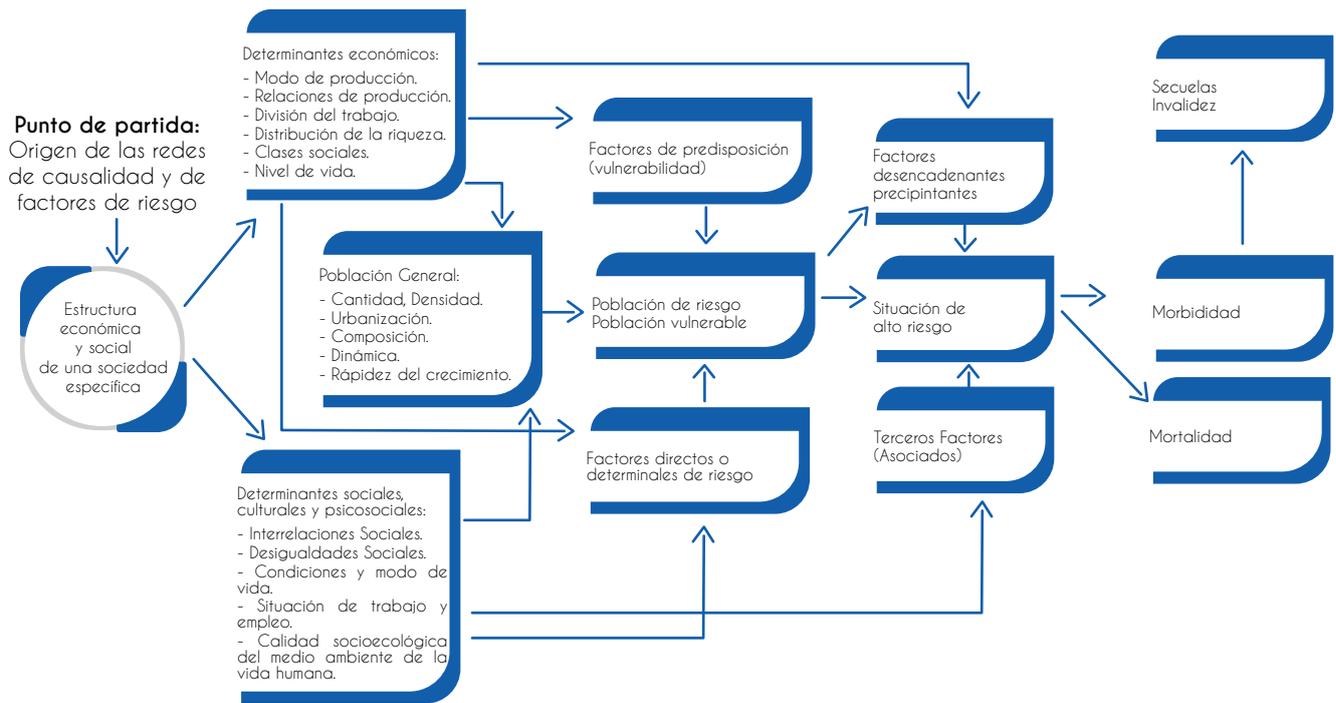
1. La estructura y el funcionamiento del mercado de fuerza de trabajo.
2. Las normas de derecho del trabajo en materia de CYMAT.
3. Los niveles de remuneraciones directas de los asalariados por una parte y la distribución funcional de los ingresos por la otra.
4. El sistema de seguridad social y el sistema de salud (el subrayado es nuestro).
5. El sistema de relaciones de trabajo.
6. Las orientaciones ideológicas, las estructuras y las estrategias de organizaciones profesionales y sindicales (el subrayado es nuestro).

c) Las condiciones generales de vida

1. Consumo biosocial: vivienda, vestimenta, educación, trabajo, alimentación, recreación no estructurada, cultura, acceso a servicios de electricidad, agua corriente, gas, obras sanitarias, recolección domiciliaria de residuos.
2. Consumo socio cultural: acceso a servicios de salud y seguridad social, recreación estructurada, participación política, vida sindical, comunicaciones, centros comerciales, transporte, trastornos del comportamiento (alcohol, drogas ilícitas, etc.).

Estos factores, antes mencionados, conforman las fuentes generadoras de las condiciones y medio ambiente de trabajo, del cual derivan los factores de riesgos en el trabajo, tal cual lo ha planteado San Martín (25) en el siguiente esquema.

LA PRODUCCIÓN DEL RIESGO

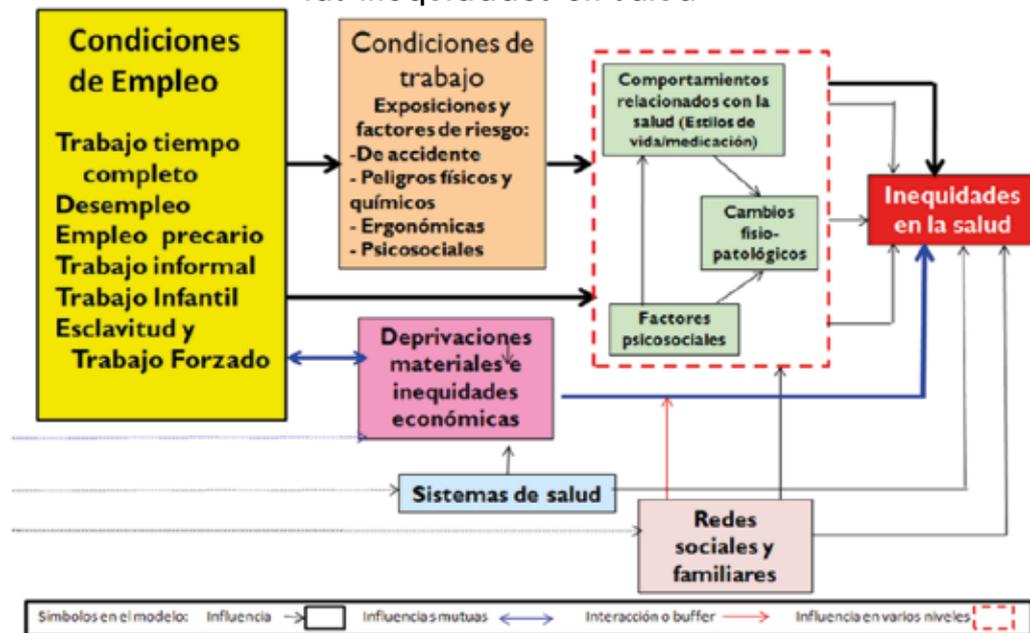


6.2 MICRO

Este aspecto se sitúa en el contexto de los niveles micro en la empresa y comprende las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo (las

exposiciones a riesgos), comportamientos relacionados con la salud, los cambios fisiológicos y factores psicosociales que se expresan en inequidades en salud.

Micro - Marco teórico de las relaciones de trabajo y las inequidades en salud



Fuente: Benach, J., Muntaner, C. & Santana, V (2008) Employment Work & Health Inequalities: a Global Perspective. WHO CSDH, in: Proceedings Global strategies: improving labor conditions for working poor... IHSP, McGill University, Montreal, May 2008

24

De acuerdo Neffa la dimensión micro social de las CYMAT se expresa a través de:

a) ESTABLECIMIENTOS DE LAS EMPRESAS U ORGANIZACIONES

1. La naturaleza jurídica del capital (privado nacional, público, cooperativo o transnacional) o la posición institucional del organismo en el caso de un establecimiento administrativo del sector público.
2. La dimensión de las empresas u organizaciones, medidas según el número de trabajadores asalariados.
3. La estructura de la empresa u organización.
4. El sistema de relaciones de trabajo.
5. La naturaleza del producto generado o del servicio prestado, así como el volumen de la producción.
6. El estado y los resultados económicos y financieros de la empresa y su posición en el mercado.
7. El tipo de tecnología utilizada.
8. Los servicios y actividades de prevención.

b) EL PROCESO DE TRABAJO

El autor reseña que “es dentro de las empresas y organizaciones al nivel del establecimiento que se programan las actividades productivas y que se realiza la actividad. Precisamente es allí donde se lleva a cabo el proceso de producción, entendido en sus dos dimensiones: el proceso de trabajo y el proceso de valorización del capital (o sea, la generación de excedentes que se destinan a aumentar las inversiones).

La diferencia que existe entre nuestro enfoque acerca de las CYMAT respecto de otros enfoques con quienes compartimos la concepción renovadora, reside probablemente en que para nosotros el proceso de trabajo juega un papel determinante en cuanto a las condiciones y medio ambiente de trabajo: es su origen y fundamento”.

En este escenario el autor propone para el MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO “una clasificación de los riesgos según su naturaleza. En este sentido hace referencia a:

1. LOS RIESGOS O CONTAMINANTES FÍSICOS DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO.
2. LOS RIESGOS O CONTAMINANTES QUÍMICOS DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO.
3. LOS RIESGOS O CONTAMINANTES BIOLÓGICOS DEL MEDIO DE TRABAJO.
4. LOS FACTORES TECNOLÓGICOS Y DE SEGURIDAD.
5. LOS RIESGOS PROVENIENTES DE CATASTROFES NATURALES Y DESEQUILIBRIOS ECOLÓGICOS.

Por otro lado aborda las condiciones de trabajo clasificándolas en términos de los siguientes factores:

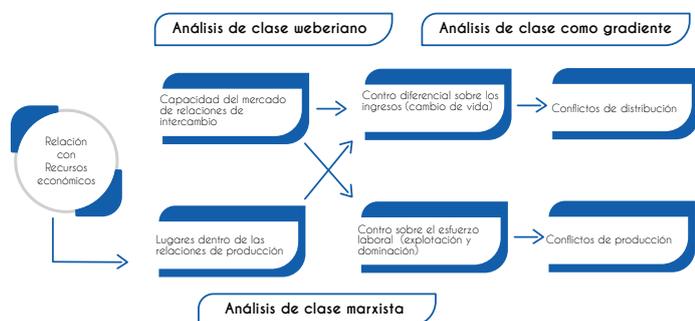
1. La organización y el contenido del trabajo.
2. La duración y configuración del tiempo de trabajo.
3. Los sistemas de remuneración.
4. La ergonomía.
5. La transferencia de tecnologías.
6. El modo de gestión de la fuerza de trabajo.

Es evidente que existe una relación dialéctica entre las condiciones y medio ambiente de trabajo de suerte que es casi imposible separarlas para poder comprender la relación salud trabajo y los factores determinantes de la salud en el trabajo camino a la calidad de vida en el trabajo.

El concepto de clase social produce escozor en los “notables de la salud”, en los “expertos en salud pública”, en los empleadores y en los dirigentes sindicales desclasados. No obstante es una categoría histórica ineludible. En el artículo Clase social y Salud en América latina (26) se revisan

artículos que abordan la relación entre “Clase Social y Salud” desde la perspectiva Marxista y Weberiana, cuyos intentos de explicación se expresan en la figura No 1.

Modelos de análisis de clase



Los autores concluyen que:

“En primer lugar, en epidemiología social se deben utilizar criterios de medida fundamentados teóricamente en los mecanismos generadores de desigualdades subyacentes en las relaciones de empleo (por ejemplo, entre empresario/a, directivo/a, profesional, supervisor/a, trabajador/a), en particular los referidos a las transformaciones de las relaciones de empleo verificadas en los últimos años. En segundo lugar, se necesitan bases de datos con información que permita construir criterios de medición de clase social basadas en teorías. En tercer lugar, la mayoría de los estudios de clase social y salud son de diseño transversal tanto en América Latina, Europa y Estados Unidos. Así, es interesante que se realicen también estudios de diseño longitudinal, preferentemente incorporando variables de resultado “duras” u

objetivas, tales como la mortalidad. En cuarto lugar, futuros estudios, sobre todo los que se desarrollen en América Latina, deberían diferenciar el “proletariado formal” del “proletariado informal” en la operacionalización de las categorías de clase social, conforme apuntan Portes y Hoffman.

El proletariado formal correspondería en este esquema a los trabajadores protegidos por códigos laborales e incorporados a los sistemas legales de salud, invalidez y jubilación. El proletariado informal sería la suma total de trabajadores por cuenta propia (menos profesionales y técnicos), familiares no remunerados, empleados domésticos y asalariados sin cobertura social ni otros beneficios legales. Otro desafío es la complejidad inherente al estudio del impacto del trabajo informal en la salud de la población, ya que en América Latina muchas personas pasan del empleo formal al informal, y viceversa, a lo largo de sus vidas.

En resumen, esta revisión confirma que los indicadores marxistas y weberianos de relaciones de trabajo son predictores de las desigualdades de salud que pueden mostrar resultados descriptivos diferentes que los indicadores de posición socioeconómica basados en gradientes.

En este escenario hay que diferenciar aquellos trabajadores vinculados a la producción capitalista tradicional (de baja tecnología, de uso de fuerza trabajo menos calificada y de baja productividad del trabajo), de aquella moderna que se desarrolla en empresas industriales, servicios, financieros, comerciales, en donde la relación capital/ trabajo es directa.

1. Sector tradicional rural (semiproletarios del campo)

Perfil Reproductivo	Proceso Salud/Enfermedad
Grado de trabajo con intenso costo energético. Jornadas de trabajo intensas. Salarios muy bajo o por debajo del salario mínimo o pago del salario mínimo.	Combinación de alta prevalencia de riesgo por privación socio- biológica y una creciente incidencia de riesgos "modernos".
Exposición a factores psicosociales (Jornadas de trabajo intensas y extensas, Trabajo repetitivo, Monótono. Sobre carga mental).	Mediana esperanza de vida. Deficiente desarrollo de programas de salud materno infantil, del adulto y del adulto mayor.
Alta inseguridad y peligrosidad del trabajo. Bajo control del trabajo.	Moderados niveles de prevalencia e incidencia de tensiones psicosociales y trastornos mentales.
Exposición a riesgos físicos y químicos.	Desarrollo y crecimiento de niños por debajo de los niveles de estatura altos.
Consumo simple deficitario, incluso en renglones básicos como reposo y alimentación extensivo al trabajador. Deterioro creciente del salario real por la inflación. Consumo ampliado marcadamente restringido	Alta incidencia de problemas reproductivos (abortos, etc.). Abandono y desprotección de niños en edad temprana.
Organicidad y combatividad de clase relativa. Acceso restringido a los servicios de salud, social y educación. Moderados uso de enervantes.	Alta incidencia y prevalencia de enfermedades asociadas al trabajo, relacionadas con el trabajo y agravadas por el trabajo.
Delincuencia juvenil y violencia (pandillas).	Moderada tasas de fecundidad. Embarazos en menores de edad.

2. Sectores vinculados al trabajo informal o semi proletarios urbanos

Perfil Reproductivo	Proceso Salud /Enfermedad
Trabajo inestable, por contrato definido o por servicios o a destajo. Bajos ingresos, inferiores al salario mínimo o a los salarios promedios. Trabajo Infantil.	Abandono y desprotección de niños en edad temprana. Crecimiento de niños altamente deficitario. Embarazo en menores de edad, accidentes trabajo infanto- adolescencia.
Grado de trabajo con moderado gasto calórico, intensidad variable y ritmos irregulares.	Baja expectativa de vida. Enfermedades asociadas a la malnutrición.
Consumo simple: restringido o privativo. Consumo ampliado: distorsionado y restringido. Severas limitaciones en el acceso a los servicios urbanos de educación y salud y seguridad social. Delincuencia y violencia. Uso del alcohol y drogas.	Trastornos reproductivos (abortos). Efectos del trabajo infantil en el crecimiento y desarrollo. Ruptura de la dinámica familiar.

3. Sector tradicional productivo (Proletarios del campo)

Se trata de un sector que requiere uso de mano de obra especializada y calificada ya que subsiste en términos de la productividad de los trabajadores. Lo cual requiere un cierto grado de especialización y conocimiento de la actividad productiva.

Perfil Reproductivo	Proceso Salud/Enfermedad
Relaciones inequitativas entre el nivel de productividad de los trabajadores y la tasa de ganancia de la empresa.	Mediana expectativa de vida de miembros económicamente activos. Intensificación del trabajo formal y doméstico (madres trabajadoras).
Trabajo con alto gasto energético.	Desgaste y deterioro orgánico funcional con especial sobrecarga de los aparatos nervioso, endócrino y cardiovascular. Moderada constitución músculo-esquelética. Accidentes de trabajo.

Factores psicosociales: Jornadas Intensivas de trabajo. Trabajo monótono. Bajo control de trabajo. Sobre carga de trabajo mental.	Enfermedades relacionadas con factores psicosociales en aumento.
Disfunciones por Posturas ergonómicas no fisiológicas (carga física y estática).	Problemas en la formación y desarrollo de la personalidad en la población de trabajadores jóvenes.
Uso de tecnología apropiada.	Enfermedades asociadas a las exposiciones en el trabajo. Accidentes de trabajo. Cáncer ocupacional.
Exposición a riesgos, físicos, químicos y biológico de distinta naturaleza.	Trastornos reproductivos y tensiones psicosociales en la familia.
Consumo simple aceptable. Restricción y distorsión del consumo ampliado. (Alcohol, drogas). Mayor acceso a la seguridad social y servicios de salud. Alta participación política, aunque no orgánica.	Trastornos en el desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes o se deterioran en época de crisis de salarios y costo de la vida.
Salario diferencial muy bajo con restricciones en el consumo y en la diversión.	Restricciones en la diversión y en el consumo.
	Desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas en la familia.

4. Sectores vinculados a la producción mercantil simple (Artesanos)

Perfil Reproductivo	Proceso Salud/Enfermedad
Moderado control del trabajo.	Esperanza de vida por debajo del promedio.
Exposición a factores de riesgos físicos, químicos y biológicos.	Enfermedades profesionales (respiratorias, dermatosis, intoxicaciones).
Jornadas prolongadas de trabajo alterno con ritmo de trabajo intenso.	Trastornos de la vigilia y del sueño.
Remuneraciones promedios levemente por arriba del salario mínimo.	Estrés debido a la competitividad en el mercado.
Uso de tecnología de baja o mediana complejidad.	Gasto calórico y demanda de oxígeno de moderada a elevada.
Posturas de trabajo, movimientos repetitivos y manipulación de cargas de moderadas a pesadas.	Lesiones musculo esqueléticas.
Deficiente organización política.	Baja participación por la salud colectiva.
	Restricciones en la diversión y en el consumo.

5. Sectores vinculados a la producción de bienes y servicios (proletarios de la industria, construcción, portuarios, funcionarios públicos de baja jerarquía, comercio)

Perfil Reproductivo	Proceso Salud/Enfermedad
Jornadas intensas de trabajo (horas extraordinarias y aumento del ritmo de trabajo). Turnicidad.	Enfermedades cardiovasculares (enfermedad isquémica del corazón, cerebro vasculares), osteomusculares, trastornos del ritmo circadiano, fatiga física.
Exposición a factores de riesgos físicos, químicos, biológicos.	Enfermedades por agentes físicos, químicos y biológicos (sorderas, enfermedades respiratorias, enfermedades de la piel, infecciones e intoxicaciones). Cáncer ocupacional.
Exposición a factores de riesgos ergonómicos.	Enfermedades osteomusculares, insuficiencia vascular periférica.
Exposición a factores de riesgos de la organización del trabajo (demanda/control y desequilibrio esfuerzo/ recompensa).	Estrés, sobrecarga de trabajo mental, alteraciones del ritmo circadiano.
Trabajo con computadoras.	Sobrecarga mental y física.
Gasto calórico aumentado.	Déficit e insuficiencia alimenticia.
Trabajo alienado.	Reducido tiempo para la familia y la diversión y la participación política.
Productividad laboral de moderada a alta con remuneraciones al límite de la canasta básica familiar.	Problemas de salud asociados a las condiciones de vida.

6. Sectores vinculados a la tecnología, conocimiento (clase media de profesionales y técnicos)

Se trata del sector de la economía que usa tecnología de punta, profesionales de alta calificación y cuyos excedentes del trabajo son el producto de la alta productividad del trabajo.

Perfil Reproductivo	Proceso Salud/Enfermedad
Grado de trabajo con moderado gasto calórico.	Alto nivel de expectativa de vida.
Exposición a factores de riesgos psicosociales (carga mental carga psíquica), Mobbing, con efectos de estrés laboral.	Condiciones adecuadas de crecimiento de los niños en relación a patrones nacionales.
Exposición a sobre carga estática y otros factores ergonómicos.	Ausencia de trastornos asociados con privación socio-biológica.

Trabajo repetitivo, a veces monótono, con alto grado de carácter intelectual.	Predominio de trastornos asociados con sobrecarga mental y psíquica.
Momentos de restricción en el consumo durante crisis inflacionarias, sobre todo en los estratos más bajos de ingreso.	Efectos de la moderna contaminación urbana (ruido, gases de combustión interna, tranques automovilísticos, contaminación visual).
Intensificación del trabajo (uso de metas).	Elevado accidentes de tránsito.
Consumo simple: buena calidad. Consumo Ampliado: con alta posibilidad de consumo alienante (enervantes), sobre todo en el tiempo de la recreación.	Enfermedades crónicas degenerativas.
Acceso adecuado a servicios de salud y seguridad social (pública y privada).	Enfermedades profesionales, relacionadas con el trabajo o agravadas por el trabajo.
Privatización en patrones de conducta, sin organicidad política.	Alteraciones en la dinámica familiar (ambos trabajan), con disponibilidad de tiempo escaso para los familiares.
Restricción en el consumo según índice de inflación o crisis económicas.	Muerte súbita o prematura por exceso de trabajo.

7. Grupos sociales privilegiados

Perfil Reproductivo	Proceso Salud/Enfermedad
Grado de trabajo con gasto calórico mínimo; marcada intensidad y ritmo irregular; esfuerzo mínimo; sobrecarga psíquica por alta responsabilidad.	Alto nivel de expectativa de vida.
Consumo simple suficiente o excesivo sedentarismo. Exposición a las formas más abundantes de consumo ampliado. Pronunciada identificación con consumo cultural extranjero.	Condiciones óptimas de crecimiento de los niños.
Acceso a servicios de salud y educación de alta calidad y de tecnología (nacional y/o extranjero).	Exceso alimenticio (obesidad) sedentarismo. Alcohol y drogas.
Privatización en los patrones de conducta.	Efectos de la contaminación urbana.
Expansión acumulativa capitalista. Organicidad política gremial.	Sobre carga psíquica y enfermedades crónicas degenerativas.

De esta breve exposición (basadas en la *Epidemiología Crítica de Jaime Breilh*) en torno a los perfiles epidemiológicos por grupos sociales y su impacto a la salud nace la necesidad de construir un sistema de salud que basado en los factores sociales determinantes de la salud y las características

individuales y de grupo pueda dar una respuesta a los grandes problemas de salud que datan desde hace más de 50 años.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

1. Betancourt O. La Salud en el Trabajo, OPS, 1995.
2. García J.C. Pensamiento Social en Salud en América Latina, OPS, 1994.
3. Marx Karl. El Capital. Libro Primero. Sección Tercera Capítulo V, Libro Primero. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1999.
4. Marx Karl. El Capital. Libro Primero. Sección Tercera. Capítulo V, Libro Primero. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1999.
5. Alejandro Teitelbaum. El capitalismo por dentro. Editora Argenpress.
6. Noriega M. En Defensa de la salud en el Trabajo, SITUAM, 1989.
7. Betancourt O. La Salud en el Trabajo, OPS, 1995.
8. Roberto Carrillo, Francisco Díaz Mérida. Resumen del Capítulo II, del Libro Salud y Seguridad en el Trabajo, Editorial Geminis, págs 44-60.
9. Palloix C. Proceso de Producción y Crisis del Capitalismo. H. Blume Edición, Madrid, 1980, pág. 154.
10. Laurel ASA C. El Carácter Social del Proceso Salud/Enfermedad y su Relación con el Proceso de Trabajo. Conferencia dictada en las III Jornadas de Salud Laboral C.C.O.O., Madrid, 1989.
11. IDEM.
12. Marx Karl. El Capital. Libro Primero. Capítulo VI, Libro Primero. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1999.
13. García J.C. Pensamiento Social en Salud en América Latina, OPS, 1994.
14. Prólogo del Libro "Empleo, Trabajo y Desigualdades en salud. Una Visión Global. Icaria Editorial, 2010.
15. IDEM.
16. Atlas Social de Panamá. Distribución de los Subsidios por Corregimiento. MEF, 2010.
17. Atlas Social de Panamá. Población No Asegurada. MEF, 2010.
18. Atlas Social de Panamá. Trabajadores Por cuenta Propia. MEF. 2014.
19. Nicolaci, Miryam (01-04-2008). CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO (CyMAT). HOLOGRAMÁTICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año V, Número 8, V2, pp.3-48 ISSN 1668-5024.
20. IDEM.
21. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT).
22. Nicolaci, Miryam (01-04-2008). CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO (CyMAT). HOLOGRAMÁTICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año V, Número 8, V2, pp.3-48 ISSN 1668-5024.
23. IDEM.
24. Neffa J. ¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo? Área de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales del Trabajo (SECYT). Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CONICET). CREDAL - Unidad Asociada N° 11 al Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) EDITORIAL HVMANITAS. 2002.
25. H. San Martín. Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial Masson, 1989.
26. Muntaner C, Rocha KB, Borrrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31(2):166-75.

CAPÍTULO III

¿QUIÉNES FINANCIAN LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN PANAMÁ?

En términos generales se admite que existen tres modalidades de financiamiento de la salud y la seguridad social.

1. **El Público:** Que se basa en el pago de los impuestos por los ciudadanos que conforman una sociedad y que da lugar al sistema nacional de salud.
2. **La Seguridad Social:** Que se sustenta en las cuotas obrero - patronales de los afiliados a este tipo de seguro que incluye los riesgos profesionales y que da lugar al sistema de seguros de salud.
3. **Privado:** Que se desarrolla mediante seguros médicos privados en función de la capacidad de financiación de los individuos o que se expresa exclusivamente por la capacidad individual directa de cubrir sus propios gastos de salud.

A los anteriores se podría agregar un cuarto modelo de financiación que incluye el co-pago que es la versión en que se fundamentan los seguros privados.

4. **“El Mixto o Neoliberal:** que combina el primero con el segundo creando un intermediario de financiación con un sistema de salud integrado para la compra de servicios al sector público o privado y asumiendo el usuario un co-pago.

En referencia a lo antes expuesto es muy común escuchar a los neoliberales de la salud pública afirmar que el Estado no puede asumir la responsabilidad exclusiva de atender la población y que se requieren desarrollar individualmente o en forma combinada alguna de las siguientes opciones:

1. Que el Estado asuma la regulación de la salud y focalización del gasto en promoción y en prevención primaria orientado a las poblaciones menos privilegiadas y desatendidas (focalización de la salud).
2. Que el Estado coordine la atención discrecional (Banco Mundial) e integre los servicios de salud con los servicios correspondientes de la seguridad social (B.I.D.).
3. Externalice los servicios de atención médica (Banco Mundial - B.I.D.).
4. Que el Estado promueva la separación entre regulación financiación y provisión de los servicios de salud.
5. Que se impulse la conformación de patronatos o Consejos de Administración”(2).

Estos teóricos anti salud pública histórica se olvidan que en Panamá cerca del 70% de los impuestos directos (Sobre la Renta) provienen de los asalariados, es decir, trabajadores y que los impuestos indirectos en su mayoría son cargados a los consumidores (trabajadores y su familia) a través del consumo no suntuario (transporte, alimentación básica, etc.), es decir, un elevado porcentaje de la financiación pública de la salud proviene de los trabajadores y su familia, que por lo tanto han pagado por el derecho a la atención en salud, por parte del Estado. Por otro lado, se olvidan que los impuestos indirectos son en términos generales superiores a los directos, lo cual indica que existe un importante segmento de la población que no paga impuestos directos y que corresponden a los sectores privilegiados de la economía y empresas transnacionales (3).

Cabría preguntarles a estos fariseos y saduceos de la salud pública ¿Por qué no se establece un impuesto sanitario no regresivo cargado a la ganancia de quienes se apropian de gran parte de la riqueza del país? Son 105 familias que acumulan en el país cerca 15,000 millones de balboas.

En cuanto respecta a la segunda modalidad de financiación, siempre de acuerdo a los teóricos mencionados, los trabajadores solo pagan el 0.5% de su cuota para la atención en salud y son los empleadores quienes cargan con el 8% del financiamiento correspondiente que es del 8.5%, en el caso del Programa de Enfermedad y Maternidad, en el caso del Programa de Riesgos Profesionales son los empleadores quienes cubren exclusivamente la tarifa promedio de 1.67% que sirve de sustento para la atención médica y prestaciones económicas por este último rubro (4).

No obstante lo anterior, la cuota patronal y la cotización por riesgos profesionales son incluidos como parte de los costos de producción, por ende, lo pagan los trabajadores y los consumidores (en el caso del Estado).

En resumen los costos de la atención en salud (especialmente la atención médica) son sufragados por los trabajadores. En efecto, si los empleadores financiaran la salud habría que cubrir la cuota patronal a partir de su tasa de ganancia o de su patrimonio, de suerte que no fuera transferida a terceros, tal y como ocurre con la cuota obrera (que deriva del salario nominal del trabajador y que, por lo tanto, es intransferible).

De lo antes expuesto se desprende que cualquiera que sea la modalidad de financiación de la salud (ya sea pública o por la seguridad social) son los trabajadores la base fundamental de la financiación de la misma.

En el caso de los seguros privados la atención médica está en función del pago correspondiente del seguro de salud, que generalmente establece un paquete básico de atención junto al co-pago.

Estudios realizados en la Universidad de Panamá demuestran que una familia de cinco personas requería pagar cerca de B/.175.00 mensuales más el co-pago en la atención médica para poder cubrir las necesidades de salud, en los

seguros privados. (5).

Si tomamos en cuenta que aproximadamente el 50% de los panameños se encuentra por debajo de la línea de pobreza. Que el 82% de los pensionados reciben un monto inferior a B/600.00 balboas al mes y que el 30% de estos últimos reciben una pensión mínima correspondiente a B/.300 mensuales o menos, resulta claro que para ellos, el acceso a modalidades privadas de aseguramiento en salud es nulo.

¿Es acaso ético y moral utilizar los fondos de la seguridad social para financiar la salud de todo un país, cuando ese Estado destina un alto porcentaje del presupuesto nacional para el pago de la deuda externa y los altos niveles de corrupción?

¿Es acaso ético y moral obligar a los trabajadores formales pagar (directamente o indirectamente), dos y tres veces la atención de su salud? En efecto, no es casual que los trabajadores formales pagan por el derecho de atención en salud mediante:

- ✓ Los Impuestos al Estado.
- ✓ La cuota obrero patronal a la seguridad social.
- ✓ El pago directo a los centros públicos proveedores de salud.
- ✓ El gasto de bolsillo por carencias en insumos críticos sanitarios.

¿Es acaso ético y moral hablar sobre la pobreza sin indicar cuáles son los grupos sociales que pertenecen a este renglón y, por lo tanto, se diseñan proyectos de tipo focalizados de bajo impacto?

En nuestro país son pobres todas aquellas familias cuyo ingreso es menor a los B/750.00 (canasta ampliada) y extremadamente pobres, aquellos cuyo ingreso es inferior a B/.300 (valor de la canasta básica alimenticia).

En estos aparecen sustancialmente los trabajadores rurales (jornaleros, eventuales, por temporada, etc.) urbanos (por cuenta propia, informales y un segmento significativo de trabajadores del sector privado y público).

Según un estudio realizado por el MEF en el 2014 se indica que “La disminución en el coeficiente de concentración correspondió principalmente con el descenso de la proporción de los ingresos en los hogares con mayor recurso económico. El 10% de los hogares más ricos concentraron el 35.4% del ingreso total este año y en el anterior 37.8%. El ratio o razón de ingreso entre los hogares más pobres y los más pudientes se redujo de 35.5% a 33.9%. En el cuadro siguiente se aprecia el coeficiente de concentración de la riqueza que expresa la desigualdad en la distribución de la riqueza en el periodo en mención.

