

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**

---

**UNIDAD XOCHIMILCO  
MAESTRIA DE SALUD EN EL TRABAJO**

**EL TRABAJO Y LA SALUD**

**REFLEXIONES TEORICO-METODOLOGICAS  
MONITOREO EPIDEMIOLOGICO  
ATENCION BASICA DE LA SALUD**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN SALUD EN EL TRABAJO**

**PRESENTA:  
OSCAR F. BETANCOURT M.**

**México, D.F. marzo 1995**

**2**

## **CONTENIDO**

<b>PRESENTACION</b>	<b>I</b>
<b>1. TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</b>	<b>1</b>
<b>LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN ALGUNOS PAISES</b>	<b>1</b>
<b>LA RELACION SALUD Y TRABAJO</b>	<b>7</b>
<b>LA CATEGORIA TRABAJO</b>	<b>14</b>
El carácter social del trabajo	18
Dimensiones del trabajo no consideradas por la salud ocupacional	21
Nuevos retos en el estudio del trabajo	28
<b>LA SALUD Y LA ENFERMEDAD</b>	<b>36</b>

EL SUSTENTO TEORICO DE LA SALUD OCUPACIONAL	40
La externalidad del trabajo	42
La triada ecológica en la salud ocupacional	43
El eclecticismo de los "riesgos" del trabajo	50
Las enfermedades relacionadas con el trabajo	53
Las disciplinas en la salud ocupacional	54
<b>2 LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: UN DESTAQUE DE LOS RETOS MAS IMPORTANTES</b>	<b>57</b>
LA SALUD DE LOS TRABAJADORES COMO UN PROCESO INTEGRAL	58
La producción y el consumo	58
El polo positivo del trabajo	61
LA ORGANIZACION DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN	62
LO PREVENTIVO Y LO INTEGRAL	63
LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES	65

LA TRIANGULACION METODOLOGICA	70
Ideas básicas	71
Alcances	73
Lo cualitativo y lo cuantitativo	73
Las técnicas cualitativas	75
Técnicas cuantitativas	77
La aplicación de las técnicas en la triangulación	78
LA SALUD MENTAL	84
LO PUBLICO Y LO PRIVADO	85
DESAFIOS ESPECIALES	86
LA SALUD DE LOS TRABAJADORES UN RETO DE TODOS	88
<b>3. EL MONITOREO EPIDEMIOLOGICO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</b>	<b>91</b>
CRITERIOS BASICOS	93
OBJETIVO GENERAL	96
OBJETIVOS ESPECIFICOS	96
REQUISITOS NECESARIOS	97
CARACTERISTICAS	100

OTRAS PARTICULARIDADES	103
MODALIDADES DE MONITOREO EPIDEMIOLOGICO	107
RECOLECCION DE LA INFORMACION	108
NOTIFICACION	111
TAMIZAJE MEDICO	113
PROCESAMIENTO Y ANALISIS	117
ACTIVIDADES Y NIVELES DE INTERVENCION	118
EL EVENTO CENTINELA	123
REDES DE NOTIFICACION CENTINELA	126
<b>4. ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES</b>	<b>133</b>
LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD	134
¿La atención primaria un sistema pobre para los pobres?	137
ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	139
ASPECTOS OPERATIVOS	144

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	145
NIVELES DE INTERVENCION	145
POBLACION A CUBRIR	147
AREAS DE ACCION Y RECURSOS HUMANOS	148
INTEGRACION DE TRABAJADORES Y EMPLEADORES	154
APOYO INTERSECTORIAL	155
OTRAS ACCIONES EN RELACION A LA SALUD INTEGRAL DE LOS TRABAJADORES	156
1. Educación y capacitación	156
2. Consumo de alimentos y nutrición de los trabajadores	160
3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico en los lugares de trabajo	161
4. Salud de la mujer trabajadora	162
5. Control de la posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas como consecuencias del trabajo	164
6. Prevención y control de otras enfermedades que afectan a los trabajadores	165
7. Tratamiento oportuno de los problemas de salud	165
8. Rehabilitación	166

**MECANISMOS PARA INICIAR UN PROGRAMA DE ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES** 167

La atención básica en las áreas de salud	168
Alternativas	171
1. Censo general de los centros laborales del área de influencia de la unidad operativa	172
2. Procesamiento y análisis del censo	173
3. Selección de los centros laborales	174
4. Estudio intensivo de los centros laborales	175
5. Estudio de la situación de salud de la población laboral	183
6. Medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación	184
Acciones paralelas	191
La cogestión popular	195

**5. FORMACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES EN DIFERENTES NIVELES DE ENSEÑANZA** 197

1. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	197
1.1. Vacíos en la educación y capacitación	197
1.2. Vacíos en otras profesiones	200
1.3. La educación escolar y de la comunidad	201
1.4. Necesidades de educación y capacitación en los niveles básicos	204

2.	IMPORTANCIA DE LA INCORPORACION DE LA PREVENCION EN EL TRABAJO EN LOS NIVELES BASICOS	208
	2.1. La educación y el trabajo	212
	2.2. Algunas dificultades que se deben vencer	222
3.	POLITICAS SOBRE EDUCACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	224
4.	ESTRATEGIAS Y ALTERNATIVAS PARA INCORPORAR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL PENSUM DE ESTUDIO DE LA EDUACION PRE-PRIMARIA, PRIMARIA Y SECUNDARIA	228
	4.1. La investigación en el área educativa	229
	4.2. Estrategias específicas	231
	4.3. Mecanismos específicos	235
5.	PROGRAMAS DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Y DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	246
6.	LA SALUD OCUPACIONAL EN EL ECUADOR	251
	EL ECUADOR EN EL CONTEXTO	252
	LA PRESENTE DECADA	255

UNOS POCOS INDICADORES DE LA SALUD DE LA POBLACION	260
ALGUNAS EXPRESIONES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	262
Lo que reportan las cifras oficiales	266
LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	275
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	276
Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos	277
Ministerio de Salud Pública	278
LA RESPUESTA EMPRESARIAL	280
LA RESPUESTA DE LOS TRABAJADORES	281
OTRAS INSTITUCIONES	282
LA EDUCACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	284
VACIOS EN LA INVESTIGACION	285
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	289
<b>INDICE ANALITICO</b>	299

## **ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

La salud se encuentra en íntima relación con las formas de vida y trabajo de los seres humanos.

Las acciones sanitarias deben encaminarse a estos diferentes ámbitos. En los últimos tiempos se ha notado una importante preocupación por la atención de la salud en los lugares de trabajo, sin embargo todavía existen amplios sectores laborales que se encuentran al margen de los programas y servicios en este campo.

Con el monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores se abre una interesante alternativa para el conocimiento profundo de la realidad en este campo. A pesar de que en nuestro planteamiento del monitoreo se ha señalado que es necesario trascender a las acciones concretas de intervención, éstas pueden quedar reducidas a

situaciones muy puntuales, sólo a lo descubierto en el proceso de recolección de información. La problemática de la salud de los trabajadores es más amplia y compleja, requiere de múltiples y diversas alternativas que crucen los niveles de promoción, prevención, protección, curación, reinserción y rehabilitación. Por ello es necesario pensar en un sistema de atención básica que de cuenta de estos niveles.

Reconocer la relación entre salud, trabajo, enfermedad y entre producción y bienestar del trabajador resultará tan importante como el reconocimiento del derecho a la salud, como una obligación y beneficio para el individuo y para la sociedad. La salud de los trabajadores es obligación y deber de todos.

Es necesario implementar estrategias que permitan llegar con actividades básicas a trabajadores de la pequeña minería, agricultores, artesanos, vendedores ambulantes, mujeres y niños trabajadores y obreros de la pequeña industria.

La Atención Básica en Salud de los Trabajadores (ABESAT) es una de las alternativas que, llevada a la práctica de manera adecuada, permitiría la incorporación de estos grupos a los programas de atención, promoción y prevención profunda.

En este trabajo utilizamos el término "atención básica en salud de los trabajadores" para diferenciarla de la denominada "atención primaria en salud" que es comentada a continuación.

## **A ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

Considerando que los trabajadores tienen diferentes formas de inserción en el proceso productivo se puede entender la razón de la existencia de una morbi-mortalidad específica dentro de cada sector laboral y social. La salud laboral procura promover unas condiciones

de trabajo y de vida que permitan a los trabajadores obtener el mayor grado de bienestar posible mediante la incorporación activa de los trabajadores a los programas de salud, con el máximo control de sus determinantes y con la posibilidad que de amplios sectores de la población laboral tenga acceso a los servicios de salud (ampliación de cobertura).

Con la idea de ampliar la cobertura de la atención médica de la población y dentro de ella de los trabajadores, varios gobiernos del mundo definieron y se comprometieron en implementar la estrategia de la "atención primaria en salud". Para discutir sobre este asunto se reunieron en Alma-Ata, U.R.S.S. en 1978 y definieron a la atención primaria como:

*"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"<sup>75</sup> (lo resaltado es nuestro).*

---

<sup>75</sup>. OMS. Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. Suiza, 1978, p. 19.

Se reconoce que la estrategia de atención primaria debe aplicarse para la satisfacción de las necesidades de toda la población, y que la meta demanda el incremento de los niveles de bienestar y la disminución de desigualdades, se pone énfasis en asegurar el acceso a los servicios de salud de los grupos humanos postergados. En ese sentido, se da prioridad a las poblaciones rurales y urbanas marginadas y dentro de éstas a las familias en alto riesgo y a los trabajadores<sup>76</sup>.

Estas declaraciones de llevarse a la práctica, en consonancia con las necesidades sentidas de la población, tendrían absoluta validez en el empeño de cambiar las condiciones de salud y vida de los trabajadores, sin embargo, a partir de esta declaración, en algunos países de América Latina se han realizado varios intentos para aplicar esta estrategia que en la práctica, al menos en el Ecuador, han dejado al descubierto las limitaciones que tienen las políticas sanitarias cuando se las intenta introducir mecánicamente, fuera de contexto y al margen de los trabajadores.

Como la mayor parte de los planteamientos, la idea de incorporar a los trabajadores ha quedado exclusivamente en el simple enunciado.

Una de las razones para el fracaso de esta estrategia ha sido precisamente querer aplicar una política sanitaria como talla única, sin reconocer las particularidades de cada país y las leyes fundamentales de la sociedad. Los planteamientos, muchos de ellos adecuados han chocado con un sólido muro de una compleja realidad; sus enunciados, principios y mecanismos han quedado como simples letrados que no han podido salir de las catacumbas de la letra muerta de una política estadocéntrica. No por ello se los debe invalidar, hay que hacer el intento por aplicarlos, en la perspectiva de incorporar a

---

<sup>76</sup>. Ibid

los trabajadores a un sistema de atención en salud que los saque de su ancestral marginación.

### **La atención primaria un sistema pobre para los pobres?**

Reconociendo la importancia de las ideas centrales de la atención primaria en salud (ampliación de cobertura, participación de la colectividad, incorporación de tecnología apropiada, funcionamiento de un adecuado sistema integrado de salud, aplicación de los principios de la referencia y contrarreferencia, etc.), antes de tratar lo referente a la salud de los trabajadores es necesario analizar las limitaciones, confusiones y falacias de su aplicación:

1. Se ha considerado que la atención primaria en salud sirve para llegar con servicios elementales y de baja calidad a la población rural o urbano-marginal, en la idea falaz de que se está "aumentando la cobertura" o con intenciones premeditadas de legitimar una política o un gobierno de turno.

2. La atención primaria en salud, entendida como el primer contacto que tiene la población con el sistema de salud, puede convertirse, y de hecho así ha sucedido en algunos países, en la única alternativa de atención a la salud. En otras palabras, y utilizando un término muy pedagógico acuñado por Testa<sup>77</sup>, "la puerta de entrada", que deberá ser la atención primaria en salud se convertiría en "casa", en la única morada para la población enferma. Si en la práctica esta "puerta de entrada" es de mala calidad, con escasos recursos y aislada del sistema de salud, la estrategia se transforma en una alternativa débil y superficial para los grupos más necesitados. Las intervenciones en este primer contacto arrastran una orfandad técnica, esto es,

---

<sup>77</sup>. Testa, M. *Pensar en Salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1993, p. 162.

deficiencia en recursos y carencia de una organización sólida que garantice su funcionamiento.

3. En la mayoría de los casos y en correspondencia con lo señalado en el punto anterior, no se ha contado con un sistema de salud debidamente estructurado y organizado, condición básica para que la atención primaria en salud cumpla con sus objetivos. La heterogeneidad y falta de coordinación de los subsistemas de salud han sido frecuentes en nuestros países. Inclusive a lo interno de cada sistema existen duplicación de actividades, falta de coordinación entre un nivel y otro, estructuras programáticas de corte vertical e imposibilidad de incorporar a la población.

4. Uno de los principios básicos de la atención primaria en salud es la participación de la colectividad, aspecto que entendido y aplicado de modo diverso, en casos aislados se han considerado las necesidades sentidas de la población y la imposición de acciones ha sido lo común. En otras ocasiones se ha intentado aplicar la atención primaria en salud con la finalidad de delegar las responsabilidades del Estado y de sus instituciones públicas a la colectividad.

5. En el aspecto organizativo, en los servicios de salud se mantiene una ancestral hegemonía que impide el trabajo armónico del equipo de salud, hegemonía que en la mayoría de los casos está dada por el médico. En estas condiciones, la posibilidad de planificar y ejecutar acciones de manera colectiva casi resulta un sueño. En el campo de la salud de los trabajadores esta particularidad se agrava. El médico no puede formar equipo y trabajar al mismo nivel con el ingeniero de higiene y seguridad, con el sociólogo, antropólogo, abogado y peor con enfermeras, auxiliares, inspectores sanitarios y técnicos que de antemano son considerados como personal subalterno.

Si esta situación se produce a lo interno del equipo de salud, más difícil resulta la incorporación de la colectividad, considerada para algunos profesionales como "gente ignorante".

## **ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

Tomando en consideración estas serias limitaciones e incorporando nuevos elementos en la planificación e implementación de acciones, es conveniente redinamizar los programas y servicios de salud existentes en el país para que los trabajadores cuenten, de una vez por todas, con sólidos y amplios procesos de promoción y prevención profunda en el campo de la salud.

Frente al embate de las ideas neoliberales y de las corrientes privatizadoras, otro principio que debe guiarnos en esta época es la necesidad de defender y redinamizar los servicios **públicos** del Estado, entre ellos el de la salud. No se trata, por lo tanto, de aniquilar lo existente para sobre sus ruinas construir nuevas alternativas, es adecuado, más bien, recuperar los recursos, proyectos, políticas, planes y estrategias en salud que abran la posibilidad de incorporar y ubicar a la población trabajadora en una posición protagónica.

Bajo estas reflexiones es conveniente desarrollar algunos planteamientos de lo que sería **Atención Básica de Salud de los Trabajadores (ABESAT)**.

La salud de los trabajadores debe analizarse tomando en cuenta las características de la organización del trabajo, del ambiente laboral propiamente dicho y del ámbito social en donde viven. Es necesario, por lo tanto, considerar varias dimensiones, una referida al laboral en donde la persona tiene contacto directo y permanente con las particularidades del centro de trabajo y con los procesos peligrosos para la salud. La otra dimensión hace referencia al acceso a las

ormas de consumo, salud, vivienda, alimentación, vestuario, educación, recreación, formas de organización, relaciones familiares, tc.

El desarrollo económico y social es de importancia fundamental para lograr la salud de todos y para reducir la distancia que separa los países en desarrollo de los desarrollados. La promoción y protección de la población trabajadora en el campo de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida de la población laboral.

**Esquema Nº 11.- ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

LA "ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES" ES LA ESTRATEGIA PARA PRESTAR LA ATENCION DE SALUD EN UNA FORMA UNIVERSAL Y ACCESIBLE A LOS TRABAJADORES Y SUS FAMILIAS. ES LA PUERTA DE ENTRADA, EL PRIMER CONTACTO (NO EL UNICO) CON EL SISTEMA DE SALUD.

A PARTIR DE ALLI Y BAJO UN SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA ACCEDEN LOS TRABAJADORES A NIVELES DE ATENCION DE MAYOR COMPLEJIDAD

LOS SERVICIOS DE LA ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES SON PARTE INTEGRANTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La ABESAT debe llegar a todos los trabajadores y debe tener las siguientes características:

- a) Ser equitativo y justo, para lo cual es imprescindible:
  - \* Distribuir los recursos de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población laboral.
  - \* Reorganizar y reasignar los recursos disponibles para atender los problemas de salud de todos los trabajadores.
  - \* Considerar como elementos básicos para el mantenimiento de la salud, una alimentación suficiente y balanceada, disponibilidad de tierra, vivienda, trabajo, ingreso, oportunidades de educación, recreación y libertad organizativa para todos los trabajadores y sus familias.
  - \* Fortalecer la participación del trabajador, de la familia y de la colectividad en todas las actividades sanitarias.
- b) Ser eficiente, es decir, responder a las necesidades de salud más sentidas de los trabajadores.
- c) Alcanzar cobertura universal
- d) Posibilitar el intercambio dinámico entre trabajadores, empleadores y técnicos con finalidad de conocer y transformar las condiciones de trabajo peligrosas para la salud.

Como se dijo anteriormente, la Atención Básica de Salud de los Trabajadores no debe ser atención de segunda clase, ni estar destinada solamente a los grupos marginados. La ABESAT debe ser una atención de buena calidad, en la cual intervengan grupos profesionales

alificados y con experiencia, técnicos, auxiliares y miembros de la población. Esta participación tomaría diversas modalidades de acuerdo con las circunstancias, a los niveles de responsabilidad y características propias de la población trabajadora de la ciudad y el campo.

La ABESAT requiere la participación, además del sector salud, e otros sectores y campos de actividad, en particular los relacionados con la agricultura; vivienda, educación, industria y obras públicas. Requiere de la participación de los trabajadores y de la colectividad en la planificación, organización, funcionamiento y control de las prestaciones de salud.

No será posible lograr el pleno desarrollo de la ABESAT sin la participación activa y responsable de los trabajadores quienes son los que mejor interpretan sus propias necesidades.

**Esquema Nº 12.- CARACTERISTICAS DE LA ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

- \* INTEGRAL (VISION AMPLIA DE LA SALUD)
- \* ACCESIBLE
- \* CON ADECUADA UTILIZACION DE LOS RECURSOS
- \* CON PARTICIPACION ACTIVA DE LOS TRABAJADORES
- \* CON PARTICIPACION DE LA COLECTIVIDAD
- \* MULTI E INTERSECTORIAL
- \* MULTIDISCIPLINARIA
- \* PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
- \* CON RECURSOS SUFICIENTES
- \* CON MODERNA TECNOLOGIA FISICA Y ORGANIZATIVA

La ABESAT, como atención integral de la salud de los trabajadores, tiene aplicación y validez en todo programa de servicios de salud sin perjuicio de la institución que la proporcione.

**Las dos estrategia fundamentales de la ABESAT se refieren a:**

- \* Diagnóstico de las necesidades de salud sentidas por los trabajadores, para lo cual se debe contar con el apoyo del equipo de salud.
- \* Diseño y ejecución de actividades de intervención, en función del diagnóstico y dentro de los principios de la atención básica en salud. Considerar prioritario el desarrollo del primer nivel de atención, apoyado e integrado con los otros niveles.

**Las actividades de intervención deben ser:**

- \* Efectivas, pero ágiles en términos de costo, técnica y organización.
- \* De alta calidad dada por la formación y experiencia de los integrantes del equipo de salud.
- \* Oportunas, ubicadas cerca de los lugares de trabajo y residencia.
- \* Concordantes con las necesidades y características de los trabajadores.
- \* Coherentes con los conocimientos científico-técnicos y las prácticas aceptadas por los propios trabajadores.

- \* Receptiva y abierta para utilizar los recursos locales de salud de los trabajadores y de otros sectores.

La ABESAT debe ser más que una simple extensión de servicios básicos de salud, una práctica que incorpore los factores sociales y el desarrollo y la ruptura del monopolio del conocimiento sobre los problemas de salud, la manera de prevenirlos y controlarlos, facilitando a los trabajadores la solución de sus necesidades, con el apoyo de los recursos del sector salud. No existe entonces un modelo único de prestación de servicios de salud en atención básica sino que, a partir de algunos principios fundamentales, los trabajadores encuentren las soluciones apropiadas a sus necesidades, sin que esto signifique una delegación de las responsabilidades de las instituciones públicas.

## **ASPECTOS OPERATIVOS**

La ABESAT debe tener un contenido operativo que incluya tres elementos fundamentales:

- \* Funciones y actividades de alta calidad del primer nivel de atención del sistema institucional de prestación de servicios de salud.
- \* Acciones desarrolladas por los sectores laborales (trabajadores y empleadores) líderes, miembros de la familia y de la colectividad.
- \* Mecanismos de articulación entre las instituciones, trabajadores, organizaciones y colectividad.

## **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

Desde el punto de vista administrativo, la ABESAT se considera como:

- \* El primer nivel de contacto, pero no el único, entre los trabajadores y los servicios de salud.
- \* El nivel primario (básico) de atención.
- \* Parte del sistema nacional de servicios de salud.

## **NIVELES DE INTERVENCION**

Considerando que las condiciones de trabajo junto con las formas de vida determinan la manera de enfermar o morir de los trabajadores, la ABESAT debe contemplar como áreas de acción a las siguientes:

- \* El lugar de trabajo que muchas veces es el mismo sitio de vivienda. Los empleadores y los trabajadores deben ser los principales partícipes en las actividades de salud, conjuntamente con los profesionales y técnicos de la salud que trabajan en los dispensarios de los centros laborales.
- \* El hogar, que constituye la unidad básica de los trabajadores. Los miembros de la familia deben incorporarse a las actividades de salud en este ámbito, ya sea como individuos independientes, madres o jefes de familia. Los vecinos y los trabajadores comunitarios interactúan con la familia e intervienen en los servicios que se prestan en el hogar.

- \* La colectividad, en donde se llevarán a cabo todas las actividades relacionadas con la salud del conjunto de la población y que requieren la acción voluntaria, organizada y consciente de muchas personas.
- \* El primer nivel de los servicios de salud. En el caso de los trabajadores puede ser el servicio médico o de enfermería del centro laboral, el puesto de salud, subcentro y centro de salud de las instituciones del Estado.
- \* El primer nivel de referencia, constituido por el hospital cantonal, provincial o regional.
- \* El segundo nivel de referencia integrado por institutos o centros especializados en salud de los trabajadores, en los cuales existan subespecialidades con equipos y personal calificado que de cuenta de la complejidad de los problemas de salud de los trabajadores.

Es necesario insistir en la importancia de la incorporación en los programas de la ABESAT de los servicios existentes en los lugares de trabajo o cerca a los mismos.

Las acciones para movilizar recursos, informar, investigar, educar y capacitar son tan importantes como los esfuerzos orientados al desarrollo de políticas, planes, leyes y normas y otros instrumentos que faciliten la comprensión y aceptación de la salud de los trabajadores.

## **POBLACION A CUBRIR**

Como se señaló en otra parte del documento, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es la única institución pública que ofrece servicios de salud a los trabajadores afiliados. Igualmente se comentó que la cobertura de estos servicios es muy escasa (teóricamente no alcanza al 30% de la PEA). Los demás trabajadores deberían estar protegidos por el Ministerio de Salud Pública o por otras instituciones del sistema de salud, cosa que no sucede por falta de una política en este campo. Pocos son los centros laborales que cuentan con servicios de salud, por lo tanto, existen amplios grupos de la población laboral que no tienen cobertura por los servicios de salud y que deberían ser los núcleos de especial interés para el desarrollo de las actividades relativas a la Atención Básica de Salud de los Trabajadores. En nuestro país son los siguientes:

- Trabajadores agrícolas, pequeños productores, generalmente habitantes rurales pobres que se encuentran geográficamente más dispersos y tienen menor acceso a los servicios de salud.
- Trabajadores de pequeñas industrias, artesanos y los pertenecientes al denominado sector informal y que aún no tienen acceso a los servicios de la seguridad social.
- Trabajadores de la minería artesanal y los mineros no cubiertos por servicios propios de la empresa o de la seguridad social, especialmente los que se encuentran al sur del país (provincias de Loja, El Oro, Azuay y Zamora).
- Vendedores ambulantes de las ciudades compuestos de manera especial por mujeres y niños.

- Trabajadores de la construcción, constituidos por migrantes campesinos y que trabajan generalmente bajo el sistema de la subcontratación.
- Trabajadores afiliados a la seguridad social (industria e instituciones públicas) a los cuales solamente se les ofrece un sistema de atención de tipo curativo en el campo de las enfermedades generales.

La mayor responsabilidad de cubrir a estos grupos corresponde al Ministerio de Salud Pública, pero existe también dentro de la seguridad social y otras instituciones del Estado la necesidad de ampliar y diversificar la cobertura de actividades de salud de los trabajadores. De la misma manera, los servicios de salud de los centros laborales deben intervenir de manera coordinada, pasando de la atención curativa y por demanda espontánea a la promoción y prevención profunda, considerando la relación trabajo y salud.

## REAS DE ACCION Y RECURSOS HUMANOS

En el sector salud, las actividades deben dirigirse esencialmente a:

- **Promoción y prevención profunda** a fin de promover el conocimiento acerca de la salud, cambiar actitudes y comportamientos, apoyar las actividades que ayudan al desarrollo de las potencialidades humanas, de los valores de solidaridad y apoyo mutuo, de las capacidades físicas y mentales. Una prevención profunda dirigida no sólo a las condiciones de trabajo sino a las otras dimensiones de la vida social que inciden en la salud de los trabajadores

(consumo, cotidianidad, estrategias familiares de vida, organización, políticas generales y locales de salud, posiciones ideológicas, etc.).

- **Protección de la salud** específica en los lugares de trabajo como parte integrante de la prevención profunda.
- **Diagnóstico y recuperación**, mediante la utilización de tecnologías adecuadas y la adopción de medidas que permitan de preferencia el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz y oportuno de las alteraciones a la salud.
- **Rehabilitación**, con el fin de corregir o disminuir problemas físicos y mentales que impiden a la persona reincorporarse como un miembro productivo de la sociedad.
- **Reubicación laboral**, aplicada en el caso de trabajadores con secuelas (incapacidades permanentes) que le impidan continuar con su trabajo anterior. Reubicarlo de acuerdo a sus capacidades y considerando al nuevo puesto de trabajo como un elemento importante para su recuperación.

En salud de los trabajadores, de acuerdo a sus principios y filosofía se deben incorporar de preferencia todas aquellas actividades que favorezcan la prevención. En tal sentido, las actividades de promoción y prevención profunda (en la que se incluye la protección) , junto con la información que se genera a este nivel, son las que deben tener mayor prioridad en la incorporación de acciones a la red de servicios de salud. Lo anterior no excluye la adecuada atención que debe brindarse a las acciones centradas en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En la ABESAT se pueden incluir acciones sencillas y poco complejas, de un alto significado para los programas preventivos de salud de los trabajadores y en las cuales pueden participar amplios sectores de la población. Con pocos recursos y conservando la calidad bastante factible realizar por lo menos las siguientes acciones:

Monitoreo periódico de los lugares de trabajo para detectar de manera oportuna los procesos peligros para la salud. Para este y el siguiente punto son valideros los aspectos tratados en el capítulo tres.