No.1 Coeficiente de concentración del ingreso de los hogares: Agosto de 1991, 1995, 2000 y 2005 - 2014

Año	Coeficiente de concentración del ingreso ¹
1991	0.58
1995	0.58
2000	0.56
2005	0.55
2006	0.55
2007	0.54
2008	0.53
2009	0.53
2010	0.52
2011	0.51
2012	0.50
2013	0.50
2014	0.49

¹ El coeficiente de concentración del ingreso puede adquirir valores entre 0 y 1, aquellos más cercano a 0 indican una mejor distribución.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Según el estudio del MEF se ha acortado la brecha de la pobreza pero la diferencia en la distribución es extremadamente alta, según se aprecia en la siguiente nota.

Por primera vez en veintitrés años, desde que se comenzaron a utilizar las Encuestas de Hogares para medir el coeficiente de concentración, este (0.487) se ubicó por debajo del valor medio del propio indicador (0.500). Hubo una mejora o una mejor distribución de los ingresos entre los hogares más pobres. Al respecto, el crecimiento económico abrió las puertas del mercado laboral a más personas, con mejores remuneraciones y el gobierno pudo disponer de más recursos para transferir a los hogares más pobres.

Es así que la tasa de crecimiento promedio de la mediana de los ingresos de los hogares más pobres fue 8.8% en los últimos cinco años. Por otra parte, la mediana de los ingresos de los hogares más ricos disminuyó 3.7%. Estos hechos se traducen a que en el año 2011, por ejemplo, la relación entre la proporción del ingreso del 10% de los hogares más pobres (primer decil) y el 10% más rico (décimo decil) fuera 41.1 veces superior a los de los primeros; en el año 2013 la distancia se acortó a 35.5 veces y descendió un poco más en el 2014, 33.9 veces. Es obvio el eufemismo ya que se trata de subsidios que proviene de los ingresos de los trabajadores y de los sectores de la clase media. En efecto la informalidad laboral expresada en el subempleo visible e invisible y el informal se ubica en el 49,6%. Según el INEC de la Contraloría General de la República (7).

Este último segmento poblacional (sobre todo el sector informal tradicional) está sometido a la presión del gasto de bolsillo por las carencias que tiene el Ministerio de Salud en sus instalaciones en la dotación de sus servicios médicos y conexos. “En los últimos quince años la gran mayoría de los países de América Latina han realizado avances significativos en la ordenación de sus economías. En muchos de ellos se mantienen tasas de crecimiento significativas con baja inflación. El

aumento del ingreso per cápita real es también evidente, lo que no parece tan satisfactorio, es la reducción de las inequidades en el financiamiento de servicios de salud. Tomemos en cuenta, por ejemplo, los quince países con las economías más grandes en la región (ver Tabla). De acuerdo con los datos publicados por la Organización Mundial de Salud (OMS)³, y estimaciones del porcentaje de gasto de bolsillo sobre el gasto total en 2011, la perspectiva que resulta es muy desigual. Solo dos países (Colombia y Uruguay) tienen una proporción de gasto de bolsillo menor a 20% sobre el total del gasto en salud. Ocho países (Argentina, Costa Rica, Bolivia, Panamá, Brasil, Chile, Perú y República Dominicana) tienen un gasto de bolsillo entre el 20% y 40% sobre el total del gasto en salud. Cinco países (México, Guatemala, Ecuador, Paraguay y Venezuela) mantienen una proporción del gasto de bolsillo superior al 40%. En los últimos cuatro países este indicador es superior a 50%.

Países con las economías más grandes de América Latina
Porcentaje de gasto de bolsillo con respecto al gasto total en salud, 2011

Argentina	21
Bolivia	26
Brasil	31
Chile	33
Colombia	16
Costa Rica	23
R. Dominicana	40
Ecuador	55
Guatemala	53
México	46
Panamá	27
Paraguay	56
Perú	38
Uruguay	14
Venezuela	61

Fuente: Cálculos propios basados en WHO 2014.

De acuerdo con estos datos, es claro que la desigualdad en el financiamiento de la salud en muchos países de la región es uno de los principales problemas. Si este indicador es una expresión del conjunto de la población, es también evidente que los sectores de menores ingresos tienen una proporción aún mayor de gasto proveniente de bolsillo. El impacto de esta situación, en términos de las condiciones de salud y en el acceso a calidad de servicios, es muy significativo. De tal manera que la reducción de esta proporción tan alta de gasto de bolsillo debe considerarse como unas de las principales exigencias de las políticas de salud en el contexto de la región afirma el autor” (8).

“La magnitud del gasto de bolsillo en los sistemas de salud está directamente relacionada con el grado de desprotección que confrontan los ciudadanos. En la medida que aumente la porción del gasto directo que hacen las familias, se puede inferir el efecto perverso de las contingencias de salud en la sostenibilidad financiera (9).

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

- 1) Informe de la Salud en el Mundo 2010.OMS. Financiamiento de la salud.
- 2) Banco Mundial. Invertir en Salud. 1991.
- 3) MEF. Dirección Nacional de Ingresos 2015.
- 4) Caja de Seguro Social. Ley 51 de diciembre del 2005.
- 5) Estudio socio económico de los seguros privados. Universidad de Panamá 1993.
- 6) Caja de Seguro Social. Departamento Actuarial. Pensiones vigentes a diciembre del 2015.
- 7) Contraloría General de la República, NEC 2016.
- 8) Marino J. González R., MD, MSc, PhD, Profesor Titular e Investigador, Unidad de Políticas Públicas, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- 9) Moreno-Serra, Rodrigo, Sarah Thomson, Ke Hu. 2013. Measuring and Comparing Financial Protection. En Irene Papanicolas y Peter C. Smith. Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research. Open University Press. Capítulo 8.

CAPÍTULO IV

EL COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DEL ESTADO PANAMEÑO FRENTE A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

LOS PRIMEROS 60 AÑOS

Desde los inicios de la república y hasta la fecha el Estado Panameño se ha caracterizado, en materia de salud de los trabajadores, por la definición de políticas sanitarias-laborales orientadas hacia:

1. La reparación del daño orgánico o funcional de los trabajadores
2. La compensación económica del daño.
3. La segmentación entre las condiciones de trabajo y el ambiente de trabajo.
4. La ambigüedad en el campo de la prevención de los riesgos de trabajo.

La estrategia de valorización del capital a expensas del valor de la fuerza-trabajo y de la apropiación del excedente del trabajo, ha sido el norte de las políticas sanitarias-laborales del Estado Panameño, como instrumentos cardinales para la preservación y aceleración del proceso de acumulación del capital. En ese sentido, la tendencia histórica se ha orientado a evitar la caída de la cuota media de ganancia y el incremento de la composición orgánica del trabajo.

En este proceso de acumulación de capital distinguimos desde la formación socio-económica predominante, distintos modelos de estilo de desarrollo:

1. 1903-1941: caracterizado por la plena vigencia de liberalismo económico y la escasa interacción del Estado en el contexto del estado tutelado y al servicio de los intereses exclusivamente norteamericanos.

No es causal que las primeras leyes laborales tales como la Ley N°6 de 1914 y la Ley N°17 de 1916, (reformada por la Ley N°43 de 1916), hacen referencia respectivamente a las condiciones de trabajo (jornada de trabajo, pago de horas extras, trabajo de menores, trabajo nocturno, etc.) y a los accidentes de trabajo (incapacidad temporal permanente, asistencia médica y al pago de compensaciones económicas) sin considerar las relaciones entre ambas situaciones. No obstante, el valor de los mismos consiste en que son la expresión incipiente de la regulación capital-trabajo, en el marco de una constitución (1904) con claros contenidos anti-inversionistas en este campo. Hay que destacar el hecho que el Artículo 29 de la Constitución de 1904, subrogado por el Artículo 3, del acto legislativo del 26 de diciembre de 1918, señala que "la ley y las autoridades reglamentarán o inspeccionarán las profesiones y las industrias en todo lo relativo a la idoneidad individual, a la moralidad, la seguridad y la salubridad pública.

La ratificación del Tratado de Versalles en 1920, por la República de Panamá, origina la primera institución estatal cuya función en actuar en el campo de la legislación laboral, como intermediario entre los trabajadores y empleadores; la Oficina de Trabajo, creada mediante la Ley 16 de 1923. Este hecho trascendental en la institucionalización formal de la intervención del Estado, en el ámbito laboral, se ejecuta bajo la influencia, en el plano internacional de la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1919 y, en su plano interno, por la presión social ejercida, a nivel internacional y local, por un movimiento que perseguía la adopción de una legislación protectora de los trabajadores, después de concluida la Primera Guerra Mundial.

Como resultado de los hechos citados anteriormente, se adoptan medidas legislativas

que guardan relación con la salud de los trabajadores tales como:

- La Ley N° 29 de 1930 sobre Asistencia Médica Gratuita para Trabajadores y la Inspección Administrativa sobre Higiene y Seguridad.

La insuficiencia de recursos, de instalaciones sanitarias y sobre todo la ausencia de una definición precisa de la relación de trabajo, impiden la operacionalización de esta noble medida jurídica.

Concomitante, en este periodo se dictan un conjunto de disposiciones legales en el campo de la previsión social tales como:

- Ley 21 de 1920: Sistema de pensiones para las enfermeras al servicio del Estado.
- Ley 9 de 1924: Sistema de pensiones para los telegrafistas.
- Ley 66 de 1924: Esquema de funciones para los empleados de la Policía Nacional.
- Ley 65 de 1926: Sistema de jubilaciones para los empleados de la Agencia Postal del Banco Nacional y el Hospital Santo Tomás.
- Ley 78 de 1930: Sistemas de pensiones para los maestros.
- Ley 8 de 1931: Plan de jubilaciones a cargo del Patrono para empleados del Comercio y la Industria.
- Ley 7 de 1935: Plan de pensiones de invalidez y vejez para empleados públicos.

Estos hechos legislativos, que constituyen los antecedentes históricos del Seguro Social, representan un avance significativo para los grupos socio-laborales que ejercían presión sobre el Estado panameño, pero sus limitaciones están dadas por el carácter elitista, corporativista y excluyente, de su ámbito de aplicación. En efecto, cuando se crea la Caja de Seguro Social en 1941, la población cotizante, en porcentaje, de la

población económicamente activa asciende al 17.8%, la población protegida con respecto a la población total, alcanza apenas el 6.5%.

2. 1941-1968: Caracterizado por la intervención del Estado, el incipiente desarrollo de las fuerzas productivas nacionales, la política de sustitución de importaciones, en el contexto de una dualidad económica y de la mediatización del Estado por los norteamericanos.

La Constitución Nacional de 1941, que admite un mayor rol del Estado en la sociedad, sobre todo en el área de Trabajo y Seguridad Social, señala en el artículo 53 que “el trabajo es una obligación social y estará bajo la protección especial del Estado, a fin de obtener una mejor justicia social en forma que, asegure al trabajador un mínimo de condiciones necesarias para la vida”; y en el Artículo 43 señala “las autoridades inspeccionarán las profesiones y oficios en lo relativo a la moralidad, seguridad y salubridad pública”. En este contexto, se estructura el Decreto Ley N° 38 del 28 de junio de 1941 que representa «el primer intento de codificar la legislación de trabajo en Panamá», según Hoyos, Arturo, en su obra Derecho Panameño del Trabajo. El autor sostiene que “de hecho podría decirse que es el primer Código de Trabajo, en sentido material, de nuestra era republicana”. El mencionado decreto, según Hoyos, mejora las disposiciones relativas a la jornada, el trabajo, el salario y su protección, al trabajo de mujeres y menores, sobre accidentes de trabajo, etc. A pesar de lo anterior persiste la fragmentación entre condiciones de trabajo y ambiente, el enfoque se sitúa en la esfera de las prestaciones en dinero y, por ende, sus aportaciones a la salud y seguridad de los trabajadores es casi nula tanto en los términos de regulación como de operacionalización técnico-administrativa.

La Ley 23 del 21 de mayo de 1941 crea la Caja de Seguro Social con grandes limitaciones en su cobertura obligatoria tanto en términos

geográficos como poblacionales y excluyentes frente a las contingencias derivadas de los riesgos profesionales y de cesantía. En el ámbito de las prestaciones médicas, los Decretos N° 90, del Decreto del 12 de agosto de 1941 y N° 162 del 13 de febrero de 1942, establecen restricciones en el campo de las hospitalizaciones, asistencia médica, farmacia y laboratorio. En la esfera de las prestaciones económicas a corto plazo, se excluyen las derivadas de la licencia por enfermedad del trabajador, las cuales son incorporadas en el Decreto Ley N° 9 del 1 de agosto de 1962.

La Constitución Nacional de 1946, introduce claras disposiciones relativas al trabajo (Capítulo I I), en las cuales se regula la jornada de trabajo, el trabajo de menores y mujeres, las ocupaciones insalubres, las escuelas de aprendices, la protección salarial; el Capítulo V hace referencia a la salud pública y asistencia social como función esencial del Estado incorporando las actividades de saneamiento ambiental, de la nutrición, de protección de la maternidad y reducción de la morbilidad infantil, de las enfermedades transmisibles, de establecimiento de la red de salud, la educación para la salud y el suministro respectivo de medicamentos. En materia de seguridad social elevó a precepto constitucional los servicios de seguro social administrados por entidades autónomas y la cobertura de enfermedad, maternidad. Vejez (contenidos en leyes anteriores) e incorpora los subsidios familiares, paro forzoso, riesgos profesionales, la creación de instituciones de asistencia y previsión social, así como de viviendas baratas.

Como corolario de este proceso jurídico, en 1947 mediante la Ley N° 67 se adoptó un Código de Trabajo que según Ricard H. "como producto de un sentimiento humanista del gobierno de la época, ante los periódicos reclamos de los sindicatos, sin embargo en la elaboración de Código predominaron ostensiblemente los intereses

patronales". Según el mencionado autor la jurisprudencia en este período fue "abiertamente patronales", en materia del sindicalismo las normas del Código "no le dieron mayor cometido al sindicato ni lo protegieron adecuadamente frente a las conocidas represalias patronales contra el movimiento sindical, se excluyeron determinados grupos de trabajadores del ámbito de aplicación del Código, se escamoteó el derecho constitucional de huelgas y se consagró el libre despido patronal".

Las repercusiones del enfoque empresarial en el Código de Trabajo de 1947, para la salud y seguridad de los trabajadores se evidencian en el Artículo 212 que excluye de la protección de los riesgos profesionales a los trabajadores a domicilio, a los trabajadores eventuales, de servicio doméstico, los trabajadores en labores agrícolas, ganaderas y silvícolas en empresas que no ocuparan permanentemente más de 10 trabajadores, los trabajadores industriales de empresas que no ocupen más de 5 trabajadores, en el Artículo 218 (inciso 123), castiga a los trabajadores con incapacidad temporal, parcial-permanente y total permanente en términos de sus prestaciones económicas, el Artículo 223 que restringe el monto y tiempo de la pensión del sobreviviente, Artículo 252 que privilegia la obligatoriedad del seguro contra riesgos profesionales sólo a las empresas y ocupaciones vinculadas a las actividades de alta productividad, pero se adolece de una normativa mínima relativa a la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades, profesionales y se diluye este campo por la autoridad competente.

Las políticas explícitas de protección al trabajador consignadas en la Constitución de 1946 son abiertamente escamoteadas en el Código de Trabajo de 1947 a través del régimen privado de cobertura de los riesgos profesionales que alcanza a grupos minoritarios de trabajadores y por la legislación de seguro social que abarca algunos segmentos de población laboral.

A pesar de la creación en 1945 del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, como ente de competencia para dirimir las controversias de trabajo y salud, las políticas implementadas observadas en las distintas administraciones evidencian varios hechos sobresalientes:

1. Una estructura técnico-administrativa insuficiente (en términos de recursos humanos, tecnología y presupuesto) para enfrentar con criterio técnico-científico los riesgos laborales: dicotomía entre la Dirección General de Salud (Higiene Industrial) y la Dirección de Trabajo (Seguridad en el Trabajo) en relación a la salud y seguridad de los lugares de trabajo que impide el desarrollo de la actividad local.
2. La insuficiente información estadística y epidemiológica de los procesos morbosos que afectan la población laboral.
3. La insuficiente regulación para cumplir con los Artículos 202 (Reglamento de Seguridad e Higiene), 209 (Tablas de Enfermedades Profesionales), 212 (relacionadas con las coberturas de los riesgos profesionales) y 249-251 (sobre reposición de los trabajadores), del Código de Trabajo de 1947.

Con la Ley N° 66 del 10 de noviembre de 1947 se aprueba el Código Sanitario (vigente en la actualidad), que desarrolla en los Artículos 208-211 aspectos relacionados con la Higiene Industrial, el Artículo 204 en materia de Saneamiento ambiental (aprobación de planos) y el artículo 88 con respecto al Control Ambiental (autoridad local de salud). En este sentido, hay que recalcar que el que en el Título Cuarto de "Saneamiento, Capítulo Segundo, el Artículo 208 señala que estarán bajo el control general de salud pública todos los asuntos que se refieran a la higiene industrial y en especial los siguientes:

- 1- Edificios destinados a las industrias locales de trabajo en lo relativo a lo dispuesto en los Artículos 204 y 88 Numerales 1 y 3.

- 2- Instalaciones sanitarias, higiene y aseo de las mismas.
- 3- Maquinarias o instalaciones individuales en cuanto tengan relación con accidentes de trabajo y seguridad general de obreros y empleados.
- 4- Procesos industriales, sobre todo en lo que se refiere a la posibilidad de favorecer ciertos tipos de enfermedades, especialmente profesionales.
- 5- Materias primas y productos elaborados sobre todo cuando están destinados al consumo.
- 6- Viviendas, comedores, sitios de paseo, sitios de recreo, etc. para los obreros y sus familiares.
- 7- Servicios médicos preventivos, curativos y de emergencias, como también los de bienestar social para madres obreras, para niños, etc.
- 8- Seguridad general para casos de explosiones, incendios y otras ocurrencias fortuitas.

En ese mismo Capítulo se indica en el artículo 209 "Todo centro de trabajo agrícola e industrial, con más de 200 trabajadores deberá contar con los servicios colectivos de mercado, hospital y otros y reservar áreas para edificaciones públicas, sociales, comerciales, etc. de acuerdo con los planos que sean aprobados por la Dirección de Salud Pública". En el artículo 210, a la vez se señala que "Toda empresa comercial, industrial u otra que cuente con más de 100 trabajadores, entre obreros, administrativos y sus familiares, tendrá la obligación de contratar un profesional médico y a lo menos de una enfermera, las cuales deben tener su residencia en el centro de trabajo o en una ciudad cercana que no quede a más de 10 kms. de distancia". En el artículo 211 se afirma que "La Dirección de Salud Pública y la de Trabajo coordinarán sus actividades para evitar las duplicaciones de las mismas". Las disposiciones del presente Código y las de Trabajo que incidan sobre una misma materia, con discrepancias reales o aparentes serán aplicados dando preferencia:

al Código Sanitario en asuntos de salud e higiene y otros similares y al Código de Trabajo cuando se refieran asuntos económicos, sociales y otras semejantes. Si la divergencia se tradujera en conflicto de jurisdicción, esta situación será considerada como caso de competencia de autoridad y resuelta por el Tribunal Contencioso-Administrativo a solicitud de cualquiera de las autoridades en conflicto.

Al igual que lo relativo a la Higiene y Seguridad, en el Código de Trabajo, el marco jurídico explícito es bien claro y preciso, pero las políticas implícitas fundadas en el no hacer (por razones de intereses de clase) impiden el desarrollo de los mecanismos operacionales de fiscalización y control, de reglamentación, de organización, de estructuras técnico-administrativas descentralizadas para dar cumplimiento a los señalamientos del Código Sanitario. El caso del decreto Ejecutivo N° 2 del 15 de Febrero de 2008 es la evidencia más clara de cómo se vulnera el Código Sanitario en relación a la vigilancia de la salud de los trabajadores de la construcción.

3. 1968-1989: Caracterizado por la modernización del Estado oligárquico (con el fortalecimiento del capital financiero), estimulado por la necesidad del capital transnacional, de expandir las plataformas de servicios, reformas burguesas de tipo social y reemplazo de enclave colonial por nuevas modalidades de sujeción a los norteamericanos (Tratados Torrijos Carter, Programas de Ajuste Estructural, Deuda Externa, etc.).

Con la reforma administrativa del Estado llevada a cabo en el período 1969-1976 se crean los siguientes instrumentos:

- El Ministerio de Salud mediante el Decreto de Gabinete N° 91 del 15 de Enero de 1969.
- El Ministerio de Trabajo mediante el Decreto de Gabinete N° 2 del 15 de Enero de 1969.

- La incorporación del Seguro de Riesgos Profesionales a la Caja de Seguro Social a través del Decreto N° 68 del 31 de marzo de 1970.

El primer instrumento jurídico, antes mencionado, con excepción del Artículo 6, acápite E (en el cual se menciona el término de salud industrial), no existen referencias explícitas sobre la protección en los lugares de trabajo. Situación ésta que se agrava con el Decreto 75, del 27 de febrero de 1969 que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, en el cual sólo el Artículo 27, Literal b, señala en forma explícita “promover el mejoramiento... y locales de trabajo”. Es claro que para el Ministerio de Salud la relación dialéctica entre los procesos de trabajo y los de salud/enfermedad, son pocos significativos, lo que se traduce en el hecho que a 35 años de su creación dicho ministerio no cuenta con una estructura técnico-administrativa específica que aborde los problemas de salud-trabajo de forma integral y sólo ha emitido dos decretos reglamentarios el 150 y 245 en 1971, relacionados con la exposición laboral (en este caso se refiere al ruido en los ambientes de trabajo), a pesar que los textos legales, antes señalados, le confieren la autoridad normativa a nivel nacional en todo lo concerniente a la salud pública.

El segundo instrumento, antes indicado, contempla en el Libro Segundo Título I (en los artículos 282-290) sus funciones básicas de Higiene y Seguridad, en el Título II “las Disposiciones de Riesgos Profesionales, que incluye, en el Capítulo I las Disposiciones Generales (artículos 291-299), en el Capítulo II, Responsabilidad en Materia de Riesgos Profesionales (artículos 300-303), en el Capítulo III, las prestaciones, (artículos 304-325) y en el Título III, Reposición de los Trabajadores (artículos 326-328). El Código de Trabajo, además introduce en Título I Normas Generales de Protección del Trabajo, en el Capítulo III, sobre Jornada de Trabajo (artículos 30-35) regula los horarios de trabajo así como el trabajo en horas

extraordinarias y en el artículo 36, establece las limitaciones al trabajo en horas extraordinarias, entre ellos los trabajos insalubres y peligrosos. En el capítulo IV, sobre descansos obligatorios regula los descansos entre jornadas, el descanso semanal o en día de fiesta o de duelo y las vacaciones. En el Título III “Trabajo de las Mujeres y Menores”, Capítulo II, regula el trabajo de mujeres y Menores (artículo 104-125). En el Título IV sobre Derechos y las Obligaciones de los Trabajadores y Empleadores, indica en el Capítulo I, sobre las obligaciones de los trabajadores, artículo 126 (numerales 4,6,7,8,9,10 y 12) las obligaciones de los mismos en materia de salud y seguridad en el trabajo y en el artículo 127 las prohibiciones a los trabajadores numerales (1, 4, 5, 6,12). En el Capítulo II, sobre obligaciones de los empleadores, indica en el artículo 128 las obligaciones (numerales 3, 4, 5, 7, 8,12, 25, 28,29 y 30). En el artículo 129, 134, 135 otros beneficios en materia de transporte a distancia, suministrar gratuitamente el equipo de protección personal y el pago al trabajador si sufre algún daño en sus elementos personales, vestidos, elementos de trabajo, prótesis. En el artículo 138 se dictan disposiciones prohíben a los empleadores. En el Capítulo II, sobre Salarios y Normas Protectoras, se afirma en el artículo 143, que el trabajo por primas de rendimiento, tareas piezas, incentivos cuantitativos a la producción quedan prohibidos en las actividades de conducción de vehículos, minas, túneles, trabajos en altura, con materiales tóxicos, explosivos, inflamables o radioactivos y cualquier otra que por su naturaleza se refute como peligrosa lo que se reglamentará por las autoridades administrativas de trabajo y salud. Como se observa en todos estos Títulos Capítulo y artículos el Código del Trabajo consta con una serie de instrumentos legales de intervención en salud y seguridad ocupacional pero que no trascienden más allá de las disposiciones en razón de la ausencia de una estructura técnico administrativa fortalecida, recursos humanos preparados, la reglamentación indispensable pero sobre toda por la falta de voluntad política de los gobiernos de legislar a favor de la salud de los

trabajadores.

El Decreto de Gabinete N° 249 del 16 de junio de 1976 por el cual se dicta la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social intenta corregir la falla del contenido anteriormente expuesta, ya que en sus artículos 2. 8 y 9 se establecen entre otras cosas lo concerniente a la “regulación, administración y cumplimiento en materia de seguridad”. Cabe destacar además, que el Artículo 38 que hace referencia a las funciones de la Dirección General de Trabajo, los literales g, k y 11; formulan indicaciones generales sobre el mejoramiento de vida de los trabajadores, la protección de los trabajadores previniendo los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la promoción de servicios sociales en la empresa.

Este último decreto establece dos elementos estructurales importantes:

1. El Departamento de Seguridad Ocupacional y
2. El Consejo Nacional de Trabajo y Bienestar Social.

La primera estructura aparece como dependencia de la Dirección General de Bienestar Social (pero se ha ubicado como un Departamento de la Inspección del Trabajo en la actualidad), que a su vez forma parte de los Organismos Técnicos de Ejecución de Programas y cuyas funciones específicas descansan sobre el Artículo 40, Literal k y m, que hacen referencia a la vigilancia del “estricto cumplimiento de las normas legales sobre la seguridad ocupacional” y a “evaluar los resultados de la aplicación de las normas legales, planes y programas de seguridad”.

La segunda estructura aparece como organismo consultivo y de coordinación (Artículo 7) en cuyas funciones (artículo 18), se indica entre otras, en el Literal b. “asesorar al Ministerio de Trabajo y Bienestar Social respecto de asuntos relacionados..., la seguridad..., que le sean

sometidos a su consideración” y en el Literal E “opinar especialmente en las cuestiones relativas a la educación obrera y la Seguridad e Higiene Ocupacional”. Siendo éste un organismo tripartito se crea formalmente una instancia de debate sobre los problemas de las condiciones y medio ambiente de trabajo y su relación con la salud y seguridad de los trabajadores, que sin embargo hasta la fecha no ha funcionado, por lo menos en el ámbito antes indicado.

El tercer instrumento jurídico a que se hace referencia descansa esencialmente sobre la reparación del daño y la compensación económica, en términos de subsidios de la incapacidad temporal, indemnizaciones, pensiones y subsidios de funerales, dejando en un segundo plano tanto la prevención de los Riesgos Profesionales como la Rehabilitación de los trabajadores. En efecto, a pesar que desde sus inicios se creó el Departamento de Salud Ocupacional (posteriormente denominado Seguridad Ocupacional), las actividades primarias del mismo se orientaron hacia la investigación de los Riesgos Profesionales en función del derecho al acceso a las prestaciones económicas, la información sobre los derechos de los asegurados, la clasificación de empresas y de manera complementaria a la prevención de los Riesgos Laborales. A partir de 1977 se crea el Programa de Salud Ocupacional en la Caja de Seguro Social, como contraparte sanitaria del componente de las prestaciones económicas en este campo.

La evolución histórica de este programa ha sido tortuosa, difícil, poco comprensiva y distorsionada que se puede resumir en lo siguiente:

1. ORIGEN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL

El Programa de Salud Ocupacional nace, por acuerdo de Junta Directiva, en octubre de 1977 y se instituye como tal, a partir de noviembre de 1977. En su origen convergen diversas situaciones

que a veces se olvidan con el tiempo, entre las cuales tenemos las luchas del movimiento sindical, la visión de estadista del General Omar Torrijos Herrera, cuyo gobierno impulsa la incorporación del seguro de riesgos profesionales a la Caja de Seguro Social. No es casual la declaración del licenciado Damián Castillo (Director General de la Caja de Seguro Social en 1970) quién afirmó lo siguiente “La cobertura de los riesgos profesionales de la Caja de Seguro Social constituye la más valiosa y trascendental conquista socio-económico que haya logrado el pueblo panameño en su larga lucha por la vigencia de una doctrina social democrática de valor práctico para su existencia personal y familiar”. En este contexto se encuentra la génesis del programa de salud ocupacional.

En sus 32 años de existencia el Programa de Salud Ocupacional ha sido siempre inhibido, en los momentos cruciales, para su maduración programática. A pesar, de ello, ha evolucionado cuantitativamente y en menor grado desde la perspectiva cualitativa. Han ocurrido tres grandes procesos de inhibición programática en su devenir histórico: En primer lugar, hacia 1990 luego de la oprobiosa invasión del país por los norteamericanos; en segundo lugar, durante 1994 cuando se intentó su privatización como forma de aseguramiento y en tercer lugar en el 2003 con el cruento cambio administrativo institucional. De suerte que el desarrollo del programa puede ser dividido en varias fases a saber:

1. **Diagnóstico Epidemiológico (1977-1983):** caracterizada por el desarrollo de: a) Análisis de la estadísticas de la institución; b) Protocolos de investigación epidemiológica en áreas sensitivas de la siniestralidad tales como construcción, Banano, Azúcar, Puertos, Tipografía, DIMA; c) Monitoreo biológico de la exposición a contaminantes (plaguicidas, plomo y enzimas, otros metales, espirometría, audiometría, pruebas visuales); d) Monitoreo ambiental (inflamabilidad, niveles de CO,

- O₂, vapores orgánicos, polvos respirables, estrés térmico, ruido, vibraciones, iluminación); e) Estudios nutricionales en poblaciones laborales (bananeros, azucareros, DIMA, tipógrafos, construcción); f) Encuestas de carácter psicosocial, que desembocan en 1983 con la desconcentración de funcionarios de educación y de técnicos en salud ocupacional. Es la fase de mayor dotación de recursos (humanos, materiales, equipos e insumos) para su funcionamiento. Capacitación en el extranjero de 20 funcionarios.
2. **Consolidación Programática (1984-1994):** que se caracteriza diagnósticos socio epidemiológicos periódicos, por un modelo de intervención indicativo de recomendaciones con rasgos punitivos, de valoración cuantitativa de riesgos ambientales con baja capacidad de intervención en seguridad, diseminación de la información y educación de los trabajadores y crecimiento de los recursos humanos, que desembocan en la elaboración de tres anteproyectos de reglamentos preventivos (que aún hoy no han sido aprobados por la Junta Directiva de la CSS) y la conformación en Colón y Coclé de los primeros comités intersindicales de higiene y seguridad.
 3. **Debilitamiento programático (1994-2000):** caracterizado por un exiguo crecimiento en recursos humanos, materiales, de insumos de laboratorios y de equipos de medición de campo, parálisis del monitoreo biológico (plaguicidas y metales pesados). No obstante, se presentan posibilidades de expansión programática con la potencial instalación de un laboratorio de higiene y toxicología, de equipos de higiene de campo (con el apoyo de Agencia Española de Cooperación Técnica y el banco Interamericano de Desarrollo) y formación de recursos humanos. Se asiste a finales del periodo a una excesiva centralización de recursos que genera una profunda ineficiencia y muy baja velocidad
 4. **Renovación Programática (1999-Septiembre del 2003):** a la luz del Análisis FODA realizado con el CIESS (noviembre del 2000) y posteriormente con las unidades locales se concluye la necesidad de renovar el Programa de Salud Ocupacional en varios aspectos fundamentales: a) Enfoques metodológicos; b) Modelo de intervención en las empresas (basados en programas intensivos de prevención de AT y EP); c) Marco reglamentarios (se actualizan los anteproyectos de reglamentos presentados a la Junta Directiva en 1984 y se elabora el anteproyecto de reglamento relativo a los servicios de prevención, atención médica valoración de la discapacidad y Rehabilitación y Readaptación profesional) para cumplir con los Artículos 14, 69, 70, 76 del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970; d) Dotación de recursos humanos, de medios de transporte, equipamiento para módulos de readaptación laboral, laboratorio de higiene y toxicología, equipos de higiene de campo, Centros Especializados en Medicina del Trabajo; e) Formación de recursos humanos: 102 funcionarios en cursos de perfeccionamiento, 27 en Postgrado en Prevención de Riesgos, 17 en Toxicología, 13 funcionarios en Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional, 7 funcionarios en Maestría en Valoración de la Discapacidad, f) Elaboración de los perfiles de todos los cargos del programa.

A señalar que a pesar de contar con los fondos para todo lo relativo al punto d, la institución no tuvo la capacidad de proceder a la compra de los mismos en su totalidad por procedimientos burocráticos lentos. Al momento del cambio cruento en la administración de la Caja de Seguro Social se estaba procediendo a la remodelación de los locales para los Módulos de readaptación laboral y del laboratorio de higiene y toxicología.

5. **Parálisis Programática (septiembre del 2003-octubre del 2004):** se caracteriza en un primer momento, por la suspensión o parálisis de todos los eventos planificados para llevar a término la propuesta programática renovadora, sin producir una propuesta alternativa. Es la etapa de la reducción de los salarios de los funcionarios nuevos del programa. No se desarrollan directrices y se retorna con la estructura de comando central hipertrofiada, sobre todo, en el periodo 1996-1999.

6. **Incertidumbre Programática (octubre 2004 hasta la fecha):** se caracteriza por una visión fuertemente centralizadora y poco participativa de los niveles locales, lo que se traduce en líneas de conducción verticales inarmónicas que se confrontan con las realidades operativas de los niveles locales. No hay directrices, se preserva la estructura de comando central y a pesar de la producción de nuevas ideas desde el nivel local son desestimadas por el nivel central.

A pesar que los artículos 69 y 70 del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo facultan a la Caja de Seguro Social, respectivamente, a establecer “Servicios de Prevención de Riesgos Profesionales y de Seguridad e Higiene” y a “disponer que en un establecimiento o empresa se adopten medidas de prevención de riesgos profesionales...”, normas de carácter general, que el conjunto de empresas de una misma actividad se sometan a determinadas medidas de prevención de riesgos profesionales; hasta 1999, se cuentan, solo con servicios preventivos integrales en la ciudad de Panamá y Colón y un Reglamento de Prevención de Riesgos Profesionales en la Construcción en 1977.

En el período 1984-1987 se elaboraron los siguientes documentos reglamentarios (por el Programa de Salud Ocupacional), que están a la espera de discusión, debate y aprobación por

parte de la Junta Directiva del Seguro Social y del Consejo Técnico de la institución: 1) Reglamento general de Seguridad e Higiene; 2) Reglamento de Uso Seguro de Plaguicidas; 3) Reglamento de Seguridad e Higiene en la Construcción (nuevo anteproyecto); 4) Reglamento de Atención Médica de los Trabajadores; 5) Nueva tabla de Enfermedades Profesionales y 6) Reglamentos de las Comisiones Médicas de Riesgos Profesionales e Invalidez.

Es menester destacar que la Caja de Seguro Social no ha cumplido con lo establecido en el Artículo 76 del mencionado Decreto de Gabinete que explícitamente compromete a esta institución a establecer “un Centro de Rehabilitación y Readaptación profesionales el cual deberá estar en condiciones de prestar dichos servicios a toda la población del país, en las condiciones que establece el reglamento que se dictará al efecto”.

Es imperativo indicar que para el 31-12-93, la reserva del Programa de Riesgos Profesionales asciende a 136.8 millones de balboas, de los cuales hay que deducir 54.1 millones para capitales constitutivos, lo que da lugar a un superávit de 82.7 millones de balboas. De suerte que no se puede aducir como pretexto la falta de recursos financieros tanto para la prevención como para la rehabilitación. Las razones de esta política implícita, de no hacer frente a lo explícito en la ley, hay que buscarla en dos vertientes:

1. **La ideológica:** la hegemonía de la reparación del daño y la compensación económica sobre la prevención de riesgos y la reinserción del trabajador discapacitado.
2. **La económica:** En el sentido que es más barata la compensación económica del trabajador que producir los cambios tecnológicos y organizacionales para la prevención de riesgos y la readecuación ergonómica de los puestos de trabajo.

Para los efectos de ahorro en las prestaciones económicas del seguro de riesgos profesionales y de limitar los derechos de los trabajadores, en este rubro, la administración institucional recurre a un aparato policivo-administrativo que consta de dos instancias:

1. **El componente médico:** Que excluye de la atención médica (con excepción de las urgencias), a la red nacional de servicios de salud, con énfasis en el otorgamiento de incapacidad, concentrando la atención en determinados funcionarios médicos en franca violación del Artículo 19 del Decreto en mención y del artículo 40 del Reglamento General de Prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales.
2. **El componente de investigación administrativa:** Cuya función es corroborar la calificación del riesgo profesional diagnosticado por los servicios médicos. Lo cual comporta un conspicuo retraso en el pago de las prestaciones económicas y cuyo objetivo es desestimar la demanda de atención por los riesgos profesionales. Se caracteriza por el hecho que funcionarios sin ninguna calificación médica o de salud acceden a los expedientes clínicos de los pacientes afectados y sin ningún análisis clínico epidemiológico y legal descartan los diagnósticos médicos.

La avaricia institucional hacia los trabajadores se evidencia en el castigo que se ejerce sobre los mismos para el pago de la prestación económica (de 3-6 meses para el pago inicial), cuando la incapacidad temporal supera los dos primeros meses y cuando se calcula el monto de la indemnización y de la pensión parcial o total permanente.

En el segundo caso se reduce el subsidio económico a un 60% del salario promedio por el tiempo que perdure la incapacidad temporal, como si el trabajador fuese culpable de

la no curación de la lesión o de la lentitud en el proceso de atención médica.

En el tercer caso una vez demostrada la existencia de una lesión residual irreversible, el cálculo del monto correspondiente a la indemnización o pensión se hace en proporción a una pensión máxima equivalente al 60% del salario promedio, como si el trabajador fuese el culpable de la discapacidad producida por los riesgos profesionales.

La combinación del aparato policivo médico y administrativo y el castigo a los trabajadores, en términos económicos, ha permitido a la Caja de Seguro Social burlar el Artículo 54, del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970, que prevé cada tres años "la revisión de las clases y grados de riesgos" de las empresas. Este hecho, aunado a criterios obsoletos contenidos en el Reglamento de Clasificación de empresas ha determinado:

1. La asimetría en la clasificación de empresas dentro de una misma actividad y dentro del grupo de actividades riesgosas.
2. El castigo a la pequeña empresa en beneficio de empresas riesgosas (por ejemplo un supermercado con carnicería paga la misma prima que una plantación de banano o azúcar).
3. La subvención indirecta al Estado por parte del sector privado (las empresas estatales independientemente de la naturaleza del riesgo pagan una prima de 1.55 por riesgos profesionales).

De esta manera la institución para reducir sus costos económicos prefiere más que prevenir los riesgos laborales y optimizar la medicina integral, inhibir y castigar a los trabajadores, facilitando así la preservación de los costos de producción de las empresas.

Para 1994 el presupuesto específico (funcionamiento y tecnología), destinado al Programa de Salud Ocupacional (nivel normativo y operativo), no supera el 0.5% del presupuesto conjunto de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales. Los recursos humanos específicos destinados a este programa no sobrepasan el 1% del total de recursos humanos del componente sanitario, institucional. Los hospitales nacionales, regionales y policlínicas no están dotados de tecnología para el análisis de muestras toxicológicas de origen laboral. Las evaluaciones respiratorias, ergo-cardiológicas y ergoaudiométricas se concentran principalmente en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, lo que restringe el acceso de los trabajadores a las mismas. No hay disponibles especialistas en: dermatología laboral, cardiología laboral, etc., los especialistas en medicina del trabajo suman un total de 9, es decir, uno por cada 52,000 asegurados activos (cuando la norma aceptada por la O.M.S. es de 1 médico especialista en medicina del trabajo por cada 3,000 trabajadores).

En el campo de los recursos humanos en higiene y seguridad hay: un Técnico por cada 33,500 cotizantes activos (la norma O.M.S. es de 1 cada 10,000 trabajadores), en el ámbito de enfermería: una enfermera asignada a salud ocupacional por cada 15,600 trabajadores (la norma es de 1 cada 3,000). Sólo hay disponible dos psicólogas con entrenamiento en salud ocupacional e igual número de trabajadores sociales. Hay un educador en salud ocupacional cada 67.000 cotizantes activos (la norma mínima establece 1 educador cada 5.000 trabajadores).

Esta dramática insuficiencia de recursos humanos y presupuestarios para la prevención de riesgos laborales se agrava si tenemos en cuenta que corresponde al Estado "Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional

de medicina en higiene industrial y laboral". Es evidente que frente a este precepto constitucional explícito, el Estado panameño ha desarrollado políticas implícitas en sentido contrario como lo demuestran los siguientes hechos:

1. La carencia de regulaciones técnicas para la prevención.
2. El escaso apoyo presupuestario para la operacionalización de las actividades preventivas.
3. El insuficiente apoyo en recursos humanos por parte de las instituciones competentes.
4. La escasez de formación de recursos humanos específicos.
5. La escasa participación de los actores sociales de la producción en la gestión de los programas de salud / trabajo, en especial de los trabajadores.
6. La escasa incorporación de este rubro en las negociaciones colectivas y en los acuerdos estatales.

No es casual que el informe PIAT-OIT al Gobierno Panameño en 1982 señale:

La necesidad de diseñar un Plan Nacional de Prevención que debía incluir:

- La cobertura de la población económicamente activa expuesta a altos riesgos.
- Establecer un sistema nacional de información, registro y análisis de los riesgos laborales.
- La coordinación sectorial e intersectorial en la aplicación de las normas.
- Formación y capacitación de los recursos humanos. La promoción de la participación de los empleados y trabajadores.

La propuesta antes expuesta buscaba corregir los vacíos existentes en la legislación laboral vigente expresada en el Código de Trabajo de 1972, que en el Libro Segundo, Título I, II y III se refiere a los Riesgos Profesionales. En efecto el Código de Trabajo sólo destina los artículos 282-290 a la Seguridad e Higiene del Trabajo con normas muy generales y algunas superadas (como la del Artículo 287, Numeral 5), el resto del articulado (291-325), hace referencia a normas reparadoras, de compensación y a la reposición de los trabajadores (Artículos 326-328).

No cabe la menor duda que el Estado panameño es actor y cómplice de la violencia laboral. En efecto, en los últimos 18 años, el Estado panameño ha propiciado y promulgado textos jurídicos que vulneran los derechos de los trabajadores a mejores condiciones y medio ambiente de trabajo, estimulando así el aumento de las cargas globales de trabajo y sus consecuencias. Basta mencionar:

1. La Ley 95 de 1976, que suspende las convenciones colectivas y estabilidad laboral.
2. La Ley 8 de 1981, que excluye del régimen de estabilidad a los trabajadores de la pequeña empresa.
3. La Ley 1 de 1986, que reduce el recargo sobre el pago de horas extraordinarias, que impone una sobrecarga en la jornada ordinaria de trabajo (ampliación de la jornada de trabajo a 11 horas en los trabajos agrícolas, pequeñas empresas y la industria de la exportación), desprotege el derecho al salario y modifica el concepto de salario, reduce los derechos laborales de los trabajadores del campo (reducción del recargo para la jornada nocturna, elimina la permanencia para los trabajadores por temporada), elimina la relación de trabajo para los trabajadores a domicilio.

1990-1994: Caracterizado por la oprobiosa invasión militar norteamericana, del 20 de

diciembre de 1989, que ha comportado el establecimiento de un régimen oligárquico de ocupación militar, cuyos propósitos económicos se orientan hacia la destrucción de las fuerzas productivas nacionales, la venta de activos nacionales al capital extranjero (empresas estatales, Autoridad de la Región Interoceánica, etc.), profundizan la transnacionalización de la economía nacional y con ello probablemente sentar las bases materiales para negociaciones sobre la permanencia norteamericana en el Canal de Panamá (sea en forma directa o indirecta).

Es en este contexto que deben ser visualizados los siguientes textos legales:

1. Decreto Ejecutivo N°. 14 del 7 de mayo de 1990 que estimula la terminación de la relación de trabajo por mutuo consentimiento y los despidos colectivos.
2. La Ley N°. 13 del 11 de octubre de 1990 que prórroga las convenciones colectivas, y exime la obligatoriedad de convenciones colectivas a las empresas nuevas y aquellas que no han celebrado aun convención colectiva.
3. La Ley N° 16 del 6 de noviembre de 1990 (sobre zonas procesadoras para la exportación), que suspende los efectos del Artículo 77 relativo a la relación de trabajo por tiempo indefinido, establece la potestad del empleador a la rotación del trabajador, exime la obligación de celebrar convención colectiva de trabajo, introduce el concepto de fluctuación en los mercados de exportación como causa justificada de despido, eliminación del pago de las cuotas de seguro social a las primas de producción, bonificaciones y gratificaciones al no ser consideradas como parte del salario: introduce el control del empleador sobre el disfrute de las vacaciones y su fragmentación.
4. La Ley 27 del 24 de diciembre de 1990 que faculta al empleador al despido, sin responsabilidad alguna, en los nuevos

contratos de trabajo (celebrado a partir de la vigencia de la ley hasta 6 meses después), y que además permite la prórroga del contrato hasta un año sin que la relación de trabajo se considere indefinida, que mutila el concepto de antigüedad en la empresa (cuando ocurra transferencia de patrimonios de una empresa por actos declarados ilegales o inconstitucionales).

5. La Ley 30 del 26 de diciembre de 1991 que aumenta la edad de retiro por vejez normal, eliminó el retiro por vejez anticipada, reduce el cálculo del monto de la pensión y del salario promedio para las personas.
6. La Ley 25 del 30 de diciembre de 1992 (zonas procesadoras para la exportación), que profundiza la ofensiva contra los trabajadores contenida en la Ley 16.
7. El Decreto N° 70 del 16 de diciembre de 1992 por medio del cual se fijan los salarios mínimos en todo el territorio nacional con el cual se preserva el crónico abismo en el déficit entre ingresos-egresos de los trabajadores y su familia.
8. La Ley N° 2 del 13 de enero de 1993 que privatiza el servicio de empleo, limita la obligatoriedad en el pago de la cuota sindical al plazo de vigencia de la convención colectiva y preserva la no obligatoriedad de celebrar convención colectiva a las nuevas empresas y a las que no han celebrado convención colectiva.

En el ámbito de los convenios, de la Organización Internacional del Trabajo, relativos a condiciones de trabajo, seguridad e higiene y seguridad social, el Estado panameño se ha caracterizado por una actitud irresponsable en sus ratificaciones, en cuanto que ha sancionado aquellas normas vigentes en su ordenamiento jurídico, las que son de menor compromiso y las de carácter compensatorio.

El comportamiento de las ratificaciones de estos convenios hasta diciembre de 1993 ha sido el siguiente:

- Condiciones de trabajo (se excluye seguridad e higiene): 8 de 20 convenios.
- Seguridad e higiene: 4 de 18 convenios.
- Seguridad social: 4 de 24 convenios.
- Trabajo de mujeres: 3 de 7 convenios.
- Trabajo de menores: 5 de 13 convenios.
- Trabajadores indígenas: 5 de 11 convenios.
- Categorías especiales de trabajadores: 25 de 38 convenios.
- En este último caso los convenios ratificados en su mayoría, se refieren a trabajadores del mar producto de la presión internacional ejercida sobre el Estado, dado el carácter de su marina mercante. Recientemente ha sido ratificado el Convenio 159, de la OIT (el 28-X-93), sobre readaptación profesional y empleo de minusválidos, que aunado a la Ley N° 1 del 28 de enero de 1992 y al Decreto Ejecutivo N° 88 del 7 de junio de 1993, se protege, respectivamente, a las personas discapacitadas auditivas y se reglamente el beneficio a favor de los empleadores que contraten personal discapacitado. En este contexto, se crean las condiciones para la inserción laboral del discapacitado. Independientemente de la naturaleza o causa de la misma. Para tales efectos el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Empleo ha creado estructuras técnicas administrativas tales como: la sección de discapacitados, que actualmente cuenta con recursos limitados como resultado de las restricciones crónicas presupuestarias que sufre este organismo del gobierno central.

Es menester destacar la ratificación Convenio de Basilea en 1989 por parte del MINSA: sobre el

control a nivel internacional de los movimientos transfronterizos y la eliminación de los residuos peligrosos para la salud humana.

En conclusión, se puede afirmar que la naturaleza de clase del Estado panameño (desde 1903 y hasta la fecha), ha permeado todas las actividades relacionadas con la salud de los trabajadores y la seguridad social. De manera que las ventajas obtenidas mediante diversas leyes, decretos y textos constitucionales han sido por lo general el producto de presiones ejercidas externamente y/o de presiones sociales de los grupos de trabajadores con mayor beligerancia, en consecuencia, no han sido el resultado de un Estado benefactor. A su vez estas ventajas jurídicas obtenidas por los trabajadores a través de la lucha organizada, por lo general, han sido mediatizadas por el Estado a través de mecanismos reglamentarios, procedimientos administrativos, restricciones presupuestarias y de estructuras técnicas débiles en sus componentes operacionales. En consecuencia, el Estado panameño ha sido coherente con su visión clasista de la relación capital/trabajo, que lo ha abocado a la defensa de los intereses estratégico de las clases o fracciones de clase que conforman el poder económico: cediendo algunas posiciones en el ámbito de los intereses tácticos que a su vez son mediatizados tanto en lo formal como en lo estructural.

Hay que destacar la ausencia de una visión propia de los trabajadores y sus organizaciones en el ámbito de las relaciones existentes entre los procesos de trabajo, las condiciones y medio ambiente de trabajo y los procesos de salud/enfermedad, que ha facilitado el desarrollo de un “modelo patronal”, cuya hegemonía abarca diversas instancias de la totalidad social panameña, incluyendo los denominados “proveedores de salud” (médicos, enfermeras, etc.) y que constituye la base ideológica con que el Estado panameño sustenta sus políticas en este campo.

Este modelo patronal se caracteriza por el siguiente perfil:

1. La fractura entre los procesos de trabajo, condiciones y medio ambiente de trabajo y los procesos de salud/enfermedad (descalificación de las causas histórico-sociales del desgaste obrero).
2. Los costos de la prevención, en los lugares de trabajo, aumentan los costos de producción y reducen la competitividad (reducción de la ganancia).
3. Los costos de la indemnización son menos onerosos que los relacionados con el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo (compensación económica).
4. La organización, en forma predominante, de las asistencia sanitaria curativa como eje central de la intervención en salud laboral (reparación del daño), subordinando el modelo prevencionista.
5. Estimular la concertación monetaria en el plano de la salud y seguridad (Monetarización y/o Comercialización de la Salud/ Seguridad).

Por lo anterior, se hace imperativo que los trabajadores y sus organizaciones enfrenten el problema de las condiciones y medio ambiente de trabajo y su relación con la salud/enfermedad, desde una óptica propia de sus intereses genuinos, que les permita construir un modelo prevencionista desde la perspectiva de los trabajadores.

En este sentido, es significativo avanzar hacia:

1. La democratización del conocimiento y la práctica sindical.
2. El control de los trabajadores de base, en la gestión sindical y toma de decisiones.
3. El debate profundo reflexivo de tipo

consensual al interno del organismo.

4. Consolidar estructuras sindicales democráticas y participativas.
5. La participación de los trabajadores a través del control social en la toma de decisiones del Estado.

A pesar de los enfoques y escenarios políticos de este periodo se produjeron varios textos normativos importantes por parte del MINSA tales como:

- Ley 21 de 1990: sobre transporte de Desechos peligrosos.
- Decreto Ejecutivo N° 1194 de 1992 sobre Protección Radiológica

1994-1999: La reforma al Código de Trabajo de 1995 mediante la Ley 44 de 12 de agosto de 1995, que costó la vida a 4 trabajadores de la construcción en protestas y huelgas organizadas por el SUNTRACS constituyó uno de los principales componentes del plan económico, cuyo eje consistió en el abaratamiento del proceso de despido por parte del sector privado, limitando a 3 meses de salarios caídos el monto máximo de las indemnizaciones por despidos injustificados y eliminó la prima de antigüedad (para trabajadores con más de diez años de servicio) cambiándola por un seguro de desempleo, que sale de aportes obrero-patronales.

Además, esta reforma abarcó una amplia gama de aspectos, entre los que podemos señalar que desaparece de la redacción la especial protección hacia los trabajadores por parte del Estado y, en cambio, se introduce como nuevo elemento la necesidad de “compensar de manera equitativa al capital por su inversión”, relacionando el salario a criterios de productividad determinados por el comportamiento del mercado. Se introduce la movilidad laboral, la flexibilización de las relaciones laborales y el criterio de despido en condiciones

internacionales de crisis económica. La reforma da primacía a la voluntad contractual sobre los derechos establecidos y adquiridos, modificando el principio de la irrenunciabilidad de los mismos establecida constitucionalmente. En este sentido, el artículo 39 aborda la posibilidad de pactos para ampliar la jornada mixta y nocturna, y el artículo 159 admite la posibilidad de pactos para ampliar o reducir la jornada laboral.

El artículo 142 admite la posibilidad de “convenir y modificar las condiciones del salario por tareas, piezas, comisiones o primas complementarias. Las fluctuaciones periódicas del ingreso del trabajador, debidas a las oscilaciones de la producción, las ventas o el rendimiento, no se entenderán como aumento o reducción del salario...” (sic).

El mismo artículo de la Ley 44 de 1995, señala los pagos de primas, bonificaciones y gratificaciones “se considerarán como salario únicamente para efectos del cálculo de vacaciones, licencia por maternidad y de la prima de antigüedad...”, pero estarán “exentas del seguro educativo y las cotizaciones del régimen de seguridad social”. Y agrega que estas mejoras al salario (bonificaciones, etc.) “no se considerarán como costumbres o usos, ni como condiciones de trabajo...”.

Esta legislación también vulnera el principio de la continuidad o estabilidad en el empleo, al señalar su artículo 77 que “no se considerará que existe sucesión de contratos en los siguientes casos:

1. Cuando se trate de ocupaciones o plazas permanentes requeridas para el desarrollo de una nueva actividad en la empresa;
2. Cuando se trate de contrataciones durante el primer año de actividad del empleador, de la empresa o explotación;
3. Cuando se trate de modalidades de trabajo aprobadas por el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social o pactadas por el sindicato”.

La reforma también amplió y generalizó el

período probatorio, en el cual unilateralmente se puede dar por terminada la relación laboral, que originalmente el Código limitaba a dos semanas hasta los tres meses, para toda actividad que “exija cierta habilidad o destreza especial”, sin fijar exactamente los parámetros de esta normativa. Así mismo, el artículo 212 amplió el número de los trabajadores que pueden ser despedidos libremente a cambio de una indemnización, sin derecho a “salarios caídos” en caso de apelación ante el Tribunal de Trabajo, incluyendo trabajadores con menos de dos años de labor y trabajadores permanentes de pequeñas empresas agrícolas, pecuarias, agroindustriales o manufactureras.

El artículo 218 amplía la reforma de 1986 en el sentido de que el empleado que apelando al Tribunal de Trabajo, demuestre que ha sido víctima de despido injustificado, podrá exigir la indemnización correspondiente, pero el patrono no estará obligado a reintegrarlo en el cargo. Con lo cual se establece un régimen de libre despido generalizado, agravado por una reducción del 50 al 25% en el monto de la indemnización y por la eliminación del principio jurídico de que el empleador no podía en ningún caso despedir en un año a más del 10% de la planilla permanente.

La reforma al artículo 229 del Código de Trabajo suplanta la anterior prima de antigüedad, cuyo pago era obligatorio para trabajadores con diez años de labor continua en la empresa, y la suplanta por un Fondo de Cesantía, el cual sólo funciona para empleados permanentes que, dados los efectos del conjunto de la reforma, cada vez son los menos. “Para algunos laboristas, la norma pretende convertir la cesantía en un derecho adquirido para los(as) trabajadores (as) panameños (as), sin embargo también es un mecanismo que pueden utilizar los empleadores para garantizarse la flexibilidad en el despido injustificado” (Abdallah, 2000).

El artículo 39 de esta reforma, si bien fija los límites

mínimo y máximo (media hora a dos horas) del período de descanso durante la jornada laboral, autoriza también a empleado y empleador a pactarlo libremente para casos de jornadas nocturnas o mixtas “de manera que no se interrumpa la producción”.

El artículo 159 autoriza la reducción de la jornada laboral “por razones de crisis económica grave de carácter nacional, caso fortuito o fuerza mayor, debidamente comprobados por las autoridades administrativas de trabajo...”. Por supuesto, la reducción de la jornada de trabajo conlleva la reducción salarial consiguiente.

La modificación al artículo 197 A del Código Laboral señala: “No se considerarán como alteración unilateral, las órdenes impartidas por el empleador en la ejecución del contrato de trabajo que impliquen movilidad funcional u horizontal del trabajador, siempre que sean compatibles con su posición, jerarquía, aptitudes, preparación y destrezas”... siempre que “no conlleve disminución de la remuneración o salario”, “por necesidad de la organización de la empresa, del trabajo o de la producción, por variaciones en el mercado o por innovaciones tecnológicas”. Como se aprecia esto permite a los empleadores alterar las condiciones de trabajo pactadas de modo unilateral.

Respecto a la libertad sindical, la reforma del 95 sumada a criterios jurídicos vigentes con anterioridad, afecta la autonomía colectiva de que deben gozar las organizaciones sindicales de acuerdo a los Convenios 87 y 98 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Al respecto, el Código de Trabajo ya contenía una gama de regulaciones por las cuales el Estado fiscaliza el funcionamiento de los sindicatos, parte de las cuales hemos citado anteriormente, pero la Ley 44 agregó otras, a saber: artículo 376, que autoriza al Ministerio de Trabajo a revisar los libros de actas, contabilidad y asociados de los sindicatos a pedido del 20% de los afiliados; el artículo 377, obliga a depositar los fondos

sindicales en una entidad bancaria; el artículo 369, no limita los miembros de las Juntas Directivas, ni establece restricciones por nacionalidad, pero limita a 11 el número de miembros con fuero sindical; el artículo 338 prohíbe al trabajador afiliarse a más de un sindicato de la misma clase; el artículo 405 sólo permite a un sindicato por empresa negociar convenciones colectivas, y obliga a fusionarse en caso de existir más de uno o sólo reconoce al de mayor número de afiliados.

Se establecen algunas normativas por parte del MINSA tales como:

- **Ley 36 de 1996:** por la cual se establecen controles para evitar la contaminación ambiental ocasionada por combustibles y plomo.
- **Decreto N° 386 de 1997:** sobre la aplicación de plaguicidas por parte de las empresas controladoras de plagas.
- **Resolución N° 77 de 1998:** por la cual se establece la presentación y normas para realización del estudio de riesgos a la salud y el ambiente.
- **Resolución N° 68 de 1998** sobre manejo de desechos Radioactivos. MINSA.
- **Decreto Ejecutivo N° 225 de 1998:** Sobre Protección de la Capa de Ozono.
- **Decreto N° 255 de 1998:** que establece controles para evitar la contaminación ambiental ocasionada por combustibles y plomo y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
- **Resolución N° 50 de 1999:** reglamento sanitario para el manejo, almacenamiento y transporte de asbesto en la República de Panamá.
- **Decreto Ejecutivo N° 111 de 1999:** por el cual se establece el reglamento para la gestión y manejo de los desechos sólidos procedentes de los establecimientos de salud.

Evidentemente este periodo se caracteriza por el deseo del país de ingresar a la Organización Mundial del Comercio y las presiones ejercidas, por esta entidad, que desembocan en la Ley 41 General de Ambiente. No obstante, sus estructuras operativas solo asumen la responsabilidad de fiscalización y aprobación de los estudio de Impacto Ambiental permitiendo que los servicios privados nacionales o extranjeros realicen los estudio de Evaluación de Impacto Ambiental. Igualmente ocurre con los estudios de riesgos a la salud y al ambiente. Ambas situaciones se han prestado para un maritaje entre los directivos de decisión de estas instituciones y los sectores privados nacionales alternándose en las instancias del poder político cada cuatro años.

En el caso de Ministerio de Salud se le dota de recursos humanos con buena formación pero no se les dota de los instrumentos y medios para la ejecución de sus labores. Posteriormente en el siguiente quinquenio son despedidos de sus cargos.

Lo llamativo de atención en esta fase es que el Ministerio de Salud, siendo responsable de más de 300 mil trabajadores del sector informal no solo no haya reglamentado la salud y seguridad en el trabajo, para todos los trabajadores del país, que le está mandatada como ente rector de la salud, en la Constitución Nacional (Artículo 110, numeral 7) y las normas del Código Sanitario (Artículos 208-2011) y haya planteado que eso es un problema del seguro de riesgos profesionales, de la Caja de Seguro Social, aún si esta no es una disposición rectora de esta institución. En consecuencia, la capacidad interventora, regulatoria y epidemiológica es nula para esta institución. A su vez el Ministerio de Trabajo y la Caja de Seguro Social han sido incapaces de hacer cumplir con los artículos del Código de Trabajo relativos a la higiene y seguridad en los lugares de trabajo (282-289) y la Caja de Seguro Social los artículos del Decreto de gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970 (69

y 70 sobre Prevención de Riesgos y el artículo 76 sobre Rehabilitación y Readaptación profesional); al no formular ni desarrollar los reglamentos allí establecidos. En consecuencia, la capacidad interventora, regulatoria y epidemiológica ha sido nula para estas instituciones al menos que se trate de situaciones urgentes.

Por último, el MITRADEL aprueba la siguiente normativa:

- Decreto Ejecutivo N° 21 del 2 de Abril de 1997 que intenta corregir la dispersión de las competencias de las instituciones gubernamentales mediante el establecimiento de un Comité Técnico Interinstitucional de Salud, Seguridad e Higiene del Trabajo, que contempla, además, la incorporación del Ministerio de Comercio e Industrias y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario.

1999-2004: Esta etapa inicia con la posibilidad de elaborar y desarrollar un Programa Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, gracias a la escogencia del profesor Juan Jované como Director General de la Caja de Seguro Social. No obstante, la falta de comprensión de la propuesta del nuevo Modelo de atención en salud, del Programa Estratégico de Riesgos Profesionales y Salud de los Trabajadores no pudo ser desarrollado, lamentablemente, por las diferencias de grupo de poder en la institución, el coyunturalismo y oportunismo de sectores cercanos influyeron en el predominio de los grupos hegemónicos médicos en el enfoque de una visión hospitalocéntrica y patocéntrica. Se pudo rescatar el desarrollo de 25 centros de promoción y prevención en lugares distantes a la población asegurada y en el inicio de la creación de un laboratorio de toxicología e higiene ocupacional y de los cinco módulos de rehabilitación y readaptación laboral. Lamentablemente las administraciones siguientes no tuvieron la capacidad de entender sus contenidos y sus valores técnicos y hoy no se sabe dónde están los equipos del laboratorio y

los equipos para los módulos de rehabilitación o fueron distorsionados en sus objetivos por los siguientes directores de salud ocupacional (a partir del 2003). La compra de vehículos y equipo computacional, radio teléfonos, equipos audiovisuales, equipos de monitoreo ambiental, para las inspecciones nunca llegaron a sus destinos (en franca violación del artículo 58 del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970). La contratación de la infraestructura para ubicar el personal contratado (cerca de 300 entre inspectores, personal técnico, psicólogos, trabajadores sociales, conductores oficinistas, educadores y operadores de datos), fueron eliminadas, así como se inició el uso de plazas para otros menesteres (en franca violación del artículo 58 del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970) fueron desmantelando el proyecto, antes mencionado, hasta reducirlo a la pobreza técnica de hoy. Los anteproyectos generales de salud y seguridad en el trabajo, el correspondiente a plaguicidas, el de la regulación de la atención médica, de la evaluación de riesgos en las empresas y de las comisiones médicas calificadoras fueron engavetados por las nuevas administraciones.