Detección de problemas de salud por sus diferentes manifestaciones, procurando establecer el grado de relación con el trabajo.

Remisión del caso de accidente, enfermedad o cualquier expresión de alteración de la salud al centro de atención más cercano.

Tratamiento oportuno, rehabilitación y reubicación laboral

Transmisión de conocimientos e información al personal de salud, a los empleadores, trabajadores y colectividad.

Sistematización y fortalecimiento de los sistemas de información, de manera particular de la salud de los trabajadores.

En cuanto al personal de atención básica los recursos humanos pueden ser de distinto tipo. En correspondencia con lo que hemos sostenido, que la atención básica no debe ser "atención pobre para los pobres", el personal debe ser calificado. Como se trata del primer contacto del trabajador con el sistema de salud, es necesaria la presencia de profesionales con experiencia para que el diagnóstico,

tratamiento y referencia se ajuste a la realidad objetiva y tenga los niveles de eficiencia y efectividad requeridos.

Como la atención básica no se refiere solamente a las medidas de recuperación, varios miembros del equipo de salud deben participar en las acciones. En unos casos será el promotor de salud, el inspector sanitario; en otros la auxiliar de enfermería, la enfermera, el técnico en higiene y seguridad laboral, el médico, el ingeniero o el psicólogo.

En algunos países existen experiencias de incorporación de la salud de los trabajadores en el sistema de salud que ha incorporado algunos aspectos de la estrategia de atención primaria de salud, para lo cual ha sido necesario realizar un entrenamiento inicial a los funcionarios responsables de llevar adelante estas acciones. Lamentablemente han tenido las limitaciones señaladas en páginas anteriores al hablar sobre la "atención primaria de salud".

En otros casos se ha constatado que los trabajadores han participado de manera activa en el cuidado de su salud. Los responsables de la salud, los miembros de los comités de higiene y seguridad y en general cualquier trabajador preocupado por este asunto, cuando han identificado situaciones de peligro, las comunican oportunamente, proponen medidas de control y se convierten en verdaderos protagonistas de la atención básica de salud a nivel de su centro laboral.

Es necesario, por lo tanto, incluir a los trabajadores en el personal que tiene responsabilidades concretas en esta estrategia. Son ellos quienes pueden suministrar la información más fidedigna de sus sitios de trabajo y los que además podrían participar de una manera más efectiva en la vigilancia del cumplimiento de los requerimientos que son responsabilidad de las empresas, para el control de los procesos peligrosos para la salud. Trabajadores, con adecuado

entrenamiento en primeros auxilios, se encuentran en capacidad de realizar algunas intervenciones que podrían ser salvadoras de vidas.

## LA EPIDEMIOLOGIA EN LA ABESAT

Se requiere un conocimiento más completo sobre los grupos laborales para los cuales se diseñan los servicios. Es necesario identificar las características demográficas, socioeconómicas, y los principales problemas que deben ser solucionados. No es posible llevar a cabo acciones de salud si no se consideran las necesidades específicas y los planteamientos de los trabajadores.

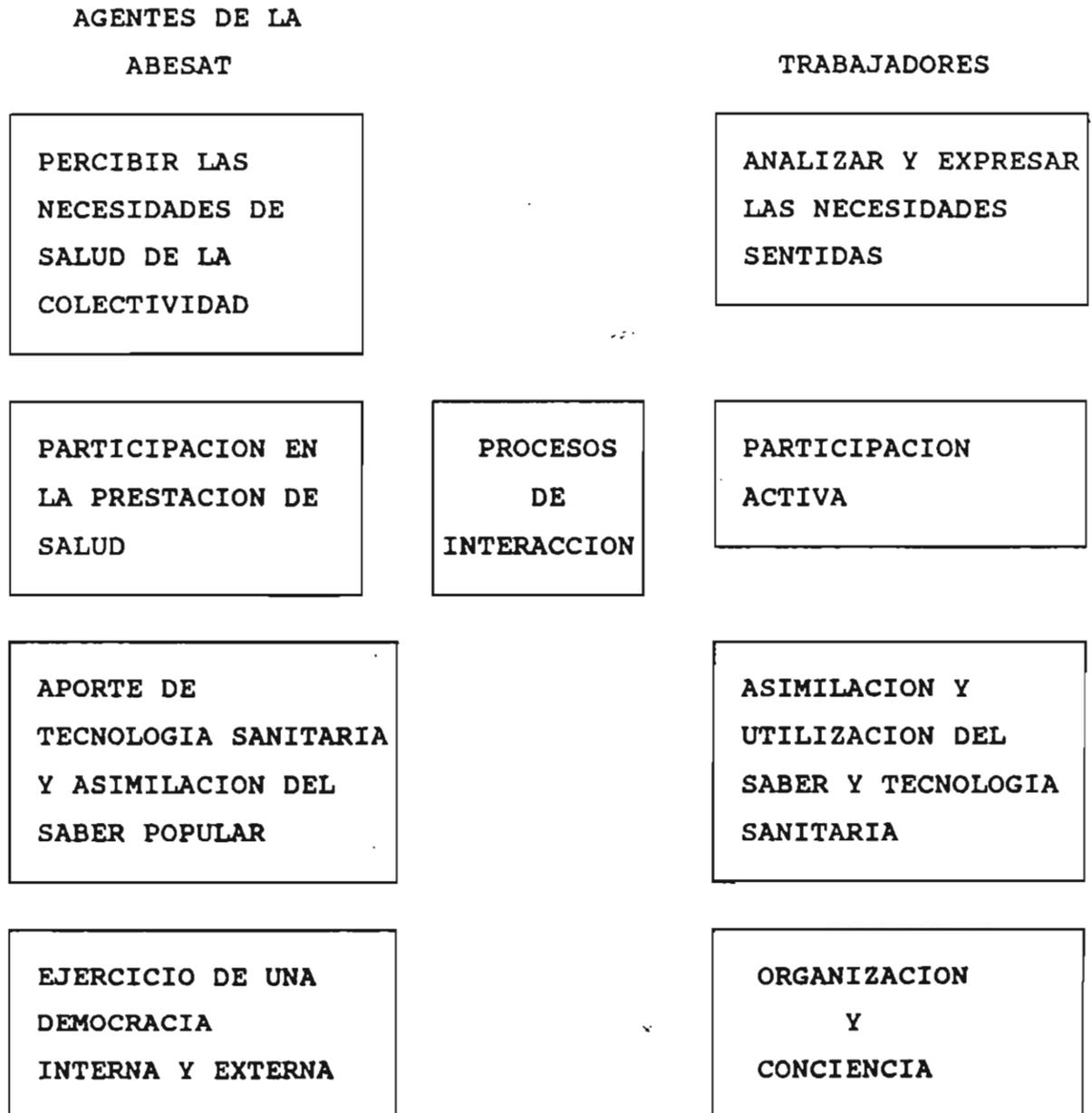
La programación del servicio de salud de los trabajadores debe delimitar con precisión los grupos vulnerables y los procesos peligrosos para la salud. En base a ello se definirán las actividades y las formas de intervención.

El monitoreo epidemiológico tratado en otro capítulo resalta la importancia de la aplicación de sus principios y técnicas para tener un conocimiento integral de los determinantes y de las formas como se producen y distribuyen los problemas de salud de la población trabajadora. Con esta información será factible definir las prioridades, eleccionar las formas de intervención y evaluar los resultados de los servicios.

La epidemiología ofrece importantes elementos teórico-metodológicos para definir las características que deberían tener los programas de ampliación de cobertura. El análisis sistemático de los procesos peligrosos para la salud que afectan los diferentes grupos de la población trabajadora y las repercusiones en la salud es una herramienta de mucha utilidad.

En otras palabras, la ABESAT debe llevarse a cabo en íntima relación con el monitoreo epidemiológico.

**Esquema Nº 13.- INTERACCION ENTRE TRABAJADORES Y LOS AGENTES DE LA ABESAT**



## **INTEGRACION DE LOS TRABAJADORES Y EMPLEADORES**

La integración de los trabajadores, empleadores, sindicatos, gremios y de la colectividad es de suma importancia para que la ABESAT cumpla con sus objetivos.

La acción dirigida a fomentar el apoyo social debe basarse en un intercambio de conocimientos y experiencias. La atención de salud de los trabajadores comienza con atender las prioridades de la población laboral y las necesidades locales en el campo de la salud de los trabajadores. Este enfoque dinámico y flexible exige cambios referidos a la descentralización de la programación, a la toma de decisiones y al manejo financiero.

El apoyo público podría obtenerse a través de sindicatos, organizaciones de mujeres, partidos políticos, asociaciones de profesionales, gremios industriales, agrupaciones de trabajadores, cooperativas, organismos gubernamentales, etc.

El apoyo de la colectividad tendrá éxito en la medida que cuente con una importante base popular y una estructura de organización que stimule el análisis de los problemas de salud de los trabajadores y la acción a nivel de la misma.

La participación de la colectividad es el proceso por medio del cual los trabajadores, empleadores y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y de la colectividad. La participación de los trabajadores es uno de los principales ejes de la atención básica de salud. Esto no debe ser entendido como una delegación de responsabilidades de las instituciones públicas prestadoras de servicios. Significa, más bien, una posibilidad de integración dinámica entre trabajadores, colectividad y personal de salud, en la cual los sectores ancestralmente marginados en la toma de decisiones sea artífices del cambio.

La participación de los trabajadores y de los empleadores en el campo de la salud debe darse en la planificación y adopción de decisiones sobre la estructura y funcionamiento de los servicios de salud para los trabajadores. Para que puedan asumir estas responsabilidades, deben estar lo suficientemente informados sobre los diversos procesos peligrosos para la salud, sus efectos y medidas preventivas y la influencia que tienen ciertos comportamientos en la aparición de la patología laboral.

Fomentar la participación de las organizaciones femeninas constituye un factor importante en el campo de la salud de los trabajadores. La participación de la mujer como agente promotor de salud es fundamental teniendo en cuenta que últimamente existe una creciente incorporación de la mujer al trabajo productivo. Por otro lado, los cambios en la estructura y en la organización familiar, obligan a desarrollar nuevos enfoques en la prestación servicios de salud y en la atención de la madre trabajadora y del niño. Con la reciente integración de la mujer al trabajo, y con la presencia de los niños en guarderías y centros escolares, es menos constante la permanencia de la familia en el hogar lo que justifica llevar los servicios de atención de salud cerca de los lugares de trabajo y de los centros educativos.

La opción a la segregación de la que es víctima la mujer en los lugares de trabajo es un aspecto central que las organizaciones femeninas deben contemplar en sus acciones.

## **APOYO INTERSECTORIAL**

La atención básica de la salud de los trabajadores no puede encontrarse al margen del sistema de salud, tampoco debe ser considerado como un programa aislado que realizan algunas unidades operativas. La integración vertical y horizontal con todos los niveles del sistema de salud es un requisito irremplazable. Además del apoyo

de los sectores responsables de la planificación nacional, agricultura, minas, industria, educación, comercio, obras públicas, transporte y vivienda.

En nuestro país, una buena alternativa podría ser el apoyo y activación del Comité Interinstitucional de Seguridad y Salud de los Trabajadores, integrados por representantes de los sectores gubernamentales, privados y de los trabajadores o cualquier instancia de similares características. Comité que en el Ecuador, hasta el momento, ha sido una entidad burocrática y que necesita un cambio fundamental para transformarse en instancia dinamizadora de la salud de los trabajadores.

A partir de estas estructuras y en base a un plan nacional de salud de los trabajadores se puede establecer una red de grupos de trabajo consultivos y asesores, regionales y locales.

## **OTRAS ACCIONES EN RELACION A LA SALUD INTEGRAL DE LOS TRABAJADORES**

### **1. Educación y capacitación**

La educación y capacitación permanente en salud de los trabajadores debe dirigirse a amplios sectores de la sociedad:

- \* A todos los niveles de enseñanza (abordado en otra sección de este trabajo).
- \* A todos los miembros del equipo de salud.
- \* Al personal de los servicios de salud de los trabajadores.

- \* A personal de otros sectores: seguridad social, agricultura, minas, construcción, educación, y en las empresas (estatales y privadas).
- \* A la comunidad laboral, los protagonistas directos en estas actividades y la población como un todo. Los trabajadores asalariados o independientes, los agentes de salud existentes y potenciales que la colectividad puede movilizar para la acción en el campo de la salud de los trabajadores, el personal administrativo de las empresas, los técnicos y supervisores, las organizaciones de base, los representantes de los trabajadores, los gremios empresariales, los parlamentarios, los líderes políticos y sindicales.

El principal objetivo de la educación y capacitación es ofrecer a la población trabajadora algunos elementos para que pueda alcanzar la salud mediante la participación activa en todos los niveles. La educación sanitaria comienza con el interés de los trabajadores por el mejoramiento de sus condiciones de vida y está dirigida a elevar el nivel de conciencia y participación autárquica para la transformación de las condiciones de vida, trabajo y salud de ellos y de sus familias.

La educación y capacitación de los trabajadores, dentro de la ABESAT, debe estar orientada a lo siguiente:

- \* Obtener un diagnóstico inicial de los centros de trabajo mediante el reconocimiento de los procesos peligrosos para la salud y las condiciones de saneamiento básico.
- \* Identificar los grupos de trabajadores expuestos y definir las prioridades de salud con la cooperación y coordinación de los trabajadores y los empleadores.

- \* Informar a los trabajadores y a los empleadores sobre los diferentes aspectos relativos a la salud laboral.
- \* Informar a los empleadores las obligaciones frente a la salud de sus trabajadores y el mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- \* Dar a conocer los efectos, síntomas y demás consecuencias que originan las condiciones de trabajo peligrosas sobre la salud y seguridad de los trabajadores.
- \* Suministrar la información necesaria sobre las medidas de protección y de control de los procesos peligrosos, mediante tecnologías sencillas de aplicación en la fuente en el entorno y en los trabajadores.
- \* Educar a los trabajadores, sus familias y al personal de las empresas sobre la calidad de los alimentos, higiene, manipulación, conservación y preparación de los mismos.
- \* Indicar a los trabajadores la relación que existe entre determinados hábitos higiénicos y actitudes con la ocurrencia de enfermedades.
- \* Informar a los trabajadores y empleadores las prácticas de educación física, deporte y otras actividades recreativas que disminuyen la fatiga del trabajo, contrarrestan las alteraciones mentales y otros problemas de salud.
- \* Señalar a trabajadores y empleadores los procedimientos básicos que faciliten la identificación de los procesos peligrosos, la elaboración de mapas de riesgo y el registro de los accidentes enfermedades del trabajo.

- \* Informar a los padres de familia los trabajos peligrosos para la salud de los niños.
- \* Dar a conocer las medidas básicas de primeros auxilios.

Planteado lo que se intenta conseguir con la educación y capacitación, es necesario garantizar los siguientes aspectos:

- \* Que los mensajes destinados a los trabajadores, a los empleadores y comunidad en general correspondan a las necesidades en salud del grupo al que se encuentren dirigidos.
- \* Que la educación promueva la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas que van en detrimento de la salud de los trabajadores. No se puede reproducir la actitud de castigar al trabajador que se enferma o marginar a la mujer embarazada.
- \* Que los trabajadores, hombres y mujeres, tengan acceso a una educación sanitaria adecuada que les permita desempeñar sus funciones como agentes de salud, en el lugar de trabajo y dentro de sus familias.

La promoción y educación requiere de la participación de algunos trabajadores seleccionados, quienes se encargarían de realizar las siguientes funciones:

- \* Sensibilización de la población trabajadora, compañeros de trabajo, familiares, empleadores en las actividades de atención de salud.

- \* Orientación de las actividades educativas en salud de los trabajadores en todos sus aspectos (diagnóstico de las necesidades, planeación de las actividades educativas, ejecución y evaluación).

### **Consumo de alimentos y nutrición de los trabajadores**

Un aspecto que ha sido poco considerado en la salud de los trabajadores es lo relativo a la alimentación y nutrición en los lugares de trabajo. En alguna ocasión que hicimos un seminario con la participación de varias organizaciones laborales, con la finalidad de contrastar el problema más importante desde el punto de vista de los trabajadores, y en la perspectiva de definir el objeto de estudio de un proyecto de investigación, para nuestra sorpresa la mayoría de los trabajadores se refirieron a la mala alimentación que tenían mientras realizaban sus trabajos.

En otro estudio también se pudo detectar que un centro laboral con trescientas trabajadoras de la industria de la confección, era tan mala la comida ofrecida en el comedor de la empresa que las trabajadoras preferían llevar algún alimento de sus casas y para lo cual el empresario sólo les concedía diez minutos<sup>78</sup>. En tal virtud, es importante en la atención básica de salud de los trabajadores incluir actividades que se dirijan a resolver esta necesidad sentida.

- \* Una de las primeras actividades sería conseguir que en el centro laboral se disponga de un lugar y tiempo suficiente para que se ofrezca al personal alimentos en adecuada cantidad y calidad.

- \* Controlar que en los lugares de trabajo y alrededor de los mismos dispongan de condiciones y medidas para el almacenamiento, producción, procesamiento y preparación, que aseguren que los alimentos ingeridos durante el período laboral sean aptos para el consumo.
- \* Promover los ajustes nutricionales del trabajador de acuerdo a su edad, clima y actividades específicas.
- \* Fomentar actividades que permitan conocer cuáles son las necesidades nutricionales de ciertos grupos de trabajadores más vulnerables como la mujer trabajadora, especialmente durante el embarazo y la lactancia.
- \* Si los trabajadores comen en la calle, es necesario ofrecer las orientaciones higiénicas básicas para que no sean víctimas de procesos infecciosos o parasitarios.
- \* Se debe tomar las medidas necesarias para evitar que los trabajadores consuman alimentos en los puestos de trabajo, pensando que puede existir en el entorno sustancias químicas tóxicas que pueden ingresar al organismo conjuntamente con los alimentos.
- \* Asegurar que los lugares de cocina y comedor observen los requisitos mínimos de higiene.

### **3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico en los lugares de trabajo**

La mayor parte del tiempo los trabajadores permanecen en sus lugares de trabajo que en muchas ocasiones coinciden con sus sitios de vivienda. Por esta razón es importante considerar algunas

actividades relacionadas con la provisión de agua y con las medidas de saneamiento:

- \* Asesoría sobre la ubicación, diseño y construcción de las instalaciones de los lugares de trabajo, incluyendo cocina y comedor.
- \* Asesoría sobre medidas de ventilación e iluminación de los sitios de trabajo.
- \* Informar y asegurar formas adecuadas de abastecimiento de agua para consumo humano, disposición de excretas y residuos en los locales de trabajo.
- \* Asegurar que se disponga de servicios higiénicos, se otorguen las facilidades para bañarse y para guardar la ropa de calle y de trabajo.
- \* Dar a conocer y ofrecer las facilidades para que se lleven a cabo las prácticas necesarias para un apropiado orden y limpieza del lugar de trabajo.

#### **l. Salud de la mujer trabajadora**

A pesar de que todo lo que se ha señalado se encuentra dirigido a hombres y mujeres trabajadoras, es necesario enfatizar en algunas acciones que deben ser tomadas en cuenta para la protección de la mujer, madre y niño.

- \* Promover la organización de las mujeres y su fortalecimiento que permitan llevar a la práctica los planteamientos de la promoción y prevención en la salud.

- \* Difundir los contenidos existentes en el Reglamento 2393 de Seguridad y Salud de los Trabajadores (Ecuador, 1986) que abre la vía legal para la protección de las trabajadoras.
- \* Impedir que los sueldos y salarios sean inferiores que los de los hombres en las mismas categorías.
- \* Oponerse a la segregación de las mujeres en la ocupación de puestos de dirección.
- \* Controlar para que se eliminen las prácticas de acoso sexual bastante difundidas en nuestro medio.
- \* Generar los mecanismos adecuados que impidan que el embarazo y la lactancia sea motivo de despido.
- \* Ejercer una práctica que permita a la mujer contar con el tiempo adecuado para la lactancia de los niños.
- \* Asegurar la atención perinatal, de parto y puerperio de la mujer trabajadora.
- \* Tomar las medidas adecuadas para que las condiciones de trabajo y las exposiciones en el ambiente laboral no afecten a las mujeres trabajadoras en edad fértil, especialmente durante el embarazo.
- \* Asegurar para que la madre-trabajadora disponga de la atención al niño en los aspectos de inmunización, alimentación y guarderías.

## **Control de la posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas como consecuencia del trabajo**

En nuestro país, a igual que muchos otros, existe un importante sector de la población laboral que trabaja en condiciones capaces de ocasionar enfermedades infecto-contagiosas, con todas las repercusiones que esto tiene en la familia y colectividad. Es el caso del personal de salud, de laboratorios, de las áreas de saneamiento ambiental, de las empresas de rastro, del sector agropecuario, etc. Por lo tanto, es adecuado poner especial atención y por lo menos incluir en la BESAT las siguientes acciones:

- \* Adiestrar y ofrecer todas las facilidades para la manipulación y disposición de materiales y muestras contaminadas (recipientes, equipo de protección personal, corrección de procedimientos peligrosos como comer o fumar, etc.).
- \* Vacunación específica de acuerdo al riesgo. Asegurar que todos los trabajadores de alto riesgo se inmunicen contra las enfermedades infecciosas más frecuentes.
- \* Fomentar y ofrecer las facilidades para el uso de ropa de trabajo (que no se lleve a casa) y equipos de protección personal.
- \* Adiestrar a los trabajadores en el desarrollo de sus tareas y en la corrección de procedimientos peligrosos, por ejemplo el de pipetear con la boca en los laboratorios, manipular sustancias contaminadas con las manos sin protección, comer, beber o fumar sin lavarse las manos, etc.

- \* Incentivar y generar las condiciones para el mantenimiento higiénico de los lugares de trabajo.
- \* Utilizar los mecanismos que sean necesarios para la desinfección y esterilización de los instrumentos de trabajo.

## **6. Prevención y control de otras enfermedades que afectan a los trabajadores**

- \* Asegurar el monitoreo de costumbres que afectan a la salud como el consumo de tabaco y alcohol, así como el sedentarismo.
- \* Realizar monitoreo específico, con miras a la prevención de algunos problemas de salud frecuentes en la población general y que pueden agravarse con ciertas condiciones de trabajo (obesidad, estrés, hipertensión arterial y diabetes).
- \* Asegurar el control de vectores.
- \* Informar a los hombres y a las mujeres trabajadoras sobre los factores que conducen a enfermedades genitourinarias, de transmisión sexual y sus medidas de prevención.

## **7. Tratamiento oportuno de los problemas de salud**

- \* Disponer en los lugares de trabajo o cerca de ellos de la infraestructura y recursos necesarios para la atención oportuna y el tratamiento inmediato de los problemas de salud de los trabajadores.

- \* Prestar la atención oportuna y de alta calidad para problemas agudos de salud y accidentes de trabajo y llevar a cabo la referencia efectiva a niveles de mayor complejidad en los casos que así lo requieran.
- \* Asegurar la disposición de botiquines de primeros auxilios en los sitios de trabajo y garantizar las acciones en este campo.
- \* Suministrar asesoría a los trabajadores y empleadores sobre las prácticas de primeros auxilios en caso de enfermedades agudas, intoxicaciones y accidentes del trabajo.
- \* Ofrecer las facilidades para que los trabajadores obtengan los medicamentos básicos a precios módicos. Uno de los mecanismos es por medio de los programas de medicamentos de los ministerios de salud.
- \* Asegurar que en las instalaciones de salud y en los centros de trabajo existan los medicamentos esenciales, especialmente los requeridos para los problemas de salud de los trabajadores.

## **1. Rehabilitación**

Luego de que los trabajadores han sido tratados por algún problema de salud, es necesario realizar acciones permanentes y regulares de rehabilitación, sin descuidar la esfera mental.

## **MECANISMOS PARA INICIAR UN PROGRAMA DE ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

Como se había señalado anteriormente, una condición básica para que la atención básica de salud de los trabajadores tenga viabilidad es la presencia de un sistema de salud integrado, con una estructura funcional que impida la duplicación de esfuerzos, que no sea estadocéntrico, que posibilite una ágil atención de calidad, que cuente con un sistema efectivo de referencia y contrarreferencia, que disponga de los recursos económicos, técnicos y organizativos adecuados y que por último, considere a la salud de los trabajadores como una prioridad.

A pesar de que en el país existe un sistema regionalizado de salud, las dificultades señaladas no han sido todavía superadas, colocando a la salud laboral en una terrible disyuntiva. O se espera que existan esas condiciones, o se las va construyendo con la presión popular partiendo de lo que se tiene. Parecería que la segunda opción por lo menos permite crear las condiciones para que distintos actores sociales construyan "el camino al andar".

Cobijados con la segunda posibilidad y tomando como referencia lo que hasta aquí se ha tratado, se podría intentar incorporar algunas acciones que vayan construyendo ese camino.

La siguiente propuesta como "inicio de camino" está pensada para la realidad ecuatoriana y en particular para el Ministerio de Salud Pública, principal institución del sector público responsable del cuidado de la salud de la mayoría de ecuatorianos, pensando, además, en que es el momento de defender lo público que intentan enterrar las mentes neoliberales. Como la realidad de varios países de América Latina es similar a la nuestra, esta pequeña propuesta podría ser válida para otras latitudes.

## LA ATENCION BASICA EN LAS AREAS DE SALUD

Si se sigue el planteamiento que la atención básica de salud de los trabajadores tiene que estar lo más cerca posible a los centros laborales y a las viviendas de los trabajadores y sus familias, las unidades operativas del Ministerio de Salud deberían actuar como puntas de lanza de este proceso.

Mediante el Decreto Ejecutivo 3292 del 29 de abril de 1993 se reorganizaron las **Áreas de Salud** "como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública"<sup>79</sup>. Estas Áreas se encuentran constituidas por unidades operativas periféricas que serían el lugar donde se deberían establecer los primeros contactos de los trabajadores con el Sistema Regionalizado de Servicios del Ministerio de Salud Pública.

Las unidades operativas que integran estas áreas básicas son las siguientes:

- Puestos de salud rurales
- Subcentros de salud urbanos o rurales
- Un centro de salud
- Un hospital cantonal o centro de salud-hospital (15-30 camas)

En el esquema del Sistema Regionalizado de Servicios del MSP se puede observar la ubicación de las áreas de salud que se constituirían en las "puerta de entrada" de la atención básica en salud de los trabajadores, a las cuales deberían incorporarse los servicios de salud de los centros laborales.

---

<sup>79</sup>. MSP. **Manual de Organización de las Áreas de Salud**, Ministerio de Salud Pública, Primera ed. Quito, 1993.