No obstante, lo anterior el Ministerio de Salud procedió a la aprobación de la siguiente normativa:

- Ley N° 3 del 5 de enero del 2000 sobre infecciones de transmisión sexual o (VIH-SIDA).
- Decreto N° 561 del 7-3-2000 sobre manejo post exposición laboral a sangre.
- Resolución N° 111 del 23 de enero de 2002 sobre el Reglamento de Bioseguridad.
- Decreto N° 306 del 2002: que adopta el reglamento para el control de los ruidos en espacios públicos, áreas residenciales o de habitación, así como en ambientes laborales.

El proceso paulatino, a partir del 2003, del programa de salud y seguridad ocupacional aprobado en el 2000, por la Junta Directiva de la CSS se fue debilitando con el temor de los funcionarios que fueran despedidos después que sus salarios le fueron reducidos por la administración del 2003. EL MINSA y el MITRADEL continuaron con su baja capacidad reguladora, de fiscalización y vigilancia de las empresas que junto a lo acontecido en la Caja de Seguro Social dieron lugar a la derrota del proyecto de salud de los trabajadores.

A destacar las primeras reglamentaciones a través de COPANIT en este periodo:

Normas y reglamentos COPANIT:

- Norma Nacional N° 303 DGNTI sobre dispositivos de protección personal: Gafas de Copas.
- Norma Nacional DGNTI N° 304 sobre Prevención de incendios y lucha contra el fuego.
- Norma Nacional DGNTI N° 307 sobre símbolos de seguridad industrial.
- Norma Nacional DGNTI N° 308 sobre protectores oculares y faciales.
- Norma Nacional DGNTI N° 110: sobre plaguicidas. Clasificación toxicológica.

Reglamentos técnicos oficializados de la DGNTI tales como:

- Reglamento 01 -134 y 02-405 sobre plaguicidas (rotulado y panfleto).
- Reglamento 43 (sobre higiene y seguridad industrial para el control de la contaminación en ambiente de trabajo producida por sustancias químicas).
- Reglamento 44 (sobre higiene y seguridad

industrial en ambientes de trabajo donde se genere ruido).

- Reglamento 45 (higiene y seguridad industrial en ambientes de trabajo donde se genere vibraciones).

Las cuales tienen 16 años que no se revisan ni actualizan y su uso es menospreciado por las instituciones y empleadores públicos y privados.

2004-2009

Luego de la derrota táctica sufrida por los trabajadores con lo acontecido en la Caja de Seguro Social y lamentablemente sin que sus representantes obreros, en la Junta Directiva, tuvieran conciencia de ello y el sindicalismo así lo analizaran vino la reforma a la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, en el año 2005 que se tradujo en una derrota estratégica. Si bien es cierto la Ley 17 que reformaba la Caja de Seguro Social resultó ser una pavorosa y perversa arma de destrucción de la fuerza trabajo, no es menos cierto que la Ley 51 producto del rechazo popular masivo, de la primera ha sido tan destructiva como la que remplazaba. En sus contenidos reales dicha reforma se ha caracteriza por:

- ❖ Aumento de la edad de jubilación a 57 años, las mujeres y 62 años los varones (que implica aumento de la exposición a factores de riesgo en el trabajo).
- ❖ Aumento de la densidad de cuotas a 240 (que implica aumento de la exposición a factores de riesgo en el trabajo).
- ❖ Reducción del monto promedio de la pensión (que implica aumento de la exposición a factores de riesgo en el trabajo).
- ❖ Se establece el retiro anticipado de las mujeres a 55 años y el de los hombres a los 60 años pero con un castigo en el monto de la pensión (porcentaje de castigo).

Ello significa que una trabajadora del comercio (que cotiza seis meses por año) requiere laborar cerca de 40 años para acceder a su retiro por vejez. Un trabajador de la construcción (que cotiza 9 meses por año) requiere cerca de 30 años para acceder a la pensión de retiro por vejez. Un trabajador agrícola (que cotiza por 3 meses al año) requiere de 80 años para acceder a la pensión de retiro por vejez. Un trabajador informal requiere cerca de 35-40 años de cotización para poder acceder al retiro por vejez. Estas reformas fueron apoyadas por los empleadores, representantes del Estado, la Asociación de Enfermeras (ANEC), los trabajadores de la salud, (CONADEPROTSA), Federación de Jubilados y una facción de maestros, y el Consejo Nacional de Trabajadores Organizados (CONATO).

En adición a ello se establece la capitalización individual como segundo pilar de pensiones con lo cual se favorece a los asegurados de mayores ingresos.

A considerar que las inversiones del fondo de pensiones pueden hacerse entre otros:

- ❖ En depósitos a plazo en bancos extranjeros hasta un 25 %.
- ❖ En títulos de deuda o valores de empresas de capital internacional hasta un 20 %.
- ❖ En valores emitidos por organismos financieros multilaterales hasta un 10 %.

En otras palabras un porcentaje elevado de las inversiones del fondo de pensiones servirán para el desarrollo de otros países y no de la República de Panamá. Se está frente a un proceso de descapitalización y desnacionalización de los mismos.

Cabe destacar la aprobación en febrero del 2008 del Decreto N° 2 sobre salud, higiene y seguridad en la construcción, el cual fue precedido por el Decreto N° 15 de julio del 2007 que establecía

el oficial de seguridad en las empresas de la construcción. Ambos decretos fueron elaborados bajo la presión de los trabajadores de la construcción y su vanguardia, el SUNTRACS. A considerar que el MITRADEL promovió este Decreto N° 2 sin una revisión jurídica, un ordenamiento de los contenidos, sin una revisión ortográfica que ha comportado su difícil aplicación y fiscalización. El resultado es que la cantidad de muertes en la construcción antes de su aprobación es muy similar a la acontecida luego de su aprobación tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Año	Defunciones
1998	33
1999	10
2000	10
2001	07
2002	04
2003	14
2004	18
2005	21
2006	29
2007	25
2008	12
2009	18
2010	12
2011	15
2012	22
2013	30
2014	15
2015	12
2016	16
2017	09
2018	14
2019	07
2020	01

FUENTE. Secretaria de Salud y Seguridad ocupacional del SUNTRACS.

Se puede concluir aún si no se han determinadas las Tasas de Fatalidad que ha habido un incremento de 24 defunciones en el periodo comprendido entre 2008-2016 con respecto al periodo 2000-2007. Lo cual demuestra la incapacidad operativa del MITRADEL, del MINSA y CSS en el proceso de fiscalización y control de las empresas constructoras así como la incapacidad de las empresas constructoras de diseñar y cumplir con el Plan de Prevención aprobado por el MITRADEL.

El MINSA, a su vez dicta disposiciones en torno a la siguiente temática

- **Resolución N° 1056 del 29 de noviembre del 2007:** Que reglamenta la ubicación, instalación y operación de torres para antenas de telefonía móvil, troncal y similar; así como de radiofrecuencias, repetidoras y microondas.
- **Resolución N° 761 del 20 de julio de 2010:** Que establece los requisitos de inscripción en el registro nacional de empresas de incineración o coincineración, para las personas naturales o jurídicas que se dediquen o deseen dedicarse a la incineración o coincineración de residuos y desechos peligrosos y no peligrosos.
- **Resolución N° 76 del 20 de julio de 2010:** Que prohíbe la instalación y uso de máquinas de esterilización a gas por óxido de etileno en las instalaciones de salud, públicas y privadas, y dicta otras disposiciones.

2009-2014

El periodo está marcado por la cantidad de muertos y heridos producidos por la denominada Ley Chorizo que pretendía la destrucción de los sindicatos y desregular las normas ambientales. En efecto, la Asamblea Legislativa panameña aprobó una nueva ley, conocida popularmente como la "Ley Chorizo". Esta Ley amenaza al ambiente y a los derechos humanos de los panameños y sus consecuencias ya han cobrado varias vidas y más de una docena de heridos. La Ley no es clara sobre

si el requisito de aplicación de las Evaluaciones de Impacto Ambiental (EIA) se sustituye por lo que ambiguamente menciona como "mejores prácticas". Sin las EIA, los panameños se verán privados de la posibilidad de predecir los efectos ambientales de las nuevas minas o presas. La "Ley Chorizo" también limita el derecho sindical de realizar huelgas y llevar a cabo convenios colectivos de trabajo. Las protestas en contra de éstas y otras disposiciones culminaron en huelgas generales y confrontaciones violentas con la policía, En ese escenario 12 personas han muertas, más de 180 heridos y más de 129 personas detenidas pero la intransigencia de la policía nacional no ha permitido la cantidad exacta de cadáveres y solo mencionan dos personas. Haciéndose repetitiva esta falacia en algunos medios de comunicación.

Se pretende aprobar una ley sobre la Asociación Pública-Privada en el sector salud y educación que es rechazado por manifestaciones multitudinarias pero a pesar de ello el gobierno introdujo reformas solapadas de APP sobre todo en el sector salud y de construcción de infraestructura, tales como el negocio de hemodiálisis, construcción de hospitales (cinco del MINSA y 35 CAPSI) y en la CSS (la construcción de la denominada Ciudad Hospitalaria, Torres de Hospitales en la provincia de Chiriquí). A unos ocho años de la aprobación de estos proyectos sigue el negocio millonario de los centros de hemodiálisis y ninguna de las instalaciones ha sido entregada para su funcionamiento o son entregadas con fallas y deficiencias significativas. Se intentó modificar el Código Sanitario con importantes evidencias de privatizar los servicios de salud y de medicina veterinaria. Los niveles de corrupción que se han destacado permiten afirmar que en sobrecostos, sobornos y otros puede haber una pérdida cercana a los 3,000 millones de dólares.

La Caja de Seguro Social dicta la Resolución 45,588-2011-J.D. del 17 de febrero del 2011, por la cual se aprueba el reglamento general de prevención. Dicho instrumento carece de los

más elementales principios técnicos de la salud y seguridad ocupacional, sin capacidad de fiscalización y sanciones en las exigencias de los sistemas de gestión que han quedado reducidos a un plan de prevención, que ha servido de negocio para los propios funcionarios públicos y otros depredadores en este campo, con pérdidas para las empresas, impacto negativo para los trabajadores. La ausencia de normativas con estándares técnicos de salud y seguridad ocupacional ha facilitado lo antes señalado.

2014-2017

El periodo se ha caracterizado por el predominio de una tendencia en materia de salud, trabajo y seguridad social que se expresa en una franca reducción de la presencia del Estado en los tres campos a saber:

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

- ❖ La baja inversión en salud preventiva y promocional y un exagerado gasto en el ciclo de la enfermedad ligado a los negociados.
- ❖ Las externalizaciones del sector salud y seguridad social (hemodiálisis, cirugías cardiovasculares, otras) y la pugna por los negociados en insumos sanitarios críticos (medicamentos, instrumental médico quirúrgico, etc.) que han generado el desabastecimiento de los mismos.
- ❖ Persisten los manejos irregulares y no transparentes en la construcción de instalaciones sanitarias (hospitales, MINSA-CAPSI, Ciudad de la Salud), iniciadas en el gobierno anterior y con las propuestas de nuevos hospitales (Hospital del Norte, Hospital Oncológico y Hospital del Niño) como otros negocio de infraestructuras que superan los 400 millones de balboas.
- ❖ La inversión no eficaz en los factores sociales determinantes de la salud (vivienda sana y

segura, educación, trabajo sano y seguro, ambiente sano y seguro, saneamiento básico, otras) han determinado la persistencia de panameños sin acceso a agua potable, alcantarillado, a vivienda de calidad, la deserción escolar, deficientes condiciones y medio ambiente de trabajo (tanto en el sector público como privado).

- ❖ La formación de recursos humanos para la salud se continúa haciendo sin la debida planificación de acuerdo a las características de las regiones, poblaciones y perfiles epidemiológicos y sin considerar la tasa de reemplazo, de ellos, en los términos de 20 años.
- ❖ La presidencia de la república continúa con el discurso de un nuevo modelo de seguridad social (separación de salud de las prestaciones económicas. Propuesta que es coincidente con la del sector empresarial).
- ❖ El desarrollo de las OEI como instrumento de privatización de la atención de primer nivel (en zonas apartadas) aprobada en el 2001 (mediante acuerdo con el Banco Mundial) por un monto de 40 millones de balboas ha sido implado a un monto de 100 millones de balboas, por el actual gobierno. A considerar que no se ha demostrado la eficacia de este modelo de privatización y pareciese que haya sido otro negociado más con la salud de los panameños.
- ❖ El desarrollo del Censo Preventivo (auspiciado por la presidencia de la república) para la identificación temprana de enfermedades crónicas) constituye una carga para la Caja de Seguro Social en vista del uso de recursos humanos y financieros y la imposibilidad de esta institución de cobrarle al Ministerio de la Presidencia por falta de un convenio o acuerdo que le permita esta función. A considerar que este programa carece de sistema de información científico y de un plan de control y seguimiento de la población identificada con enfermedades crónicas.

- ❖ Se concluye que el interés fundamental de la política sanitaria del actual gobierno se reduce a los siguientes: a) Utilizar fondos, recursos humanos y materiales del seguro de enfermedad de la seguridad social para el financiamiento de la salud de la población; b) Proceder a distintas modalidades de privatización de los servicios de salud de la Caja de Seguro Social; c) El negociado en la construcción de infraestructuras sanitarias (preferiblemente hospitalarias) con los insumos sanitarios críticos.
- ❖ En consecuencia, continuar con servicios de atención de mala calidad, el desabastecimiento de medicamentos e insumos sanitarios críticos e incrementar el gasto de bolsillo de los panameños.
- ❖ En materia de pensiones el discurso fundamental es continuar con el sistema de los dos pilares (el beneficio definido o solidario y de capitalización individual) con miras a eliminar por anemia el sistema solidario. Luego el traspaso de los fondos de capitalización individual al mercado privado de seguros (en la forma como se ha hecho con el Fondo de Cesantía, SIACAP de los empleados públicos) para que administren el seguro de pensiones. En adición a ello se continuaría con el no uso de los fondos de pensiones para el desarrollo nacional.
- ❖ En materia de salud y seguridad ocupacional el MINSA continua su política de mantenerse fuera del mandato constitucional como organismo regulador de esta materia aduciendo que eso es una responsabilidad del seguro de riesgos profesionales de la Caja de Seguro Social como si no existiera una población trabajadora del sector informal cercana a 49 % de la PEA, que le corresponde vigilar desde este punto de vista.

TRABAJO

Con excepción de la Ley 67 relacionado con el oficial de seguridad en los proyectos de construcción, no ha habido ningún acto jurídico orientado a la mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo. En efecto, la mencionada ley no solo permite el empirismo de los oficiales de seguridad sino que lo subordina a la profesionalización de los mismos y mantiene el pago de los proyectos de construcción al Ministerio de Salud, para el financiamiento de los oficiales. De esta manera el Ministerio de Trabajo se asegura un ingreso adicional más o menos de 4 millones de balboas para uso de inspectores trabajo, cursos de capacitación por entidades privadas, etc. Durante el actual gobierno no se ha ratificado ningún Convenio de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo. En efecto del total de convenios y recomendaciones el país ha ratificado solo 10 de ellos.

Convenios y recomendaciones del OIT relacionados con salud y seguridad en el trabajo

- Seguridad y salud en el trabajo
 - [Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, núm. 155.](#)
 - [Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, núm. 164.](#)
- Servicios de salud en el trabajo
 - [Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, núm. 161.](#)
 - [Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, núm. 171.](#)
- Control de riesgos mayores
 - [Convenio sobre la prevención de accidentes industriales mayores, 1993, núm. 174.](#)
 - [Recomendación sobre la prevención de accidentes industriales mayores, 1993, núm. 181.](#)

- Medio ambiente de trabajo
 - [Convenio sobre el medio ambiente de trabajo \(contaminación del aire, ruido y vibraciones\), 1977, núm. 148.](#)
 - [Recomendación sobre el medio ambiente de trabajo \(contaminación del aire, ruido y vibraciones\), 1977, núm. 156.](#)
- Sustancias y agentes tóxicos
 - [Recomendación sobre la prevención del carbunco, 1919, núm. 3.](#)
 - [Recomendación sobre el saturnismo \(mujeres y niños\), 1919, núm. 4.](#)
 - [Convenio sobre la cerusa \(pintura\), 1921, núm. 13.](#)
 - [Convenio sobre la protección contra las radiaciones, 1960, núm. 115.](#)
 - [Recomendación sobre la protección contra las radiaciones, 1960, núm. 114.](#)
 - [Convenio sobre el benceno, 1971, núm. 136.](#)
 - [Recomendación sobre el benceno, 1971, núm. 144.](#)
 - [Convenio sobre el asbesto, 1986, núm. 162.](#)
 - [Recomendación sobre el asbesto, 1986, núm. 172.](#)
 - [Convenio sobre los productos químicos, 1990, núm. 170.](#)
 - [Recomendación sobre los productos químicos, 1990, núm. 177.](#)
- Cáncer profesional
 - [Convenio sobre el cáncer profesional, 1974, núm. 139.](#)
 - [Recomendación sobre el cáncer profesional, 1974, núm. 147.](#)
- Determinadas ramas de actividad
 - [Convenio sobre las prescripciones de seguridad \(edificación\), 1937, núm. 62.](#)
 - [Recomendación sobre las prescripciones de seguridad \(edificación\), 1937, núm. 53.](#)
 - [Convenio sobre seguridad y salud en la construcción, 1988, núm. 167.](#)
 - [Recomendación sobre seguridad y salud en la construcción, 1988, núm. 175.](#)
 - [Convenio sobre la indicación del peso en los fardos transportados por barco, 1929, núm. 27.](#)
 - [Convenio sobre la protección de los cargadores de muelle contra los accidentes \(dejado de lado\), 1929, núm. 28.](#)
 - [Convenio sobre la protección de los cargadores de muelle contra los accidentes \(revisado\), 1932, núm. 32.](#)
 - [Convenio sobre el examen médico de la gente de mar, 1946, núm. 73.](#)
 - [Convenio sobre el examen médico de los pescadores, 1959, núm. 113.](#)
 - [Convenio sobre la prevención de accidentes \(gente de mar\), 1970, núm. 134.](#)
 - [Recomendación sobre la prevención de accidentes \(gente de mar\), 1970, núm. 142.](#)
 - [Convenio sobre seguridad e higiene \(trabajos portuarios\), 1979, núm. 152.](#)
 - [Recomendación sobre seguridad e higiene \(trabajos portuarios\), 1979, núm. 160.](#)
 - [Convenio sobre la protección de la salud y la asistencia médica \(gente de mar\), 1987, núm. 164.](#)
 - [Recomendación sobre los botiquines a bordo de los buques, 1958, núm. 105.](#)
 - [Recomendación sobre consultas médicas en alta mar, 1958, núm. 106.](#)
 - [Convenio sobre las plantaciones, 1958, núm. 110.](#)
 - [Recomendación sobre las plantaciones, 1958, núm. 110.](#)
 - [Convenio sobre la higiene \(comercio y oficinas\), 1964, núm. 120.](#)
 - [Recomendación sobre la higiene \(comercio y oficinas\), 1964, núm. 120.](#)
 - [Convenio sobre seguridad y salud en las minas, 1995, núm. 176.](#)
 - [Recomendación sobre seguridad y salud en las minas, 1995, núm. 183.](#)
 - [Convenio sobre la inspección del trabajo \(agricultura\), 1969, núm. 129.](#)
 - [Recomendación sobre la inspección del trabajo \(agricultura\), 1969, núm. 133.](#)
 - [Convenio sobre la inspección del trabajo \(gente de mar\), 1996, núm. 178.](#)

- [Recomendación sobre la inspección del trabajo \(gente de mar\), 1996, núm. 185.](#)
 - [Convenio sobre la salud y seguridad en la agricultura, 2001, núm. 184.](#)
 - [Recomendación sobre la salud y seguridad en la agricultura, 2001, 192.](#)
 - [C189- Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 \(núm.189\)](#)
 - Protección de la maquinaria
 - [Convenio sobre la protección de la maquinaria, 1963, núm. 119.](#)
 - [Recomendación sobre la protección de la maquinaria, 1963, núm. 118.](#)
 - Peso máximo
 - [Convenio sobre el peso máximo, 1967, núm. 127.](#)
 - [Recomendación sobre el peso máximo, 1967, núm. 128.](#)
 - Trabajo de las mujeres
 - [Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919, núm. 3.](#)
 - [Convenio sobre la protección de la maternidad \(revisado\), 1952, núm. 103.](#)
 - [Convenio sobre la protección de la maternidad \(revisado\), 2000, núm. 183.](#)
 - [Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000, núm. 191.](#)
 - [Convenio \(revisado\) sobre el trabajo nocturno \(mujeres\), 1948, núm. 89.](#)
 - [Protocolo de 1990 relativo al convenio \(revisado\) sobre el trabajo nocturno \(mujeres\), 1948, núm. 89.](#)
 - [Convenio sobre el trabajo subterráneo \(mujeres\), 1935, núm. 45.](#)
 - Trabajo de los menores
 - [Convenio sobre la edad mínima \(trabajo marítimo\), 1920, núm. 7.](#)
 - [Convenio sobre la edad mínima \(agricultura\), 1921, núm. 10.](#)
 - [Convenio sobre el examen médico de los menores \(trabajo marítimo\), 1921, núm. 16.](#)
 - [Convenio sobre el examen médico de los menores \(industria\), 1946, núm. 77.](#)
 - [Convenio sobre el examen médico de los menores \(trabajos no industriales\), 1946, núm. 78.](#)
 - [Convenio sobre el trabajo nocturno de los menores \(trabajos no industriales\), 1946, núm. 79.](#)
 - [Convenio \(revisado\) sobre el trabajo nocturno de los menores \(industria\), 1948, núm. 90.](#)
 - [Convenio sobre el examen médico de los menores \(trabajo subterráneo\), 1965, núm. 124.](#)
 - [Convenio sobre la edad mínima, 1973, núm. 138.](#)
 - [Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999, núm. 182.](#)
 - [Recomendación sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999, núm. 190.](#)
 - Trabajadores migrantes
 - [Convenio sobre los trabajadores migrantes \(disposiciones complementarias\), 1975, núm. 143.](#)
 - Inspección del trabajo
 - [Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947, núm. 81.](#)
 - [Recomendación sobre la inspección del trabajo, 1947, núm. 81.](#)
- Promoción de la salud y seguridad en el trabajo
- Convenio 187.
 - Recomendación 197.

CAPÍTULO V

SINIESTRALIDAD POR RIESGOS PROFESIONALES

Diversas razones explican el marcado sub-registro y sub-notificaciones de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales entre ellas resaltan las siguientes:

- a) La baja valoración epidemiológica, sanitaria y clínica que tienen los riesgos profesionales en el desarrollo de la salud pública oficial, en la Seguridad Social y el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral.
- b) La ausencia de un sistema de información y vigilancia epidemiológica con rigor científico de los problemas de salud de los trabajadores (solo se registran cuando generan compensaciones económicas).
- c) El castigo a que son sometidos los trabajadores por denunciar los riesgos profesionales, de parte del aparato médico-policivo y policivo-administrativo, que existe en la Caja de Seguro Social (en plena violación del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970 y del reglamento obsoleto de prestaciones en el seguro de riesgos profesionales) para negarles las prestaciones económicas y que da lugar a un largo periodo de espera (hasta 2 años o más) para el pago de las prestaciones económicas y su exclusión de la planilla normal de trabajadores. Ello determina que solo se denuncian el ápice de lo acontecido.
- d) El desconocimiento de los médicos generales y especialistas sobre el mundo del trabajo, por la falta de enseñanza de la medicina del trabajo (solo la Universidad Columbus la dicta en su pensum académico). Si esto es calidad académica, que mal andamos. En efecto, es el predominio del neopositivismo sanitario sobre el rigor científico, es decir, del enfoque biologicista sobre la medicina social.
- d) La desidia de las organizaciones de los

trabajadores que desde hace 47 años continúan a permitir esta aberrante situación descrita.

- e) El enriquecimiento de los empleadores que no solo se ahorran tarifas de cotizaciones por riesgos profesionales (el Estado es el primer de ellos y las grandes empresas) sino también en el capital constante.

1. Algunos datos al respecto

Tomando en consideración el elevado sub-registro y sub-notificación de los efectos de los riesgos profesionales, se ha estimado que la mortalidad en trabajadores afiliados a la Caja de Seguro Social ha sido en el periodo 1998-2002 la siguiente:

Año	Cobertura Poblacional (P.E.A.)	Tasa de Mortalidad
	Seguro Social (1)	por 1000 trabajadores
1998	54.4	0.140
1999	58.7	0.090
2000	60.7	0.060
2001	58.2	0.070
2002	52.3	0.055

Considerando el método sugerido por Takala basado en la aplicación de la proporción cubierta por los sistemas de reportes de la fuerza-trabajo total, es posible estimar el número total de defunciones ocurridas a la población económicamente activa (2).

De esta manera se tendría el siguiente:

Año	N° Total de Defunciones	Reportadas	No Reportadas
1998	153	77	76
1999	97	58	39
2000	65	38	27
2001	78	47	31
2002	70	36	34
	463	256	207

Es evidente que se trata de un enfoque conservador basado en los siguientes supuestos:

1. Que la fuerza-trabajo cubierta por sistemas de reporte todos los accidentes de trabajo fatales fueron reportados.
2. La tasa de mortalidad en el sector formal de la economía es el mismo que en el sector informal.
3. El 50% de la fuerza trabajo se encuentra empleada en el sector formal de la economía.

Si aplicamos un cambio en los parámetros antes indicados y asumimos que solo el 50% de los accidentes ocupacionales fatales son reportados y que la tasa de mortalidad por accidentes de trabajo es un 50% más alto en el sector informal (3), la observación y lectura de la situación es diferente.

Año	N° Total de Defunciones	Reportadas	N° Reportadas
1998	383	77	306
1999	243	58	185
2000	163	38	125
2001	195	47	148
2002	175	36	139
	1,159	256	903

Se desprende de lo anterior que el número total de defunciones para el periodo 1998 - 2002 fue de 2.5 veces mayor que lo observado en la estimación conservadora.

En consecuencia, la tasa de mortalidad por 1000 trabajadores para ese período ha sido de:

Año	Tasa de Mortalidad/1000 trabajadores
1998	0.210
1999	0.135
2000	0.090
2001	0.105
2002	0.082

2. Razón de accidentes no fatales / accidentes fatales:

Existen diversas formas de estimar los accidentes de trabajo no fatales a partir de la información sobre los accidentes fatales:

Año	Estimación Conservadora	Estimación No Conservadora
1998	191,500 (13,899)	766,000
1999	121,500 (14,539)	486,000
2000	81,500 (13,829)	326,000
2001	97,500 (12,036)	390,000
2002	87,500 (11,319)	350,000

Nota: En paréntesis el número de casos reportados en la Caja de Seguro Social.

Del cuadro anterior se desprende que para el año de 1998, se reportaron en la Seguridad Social 180 accidentes no fatales por defunción; en 1999 el reporte fue de 250 casos; en el 2000 de 363; en el 2001 fue de 256 casos y en el 2002 de 314 casos.

No obstante, según Takala (4) pueden darse cerca de 500 a 2000 accidentes no fatales por cada defunción.

Si tomamos en consideración la pirámide de accidentes propuesta por R. Skiba, se observa que por cada accidente mortal pueden suceder aproximadamente 1200 accidentes no fatales con más de 3 días de incapacidad temporal, 1200 accidentes con menos de 3 días de incapacidad temporal o que requirieron solo primeros auxilios, 5000 incidentes y 70,000 condiciones subestándares.

Lo anterior significa que para el año 2002 habría ocurrido en la población trabajadora asegurada

cerca de 266,400 lesiones no fatales distribuidas así:

- 43,200 accidentes con 3 o más días de ausencia.
- 43,200 accidentes con ausencia entre 1 - 3 días.
- 180,000 lesiones atendidas con primeros auxilios.
- 252,000 cuasi - accidentes.

En el sector informal habría ocurrido para ese mismo año cerca de 399,600 lesiones no fatales:

- 64,800 accidentes con 3 o más días de incapacidad.
- 64,800 accidentes con 1 - 3 días de ausencia.
- 270,000 primeros auxilios.
- 378,000 cuasi - accidentes.

Se desprende de lo antes expuesto que cerca del 52% de la PEA, para el año 2002, sufrió algún tipo de lesión producida por el trabajo.

2. SUBREGISTRO Y SUBNOTIFICACION GLOBAL

La Universidad Especializada de las Américas ha desarrollado una investigación sobre el Registro y Notificación de la Siniestralidad (1994-2014) cuyo resumen se presenta a continuación buscando un mejor acercamiento a la realidad del país (5).

“La República de Panamá oficialmente, nunca ha concebido al factor trabajo como uno de los factores sociales determinantes del proceso salud - enfermedad a pesar que la Constitución Nacional así lo determina en el artículo 110, numeral 6 (6). Efectivamente, tanto la salud pública oficial como la práctica médica oficial le dan una baja valoración epidemiológica y sanitaria al trabajo y lo han confinado como un elemento

poco significativo del ambiente y/o a una forma de aseguramiento (como es el caso del seguro de los riesgos profesionales de la seguridad social). En consecuencia, no se han establecido políticas y estrategias de cobertura universal y atención integral de los trabajadores tanto en el sector formal e informal de la economía (7). Estos hechos han determinado un dramático sub-registro y sub-notificación de las lesiones, enfermedades profesionales, sean ellas mortales y no mortales en la población trabajadora panameña al igual que las secuelas invalidantes secundarias a estos hechos. Los datos finales indican que entre 1994-2014 los accidentes de trabajo mortales han sido en dos a seis veces más, en relación a los accidentes de trabajo mortales registrados, en la República de Panamá y los accidentes de trabajo no mortales en 27 veces. En los que respecta a las enfermedades profesionales mortales los casos son de cerca 500 - 1000 veces dado que el país no las registra. En lo relativo a las enfermedades profesionales no mortales se observa que han sido entre 7 y 68 veces mayores que las registradas en el país.

La República de Panamá refiere estadísticas de siniestralidad profundamente sub-registradas entre los años de 1980 y hasta la fecha (8). Estos datos provienen fundamentalmente de la Caja de Seguro Social y a pesar de los señalamientos técnicos realizados no ha sido posible modernizar el sistema de registro y notificación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en dicha institución y en el país en general. La presente investigación es un primer abordaje de la situación del registro nacional y comparar las cifras oficiales del país con la metodología de estimación de accidentes de trabajo de la OIT (9, 10, 11) con el objeto de demostrar como las políticas, estrategias y la legislación vigentes (si es que han sido diseñadas) carecen de fundamentos técnicos científicos para enfrentar metodológicamente la siniestralidad por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

OBJETIVO

Evaluar el potencial de sub-registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en Panamá mediante fuentes reales y garantizadas.

METODOLOGÍA

Durante años se ha podido detectar que en gran parte de la geografía panameña, los accidentes laborales y las enfermedades ocupacionales no son reportados de manera adecuada. Varias podrían ser las razones que explican este fenómeno, las cuales esperamos poder identificar en este estudio, sin embargo, inciden de manera directa en la productividad y competitividad del país. De hecho, se ha demostrado que los países más competitivos son los que menos accidentes de trabajo y enfermedades profesionales registran.

Con la finalidad de cuantificar el fenómeno antes descrito, nuestro país, se propone utilizar la metodología desarrollada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta metodología consiste en estimar la fatalidad ocurrida por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, para derivar en el número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no mortales que se debieron registrar en el país. Es importante señalar que esta metodología utilizada por la OIT, considera para su estimación, aquellos países de América Latina que han demostrado obtener un registro adecuado de sus accidentes y enfermedades ocupacionales. Sobre la base de esta metodología y debido a la carencia de cierta información del país (número de cotizantes activos en la CSS por actividad económica) se propone un ajuste a las mismas, para aproximarnos a lo pronosticado por la OIT para el caso de Panamá.