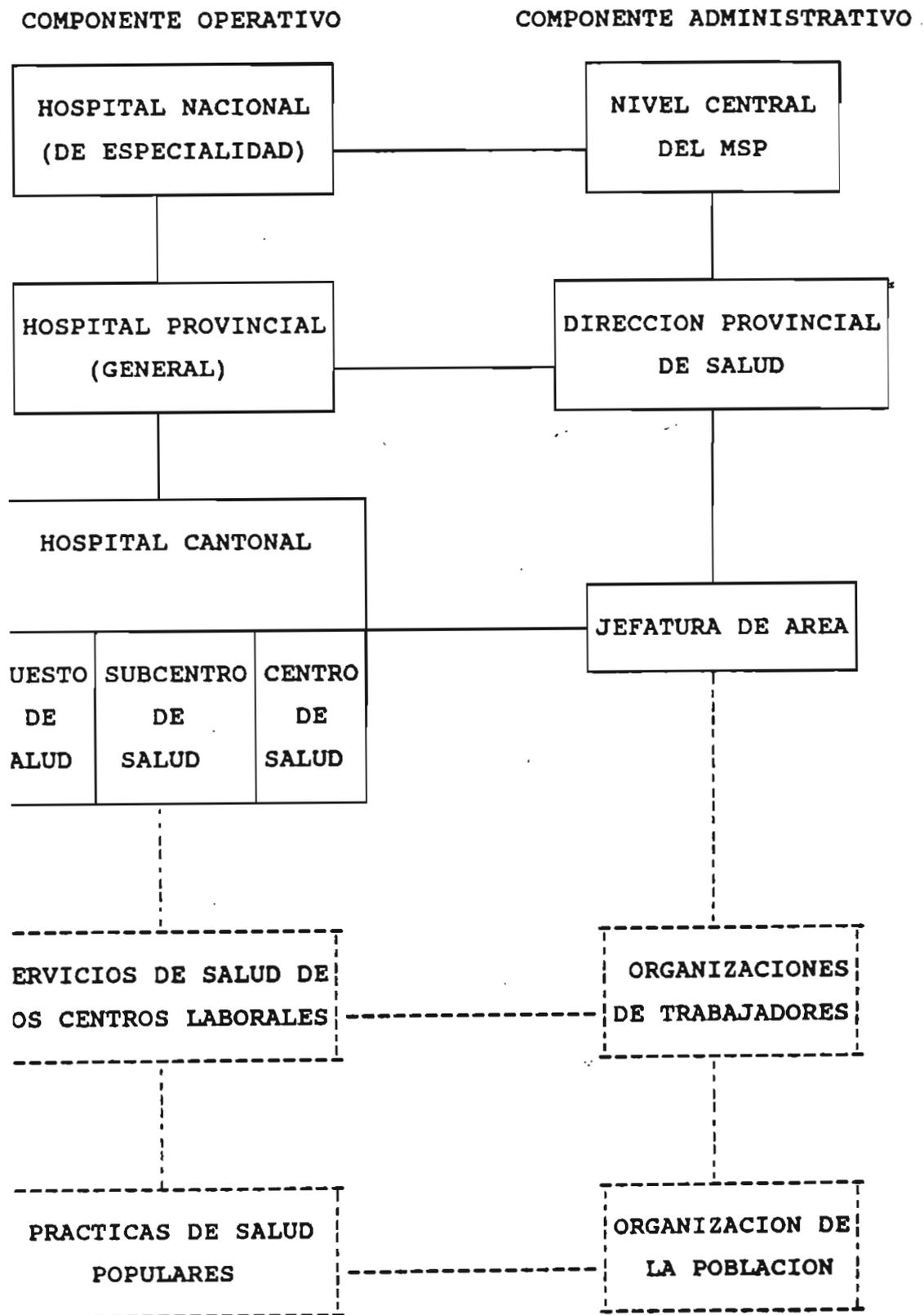
Lo que se encuentra en el esquema N° 14 en línea continua es la estructura del sistema de servicios que actualmente tiene el MSP y la línea de puntos, nuestra propuesta de vinculación que no se ha considerado en el mismo. Esta incorporación sería fundamental para que las acciones de la ABESAT a desarrollarse en las unidades operativas del Area de Salud (puestos, centros, subcentros de salud y hospital cantonal) se encuentren en íntima relación con los servicios propios de los trabajadores y con las prácticas populares de salud.

Entre puestos de salud, subcentros y centros de salud, el Ministerio de Salud Pública cuenta para todo el país con 1523 unidades, que representan el 54 por ciento de todos los establecimientos del sector público sin internación. Además dispone de 84 hospitales cantonales que significa el 92.3% de todas las instituciones de este tipo<sup>80</sup>.

---

<sup>80</sup>. INEC. Anuario de recursos y actividades de salud, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito, 1993.

Diagrama Nº 14.- SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS DEL MSP



Luego de haber revisado el Manual de Organización de las Areas de Salud, aprobado por el Ministerio de Salud Pública con el Acuerdo número 14 del mes de julio de 1993, se detecta que en la definición de la "misión" (actividades) del Area de Salud no se encuentra ninguna actividad específica dirigida a las condiciones laborales ni a la salud de los trabajadores. Por lo tanto, el planteamiento de alternativas de acción en este campo sería un avance en la construcción de un sistema de atención básica en la salud de los trabajadores.

El personal de las unidades operativas periféricas del Area de Salud (excluyendo al hospital cantonal) se encuentra constituido básicamente por promotores de salud, auxiliares de enfermería, enfermeras, inspectores sanitarios, médicos y trabajadoras sociales. En los centros de salud los recursos y el personal es más amplio para cubrir la atención de los programas básicos (materno-infantil, odontología, laboratorio, etc.). En ningún caso existe personal capacitado ni designado para la salud de los trabajadores

## **ALTERNATIVAS**

Las unidades operativas ubicadas en áreas urbanas o rurales tienen diferentes alternativas para implementar programas de salud de los trabajadores.

Se podría tomar como eje de acción a los centros laborales del área de influencia de la unidad operativa y en éstos realizar los estudios de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores e implementar las medidas preventivas y curativas respectivas. En esta modalidad que la denominaremos modalidad A, el personal de la unidad operativa ejerce sus actividades de manera directa en los propios centros laborales.

La otra posibilidad (modalidad B) es aquella que se tomaría como eje de acción a las familias que residen en el área de influencia de la unidad operativa. Entendiéndose que al interior de la familia existen trabajadores que viviendo en el área de influencia de la unidad operativa, trabajan en otra zona geográfica. El objetivo central de esta modalidad sería detectar los problemas de salud relacionados con el trabajo y remitir la información a la unidad operativa que tiene competencia en el centro laboral del trabajador examinado.

Para el desarrollo de un programa viable y que permita confrontar la relación entre condiciones de trabajo y situación de salud de las personas, la modalidad A se vislumbra como la más adecuada. De esta forma se puede contar de fuente directa con la información de las condiciones del centro laboral y del estado de salud de los trabajadores y como se dijo anteriormente, implementar acciones de promoción y prevención concretas.

### **Modalidad A**

Si se toma como eje de acción al centro laboral y sus trabajadores, las siguientes deberían ser las actividades más importantes:

#### **1. Censo general de los centros laborales del área de influencia de la unidad operativa.**

En las zonas rurales se tomarán en consideración, además, las organizaciones que aglutinen a trabajadores (cooperativas agrícolas, gremios, asociaciones, etc.).

- Técnicas

Observación directa y entrevista a informantes claves. En esta primera fase sólo se requiere obtener información de los centros

laborales existentes en el área de influencia de la unidad operativa.

- Instrumento de observación

"Censo laboral" que debería incluir, entre otras cosas, Identificación de la unidad operativa, nombre del centro laboral, rama de actividad, número de trabajadores, ubicación, identificación de los responsables del centro laboral, organización laboral, identificación de los dirigentes, servicio de salud propio del centro laboral o de la organización, detección de necesidades sentidas de los trabajadores y los problemas de las condiciones de trabajo y salud más importantes.

- Recurso humano

Inspector sanitario, auxiliar de enfermería, y en el caso de los puestos de salud, al promotor de salud.

## **2. Procesamiento y análisis del censo.**

La información recogida del levantamiento censal debe ser procesada para definir el número de centros laborales por rama de actividad, distribución zonal, clasificación por número de trabajadores, clasificación aproximada por grado de peligrosidad y clasificación por expresión de necesidades sentidas de los trabajadores.

- Técnicas

Procesamiento manual en caso que el número de centros laborales sean escasos. Para mejor visualización se puede utilizar un croquis de la zona y en él graficar la distribución de los centros laborales, utilizando diferentes símbolos y colores según

rama de actividad. En lo posible la información debería ser ingresada a computadora a una hoja electrónica (qpro, lotus) o a una base de datos. Como no es posible que cada unidad operativa periférica cuente con este equipo y personal, el procesamiento electrónico se lo puede concentrar en la jefatura de área.

- Recurso humano

Personal de enfermería, inspector sanitario, promotor de salud con el apoyo de otros profesionales.

### 3. Selección de los centros laborales

Sirve para la implementación del monitoreo epidemiológico específico y para las otras acciones de la atención básica en salud de los trabajadores.

Partiendo de la realidad concreta de las unidades operativas del MSP y de criterios de factibilidad, en la fase inicial de este programa, es necesario realizar una selección de los centros laborales. Para este proceso es fundamental definir los criterios de selección, entre los cuales no pueden faltar **las necesidades sentidas de los trabajadores**, potencialidad riesgosa, número de trabajadores, número de centros laborales existentes en la zona, ramas de actividad económica y recursos disponibles.

- Recurso humano

Equipo de salud

#### **4. Estudio intensivo de los centros laborales**

Conocimiento detallado de las condiciones de trabajo para la determinación de las características del proceso laboral y de los factores peligrosos para la salud. Este momento del proceso se encuentra dirigido a realizar el diagnóstico objetivo del centro laboral seleccionado. No se debe olvidar que una de las condiciones que se ha definido como prioritaria es la participación de los trabajadores en toda las fases. Inclusive en los pasos anteriores debe ser considerada su participación (por ejemplo como informantes claves).

##### **- Técnicas**

Como se trata de uno de las pasos importantes del programa, se intentará desarrollar esta parte de una manera más detallada, pensando siempre en la posibilidad de que estas técnicas sean aplicadas en cualquier centro laboral. Los aspectos específicos de cada situación no son objeto de análisis de este trabajo. A continuación se indican los diferentes componentes de la técnica para el estudio de un centro laboral:

##### **a) Información general**

Se lo puede realizar utilizando la técnica de informantes claves, por medio de una guía que contenga los elementos complementarios y más específicos que lo recogido en el censo general, por eso, en esta parte no se repetirán los datos que ya constan en el "censo laboral".

Los aspectos más importantes deberían ser los siguientes:

- Areas de trabajo y organigrama para los centros laborales grandes

- Distribución de los trabajadores por áreas de trabajo
- Distribución de los trabajadores por sexo
- Estabilidad de los trabajadores (eventuales y contrato fijo)
- Horarios, turnos, rotaciones, vacaciones
- Formas salariales
- Disponibilidad de servicio médico, comedor, guardería, departamento de higiene y seguridad, comisión mixta de higiene y seguridad, reglamento de higiene y seguridad, servicios básicos para los trabajadores y formas de control de los trabajadores (reloj y tarjeta, cuota de producción, supervisión, etc.)
- Productos finales de la actividad
- Normas de la empresa
- Programas de educación y capacitación

#### **b) Exploración sensorial**

Como la palabra lo dice, el personal de salud debe realizar un recorrido por el centro laboral y valiéndose de los órganos de los sentidos registrar varios aspectos que tienen relación con la salud de los trabajadores. Con el objeto que esta exploración no sea anárquica, es conveniente contar con un instrumento de observación o por lo menos una guía de orientación.

- Diagrama espacial

Se trata de un simple croquis en el que se registran los diferentes espacios del centro laboral, ubicación y relaciones de las distintas áreas. En cada una de ellas se debe anotar los nombres que le identifican, por ejemplo bodega, área de prensa, troquelado, galvanizado, etc.). En la graficación las áreas se debe representar, de manera aproximada, la dimensión de los espacios. Tiene como finalidad la orientación del personal que realiza la

exploración y para registrar los lugares en los que se han realizado las valoraciones instrumentales (sonometría, determinación de concentraciones de polvo, etc.).

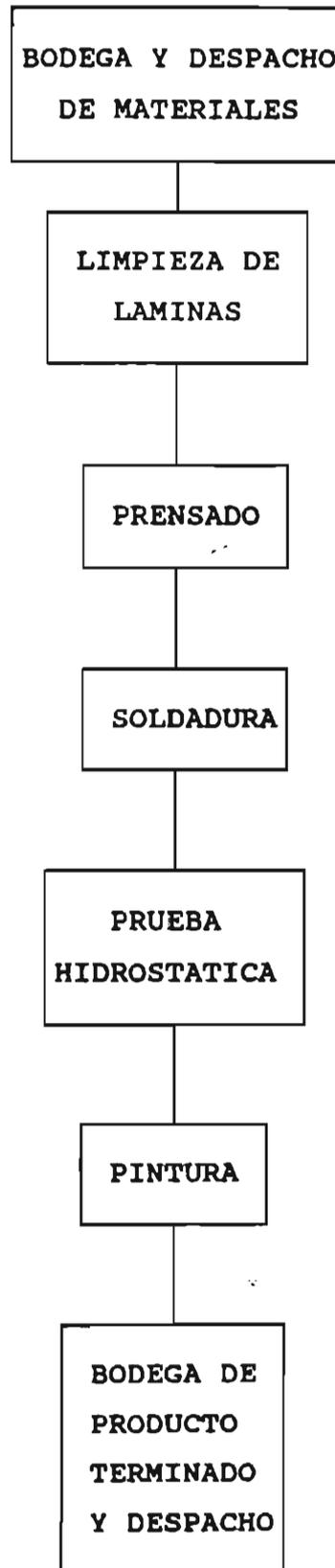
- Diagrama de bloques

Consiste en el registro de manera sintética de los pasos que sigue el proceso laboral desde que se inicia hasta que se obtiene el producto final. En algunos procesos resulta muy simple pero en otros se asimilan a un diagrama de árbol. Para facilitar la comprensión de este punto se incluirá un ejemplo de los pasos que siguen en un centro laboral que produce tanques metálicos de gas (Esquema N° 15).

- Diagrama de flujo

En esta parte es necesario describir de manera detallada y sistemática el proceso laboral. En otras palabras, se registran todas las tareas que se realizan en cada uno de los componentes del diagrama de bloques, las herramientas, maquinarias, materias primas que se utilizan. Es la descripción detallada de la actividad, del objeto y medios de trabajo, de la organización y división del trabajo, del producto intermedio o final que se obtiene, etc.

quema N° 15.-      **DIAGRAMA DE BLOQUES**



- Procesos peligrosos y condiciones favorables para la salud

Mientras se va observando y registrando los detalles del proceso de trabajo, se debe poner atención e igualmente registrar todos los aspectos que pueden afectar a la salud. Por medio de los órganos de los sentidos se debe detectar estos procesos mientras los trabajadores se encuentran realizando sus tareas específicas en la actividad misma (procedimientos), en el objeto y medios de trabajo, en la organización y división del trabajo y en el entorno inmediato a lo interno del centro laboral.

La observación se debe realizar de manera conjunta con trabajadores que sirven como informantes claves.

Para facilitar este registro se podría utilizar la clasificación de procesos peligrosos para la salud que se encuentra en la técnica del modelo obrero italiano, modificado por el equipo de investigadores de la UAM-X de México y del CEAS de Ecuador. Cualquier clasificación que se utilice debe contemplar por lo menos los siguientes aspectos:

\* Procesos relacionados con el objeto, medios y entorno laboral:

Ruido, vibraciones, iluminación, radiaciones, temperatura, humedad, ventilación, sustancias químicas en forma de soluciones, polvos, humos, gases, vapores, nieblas; microorganismos.

- \* Procesos intrínsecos de los medios de trabajo (herramientas, maquinarias, equipos, mobiliario)

Estado, antigüedad, puntos de operación (accesibilidad, contacto del trabajador), tipos de mandos, nivel de peligrosidad, grado de mantenimiento, energía motriz, movilidad y desplazamiento, confort.

- \* Instalaciones generales (espacio físico)

Estado de las paredes, pisos (huecos), escaleras y puertas, orden y limpieza, proxismo (distribución espacial de la maquinaria, cercanía entre máquinas o muebles), espacios de circulación estrechos, embalaje y almacenamiento peligrosos.

- \* Instalaciones de servicios

Condiciones de los servicios eléctricos, agua, gas, vapor, disposición de desechos, servicios sanitarios, áreas de descanso, vestidores, comedor.

- \* Procesos relativos a la actividad misma

Procedimientos peligrosos, posiciones de los trabajadores mientras realizan su tarea (duración y tipo), formas de desplazamiento, levantamiento y transporte de cargas, relación trabajador-máquina/herramienta (ergonomía).

\* Procesos relativos a la organización y división del trabajo

Formas de supervisión (rigidez) y control, ritmos intensos de trabajo, jornadas prolongadas, monotonía, mono o plurifuncionalidad, formas de rotación en los puestos y en el horario de trabajo, descansos, posibilidad de control de la tarea, agresividad, posibilidad de relacionarse con los compañeros, niveles de reconocimiento y promoción, posibilidad de ausentarse del puesto de trabajo, posibilidad de ejercer la creatividad individual y colectiva.

\* Medidas de promoción y prevención

- Recreación, descanso, relajamiento, reuniones deportivas y educativas, gimnasia en los lugares de trabajo, eventos de solidaridad, participación en actividades promovidos por la organización laboral, expresiones de autoestima.

- Disponibilidad y funcionalidad de extintores e hidrantes, salidas de emergencia, protecciones en las maquinarias (guardas de seguridad), herramientas y equipos (pantallas de protección y dispositivos de confort en terminales de computación), sistemas de protección colectiva (silenciadores, extractores, ventiladores, calefacción, aire acondicionado, procedimientos, tabiques y mallas de seguridad, atiba en minas, señalización y pinturas de seguridad).

Equipos adecuados de protección personal (cinturones de seguridad, protectores de cabeza, ojos, vías respiratorias, manos, tronco, extremidades inferiores, etc.).

### c) Exploración instrumental

Luego de haber realizado la exploración sensorial y la determinación de los procesos peligrosos para la salud, es necesario realizar un pequeño análisis dirigido a la jerarquización de los procesos peligrosos para la salud. Es decir, determinar los más frecuentes y más riesgosos. De algunos de ellos es posible obtener una valoración cuantitativa, por ejemplo del sonido, iluminación, de ciertas sustancias químicas, vibraciones, condiciones térmicas, etc. Para el efecto se utilizan equipos especiales (sonómetros o dosímetros, luxómetros, bombas, coniómetros, instrumentos de lectura directa para gases y vapores, monitores específicos de gases, anemómetros, sicroímetros, termómetros, etc.). Para iniciar un programa a nivel nacional por lo menos se debería disponer de un equipo básico en cada unidad provincial.

Al momento de seleccionar las técnicas, es factible incorporar algunos aspectos de modelos que en los últimos años han incursionado en el estudio de la salud de los trabajadores (LEST, CYMAT, etc.).

#### - Recursos

Equipo de salud y trabajadores con el apoyo de técnicos en higiene y seguridad, jefes de línea.

Instrumento de observación (guía)

Equipos de campo (sonómetro, luxómetro, etc.)

## **5. Estudio de la situación de salud de la población laboral**

En este nivel de la atención básica se debe enfocar el estudio de la situación de salud de los trabajadores a un nivel general, sin adentrarse en el campo de la superespecialidad. , Por lo tanto, es necesario recoger todas las manifestaciones de compromiso de la salud de la población laboral.

### **- Técnica**

Entrevista con el trabajador para que de manera espontánea relate las manifestaciones de molestias pasadas o presentes que tenga el trabajador. Inmediatamente o de manera simultánea se puede hacer un interrogatorio dirigido enfocado a la relación salud-trabajo, evitando caer en una situación mecánica de tipo causa-efecto. Se debe abordar aspectos relativos a la historia de trabajo de la persona que se atiende.

Examen físico general y específico de acuerdo a la información que reporte el estudio de las condiciones de trabajo.

En los puestos de salud donde existen tan sólo promotores de salud, se podría registrar por lo menos las manifestaciones más importantes y las necesidades sentidas de los trabajadores y remitirlos al personal médico y de enfermería para el examen general.

De igual manera, si la situación exige la realización de exámenes de mayor complejidad, se debe remitir a los niveles correspondientes del sistema de servicios de salud.

- Recursos

Médico y personal de enfermería. En los puestos de salud los promotores.

Historia de salud laboral, instrumental básico de medicina y enfermería. Equipos especiales para estudio de grandes grupos (audiómetro portátil, espirómetro portátil, flicker, reactímetro, paquetes para psico y neurotoxicidad, etc.)

## **6. Medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación**

El estudio de las condiciones de trabajo y la situación de salud de los trabajadores tiene como finalidad el establecimiento de un diagnóstico objetivo e integral de la unidad salud-trabajo. Este proceso inicial debe constituirse en la base del monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores.

Como se había señalado en el capítulo correspondiente, no habría mayor trascendencia si el proceso no se acompaña de medidas de intervención en los centros laborales y de otras acciones en los trabajadores.

Si en cada una de las fases se ha podido construir un proceso de auténtica participación de los trabajadores, en las medidas que se definan y que se las ejecute se encontrarán plasmadas las necesidades sentidas de los trabajadores y el referente técnico del equipo de salud. Si estas medidas son inconsultas y surgidas exclusivamente de la visión unilateral de los técnicos, por más acertadas que sean resultarán ineficaces.

Los trabajadores tienen el derecho de hacer ejercicio de la libertad y de la democracia auténtica. Como se supone que su participación ha sido desde el primer momento y en todo instante, lo que se haga o se deje de hacer, en buena medida estará definida por los propios trabajadores. Esto no quiere decir que se debe descuidar en el apoyo (recursos humanos, económicos, organizativos y técnicos) que deben contar los trabajadores desde los servicios públicos. La participación activa de los trabajadores no significa delegación de responsabilidades; significa convergencia de acciones, tomando como base la experiencia, conocimiento y sentir de los trabajadores.

Las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación son de diferente tipo, dependiendo de las características del centro laboral, de la posición de los trabajadores y de los recursos disponibles. Es necesario incluir criterios de factibilidad y jerarquización. En cualquier caso, la definición de las actividades deben surgir de la planificación conjunta entre trabajadores y técnicos, sin embargo, se puede señalar de manera general algunos de los aspectos que deberían ser considerados:

- Promoción

Educación, sensibilización y capacitación; actividades deportivas, recreación, actos de solidaridad, gimnasia en los lugares de trabajo, aplicación de mecanismos de ascenso y reconocimiento (autoestima), emulación, incentivos (no los dirigidos a aumentar la producción ni a promover la competitividad entre trabajadores); actos culturales; desarrollo de capacidades físicas e intelectuales, etc.

## - Prevención

En esta parte conviene hacer una rápida reflexión de lo que nosotros consideramos como prevención. Partiendo de la idea que la práctica de la prevención en la salud pública ha estado dirigida de manera preponderante a las expresiones terminales y fragmentarias del proceso salud-enfermedad, creemos indispensable trascender, en la prevención, a niveles que incidan de manera integral en la problemática.

En el campo de la salud de los trabajadores no sería adecuado circunscribirse tan sólo a los denominados "agentes" o "riesgos" del trabajo como ha sido el común denominador de la práctica convencional de la salud de los trabajadores, dejando a un lado la heterogeneidad de aspectos que intervienen en el surgimiento de los problemas de salud de los trabajadores. Es indispensable intervenir en los medios y objetos de trabajo, en las condiciones del entorno, en la organización y división trabajo, en el consumo, en las ideas y costumbres de trabajadores, familia y empleadores, etc. Este nuevo tipo de prevención o "prevención profunda"<sup>81</sup> es la que se debe promover.

Por otro lado, en la aplicación de los principios de la prevención en los centros laborales es necesario centralizar la atención en la eliminación de los procesos peligrosos para la salud. Lo común ha sido observar, en el caso de existir alguna preocupación por la salud de los trabajadores, medidas de "protección" que, en presencia de esos procesos peligrosos, se incorporan mecanismos para atenuarlos (medidas de protección colectiva) o para aislar

---

<sup>1</sup>. Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. op. cit.

al trabajador (medidas de protección personal). Aunque teóricamente se diga que las medidas de protección personal son los últimos recursos que se deben adoptar, en la práctica y en la mayoría de los casos han sido los únicos.

Vista de esta manera la prevención, a más de las medidas de protección colectiva y protección personal, que no desconocemos su utilidad, la redimensionamos, se debe hacer el esfuerzo por sanear al centro laboral de cualquier proceso peligroso, además, planificar y organizar actividades dirigidas al campo de la alimentación, vivienda, reposo, educación, transporte, hábitos higiénicos del trabajador y la familia.

Hay que tener clara la idea de que las acciones de prevención en todos estos campos no se las puede hacer de la noche a la mañana. Tienen que ser objeto de un trabajo continuo y definiendo prioridades.

En el campo de la prevención también se debe considerar la realización de exámenes periódicos a los trabajadores, poniendo énfasis en los problemas más relievantes de condiciones de trabajo más peligrosas. A más de un examen general se deben realizar exámenes especiales (aplicación de baterías para la salud mental, audiometrías, radiografías de tórax, pruebas funcionales respiratorias, etc.).

En los sitios donde existan servicios de salud para los trabajadores, se deben realizar exámenes cuando una persona ingresa por primera vez a ocupar un cargo en el centro laboral. Esto tiene como finalidad disponer, desde el primer momento, de la historia de salud laboral de la

persona que trabaja para mantener un control periódico de su salud.

El cambio de procedimientos, formas de trabajo, tipo y disposición del mobiliario, de los ritmos, horarios y pausas son esenciales y a veces poco consideradas.

#### - Recuperación

Detectados los problemas de salud de los trabajadores es necesario realizar el tratamiento integral respectivo. Al decir integral se hace referencia a todas las molestias, alteraciones, enfermedades o lesiones que tengan los trabajadores. Se debe poner especial atención en la esfera mental que siempre ha sido soslayada.

En el caso de requerir tratamientos de mayor complejidad deben ser remitidos a los niveles respectivos.

#### - Rehabilitación

Es frecuente ver a trabajadores que han sufrido algún problema de salud con secuelas temporales o permanentes. En estos casos la rehabilitación debe encaminarse a posibilitar la realización plena del ser. En la atención básica es factible implementar algunas acciones dirigidas a las funciones del aparato locomotor, de los órganos de los sentidos y de la salud mental. Es necesario dirigir las acciones también al colectivo de trabajadores.

Igualmente, los de mayor complejidad seguirán el sistema de referencia para acceder a niveles especializados.

## **Trabajo de grupos**

El trabajo de grupos es solo un componente de la estrategia política-organizativa y técnica de la "participación de los trabajadores" analizada en capítulos anteriores.

En esta parte se hace referencia a las actividades con los trabajadores para el estudio de las condiciones de trabajo y salud de un centro laboral concreto. Para ello existen algunas alternativas, dependiendo del tipo de centro laboral, del número de trabajadores, de la presencia o no de organización, etc.

Para el estudio de las condiciones de trabajo y la situación de salud, con la participación de todos, se puede utilizar varias modalidades. Una con la que hemos tenido mayor experiencia y resultados alagadores es la del modelo obrero, reformulada y enriquecida con los aportes de distintos grupos de América Latina (México, Colombia, Ecuador, Argentina y Chile). Como existen varios documentos ya señalados en este punto se indicarán sólo los aspectos generales.

- Formación de grupos homogéneos
- Explicación del modelo, de los procedimientos y de los procesos peligrosos para la salud.
- Trabajo de grupos y discusión en base a una encuesta colectiva elaborada conjuntamente con algunos trabajadores (cosa que generalmente no se lo ha practicado).
- Elaboración de los mapas de riesgo, igualmente en grupos.