A continuación se describen las fuentes de información, las ecuaciones propuestas, y los resultados esperados, que esperamos obtener de esta herramienta. Es importante anotar que

parte de la información a utilizar, también puede ser obtenida en la base de datos de la OIT (ILOSTAT), aunque con cierta discrepancia con las cifras finales para Panamá.

- Población Económicamente Activa. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC): Encuesta de hogares.
- Estadísticas de fatalidad de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Departamento de Estadística de la Dirección de Prestaciones Económicas de la CSS.
- Tasas estimadas por la OIT para América Latina, con la clasificación de países del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

Ecuaciones propuestas

$$\begin{aligned} \text{Empleados asegurados en el sector} = \\ \text{Accidentes Fatales asegurados} * 100,000 \quad (1) \\ \text{Tasa de Fatalidad asegurados} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Accidentes Fatales en el sector} = \\ \text{Accidentes Fatales asegurados} * \text{PEA ocupada} \\ \text{en el sector} \quad (2) \\ \text{Empleados asegurados en el sector} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Tasa de mortalidad industria} = \\ \text{Accidentes Fatales en el sector} * 100,000 \quad (3) \\ \text{PEA ocupada industria} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Número de accidentes no mortales} = \\ \text{Accidentes fatales país} * 100\% \\ \text{Límites (19\%, 10\% y promedio de ambos valores)} \end{aligned}$$

Metodología de estimación

- 1) Trabajadores asegurados en la actividad económica: Se obtiene de multiplicar los trabajadores asegurados de la actividad económica, los accidentes fatales registrados en la CSS por 100,000, entre la tasa de fatalidad de los asegurados.

- 2) Accidentes fatales en la actividad económica:
Se obtiene de multiplicar los accidentes fatales registrados en la CSS por la PEA ocupada de la actividad económica, entre los empleados asegurados del sector.
- 3) Tasa de mortalidad en la actividad económica:
Se obtiene de multiplicar los accidentes fatales de la actividad económica por 100,000, entre la PEA ocupada del sector.
- 4) Número de accidentes de trabajo no mortales:
Se obtiene de multiplicar el total de accidentes fatales por 100, entre los límites 10%, 19% y promedio de los límites.

**TABLA No. 1
TABLA 1**

TASAS DE ACCIDENTES MORTALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS 1994 -2014

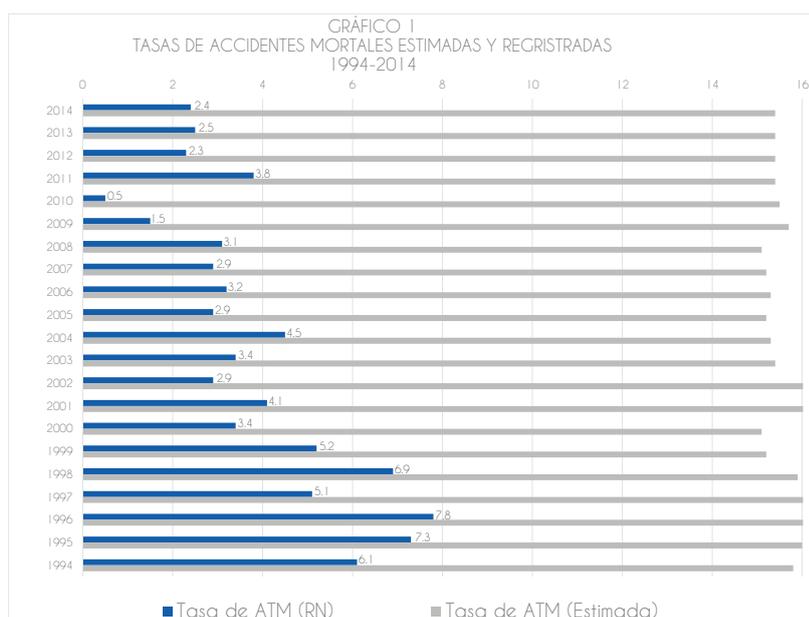
AÑO	TASA DE ATM (ESTIMADA)	TASA DE ATM (RN)
1994	15.8	6.1
1995	16.0	7.3
1996	16.1	7.8
1997	16.1	5.1
1998	15.9	6.9
1999	15.2	5.2
2000	15.1	3.4
2001	19.1	4.1
2002	19.1	2.9
2003	15.4	3.4
2004	15.3	4.5
2005	15.2	2.9
2006	15.3	3.2
2007	15.2	2.9
2008	15.1	3.1
2009	15.7	1.5
2010	15.5	0.5
2011	15.4	3.8
2012	15.4	2.3
2013	15.4	2.5
2014	15.4	2.4

RESULTADOS

Los resultados obtenidos indican que el sub-registro de accidentes de trabajo mortales se sitúa, en el periodo en mención, cerca del 55 % (1994) a un 84 % (2014). En Tabla N° 1 se aprecian las diferentes tasas de accidentes de trabajo estimadas y su comparación con las tasas nacionales:

Por 100,000 Trabajadores.

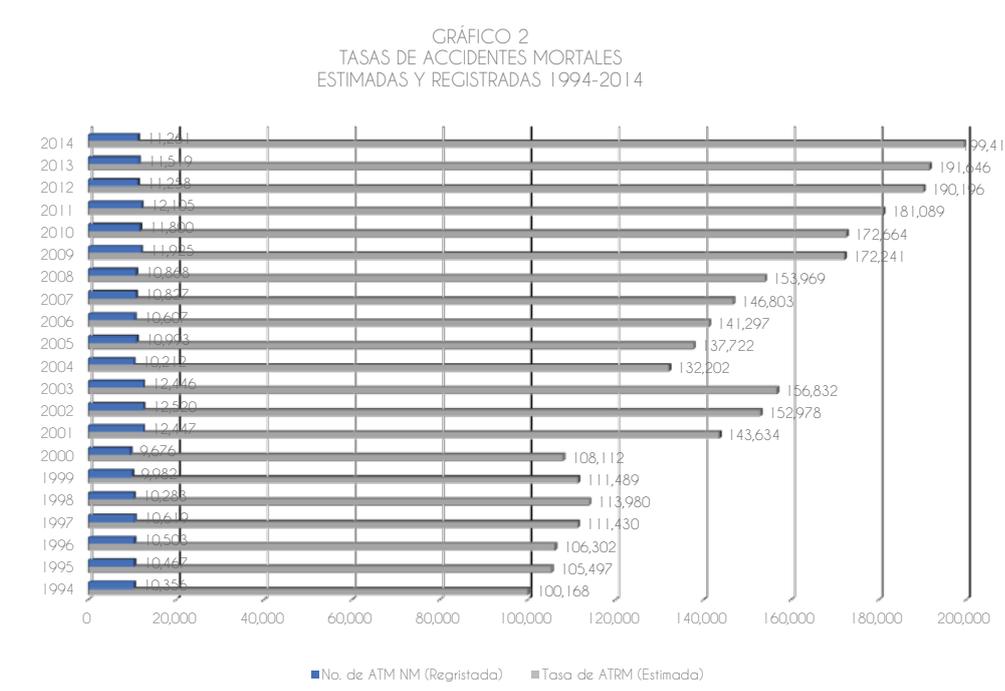
Lo anterior se puede observar de una forma más clara en el Gráfico N° 1 que a continuación se detalla.



En los casos de los accidentes de trabajo no mortales hay un comportamiento similar de sub-registro y sub-notificación como se aprecia en la Tabla N° 2 y el Gráfico N° 2.

TABLA No. 2		
ACCIDENTES DE TRABAJO NO MORTALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS (1994-2014)		
AÑO	No. DE ATNM (ESTIMADA)	No. DE ATNM (REGISTRADA)
1994	100,168	10,356
1995	105,497	10,467
1996	106,302	10,503
1997	111,430	10,619
1998	113,980	10,283
1999	111,489	9,982
2000	108,112	9,676
2001	143,634	12,447
2002	152,978	12,520
2003	156,832	12,446
2004	132,202	10,212
2005	137,722	10,393
2006	141,297	10,607
2007	146,803	10,827
2008	153,969	10,868
2009	172,241	11,925
2010	172,664	11,800
2011	181,089	12,105
2012	190,196	11,258
2013	191,646	11,519
2014	199,419	11,261

GRÁFICO 2
TASAS DE ACCIDENTES MORTALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS 1994-2014



En el caso de los accidentes de trabajo no mortales las diferencias son de un sub-registro del 85 % (1994) y 97 % (2014). En el Gráfico N° 2 se observan las diferencias en términos del número de casos estimados y los registrados.

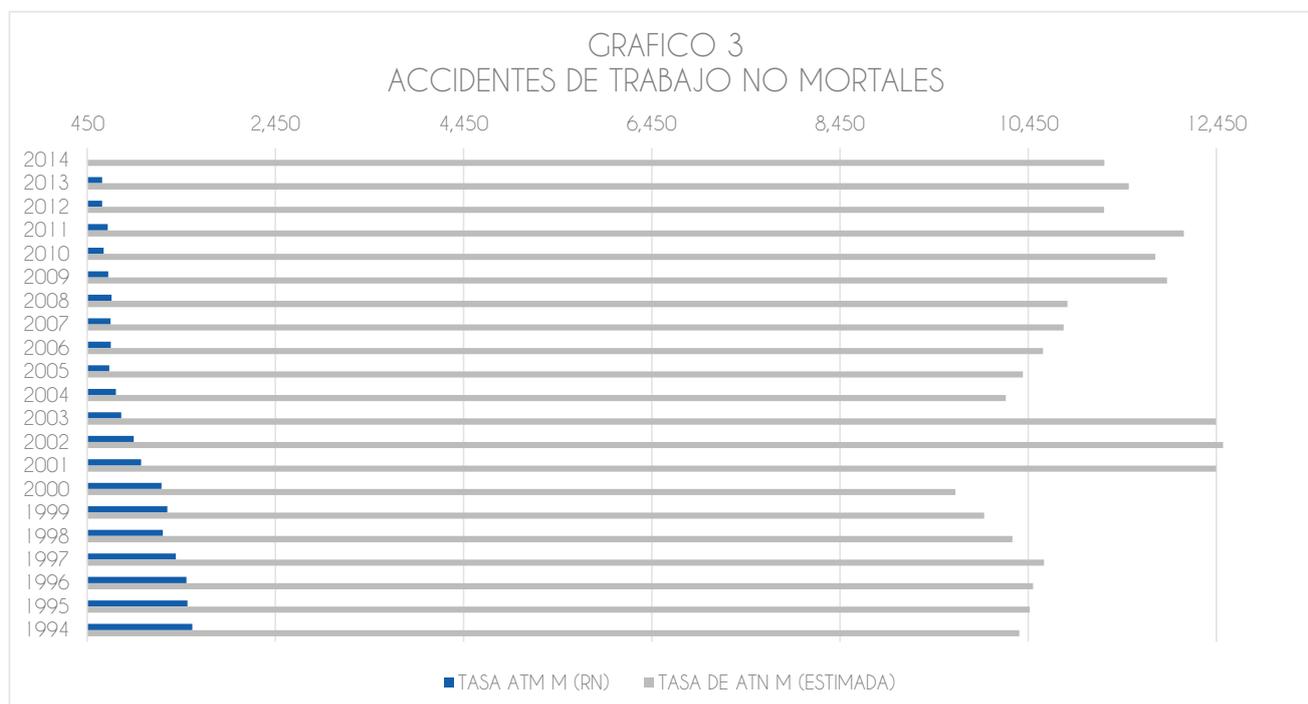
Evidentemente estas diferencias impiden el desarrollo de planes de prevención de accidentes de trabajo en virtud del ocultamiento de la información. Cabría preguntarse qué hace el MITRADEL y la Caja de Seguro Social frente a esta cruda realidad. La respuesta es clara continuar la destrucción de la fuerza trabajo sobre todo la menos calificada de las distintas actividades económicas (incluyendo el sector salud y de seguridad social).

TABLA No. 3
ACCIDENTES DE TRABAJO NO MORTALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS (1994-2014)

COMPARACIÓN DE TASAS DE ATNM (ESTIMADA FRENTE A TASAS ATN MORTALES A NIVEL NACIONAL

AÑO	TASA DE ATNM	TASA DE ATNM (RN)
1994	10356	1567
1995	10467	1515
1996	10503	1504
1997	10619	1390
1998	10283	1254
1999	9982	1302
2000	9676	1238
2001	12447	1023
2002	12520	944
2003	12446	811
2004	10212	754
2005	10393	685
2006	10607	702
2007	10827	698
2008	10868	710
2009	11925	674
2010	11800	624
2011	12105	668
2012	11258	609

Son evidentes las diferencias sustantivas que arrojan que las tasas estimadas son cerca 20 veces con respecto a las registradas (ver gráfico N° 3).



En el Gráfico N° 3 se observan las diferencias en términos de las tasas estimadas y las registradas.

En lo relativo a las enfermedades profesionales mortales el sub-registro es de 500 % (1994) a 1000 % (2014). En la Tabla N° 4 y el Gráfico N° 4 solo se determinaron las tasas de enfermedades mortales estimadas y no las registradas ya que no aparecen registradas a nivel nacional. Cabe resaltar cual es el rol de los servicios médicos en estos sub-registros y notificación aunada a la compleja policía administrativa de la burocracia institucional pues conculcar los derechos laborales a partir de su desconocimiento en su saber. Hipócrates, Galeno, Agricola, Ulleborg, Bernardino Ramazzini, Chadwick y otros, enseñaron cual es la metodología a seguir hace varios siglos frente a las enfermedades profesionales y diagnosticaron las intoxicaciones por plomo, mercurio, asma bronquial, dermatosis ocupacionales y otras utilizando el método epidemiológico y el examen clínico. La "excelencia médica nacional" empezando por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá desconoce no solo los procesos de trabajo sino también la identificación de riesgos, los métodos de prevención y no enseña a los médico nada al respecto en su formación y se olvida de sus raíces sociales dado su "enfoque elitista" apoyada por la burocracia sindical médica.

TABLA N° 4		
TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES PROFESIONALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS (POR 100,000 Trabajadores)		
1994 - 2014		
AÑO	TASAS ENF MORT. REGISTRADA	TASAS ENF MORT. ESTIMADA
1994	0	55.2
1995	0	55.9
1996	0	56.0
1997	0	56.7
1998	0	55.4
1999	0	53.3
2000	0	51.8
2001	0	66.5
2002	0	55.7
2003	0	54.0
2004	0	54.5
2005	0	55.4
2006	0	56.6
2007	0	57.7
2008	0	58.2
2009	0	63.8
2010	0	63.0
2011	0	64.6
2012	0	60.1
2013	0	61.5
2014	0	60.1

En el caso de las enfermedades profesionales no mortales el sub-registro es del 86% (1994) y del 98.6 (2014) respectivamente. En la Tabla N° 5 y en el Gráfico N° 5 se expresan las tasas y las cantidades de caso.

TABLA N° 5

Tasas y número de casos estimados de enfermedades profesionales no mortales (1994-2014)

EPNM pro	TASA de EP POR 1000
3,868	4
4,031	4
4,048	4
4,196	4
4,433	4
4,467	4
4,469	4
4,615	4
4,887	4
5,040	4
5,178	4
5,300	4
5,328	4
5,423	4
5,666	4
5,777	4
5,853	4
5,983	4
6,757	4
6,655	4
7,083	4

GRÁFICO N° 4

En el caso de las enfermedades profesionales no mortales se observa un profundo sub-registro con respecto a lo estimado de casi 99%.

GRAFICO 7B
TABLA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES ESTIMADAS
(1994-2014)

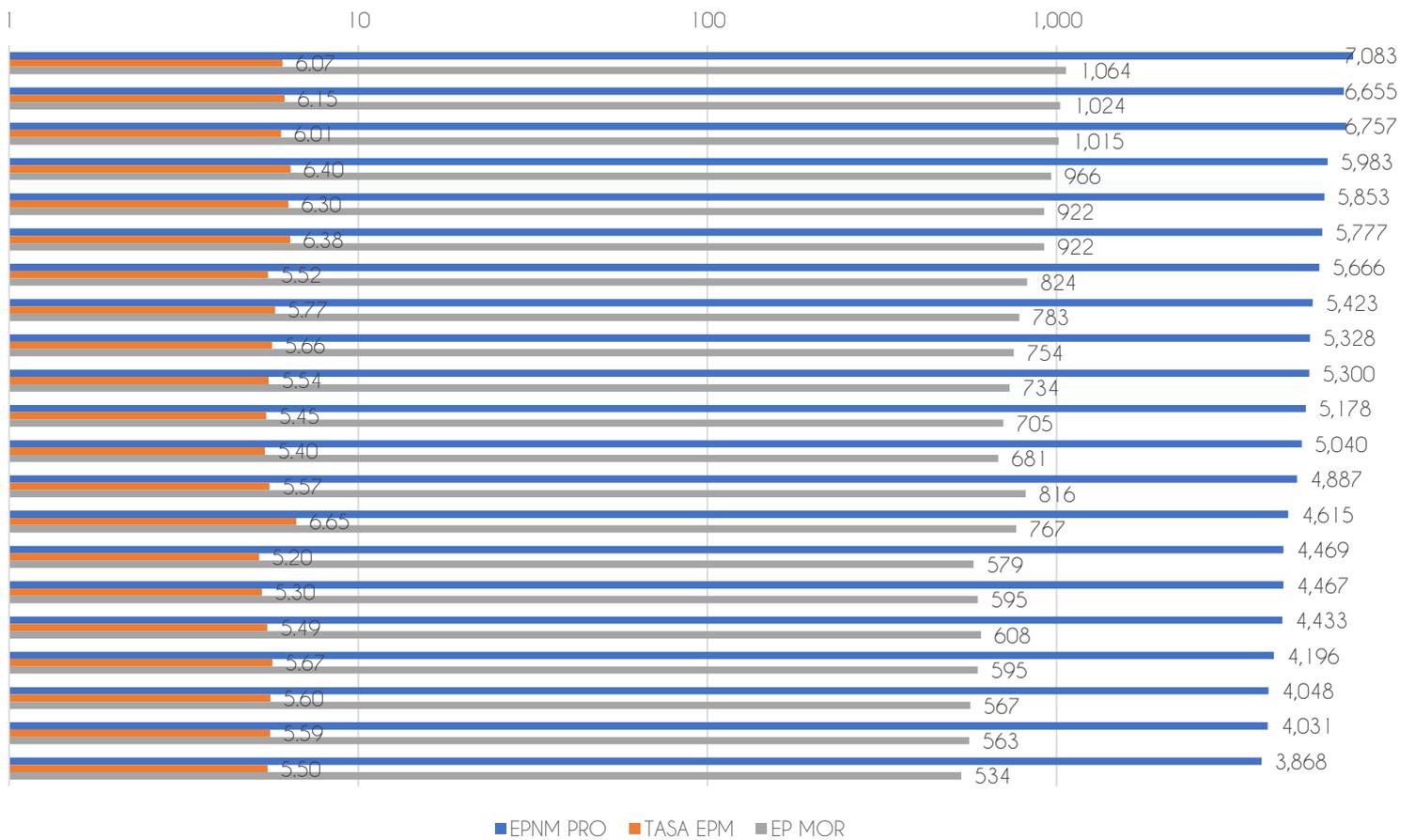


TABLA N° 6 (1994-2014)

ENFERMEDADES PROFESIONALES	TASA ENM
580	0.60
776	0.77
661	0.65
718	0.68
518	0.47
593	0.53
654	0.59
639	0.55
495	0.41
441	0.35
312	0.24
169	0.13
216	0.16
170	0.13
241	0.17
192	0.13
135	0.09
295	0.20
244	0.14
201	0.12
104	0.06

Por 1000 Trabajadores.

GRÁFICO N° 5

Como puede observarse los casos de enfermedades profesionales no mortales registradas han descendido y su tasa de ubica en 0.06 por 1,000 trabajadores para el 2014.

Si se toman en cuenta las poblaciones del sector formal de la economía y del sector informal se ha podido estimar datos relacionados con los accidentes de trabajo mortales en ambos sectores. Los resultados nos indican que en el periodo 2004 - 2014 el comportamiento ha sido el siguiente:

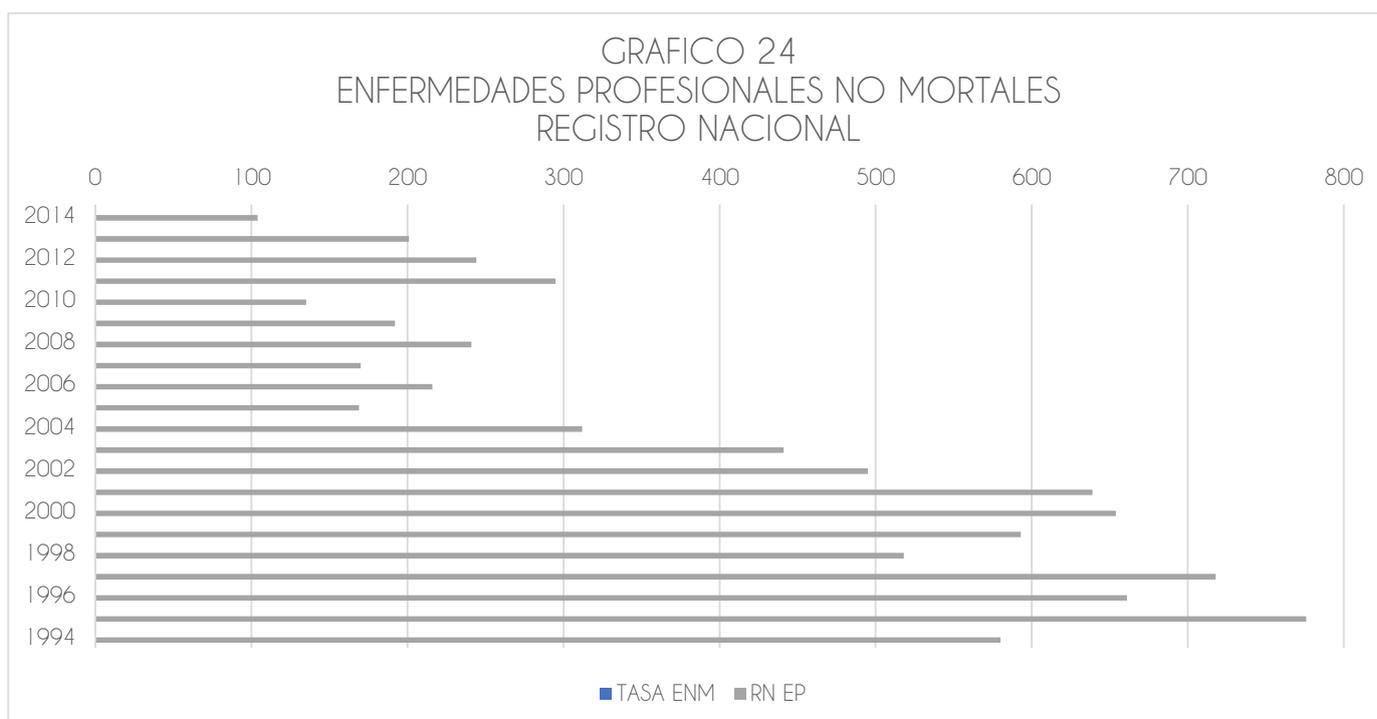


TABLA N° 7

TABLA ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES ESTIMADA EN EL SECTOR INFORMAL

Año	Sector Formal	Sector Informal
2004	92	81
2005	96	84
2006	99	86
2007	107	85
2008	116	86
2009	131	95
2010	133	93
2011	150	87
2012	157	92
2013	154	97
2014	159	102

En el sector informal las tasas de fatalidad por 100,000 trabajadores es para el 2004 de 20.3 la cual resulta más elevada del promedio nacional y la del sector formal que ha sido de 10.2 por 100,000 trabajadores. Para el 2014 las tasas estimadas son de 17.1 por 100,000 trabajadores para el sector informal y 14.4 para el sector formal. Ello significa que del total de las personas que laboran, sector informal contribuye con una mayor mortalidad por accidentes de trabajo.

En el caso de las enfermedades mortales estimada se observa un comportamiento similar.

TABLA 8

MORTALIDAD ESTIMADA DA POR ENFERMEDADES PROFESIONALES SECTOR INFORMAL (2004-2014)

Año	Sector Formal	Sector Informal
2004	375	330
2005	391	342
2006	403	350
2007	436	346
2008	473	350
2009	534	387
2010	542	379
2011	612	354
2012	640	375
2013	628	395
2014	648	416

Las tasas indican valores de 83 por 100,000 trabajadores en el sector informal y de 34 por 100 000 trabajadores en el sector formal

3. SUBREGISTRO Y SUBNOTIFICACIÓN POR ACTIVIDAD ECONÓMICA

La Universidad Especializada de Las Américas ha desarrollado una segunda investigación relativa al sub-registro y sub-notificación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por actividad económica (11) con el objeto de su comparación con las tasas globales obtenida en la primera investigación al respecto.

El estudio de sub-registro y sub-notificación

de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales realizadas en el periodo 1994-2014 reveló que en la República de Panamá, los accidentes de trabajo presentan un 90 % de sub-registro tanto los mortales como los no mortales y cerca del 100 % de las enfermedades profesionales mortales y el 98 % de las no mortales.

Es evidente que con estas cifras el desarrollo de una política y estrategias en salud en el trabajo como agenda de Estado es precario, sin legislación y reglamentación que la sustenten. Este sub-registro se presta para que se exprese que Panamá mantiene bajas tasas de fatalidad en comparación con otros países y se afirme que los trabajadores panameños son felices en cuanto a sus condiciones de trabajo (I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud, julio 2012).

Según ILOSTAT (OIT) Panamá registró para el 2013 (12):

1.3 accidentes de trabajo mortales por 100,000 trabajadores.

3.0 accidentes de trabajo no fatales por 100,000 trabajadores.

0 enfermedades mortales por 1000 trabajadores y 0.06 enfermedades no mortales por 1000 trabajadores.

Cifras globales muy por debajo de las estimadas por la metodología de estimación utilizada.

Objetivos

- Establecer el valor de la metodología de estimación de la OIT al obtener tasas específicas de AT (mortales y no mortales) y enfermedades profesionales (mortales y no mortales) por actividad económica.
- Determinar cuáles son las actividades económicas que implican AT (mortales y no mortales) y enfermedades profesionales (mortales y no mortales) para los efectos de la

prevención no basadas en números absolutos.

Metodología utilizada

- ❑ Trabajadores asegurados en la actividad económica: Se obtiene de multiplicar los trabajadores asegurados de la actividad económica, los accidentes fatales registrados en la CSS por 100,000, entre la tasa de fatalidad de los asegurados.
- ❑ Accidentes fatales en la actividad económica: Se obtiene de multiplicar los accidentes fatales registrados en la CSS por la PEA ocupada de la actividad económica, entre los empleados asegurados del sector.
- ❑ Tasa de mortalidad en la actividad económica: Se obtiene de multiplicar los accidentes fatales de la actividad económica por 100,000, entre la PEA ocupada del sector.
- ❑ Número de accidentes de trabajo no mortales: Se obtiene de multiplicar el total de accidentes fatales por 100, entre los límites 10%, 19% y promedio de los límites.

Resultados

a) Tasas de fatalidad por actividad económica. Como se aprecia en el la Tabla N° 9 la agricultura en el año 2012 supera la tasa de fatalidad correspondiente a ese año, la industria manufacturera en todos los años (con excepción de seis años) supera la tasa de fatalidad del resto de los años (10 años). En la construcción se observa que en los 16 años supera por creces la tasa nacional global de fatalidad por accidentes de trabajo. En la actividad económica de electricidad, gas, agua y servicios sanitarios se puede apreciar que se dan las tasas de fatalidad más alta con respecto a las otras actividades (con excepción de los años 2007, 2009, 2010). En el sector de Minas y Canteras solo los años 2007 y 2011 las cifras superan la tasa de fatalidad nacional. Llama la atención que en el resto de los años el número de fatalidades es cero. En la

actividad económica de comercio, transporte, almacenamiento y servicios las tasas de fatalidades son superiores a la tasa nacional en los años 2001, 2002, 2005, 2006, 2007, 2009.

Al considerar que los resultados que se presentarán a continuación expresan la aplicación del modelo de la OIT y se refieren al registro nacional que muestra un profundo sub registro.

TABLA N° 9

TASAS DE ACCIDENTES MORTALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS 1994 - 2014		
AÑO	TASA DE ATM (ESTIMADA)	TASA DE ATM (RN)
1994	15.8	6.1
1995	16.0	7.3
1996	16.1	7.8
1997	16.1	5.1
1998	15.9	6.9
1999	15.2	5.2
2000	15.1	3.4
2001	19.1	4.1
2002	19.1	2.9
2003	15.4	3.4
2004	15.3	4.5
2005	15.2	2.9
2006	15.3	3.2
2007	15.2	2.9
2008	15.1	3.1
2009	15.7	1.5
2010	15.5	0.5
2011	15.4	3.8
2012	15.4	2.3
2013	15.4	2.5
2014	15.4	2.4

Se concluye que las variaciones por año, son similares en la estimación de la OIT y la nacional es muy variable en función del sub-registro.

Las dos tablas que se presentan a continuación permiten comparar la estimación con el Modelo OIT y el registro nacional.

TABLA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES									
ESTIMADA (1994-2014)									
AÑO	PEA	AT MORTALES	TASA AT MORTALES	ATNM	TASA AT NM	EP MOR	TASA EPM	EPNM PRO	TASA DE EP POR 1000
1994	967,292	131	15.8	100,068	10,356	534	55	3,868	4
1995	1,007,882	138	16	105,497	10,467	563	55	4,031	4
1996	1,012,109	139	16.1	106,302	10,503	567	56	4,048	4
1997	1,049,371	146	16.1	111,430	10,619	595	56	4,196	4
1998	1,108,401	149	15.9	113,380	10,283	608	54	4,433	4
1999	1,116,859	146	15.2	111,489	9,982	595	53	4,467	4
2000	1,117,350	142	15.1	108,000	9,676	579	52	4,469	4
2001	1,153,950	188	19.1	143,634	12,447	767	66	4,615	4
2002	1,221,914	200	19.1	152,978	12,520	816	55	4,887	4
2003	1,260,139	167	15.4	156,832	12,446	681	54	5,040	4
2004	1,294,618	173	15.3	132,202	10,212	705	54	5,178	4
2005	1,325,150	180	15.2	137,722	10,393	734	55	5,300	4
2006	1,332,059	185	15.3	141,297	10,607	754	5.66	5,328	4
2007	1,355,928	192	15.2	146,803	10,827	783	57	5,423	4
2008	1,416,663	202	15.1	153,969	10,868	824	55	5,666	4
2009	1,444,399	226	15.7	172,241	11,925	922	63	5,777	4
2010	1,463,299	226	15.5	172,664	11,800	922	63	5,853	4
2011	1,495,938	237	15.4	181,089	12,105	966	64	5,983	4
2012	1,689,491	249	15.4	190,196	11,258	1015	61	6,757	4
2013	1,663,776	251	15.4	191,646	11,519	1024	61	6,655	4
2014	1,770,913	261	15.4	199,419	11,261	1064	60	7,083	4

TABLA DE ACCIDENTABILIDAD Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

REGISTRO NACIONAL (1994-2014)

AÑO	PEA	RN DEF	TASA DE RN	RN AT NM	RN TASA ATNM	RN EP
1994	967,292	59	6.1	15,157	1,567	580
1995	1,007,882	74	7.3	15,272	1,515	776
1996	1,012,109	79	7.8	15,225	1,504	661
1997	1,049,371	54	5.1	14,587	1,390	718
1998	1,108,401	77	6.9	13,899	1,254	518
1999	1,116,859	58	5.2	14,539	1,302	539
2000	1,117,333	38	3.4	13,829	1,238	654
2001	1,153,950	47	4.1	11,808	1,023	639
2002	1,221,914	36	2.9	11,533	944	495
2003	1,260,139	43	3.4	10,219	811	41
2004	1,294,618	58	4.5	9,757	754	312
2005	1,325,150	39	2.9	9,072	685	169
2006	1,332,059	42	3.2	9,355	702	216
2007	1,355,928	39	2.9	9,471	698	170
2008	1,416,663	44	3.1	10,061	710	241
2009	1,444,399	22	1.5	9,734	674	192
2010	1,463,299	66	4.5	9,125	624	135
2011	1,495,938	57	3.8	9,996	668	295
2012	1,689,491	39	2.3	10,290	609	244
2013	1,663,776	41	2.5	10,129	609	201
2014	1,770,913	43	2.4	7,559	427	104

b) Accidentes de Trabajo No Mortales

En el Cuadro N° 2 se aprecian las tasas de accidentes de trabajo globales no mortales considerando las estimadas y las registradas. Se aprecia tal como se ha dicho en líneas anteriores que la tasa de los accidentes no mortales es de casi 6 veces en el 1994 y de 26 veces en el 2014. Es menester recordad que la población expuesta incluye la asegurada y no asegurada, formal e informal.