En el trabajo de grupos también es factible utilizar la técnica Zopp<sup>82</sup> que permite jerarquizar los problemas, descubrir los procesos causales y definir mecanismos de intervención inmediatos. Los pasos a seguir, de manera general son los siguientes:

- Definición del problema central
  - Establecimiento del árbol de causas
  - Definición del árbol de objetivos
  - Análisis de consistencia
  - Identificación de alternativas
  - Elaboración de la matriz de involucrados
  - Elaboración de la matriz de alternativas
  - Elaboración de la matriz de planificación
- Recursos

Equipo de salud de la unidad operativa, trabajadores, profesionales de salud de los centros laborales, técnicos en higiene y seguridad, jefes de línea.

Material de escritorio, cartulinas, marcadores.

---

<sup>82</sup>. GTZ, ZOPP. Una Introducción al Método, mimeo, Frankfurt, s/f.

## **Modalidad B**

Esta modalidad está dirigida a los trabajadores que residen, pero que no trabajan en la zona de influencia de la unidad operativa. Los problemas de salud de estos trabajadores se los puede detectar por medio de un programa de atención a las familias, por la motivación a organizaciones comunitarias de la zona o por la demanda espontánea. Las actividades del programa con esta modalidad se lo realizarán básicamente en las unidades operativas respectivas.

En este caso no es posible realizar estudios de los centros laborales, los programas se circunscribirían a la atención de los trabajadores de manera similar a lo descrito en el numeral 5 de la modalidad A.

### **Acciones paralelas**

1. Generar opinión y presión popular para que exista un cambio en las políticas laborales y de salud del Estado, favorables a la salud de los trabajadores.
2. Promover el cumplimiento, difusión y definición de leyes y reglamentos dirigidos a la promoción de la salud de los trabajadores y a la prevención profunda.
3. Educación y capacitación

#### **a) Personal de salud**

Debe ser una de las primeras actividades del programa y de las que se mantenga en forma periódica. Para el efecto se concentrará al personal de salud de varias unidades operativas, utilizando las siguientes modalidades:

- Seminarios
- Cursos cortos
- Estudios participativos en los centros laborales
- Revisiones bibliográficas
- Dramatizaciones

- Recursos

Especialistas en salud de los trabajadores

Personal de los niveles complementarios

Personal de otras instituciones oficiales vinculado con la salud de los trabajadores.

Personal de ONGs que se encuentren trabajando en este campo.

Trabajadores capacitados y miembros de las comisiones mixtas de higiene y seguridad.

Equipos audiovisuales

Material pedagógico

Mapas de riesgo

Grabadoras

Pizarra

Marcadores

## Trabajadores

La educación y capacitación a los trabajadores se lo realizará como un componente motivador para el inicio de los programas e igualmente como una actividad periódica de retroalimentación.

Se deberá considerar dos tipos: Una general y masiva dirigida a toda la población trabajadora, otra selectiva y específica encaminada a educar a grupos de trabajadores expuestos a condiciones de trabajo

críticas y a grupos especiales de trabajadores (sindicatos, comisiones paritarias de higiene y seguridad, empleadores, etc.).

\* General y masiva

- Folletos de divulgación
- Mensajes por la prensa, radio y televisión
- Afiches
- Charlas masivas y de tipo general, fundamentalmente de tipo motivador

\* Selectiva y específica

- Cursos
- Talleres
- Seminarios
- Estudios participativos
- Dramatizaciones

- Recursos

Equipo de salud que ha sido previamente entrenado

Personal especializado en salud de los trabajadores

Trabajadores capacitados, miembros de las comisiones mixtas de higiene y seguridad

Los recursos materiales serán los mismos que se señalaron en el punto anterior más los que requieran los medios de difusión masiva.

#### 4. Asesoría

A nivel básico la asesoría sólo se referirá a aspectos generales del mejoramiento de las condiciones de trabajo y del cuidado de salud de los trabajadores. Estará dirigido tanto a trabajadores como a

pleadores que deseen llevar a cabo programas propios de sus centros laborales.

- Recursos

Equipo de salud

Personal de niveles complementarios

Personal de otras instituciones oficiales

Personal de ONGs

Sistema de registro

La unidad operativa debe ser parte activa del sistema de vigilancia en salud de los trabajadores y en tal virtud es imprescindible el mantenimiento de la información actualizada del censo de los centros laborales del área de salud. Además, registro del estado de salud de los trabajadores.

Mecanismos de referencia y contrarreferencia

El funcionamiento armónico y eficaz del sistema de referencia y contrarreferencia es una de las garantías para que exista una verdadera incorporación de la ABESAT al sistema de servicios de salud.

Los niveles de referencia y contrarreferencia deben incluir a los servicios de práctica popular, los servicios de salud de los centros laborales, unidades operativas del área de salud, nivel regional (provincial) y nivel nacional.

## La cogestión popular

Para llevar a cabo estas propuestas es indispensable crear las condiciones con la finalidad de que la participación de los trabajadores y de la colectividad sea una auténtica realidad.

Con la presencia de estructuras organizadas de las/os trabajadoras/es es posible desarrollar acciones que se correspondan con las necesidades de los grupos involucrados. Estas acciones deben inscribirse en un proceso de **autogestión** que posibilite la intervención autárquica de los grupos laborales y que permita construir formas de poder en los distintos niveles de las instituciones del Estado responsables de las políticas de salud.

Un mecanismo que se podría utilizar es la constitución de **redes populares de salud laboral** que aglutine a organizaciones de diferente tipo y sector (sindicatos, cooperativas agrícolas, gremios artesanales, grupos femeninos, asociaciones campesinas, grupos étnicos, comisiones mixtas de higiene y seguridad, etc.).

Cada organización, bajo la dirección de una coordinadora de la red se encargaría de planificar y ejecutar acciones en el ámbito laboral y del consumo en la defensa de la calidad de la vivienda, de la alimentación, de la educación y del transporte; del derecho al gozo pleno, a una recreación integral y de un medio ambiente libre de contaminación.

## **FORMACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES EN DIFERENTES NIVELES DE ENSEÑANZA**

### **DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.**

Reiterando las ideas señaladas en páginas anteriores de que la salud de los trabajadores se encuentra determinada por las leyes generales que rigen a la sociedad, es necesario considerar las manifestaciones particulares para el entendimiento global y resolución de la problemática. Uno de esos elementos es el relacionado con la formación y capacitación de los recursos humanos en salud de los trabajadores.

#### **1.1 VACIOS EN LA EDUCACION Y CAPACITACION**

En varios seminarios y talleres realizados en diferentes países se ha concluido que existe un importante vacío en la formación,

capacitación e información sobre salud de los trabajadores en profesionales, técnicos, trabajadores, escolares y otros sectores poblacionales. Como se dijo, un alto porcentaje de facultades y escuelas de ciencias de la salud no cuentan dentro del pensum de estudios contenidos de relativos a la salud de los trabajadores y a las condiciones de trabajo.

En Colombia "es reconocida la deficiencia de recursos humanos suficientemente capacitados para enfrentar la problemática ocupacional del país. Carreras y disciplinas como la Medicina, Enfermería Psicología, Trabajo Social, las Ingenierías, la Arquitectura, la Veterinaria, la Agronomía, la Administración de Empresas tienen ingerencia directa en Salud Ocupacional; sin embargo, en sus currículo no tienen incorporada esta área y por ello, su participación es ninguna o deficiente. El 90% de los funcionarios profesionales y auxiliares en Salud Ocupacional de la Seguridad Social, no tienen una especialidad respaldada académicamente por una institución. En el país solamente 3 universidades muy recientemente han abierto post-grado en Salud Ocupacional para médicos. El número de especialistas en la materia no pasa de 25 en todo el país. Solamente 3 instituciones, una de ellas muy reciente (1989), preparan personal técnico y auxiliar (alrededor de 30 egresados en todo el país). El problema es aún más severo en el área de la Ingeniería Ocupacional"<sup>83</sup>.

Esta realidad ha cambiado ligeramente en los últimos años por la presión para el cumplimiento de la ley colombiana en lo relativo a la salud de los trabajadores.

La incorporación de contenidos de la salud de los trabajadores en las cátedras de las diferentes escuelas, es absolutamente infrecuente. Existen, además, serias limitaciones en la

---

<sup>83</sup>. Yépez, Francisco y Col. "La Salud en Colombia", op. cit., p. 418.

disponibilidad de bibliografía específica para la consulta de primera mano de docentes y estudiantes. Los textos básicos son los convencionales de cada una de las disciplinas y por lo tanto con escasa información.

Si sabemos que la salud de los trabajadores no se circunscribe sólo a la patología laboral, se puede deducir que los aspectos relacionados con la higiene y seguridad laboral, legislación, ergonomía, toxicología, etc. no son conocidos por los estudiantes de medicina. De lo anotado se concluye que los médicos que egresan de las escuelas de medicina no cuentan con la información básica que se requiere para abordar los problemas de salud de los trabajadores. Las repercusiones de este vacío en la formación se manifiestan en los servicios de salud de los centros laborales, en la investigación, en la educación y capacitación de empleadores, trabajadores y público en general.

Un número indeterminado de médicos que laboran en los servicios de las empresas implementan acciones de salud exclusivamente en el campo de la medicina general. Son pocos los casos que desarrollan programas de salud de los trabajadores integrados a los equipos de higiene y seguridad.

Cosa similar sucede con otros profesionales de la salud, a pesar de que en la formación de enfermeras con mayor frecuencia se incluyen algunos contenidos. La enseñanza de esta disciplina en las escuelas de enfermería amerita una atención especial. Múltiples centros laborales cuentan solamente con la participación de profesionales de esta rama. Por ser el personal de enfermería, en un buen número de casos, la única persona que realiza actividades de salud en los lugares de trabajo, es necesario capacitarle en forma adecuada para que se encuentre en condiciones de detectar los problemas de salud relacionados con el trabajo, resolver los que se encuentren a su alcance,

referir de la manera más adecuada y recomendar algunos cambios para mejorar las condiciones de trabajo.

En algunos países se forman ingenieros en seguridad industrial, psicólogos laborales, administradores de empresas, tecnólogos en higiene y seguridad, en saneamiento ambiental, etc. que tienen diferentes niveles de formación en salud de los trabajadores. Estos profesionales son absolutamente indispensables en la práctica multidisciplinaria.

## **1.2 VACIOS EN OTRAS PROFESIONES**

Se conoce muy bien que para el conocimiento y práctica de la salud de los trabajadores es indispensable la participación de diferentes disciplinas y profesionales, de la ciencias sociales, de la ingeniería, psicología, economía, antropología, etc. En la formación de cada una de ellas debería incluirse contenidos y métodos de enseñanza relacionados con la salud de los trabajadores, lamentablemente y con algunas variantes la situación es similar a lo que sucede en la formación de profesionales de la salud.

Se ha visto que en las instituciones públicas o privadas encargadas de la atención de los trabajadores en el campo de la salud, higiene y seguridad, los profesionales ingresan con grandes vacíos y su accionar es limitado. Por ejemplo, la preocupación de los responsables de la higiene y seguridad se centra en precautelar la integridad de las instalaciones y maquinaria, soslayando el cuidado de la salud de los trabajadores, afianzando de manera consciente o inconsciente únicamente los intereses del empresario.

### 1.3 LA EDUCACION ESCOLAR Y DE LA COMUNIDAD

No se tiene información disponible sobre la realidad de la educación en salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral en la educación pre-primaria, primaria y media. En algunas reuniones y congresos de varios países se encuentran recomendaciones relativas a la necesidad de educar en salud de los trabajadores desde períodos tempranos de la formación del alumno. Desde hace mucho tiempo, diferentes sectores han resaltado esta necesidad, por ejemplo una las conclusiones del II Congreso Nacional de Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales realizado en Lisboa en 1968 indica que "es indispensable y urgente que, en lo relacionado a la educación secundaria y media, se creen disciplinas autónomas de Higiene y Seguridad del Trabajo, específicamente en las escuelas técnicas (comercial e industrial) y en las escuelas agrícolas"<sup>84</sup>.

En el Octavo Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo se indica que

*"para que la educación en higiene y seguridad del trabajo forme parte de una política general de higiene y seguridad en todos los géneros de actividad humana, debe comenzar lo antes posible para inculcar hábitos apropiados desde la niñez. La forma como los padres se comportan en su trabajo es un ejemplo para los hijos. En muchos países se ha introducido en las escuelas la enseñanza de la seguridad en el tránsito; sería fácil extenderla a la educación básica sobre manipulación inócua de productos químicos, maquinaria o aparatos de uso tan frecuente en el hogar, la agricultura o la industria. En materias como*

---

. Durao, Alvaro. "A sensibilizacao dos futuros médicos pela Medicina do alho". *Jornal do Médico*, LXXIII (1452): 885-888, Dezembro, 1970.

*la física y la química, se han de tratar cuestiones de higiene y seguridad cuando sea oportuno (riesgos de heridas, lesiones causadas por la electricidad, toxicidad de productos químicos, etc.). Los programas para estudiantes y aprendices deben contener temas relativos a la higiene y seguridad: hábitos de trabajo peligrosos; riesgos de herramientas, maquinaria y productos químicos; normas de seguridad; principios de la higiene del trabajo, por ejemplo, requisitos relativos al clima, la iluminación, técnicas para reducir los riesgos, principios de ergonomía (duración e intensidad del trabajo, posturas, levantamiento de pesos, fatiga, etc.)"*<sup>85</sup>.

Como se puede notar, en algunos países desde los primeros niveles de la educación formal existen algunos mecanismos para transmitir conocimientos sobre el cuidado de la salud, unos pocos consideran como área de importancia la salud relacionada con el trabajo, la mayoría se concentran en los llamados programas de educación para la salud que dependiendo del país adquiere distintas modalidades, como cátedra independiente, como unidad de diferentes cátedras y en otros casos como contenidos aislados del curriculum. Sin embargo, los contenidos se circunscriben a los problemas tradicionales: enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, salud materno-infantil, salud bucal, salud mental, nutrición, primeros auxilios, etc. Difícilmente se encuentran contenidos o programas estructurados de salud de los trabajadores que sean partes esenciales de una política educativa nacional a todos los niveles.

En la educación para la salud a nivel escolar se reproduce lo que sucede en la educación de los profesionales de la salud a nivel superior. Formación biologicista que se le prepara al profesional para que responda básicamente en el plano curativo e

---

<sup>85</sup>. OMS. "Enseñanza y Formación Profesional en Higiene y Seguridad del Trabajo y en Ergonomía", Serie de Informes Técnicos 663, Ginebra, 1981, p. 38.

individualizado de los problemas de salud. El egresado se encuentra incapacitado para interpretar el complejo salud-enfermedad como un proceso que tiene expresiones generales determinantes y subsumidas manifestaciones particulares, que existen leyes jerárquicamente ordenadas para explicar la esencia del fenómeno, que adquiere características diferentes de acuerdo a la clase o grupo y al desarrollo histórico de la sociedad, que el proceso salud-enfermedad se encuentra en íntima relación con las condiciones de vida del individuo y su familia.

A nivel comunitario el fenómeno es similar,

*"la educación sanitaria mantiene con frecuencia un enfoque paternalista y autoritario. Muchos administradores siguen creyendo que ver una película, contemplar un cartel o escuchar una conferencia conducirán al individuo por el buen camino...los métodos coercitivos empleados con frecuencia para combatir las enfermedades epidémicas o parasitarias no son aplicables a cuestiones como la higiene personal, la lactancia natural, el hábito de fumar, el alcoholismo y el consumo excesivo de alimentos y medicamentos" <sup>86</sup>.*

La preocupación por los problemas de salud relacionados con el trabajo es casi nula. Los campesinos usan plaguicidas de manera indiscriminada y con bastante desconocimiento de los riesgos para la salud, de la contaminación del ambiente y de las medidas de protección y control.

---

<sup>86</sup>. OMS. Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria en d. Serie de Informes Técnicos 690, Ginebra, 1983, p 11.

#### **1.4. NECESIDADES DE EDUCACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LOS NIVELES BASICOS**

Si se considera que la información y la posibilidad de cambios actitudinales son importantes para la promoción de la salud y para la prevención profunda no se puede aceptar que en la época actual persistan todavía grandes vacíos en la formación de recursos humanos en salud de los trabajadores y en la posibilidad de mantener informados a los más amplios sectores de la sociedad.

En el momento actual existe una seria preocupación por vincular **el trabajo a la educación** en los diferentes niveles de la formación del alumno, inquietos por "la evidente sobreproducción de profesionales que no encuentran empleo y que, además, están sobrecalificados para desempeñarse en el sector informal y por la creciente población infantil, juvenil y adulta dedicada hoy, por efecto de la crisis, a la economía informal"<sup>87</sup>.

La posibilidad de **incluir en el proceso educativo actividades productivas** se plantea en varios planes de desarrollo de América Latina, inclusive en una parte de la declaración de los Ministros de Educación de América Latina en abril de 1991 se reafirma esta inquietud:

*"La situación de crisis y la situación de demandas democráticas han estimulado la formulación de propuestas -compartidas por un creciente número de gobiernos- tendientes a la reactivación de las economías mediante la transformación de las estructuras productivas, el*

---

<sup>87</sup>. Varios autores. "Consulta Nacional Educación Siglo XXI", Documento Base, MEC, Quito, Enero 1992.

*fortalecimiento de los procesos de integración regional y la búsqueda de un modelo de desarrollo más equitativo como fundamentos de una nueva estrategia de desarrollo para América Latina y el Caribe en los años noventa. Dichas propuestas destacan la doble contribución que deberá hacer la educación, tanto como elemento clave de una política social que promueva un tipo de desarrollo con mayor equidad, como en la formación de recursos humanos capaces de incorporarse activamente a un mundo del trabajo que reviste nuevas características: creatividad, inteligencia y solidaridad*"<sup>88</sup>.

La vinculación temprana del alumno a las actividades productivas no ha quedado sólo en declaraciones. En varios países y desde hace algunos años existen modalidades de educación en este sentido, es el caso de la educación técnica, el bachillerato humanístico-técnico, la formación polivalente no especializada, etc. A nivel de las políticas educativas nacionales existen decisiones importantes en este sentido, por ejemplo el Ministerio de Educación del Ecuador en 1991 formuló

*"una política y un programa de Educación y Trabajo señalando tres campos de acción: fortalecimiento de la relación entre educación y trabajo; la orientación, el mejoramiento y la ampliación de la estrategia de las Unidades Educativas de Producción hacia todos los planteles que las instrumenten y la reorientación de la capacitación ocupacional*"<sup>89</sup>.

**La vinculación de la educación al trabajo es, por lo tanto, una realidad y esto significa que cada día un mayor número de alumnos de los diferentes niveles de enseñanza estarán**

---

<sup>8</sup>. Varios autores. "Consulta Nacional Educación Siglo XXI", Op. Cit. , p. 5. (saltado es nuestro).

<sup>9</sup>. Ibid.

compartiendo los estudios con la actividad laboral, expuestos a condiciones de trabajo que pueden ser perjudiciales para su salud. Es una necesidad impostergable incluir en esta formación componentes de la salud de los trabajadores, en los contenidos curriculares como en las acciones que se encuentren encaminadas a la protección de la salud de los educandos y educadores.

Desde el primer contacto del alumno con el trabajo se encuentra expuesto a condiciones laborales que de una u otra manera pueden comprometer su salud. El ruido, las condiciones térmicas, iluminación, exposición a sustancias químicas, posiciones y ritmos de trabajo son, entre otros, procesos peligrosos capaces de ocasionar múltiples enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo. Las otopatías ocupacionales, alteraciones del órgano de la visión, problemas respiratorios, cáncer, intoxicaciones con plaguicidas y otras sustancias químicas, los traumatismos de toda naturaleza, deformaciones morfológicas son sólo un ejemplo de las eventualidades patológicas que pueden sufrir los alumnos incluidos en el proceso de enseñanza que vinculan el estudio con el trabajo. Tanto en el período de formación como en el de inserción definitiva al sector productivo estas eventualidades y muchos otros no dejan de estar latentes, es necesario, por lo tanto, tomar todas las precauciones que la compleja realidad exige.

En consideración a lo señalado, es importante conocer estas nuevas modalidades de la educación para incorporar en los planes y programas de estudio componentes de la salud de los trabajadores. El alumno debe conocer cuáles son los procesos peligrosos que existen en los lugares de trabajo, los problemas de salud que resultan de la exposición a estos procesos, los mecanismos de seguridad y prevención. A más de la información

y formación de los alumnos en este campo, los centros educativos y de manera especial los que vinculan el estudio al trabajo, deben contar con programas de higiene y seguridad que garanticen la existencia de condiciones de trabajo favorables para la salud.

Recapitulando se puede afirmar que existen muchas razones para formar y capacitar en salud de los trabajadores en todos los niveles básicos:

- a) Progresiva integración de la educación con el trabajo desde períodos tempranos de la formación del alumno.
- b) Un alto porcentaje de la población de América Latina se encuentra vinculada a alguna actividad productiva. En la mayoría de los países representa el 33% de la población general.
- c) Las tasas de morbilidad y mortalidad laboral no han disminuido en la mayoría de los países y en algunos inclusive han aumentado.
- d) Elevado subregistro de las enfermedades, accidentes y molestias relacionados con el trabajo.
- e) La disminución del tiempo medio de vida activa y la baja de productividad resultante de lesiones y dolencias relacionadas con el trabajo representan situaciones que difícilmente el trabajador y la familia pueden soportar.
- f) Notable desconocimiento de la salud de los trabajadores, de los procesos peligrosos que se encuentran en la actividad laboral, de los problemas de salud, de las formas como reconocerlos y evaluarlos, de las medidas de promoción y

prevención. Este desconocimiento se da en todos los niveles, en los profesionales y estudiantes del sector salud, trabajadores, empleadores, educadores para la salud, maestros y escolares.

- g) Falta de personal capacitado y especializado en salud de los trabajadores.
- h) Baja disponibilidad de recursos instrumentales y bibliográficos relacionados con la salud de los trabajadores.

## **2. IMPORTANCIA DE LA INCORPORACION DE LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO EN LOS NIVELES BÁSICOS DE ENSEÑANZA**

A pesar de las similitudes que existen entre los países de América Latina, se encuentra también una amplia heterogeneidad, la misma que se refleja en diferentes ámbitos de la vida social. El sistema educativo es igualmente, de amplia diversidad, inclusive a lo interior de cada uno de los países. La primera diferenciación se da entre educación pública y educación privada y dentro de ellas existen también notables diferencias que se refieren a los recursos, infraestructura, calidad de los docentes, métodos pedagógicos, etc.

Otro aspecto que marca una importante diferencia en el sistema educativo de los países es la separación entre educación en las áreas urbanas y las rurales, haciéndose más notable para la educación primaria. En el Ecuador, por ejemplo, en las ciudades generalmente existen profesores para cada uno de los grados y para un número determinado de alumnos, en cambio en las zonas rurales, la mayor parte de centros educativos funcionan con uno o dos profesores para toda la escuela.

El acceso a la educación y dentro de ellas a las diversas modalidades (públicas o privadas, desarrolladas o poco desarrolladas) no es un asunto que depende de la voluntad de las personas. Los aspectos socio-económicos y culturales de los diferentes grupos definen la inserción en el aparato educativo. Estas diferencias a su vez ubican a las personas en niveles heterogéneos de formación. La educación a igual que la salud se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones de vida, con la pertenencia a tal o cual clase o grupo social, a la forma como recibe la riqueza social.

En una publicación del CIDE (Chile en 1990) se hace referencia a lo que pueden esperar los pobres de la educación en varios países de América Latina.

*"Si nuestra educación es pobre, paupérrima es la que les toca a los pobres. Los pobres: áreas rurales, zonas urbano-marginales, sectores de bajos ingresos, grupos indígenas, estratos populares. Los pobres: los ubicados hacia abajo en los gráficos de ingreso, nutrición, salud, vivienda, educación, y los ubicados hacia arriba en los gráficos de enfermedad, mortalidad, fecundidad, desempleo, analfabetismo. Los que llenan las barritas más bajas de acceso y permanencia en el sistema educativo, y las barritas más altas de repetición, deserción y fracaso escolar.....en lo que hace a la educación, a los pobres les toca por todos lados: por lo extra-escolar y por lo intra-escolar. A las condiciones socio-económicas desfavorables de partida, se agregan las deficiencias de la enseñanza. Los pobres no sólo tienen menos acceso a la educación sino la que reciben es de peor calidad, son los que comen poco y mal, no tienen una buena cama para descansar bien, caminan largos trechos para ir y venir de la escuela. Los que no tienen buena luz ni ventilación ni escritorio propio ni biblioteca. Los que deben trabajar, cuidar a los hermanos menores, ayudar en las tareas domésticas. Los*

*que no tienen padres ni con la instrucción ni con el tiempo suficientes para apoyar en las tareas académicas*"<sup>90</sup>.

La planificación de la educación en general y de la educación en salud de los trabajadores no puede abstraerse de la compleja realidad en la que viven los diferentes grupos sociales, debe considerar como referente los "estilos de vida" de las clases sociales a quienes va dirigida la educación. Estos estilos de vida diferenciales tiene expresiones concretas en la familia y en el individuo, ahí es donde se ponen de manifiesto, además, otros aspectos de la cultura, costumbres y relaciones interpersonales.

*"No hay que olvidar que es en el nivel del individuo y de la familia en donde se forman los valores. Es en el hogar donde primero el niño aprende a comportarse. Estos procesos se extienden después a la escuela, que ejerce un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria y formal, y al lugar de trabajo"*<sup>91</sup>.

Es supremamente importante tener presente estos referentes cuando se intenta planificar la educación y capacitación en salud de los trabajadores, más aún cuando se desea incursionar en espacios que hasta el momento no ha sido posible llegar. La educación en salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral tiene como reto para la presente etapa desarrollar y fortalecer la formación, capacitación e información en la población de los niveles educativos de la **pre-primaria, primaria y media**, considerando como un sector especial a la **educación técnica**. Como son áreas donde menos se ha

---

<sup>90</sup>. Instituto Fronesis. "Pobre la Educación de los Pobres", Hoy, Quito, febrero 1992.

<sup>91</sup>. OMS. "Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud". Op. cit. p 21.

trabajado, los planteamientos que se hacen a continuación consideran esos niveles de enseñanza, no se hablará en esta ocasión de los niveles universitarios de pre y postgrado.

- En la mayoría de países de América Latina un porcentaje alto de la población infantil y adolescente distribuye su tiempo en la educación y el trabajo. En el área rural los escolares trabajan con sus padres o familiares en las tareas agrícolas, tanto en la época de vacaciones como en las horas que no acuden a la escuela. Cosa similar sucede en el trabajo artesanal de las ciudades. Se ha podido ver también que los niños y adolescentes provenientes de familias de escasos recursos tiene que estudiar en la noche para poder trabajar en el día; es decir, existe una amplia modalidad de vinculación al trabajo de jóvenes que a su vez se encuentran estudiando.
- En muchos países existen niveles altos de deserción escolar, especialmente en las áreas rurales. En éstas la incorporación del niño o joven a las actividades productivas es muy temprana, exponiéndose a una diversidad de procesos peligrosos para la salud sin ninguna protección.
- Existe otro sector de la población juvenil que solamente se ocupa en las tareas escolares, pero que son trabajadores en potencia y pronto se vincularán a cualquier proceso laboral.
- Como trabajadores en potencia o como futuros profesionales responsables del cuidado de la salud de sus semejantes, los escolares tienen que conocer la manera cómo las condiciones de trabajo impactan en la salud, en la perspectiva de participar activamente en la búsqueda de soluciones, de ahí la necesidad de incorporar lo más

temprano posible contenidos de salud de los trabajadores en todas las modalidades del sistema educativo y que lleguen a los más amplios sectores:

*"Los sistemas educativos deben incorporar en sus planes normales de estudio programas de enseñanza y formación profesional en higiene y seguridad del trabajo. En la fase anterior al empleo, la educación debe iniciarse lo antes posible para inculcar hábitos apropiados desde la niñez. Los programas para estudiantes o aprendices deben cubrir los aspectos generales de la higiene y seguridad, así como los especialmente relacionados con la futura profesión"*

<sup>92</sup>

## 2.1 LA EDUCACION Y EL TRABAJO

Varios países de América Latina, acogiendo los planteamientos y objetivos del Proyecto Principal de la UNESCO para América Latina y el Caribe, y en respuesta a las necesidades urgentes de la sociedad, deciden fortalecer y desarrollar políticas educativas sustentadas en la incorporación del trabajo al estudio.

Partiendo de la idea de que en la mayoría de los países ha existido una falta de correspondencia entre las características y necesidades de la producción con el sistema educativo, es frecuente observar la presencia de recursos humanos egresados de los centros educativos con una formación que no responde a las exigencias de nuevos procesos productivos y a los cambios tecnológicos que han aparecido en los últimos años.

---

<sup>92</sup>. OMS. "Enseñanza y Formación Profesional en Higiene y Seguridad del Trabajo y en Ergonomía", Op. cit. p. 14.

*"La educación es disfuncional con respecto a las necesidades socio económicas, en la medida en que no se han integrado al diseño curricular planteamientos que vinculen la teoría con la práctica y con el desarrollo de destrezas y habilidades para el trabajo productivo y para el mejoramiento de la calidad de vida. Inclusive la educación técnica ha mantenido una desarticulación con los cambios operados en el sistema económico, que exige conocimientos relacionados con la producción, distribución, intercambio y consumo. Esta disfuncionalidad de la educación se manifiesta, con caracteres preocupantes, en cuanto tiene relación a la formación de la juventud, que no logra condiciones favorables para su participación en el mundo del trabajo. El sistema educativo no ha posibilitado que los niños desde la escuela desarrollen su aprendizaje en concordancia con los procesos de trabajo"<sup>93</sup>.*

En esta cita que toma como base los lineamientos básicos de una propuesta educativa del Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador, queda reflejada de manera clara la intención del Estado de vincular a los jóvenes al trabajo lo más pronto posible, sin embargo, no se piensa en la necesidad de proteger la salud.

Por otro lado, es necesario recordar la importancia que tiene el **trabajo** en la sociedad en general y de manera particular en la formación del niño y del joven. Es el trabajo el nexo obligado entre la sociedad y la naturaleza, el cimiento y motivación de la cultura. Entendido así al trabajo, el sistema educativo debe incorporarle como un elemento central, como un componente del desarrollo

---

<sup>93</sup>. Ministerio de Educación y Cultura. "Educación y Trabajo, Lineamientos básicos de una Propuesta Educativa". Centro de Artes Gráficas SECAP, Quito, 1. p. 6.

integral del ser y no como un factor mecánico de la producción.

**La educación para el trabajo** "persigue cultivar la laboriosidad, dominar el arte profesional, los hábitos y la destreza productiva que se revelan en la actitud consciente, creadora ante el trabajo"<sup>94</sup>.

La educación y el trabajo considera a la participación activa de los alumnos, profesores, padres de familia y colectividad como el elemento central del proceso educativo, permitiendo el desarrollo de los principios de solidaridad, cooperación mutua y trabajo compartido. Posibilita, a su vez, reconocer la diversidad de los procesos productivos, de las diferentes modalidades de trabajo y de las diferentes manifestaciones culturales vinculadas al trabajo. Ofrece las condiciones más adecuadas para desentrañar "la articulación dinámica entre el saber popular, la innovación tecnológica y el conocimiento científico, lo que implica relacionar los contenidos de las ciencias básicas con el proceso de producción dentro del contexto socio-cultural"<sup>95</sup>.

**La vinculación del trabajo con la educación** propicia la generación de formas productivas de tipo cooperativo, la creación de pequeñas empresas mixtas que de alguna manera dan respuesta al desempleo y subempleo, ofreciendo, además, productos para satisfacer las necesidades básicas de la colectividad a precios reducidos.

---

<sup>94</sup>. Pazmiño, M. "Reflexiones para una Educación Humanista, Científica, Popular y Progresista". UNE, Edicentro, Riobamba, 1992. p. 17.

<sup>95</sup>. Ministerio de Educación y Cultura. "Educación y Trabajo". Op. cit. p. 14.

La posibilidad de que el niño y el joven se integre a la producción socialmente útil desde épocas tempranas de su formación, permite acelerar su desarrollo intelectual, psicológico y físico, rompiendo las barreras y los plazos de autoafirmación del joven ante la sociedad. Por último, es una excelente oportunidad para que se vayan rompiendo los prejuicios e inadecuadas comparaciones entre el denominado "trabajo manual" y "trabajo intelectual".

La incorporación temprana del niño o joven al trabajo no significa que deben realizar actividades productivas al margen del proceso educativo o que se conviertan en la **mano de obra barata** de empresas poderosas, todo lo contrario, se trata de ofrecerles las mejores condiciones para su formación integral y realización plena, en donde el trabajo, íntimamente ligado a la educación, juega un papel preponderante en el cumplimiento de estos grandes objetivos. Otra cosa es que el alumno de educación media sea el ente activo de actividades de producción y comercialización que forman parte de programas educativos en los que participan los propios alumnos, profesores, padres de familia y colectividad. Es decir, esas actividades productivas son partes intrínsecas del proceso de formación autárquica de los jóvenes.

La vinculación de la educación al trabajo no debe inscribirse en el intento de las políticas neoliberales del Estado tendientes a ofrecer a las empresas mano de obra barata, formada dentro de las leyes del mercado.

### **Algunas modalidades de educación y trabajo**

A pesar de que las formas educativas de tipo productivas son experiencias de los últimos años, todavía con grandes

limitaciones y deficiencias, existen en los países una amplia variedad de procesos que obedecen también a una diversidad de enfoques, tendencias y metodologías. A manera de ilustración se señalarán las más importantes existentes en el Ecuador, intentando simplemente ratificar la idea de que existe en el país la necesidad urgente de incorporar en la educación los programas de salud de los trabajadores.

1. **Educación técnica y profesional**, que se encuentra incluida en la educación formal escolarizada para preparar a jóvenes y adultos en un sistema que ubica al trabajo en el núcleo del currículum. Esta formación profesional y técnica se la realiza por medio de los colegios técnicos e institutos superiores que imparten enseñanza especializada (agropecuaria, industrial, artesanal, etc.) a partir del cuarto año de educación secundaria (décimo grado de la educación regular).
2. **El de la educación regular** que ha intentado incorporar acciones laborales en la educación como las experiencias de los huertos escolares, la creación de las denominadas **opciones prácticas** que incluyen las áreas de cerámica, carpintería, electricidad, mecánica, mecanografía, etc. En los programas de **educación de adultos** se ha intentado superar las acciones exclusivamente instructivas de lectura, escritura y cálculo a la aplicación de un modelo curricular que tome como eje central la producción y el derecho al trabajo. Este último "considera tres ejes fundamentales: lo instruccional, lo formativo y lo

organizativo, manteniendo un equilibrio de todos los elementos en el tratamiento de los módulos y unidades del diseño"<sup>96</sup>.

3. **La capacitación ocupacional** que utiliza una amplia diversidad de estrategias como las unidades educativas de producción, el bachillerato humanístico-técnico, bachillerato polivalente, etc., se encuentra dirigida a jóvenes y adultos con la finalidad de integrarlos a los procesos productivos y donde el trabajo es el aglutinador del proceso de aprendizaje.

### **Otras modalidades**

A más de estas modalidades, algunos organismos internacionales como la UNESCO, OEA, BID, etc. se encuentran empeñados en promover, impulsar y desarrollar programas que vinculen la educación con el trabajo, el "Proyecto Multinacional de Educación para el Trabajo", el "Proyecto de Mejoramiento y Expansión de la Educación Técnica", "Educación Preescolar no Formal", "Educación Básica de Adultos", "Capacitación Ocupacional" son algunos ejemplos de estos intentos.

Todas estas modalidades, con algunas diferencias específicas han cobrado un importante impulso en los últimos años. Unos se encuentran en plena vigencia y otros en proceso de estructuración, procurando formar alumnos que se vinculen tempranamente a la producción, no simplemente como mano de obra barata para las grandes empresas, sino más bien como recurso humano capacitado para la integración dinámica a la diversidad del proceso

---

. Ibid.

productivo, formando, además, cooperativas mixtas de producción en las que se incluyan el Estado, alumnos, profesores y comunidad; microempresas de producción y comercialización, etc.

### **Actividades realizadas**

El sistema educativo de los diferentes países, entre ellos del Ecuador se encuentran empeñados en dar un importante impulso de la educación y el trabajo, existe la decisión política, canalización de recursos, programas de concientización, etc.

Para cumplir con este objetivo se han realizado varias acciones, amplia difusión de planes operativos de educación y trabajo, utilizando seminarios, talleres, material educativo, etc.; levantamiento de inventarios de establecimientos educativos de los niveles primario y medio que realizan programas, proyectos o actividades que vinculen la educación con el trabajo; capacitación a docentes, autoridades, supervisores, integrantes de comités de salud, etc. sobre los principios y mecanismos operativos de la educación y trabajo; determinación de las instancias departamentales encargadas de estos programas; realización de talleres y seminarios con la participación de autoridades, profesores, alumnos, padres de familia y colectividad; elaboración de programas específicos y ejecución de proyectos pilotos.

Revisada la documentación de estos planes, programas y proyectos educativos, existe un importante vacío de estructuras curriculares que incorporen la **salud de los trabajadores**, protección y prevención de la salud en los centros escolares que mantienen la actividad laboral en

cualquiera de sus modalidades. En algunos colegios técnicos y profesionales existe la cátedra de "Higiene Industrial", como asignatura aislada que más bien resulta para el alumno una carga más dentro del pesado plan de estudios. La salud de los trabajadores, la higiene y seguridad laboral debe transformarse en una estructura intrínseca de la educación ligada al trabajo, como una teoría y práctica cotidiana, en la que tanto alumno como profesor y la comunidad lo ejerciten en cada uno de sus actos. Para llegar a esta situación es necesario seguir un proceso con planes y programas adecuados, respaldado de una efectiva decisión política y los recursos necesarios.

### **Algunas modalidades**

Tiene mucha importancia la revisión, estudio e investigación de las diferentes **modalidades** que tienen cada uno de los países para vincular la **educación al trabajo**, de ello depende también la diversidad de los planes y programas de salud de los trabajadores. No es posible implementar modelos únicos de educación en o programas de protección y prevención en todas las modalidades educativas de educación y trabajo, tampoco trasladar mecánicamente modelos de un país a otro. Es necesario analizar las características de cada uno de las alternativas de educación y de acuerdo a ello estructurar el **currículo específico de salud de los trabajadores**. Los objetivos, contenidos, metodología, sistemas de evaluación, las medidas de protección y prevención tendrán que ser absolutamente correspondientes con las particularidades de esas alternativas educativas. Por ejemplo, en los centros de educación regular de nivel secundario, que su curriculum no incorpore el trabajo como actividad central, la educación en este campo deberá impartirse como parte

integrante de algunas asignaturas como Física, Química, Ciencias Naturales, etc. y se realizarían algunas acciones complementarias de protección y prevención. Detalles al respecto se verá más adelante. En cambio, en los colegios técnicos la formación y los programas de salud de los trabajadores deberían tener otra dimensión y otras características, los procesos peligrosos a los que se encuentren expuestos y los problemas de salud serán similares a los que tienen los obreros industriales, trabajadores agrícolas y artesanos, la educación y las acciones encaminadas a cambiar las condiciones de trabajo y proteger la salud deberán contar con mayores recursos, con una carga horaria más intensa, con programas más amplios y diversos.

### **Educación en la cultura del trabajo**

La integración de la educación con el trabajo es, como se ha visto, una experiencia relativamente nueva, se encuentra poco difundida y todavía no es una realidad predominante en el sistema educativo de la mayoría de los países, en tal virtud, es necesario desarrollar la conciencia y una cultura del trabajo. La actividad laboral debe transformarse en el centro aglutinador del sistema curricular.

*"El eje fundamental que viabiliza en la práctica la vinculación educación y trabajo surge de un proceso de replanteo curricular. En este caso se plantea la concepción y el desarrollo de un currículo dinámico; en esta perspectiva, este currículo se concibe como un proceso sistémico que permanentemente investiga, organiza y orienta el aprendizaje y el proceso*

*educativo en general, considerando como núcleo generador al trabajo productivo*"<sup>97</sup>.

Para que estos planteamientos se hagan realidad, es necesario fomentar por todos los medios la importancia que tiene el trabajo en la formación del ser. Desde la preprimaria, continuando con la primaria y afianzándose en la secundaria, el sistema educativo debe incluir programas que permitan al alumno "aprender haciendo" y posteriormente "aprender produciendo". Esto, como se había señalado anteriormente, de ninguna manera intenta desviar al alumno hacia la incorporación al proceso productivo, descuidando los ámbitos de la formación, recreación, desarrollo integral y de reproducción como ser social.

Es necesario desarrollar estrategias educativas que permitan, en la práctica, fortalecer la "cultura del trabajo", uno de los mecanismos sería aumentando la frecuencia del contacto de los niños con la naturaleza, con diferentes formas laborales; permitiendo que estos pequeños alumnos realicen actividades laborales de complejidad creciente, fomentando el trabajo de grupo, etc.

Creadas estas condiciones, **la educación en salud de los trabajadores** resulta como una necesidad natural y no requiere de mayores esfuerzos para afianzarse y pasar a formar parte inseparable del sistema educativo de niños y jóvenes.

---

<sup>97</sup>. Ministerio de Educación y Cultura. "Currículo Dinámico de Educación y Trabajo". Comisión Técnica Nacional de Educación y Trabajo, mimeo, Quito, 1992.

El trabajo en esta etapa debe ser el componente de la formación integral del niño o joven, vinculado estrechamente al proceso educativo. El objetivo no es incorporarles a la producción al margen del proceso de formación. No se trata de una alternativa solapada para conseguir mano de obra barata o para atenuar la crisis en que viven los sectores populares que busca alivianar la carga con el trabajo del niño.

## **2.2. ALGUNAS DIFICULTADES QUE SE DEBEN VENCER**

Existen numerosos obstáculos que dificultan la posibilidad de desarrollar programas educativos en salud de los trabajadores a todos los niveles y que deben ser conocidos para superarlos:

- a) La educación a escolares y secundarios debe considerar las limitaciones que persisten en la formación de los profesionales de la salud, especialmente de médicos, y de los maestros. Como se señaló en líneas anteriores, los profesionales de la salud tienen una deformación biologicista, asistencial y curativa e intentan hegemonizar el conocimiento, creyéndose los únicos portadores de la verdad el saber en salud sigue siendo un privilegio de pocos. Esta particularidad dificulta también el trabajo en equipo, el médico difícilmente acepta ser dirigido por otro profesional que no sea de su área o que según su concepción sea de "menor jerarquía". No se entiende que la salud de los trabajadores incorpora concepciones y prácticas que trascienden al campo de la medicina, que los aspectos de la sociología del trabajo, de la economía, de la ingeniería laboral, de la psicología, de la política, de la legislación, etc. juegan un papel igualmente importante.

Esto sólo es posible entender cuando se considera a la salud de los trabajadores como un amplio y complejo proceso, sujeto a una variedad de leyes históricamente determinadas y jerárquicamente establecidas.

- b) Los profesores, por otro lado, se mantienen en los sistemas convencionales de la educación, inducen al alumnos a ser memoristas, repetitivos, acríticos y con poca posibilidad de desarrollar una actitud creativa. La educación convencional mantiene todavía modelos curriculares lineales y fragmentarios, con una organización unidireccional y parcial de las disciplinas, con una supervisión controladora y punitiva, con profesores que en lugar de ser facilitadores del aprendizaje son obstaculizadores del mismo. En las áreas técnicas de la educación, la formación es eminentemente teórica, con serias limitaciones en los materiales de apoyo al aprendizaje, con escasos recursos y con una falta de integración del educando con la colectividad.

En correspondencia con el sistema educativo hegemónico, la educación sanitaria dirigida a alumnos y comunidad, además de que no incorporan contenidos de salud de los trabajadores, tiene la particularidad de ser paternalista y autoritaria. En estas circunstancias, tanto profesores como alumnos son reactivos al cambio y con dificultad aceptan nuevos métodos educativos y nuevos contenidos, la salud de los trabajadores les parecerá como algo extraño y de poca importancia. En la práctica médica existe predominancia del ámbito curativo, la promoción de la salud y la prevención profunda se encuentra lejos de la óptica de las acciones de salud.

- c) En la colectividad y a veces en los mismos profesionales de la salud existen ideas incompletas o distorsionadas de la esencia de la salud de los trabajadores. No sirve solamente para otorgar indemnizaciones a los trabajadores o familiares en el caso de accidente del trabajo, enfermedad o muerte; su ámbito de acción no se circunscribe exclusivamente al sector industrial. Existen otras formas de trabajo como el agrícola, artesanal, servicios, el de oficina, doméstico, etc. que igualmente presentan condiciones específicas atentatorias para la salud. La salud de los trabajadores no se preocupa solamente del individuo trabajador para diagnosticar y tratar las enfermedades y accidentes del trabajo, tiene especial preocupación por el conocimiento, promoción y prevención en amplios grupos laborales. Los exámenes de preempleo y periódicos no constituyen un filtro para impedir que los trabajadores ingresen o continúen en su trabajo, a pesar de que en algunas ocasiones se los usa como tal. Estas y otras apreciaciones erróneas deben ser eliminadas del criterio común, la educación y difusión permanente en este campo es uno de los caminos.

### **3. POLITICAS SOBRE EDUCACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

- 3.1** Una de las políticas fundamentales de la educación en salud de los trabajadores tiene que estar dirigida a la promoción y prevención, al conocimiento de las condiciones de trabajo susceptibles de ocasionar accidentes, enfermedades y molestias, con el objetivo de transformarlas en beneficio de los trabajadores y de la comunidad.

- 3.2** La planificación de la educación en salud de los trabajadores debe incluir a todos los niveles del sistema educativo: pre-primaria, primaria; secundaria, superior y educación especial.
- 3.3** Toda política de enseñanza y formación en salud de los trabajadores debe iniciar con un análisis de las condiciones concretas de cada país en lo referente al grado de desarrollo social y económico, a las características de las formas productivas, a la situación del sistema de salud y educación, a la cultura y costumbres de su pueblo. De manera particular, debe encontrarse en correspondencia con las diferentes modalidades que adopta la vinculación del trabajo a la educación.
- 3.4** "El plan debe ser de utilidad práctica para satisfacer las necesidades inmediatas, pero también lo bastante dinámico para responder a las necesidades que posteriormente puedan surgir"<sup>98</sup>. En otras palabras, la estructura curricular, los planes y programas de educación en salud de los trabajadores deben considerar que el avance del conocimiento y de la tecnología obligan a su revisión y cambio permanente.
- 3.5** La educación y los programas de salud de los trabajadores en todos los niveles deben considerar los aspectos que interesan a las organizaciones de trabajadores, a los empleadores, a los centros e instituciones educativas, servicios de salud y comunidad en general.
- 3.6** La educación en salud de los trabajadores debe iniciar sensibilizando y elevando el nivel de conciencia en los

---

. OMS. "Enseñanza y Formación..Op. Cit., p 12.

directivos y ejecutivos, autoridades de las instituciones de educación, planificadores educativos y supervisores.

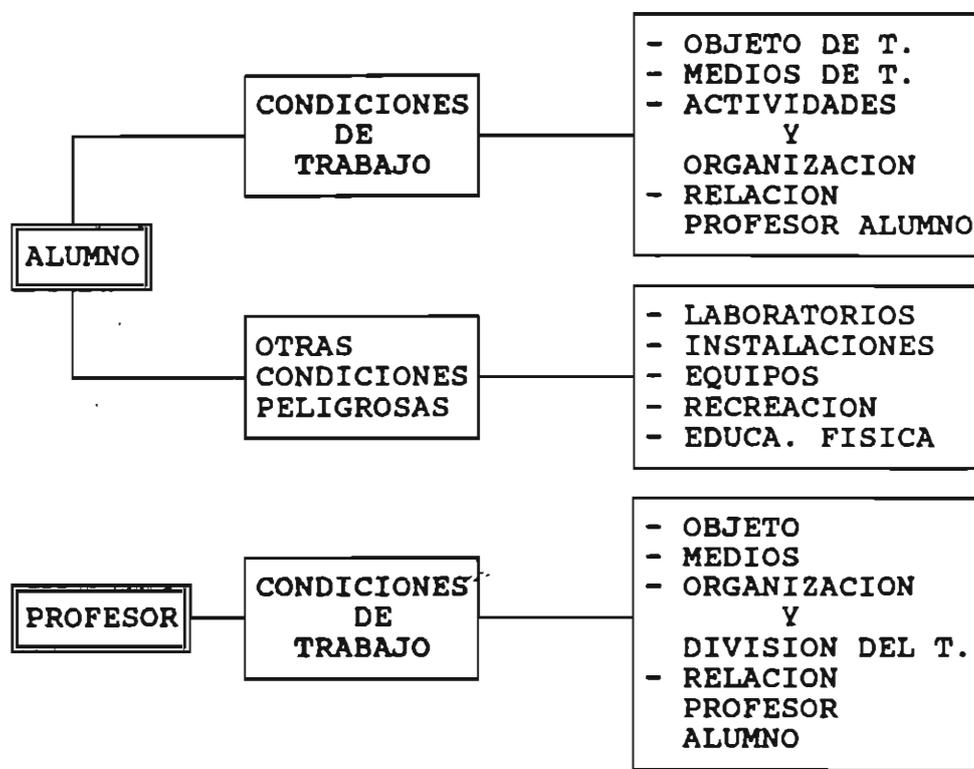
- 3.7 Para que la educación en salud de los trabajadores y para que los programas en este campo tengan viabilidad, es necesario que se cambie el sistema de formación de los educadores. Las facultades, escuelas o institutos pedagógicos deben hacer una revisión de la metodología y contenidos en la formación de los profesionales de la educación, incorporando las particularidades de la relación educación y trabajo, y dentro de ello los aspectos de la salud de los trabajadores.
- 3.8 La formación y capacitación debe estar debidamente respaldada por cuerpos legales, por los recursos adecuados y por la decisión política de impulsarla y desarrollarla.
- 3.9 Cualquier plan educativo debe contar con una adecuada planificación de carácter nacional y regional, elaborado por un equipo multidisciplinario y multisectorial receptivo de las inquietudes, necesidades y aportes de las organizaciones laborales, empresarios, directivos, alumnos, profesores y colectividad.
- 3.10 Cuando se habla de salud de los trabajadores que incorpora a la higiene y seguridad, es necesario pensar en un sentido integral. Esto significa que existen varios niveles de acción. El primero se ubica en la triada **educación-trabajo-salud**, es decir, el momento en que el alumno, como parte de su formación, se incorpora al trabajo y fruto de lo cual puede comprometerse su salud. El segundo considera a **todas las circunstancias** que rodean al alumno en su actividad en el centro educativo, independientemente que se encuentre o no relacionado con el trabajo, incluyen,

por ejemplo, los riesgos en la recreación, en la práctica de Educación Física, etc. El tercer nivel se refiere a las **condiciones de trabajo y salud de los profesores**, entendiendo que las características de la educación y las condiciones específicas que existen en el centro educativo, con algunas diferencias particulares, son compartidas por alumnos y profesores. Comprendiendo además, que de la interacción entre unos y otros surgirán situaciones especiales capaces de ocasionar cambios de diferente naturaleza y magnitud especialmente en la esfera de la salud mental de alumnos y profesores.

A pesar que en el esquema N° 16 se hace énfasis en los procesos peligrosos para la salud de alumnos y profesores, es necesario recuperar las condiciones que promueven la salud. Como señala Breilh, en la sociedad existen **procesos destructivos y procesos protectores** para la salud. Las relaciones de solidaridad entre compañeros, las organizaciones de alumnos y profesores se encuentran dirigidos a crear condiciones que inciden de manera positiva en el bienestar y salud de las colectividades. Igual cosa sucede con la recreación, la práctica de la educación física y múltiples actividades que se realizan en los centros educativos.

A pesar de que cuando se habla de salud de los trabajadores existe algún grado de especificidad, no hay que olvidar de la estrecha relación que existe con otros ámbitos de la vida social, por lo tanto, en la educación se debe contemplar el desarrollo de un pensamiento sanitario integral. Las acciones deben estar encaminadas a la promoción integral de la salud y la vida.

Esquema Nº 16.- PROCESOS PELIGROSOS PARA LA SALUD



#### 4. ESTRATEGIAS Y ALTERNATIVAS PARA INCORPORAR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LOS PENSUM DE ESTUDIO DE LA EDUCACION PRE-PRIMARIA, PRIMARIA Y SECUNDARIA

Existe una amplia variedad de posibilidades para educar, capacitar e informar sobre la higiene y seguridad laboral, los problemas de salud relacionados con el trabajo y las medidas que se deberían adoptar para resolver las situaciones de riesgo. Se plantearán los aspectos más relevantes para la educación en pre-primaria, primaria, secundaria, educación especial y técnica.

#### 4.1. LA INVESTIGACION EN EL AREA EDUCATIVA

Desde hace mucho tiempo se ha planteado la necesidad de incorporar en etapas tempranas del proceso educativo contenidos de salud de los trabajadores, lamentablemente en la mayoría de los países eso ha quedado como una simple buena intención; los alumnos de pre-primaria, primaria, secundaria, educación técnica y educación especial se mantienen todavía al margen de los programas educativos en esta área. Una de las primeras cosas que se debería hacer es analizar las razones por las cuales en cada uno de los países eso no ha sido posible. Está por demás decir que en el análisis habrá que partir de un marco teórico que permita desentrañar los determinantes estructurales y las expresiones particulares, diferenciar las razones esenciales y principales de las secundarias y accidentales.

En otras palabras, el análisis deberá trascender lo fenoménico y aparente para enmarcar al proceso de enseñanza-aprendizaje en el complejo relacional que permitiría acercarse de manera científica al objeto de estudio. Por estas razones, una de las principales estrategias para que realmente se incorpore la salud de los trabajadores a todos los niveles educativos es la **investigación en el área educacional** y de manera particular en la **educación para la salud**.

*"A partir del análisis de las relaciones que en un determinado momento histórico existen entre las instituciones de salud y la estructura social, el conocimiento del sentido y magnitud de una serie de fuerzas de presión que interactúan entre el sistema de salud y el sistema político, económico e ideológico de una sociedad concreta, se busca hacer un análisis de*

*los contenidos curriculares, de las metodologías utilizadas y de las prácticas pedagógicas prevalentes*"<sup>99</sup>.