TABLA N° 10

TASAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO NO MORTALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS (1994 - 2014)

COMPARACION DE TASAS DE ATNM (ESTIMADA FRENTE A TASAS ATN MORTALES A NIVEL NACIONAL)		
Año	Tasa DE ATNM (ESTIMADA)	Tasa de ATNM (RN)
1994	10356	1567
1995	10467	1515
1996	10503	1504
1997	10619	1390
1998	10283	1254
1999	9982	1302
2000	9676	1238
2001	12447	1023
2002	12520	944
2003	12446	811
2004	10212	754
2005	10393	685
2006	10607	702
2007	10827	698
2008	10868	710
2009	11925	674
2010	11800	624
2011	12105	668
2012	11258	609
2013	11519	609
2014	11261	427

En los cuadros N° 11, 12, 13 y 14 que se detallan a continuación se puede observar el comportamiento epidemiológico de los accidentes de trabajo no mortales estimados por actividad económica.

TABLA N° 11

AGRICULTURA			
AÑO	CASOS DE ATNM (ESTIMADOS)	POBLACIÓN	TASA
1998	29547	180723	16,349.18
1999	26732	181464	14,731.07
2000	26721	159540	16,748.87
2001	37368	227543	16,422.48
2002	40775	234659	17,376.19
2003	40624	244430	16619.80
2004	33941	233916	14,510.07
2005	35432	244655	14,482.62
2006	32217	252857	12,741.04
2007	34535	256389	13,469.61
2008	24578	254588	9,653.84
2009	26011	259915	10,007.65
2010	26037	253575	10267.90
2011	21957	255315	8,599.89
2012	31826	270597	11,761.39

Por 100,000 trabajadores.

TABLA N° 12

SECTOR MINERIA			
AÑO	EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS	POBLACIÓN	TASA ESPECÍFICA
1998	492	1393	35322.00
1999	322	889	6228.05
2000	180	766	23473.73
2001	280	1787	15656.12
2002	186	1611	11527.11
2003	184	1032	17845.46
2004	203	698	29117.73
2005	137	108	13162.71
2006	181	2310	7846.18
2007	295	3729	7897.69
2008	321	3289	9771.2
2009	372	3374	11013.37
2010	492	2807	17526.71
2011	652	3124	20876.52
2012	675	3844	17568.99

Por 100,000 trabajadores.

TABLA N° 13

SECTOR CONSTRUCCIÓN			
AÑO	CONSTRUCCIÓN	POBLACIÓN	TASA
1998	13.014	1393	19981.48
1999	15.536	889	22091.29
2000	12.673	766	18,024.94
2001	12.967	1787	18356.40
2002	14.485	1611	20151.83
2003	18.923	1032	23448.54
2004	19.267	698	21126.22
2005	15.485	108	16877.70
2006	20.013	2310	19418.28
2007	22.568	3729	18172.47
2008	31.877	3289	23129.01
2009	35.354	3374	25376.10
2010	32.376	2807	22910.16
2011	34.113	3124	21757.40
2012	39.255	3844	23397.59

Por 100,000 trabajadores.

TABLA N° 14

SECTOR INDUSTRIAL			
AÑO	INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	POBLACIÓN	TASA
1998	29.096	100786	28868.78
1999	26.831	103876	25830.11
2000	25.892	86881	29802.22
2001	32.503	94716	34315.79
2002	34.156	100214	34082.92
2003	34.255	107349	31909.68
2004	27.085	114871	23578.93
2005	30.241	115793	26116.04
2006	28.048	118277	23713.78
2007	28.226	120108	23500.5
2008	29.689	122932	24150.68
2009	32.93	125407	26258.54
2010	29.746	120519	24681.22
2011	32.754	103963	31505.49
2012	36.891	111617	33051.51

Por 100,000 Trabajadores.

Se aprecian que las tasas por 100,000 trabajadores superan el promedio nacional entre 1,5 a dos veces. En el caso del comercio y servicios se observan tasas inferiores al promedio nacional. En efecto, eso ocurre en el sector comercio, transporte, almacenamiento y servicios.

TABLA N° 15

SECTOR COMERCIO			
AÑO	COMERCIO	POBLACIÓN	TASA
1998	18.517	605364	3058.81
1999	18.718	631979	2961.85
2000	19.537	617338	3164.65
2001	26.068	641406	4064.65
2002	27.617	694656	3975.56
2003	27.042	716810	3772.49
2004	22.939	763585	3004.15
2005	23.698	808835	2929.84
2006	24.74	809849	3054.91
2007	26.412	644218	3128.63
2008	27.562	896000	3076.08
2009	32.647	904636	3608.85
2010	35.214	929762	3787.43
2011	37.011	966097	3831.02
2012	36.131	1056219	3420.82

Por 100,000 trabajadores.

TABLA N° 16

SECTOR TRANSPORTE			
AÑO	TRANSPORTE	POBLACIÓN	TASA
1998	3280	605364	541.86
1999	3259	631979	515.68
2000	3651	617338	591.39
2001	5523	641406	861.00
2002	5359	694656	771.44
2003	5264	716810	734.37
2004	3699	763585	484.43
2005	6315	808835	780.79
2006	6525	809849	805.69
2007	5518	844218	653.63
2008	6917	896000	772.01
2009	9060	904636	1001.48
2010	9083	929762	976.87
2011	10942	966097	1132.62
2012	13507	1056219	1278.81

Por 100,000 trabajadores.

c) Enfermedades profesionales mortales por actividad económica

La Tabla N° 17 nos indica las tasas globales de enfermedades mortales en los grupos de trabajadores que han sido estimadas por la metodología OIT y es claro que dicha data es de revela el sub-registro en el registro nacional ya que no aparecen registrados en ninguno de los documentos elaborados al respecto.

TABLA N° 17

TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES PROFESIONALES ESTIMADAS Y REGISTRADAS (por 100,000 trabajadores)		
1994 - 2014		
AÑO	TASAS ENF MORT. REGISTRADA	TASAS ENF MORT. ESTIMADA
1994	0	55.2
1995	0	55.9
1996	0	56.0
1997	0	56.7
1998	0	55.4
1999	0	53.3
2000	0	51.8
2001	0	66.5
2002	0	55.7
2003	0	54.0
2004	0	54.5
2005	0	55.4
2006	0	56.6
2007	0	57.7
2008	0	58.2
2009	0	63.8
2010	0	63.0
2011	0	64.6
2012	0	60.1
2013	0	61.5
2014	0	60.1

Como se observa las tasas promedios por año oscilan entre 51.0 a 60.0 por 100,000 trabajadores.

En las Tablas N° 18, 19, 20, 21, 22, 23 se aprecian las tasas por actividades económicas (por

100,000 trabajadores) siendo la construcción, la industria manufacturera y la minería en un año, las de mayores tasas. El resto se encuentra por debajo de la tasa promedio nacional.

TABLA N° 18

AGRICULTURA			
POBLACIÓN	AÑO	ENF PROF MORT EN AGRICULTURA Y GANADERIA	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (AGRICULTURA)
180723	1998	19	10
181464	1999	42	23
159540	2000	13	8.1
227543	2001	26	11
234659	2002	70	30.0
244430	2003	74	30.0
233916	2004	38	16
244655	2005	16	7
252857	2006	0	0.0
256389	2007	16	6.2
254588	2008	74	29
259915	2009	67	26
253575	2010	45	18
255315	2011	67	26
270597	2012	144	53
273533	2013	99	36

TABLA N° 19

ENFERMEDADES PROFESIONALES MORTALES EN			
EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS			
AÑO	POBLACIÓN	ENF PROF MORT EN EXP DE MINAS Y CANTERAS	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (EXP. MINAS Y CANTERAS)
1998	1393	0	0
1999	889	0	0
2000	766	0	0
2001	1787	0	0
2002	1611	0	0
2003	1032	0	0
2004	698	0	0
2005	1038	0	0
2006	2310	0	0
2007	3729	16	4.3
2008	329	0	0
2009	3374	0	0
2010	2807	0	0
2011	3124	26	8.3
2012	3844	0	0
2013	4974	0	0

Por 100,000 Trabajadores.

TABLA N° 20
Industrias Manufactureras

ENFERMEDADES PROFESIONALES MORTALES EN			
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS			
AÑO	POBLACIÓN	ENF PROF MORT EN INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (IND. MANUFACTURERAS)
1998	100786	45	44
1999	103876	64	62
2000	86881	109	125
2001	94716	77	81
2002	100214	19	19
2003	107349	61	57
2004	114871	48	42
2005	115793	29	25
2006	118277	29	24
2007	120108	48	40.0
2008	122932	90	73
2009	125407	67	54
2010	120519	99	82
2011	103963	106	102
2012	111617	61	54
2013	128907	99	77
2014	124868	134	108

TABLA N° 21
CONSTRUCCIÓN

ENFERMEDADES PROFESIONALES MORTALES EN			
CONSTRUCCIÓN			
AÑO	POBLACIÓN	ENF PROF MORT EN CONSTRUCCIÓN	TASA ESPECIFICA POR ACTIVIDAD (CONSTRUCCIÓN)
1998	65132	117	172
1999	70326	128	182
2000	69155	83	120
2001	70640	64	91
2002	71878	106	147
2003	80700	74	91
2004	91201	125	137
2005	91746	74	80.0
2006	103061	58	56
2007	124190	157	126.0
2008	137824	131	95
2009	139321	99	71
2010	141316	122	86
2011	156787	118	76
2012	167773	144	86
2013	186509	138	74
2014 (P)	196091	214	109

Por 100,000 Trabajadores Activos.

TABLA N° 22

ENFERMEDADES PROFESIONALES MORTALES EN			
ELECTRICIDAD, GAS, AGUA Y SERVICIOS SANITARIOS			
AÑO	POBLACIÓN	ENF PROF MORT EN ELECTRICIDAD, GAS, AGUA Y SERVICIOS SANITARIOS	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (ELEC, GAS, AGUA Y SERV. SAN.)
1998	7348	13	174
1999	7406	16	216
2000	6428	13	199
2001	9625	26	266
2002	8643	19	222
2003	8834	38	435
2004	8434	19	228
2005	7728	16	207
2006	8583	29	336
2007	8339	0	0.0
2008	7288	16	219
2009	8148	0	0.0
2010	7613	0	0.0
2011	5137	26	498
2012	4649	42	895
2013	5157	19	372
2014 (P)	15808	0	0.0

Por 100,000 Trabajadores.

TABLA N° 23

ENFERMEDADES PROFESIONALES MORTALES EN			
AÑO	POBLACIÓN	ENF PROF MORT EN COMERC, TRANSP, ALMAC. Y SERVICIOS	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (COMERC, TRANSP, ALMAC Y SERV)
1998	605364	291	48
1999	631979	218	34
2000	617338	237	38
2001	641406	410	64
2002	694656	426	61
2003	716810	285	40
2004	763585	326	43
2005	808835	445	55
2006	809849	480	59
2007	844218	461	55
2008	896000	339	38
2009	904636	493	54
2010	929762	458	49
2011	966097	413	43
2012	1056219	413	39
2013	1062120	448	42
2014 (P)	1058080	445	42

Por 100,000 Trabajadores.

d) Enfermedades profesionales no mortales por actividad económica

TABLA N° 24

ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES		
REGISTRO NACIONAL		
AÑO	RN EP	TASA ENM
1994	580	0.57
1995	776	0.77
1996	661	0.65
1997	718	0.68
1998	518	0.47
1999	593	0.53
2000	654	0.59
2001	639	0.55
2002	495	0.41
2003	441	0.35
2004	312	0.24
2005	169	0.13
2006	216	0.16
2007	170	0.13
2008	241	0.17
2009	192	0.13
2010	135	0.09
2011	295	0.20
2012	244	0.14
2013	201	0.12
2014	104	0.06

Se puede apreciar que las enfermedades profesionales no mortales han ido disminuyendo en el registro nacional en sentido inverso al comportamiento a nivel internacional, desde 1998 con una tasas de 0.60 por 1000 hasta el 2014, con una tasa de 0.06 por 1000 trabajadores. Lo cual muestra el profundo sub-registro que existe a nivel nacional.

TABLA N° 25

ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES EN AGRICULTURA, GANADERIA (ESTIMADO)			
POBLACIÓN	AÑO	ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (AGRICULTURA)
180723	1998	723	4
181464	1999	726	4
159540	2000	638	4
227543	2001	910	4
234659	2002	939	4
244430	2003	978	4
233916	2004	936	4
244655	2005	979	4
252857	2006	1011	4
256389	2007	1026	4
254588	2008	1018	4
259915	2009	1040	4
253575	2010	1014	4
255315	2011	1021	4
270597	2012	1082	4
273533	2013	1094	4
266172	2014 (P)	1065	4

Por 1000 Trabajadores.

Se aprecia en la estimación estadística un incremento de las enfermedades no mortales, en los años estudiados, con una tasa promedio de 4/1000 trabajadores (que es la estimación estadística).

TABLA N° 26

ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES EN			
EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS			
AÑO	POBLACIÓN	ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (EXP MINAS Y CANTERAS)
1998	1393	6	4
1999	889	4	4
2000	766	3	4
2001	1787	7	4
2002	1611	6	4
2003	1032	4	4
2004	698	3	4
2005	1038	4	4
2006	2310	9	4
2007	3729	15	4
2008	3289	13	4
2009	3374	13	4
2010	2807	11	4
2011	3124	12	4
2012	3844	15	4
2013	4974	20	4
2014 (P)	3603	14	4

Por 1000 Trabajadores.

En las minas y canteras se aprecia una tasa promedio de 4/1000 con incremento en números absolutos.

TABLA N° 27

ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES EN			
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS (ESTIMADO)			
AÑO	POBLACIÓN	ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (IND MANUFAC)
1998	100786	403	4
1999	103876	416	4
2000	86881	348	4
2001	94716	379	4
2002	100214	401	4
2003	107349	429	4
2004	114871	459	4
2005	115793	463	4
2006	118277	473	4
2007	120108	480	4
2008	122932	492	4
2009	125407	502	4
2010	120519	482	4
2011	103963	416	4
2012	111617	446	4
2013	128907	516	4
2014 (P)	124868	499	4

Por 1000 trabajadores.

TABLA N° 28

ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES EN			
CONSTRUCCIÓN (ESTIMADO)			
AÑO	POBLACIÓN	ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (CONSTRUCCIÓN)
1998	65132	261	4
1999	70326	281	4
2000	69155	277	4
2001	70640	283	4
2002	71878	288	4
2003	80700	323	4
2004	91201	365	4
2005	91746	367	4
2006	103061	412	4
2007	124190	497	4
2008	137824	551	4
2009	139321	557	4
2010	141316	565	4
2011	156787	627	4
2012	167773	671	4
2013	186509	746	4
2014 (P)	196091	784	4

Por 1000 Trabajadores.

TABLA N° 29

ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES EN			
ELECTRICIDAD, GAS, AGUA Y SERVICIOS SANITARIOS (ESTIMADO)			
AÑO	POBLACIÓN	ENFERMEDADES PROFESIONALES NO MORTALES	TASA ESPECÍFICA POR ACTIVIDAD (ELEC, GAS, AGUA Y SERV SANITARIOS)
1998	7348	29	3.9
1999	7406	30	4
2000	6428	26	4
2001	9625	39	4
2002	8643	35	4
2003	8834	35	4
2004	8434	34	4
2005	7728	31	4
2006	8583	34	4
2007	8339	33	4
2008	7288	29	4
2009	8148	33	4
2010	7613	30	4
2011	5137	21	4
2012	4649	19	4
2013	5157	21	4
2014 (P)	15808	63	4

Por 1000 Trabajadores.

En todas las actividades económicas hay un incremento sostenido de las enfermedades profesionales no mortales estimadas.

Se concluye que las enfermedades profesionales no mortales en el periodo muestran una tasa de incidencia de 4/1000 que es un valor promedio

con respecto al indicador internacional que es de 3 a 5 por 1000 trabajadores.

CONCLUSIONES

1. El sistema de Registro y Notificación del país carece de confiabilidad y no expresa lo que está sucediendo en el mundo del trabajo. Esto es válido tanto a nivel institucional como a nivel empresarial y sindical.
2. En consecuencia, desconocemos cuales son los criterios científicos que usan el MITRADEL, MINSA y CSS para definir sus denominadas políticas y estrategias que no superen el carácter de simples deseos y enunciados.
3. Las distorsiones conceptuales o el desconocimiento imperante en el país hace que no existe una cultura de prevención en salud y seguridad de los trabajadores y, por ende, la baja valoración epidemiológica de la vida de los trabajadores.
4. La ausencia de políticas y estrategias en este campo, como estado nacional, obedecen a lo antes expuesto, en especial del Ministerio de Salud que es el ente rector de la salud constitucionalmente.
5. No existe un sistema de vigilancia en salud de los trabajadores y no existen normas generales y específicas de salud y seguridad en el trabajo actualizadas. Ambos hechos determinan que la inspección, fiscalización y sanciones son insuficientes y basadas en las coimas.
6. Los trabajadores, entendidos como todas las personas que laboran en el sector informal y formal, carecen de actividades para la promoción de la salud, prevención primaria y protección específica, en consecuencia, hay una indefensión dramática que hace posible altos niveles de incidencia de morbi-mortalidad ocultos en el sistema de salud, seguridad social y trabajo.
7. La necesaria formación de especialistas en medicina del trabajo y ambiental es urgente así como su enseñanza en todos los campos

especializados y en las carreras de postgrado. Igual se trata con el personal no médico que debe laborar en este campo.

RECOMENDACIONES

1. Estructurar un sistema eficiente de información gerencial en salud de los trabajadores, donde su eje fundamental sea la vigilancia epidemiológica y un sistema de registro y notificación científico.
2. Romper con la existencia de agencias (MINSA, CSS y MITRADEL) ineficientes en la prevención, en la vigilancia, en el registro / notificación de eventos, en la reglamentación preventiva, mediante la creación de un sola institución de carácter promocional, preventivo y de fiscalización.
3. Establecer una formación de alto nivel técnico-científico de postgrado en las disciplinas de la salud en el trabajo (higiene y seguridad, psicología del trabajo, ergonomía y medicina del trabajo, aspectos psicosociales), evitando la comercialización de la formación.
4. Establecer una residencia de medicina del trabajo y ambiental para que el recurso médico tenga los conocimientos necesarios y con ello abandonar el clientelismo y la falsedad ideológica en algunas instituciones del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección Nacional de Prestaciones Económicas.
2. Takala, J. 1999. Global Estimates of Fatal Occupational Accidents. *Epidemiology* 10(5):640-646.
3. Takala. OIT. 1999.
4. Takala OIT. 1999.
5. UDELAS. Investigación sobre el sub registro y sub notificación de AT y EP en Panamá
6. Constitución Nacional de la República de Panamá.
7. Encuestas de Hogares 2004-2014.
8. Boletines de Riesgos profesionales 1980-2014.
9. Paivi Hamalainen, Jukka Takala b, I, Kaija Leena Saarela. Global Estimates of Occupational Accidents. Elsevier. *Safety Science* 44, 137-156. 2006.
10. Takala, J., 1999. Global estimates of fatal occupational accidents. *Epidemiology* 10, 640-646.
11. Paivi Hamalainen, Global estimates of occupational accidents and fatal Work-Related Diseases (2010) y en el documento Global Estimates of Occupational Accidents and Fatal Work-Diseases (2014).
12. ILOSTAT. Organización Internacional del Trabajo. 2013.

CAPÍTULO VI

MORTALIDAD DE LOS TRABAJADORES POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

Desde que Bernardino Ramazzini (1633-1714) considerado el padre de la Medicina del Trabajo, escribió la obra “Las enfermedades de los Artesanos” (*De Morbis Artificum Diatriba*), en la cual se describen cincuenta y dos profesiones, artes u oficios y categorías sociales, observadas en los años de vida de Ramazzini, en pleno desarrollo del capitalismo manufacturero, han surgido nuevas patologías relacionadas con los cambios tecnológicos y de la organización del trabajo. Es así como en plena vigencia de la primera Revolución Industrial, Thomas Percival publica “Observation on The State of Population in Manchester” 1775-1789, en la cual denuncia las deplorables condiciones de trabajo de las empresas de esta ciudad y la compra de niños por cinco libras ante la necesidad de obtener mano de obra barata. Posteriormente Percival Pott, a finales del siglo XVIII, evidencia la correlación entre el cáncer de escroto y las labores de limpieza de las chimeneas y Charles Turner, médico de la ciudad de Leeds publica en 1831 “The Effects of The Principal Arts, Trades and Professions and the Civic States and Habits of Living, on health and Longevity”, donde denuncia los efectos de las malas condiciones de trabajo y de vida sobre la salud y la longevidad.

Edwin Chadwick publicó en 1842 “Las Condiciones sanitarias de la Población Trabajadora de Gran Bretaña”, el cual demostró la relación existente entre las condiciones ambientales de los lugares de trabajo (Miasma) y las enfermedades de los trabajadores, lo cual generó cambios sustantivos en la legislación laboral de la época. Federico Engels, en 1845, publica la obra “La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra” en la cual describe las condiciones de trabajo, la organización laboral de la época y sus efectos sobre la salud y la vida de los trabajadores; desde la perspectiva del

trabajo como categoría social. A partir de estos dos enfoques (ambiental y social) se abre una discusión sobre la causalidad de las enfermedades profesionales, que conduce a la elaboración de un primer listado de enfermedades profesionales, por parte de la Organización Internacional del Trabajo. En efecto, en 1919, año de su creación, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió el ántrax como enfermedad profesional y en 1925 estableció la primera lista de enfermedades profesionales de la OIT en virtud del Convenio N° 18, relativo a la indemnización por enfermedades profesionales. En él se incluían tres enfermedades. Poco después fue modificado por el convenio N° 42 de 1934, en el que figuraban diez enfermedades. En 1964 la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó un nuevo convenio (N° 121) sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. A dicho convenio se unió como anexo una lista de enfermedades profesionales, lo que permitiría su modificación sin necesidad de adoptar un nuevo convenio (OIT 1964). Luego en la recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002 (núm. 194) y el registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades, se amplía el ámbito de las enfermedades profesionales. En la actualidad la OIT ha presentado la Nueva Lista de Enfermedades Profesionales del 2010 (Revisada). Que incluye un número mayor de enfermedades profesionales. No obstante, lo anterior, estas distintas listas de enfermedades profesionales se insertan en el contexto de las enfermedades profesionales propiamente dichas, basadas en la unicausalidad. En efecto, se trata de un listado que se sustenta en el hecho que el trabajo es la causa suficiente y necesaria o lo que es lo mismo el factor de riesgo de trabajo es la causa necesaria y suficiente para producir la enfermedad.

En la Serie Salud y Seguridad en el Trabajo N° 74, de la OIT (2010), “se define enfermedades profesionales las que se sabe provienen de la exposición a sustancias o condiciones peligrosas inherentes a ciertos procesos, oficios u

ocupaciones”. En consecuencia, dicha definición de la enfermedad profesional contiene por tanto dos elementos principales:

- La relación causal entre la exposición en un entorno de trabajo o actividad laboral específicos, y una enfermedad específica, y
- El hecho de que, dentro de un grupo de personas expuestas, la enfermedad se produce con una frecuencia superior a la tasa media de morbilidad del resto de la población. La relación causal se establece sobre la base de datos clínicos y patológicos; información básica sobre la ocupación y un análisis del empleo; identificación y evaluación de los factores de riesgo de la ocupación considerada, y el papel que desempeñan otros factores de riesgo. La relación entre la exposición y los efectos (es decir, la relación entre la exposición y la gravedad del daño causado a la persona) y la relación entre la exposición y la respuesta (es decir, la vinculación entre la exposición y el número relativo de personas afectadas) constituyen elementos importantes para determinar si existe una relación causal. Es claro el enfoque de unicausalidad. Este modelo unicausal determinista se basa en el hecho de que una única y específica causa es la responsable de un cierto problema epidemiológico. En el modelo unicausal determinista se hace explícita la existencia de:
 - a. Una constante única y perfectamente predecible conexión entre dos factores X e Y.
 - b. Esta definición requiere dos criterios:

- Especificidad de la causa y
- Especificidad del efecto.

En términos de la salud pública y en particular de la salud y seguridad en el trabajo y la medicina del trabajo, este modelo no es operativo, puesto que las medidas de prevención y promoción de la salud se basan en la multifactorialidad de las causas y la interdisciplinariedad de las acciones

preventivas y correctoras. En el campo de la multicausalidad de las enfermedades crónicas (no infecciosas) se utilizan los criterios de Bradford Hill (1965) que se detallan a continuación (Universidad Carlos III, Madrid):

“Fuerza de Asociación: determinada por la estrecha relación entre la causa y el efecto adverso a la salud. La fuerza de asociación depende de la frecuencia relativa de otras causas.

ii) **Consistencia:** la asociación causa-efecto ha sido demostrada por diferentes estudios de investigación, en poblaciones diferentes y bajo circunstancias distintas. Sin embargo, la falta de consistencia no excluye la asociación causal, ya que distintos niveles de exposición y demás condiciones pueden disminuir el efecto del factor causal en determinados estudios.

iii) **Especificidad:** una causa origina un efecto en particular. Este criterio, no se puede utilizar para rechazar una hipótesis causal, porque muchos síntomas y signos obedecen a una causa, y una enfermedad a veces es el resultado de múltiples causas.

iv) **Temporalidad:** obviamente una causa debe preceder a su efecto; no obstante, a veces es difícil definir con qué grado de certeza ocurre esto. En general, el comienzo de las enfermedades comprende un largo período de latencia entre la exposición y la ocurrencia del efecto sobre la salud.

v) **Gradiente biológico (Relación dosis-respuesta):** la frecuencia de la enfermedad aumenta con la dosis o el nivel de exposición.

vi) **Plausibilidad biológica:** El contexto biológico existente debe explicar lógicamente la etiología por la cual una causa produce un efecto a la salud. Sin embargo, la plausibilidad biológica no puede extraerse de una hipótesis, ya que el estado actual del conocimiento puede ser inadecuado

para explicar nuestras observaciones o no existir.
 vii) **Coherencia:** Implica el entendimiento entre los hallazgos de la asociación causal con los de la historia natural de la enfermedad y otros aspectos relacionados con la ocurrencia de la misma, como por ejemplo las tendencias seculares. Este criterio combina aspectos de consistencia y plausibilidad biológica.

viii) **Evidencia Experimental:** es un criterio deseable de alta validez, pero rara vez se encuentra disponible en poblaciones humanas.

ix) **Analogía:** se fundamenta en relaciones de causa-efecto establecidas, con base a las cuales si un factor de riesgo produce un efecto a la salud, otro con características similares pudiera producir el mismo impacto a la salud.

En este contexto de multicausalidad, el modelo propuesto por Rothman (1976), con más contenido teórico, contempla las relaciones multicausales, fue desarrollado en el ámbito de la epidemiología y es el más adaptado a los métodos estadísticos multivariantes. Define **causa** como todo acontecimiento, condición o característica que juega un papel esencial en producir un efecto, como por ejemplo una enfermedad, y distingue entre:

- a) **Causa componente:** causa que contribuye a formar un conglomerado que constituirá una causa suficiente.
- b) **Causa suficiente:** si el factor (causa) está presente, el efecto (enfermedad) siempre ocurre.
- c) **Causa necesaria:** si el factor (causa) está ausente, el efecto (enfermedad) no puede ocurrir.

Asimismo se puede definirse de nuevo el concepto de factor de riesgo: si el factor está presente y activo, aumenta la probabilidad que el efecto (enfermedad) ocurra.

El modelo de Rothman muestra las siguientes características:

- i) Ninguna de la causas componentes es superflua.
- ii) No exige especificidad, un mismo efecto puede ser producido por distinta causas suficientes.
- iii) Una causa componente puede formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto. Si una causa componente forma parte de todas las causas suficientes de un efecto se la denomina causa necesaria.
- iv) Una misma causa componente puede formar parte de distintas causas suficientes de distintos efectos.
- v) Dos causas componentes de una causa suficiente se considera que tienen una interacción biológica, es decir, ninguna actúa por su cuenta. El grado de interacción puede depender de otras causas componentes.”

Bajo estas premisas Richard Schilling (1984) desarrolló una clasificación con objetivos de prevención y control más que médicos-legales (forma como en las mayorías de los países se trata a las enfermedades profesionales aún en la actualidad). En la figura siguiente se describe dicha clasificación:

1. Trabajo como causa necesaria.	Ej: Silicosis.
2. Trabajo como factor contributivo.	Ej: Enfermedad coronaria. Insuficiencia venosa de miembros inferiores. Enfermedades del aparato locomotor.
3. Trabajo como provocador de un disturbio latente o intensificador de una enfermedad establecida.	El: Bronquitis crónica. Enfermedades mentales. Úlcera péptica. Dermatitis por contacto.

Fuente: SCHILLING, RICHARD. More effective prevention in occupational health practice? J. Soc. Occup. Med., 39:71-9 1984.

Los criterios de Schilling han permitido incorporar una gran cantidad de enfermedades supuestamente comunes al concepto de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo o Agravadas por el Trabajo.

La Organización Mundial de la Salud en el Informe Técnico N° 714 de 1985 y N° 777 de 1989, titulados respectivamente "Identificación de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo y Medidas para Combatirlas" y "Epidemiología de las Enfermedades y Accidentes relacionados con el trabajo" aborda igualmente esta temática. En el primer informe un Comité de Expertos de la OMS señaló con respecto a las diferencias entre las enfermedades profesionales y otras enfermedades "relacionadas con el trabajo", lo siguiente:

- Hay factores en el ambiente de trabajo que son muy importantes y esenciales en la causación de las enfermedades profesionales, por ejemplo, el polvo de sílice en el caso de la silicosis y los vapores de plomo en la intoxicación por el plomo, pero existe otros factores que tal vez desempeñan una función variable. Así la sensibilidad individual y la edad influyen en la pérdida de la audición inducida por el ruido. Del mismo modo, la existencia de tuberculosis pulmonar entre trabajadores expuestos al polvo de sílice aumenta la extensión y la gravedad de la silicosis.
- Las enfermedades profesionales, por definición, afectan exclusivamente a trabajadores expuestos a los riesgos específicos en cuestión. No obstante, en algunos casos pueden también presentarse manifestaciones de estas enfermedades en el resto de la comunidad.
- Las enfermedades multifactoriales, a menudo relacionadas con el trabajo, se presentan también en la población en general, sin que las condiciones de trabajo y las exposiciones sean necesariamente factores de riesgo en cada caso de una de esas enfermedades. Sin embargo, cuando esas enfermedades afectan

al trabajador, tal vez se relacionen con el trabajo en diversas formas: pueden ser en parte causadas por condiciones de trabajo adversas, resultar agravadas, aceleradas o exacerbadas por exposiciones en el lugar de trabajo y deteriorar la capacidad de trabajo. Es importante recordar que las características personales, otros factores ambientales y socioculturales también actúan como factores de riesgos de estas enfermedades.