La estimulación y apoyo a la investigación debe servir para el perfeccionamiento de una tecnología apropiada de educación y comunicación y de procedimientos innovadores acordes a la realidad específica de cada país, región y grupo social al que vaya dirigida la educación.

En un **segundo momento** la investigación ofrecerá la información sobre las características de la educación técnica, de las modalidades de vinculación del trabajo al estudio, de las necesidades productivas de la colectividad, de las motivaciones de los alumnos y profesores, etc. que servirán de base para determinar la **manera cómo será conducido el plan de estudios en salud de los trabajadores, las nuevas metodologías, la producción de materiales instruccionales**, considerando, entre otras cosas, los aspectos culturales de la región, lenguaje, costumbres, etc.

En un **tercer momento** la investigación educacional servirá para evaluar los programas, las acciones y los resultados que se esperaba obtener con el proceso.

La investigación no debe ser sólo el punto de partida, es necesario que acompañe de manera permanente al proceso educativo, detectando la realidad cambiante, las **necesidades sentidas** de los alumnos y de la colectividad, los avances y limitaciones, y aportando con los nuevos conocimientos de la ciencia y la tecnología.

---

<sup>99</sup>. Davini, M.C. et. al. **La investigación en el Area Educacional**" Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, Washington, 1990, p. 24.

En la mayoría de los países no existe un programa educativo en salud de los trabajadores de alcance nacional y difundido en todos los niveles de enseñanza, para que esto se logre será necesario de un proceso de características variables, que se inicie con proyectos piloto en los sectores más vulnerables, en los de mayor concentración estudiantil o en los lugares donde las condiciones de trabajo y estudio sean de alto riesgo. Sólo la investigación cuidadosa de estas características de la realidad darán las pautas para que la educación y los programas de salud de los trabajadores tengan la eficiencia y eficacia deseada por todos.

#### **4.2 ESTRATEGIAS ESPECIFICAS**

- a) Diseñar una política y un plan para la educación, capacitación e información en salud de los trabajadores dirigidos a los niveles de pre-primaria, primaria, secundaria, técnica y especial, con la participación de diferentes profesionales y técnicos de las instituciones involucradas. Es necesario motivar y crear las condiciones adecuadas para conseguir la **participación activa de los trabajadores**. En esta perspectiva, y considerando la realidad de nuestros países, se debe estructurar planes a corto, mediano y largo plazo. La incorporación amplia de la salud de los trabajadores en todo el sistema educativo del país sólo será factible si se lo realiza de manera progresiva.
  
- b) En la planificación de la enseñanza de salud de los trabajadores considerar las ramas de actividad productiva más importantes y los procesos laborales de mayor riesgo para la salud de los trabajadores y de la colectividad.

- c) **La educación en salud de los trabajadores en pre-primaria, primaria, secundaria, técnica y especial debe ser parte integrante del sistema educativo general utilizando diversas modalidades:**
  - 1. **Vinculado al curriculum de enseñanza, contemplando contenidos de salud de los trabajadores en las diferentes asignaturas, cátedras y unidades educativas.**
  - 2. **Integrado a programas educativos especiales y regulares, por ejemplo los programas de educación para la salud. Para esta estrategia existe, a su vez una amplia variedad de mecanismos que se los revisará posteriormente.**
  - 3. **Integrado como un proceso a la estructura curricular, en la perspectiva de que en cada actividad educativa se encuentre la salud de los trabajadores creando hábitos, conocimientos y habilidades.**
- d) **Sensibilización de autoridades educativas y sanitarias, supervisores y técnicos en educación.**
- e) **Formación y capacitación de instructores, multiplicadores y profesores.**
- f) **Revisión de los planes de estudio y preparación de normas para los maestros. Desarrollo de procedimientos para la preparación de materiales de enseñanza para la educación.**
- g) **Organización de talleres para la definición de mecanismos y procedimientos nacionales y regionales de coordinación**

entre el sector laboral, de salud, educación y otros organismos relacionados con el área.

- h) Elaborar y difundir métodos e indicadores adecuados para vigilar y evaluar las actividades de educación en el área.
- i) Utilización de nuevos modelos de enseñanza que permitan a los alumnos adoptar una posición crítica y creadora. Han demostrado ser bastante útiles los modelos basados en la autogestión, cogestión y la educación por medio del análisis de casos. Estos modelos alternativos (en particular el de autogestión) se los debe utilizar especialmente en los alumnos del nivel medio (secundaria),

*"es imposible pretender realizar experiencias autogestivas antes de los 11 años de edad. Sobre esta edad aparece la sociabilidad del niño basada en el acuerdo y cooperación entre el conjunto de individuos. Antes se encuentra en una fase de egocentrismo y heteronomía moral. Esto no significa que en períodos anteriores a los 11 años se debe someter a los niños a formas coactivas y autoritarias de enseñanza"<sup>100</sup>.*

- j) Elaboración de módulos educacionales que se los pueda aplicar en pre-primaria, primaria, secundaria, educación técnica y especial, considerando las prioridades de acuerdo a las particularidades de cada país.
- k) Elaboración de material educativo de todo tipo, reproducible y de amplia utilización.

---

<sup>0</sup>. Fontan Jubero, P. "El Papel del Profesor Dentro de Cuatro Posibles Roles Educativos", La Escuela y sus Alternativas de Poder, ed. Leal, Barcelona,

- l) Establecimiento de nexos interinstitucionales para contar con el mayor apoyo en campo de la formación e información.
  
- m) Conseguir apoyo de organismos e instituciones internacionales (OPS\OMS, OIT, UNESCO, UNICEF, etc.) para la elaboración de políticas y estrategias en materia de educación e información, fortalecimiento de la infraestructura educativa y de los recursos didácticos.
  
- n) Elaborar programas de difusión masiva de aspectos generales de los problemas de salud en el trabajo, mecanismos de seguridad, prevención y control.

**Esquema Nº 17.- ESTRATEGIAS ESPECIFICAS**

- INCLUIR EN EL CURRICULUM
- SENSIBILIZACION
- FORMACION Y CAPACITACION DE INSTRUCTORES
- REVISION DE PLANES DE ESTUDIO
- DEFINICION DE MECANISMOS
- EVALUACION
- AUTOGESTION, COGESTION Y ANALISIS DE CASOS
- ELABORACION DE MODULOS
- ELABORACION DE MATERIAL DIDACTICO
- NEXOS INSTITUCIONALES
- DIFUSION MASIVA

### 4.3 MECANISMOS ESPECIFICOS

- Como punto de partida de la educación en salud de los trabajadores es necesario diferenciar entre las actividades de **información** y las actividades de **educación y capacitación**. Las primeras se encuentran dirigidas a amplios sectores y/o pequeños grupos con poderes de decisión. Como la palabra lo indica sólo se circunscriben a motivar, sensibilizar y concientizar, difundiendo algunos conocimientos sobre la materia. La educación y capacitación, en cambio, incluyen procedimientos de mayor complejidad para la formación integral de los alumnos y para la capacitación de grupos específicos que tengan como perspectiva la reproducción o multiplicación de las tareas educativas.

- **Actividades de información:**

- a) Reuniones de trabajo con autoridades educativas de diferente jerarquía (ministros, subsecretarios, jefes seccionales, rectores de colegios y directores de escuelas), con la finalidad de cumplir con la estrategia de sensibilización. En estas reuniones habrá que poner énfasis en los aspectos generales de la relación educación-trabajo-salud, en los peligros para la salud de acuerdo a las características de la vinculación del trabajo a la educación, en la necesidad de proteger la salud y prevenir los accidentes, enfermedades y molestias que podrían sufrir alumnos y profesores y en la obligación moral que tienen las autoridades por ofrecer las mejores condiciones para la formación integral de los educandos. Un objetivo central de este tipo de reuniones será la de conseguir la decisión política y

los recursos necesarios para estructurar y llevar a la práctica la educación y programas de salud de los trabajadores en los centros de enseñanza.

b) Talleres informativos dirigidos a profesores, padres de familia, organizaciones estudiantiles y sectores de la administración. Con contenidos similares a los del punto anterior, poniendo énfasis en los procesos peligrosos en el trabajo, principales problemas de salud y formas de prevención. Utilizando diversas metodologías, estos talleres tendrían como finalidad elevar la conciencia de esos grupos y con ello el conseguir el compromiso de apoyo para el desarrollo de los programas.

c) Programas de amplia divulgación que cumplan con algunas características básicas: instructivos, amenos, concisos, claros y de impacto.

Se pueden utilizar diversos mecanismos: carteles, folletos, películas, programas radiales y de televisión, campañas de higiene y seguridad laboral, concursos y celebraciones de fechas alusivas a la salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral.

La utilización de medios de comunicación es un importante mecanismo de divulgación que complementa y refuerza la educación escolar en la medida que cumple con algunos objetivos:

- Elevar la conciencia a nivel de directivos para afianzar la decisión política en la perspectiva de apoyar al desarrollo de la salud de los trabajadores y en particular a los planes educativos.

- Formar opinión pública que en determinado momento servirán como fuerzas de presión para el cumplimiento de planes y programas en este campo.
  - Informar al público en general y de manera particular a trabajadores y estudiantes sobre los problemas de salud relacionados con el trabajo y las medidas para combatirlos.
  - Difundir los logros de la ciencia y la tecnología en el estudio de los procesos peligrosos para la salud y en las medidas de prevención.
  - Crear una cultura del trabajo y en medio de ella las necesidades de proteger a la salud.
- **Actividades de educación y capacitación en el sistema regular**

Para el desarrollo de estas actividades se deben reconocer por lo menos tres niveles, el **primero** que incluye a capacitadores, instructores o multiplicadores, el **segundo** a profesores del sector primario y secundario y el **tercero** a profesores de pre-primaria, comités de educación para la salud y alumnos. A continuación se detallarán las características de los tres niveles:

- **Primer nivel.** En este grupo se encontrarían los profesionales o técnicos con una formación especializada en el área, que a su vez tengan conocimientos y habilidades pedagógicas. Serán los encargados de instruir, educar y formar a los profesores de los niveles primario y secundario, de motivar y sensibilizar a las autoridades

educativas y de asesorar en la programación y ejecución de acciones de prevención y control. La formación de estos profesionales o técnicos se realizará por medio de cursos regulares de por lo menos seis meses de duración a tiempo completo, en centros educativos especializados.

- **Segundo nivel.** A este grupo corresponderían todos los profesores de educación primaria y media, cuya responsabilidad sería la de impartir la educación, ejecutar y vigilar los programas de higiene y seguridad en los centros educativos, como parte de la educación general. La formación de este personal se realizará fundamentalmente en las facultades, escuelas e institutos pedagógicos, a cargo de los profesionales y técnicos del nivel anterior, no como especialidad sino como parte integrante del proceso de formación como maestro. Será necesario considerar, de manera especial, a los profesores de la educación técnica, quienes requieren de una formación diferente acorde a las funciones que desempeñan y de los cuales se hará referencia más adelante.

- **Tercer nivel.** En este nivel se incluye el sector más importante, toda la población estudiantil a quienes se intenta llegar con la educación en salud de los trabajadores y para lo cual se han formado los profesionales del segundo nivel. Las políticas, estrategias y actividades específicas serán de una amplia diversidad, en correspondencia con las características y particularidades de la educación. Cuando se habla de los alumnos, por ejemplo, es necesario tener presente que se trata de un grupo heterogéneo. La primera diferenciación que se debería hacer es entre los alumnos cuya educación se encuentra vinculada al trabajo y los que no tienen esta característica.

- **Actividades por niveles**

Si existen estos tres niveles que tienen algunas particularidades y diferencias, dentro de los cuales se encuentra a su vez algunas especificidades, las actividades de educación y capacitación deberán ser igualmente diferentes en términos de contenidos, carga horaria, metodología, formas de evaluación, etc.

A manera de orientaciones generales se señalarán algunas de las actividades específicas que se corresponden con cada uno de los tres niveles citados. Los detalles deberán ser integradas de acuerdo a las necesidades y particularidades de cada realidad.

**Actividades para el primer nivel**

- a) Impulso y desarrollo de postgrados, cursos de especialización en salud de los trabajadores para profesionales de nivel superior.
- b) Cursos de especialización para técnicos en seguridad e higiene del trabajo.
- c) Programas de educación permanente relacionados con los cambios que se experimenten en la sociedad en su conjunto y de manera particular en la producción, trabajo y sistema educativo. Estos programas serán complementarios y de actualización que requieren de una formación básica previa. También se debe contemplar aspectos de la formación pedagógica del futuro instructor, capacitador o multiplicador.

### **Actividades para el segundo nivel**

- a) Incorporación en el pensum de estudios de los profesores de educación primaria y media los aspectos más importantes de la salud de los trabajadores. Es necesario aplicar métodos didácticos dinamizadores para que la formación no sea pasiva: Tareas de lectura, proyección de videos y películas que deberán ser comentadas posteriormente; utilización de módulos educativos, discusión de casos, etc.
- b) En el proceso de formación de maestros y profesores, incluir visitas analíticas a diferentes centros laborales.
- c) Realización de seminarios y talleres de capacitación de carácter local, regional y nacional. Se podrían utilizar los cursos para ascenso de categoría que en algunos países se mantienen como un requisito obligatorio.
- d) Elaboración de guías didácticas como un método de enseñanza-aprendizaje. El profesor aprende elaborando los módulos y dispone de materiales para la enseñanza de sus futuros alumnos.

### **Actividades para el tercer nivel**

Para la formación de los profesores y maestros de pre-primaria se podrían realizar las actividades referidas en los literales c y d del nivel anterior. Para los alumnos y comités de educación para la salud se deberían llevar a cabo por lo menos las siguientes actividades educativas:

a) Incorporación de contenidos de salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral en las distintas asignaturas de la educación media. Cada una de ellas ofrece las condiciones para abordar temas específicos. A manera de ejemplo se citarán algunas posibilidades:

- **Física.** A más de estudiar las características físicas del sonido, iluminación, electricidad y temperatura, se podría hacer referencia a los procesos laborales que con mayor frecuencia se encuentran estos elementos, a las repercusiones en la salud, a las formas de detección y control, etc.

- **Ciencias Naturales y Química.** Contaminación del medio, las sustancias químicas de mayor uso en las actividades más comunes, los efectos más importantes de las principales sustancias químicas en la salud de los seres vivos, especialmente del hombre, etc.

Como en la mayoría de los países de la Región persiste de manera importante la producción agrícola, se debería hacer énfasis en los problemas que surgen por el uso de plaguicidas.

- **Historia.** Revolución industrial y cambios tecnológicos contemporáneos, por ejemplo, la utilización de la prensa que reemplazó al martillo, la sierra circular eléctrica que suplantó a la manual, cambios de las formas productivas, paso de la producción artesanal a la industrial y sus respectivas consecuencias. Estos contenidos deben ir acompañados del análisis de las implicaciones en la seguridad y salud de los trabajadores.

- **Geografía y Economía.** Diferencias económicas entre las distintas regiones de un país que a su vez se corresponden con diferentes formas productivas y riesgos del trabajo. Influencia del clima en las condiciones de trabajo, especialmente para el trabajo agrícola.
  
  - **Castellano y Literatura.** Considerar temas relativos a la seguridad en el trabajo y a la protección de la salud en redacciones , relatos, composiciones, etc.
- 
- b) Enseñanza práctica de los procesos peligrosos para la salud, repercusiones en la salud y medidas de prevención en los laboratorios, talleres de opciones prácticas, etc. Inclusive en el aula el profesor debería utilizar cualquier circunstancia para educar en este campo. Comentar sobre las implicaciones de una inadecuada forma de sentarse, del tipo de letra e iluminación para la lectura, etc.
  
  - c) Igualmente, como en el nivel anterior es necesario utilizar otros espacios para la educación, reuniones motivadoras por medio de audiovisuales que podrían ser complementadas con visitas programadas a los centros productivos más importantes de la región y utilizando un guía básica que el alumno debería considerar en la observación.
  
  - d) Formación de comités de salud conformados por estudiantes, profesores y padres de familia. Estos comités se encargarían de programar y coordinar diversas actividades en salud de los trabajadores: exposiciones, afiches, ciclos de conferencias,

concursos, campañas de seguridad, programas radiales y de televisión, obras de teatro dramatizando la vida, condiciones de trabajo y problemas de una familia trabajadora, etc.

- e) Con la participación activa de los alumnos de los últimos años de secundaria es posible organizar programas de educación dirigidos a trabajadores y comunidad. Por medio de este mecanismo alumnos y trabajadores se forman en un proceso interactivo.
- f) En los alumnos de pre-primaria y primaria se pueden realizar narraciones de accidentes del trabajo o en el hogar. Utilizando láminas y en base a una explicación general, el profesor debe procurar la participación de los alumnos de manera espontánea o induciendo con preguntas cortas y de complemento de frases. Enriquecer estas experiencias didácticas con dramatizaciones. En este caso el profesor se encargaría de distribuir los personajes a cada niño: trabajador, jefe de sección, profesional de la salud, técnico de seguridad y compañeros. Existen muchos tópicos que podrían servir como temas para las dramatizaciones y simulaciones.

- **Actividades de educación y capacitación en la educación técnica**

En los institutos y colegios técnicos las condiciones de estudio y trabajo son diferentes a las existentes en la educación regular, muchos de ellos se encuentran vinculados directamente a la producción, por tal razón se los debería considerar como pequeños centros laborales. La educación en salud de los trabajadores, higiene y seguridad

será de otras características en relación a la que se imparta en la educación regular. Conservando las actividades señaladas anteriormente, los contenidos tendrán que ser más amplios y profundos, a igual que la metodología y fundamentalmente la aplicación del principio de una **educación en el hacer.**

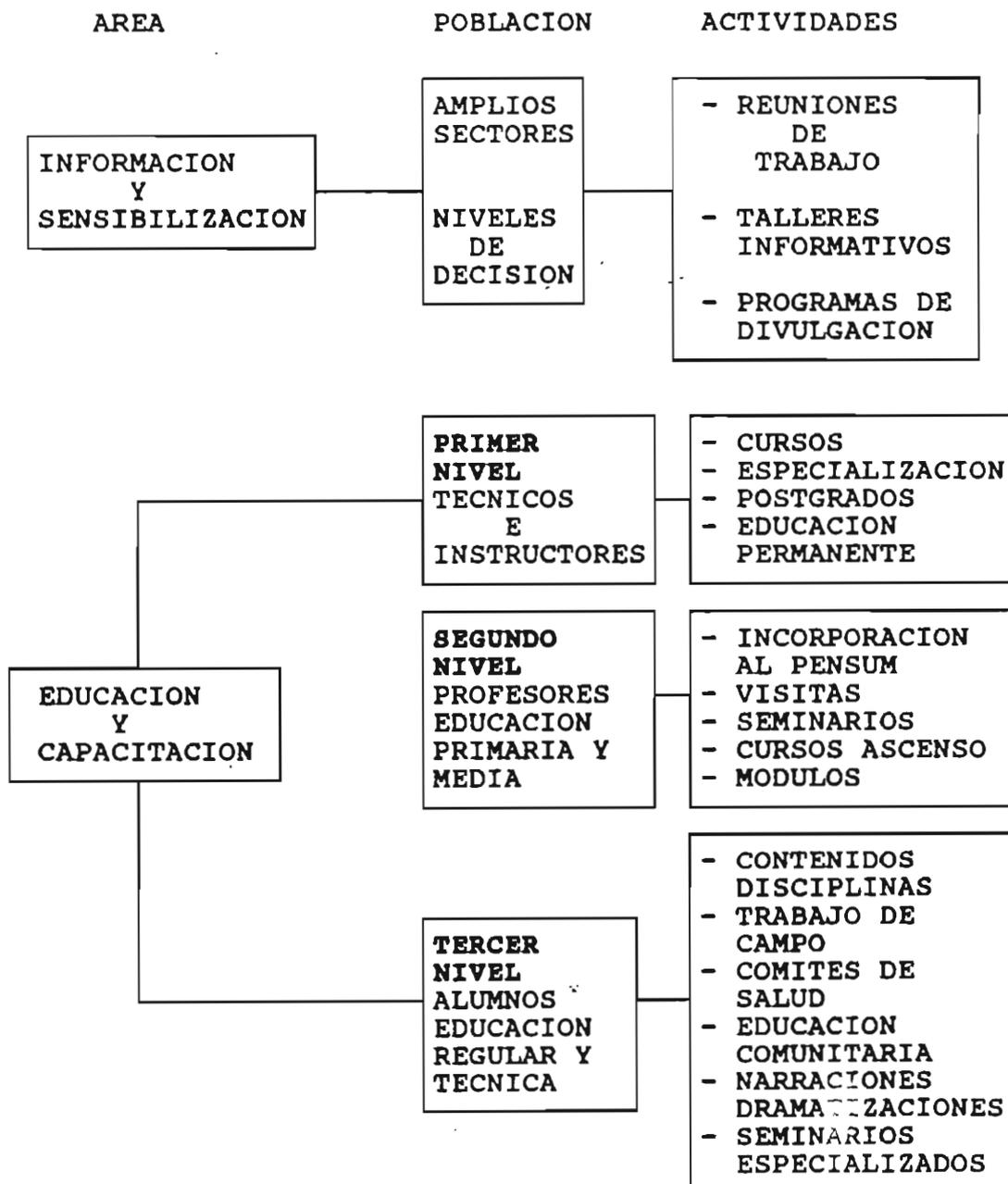
Los elementos señalados deben regir en la formación de los tres niveles que fueron detallados a propósito de la educación en el sistema regular.

Cada centro educativo, de acuerdo a su especialidad (industrial, artesanal, agropecuario, etc.), planificará la enseñanza considerando las características del proceso laboral, los procesos peligrosos para la salud, las molestias, enfermedades y accidentes del trabajo que podrían presentarse en profesores y alumnos, las medidas de promoción y prevención más adecuadas.

El centro educativo debe contar con la participación o asesoría de profesionales o técnicos especializados en el área y de trabajadores. De esta manera se puede obtener la información suficiente sobre la maquinaria, herramientas, materia prima y productos intermedios que se utilizan de manera regular, sobre los procedimientos y métodos de trabajo. Contando con esta información básica el siguiente paso será el de inferir y determinar los problemas de salud y las medidas de higiene y seguridad. Este conocimiento servirá de base para la educación en salud de los trabajadores y de esa manera evitar que la educación sea eminentemente teórica y alejada de la realidad que viven profesores y alumnos.

Tanto en la educación técnica como en la regular, la formación en este campo debe complementarse con la educación dirigida a proteger la ecología y el medio ambiente.

Esquema Nº 18.- MECANISMOS ESPECIFICOS



## **5. PROGRAMAS DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Y DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS**

Para que la educación en salud de los trabajadores tenga trascendencia, es necesario que se encuentre acompañada de programas de investigación y estudio de las condiciones de los centros educativos, de acciones concretas y específicas de higiene y seguridad. Sin ser reiterativos, se intenta relieves que no es adecuado únicamente introducir contenidos o métodos pedagógicos especiales para informar y educar, es importante planificar y ejecutar programas de seguridad en los planteles de enseñanza. Recordando lo que se había señalado anteriormente sobre las diferentes modalidades educativas y de aquellas que vinculan la educación con el trabajo, las actividades específicas de higiene y seguridad laboral deberán ser también diferentes.

Por otro lado, la seguridad y la protección de la salud en los centros educativos no se encuentran relacionadas exclusivamente con el trabajo, varias otras actividades que realizan los alumnos como la recreación y las tareas académicas no relacionadas con la producción son también capaces de ocasionar accidentes y otros problemas de salud, muchos de ellos con graves consecuencias. Se han reportado casos de niños y jóvenes que en el juego han perdido un ojo o que han sufrido serias lesiones en diferentes partes del cuerpo, de accidentes en la práctica de Educación Física, en la circulación aglomerada por pasillos y escaleras, en incendios, etc. Es necesario conocer esta problemática para ampliar el horizonte de visibilidad cuando se habla de protección, prevención y seguridad en los centros escolares.

En cualquiera de los casos es importante tener presente algunos principios generales de la prevención que permanecen vigentes<sup>101</sup>:

- Evitar la producción de procesos peligrosos.
- Eliminar y/o controlar los procesos peligrosos que no se ha podido evitar que se generen.
- Impedir la exposición a los procesos peligrosos.
- Limitar el área de exposición.
- Limitar el número de alumnos\trabajadores expuestos.
- Adopción de medidas de protección colectiva.
- Implementación de medidas de protección personal.

En consideración a lo señalado, se mencionará una amplia posibilidad de medidas de seguridad dirigidas a una u otra circunstancia. Para evitar las recetas excluyentes de tales medidas, se anotarán de manera indistinta las más importantes, dejando la libertad para que sean incorporadas a las realidades concretas de cada uno de los países.

- a) Educación y capacitación en seguridad
- b) Crear y difundir reglamentos de seguridad, motivar su cumplimiento

---

<sup>01</sup>. Durao, A. y Faria, J. "Formacao Profissional e Prevencao". PREVENCAO  
icina do Trabalho e Seguranca, Lisboa, 1970.

- c) Antes de que un alumno use una herramienta o maquinaria debe haber recibido explicaciones detalladas sobre el modo de empleo, indicando la forma correcta de manipular y el fin adecuado; sobre la conservación, peligros de su uso, riesgos del uso de herramientas y maquinarias defectuosas, en fin, información sobre posiciones adecuadas del cuerpo en el uso de herramienta pesada.
- d) El profesor o instructor deberá demostrar con el ejemplo los procedimientos de trabajo más seguros, el uso de las medidas de protección personal, orden y limpieza en el puesto de trabajo, cancelas y pisos. Mientras realiza la actividad en presencia de los alumnos, debe recomendar las medidas de seguridad que sean necesarias.
- e) En la población estudiantil de la educación técnica se debería realizar acciones similares a las que se llevan a cabo en los trabajadores de los centros de producción:
  - Exámenes médicos a los alumnos que ingresan al primer año de educación media, con la finalidad de establecer el estado de salud y determinar las alteraciones reales o latentes que se podrían agravar o complicar con la exposición a ciertas condiciones de trabajo.
  - Exámenes médicos periódicos de carácter selectivo en aquellos grupos considerados de mayor riesgo.
  - Campañas de vacunación y de educación sanitaria para reforzar la educación permanente en salud de los trabajadores.
  - Valoración periódica de las condiciones de trabajo y difusión de los principales resultados. Determinación

sensorial e instrumental de los factores de riesgo, seguida de medidas de control oportunas.

- Especial cuidado en las medidas de protección colectiva y personal, revisión de las características del proceso laboral en términos de organización y división del trabajo, ritmos, horarios, duración para definir los aspectos que eventualmente podrían ocasionar problemas de salud.

- Difusión por escrito de las principales normas de seguridad y procedimientos de trabajo considerados como seguros.

- f) Garantizar las medidas de seguridad adecuadas en los laboratorios, en lo relacionado con la manipulación de sustancias químicas y manejo de equipos peligrosos.
- g) Mantener las áreas de estudio y de trabajo con la iluminación adecuada, limpios. Para las diferentes áreas se pueden utilizar los colores de seguridad para que el alumno se familiarice con los mismos.
- h) Controlar las condiciones que podrían ocasionar incendio en el centro educativo: instalaciones eléctricas en mal estado, manipulación y depósito inadecuados de sustancias volátiles e inflamables, fugas de gas inflamable, imprudencias de los fumadores, etc. Combinar estas medidas con simulacros de prevención de incendios.
- i) Simulacros de evacuación en casos de desastres.
- j) Formación de grupos de apoyo para la seguridad, para los cuales se debe organizar programas de entrenamiento, incluyendo cursos de primeros auxilios.