- Por otra parte, el trabajo tiene efectos rehabilitantes benéficos sobre trastornos patológicos como la hipertensión ya establecida y la cardiopatía isquémica, siempre que se asignen a los trabajadores afectados en tareas adecuadas a su capacidad y limitaciones y se los incite a adoptar estilos de vida saludables.
- Por último, las enfermedades multifactoriales, relacionadas con el trabajo, son a menudo más frecuentes que las enfermedades profesionales y en consecuencia, requieren una atención adecuada en la infraestructura de servicios de salud, que incorpora los servicios de higiene del trabajo. Este concepto nuevo de relación con el trabajo adquiere considerable importancia para el personal de atención en salud que protege y fomenta la salud de los trabajadores en muchas ocupaciones.

Por lo anterior en el informe de 1989 un Comité de Expertos de la OMS (Informe Técnico N° 777) sugirió que el término "enfermedades relacionadas con el trabajo" podría ser apropiado para describir no solamente las enfermedades profesionales reconocidas sino también otras enfermedades en las cuales el medio laboral y el desempeño del trabajo, entre otros factores causales, influyen significativamente.

Las enseñanzas derivadas de la metodología utilizada por Ramazzini han generado en la actualidad el desarrollo de la metodología de investigación de los proceso de trabajo y su

tecnología y organización laboral, así como de los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades en las tres vertientes de Schilling y el desarrollo de una semiología y propedéutica clínica que da lugar a una teoría y práctica científica de la medicina del trabajo.

La generación de nuevas enfermedades, en razón del cambio tecnológico y de la organización del trabajo denominadas “enfermedades emergentes de origen profesional” ha develado o puesto en evidencia como las denominadas enfermedades comunes y crónicas tienen una importante asociación epidemiológica con el trabajo. El centro para el control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos define a las enfermedades emergentes como enfermedades “cuya incidencia se ha incrementado en las dos últimas décadas o amenaza con aumentar en un futuro cercano” (1994). Otros autores se refieren a las enfermedades emergentes como enfermedades “nuevamente aparecidas o resurgidas”, o como enfermedades “que han aparecido abruptamente o de manera inesperada”, o que “aumentan rápidamente su incidencia o el ámbito geográfico en el que se presentan”.

Según la OMS (marzo del 2013) las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y, por lo general, evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebro vasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Las ENT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 80% de las muertes por ENT, 29 millones. Son la principal causa de mortalidad en todas las regiones excepto en África. Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a

todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo intermedios” que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular, una de las ENT.

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente.

- El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600,000 por la exposición al humo ajeno) y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030.
- Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.
- Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.
- La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT.

Esos comportamientos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos claves que aumentan el

riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ENT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la

diabetes (1,3 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ENT.

Son precisamente estas enfermedades las que constituyen el fundamento de estas notas desde la perspectiva laboral.

En el primer capítulo del libro “Enfermedades Crónicas Laborales” editado por Ana María Strauss (en publicación) relativo a enfermedades metabólicas y trabajo, se procede a presentar los diversos criterios y sus respectivos valores del síndrome metabólico (SM) ya sea que se trate de la OMS, EGIR (1999), ATP III (2001) y otros como se aprecia en el siguiente cuadro:

CRITERIO	OMS (1998)	EGIR (1999)	ATI III (2001)	AACE (2003)	IDF (2005)	AHA/NHLBI (2005)
RI	AGA, IC, DM2 o sensibilidad disminuida a la insulina	Insulina plasmática >percentil 75 Dos o más de los siguientes.	Ninguno tres o más de los siguientes	AGA o IC Más cualquiera de los siguientes según juicio clínico	Ninguno	Ninguno Tres o más de los siguientes
Obesidad	Dos más de los siguientes H:RCC2>0.9M:RCC >0.85y/o IMC>30	H:PA3>94cm M:PA>80cm	H:PA>102 cm M:PA>88cm	IMC>25	PA elevada según la población (Cuadro 3) Más 2 de los siguientes	H:PA>102 cm: PA>88 cm
Dislipidemia	TG>150mg/dl y/o H:HDL<35mg/dl: HDL<39	TG150 mg/dl y/o HDL>39	TG>150 mg/dl HDL<40 mg/dl: HDL<50 mg/dl	TG>150 mg/>dl: HDL<40 mg/dl: HDL <50 mg/dl	TG>150 mg/dl o con medicamentos para disminuir TGH: HDL<40 mg/dl: HDL<50 mg/dl con medicamentos para aumentar HDL	TG>150 mg/dl o con medicamentos para disminuir TGH:HDL<40 mg/dl: HDL<50 mg/dl O con medicamentos para aumenta HDL
PA	>140/90 mm Hg	>140/90 mm Hg o con antihipertensivos	>130/85 mm Hg	<130/85 mm Hg	<130/85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo	>130/85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo
Glucemia	AGA, IC o DM2	AGA o IC pero no DM	<110 mg/dl incluyendo DM	AGA o IC , pero no DM	<100 mg/dl incluyendo DM	<100 mg/dl, o con medicamentos antidiabéticos
Otro	Microalbuminuria			Otras características de IR (Cuadro 2)		

Esta delimitación del síndrome metabólico permite una mejor evaluación del paciente a la hora de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno. Desde la perspectiva epidemiológica se indican las asociaciones del SM con padecimientos cardiovasculares y se enfatizan los estudios que asocian la enfermedad con trabajadores activos, observándose una prevalencia global del 10.2% y 12.5% en trabajadores manuales, que concluyen que uno de cada 10 trabajadores sufre del SM y que la prevalencia aumenta con la edad. En términos de la patogenia se deja claramente establecida la complejidad fisiopatológica del SM y que muchos de sus aspectos no están muy claros hasta el momento. No obstante, dos factores causales resaltan a saber: la resistencia a la insulina y la obesidad, además del perfil genético, el sedentarismo que influyen negativamente en los estilos de vida. Se destaca que el SM tiene como elemento distintivo la Dislipidemia. En este contexto, se enfatiza que el riesgo vascular asociado al SM puede deberse a la suma de las partes ya que cada uno de ellos constituye un factor de riesgo independiente.

En relación al trabajo en su componente organizacional se hace referencia a los turnos prolongados, turnos nocturnos, cambios en los ritmos circadianos y sus efectos en los perfiles de lípidos e hipertensión arterial y, por ende, de la generación de enfermedades cardiovasculares relacionadas con el trabajo a través del estrés laboral como mecanismo perturbador o contributivo en determinadas poblaciones laborales.

En el segundo capítulo Enfermedades Cardiovasculares, los autores parten del principio que la enfermedad cardiovascular tiene una alta prevalencia a nivel mundial pero su relación con la actividad laboral no es muy clara. En base a ello se indica que es necesaria una revisión de los factores de riesgos en el trabajo que exacerban o agravan su presentación. Se plantea la necesidad del análisis de riesgo en

el mundo del trabajo para precisar lo que le está sucediendo a la población trabajadora ya que la prevalencia de estas enfermedades en la población general es muy alta. No obstante, existen en la literatura mundial diversos estudios en poblaciones laborales que asocian las ECV con el trabajo y en otros se han estimado la prevalencia del riesgo cardiovascular en las mismas. Estudios recientes destacan la necesidad de seguir la investigación entre enfermedad cardiovascular y trabajo, enfatizando el estrés laboral (www.lancet.com septiembre 14 del 2012) y el exceso de trabajo (European Heart Journal, mayo 11 del 2011). No se debe subestimar dicha relación si consideramos que la "respuesta adrenosimpática y cortico-suprarrenal al tipo de organización del trabajo en ciertos sujetos tiene como fin teleológico la adaptación a la condición productora de estrés la cual, a largo plazo, implica modificaciones patológicas orgánicas sobre todo por parte de las arterias, lo cual está ligado entre otras cosas al envejecimiento prematuro y al desarrollo de la cardiopatía coronaria, cuyas expresiones clínicas más graves son el infarto del cardíaco, la angina de pecho, la muerte súbita y las arritmias"(M.Timio,S.Gentili,Adrenosympatetic overactivity under stressing conditions of real work, Brit. J.prev.soc.med, (1976, 30, 262-265).

En el tercer capítulo se aborda el tema de las Enfermedades Dermatológicas dado que representan cerca de un tercio de las enfermedades profesionales. La ocupación es un factor de riesgo para la aparición o agravación de muchas dermatosis, por lo cual es necesario conocer el proceso de trabajo y sus respectivos factores de riesgos químicos, físicos, biológicos, mecánicos y psicosociales. No suele tratarse de patologías exclusivamente de origen laboral, pero dicho factor interviene como determinante de la enfermedad y su evolución.

Se establecen los mecanismos fisiopatológicos a través de los cuales se producen las mismas y se hace hincapié en los factores de riesgos

más relevantes. Se destaca el rol de la dermatitis por contacto sean de tipo irritativo o alérgica que pueden representar el 90% de las lesiones dermatológicas.

Para los efectos del reconocimiento y prevención de las dermatosis de origen profesional los autores realizan una rápida revisión de los mecanismos protectores a partir de la promoción y educación de la salud, la prevención primaria y la protección específica. Además abordan algunos elementos relativos a la prevención secundaria de estas enfermedades relacionadas con la calidad de vida de los trabajadores. Es imperativo mencionar que según la NIOSH- CDC (agosto del 2011) "las exposiciones químicas en el lugar de trabajo son un problema grave en los Estados Unidos. Más de 13 millones de trabajadores en el país enfrentan una posible exposición a sustancias químicas a través de la piel. Los trastornos de la piel figuran entre las afecciones ocupacionales más frecuentemente reportadas, representando un costo anual de más de \$1.000 millones de dólares en los Estados Unidos. Mientras se observa una disminución en las cifras de la mayoría de las enfermedades ocupacionales, los índices de afecciones de la piel están aumentando. Los esfuerzos para reducir o prevenir los problemas de la piel en muchos entornos laborales parecen ser insuficiente, ya que es muy frecuente que trabajadores, empleadores e incluso profesionales en salud ocupacional acepten estos problemas como parte del trabajo. Se debe reducir la tolerancia a los problemas ocupacionales de la piel y mejorar los métodos para evaluar y reducir las exposiciones a sustancias químicas. Como profesionales en salud ocupacional o empleadores, es importante saber identificar y manejar los riesgos de exposición a sustancias químicas en la piel y prevenir lesiones y afecciones asociadas estos riesgos de exposición cutánea".

Uno de los temas de elevada transcendencia se expresan el cuarto y quinto capítulos dedicado a la Psicopatología laboral y a los Trastornos

mentales y Estrés laboral, no solo por su prevalencia oculta en los registros de salud mental de gran parte de nuestros países sino por el impacto en la calidad de vida de los trabajadores y su capacidad de trabajo. En efecto, para la psicología y psiquiatría tradicional la centralidad del trabajo es un elemento sin importancia en el desarrollo de la patología mental y de carácter marginal a pesar que el trabajo es la fuente de la existencia y reproducción humana. Por otro lado, el enfoque metodológico basado en que no es el trabajo el proceso mórbido sino las condiciones en que este se realiza (condiciones y medio ambiente de trabajo), no ha sido asimilado, no solo por estas disciplinas, sino también por mucho de las personas dedicadas a la práctica de la salud y seguridad en el trabajo.

Uno de los rasgos fundamentales, que se indica en el capítulo cuatro, relativo a la psicopatología laboral, "es que hay que precisar que la psicopatología derivada del trabajo se da en el individuo trabajador y no es lo mismo que la psicopatología de la organización que sería línea de estudio para la psicología organizacional y no para este documento". Esta diferenciación constituye en lo cualitativo un enfoque metodológico que riñe con los contenidos de la psicología industrial y de la psicología de las organizaciones. Los autores señalan que es importante visualizar la distinción entre "Psicopatología" y "Psicopatología del Trabajo"; la primera tiene que ver con las características individuales del trabajador en lo que respecta a posibles alteraciones o problemas mentales y psicológicos; la segunda, en cambio, se produce con el entorno organizacional y los problemas generados dentro del ámbito de interacción trabajador-organización. Al respecto, los autores indican que García, Y. Ergonomía, Psicopatología y Trabajo. Brasil: 2do. Congreso Internacional sobre Salud Mental en el Trabajo, Cap. 10, 2006, menciona que "a la psicopatología del trabajo no le preocupa el análisis de las condiciones y medio ambiente físico del trabajo ni la interacción

persona-trabajo, le preocupa las alteraciones mentales que el individuo sufre en el ejercicio de su trabajo.

Algunas de estas alteraciones pueden tener su origen en el trabajo mientras que otras pueden únicamente desencadenarse a consecuencia de las condiciones de trabajo. En este último caso el individuo se incorpora al puesto de trabajo con unas alteraciones mentales latentes lo que le predispone al desarrollo de las mismas en el ejercicio de su tarea". Hay que destacar que en este capítulo se hace énfasis de manera sistemática que cuando las definiciones se refieren a "psicopatología laboral", el elemento constante es la presencia de la organización laboral como detonante del malestar. Así, Rosas (F.J. Rosas. Psicopatología industrial y empresarial. Federación Mexicana de Psicología), la define como "Área de la psicología que se encarga de estudiar emociones, conductas atípicas que dañen de manera directa e indirecta la estructura de una organización o en el caso adverso la empresa al sujeto"; a su vez Fernández-Montalvo menciona que "la psicopatología laboral se ocupa específicamente de los trastornos emocionales que se desarrollan como consecuencia directa del desempeño de un trabajo, así como de las alteraciones que surgen debido a su ausencia. Por otro lado, se plantea según Durán (Psique, Soma, Institución. Una lectura de la psicopatología del trabajo. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 1, (12), 121-131, 2003), que "El modo de lectura del sufrimiento que se produce en el trabajo y que va a ser ligado directamente a la relación entre condiciones de producción subjetivas y sus espacios laborales correspondientes (de distinto tipo: psíquico, lugar físico, tipo de tarea a ejecutar, etc.) opera por el develamiento de ciertos síntomas claves a través de los cuales podrán aparecer dos modos de sufrimiento fundamentales que competen al psiquismo de los involucrados: la insatisfacción y la ansiedad".

A nuestro juicio estas aportaciones conceptuales

y metodológicas abren el camino hacia el desarrollo de una psicología del trabajo, que sin dejar de ser promocional y preventiva, enfrente la psicopatología del trabajo con las herramientas para un diagnóstico de patología cuyos efectos dejan huellas permanentes en los trabajadores. A considerar que desde el año 2000, un estudio de la OIT, acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a los trabajadores de Alemania, los Estados Unidos, Finlandia, Polonia y el Reino Unido, muestra que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización.

Según este informe en: Estados Unidos, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales.

En Finlandia, más del 50% de los trabajadores sufre algún tipo de síntomas relacionados con el estrés, tales como ansiedad, sentimientos depresivos, dolor físico, exclusión social y trastornos del sueño; el 7% de los trabajadores finlandeses padece un cansancio severo, que puede llevar al agotamiento, a actitudes cínicas y a una drástica reducción de la capacidad profesional y los trastornos de la salud mental son ya la principal causa de pensiones por incapacidad en Finlandia.

En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por motivos relacionados con la depresión se prolonga dos veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades; la cuantía total de la producción perdida por el absentismo atribuible a trastornos de la salud mental se estima en más de 5.000 millones de marcos anuales.

En el Reino Unido, casi 3 de cada 10 empleados sufren anualmente problemas de salud mental y numerosos estudios indican que son comunes el estrés provocado por el trabajo y las enfermedades que causa; la depresión, en particular, es un problema tan extendido que, en cualquier momento que se considere, uno de cada 20 británicos en edad de trabajar está padeciendo una depresión importante.

Las estadísticas de sanidad pública en Polonia indican la existencia de un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental, especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos: una tendencia que puede estar relacionada con la transformación socioeconómica del país y con los consiguientes aumento del paro, inseguridad en el empleo y descenso de los niveles de vida.

Joseba Anchotegui (Asturbulla, 19-05-2014) en su artículo "Salud mental en tiempos difíciles. De pecados capitales a trastornos mentales" se pregunta ¿Serían hoy los círculos del purgatorio y del infierno, de la Divina Comedia de Dante, pasillos de dispensarios psiquiátricos? Según el referido autor "El debate sobre la creciente psiquiatrización de la vida cotidiana se ha acrecentado últimamente con la aparición de la quinta edición del DSM, el Manual de Diagnóstico Psiquiátrico Americano, que con sus casi 400 diagnósticos descritos ha pulverizado el récord de la anterior edición del Manual que había consignado la nada desdeñable cifra de 307 trastornos.

Se ha de tener en cuenta que la primera edición del DSM en los años 50 comenzó con 106 diagnósticos, por lo que como puede verse el número de patologías está alcanzando un ritmo de crecimiento casi de tipo exponencial. Como se ha señalado con acierto, si seguimos así, al final acabará habiendo un diagnóstico psiquiátrico para cada persona (así ya no habrá más discusiones).

Es importante señalar que esta polémica tiene mucha relevancia social, no se trata de un bizantino debate académico, ya que el DSM es de obligada utilización en el diagnóstico en numerosos servicios de atención en salud mental.

La OMS en su nota descriptiva N° 220 de agosto del 2014 afirma que la salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

Determinantes de la salud mental

La salud mental individual es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Promoción y protección de la salud mental

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales. Entre otras

formas concretas de fomentar la salud mental se pueden mencionar:

- Las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, visitas a domicilio a las embarazadas, actividades psicosociales preescolares y ayuda nutricional y psicosocial conjunta a las poblaciones desfavorecidas);
- El apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- La emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);
- El apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- Los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);
- Las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- Las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);
- Las políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas);
- Los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- Los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- Legislación y campañas contra la

discriminación;

- Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Atención y tratamiento de trastornos de salud mental

En el contexto de los esfuerzos nacionales por desarrollar y aplicar políticas relativas a la salud mental, es esencial, no solo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental. En el último decenio ha mejorado considerablemente el conocimiento de lo que hay que hacer en relación con la creciente carga de morbilidad derivada de trastornos mentales. Existe un corpus cada vez mayor de pruebas científicas que demuestran la eficiencia y la buena relación costo-eficacia de intervenciones cruciales para abordar trastornos mentales prioritarios en países con diferentes niveles de desarrollo económico.

Es claro que la salud mental en el trabajo adquiere una profunda relevancia no solo como diagnóstico y su calificación sino sobre todo en el marco de la promoción de la salud y la prevención primordial y prevención primaria.

En el sexto capítulo Organización del trabajo, trastornos del sueño y otros trastornos asociados, se entra en una temática que carece de una valoración epidemiológica para la perspectiva oficial de la salud pública y de la llamada medicina basada en la evidencia. En efecto, la relación entre los trastornos del sueño y la organización del trabajo es una dimensión marginal para muchos estudiosos. Las alteraciones del ritmo circadiano (ciclo vigilia-sueño) determinan, tal cual lo expresa la autora, la intervención de distintas hormonas tal como la melatonina, la secreción de adrenalina y la nor-adrenalina, que a su vez se acompañan de cambios fisiológicos importantes como son la presión arterial, la glicemia, el ritmo cardiaco, etc.

La apnea obstructiva del sueño constituye un evento adverso cuyas implicaciones en la salud de los trabajadores es muy importante como del resto de la población que lo padece. “Los vuelos transoceánicos y los turnos de trabajo nocturnos aumentan la probabilidad de desarrollar diabetes en personas con predisposición a trastornos metabólicos de este tipo. Según un nuevo estudio, el desajuste del reloj biológico desestabiliza las células pancreáticas secretoras de insulina. Las ojeras, la somnolencia y el mal humor son algunos de los síntomas provocados por un desajuste en el reloj biológico. Ahora, una nueva investigación relaciona el trastorno del ritmo circadiano con la segregación de la insulina y, por lo tanto, con el paso previo a la diabetes y la obesidad.”

“Nuestros resultados muestran que las personas que trabajan en turnos de noche y tienen predisposición a la diabetes tienen más posibilidades de desarrollarla”, dice Orfeu M. Buxton, neurocientífico de la Escuela Médica de Harvard (EE UU), y líder de la investigación que publica *Science Translational Medicine*.

Durante seis semanas, 21 personas sanas participaron en este estudio de laboratorio a corto plazo. Los voluntarios durmieron 10 horas diarias durante las tres primeras semanas, pero luego su descanso se redujo a 5,6 horas de sueño cada 24 horas para simular las rotaciones en los turnos de trabajo. Además, en ese mes y medio no pudieron practicar ejercicio.

La alteración de los ciclos de vigilia-sueño afectó a las células pancreáticas secretoras de insulina, que produjeron un aumento de glucosa en sangre, es decir, el paso previo a la diabetes.

También la masa corporal se vio afectada, ya que los participantes mostraron una caída de la tasa metabólica que se podría traducir en un aumento de peso anual de más de 4,5 kilos.

Recuperar horas de sueño

Los investigadores se sorprendieron al ver que al cabo de nueve días los efectos negativos en el organismo revertían si el reloj circadiano se reajustaba. El asombro vino porque los científicos pensaban que la recuperación de la pérdida de sueño llevaba más de una noche, hasta un fin de semana. También creían que en el caso de los viajes transoceánicos la recuperación llevaba tantos días como horas de jet lag.

Los expertos aún no están seguros de cómo mejorar la salud después de años de interrupción circadiana, pero proponen reducir la frecuencia en los turnos de trabajo para minimizar sus consecuencias. En este sentido, los turnos de trabajo que cambian cada mes serían menos perjudiciales que los que lo hacen cada pocos días” (Referencia Bibliográfica: Buxton, O.M.; Cain, S.W.; O’Connor, S.P.; Porter, J.H.; Duffy, J.F.; Wang,

W.; Czeisler, C.A.; Shea, S.A. “Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption”. Science Translational Medicine 4 (129): 2-11, 11 de abril de 2012). Tomando en consideración lo expuesto por la autora del capítulo y las revisiones científicas es evidente la correlación entre el ritmo circadiano, el síndrome metabólico y sus secuelas de patologías.

Un capítulo de extrema importancia pero no mencionado en el libro anterior es el relativo al cáncer ocupacional. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS ha establecido una clasificación de las sustancias productoras de cáncer en cinco grupos saber:

CLASIFICACION DE LA IARC (Según evaluación de la evidencia científica).

Grupo 1	Grupo 2A	Grupo 2B	Grupo 3	Grupo 4
Cancerígeno para los seres humanos	Cancerígeno para los seres humanos	Posiblemente Cancerígeno para los seres humanos	No se clasifica	Cancerígeno para los seres humanos
La evidencia ha probado que es un agente que se asocia con el cáncer en seres humanos	Existe evidencia limitada de una asociación con el cáncer en seres humanos, pero pruebas suficientes de asociación con el cáncer en animales de experimentación	Existe evidencia limitada de una asociación con el cáncer en seres humanos, pero pruebas insuficientes asociadas con el cáncer en animales de experimentación	La evidencia indica que no es posible clasificarlo como un agente cancerígeno, basados en la información científica disponible	Existen pruebas para demostrar que el agente "no está asociado" con el cáncer en seres humanos
EJEMPLOS	EJEMPLOS	EJEMPLOS	EJEMPLOS	EJEMPLOS
107 agentes incluyendo: > Bebidas Alcohólicas > Amianto (todas las formas) > Arsénico > El benceno > El formaldehído La radiación ionizante (todos los tipos) > Consumo de tabaco, en fumadores y no fumadores > Pintor (exposición ocupacional) > La Luz del sol - Rayos UV (radiación solar?)	58 agentes, incluyendo: > Peluquería o peluquero (exposición ocupacional) > El petróleo refinado (exposición ocupacional) > Trabajo por turnos que implica trastornos circadianos (interrupción a la normalidad los patrones de sueño) > Gases de combustión de automotores > Lámparas bronceadoras	249 agentes, incluyendo: > Café (vejiga y tracto urinaria) > Combustible diesel, marinos > Limpieza en seco (exposición ocupacional) > Bomberos (exposición ocupacional) > Estireno Trabajo en Fabricación Textil > Campos Magnéticos de muy baja frecuencia - Red Eléctrica (ELF) > Polvos de talcos higiénicos.	512 agentes, incluyendo: > Ácido acrílico > Clorados en agua potable dar color al pelo (uso personal) > La iluminación fluorescente. > Campos Eléctricos de muy baja frecuencia - Red Eléctrica (ELF) > Mercurio > Sacarinas	Un agente > Caprolactama Nota: Tener en cuenta que la Caprolactama es altamente tóxica y no debe ser considerado como "seguros", salvo oara esta clasificación.
Referencias: Lista completa de agentes clasificados por IARC - http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php Información de IARC, Terminos & Definiciones - http://monographs.iarc.fr/ENG/Preamble/index.php Explicación de los EMF - http://www.emfexplained.info				

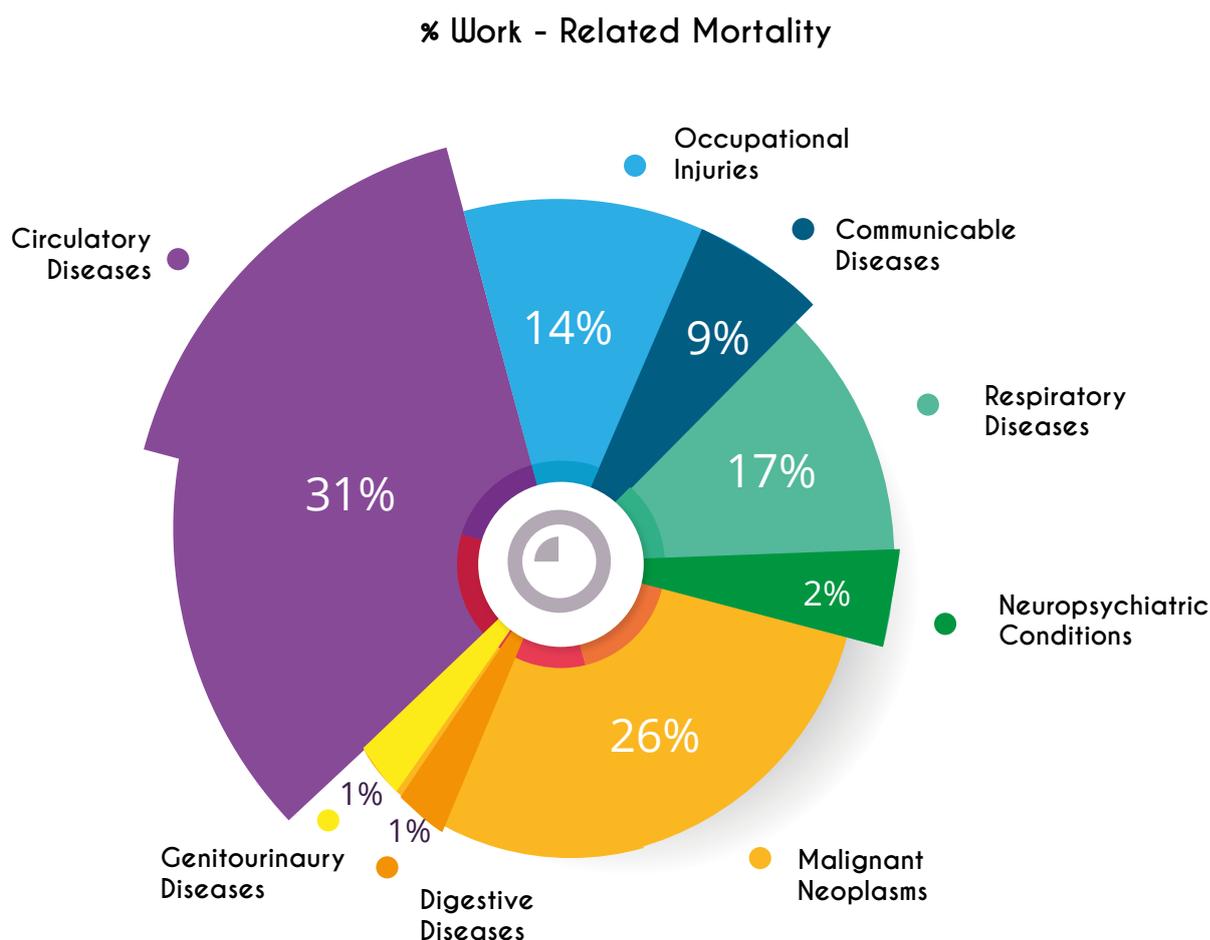
Las categorías mayores de causas de cáncer en seres humanos son: contaminación de aire, agua y comida; factores de dieta; obesidad; inactividad física; tabaquismo; alcohol; radiación solar; factores hormonales; exposiciones tempranas en la vida; virus; herencia; drogas y ocupación. Se ha estimado que la proporción causada por factores relacionados con la ocupación varía

de un escaso porcentaje hasta un 33% 1-12. En el documento global estimates of occupational accidents and work related illnesses 2017 (13). Se observa, en la figura que se detalla a continuación, que la primera causa de muerte del total de las enfermedades relacionadas con el trabajo son las enfermedades cardiovasculares con 31% y luego el cáncer con el 26%.

3.3 Work - Related Diseases

3.3.1 Work - Related Mortality by cause

Figure 1. Breakdown of the Estimated Fatal Work - Related Mortality by Cause in 2015.



In Figure 1, the main causes of death from all work-related diseases were circulatory diseases (31%), work-related cancers (26%), respiratory diseases (17%) and occupational injuries (14%). They formed about 90% of all fatal work-related deaths. Table 6 showed the work-related diseases by WHO regions. Communicable diseases were still a common problem in developing countries. The current burden of 9% had decreased slightly from 10% in 2011 probably due to better estimates since the estimate in 2008 was 25% which was conservative.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA DEL CÁNCER OCUPACIONAL

1. Brugère J, Naud C. La reconnaissance de cancers professionnels en Europe. *BTS Newslet* 2003; 21:42-3.
2. Doll R, Peto R. The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst.* 1981; 6:1191-308.
3. Higgingson J, Muir CS. Environmental carcinogenesis: Misconceptions and limitations to cancer control. *J Natl Cancer Inst.* 1979; 63:1291-8.
4. Morabia A, Markowitz S, Garibaldi K, Wynder E. Lung cancer and occupation: Results of a multicentre case-control study. *Br J Ind Med.* 1992; 49:721-7.
5. Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health.* 2001; 27:161-213.
6. Ojajarvi IA, Partanen TJ, Ahlbom A, Boffetta P, Hakulinen T, Jourenkova N, et al. Occupational exposures and pancreatic cancer: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2000; 57:316-24.
7. Causas y prevención del cáncer ocupacional / Partanen T et al 204 *Acta méd. costarric.* Vol 51 (4), octubre-diciembre 2009
8. Prevention of occupational cancer. Ginebra: Organización Mundial de Salud. GOHNET Global Occupational Network 2006; En: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnet11e.pdf.
9. Pastorino U, Berrino F, Gervasio A, Pesenti V, Riboli E, Crosignani P. Proportion of lung cancers due to occupational exposure. *Int J Cancer.* 1984; 33:231-7.
10. Siemiatycki J, Richardson L, Straif K, Latréille B, Lakhani R, Campbell S, et al. Listing occupational carcinogens. *Environ Health Perspect.* 2004; 112:1447-59.
11. Steenland K, Loomis D, Shy C, Simonsen N. Review of occupational lung carcinogens. *Am J Ind Med.* 1996; 29:474-90.
12. Vineis, Thomas T, Hayes R, Blot W, Mason T, Pickle L, et al. Proportion of lung cancers in males due to occupations in different areas of the U.S. *Int J Cancer.* 1988; 42:851-6.
13. Global Estimates of Occupational Accidents and Work Related Illnesses 2017. Instituto de Salud y Seguridad en el Trabajo. Finlandia/Singapore 2017.

las ENT en la población en general y es inexistente la información relativa a los trabajadores dada la baja valoración epidemiológica del trabajo como factor determinante de la salud en la práctica médica oficial y en las escuelas formadoras.

Para el año 2017 se han obtenido las siguientes

tasas en la mortalidad en la población en general.