## **LA SALUD OCUPACIONAL EN EL ECUADOR**

La teoría y práctica de la salud ocupacional convencional tienen expresiones concretas. A pesar de las particularidades y matices que se encuentran en los distintos lugares, lo esencial se mantiene en la mayoría de países de América y de otras partes del mundo.

En Los países dependientes y en vías de desarrollo, la situación de la salud de los trabajadores es dramática. Con la finalidad de encontrar los detalles de lo que se comentó en el primer capítulo, se presenta un ligero bosquejo de lo que es la salud ocupacional en una realidad concreta.

## EL ECUADOR EN EL CONTEXTO

El Ecuador es uno de los países de América Latina que mayor retraso tiene en la implementación de programas oficiales de salud de los trabajadores. De allí la necesidad de difundir su realidad y aglutinar esfuerzos para posibilitar su desarrollo.

El Ecuador tiene una superficie de 272.074 Kilómetros cuadrados y se encuentra localizado en la parte noroccidental de América del Sur. "Posee el Archipiélago de Colón o **Galápagos**, cuya superficie es de 8010 Km<sup>2</sup>. El principal valor del archipiélago es científico, debido a su fauna única en el mundo"<sup>102</sup>. Quito, considerado como "patrimonio cultural de la humanidad" es la capital de la República.

*"El Ecuador ocupa un territorio que en la época preincásica sirvió de asiento a diversas nacionalidades aborígenes. Los Incas ocuparon parte de nuestro territorio por unos pocos decenios. Los españoles nos conquistaron y fuimos colonia hasta el 10 de agosto de 1809 en que se dio el primer grito de la independencia, la que se ganó definitivamente el 24 de mayo de 1822"*<sup>103</sup>.

Durante la Colonia la economía ecuatoriana se sustentaba básicamente en la producción agrícola, sin embargo, amplios grupos humanos, especialmente indígenas, fueron reclutados como mano de obra barata para las **mitas** y los **obrajes**. El trabajo en condiciones inhumanas en la extracción de minerales y en la elaboración de tejidos, sumado a las precarias formas de alimentación, vivienda y

---

<sup>102</sup>. CONADE. Ecuador en Cifras. Secretaría General de Planificación, Quito, 1989.

<sup>103</sup>. Muñoz, E., Vicuña, L. Historia del Movimiento Obrero del Ecuador en la Historia del Movimiento Obrero en América Latina, Siglo XXI, México, 1984, p 201.

abrigo en las que les mantenían los conquistadores y posteriormente los grupos criollos que tomaron el poder, llevaron a que muchos trabajadores de esta época sean víctimas de múltiples enfermedades y encontraran la muerte de manera temprana.

La república independiente conformó la Gran Colombia junto a Venezuela y Colombia. Intereses de tipo económico y político incidieron para su disolución en 1830.

Durante la época republicana, inclusive en el presente siglo, el Ecuador continuó como un país eminentemente agrícola y artesanal. La producción agrícola, especialmente de la Costa fue, en los primeros años del siglo veinte, el soporte fundamental de la economía ecuatoriana. La incorporación de la producción industrial fue más bien lenta y tardía.

*"A partir de la Primera Guerra Mundial de 1914 se inicia la industrialización del país ecuatoriano, con un tipo de industrialización incipiente, atrasada y dependiente que no ha sido superado hasta ahora"<sup>104</sup>.*

En la década de los setenta el Ecuador experimentó importantes cambios debidos al surgimiento de nuevas condiciones productivas. Luego del período agroexportador que caracterizó al país hasta la década de los sesenta, la economía ecuatoriana alcanzó un importante auge con la explotación petrolera. El crecimiento del PIB entre los años 1950 a 1970 fue, en promedio, del 5.5% anual, en cambio, en la época petrolera, en el período de 1973-79 el PIB se incrementó con un promedio anual del 9.0%<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup>. Muñoz, E. Vicuña, L. Op. Cit. p. 207.

<sup>105</sup>. CEAS. La crisis y su impacto en la salud, mimeo, Quito, 1988.

La época petrolera imprimió en el país un acelerado proceso de desnacionalización y despliegue industrial, con claras formas de dependencia tecnológica que en su conjunto produjeron cambios importantes en las condiciones de trabajo que de una u otra manera repercutirían en la salud de la población laboral, problemas que no eran enfrentados de manera correlativa por las instituciones del Estado. La industria manufacturera creció en un promedio anual del 3.1%, la construcción con 6.3% y la agricultura con 3.1%.<sup>106</sup>

El boom petrolero fue relativamente efímero por la inesperada caída de los precios del crudo. De 25 dólares el barril en 1985 bajó a 2.7 en 1986. A este problema se sumó la falta de control del gasto y el descenso de otros ingresos al arca fiscal, que en su conjunto marcaron el inicio de la crisis económica en el Ecuador. Para la década del ochenta la producción y exportación decrecen de manera sostenida, se incrementan las importaciones de materia prima, aumenta el endeudamiento externo y se dispara el proceso inflacionario. En 1983 el índice inflacionario alcanzó el 48.4%, a finales de 1988 el 32.2% y en 1992 llegó al 54%.

Las repercusiones en las condiciones de trabajo, salud y vida de la mayor parte de la población no se hicieron esperar. Se amplía la jornada de trabajo, cambian las formas de organización y división del trabajo, se deteriora la alimentación, recreación y vivienda de la población y se produce una importante disminución del gasto social, especialmente en el campo de la salud y la educación. Con ello se augura un proceso que caracterizará a las políticas gubernamentales de los años subsiguientes.

---

<sup>106</sup>. Ibid.

## LA PRESENTE DECADA

De acuerdo al último censo de población y vivienda, para 1990 la población del Ecuador era de 9.648.189, con una población económicamente activa de 3.359.767 que representa el 44.0% de la general<sup>107</sup>. Con un tasa de crecimiento para este mismo año de 2.6%, se estima que la población total del Ecuador llegaría en este año (1995) a los 11.934.000 habitantes<sup>108</sup>. Como se verá más adelante, la mayor parte de esa población económicamente activa se quedará al margen de los servicios de salud laboral.

A igual de lo que sucede en otros países de América Latina, en el Ecuador también se intenta imponer el modelo neoliberal cuyos objetivos van encaminados a reducir el Estado, a privatizar la economía y, evidentemente, a transformar el sistema productivo. La devaluación de la moneda, la caída de los salarios reales y la disminución del poder adquisitivo son expresiones de esta política que agrava la situación de los trabajadores.

La estructura de los salarios en la actualidad es por demás compleja y no es el momento de analizarla. Para ilustrar lo señalado se tomará como referencia solamente el cambio que sufre el salario real en escasos dos años. Si se toma a los 40 mil sucres como referencia de valor equivalente entre el salario real y el nominal en enero de 1992, para diciembre de 1993 el salario nominal era de 60 mil sucres y el real sólo de 31.277.50 (disminuido en el 50%)<sup>109</sup>.

---

<sup>107</sup>. INEC. V Censo de Población y IV de Vivienda 1990, Talleres Gráficos INEC, Quito, 1991.

<sup>108</sup>. CEPAR. Crecimiento poblacional y desarrollo socio-económico, Temas poblacionales 2, Quito, 1990.

<sup>109</sup>. CEPLAES, ILDIS. Ecuador: Análisis de Coyuntura, perspectivas 1993. Serie Ecuador, Análisis de Coyuntura 6, primera edición, Gráfica Araujo, Quito, 1993.

En estas circunstancias y de acuerdo al Instituto Nacional de estadísticas y Censos,

*"el consumo mensual de nutrientes para una familia de cinco miembros con ingresos equivalentes a 1.6 salarios mínimos vitales, estuvo por debajo del nivel básico de 100 durante 1992 y en lo que va del presente año...lo que confirmaría la preocupación de diversos sectores en el sentido de que el ajuste al que está sometida la economía causa estragos sociales, como contrapartida al éxito obtenido en los grandes indicadores económicos"<sup>110</sup>*

El denominado proceso de modernización, proyecto neoliberal del país, ha introducido mecanismos de flexibilización en el trabajo, expresados por aumento del trabajo por cuenta propia, disminución de responsabilidades patronales, inestabilidad laboral, polivalencia en el trabajo, cambios en los ritmos de trabajo, prolongación de la jornada laboral, rotación de los puestos de trabajo e incremento del desempleo. En correspondencia con estos cambios estarán surgiendo nuevos patrones de morbilidad laboral que deberían ser estudiados para la implementación de medidas de prevención.

En 1988 el desempleo era de 7.0 de la PEA y el subempleo el 5.3%, cuatro años más tarde el desempleo se elevó al 8.5% y el subempleo al 52.5%<sup>111</sup>. Estos datos permiten afirmar que si en los primeros años de aplicación del modelo neoliberal ya se encuentran defectos en la posibilidad de contar con un empleo fijo, en la actualidad la situación debe ser más grave. Para 1995 no existen datos a nivel nacional que den cuenta de esta realidad.

---

<sup>110</sup>. Diario Hoy, Ecuador, abril 1993, citado por CEPLAES, ILDIS, op. cit. p. 136.

<sup>111</sup>. CEDATOS. Cifras Claves, 1992. En Páez, R. La atención psicoterapéutica en el Ecuador, mimeo, Ecuador, 1995. p. 6.

El desempleo, subempleo y cambios en los patrones de inserción laboral en los trabajadores de la burocracia es el fenómeno más notable de los últimos años. El proyecto de "modernización" del Estado condujo a una agresiva política de expulsión masiva de trabajadores del sector público, en correspondencia con la imposición de los intereses neoliberales de reducción del Estado que llegan desde afuera.

*"Más de 30 mil personas han dejado el servicio público desde agosto de 1992 hasta julio de 1994, según información de la Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo (SENDA). De ellas 11.336 personas salieron sin ninguna indemnización porque simplemente no se los renovó el contrato... En medio de esta realidad están más de 30 mil personas que abandonaron sus puestos sin la capacitación adecuada para enfrentarse a un mundo laboral completamente diferente... se ha lanzado a la gente a la calle sin siquiera preocuparse de qué vivirán".<sup>112</sup>*

Los mecanismos utilizados para esta expulsión, que continúa hasta el momento actual, son: la compra de renunciadas, la supresión de partidas, terminación de las relaciones laborales, no renovación de contratos y la separación "voluntaria".

No se ha realizado todavía un estudio y peor un seguimiento de las personas que se han quedado sin trabajo. Por el testimonio de algunas personas se conocen los efectos de esta política laboral, uno de ellos afirma "entre los compañeros que salimos a uno le dio un infarto. Hay gente que se enfermó. Otro se suicidó porque fracasó en

---

<sup>112</sup>. BLANCO Y NEGRO. ¿Dónde están los burócratas?. Revista de Hoy, Año 1. No. 23, Ecuador, 2 de octubre de 1994, p.3:

la vida privada y su esposa tuvo que comprarse una máquina y ponerse a coser, siendo economista"<sup>113</sup>.

El deterioro de los servicios públicos de salud es cada vez más evidente y se corresponde con esa tendencia que se había comentado, la disminución sostenida del gasto social debida, entre otras cosas, al compromiso de cubrir el servicio de la deuda externa.

**Tabla Nº 1.- PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO GASTOS SOCIALES Y PAGO DE DEUDA (%)**

SECTOR	1982	1992
Salud	8.97	8.23
Educación y Cultura	29.32	19.22
Pago de la deuda	23.22	28.47

Fuente: ILDIS. Informe Social, 1993.  
Elaboración: O. Betancourt

La disminución del gasto social no es la única expresión del proyecto neoliberal, existen intentos de eliminar el "seguro de riesgos del trabajo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que en esta forma protege a los trabajadores que han sufrido algún grado de incapacidad.

Las condiciones básicas para la vida de importantes sectores de la población ecuatoriana son precarias. Tomando como referencia los datos oficiales de la cobertura de servicios básicos se puede observar la dimensión del problema. Para 1992 sólo el 42.8% de la población en el área rural y el 84.7% del área urbana cuentan con servicio de agua potable. Con la disponibilidad de alcantarillado sucede cosa

<sup>13</sup>. Ibid. p. 2.

similar, la población rural servida es del 38.9% y la urbana llega al 79.5%<sup>114</sup>. Existen 11.1 médicos y 3.4 enfermeras por 10.000 habitantes, muchos de los cuales se encuentran concentrados en las áreas urbanas, dejando desprotegidos a amplios sectores del campo. Los servicios de salud del sector público son escasos en relación a la demanda, los existentes cuentan con pocos recursos y la atención es de mala calidad, se necesita hacer ingentes esfuerzos para conseguir una cita. La situación se agrava para las clases populares porque desde hace algunos meses se han establecido tarifas para el cobro de la atención en los servicios públicos.

### **Los sectores populares**

La información hasta aquí señalada corresponde a lo que recogen las instituciones oficiales con todas las limitaciones que eso conlleva. Las condiciones esenciales que como hemos señalado inciden en el proceso salud-enfermedad de las colectividades humanas no constan en estos datos. Igual cosa sucede con las múltiples expresiones de la vida comunitaria y de las organizaciones populares dirigidas al cuidado de la salud.

La realidad del país es amplia y compleja, Coexisten zonas de desarrollo empresarial de punta con otras de mediano desarrollo y amplias zonas muy atrasadas que aglutinan a importantes sectores de la población ecuatoriana. Con la finalidad de entender la situación epidemiológica y poder intervenir de manera adecuada, es necesario tener presente que en el Ecuador existen grupos sociales definidos que habitan en espacios socio-demográficos determinados. Los datos señalados en líneas anteriores hablan tan sólo de las expresiones terminales, sin considerar tampoco las diferencias que existen entre las distintas colectividades ni de los espacios socio-epidemiológicos. En base un complejo proceso de recopilación y procesamiento de amplia

---

<sup>114</sup>. CEDATOS. *Cifras Claves*, 1992, en Páez, R. op. cit. p. 17.

formación nacional, el CEAS obtuvo múltiples índices que expresan grado de deterioro de la vida de los distintos grupos sociales del Ecuador. El 41% de los cantones del país acumulan clases de inserción productiva extermadamente depauperada.

*"En esta región el deterioro grave del consumo familiar ocurre en la mitad de los 114 cantones (de ellos el 52.9% padece de severo deterioro de la vivienda, el 40% de grave menoscabo educativo, el 37.1% muestra serias deficiencias en el consumo de servicios de salud y un igual porcentaje en el acceso a información en salud). El componente de salud poblacional también se encuentra afectado severamente en la región atrasada puesto que una elevada proporción de las unidades cantonales padece deterioro de dicho componente (21%), encontrándose mayormente registrado el deterioro grave de la morbilidad en menores (38.6% de los cantones) y el de la mortalidad infantil (en 31.4% de los cantones)"<sup>15</sup>.*

## **NOS POCOS INDICADORES DE LA SALUD DE LA POBLACION**

No es el momento para realizar un análisis integral de la salud de la población del Ecuador. Existen investigaciones de distinto tipo que dan cuenta de alguna manera de esta realidad, lamentablemente consideran solamente las expresiones terminales o los fenómenos aparentes. Pocas veces se trata la esencialidad y los determinantes de realidad sanitaria. Uno de los intentos más completos se encuentra en la publicación sobre el "deterioro de la vida" a la que hemos hecho referencia anteriormente.

---

<sup>15</sup>. CEAS. *Deterioro de la Vida*. CEAS-Corporación Editora Nacional, primera edición, Quito, 1990, p. 135.

Considerando las limitaciones que tienen las cifras oficiales, tomaremos algunos datos que se disponen en la actualidad. La mortalidad infantil continúa entre las más altas de América (36.9 por mil nacidos vivos en 1992), constituida fundamentalmente por las enfermedades estrechamente ligadas con las condiciones de vida (infecciosas del aparato digestivo, respiratorias y del período perinatal); la mortalidad materna con tendencia al ascenso, de una tasa de 1.5 en 1985 pasó a 1.7 en 1992<sup>116</sup> que refleja de alguna forma el deterioro de las condiciones de la atención del embarazo y el parto. En el área rural, "más de 2 niños de cada 3 nacen sin atención profesional"<sup>117</sup>.

En la década que va de 1983 a 1992 se encuentra un sostenido y progresivo aumento de las defunciones por procesos crónico-degenerativos y de otras estrechamente relacionadas con las condiciones de vida y trabajo de la moderna sociedad. El cuadro siguiente, calculado como tasa de mortalidad específica por 100 mil habitantes demuestra que el número de muertes por esas causas no se debe al crecimiento de la población.

---

<sup>116</sup>. INEC. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones. Talleres Gráficos del INEC, Quito, 1992. p. 395.

<sup>117</sup>. INEC, op. cit.

**Tabla No 2.- COMPARACION DE TASAS SELECCIONADAS DE MORTALIDAD ESPECIFICA ECUADOR, 1983-1992 (tasa x 100.000 hab.)**

CAUSA	1983	1992
Enfermedad hipertensiva	6.3	9.0
Infarto agudo del miocardio	13.5	18.2
Tumores malignos	46.8	50.0
Lesiones accidentales	4.0	5.2

fuente: INEC, Anuario estadísticas vitales 1992  
Elaboración: Ó. Betancourt

## **ALGUNAS EXPRESIONES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES**

A pesar de los avances de los últimos años, la producción teórica y práctica sanitaria de nuestro país se encuentran fundamentalmente en el campo de la salud materno-infantil, de los problemas infecto-contagiosos, de las enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas siempre, centrados en el ámbito terapéutico y de manejo del paciente como individualidad.

Reconociendo la importancia y trascendencia de este quehacer sanitario, es necesario señalar que existen otros aspectos que se deben tener en cuenta en el cuidado de la salud de la población.

Aunque sea de manera reducida, en los últimos años, la incorporación de recursos humanos, la investigación y la prestación de servicios de salud, tanto en instituciones públicas como privadas han incorporado al trabajo como un elemento de referencia en el abordaje de la salud.

Se analizan las condiciones del trabajo y los procesos peligrosos para la salud. Se realizan exámenes especiales a los trabajadores y se plantean medidas relativas a la protección contra las alteraciones a la salud que devienen de una actividad laboral específica. En la generalidad de los casos, esta práctica se inscribe en los postulados, técnicas y objetivos de la salud ocupacional convencional.

En escasos sectores del Ecuador se intenta ver la problemática de la salud laboral con una visión más amplia, reconociendo que la población trabajadora, susceptible de enfermar o morir no es solamente el obrero industrial, pensando que cualquier persona que realiza una actividad laboral y bajo ciertas condiciones puede sufrir diferentes alteraciones en su salud.

Tradicionalmente se ha considerado que los problemas de salud relacionados con el trabajo se presentan exclusivamente en los trabajadores del sector fabril, de las pequeñas o grandes industrias. A eso se debe que a las disciplinas relacionadas con la salud de los trabajadores se les nomina como higiene y seguridad industrial, psicología industrial, toxicología industrial, etc. En la actualidad se está superando esta limitación, sin embargo, las instituciones públicas han centrado sus actividades en las fábricas. Unos pocos organismos no gubernamentales y la universidad han incursionado en espacios laborales de otro tipo (trabajadoras del campo, trabajadoras de oficina, artesanos, maestros, trabajadores de la salud, etc.)

En el Ecuador, a semejanza de lo que sucede en otros países de América Latina, existen importantes sectores laborales que no tienen las características del obrero industrial y en las que igualmente sus condiciones de trabajo son patogenéticas. Es el caso de la "población que se encuentra bajo un régimen no valorizador", artesanos, pequeños productores agrícolas, pequeños comerciantes, trabajadores de la minería artesanal, empleados de las instituciones públicas,

cinistas y los trabajadores del llamado sector terciario (dependientes centros comerciales, empleados de los servicios, etc.).

Las condiciones de trabajo, en cada uno de estos grupos son particulares y los problemas de salud son también específicos. Por ejemplo, las zoonosis e intoxicaciones por plaguicidas en los trabajadores del sector agropecuario; las múltiples alteraciones del aparato respiratorio, trauma acústico crónico, intoxicaciones recurrentes y otros problemas en los mineros del sur del país; las alteraciones osteomusculares, mentales y visuales en las trabajadoras de oficina son algunos de los problemas que reciben muy poca atención.

Por diversas razones, el Ecuador es de los países más atrasados de América Latina en el campo de la salud de los trabajadores. Igual que en otras latitudes, las primeras expresiones del cuidado y protección de la salud de los trabajadores se encuentran en el campo hospitalario, vinculadas especialmente a la seguridad social.

Como es sabido, Alemania e Inglaterra en épocas tempranas del pasado incursionaron de manera importante en la prevención y protección de los trabajadores. En nuestro país tuvieron que pasar muchas décadas para que de forma lenta se incorporen al cuerpo legal las disposiciones de esta naturaleza.

La seguridad social ecuatoriana promulga algunos componentes legales de higiene y seguridad en el trabajo en 1942 pero quedó como una ley muerta por cerca de 22 años. Entró en vigencia recién en 1964 con la creación del Seguro de Riesgos del Trabajo<sup>118</sup>.

---

118. Varios autores. **Plan Nacional de Seguridad y Salud de los Trabajadores.** Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, mimeo, Quito, 1994.

A partir de este año, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ingresa en el ámbito nacional con acciones relativas a la salud de los trabajadores por medio del seguro de riesgos del trabajo, "para lo cual se establece la prima de 1.5 por ciento del mensual sobre los sueldos y salarios imponibles para su financiamiento, la misma que está a cargo de los patronos públicos y privados. De esta manera se traspasa la responsabilidad patronal establecida en el Código del Trabajo, en cuanto a los riesgos profesionales se refiere, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social"<sup>119</sup>.

En la primera década de funcionamiento, la dependencia del IESS encargada de los "riesgos del trabajo" concentró sus acciones casi exclusivamente en actividades relacionadas con las prestaciones médicas y económicas. A partir de 1974 incorpora en sus programas contenidos de medicina del trabajo, higiene y seguridad laboral. Desde entonces es la institución que en el Ecuador más ha trabajado en este campo, siguiendo básicamente las orientaciones de organismos internacionales como la OIT y de la escuela de la salud ocupacional española.

En la actualidad existen otras instituciones oficiales y organismos no gubernamentales que mantienen desde hace algunos años programas de investigación, docencia, capacitación y servicio en el área de la salud laboral. Es el caso del Ministerio de Trabajo (Departamento de Seguridad Industrial), universidades, Petroecuador y empresa privada. El Ministerio de Salud Pública se encuentra dando los primeros pasos para la estructuración de programas en este campo. En las páginas siguientes se detallarán algunos aspectos del quehacer institucional de la salud de los trabajadores.

---

<sup>119</sup>. Cedeño, G. **Relaciones del seguro de riesgos profesionales en la prevención de riesgos.** Problemas actuales de los seguros de riesgos profesionales. AISS, Quito, 1982.

Es notoria la falta de correspondencia entre las características y magnitud de los problemas y la respuesta estructurada en el campo de salud de los trabajadores. Amplios sectores laborales se encuentran todavía al margen de las acciones existentes en el país encaminadas a estudiar e investigar las condiciones de los centros de trabajo, a detectar de manera temprana los problemas de salud, a transformar las condiciones patogenéticas y a prevenir de forma integral las molestias, lesiones, enfermedades y accidentes del trabajo. Muy lejos está todavía la posibilidad de generar una política nacional que incorpore los planteamientos de la salud laboral de nuevo tipo.

### **que reportan las estadísticas oficiales**

Si se desea conocer la situación de la salud de los trabajadores en el Ecuador nos topamos con la seria dificultad de no contar con elementos e información suficientes que permitan obtener una visión completa e integral del fenómeno.

En correspondencia con el grado de desarrollo de la salud ocupacional y con las formas de concebir el proceso salud-enfermedad de los trabajadores, los registros se circunscriben exclusivamente a las expresiones terminales de las relaciones causa-efecto (accidentes y enfermedades del trabajo). Inclusive en este campo la información es muy limitada y no refleja en absoluto la realidad de la salud de los trabajadores en el Ecuador. Para tener una idea integral sería necesario disponer de información relativa a las condiciones de vida y trabajo de la población laboral del país, a las múltiples expresiones de deterioro de la salud, a las políticas en este campo, a la manera como las organizaciones laborales participan en el conocimiento y resolución del problema, en fin, a todas las menciones que en varias secciones de este trabajo hemos comentado.

Como se verá más adelante, la información es escasa y las estadísticas en este campo son igualmente insignificantes en relación a lo

realmente sería la verdadera situación de salud de los trabajadores ecuatorianos.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos que concentra toda la información nacional, incluida la de salud, no cuenta con datos de accidentes y enfermedades del trabajo, peor con otras expresiones menos terminales de la salud de los trabajadores.

Tampoco se ha publicado ninguna información en el Departamento de Seguridad Industrial del Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos. Como el Ministerio de Salud no había incorporado en su política de salud ningún componente de salud de los trabajadores, no dispone de datos que den cuenta de la realidad sanitaria de la población laboral no cubierta por el IESS.

Los únicos datos disponibles son los obtenidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, institución más antigua en este campo.

Existe otro tipo de información relacionada con sectores específicos, resultado de algunas investigaciones realizadas últimamente por las universidades y unos pocos organismos no gubernamentales.

Como se podrá colegir, lo disponible corresponde a un sector reducido de la población trabajadora del país, la atendida por la seguridad social y la que ha sido objeto de investigaciones puntuales.

Para tener una idea se hará referencia a esta información disponible. En primer lugar la registrada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

**Cuadro Nº 3.- ACCIDENTES DEL TRABAJO SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA Y CIRCUNSTANCIA, IESS, 1990**

CLASES DE ACCIDENTES							
ACTIVIDAD ECONOMICA	EN EL TRABAJO		COMISION EN SERVICIOS		EN TRAYECTO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
Agrc. caza, silvicultura y pesca	140	86.0	14	8.5	9	5.5	163
Explotación de minas y canteras	36	78.2	8	17.3	2	4.3	46
Industrias manufactureras	2223	93.6	54	2.2	98	4.1	2375
Electricidad, gas y A.P.	2	100	0	0	0	0	2
Construcción	209	82.9	19	7.5	24	9.5	252
Comercio mayor y menor	92	78.6	11	9.4	14	11.9	117
Transporte, almacenamiento y comunicación	233	85.3	18	6.5	22	8.0	273
Establecimiento, finanzas, seguros, bienes inmuebles	101	76.5	20	15.1	11	8.3	132
Servicios comunal social y personal	336	27.0	88	7.1	147	11.9	1235
<b>TOTAL</b>	<b>3372</b>	<b>86.0</b>	<b>232</b>	<b>6.0</b>	<b>327</b>	<b>8.0</b>	<b>3931</b>

FUENTE Y ELABORACION: División Nacional de Riesgos del Trabajo, IESS

Recordando lo que se señaló anteriormente, Para una población general de 9.648.189 (INEC,1990) se tenía una población económicamente activa, PEA<sup>120</sup>, de 3.359.767. Los 3.931 accidentes del trabajo registrados por el IESS corresponden al 0.11% de la PEA,

<sup>120</sup>. PEA es la población que interviene en la producción de bienes y servicios, en que se incluyen los ocupados y desocupados.

cifra que debería ser analizada a la luz de la cobertura del IESS y de las particularidades del subregistro. La cobertura de esta institución alcanza aproximadamente al 30% de la PEA (1992).