No obstante, solo se pueden obtener tasas

Cuadro 11. DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN CAUSA: AÑO 2017

Código (1)	Causa (1)	Defunciones					
		Total		Hombres		Mujeres	
		Número	Tasa (2)	Número	Tasa (2)	Número	Tasa (2)
	TOTAL.....	19,482	475.4	11,096	539.7	8,386	410.7
025-044	Tumores (neoplasias) malignos.....	3,061	74.7	1,586	77.1	1,475	72.2
055	Enfermedades cerebrovasculares.....	1,667	40.7	909	44.2	758	37.1
053	Enfermedades isquémicas del corazón.....	1,623	39.6	953	46.4	670	32.8
073-080	Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia.....	1,458	35.6	1,236	60.1	222	10.9
054	Otras enfermedades del corazón.....	1,392	34.0	769	37.4	623	30.5
046	Diabetes mellitus.....	1,255	30.6	584	28.4	671	32.9
052	Enfermedades hipertensivas.....	675	16.5	345	16.8	330	16.2
061	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.....	558	13.6	306	14.9	252	12.3
019	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	551	13.4	400	19.5	151	7.4
069	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.....	453	11.1	254	12.4	199	9.7
	Las demás causas.....	6,789	165.7	3,754	182.6	3,035	148.6

(1) Con base en la Lista de mortalidad de 80 grupos de causas de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Décima revisión).

No obstante, solo se pueden obtener tasas específicas por mortalidad/ocupación hasta el 2012 (ya que los siguientes años se eliminó la información relativa a la mortalidad específica por ocupación).

La Universidad Especializada de las Américas ha realizado una investigación sobre la Tasa de mortalidad específica por ocupación (en el periodo 1998-2012) que a continuación se describe.

La mortalidad de los trabajadores aparece desdibujada de los informes del Ministerio de Salud y, por ende, de la Contraloría General de la República cuyas estadísticas vitales descansan en la primera. Un primer intento por definir la causalidad entre muerte y ocupación revela lo siguiente para el periodo 2002-2012.

2002

Código	Población	CAUSAS					Muer	Tasas x 100000				
		025-044	053	055	019	073-081		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
OCUPACIÓN		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	152,433	7	5	2	0	11	25	4.59	3.28	1.31	0.00	7.22
Profesionales, científicos	103,876	63	11	7	13	37	131	60.65	10.59	6.74	12.51	35.62
Técnicos, profesionales de nivel medio	55,025	14	6	3	3	15	41	25.44	10.90	5.45	5.45	27.26
Empleados de oficina	142,747	25	7	8	2	20	62	17.51	4.90	5.60	1.40	14.01
Servicios personales, vendedores	202,444	37	26	21	24	116	224	18.28	12.84	10.37	11.86	57.30
Trabajadores agropecuarios	184,016	157	79	111	16	228	591	85.32	42.93	60.32	8.69	123.90
Artesanos y ocupaciones afines	151,995	50	16	17	22	112	217	32.90	10.53	11.18	14.47	73.69
Operadores y conductores	84,728	24	15	7	11	81	138	28.33	17.70	8.26	12.98	95.60
Vendedores ambulantes, obreros	232,831	52	28	21	37	120	258	22.33	12.03	9.02	15.89	51.54
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,310,095	429	193	195	128	740	1687	32.75	14.73	14.88	9.77	56.48

2003

Código	Población	CAUSAS					Muer	Tasas x 100000				
		025-044	053	055	019	073-081		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
OCUPACIÓN		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	34,260	8	5	1	1	13	28	23.35	14.59	2.92	2.92	37.95
Profesionales, científicos	109,466	55	15	14	7	32	123	50.24	13.70	12.79	6.39	29.23
Técnicos, profesionales de nivel medio	60,009	12	5	3	2	22	44	20.00	8.33	5.00	3.33	36.66
Empleados de oficina	139,989	28	5	7	4	14	58	20.00	3.57	5.00	2.86	10.00
Servicios personales, vendedores	204,806	45	35	17	28	116	241	21.97	17.09	8.30	13.67	56.64
Trabajadores agropecuarios	188,640	178	101	81	19	231	610	94.36	53.54	42.94	10.07	122.46
Artesanos y ocupaciones afines	153,697	60	29	16	17	114	236	39.04	18.87	10.41	11.06	74.17
Operadores y conductores	86,068	22	16	15	6	74	133	25.56	18.59	17.43	6.97	85.98
Vendedores ambulantes, obreros	236,110	66	35	23	34	161	319	27.95	14.82	9.74	14.40	68.19
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,213,045	474	246	176	118	777	1792	39.08	20.28	14.51	9.73	64.05

2004

Código	Población	CAUSAS					Muer	Tasas x 100000				
		025-044	053	055	019	073-081		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
OCUPACIÓN		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por VIH	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	35,253	8	5	1	1	13	28	22.69	14.18	2.84	2.84	36.88
Profesionales, científicos	109,607	55	15	14	7	32	123	50.18	13.69	12.77	6.39	29.20
Técnicos, profesionales de nivel medio	57,705	12	5	3	2	22	44	20.80	8.66	5.20	3.47	38.12
Empleados de oficina	152,018	28	5	7	4	14	58	18.42	3.29	4.60	2.63	9.21
Servicios personales, vendedores	207,881	45	35	17	28	116	241	21.65	16.84	8.18	13.47	55.80
Trabajadores agropecuarios	182,660	178	101	81	19	231	610	97.45	55.29	44.34	10.40	126.46
Artesanos y ocupaciones afines	166,334	60	29	16	17	114	236	36.07	17.43	9.62	10.22	68.54
Operadores y conductores	92,315	22	16	15	6	74	133	23.83	17.33	16.25	6.50	80.16
Vendedores ambulantes, obreros	252,820	66	35	23	34	161	319	26.11	13.84	9.10	13.45	63.68
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,256,593	474	246	176	118	777	1792	37.72	19.58	14.01	9.39	61.83

2005

Código		073-080	025-044	053	072	55		Tasas x 100000										
								OCUPACIÓN	Población	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Todas las demás Enfermedades	Enfermedades cerebro-vasculares	Muertes	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.
		2	5	5	2	3	17											
Poder Ejecutivo, gerentes	35,243							5.67	14.19	14.19	5.67	8.51						
Profesionales, científicos	114,139	45	54	18	15	7	139	39.43	47.31	15.77	13.14	6.13						
Técnicos, profesionales de nivel medio	61,614	22	9	3	8	2	44	35.71	14.61	4.87	12.98	3.25						
Empleados de oficina	152,713	21	42	4	9	5	81	13.75	27.50	2.62	5.89	3.27						
Servicios personales, vendedores	232,925	105	51	30	15	13	214	45.08	21.90	12.88	6.44	5.58						
Trabajadores agropecuarios	186,254	184	140	77	80	81	562	98.79	75.17	41.34	42.95	43.49						
Artesanos y ocupaciones afines	171,026	132	37	28	15	16	228	77.18	21.63	16.37	8.77	9.36						
Operadores y conductores	93,200	70	33	18	12	13	146	75.11	35.41	19.31	12.88	13.95						
Vendedores ambulantes, obreros	254,350	163	58	31	23	19	294	64.08	22.80	12.19	9.04	7.47						
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,301,464	744	429	209	179	159	1725	57.17	32.96	16.06	13.75	12.22						

2006

Código		025-044	053	055	072	073-081	Muer	Tasas x 100000				
		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	37,120	10	8	0	0	4	22	26.94	21.55	0.00	0.00	10.78
Profesionales, científicos	112,805	75	29	9	13	39	165	66.49	25.71	7.98	11.52	34.57
Técnicos, profesionales de nivel medio	56,685	13	4	1	5	20	43	22.93	7.06	1.76	8.82	35.28
Empleados de oficina	157,874	23	5	4	9	32	73	14.57	3.17	2.53	5.70	20.27
Servicios personales, vendedores	216,287	47	22	20	11	134	234	21.73	10.17	9.25	5.09	61.95
Trabajadores agropecuarios	195,735	170	109	65	95	259	698	86.85	55.69	33.21	48.54	132.32
Artesanos y ocupaciones afines	182,357	50	47	14	13	162	286	27.42	25.77	7.68	7.13	88.84
Operadores y conductores	85,710	27	19	8	13	68	135	31.50	22.17	9.33	15.17	79.34
Vendedores ambulantes, obreros	270,097	78	34	27	20	175	334	28.88	12.59	10.00	7.40	64.79
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,314,670	493	277	148	179	893	1990	37.50	21.07	11.26	13.62	67.93

2007

Código	025-044	053	055	072	073-081	Muertes	Tasas x 100000					
							Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	
OCUPACIÓN	Población	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	
Poder Ejecutivo, gerentes	37,879	6	3	0	2	2	13	15.84	7.92	0.00	5.28	5.28
Profesionales, científicos	121,616	62	25	10	10	36	143	50.98	20.56	8.22	8.22	29.60
Técnicos, profesionales de nivel medio	64,726	20	6	1	5	14	46	30.90	9.27	1.54	7.72	21.63
Empleados de oficina	153,955	42	7	6	12	30	97	27.28	4.55	3.90	7.79	19.49
Servicios personales, vendedores	226,741	38	22	14	6	92	172	16.76	9.70	6.17	2.65	40.57
Trabajadores agropecuarios	185,828	149	96	79	91	212	627	80.18	51.66	42.51	48.97	114.08
Artesanos y ocupaciones afines	189,404	59	42	15	13	157	286	31.15	22.17	7.92	6.86	82.89
Operadores y conductores	87,876	24	23	10	14	74	145	27.31	26.17	11.38	15.93	84.21
Vendedores ambulantes, obreros	272,748	87	59	24	22	242	434	31.90	21.63	8.80	8.07	88.73
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,340,773	487	283	159	175	859	1963	36.32	21.11	11.86	13.05	64.07

2008

Código		CAUSAS						Tasas x 100000				
		025-044	053	055	072	073-081						
OCUPACIÓN	Población	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Muertes	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedades cerebro-vasculares	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	42,695	12	5	0	3	11	31	28.11	11.71	0.00	7.03	25.76
Profesionales, científicos	129,356	67	13	11	7	36	134	51.80	10.05	8.50	5.41	27.83
Técnicos, profesionales de nivel medio	70,238	22	4	4	1	25	56	31.32	5.69	5.69	1.42	35.59
Empleados de oficina	164,599	32	8	3	10	31	84	19.44	4.86	1.82	6.08	18.83
Servicios personales, vendedores	231,811	37	19	9	10	98	173	15.96	8.20	3.88	4.31	42.28
Trabajadores agropecuarios	183,388	142	75	70	81	224	592	77.43	40.90	38.17	44.17	122.15
Artesanos y ocupaciones afines	203,121	64	38	21	16	189	328	31.51	18.71	10.34	7.88	93.05
Operadores y conductores	99,416	22	21	15	5	103	166	22.13	21.12	15.09	5.03	103.61
Vendedores ambulantes, obreros	326,181	82	53	23	27	259	444	25.14	16.25	7.05	8.28	79.40
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,450,805	480	236	156	160	976	2008	33.09	16.27	10.75	11.03	67.27

2009

Código	073-08 I	CAUSAS					72	Muer	Tasas x 100000				
		025-044	053	019	019	72			Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades
OCUPACIÓN	Población	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Muer	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	
Poder Ejecutivo, gerentes	43,253	14	9	10	2	1	36	32.37	20.81	23.12	4.62	2.31	
Profesionales, científicos	134,878	37	60	22	15	14	148	27.43	44.48	16.31	11.12	10.38	
Técnicos, profesionales de nivel medio	80,113	30	23	12	4	3	72	37.45	28.71	14.98	4.99	3.74	
Empleados de oficina	171,483	32	38	5	13	9	97	18.66	22.16	2.92	7.58	5.25	
Servicios personales, vendedores	240,694	165	67	29	33	22	316	68.55	27.84	12.05	13.71	9.14	
Trabajadores agropecuarios	188,143	199	142	88	18	71	518	105.77	75.47	46.77	9.57	37.74	
Artesanos y ocupaciones afines	207,042	231	65	45	26	18	385	111.57	31.39	21.73	12.56	8.69	
Operadores y conductores	98,607	108	34	32	11	11	196	109.53	34.48	32.45	11.16	11.16	
Vendedores ambulantes, obreros	267,879	325	82	53	62	26	548	121.32	30.61	19.79	23.14	9.71	
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,432,092	1141	520	286	184	175	2316	79.67	36.31	19.97	12.85	12.22	

2010

Código		CAUSAS					Muer	Tasas x 100000				
		025-044	053	055	072	073-081		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
OCUPACIÓN	Población	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia	Muer	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	42,841	9	6	2	4	11	32	21.01	14.01	4.67	9.34	25.68
Profesionales, científicos	42,841	70	28	14	14	38	164	163.39	65.36	32.68	32.68	88.70
Técnicos, profesionales de nivel medio	77,682	23	8	5	5	29	70	29.61	10.30	6.44	6.44	37.33
Empleados de oficina	175,960	27	12	11	13	41	104	15.34	6.82	6.25	7.39	23.30
Servicios personales, vendedores	242,448	56	29	33	22	147	287	23.10	11.96	13.61	9.07	60.63
Trabajadores agropecuarios	184,903	124	75	13	82	236	530	67.06	40.56	7.03	44.35	127.63
Artesanos y ocupaciones afines	204,796	63	35	24	23	239	384	30.76	17.09	11.72	11.23	116.70
Operadores y conductores	107,243	31	23	13	8	96	171	28.91	21.45	12.12	7.46	89.52
Vendedores ambulantes, obreros	268,676	97	74	68	50	354	643	36.10	27.54	25.31	18.61	131.76
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,347,390	500	290	183	221	1191	2385	37.11	21.52	13.58	16.40	88.39

2011

Código	Población	CAUSAS					Muertes	Tasas x 100000				
		025-044	053	055	072	073-081		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	88,283	8	4	3	3	8	26	9.06	4.53	3.40	3.40	9.06
Profesionales, científicos	148,518	86	35	9	19	34	183	57.91	23.57	6.06	12.79	22.89
Técnicos, profesionales de nivel medio	123,955	25	2	6	4	33	70	20.17	1.61	4.84	3.23	26.62
Empleados de oficina	109,886	29	7	15	8	20	79	26.39	6.37	13.65	7.28	18.20
Servicios personales, vendedores	273,328	64	22	29	15	130	260	23.42	8.05	10.61	5.49	47.56
Trabajadores agropecuarios	128,021	91	53	16	61	202	423	71.08	41.40	12.50	47.65	157.79
Artesanos y ocupaciones afines	188,426	54	46	21	23	256	400	28.66	24.41	11.14	12.21	135.86
Operadores y conductores	113,545	27	15	11	9	99	161	23.78	13.21	9.69	7.93	87.19
Vendedores ambulantes, obreros	342,600	118	101	50	65	403	737	34.44	29.48	14.59	18.97	117.63
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,516,562	502	285	160	207	1185	2339	33.10	18.79	10.55	13.65	78.14

2012

Código		CAUSAS					Muertes	Tasas x 100000				
		025-044	053	055	072	073-081		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
OCUPACIÓN	Población	Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia		Tumores (neoplasias) malignos.	Enfermedades isquémicas del corazón.	Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH	Todas las demás Enfermedades	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otra violencia
Poder Ejecutivo, gerentes	107,459	14	3	2	7	13	39	13.03	2.79	1.86	6.51	12.10
Profesionales, científicos	166,060	89	14	15	18	38	174	53.60	8.43	9.03	10.84	22.88
Técnicos, profesionales de nivel medio	131,117	32	6	9	6	20	73	24.41	4.58	6.86	4.58	15.25
Empleados de oficina	115,965	39	4	18	13	23	97	33.63	3.45	15.52	11.21	19.83
Servicios personales, vendedores	302,126	73	25	38	18	140	294	24.16	8.27	12.58	5.96	46.34
Trabajadores agropecuarios	121,293	121	68	20	52	237	498	99.76	56.06	16.49	42.87	195.39
Artesanos y ocupaciones afines	194,021	79	34	18	8	221	360	40.72	17.52	9.28	4.12	113.91
Operadores y conductores	117,289	34	20	11	9	108	182	28.99	17.05	9.38	7.67	92.08
Vendedores ambulantes, obreros	332,726	96	87	48	39	411	681	28.85	26.15	14.43	11.72	123.53
TOTAL DE DEFUNCIONES	1,588,056	577	261	179	170	1211	2398	36.33	16.44	11.27	10.70	76.26

De los cuadros anteriores se desprenden variaciones importantes en la mortalidad por enfermedades crónicas en los trabajadores según ocupación en relación a la población en general. El profundizar estas investigaciones para mayor precisión es una tarea de los investigadores en salud de los trabajadores.

CONCLUSIONES

1. La baja valoración epidemiológica de la categoría trabajo como factor social determinante de la salud que prevalece en la teoría y práctica sanitaria oficial (en especial la teoría y práctica de la medicina), en las instituciones formadoras de recursos para la salud asociado a la nefasta estrategia de ocultamiento de la OPS (en menor grado la OMS) y las políticas neoliberales de la salud ha hecho posible que se considere la categoría trabajo como un componente de la categoría ambiente. Esta visión obedece más a motivaciones ideológicas y clasistas que a técnicas. Si bien es cierto que el ambiente natural, la naturaleza, el hábitat y los sistemas ecológicos sufren la presencia devastadora de los seres humanos que se expresan en contaminaciones, desastres naturales, cambio climático, etc.

A la vez bajo estas concepciones se oculta la naturaleza destructiva del ambiente y de los seres humanos como consecuencia de los procesos de producción así como la valorización del capital que se manifiesta en valor de uso y valor de cambio. Como resultado del modelo económico vigente se ha creado una red de depredadores ambientales que junto a la explotación del trabajo humano se combinan para la acción destructiva arriba señalada. Aunque las realidades son muy distintas entre sectores, las relaciones y sinergias entre el medio ambiente de trabajo (interior) y el medio ambiente natural (exterior) parecen claras. De hecho, los riesgos
- ambientales del medio natural dependen en buena parte de cómo se desarrolla la gestión de la actividad productiva o de servicios y los sistemas de prevención: vertidos al agua, emisiones a la atmósfera, prevención y gestión de residuos, emisiones de ruido y olores, uso de recursos naturales, materias primas y energía, movilidad de sus empleados (desplazamientos profesionales y al centro de trabajo) así como el transporte de sus productos, riesgo de accidentes graves, efectos sobre el territorio y el entorno natural, etc.
2. La gran mayoría de las empresas se caracteriza por una minusvaloración de los efectos ambientales de su actividad productiva y la presión al trabajador/a ante el cuestionamiento del ambiente laboral con los costes asociados, la competitividad y, en definitiva, la supervivencia del propio puesto de trabajo están presentes en las tomas de decisiones. A menudo se usan argumentos de confrontación fácil, más que contrastable, cuando se dice que las mejoras del medio ambiente interno, pasan por la externalización fuera del problema. En otras ocasiones, se ejemplifican modelos ambientales que no dan respuesta a las necesidades y problemas sociales. Si bien, las relaciones en lo concreto entre organizaciones laborales y ambientales no han estado exentas de tensiones, también van acumulando ejemplos de luchas conjuntas "(1)".
3. El carácter bifacético de la relación salud/trabajo (2) revela de manera clara el porque se destruye fuerza/trabajo con el objeto de maximizar la cuota media de ganancia, considerando que el capital requiere de su preservación para evitar la caída tendencial de la cuota media de ganancia. En efecto, hay que considerar tanto el trabajo concreto como el trabajo abstracto.

3.1 El trabajo concreto en su relación con el proceso salud-enfermedad.

El trabajo concreto es inversión de fuerza trabajo bajo una forma concreta que se encamina a un fin, y así considerado como trabajo concreto, útil produce valores de uso. "El trabajo es en primer lugar, un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. Al operar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla, transforma a la vez su propia naturaleza. Desarrolla las potencias que dormitaban en ella y sujeta a su señorío el juego de fuerzas de la misma" (3). Así considerado el trabajo útil, creador de valores de uso, se constituye en un estímulo que desarrolla las capacidades físicas y mentales del ser humano, es decir, en un productor de salud. Salud es definido, por consiguiente, como el máximo desarrollo de las potencialidades del hombre de acuerdo al grado de avance logrado por la sociedad en un período histórico determinado. En el capitalismo, el trabajador no puede desplegar todas sus potencialidades en el grado que sería factible, según el desarrollo de las fuerzas productivas, y es así que su crecimiento físico y mental es coartado en relación a las posibilidades. Por consiguiente, cuando no existen las condiciones objetivas y subjetivas para que el trabajo sea estímulo de las potencialidades se convierte en un producto de enfermedad como sucede en las sociedades capitalistas. La contraposición entre trabajo y ocio, de la visión tradicional del trabajo y no trabajo, se coloca en una nueva perspectiva al plantear la oposición entre el trabajo libre y el trabajo alienado y no entre el ocio y el trabajo.

El no trabajo supone la no ejercitación de la fuerza de trabajo, es decir, las potencialidades de la persona que no trabaja no son incentivadas, animadas, produciéndose un desarrollo mezquino tanto en el orden físico como mental. El capitalismo lo define como desempleo incluyendo en esta categoría trabajos no remunerados tales como

por ejemplo, el que realiza la mujer en el hogar y de este modo la categoría desempleo encubriría los efectos del no trabajo. Según, Sigerist(4) el trabajo es un factor poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo. El músculo que no se usa se atrofia; el cerebro inactivo se deteriora. Los desocupados enferman más frecuentemente, no sólo por su bajo nivel de vida, sino también porque la ociosidad forzada, al trastornar el ritmo de sus vidas, deteriora su equilibrio físico y mental (4). Surgen de esta forma las enfermedades del desempleo, un fenómeno crónico del capitalismo que se acentúa durante las crisis de sobreproducción y del cambio tecnológico. Hay pocos estudios en la República de Panamá que vinculan el desempleo con la salud de los trabajadores. Es más la legislación vigente (Ley 51 de Seguridad Social y el Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970) castiga a los trabajadores desempleados al margen de su exposiciones en su vida laboral.

Si bien es cierto que en el siglo XX y XXI, las concepciones sobre la relación entre trabajo y salud o desempleo y salud han experimentado cambios importantes relacionados con el desarrollo de la tecnología, de la organización del trabajo vinculadas a las variaciones del capitalismo (del estado benefactor al estado neoliberal). Estudios e investigaciones del impacto a la salud de los trabajadores durante la fase de globalización y del neoliberalismo son insuficientes en el país.

3.2 El Trabajo abstracto y su relación con el proceso salud enfermedad

Al considerar que durante de desarrollo capitalista actual las características del trabajo permanecen constantes en el que los trabajadores (intelectuales, especializados y no especializados) realizan diferentes tipos de trabajo en atención a la vigente división social y técnica del trabajo es posible establecer las consecuencias de las variaciones y ciclos de trabajo en el despliegue de la fuerza trabajo sobre el proceso salud

enfermedad. Por ende, la cantidad de energía gastada en el trabajo (trabajo abstracto) afecta la salud de los trabajadores y, en consecuencia, es necesario investigar lo que se denomina por Julio Neffa (5) las condiciones y medio ambiente de trabajo. Entre ellas las más importantes son:

Jornada de trabajo: Horas de trabajo diario, por semana, horas extra, turnos de trabajo, doble turnos, vacaciones, pausas de descanso, día libres de descanso.

Este conjunto de factores de riesgos se traducen un incremento del tiempo de exposición a los factores de riesgos o a una intensificación del trabajo.

Estudios sobre esta situación son muy limitados en el país. No obstante, hay evidencia de ellos en los diferentes procesos de trabajo. Ejemplos: la denuncia de los capitanes de cubierta de remolcadores de la ACP sobre el exceso de trabajo y la fatiga laboral a través de un estudio epidemiológico de tipo transversal, a la vez rechazado por el Ministerio de Salud. El trabajo de las enfermeras sometidas a condiciones de trabajo que recuerdan los tiempos de la esclavitud. El caso de los médicos internos y residentes que laboran más de 48 horas a la semana, so pretexto de turnos, siendo en promedio entre 60 a 72 horas por semana. En ambos casos violando las normas mínimas de trabajo. ¿Qué dice el MITRADEL? nada y la CSS negando los efectos a la salud de los trabajadores mediante una policía administrativa y médica que castiga a los trabajadores tanto en sus prestaciones como en caso de protestas ACP, MINSA/CSS con sus aparatos represivos permitiendo el aumento de la carga física, mental y ambiental de los trabajadores del Estado. Por otro lado, los sindicatos auspiciando no solo el plus de peligrosidad (la venta de la salud y seguridad por dinero) sino el trabajo extraordinario sobre todo en la construcción, agricultura, minería, industrias y los gremios médico y de salud favoreciendo el pago del trabajo extraordinario o por turnos.

Las estadísticas de empleo indican que los trabajadores panameños laboran más horas de trabajo de lo permitido por la legislación laboral y ¿Qué dice el MITRADEL?

Sistemas de Remuneración: las formas de remuneración se establecen en base al salario mínimo o a los pactos entre las partes (acuerdos de huelga, convenios colectivos, por la relación individual patrono-trabajador). El Código de Trabajo prevé la prohibición en el pago del salario a destajo, por producción o tareas en actividades peligrosas e insalubres; pero su reglamentación es inexistente desde hace 47 años, así mismo prohíbe el trabajo de mujeres y niños, ancianos y discapacitados que, sin embargo, reciben ingresos por debajo del mínimo, sin prestaciones laborales y sociales. ¿Qué hacen al respecto el MITRADEL, MINSA y CSS?

Organización y división del trabajo: constituye la piedra angular mediante la cual se expresa el proceso de explotación de los trabajadores en general y oculta este fenómeno con la expresión factores de riesgos psicosociales y ergonómicos dejando a un lado el concepto de carga global de trabajo y de exigencias entendida como las imposiciones a que se someten los trabajadores. La ergonomía como parte de la organización del trabajo es otro elemento a comprender y desarrollar. Ha sido limitada los trastornos musculoesqueléticos olvidándose del concepto de hombre-sistema de trabajo (hombre máquina, hombre herramientas, hombre proceso de trabajo).

La organización y división del trabajo es la base de sustentación de la jornada de trabajo y de los sistemas de remuneración y, por ende, de las exposiciones a los factores de riesgos en el trabajo.

Medio Ambiente de Trabajo: representa las condiciones ambientales de trabajo (conocida como higiene ocupacional) y las condiciones de los medios de producción (conocida como

seguridad ocupacional). Estos dos aspectos hacen una abstracción de la organización y división del trabajo y hasta allí se ha quedado la salud de los trabajadores en Panamá.

En este escenario concurren dos elementos de extrema importancia a saber:

- a) El ahorro del capital constante.
- b) La nocividad ambiental.

En el ahorro del capital constante (tecnología preventiva del trabajo y ambiental) se crean las condiciones para el hacinamiento de los lugares de trabajo, en la infraestructura de edificios, concentración de máquinas peligrosas y la exposición ambiental a contaminantes (físicos, biológicos, químicos) los métodos y técnicas de trabajo adversas desde la perspectiva organizacional, la nocividad y la peligrosidad, mala calidad de aires de interiores, etc. Ello es consecuencia del hecho de que la inversión en capital constante no genera plusvalía y, por ello, se asiste a la caída tendencial de la cuota de ganancia, para evitar esta situación el capital se ve obligado a disminuir sus costos en capital variable. En consecuencia recurre a la plusvalía absoluta (trabajo extraordinario), a la plusvalía relativa (intensificación del ritmo de trabajo, sobre carga mental y física) y a la reducción de salarios. Por ello, el capital aduce que la prevención no es rentable. No obstante, con el objeto de seguir esquilmando a los trabajadores se utiliza el término de productividad so pretexto de fuente de la inversión para la prevención. Que igualmente el capital los sustrae a los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

1. Juan C. García. Pensamiento Social en Salud en América Latina Capítulo 5. La categoría Trabajo en Medicina. Macgraw Grill/OPS. 1994.
2. Judith Carreras García. Trabajo, medio ambiente y salud: Retos y oportunidades desde la óptica de la salud laboral. Revista Ecología. Junio del 2009.
3. Juan C. García. Pensamiento Social en Salud en América Latina Capítulo 5. La categoría Trabajo en Medicina. Macgraw Grill/OPS. 1994.
4. Carlos Marx. El capital, Siglo XXI, México, 1975, Tomo 1, Vol. 2, p. 57.
5. Henry Sigerist, Civilización y Enfermedad, Fondo de Cultura Económica, México, 1946, p. 59.
6. Julio Neffa. ¿Qué son las Condiciones y Medio ambiente de trabajo? Área de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales del Trabajo (SECYT) Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CONICET) CREDAL - Unidad Asociada N° 11 al Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) EDITORIAL HVMANITAS. Edición del 2002.

GLOSARIO

1. Biologicista	Modelo que conceptualiza la salud excluyendo el entorno social, modelo unicausal, reduccionista, se trata de un fenómeno biológico e individual. La enfermedad es la respuesta a la acción de un agente externo sobre el organismo; la salud implica la ausencia del agente. No explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad. Descifra parcialmente las causas de la enfermedad sin descubrir el papel de otros factores. Este pensamiento mecánico, lineal y demasiado simple se mostró insuficiente para comprender y explicar la complejidad de los problemas de salud.
2. Bio-psico-social	Modelo que consiste en integrar los factores emocionales, sociales y comportamentales en el proceso salud-enfermedad. Se basa en la interacción (no sumatoria) de los tres determinantes principales del estado de salud: el biológico, el psicológico y el social.
3. Bio-síquicas	“Es la ciencia que estudia el cuerpo psíquico o biopsíquico (proviene de “Bio” que significa “vida” y de “Psiquis” que significa “alma”, para denotar “cuerpo paralelo al físico que da y conserva la vida”
4. Cardio-circulatorio	Del corazón y los vasos sanguíneos o relacionado con ellos. El sistema cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos: arterias, venas y capilares. Se trata de un sistema de transporte en el que una bomba muscular (el corazón) proporciona la energía necesaria para mover el contenido (la sangre), en un circuito cerrado de tubos elásticos (los vasos).
5. Disarmónicas	Equilibrio al interior del organismo vivo: Estar vivo es atisbar en el horizonte el término natural del hecho de haber nacido y asumir la dialéctica que le es propia, salud-enfermedad, y consentir que la precariedad del equilibrio es una constante que hace vivir y explayar la potencia de lo sensible.
6. Ergo-audiométricas	Medición de la capacidad auditiva del trabajador en relación a su exposición al ruido a consecuencia del trabajo en función de la prevención: Ergo Audiología.
7. Hospitalocéntrica	Organización del Sistema de salud en torno a la atención hospitalaria a través de un entramado de estructuras centradas exclusivamente en enfermedades, cultura de la medicalización

8. Morbi-mortalidad	Relativo a las enfermedades y los fallecimientos
9. Osteomusculares	Relativo al sistema óseo y muscular
10. Patocéntrico	Centrado en la patología o enfermedad
11. Psico-fisiológico	Se centra en cómo el cerebro analiza los estímulos internos y externos y organiza las respuestas (emocionales, motivacionales y cognitivas) en un ambiente que suele ser cambiante. Disciplina muy ligada a la Psicología experimental que analiza los cambios fisiológicos que tienen lugar ante determinadas situaciones o ante la presentación de estímulos discretos. En este sentido, no se interviene sobre el sistema nervioso sino que se registran un conjunto de señales psicofisiológicas a partir de diferentes técnicas, por ello las investigaciones se realizan en seres humanos. Por otro lado, existe una disciplina que está íntimamente ligada (incluso a veces solapada) con la Psicología Fisiológica: la Neurociencia cognitiva.
12. Psico-patología	Disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Estudia lo anormal, lo desviado, lo desadaptado, lo trastornado, lo desorganizado, etc.; cuyo interés se centra en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica y se plantea como objetivo principal descubrir leyes que regulan la conducta anormal o patológica mediante el método científico .
13. Psiquiatrización	Fenómeno de medicalización en el campo de la Salud Mental.
14. Medicalización	Forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces.
15. Silicosis	La silicosis es una de las enfermedades respiratorias de origen ocupacional. Está ocasionada por inhalación de sílice cristalina que desencadena una respuesta fibrótica en el parénquima pulmonar. Se presenta como una enfermedad intersticial difusa y su expresión clínica es variable, existiendo desde formas asintomáticas hasta la insuficiencia respiratoria crónica.