Se debe pensar también que los casos de "accidentes del trabajo" reportados son generalmente sólo los de tipo traumático, de difícil ocultamiento o que tengan un importante nivel de gravedad. Los demás y que son la mayoría no son registrados ni reportados.

Si se observa con detenimiento el cuadro N° 3 se puede ver que en cada rama de actividad económica, los accidentes del trabajo ocupan el mayor porcentaje, en relación a los ocasionados en comisión de servicio y en trayecto.

Parecería que los sectores más afectados son los de la industria manufacturera con 2223 accidentes y la de servicios con 336 (primero y segundo lugar respectivamente).

Para tener una verdadera apreciación del sector más comprometido es necesario relacionar el número de accidentes registrados con el total de trabajadores que se encuentran en cada una de las ramas de actividad económica en ese año.

El cuadro N° 4 permite obtener una visión más objetiva al respecto.

**Cuadro Nº 4.- ACCIDENTES DEL TRABAJO SEGUN POBLACION EN CADA RAMA RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA, IESS, 1990**

RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA	N	ACCIDENTES DEL TRABAJO	%
Agricult, caza, silvic.	1'035.712	140	0.13
Explota, minas, canter.	20.870	36	0.17
Industria manufacturera	370.338	2223	0.60
Electricidad, gas, agua	12.660	2	0.01
Construcciones	196.716	209	0.10
Comercio	476.730	92	0.01
Trans.almacena.comunic.	131.084	233	0.17
Establec.financ.segurs.	81.357	101	0.12
Servicios	835.129	336	0.04

FUENTE: INEC, División Nacional de Riesgos IESS

LABORACION: O. Betancourt

En el grupo que más accidentes se han registrado corresponde a la industria manufacturera (0.60%), pero el segundo lugar no se encuentra en los servicios como aparentemente reflejaban las cifras

totales del cuadro N° 3. El sector de la **minería** (0.17%) es uno de los más comprometidos conjuntamente con el de **transporte** (0.17%). Y más bien, el de los servicios se encuentra entre los últimos, o si cabe el término, entre los de menor riesgo (0.04%).

Como se puede ver, en la práctica concreta de la salud de los trabajadores de un país se refleja la posición de la salud ocupacional convencional analizada en páginas anteriores. La información sobre problemas de salud de que dispone el IESS se refiere exclusivamente a los **accidentes y enfermedades del trabajo**, es decir, a procesos terminales de la patología laboral.

En lo que se refiere a las enfermedades del trabajo, la posibilidad de diagnóstico, registro y reporte es más crítica. Son muy pocos los casos que en la práctica médica se diagnostican como tales. La amplia mayoría de problemas de salud de los trabajadores son considerados como "enfermedades comunes".

Este fenómeno no es exclusivo del Ecuador. En la mayor parte de países, los denominados accidentes del trabajo superan el noventa y nueve por ciento de los problemas de salud relativos al mismo. En el campo de las denominadas "enfermedades profesionales" se reportan cifras muy bajas, bastante alejadas de la realidad sanitaria de los trabajadores.

Existe un abismo muy grande entre el reporte de las estadísticas oficiales sobre enfermedades del trabajo y la real magnitud de las mismas. En otros capítulos se analizaron varias razones.

El diagnóstico y registro reducido de las enfermedades del trabajo se puede encontrar en el número y tipo de enfermedades del trabajo calificadas por la Matriz del IESS en el lapso de seis años (1988-1993).

**Tabla Nº 5.- ENFERMEDADES DEL TRABAJO CALIFICADAS POR EL IESS  
1988-1993**

ENFERMEDAD	n
Sordera profesional	24
Brucelosis	4
Benzolismo	3
Silicosis	2
Tenosinovitis de los pulgares	1
Dermatitis	1
Sordera y silicosis	1
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>

FUENTE: División Nacional de Riesgos IESS  
LABORACION: O. Betancourt

Las treinta y seis enfermedades del trabajo calificadas por la matriz del IESS en ese período de tiempo reflejan que en promedio han sido tratadas como tales 6 enfermedades por año.

Si esta es la realidad del registro de los problemas de salud de los trabajadores realizado por la institución mejor organizada y con mayor trayectoria, será peor la realidad en otras formas de registro. Esto ratifica la visión poco integral de la salud de los trabajadores y su condición marginal. Existe para el futuro un enorme reto para los profesionales y técnicos de la salud laboral, instituciones, trabajadores y empleadores.

Algunas investigaciones realizadas por entidades públicas y privadas llenan de alguna forma el vacío del conocimiento de nuestra realidad.

Por citar la producción de los dos últimos años y sin que sean los únicos, se puede indicar lo encontrado por la Maestría de Salud Ocupacional de la Universidad Central del Ecuador, entre octubre de 1993 y enero de 1994 en una planta ensambladora de vehículos de la ciudad de Quito. Un porcentaje importante de trabajadores padecen de conjuntivitis (17.5%) y pterigium (21.6%), explicables por la exposición a radiaciones de la soldadura y a múltiples sustancias químicas. En los estudios audiométricos se encontró que de 291 trabajadores estudiados, el 31.6% presenta manifestaciones de trauma acústico crónico, algunos de ellos con niveles de hipoacusia que alcanzan hasta los grados III y IV<sup>121</sup>.

El sufrimiento mental ocasionado por condiciones estresantes en los lugares de trabajo en mujeres de la industria de la confección, en servidoras públicas y en campesinas se demostró en un estudio realizado recientemente por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud CEAS en 774 trabajadoras. Con la aplicación de Goldberg se encontró que el 36% de las empleadas públicas presentan valores de sufrimiento mental entre moderado y severo, el 49.2 de las obreras y el 41.7% de las campesinas<sup>122</sup>.

La Fundación Natura se ha preocupado de estudiar el impacto del uso de plaguicidas en una pequeña muestra de agricultores del Chota y en trabajadores de una floricultura. En estos grupos se determinó la actividad de acetilcolinesterasa y la presencia de sintomatología de intoxicación por organofosforados. Los niveles tóxicos de acetilcolinesterasa (subclínicos y de intoxicación aguda)

---

<sup>121</sup>. Betancourt, O. et al. **Condiciones de trabajo y salud en AYMESA**, Maestría de Salud Ocupacional-Sindicato y Comité de Empresa AYMESA, mimeo, Quito, 1994.

<sup>122</sup>. CEAS. **Trabajo, Mujer y Salud**. op cit.

canzaron al 30.9% de los agricultores estudiados y al 25.3% de abajadores y trabajadoras de la floricultura<sup>123</sup>.

Desde hace algunos meses el Proyecto Minería sin contaminación (CENDA, COTESU, Projekt-Consult) se encuentra realizando diversos estudios para determinar el impacto ambiental ocasionado por la actividad minera en Zaruma y Portovelo. Este mismo proyecto y con el apoyo de profesionales de la empresa española Almadén realizó el examen médico especializado a 200 personas de esas localidades para determinar el efecto en la salud por uso del mercurio en la amalgamación del oro. En este estudio se pudo detectar a varios trabajadores, inclusive niños, con serias manifestaciones de impregnación mercurial<sup>124</sup>.

Los programas de conservación auditiva del IESS, "desde 1976 hasta 1.988, cubrieron a 182 entidades, públicas y privadas, de diferentes ramas de actividad económica. Se examinaron 16.097 abajadores expuestos al ruido, de los cuales 4.413 (27,4%) presentaron patología auditiva, clasificada de la siguiente manera: poacusia conductiva, presbiacusia, hipoacusia mixta, hipoacusia neurosensorial no profesional y profesional"<sup>125</sup>. Estos datos contrastan con los que han sido calificados como enfermedades del abajo en años posteriores y que constan en el cuadro N° 5.

Los estudios señalados estuvieron precedidos de medición ambiental de ruido e indican que en la mayoría de los centros laborales

---

<sup>23</sup>. Oviedo, J. Bosano, F. **Vigilancia biológica de intoxicación por plaguicidas**, publicación Natura, mimeo, Quito, 1992.

<sup>24</sup>. Martínez, J., Santos, J. **Salud ocupacional, incidencia del mercurio en la zona de Zaruma y Portovelo**. Fundación CENDA, COTESU, PROJEKT CONSULT, Ecuador, 1994.

<sup>25</sup>. Secaira Aquiles, Departamento de Medicina del Trabajo, IESS, Quito, 1994.

existen niveles que sobrepasan el límite permisible de 85 dB para 8 horas diarias de trabajo.

Por medio de otro tipo de programas de esta institución ha sido posible detectar problemas referidos a las alteraciones visuales, a la exposición a plaguicidas, plomo y solventes orgánicos, a las alteraciones broncopulmonares y a los problemas ocasionados por la exposición a radiaciones ionizantes, lamentablemente no se cuenta con información cuantitativa.

## LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

Tres instituciones del Estado han sido a las que de manera principal les corresponde el cuidado de la salud de los trabajadores. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos.

Bajo esta consideración y por medio del decreto ejecutivo 2393 del 17 de noviembre de 1986 se creó el Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, integrado por representantes de las tres instituciones antes señaladas, a los que se suman los representantes de los trabajadores y de los empleadores.

Este Comité, por medio de las instituciones integrantes debe

*"coordinar las acciones ejecutivas de todos los organismos del sector público con atribuciones en materia de prevención de riesgos del trabajo..."<sup>126</sup>.*

---

<sup>126</sup>. Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo. Registro Oficial número 565, Quito, noviembre de 1986.

Al ser las instituciones citadas las principales responsables de la prevención de los problemas de salud de los trabajadores, se comentará de manera sucinta la respuesta que cada una de ellas ha dado a las condiciones de trabajo y salud de la población laboral ecuatoriana.

### **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

Como se ya se señaló, el IESS como institución pública es de las pocas que ha realizado actividades estructuradas de salud de los trabajadores.

Con la creación de la División de Riesgos del Trabajo (1978) se reorganizaron las funciones administrativas, normativas, técnicas y operativas del seguro de riesgos del trabajo. En la actualidad cuenta con cinco Departamentos en Quito y con cuatro en Guayaquil para atender las necesidades técnico-administrativas, educativas y psicomocionales a nivel nacional". Para el cuidado a la población asegurada cuenta con 120 funcionarios, en los que se incluyen los médicos y el personal administrativo<sup>127</sup>, para todo el país.

Sería muy largo enumerar las actividades que esta institución realiza. Sólo a manera de ilustración se indicarán las principales acciones que se llevan a cabo por medio de los distintos departamentos.

Estudio e inspección de las condiciones de trabajo de los centros laborales; orientación, formación, educación y divulgación de la prevención; investigación y diagnóstico de las enfermedades del trabajo; asesoría a los centros laborales en el campo de la higiene, seguridad y medicina del trabajo; estudio y calificación de los accidentes del trabajo, etc.

---

<sup>27</sup>. **Plan Nacional..op. cit p.4.**

Esta institución, entre otras cosas, cuenta con laboratorios y personal especializados para el monitoreo biológico y ambiental.

Al analizar la realidad de los registros de accidentes y enfermedades del trabajo se había comentado sobre la cobertura que ofrece el IESS a la población trabajadora. El escaso número de personal, los recursos limitados y la visión restringida de la relación salud y trabajo impiden que se llegue a amplios sectores de la población laboral para transformar sus condiciones de trabajo y salud. Sin embargo, es una institución a la que los trabajadores pueden recurrir sin mayor esfuerzo para aliviar los problemas que sufren por condiciones de trabajo peligrosas, derechos que serían difíciles de ejercer con los intentos privatizadores de la política neoliberal del actual gobierno.

### **Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos**

Esta institución, por intermedio del Departamento de Seguridad Industrial y con escaso personal se encarga de la inspección, supervisión, aprobación de reglamentos y asesoría de los centros laborales en el campo de la seguridad e higiene del trabajo.

Estas actividades se realizan por medio de inspectores que en su mayoría son egresados de las facultades de derecho, con el respaldo y coordinación de los profesionales del Departamento.

En teoría, todos los problemas de los trabajadores no afiliados a la seguridad social, que son la mayoría, deberían ser resueltos en esta institución. En la práctica, son pocos los trabajadores que hacen uso de este derecho legal, primero por desconocimiento de este derecho y segundo porque las exigencias burocráticas son muy complejas, a lo que se suma la intervención de los abogados que intentan hacer arreglos superficiales, generalmente en perjuicio del trabajador.

Las inspecciones de los lugares de trabajo, al ser realizadas por personal de la rama del Derecho, no incluyen los aspectos específicos de la higiene y seguridad laboral ni lo relativo a los servicios médicos.

Como sucede en otros países, las instituciones públicas relacionadas con la salud de los trabajadores son las que ocupan las últimas prioridades en recursos y definición de políticas. A esto se suman, lamentablemente, algunas taras burocráticas en la que caen los servidores del Estado. Es necesario con la difusión y presión popular, alcanzar nuevas condiciones para que estas instituciones cumplan con la función que les corresponde.

### **Ministerio de Salud Pública**

A pesar de ser miembro del Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, es de los pocos ministerios de América Latina que hasta el momento no ha definido ni ha llevado a la práctica una política o programa estructurado de salud de los trabajadores de alcance nacional.

Desde finales de la década de los 70 se han hecho varios intentos para incursionar en el campo de la salud de los trabajadores, primero con la División de Accidentes, Desastres y Salud Ocupacional que sin haber realizado actividades relevantes en esta área desapareció en 1983.

Posteriormente y como una demanda de los trabajadores y empleados de la planta central del Ministerio, por medio del Decreto 288 del 31 de julio de 1987 se creó la División Nacional de Control e Seguridad e Higiene del Trabajo, dependiente de la Dirección de Recursos Humanos. El universo que debía cubrir esta dependencia era de aproximadamente 30 mil trabajadores y empleados del Ministerio de Salud Pública.

Entre otras cosas, por la falta de personal, la carencia de recursos y la ausencia de una política oficial de salud laboral la División no pudo llevar a cabo lo planteado en el espíritu del Decreto. Ni los mismos trabajadores del Ministerio tuvieron la oportunidad de ser beneficiarios de acciones de salud de los trabajadores. Dos personas, que además cumplían otras tareas de la Dirección constituían todo el personal. Siguiendo la misma suerte de sus antecesoras fue eliminada en 1993.

En un trabajo conjunto con la Maestría de Salud Ocupacional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, la Dirección Nacional de Epidemiología del MSP incluye un programa de salud de los trabajadores. En el mes de abril de 1993 se trabajó en la elaboración de la **Historia de Salud Laboral** que se incluiría en la Historia Clínica Única de los servicios de salud. Se aplicó la prueba piloto en una área de influencia del Subcentro de Salud de Chiriaco Alto y en base a eso se ha planificado la capacitación de los equipos de salud y su aplicación en otras unidades operativas. En este momento algunos egresados de la Maestría se encuentran cumpliendo funciones relativas al monitoreo de la salud de los trabajadores (vigilancia epidemiológica) y a la implementación de otro tipo de acciones que crearían las bases para una política de salud de mayor trascendencia.

En 1994 se crea la Dirección Nacional de Salud Ambiental en la que se incorpora igualmente un programa de "fomento, promoción y desarrollo de la salud de los trabajadores"<sup>128</sup>, dirigido de manera especial a la población menos cubierta y a los propios trabajadores de las unidades operativas del MSP. Esta dependencia cuenta también con el apoyo de egresados de la Maestría de Salud Ocupacional. Hasta el momento se ha incursionado en el sector minero por medio de la capacitación a los profesionales de la salud que laboran en el austro

---

<sup>128</sup>. Plan Nacional..op.cit. p.6.

cuatoriano, lugar de los asentamientos mineros más importantes del país. Esta dependencia se encuentra trabajando con la Comisión multisectorial de salud de los trabajadores, promovida por la OPS/OMS, en programas de difusión y sensibilización sobre monitoreo epidemiológico y atención básica en salud en distintas regiones del país.

A pesar de estos esfuerzos, todavía está muy lejano el momento en el que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador lleve a la práctica una política integral de salud de los trabajadores.

## **A RESPUESTA EMPRESARIAL**

El sector privado ha centrado sus esfuerzos en la medicina curativa. Los servicios médicos o de enfermería que existen en pocos centros laborales, a pesar de las obligaciones de ley, cuentan con profesionales de la salud (médicos o enfermeras) a tiempo parcial cuya actividad central sigue siendo la atención de los problemas de salud que surgen de la demanda espontánea.

En el último cuerpo legal que se hizo referencia anteriormente, (Reglamento 2393) se expresan claramente las obligaciones de los empleadores en relación a los servicios de medicina del trabajo, los departamentos de higiene y seguridad y los comités paritarios de seguridad e higiene del trabajo. En la práctica se ha visto que estas disposiciones reglamentarias se cumplen en pocos casos y de manera parcial en las grandes empresas. Los trabajadores de las medianas y pequeñas se encuentran realmente al margen de cualquier acción dirigida a proteger su salud.

Poco se hace por la investigación y la prevención en el campo específico de la salud laboral. La mayor parte de problemas son atribuidos a condiciones ajenas al trabajo. Las cifras de enfermedades

del trabajo calificadas por el IESS y revisadas en páginas anteriores es la mejor prueba de lo señalado.

En casos aislados existe un trabajo coordinado entre los servicios médicos y los departamentos de higiene y seguridad de las empresas, para ejecutar programas integrales de prevención y protección. Lo común es que cada quien marche por su lado, en ocasiones inclusive con posiciones antagónicas y competitivas.

Ultimamente y en correspondencia con el proceso de modernización, los seguros privados tienden a ingresar en este campo mediante la oferta de seguros para accidentes de trabajo. Se trata de pólizas de vida o accidentes que generalmente resultan difíciles de hacer efectiva por parte de los trabajadores y sólo consideran aspectos indemnizatorios. El modelo chileno que surgió en la década anterior y que se encuentra en plena vigencia, a pesar de las nefastas implicaciones en la salud pública, se ha convertido en el paradigma de las mentes privatizadoras del país.

## **LA RESPUESTA DE LOS TRABAJADORES**

El mejoramiento de las condiciones de trabajo y el cuidado de la salud no han sido las preocupaciones centrales de los trabajadores.

Inclusive en los grupos organizados los esfuerzos han estado dirigidos a las reivindicaciones económicas. No cabe la menor duda que las condiciones de vida favorables (relacionadas de alguna manera con los niveles de ingreso) influyen en el buen estado de salud, pero se ha llegado al extremo de que ciertos grupos de trabajadores han preferido aceptar bonificaciones económicas o el apoyo para la creación del equipo de fútbol a cambio de la ausencia de medidas de protección en los centros laborales. La "monetarización del riesgo" no es ninguna novedad en las políticas empresariales de muchos países.

En contraposición con lo señalado, algunas organizaciones han puesto con especial interés el cuidado de su salud. Existen centrales sindicales y otras organizaciones que cuentan con centros especializados o con grupos de asesoría en salud de los trabajadores, como el caso del FUT, CEOLS, FUOS, Sindicato y Comité de Empresa de AYMESA, trabajadores de la salud, organizaciones femeninas, de mineros, etc. Como se señaló en las primeras páginas, una de ellas inclusive ha incorporado al contrato colectivo artículos que señalan con claridad la posibilidad de que los trabajadores, conjuntamente con sus asesores realicen estudios especializados en el centro laboral y en sus trabajadores, a más de su reglamento de higiene y seguridad.

Situaciones similares se van generando en trabajadores de la salud, especialmente de los centros hospitalarios, haciendo funcionar sus comités de seguridad e higiene del trabajo.

## **OTRAS INSTITUCIONES**

En el país existen otras instituciones como Petroecuador, Ministerio de Industrias y Comercio, Ministerio de Agricultura, ECAP e Instituto de Normalización, que de una u otra forma se encuentran vinculadas con acciones relativas a la salud de los trabajadores.

Algunos organismos no gubernamentales han incursionado de manera importante en la investigación, asesoría, prestación de servicios y formación de recursos humanos. Es el caso del Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS, el Centro de Estudios de Salud de los Trabajadores, CEST, en Quito, el Centro de Investigaciones de Salud Ocupacional en Portoviejo, el Centro de Estudios Médico Sociales, CEMES, en Cuenca, por citar los de mayor trayectoria.

Ultimamente algunos grupos ecologistas también han demostrado interés en la salud de los trabajadores.

En unos casos las acciones se han concentrado más en la educación y capacitación de los trabajadores, en otros en la investigación y asesoría y en unos pocos en la prestación de servicios con equipos especializados. Todavía es difícil contar con el apoyo financiero para la adquisición de estos equipos que permitan ofrecer servicios multivariados. Igualmente, sólo en alguno de ellos se ha incorporado la metodología de la participación activa de los trabajadores en los procesos de investigación y de gestión.

El trabajo conjunto entre varias ONG's es una modalidad que ha surgido en los últimos años. Se vislumbra como una buena perspectiva para la actividad en este campo.

Ciertos organismos internacionales, dentro de los límites inherentes a sus condiciones, han puesto especial interés en apoyar el desarrollo de la salud de los trabajadores en nuestro país. La OIT se ha vinculado especialmente con el Ministerio del Trabajo y con el IESS; el Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá, CIID, con ONG's en el campo de la investigación; y la OPS\OMS con el Ministerio de Salud. Este organismo ha promovido la elaboración, difusión y discusión del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores que se encuentra en espera de su aprobación legal y aplicación.

## **A EDUCACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

En correspondencia con el bajo nivel de desarrollo de la salud de los trabajadores del país, la formación de recursos humanos, la inclusión de contenidos específicos en el curriculum de los centros educativos ha sido poco frecuente. Tan serio es el problema que casi en todas las facultades de medicina del Ecuador no existen contenidos de medicina del trabajo, higiene y seguridad laboral en la formación de los profesionales de salud.

Hace diez años se comenzó a impartir una unidad de salud ocupacional en el Postgrado de Investigación y Administración en Salud. Con esos antecedentes y experiencia se creó la Maestría de Salud Ocupacional en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. En el momento actual cuenta con más de una decena de profesionales que han egresado y se encuentran vinculados especialmente a las instituciones del Estado, intentando apuntalar el fortalecimiento de la salud de los trabajadores del país.

Existe la cátedra de Salud de los Trabajadores en la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de Quito, en la Universidad Católica de Cuenca la cátedra de Medicina del Trabajo en la Universidad Tecnológica Equinoccial se imparten algunos cursos en la carrera de Ingeniería Industrial. El IESS el Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional, SECAP, y otras instituciones mantienen programas educativos de diversa duración y secuencia.

A pesar de estos esfuerzos, existe un gran abismo entre la magnitud de la problemática y la formación de recursos humanos, la capacitación a los trabajadores y empleadores. En los niveles de educación primaria y media no existe ninguna actividad que contemple la salud de los trabajadores. Más grave es la situación de los institutos de educación técnica que vinculan de manera permanente la educación

con el trabajo. Recientemente en el Centro del Muchacho Trabajador se está experimentando una enseñanza con contenidos de esta área.

Para superar estas deficiencias, uno de los mecanismos sería incorporando la educación en salud de los trabajadores en los niveles de la enseñanza de pre-primaria, primaria y media.

## VACIOS EN LA INVESTIGACION

Para tratar este aspecto conviene iniciar con una cita que hace referencia a la realidad de la investigación de la salud laboral en América Latina:

*"En la publicación de la OPS\OMS Research in Progress 84-85 se pone de manifiesto que en ese período la Organización Panamericana de la Salud financió 335 proyectos de investigación, de los cuales sólo doce (3.6%) estaban relacionados con problemas de Salud Ocupacional. Así mismo, al revisar las publicaciones de los países latinoamericanos de habla hispana, registradas en el Index Medicus para esos dos años aparecen 13 publicaciones referidas a salud de los trabajadores, de los cuales 3 son reportes de casos, 2 son revisiones generales sobre un tema, 2 son artículos que describen la organización de la salud ocupacional en un país y 6 son investigaciones descriptivas sobre aspectos muy parciales de la realidad"<sup>129</sup>.*

En nuestro país y en la presente época la realidad es similar. Los pocos estudios realizados se enmarcan más bien en la recopilación y procesamiento estadístico de intervenciones rutinarias de los

---

<sup>129</sup>. Feo, O. Metodología de la Investigación en Salud Ocupacional, Organización Panamericana de la Salud, Programa Salud de los Trabajadores, mimeo, Venezuela, 1990.

anismos oficiales, (la seguridad social, por ejemplo). Sobre estos estudios hemos hecho referencia en páginas anteriores. Han sido más que en las universidades y las ONG's las que han incursionado en la investigación en sectores específicos y sobre problemas puntuales.

En el caso de la industria de ensamblaje de automotores, de la salud de la mujer trabajadora y de los trabajadores de la salud, en investigaciones realizadas en estos últimos años por la Maestría de Salud Ocupacional de la Universidad Central y por el CEAS respectivamente, se han incorporado algunos planteamientos teórico-metodológicos diferentes a los que comúnmente se utilizan en las áreas oficiales y en otros sectores. Los resultados de la investigación en la salud de la mujer trabajadora y de los trabajadores de la salud se publicaron en los dos últimos años<sup>130</sup> y de la industria de ensamblaje se encuentra en fase de publicación.

Como la característica de estas investigaciones fue la participación activa de los y las trabajadoras, los resultados no sólo han servido para llenar los vacíos del conocimiento sino que han permitido elevar la conciencia sobre la necesidad impostergable de mejorar las condiciones de trabajo y el cuidado de la salud. Algunas acciones se han puesto en práctica de manera inmediata, otras han dado origen al proyecto de una acción continua de las organizaciones respectivas.

En esta misma línea y como un estudio pionero, un grupo de enfermeras ecuatorianas, dirigidas por un compañero argentino se realizó en el país un estudio sobre las condiciones de trabajo y salud

---

130. Breilh, J. et al. Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Salud y Ambiente, No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, p. 21-37.

en las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos en algunos hospitales de la capital<sup>131</sup>.

En años anteriores y en el Curso de Investigación y Administración en Salud de la misma Facultad de Ciencias Médicas, un grupo de egresadas realizó una interesante investigación sobre el asbesto y la salud de los trabajadores. Los resultados han servido para levantar la conciencia nacional sobre el peligro para la salud del uso de esta substancia.

La Fundación Natura (ONG), el CISO y el Ministerio de Agricultura y Ganadería han realizado interesantes estudios en el campo de los plaguicidas. Acerca de la investigación de la primera institución hicimos referencia anteriormente, es interesante en este momento comentar sobre las investigaciones del Ministerio de Agricultura y del CISO. En el primer caso, se realizó la determinación de plaguicidas en la leche materna y en los alimentos de consumo frecuente de los habitantes de la Capital de la República, cuyos resultados influyeron, de alguna manera, en el control del uso indiscriminado de estas substancias<sup>132, 133</sup>. El CISO, en cambio, se preocupó de efectuar una recopilación y procesamiento estadístico de las intoxicaciones por plaguicidas en la provincia de Manabí. Es este estudio uno de los pocos en el país<sup>134</sup>.

---

<sup>131</sup>. Kohen, J. et al. **Salud y trabajo de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Quito**, Fundación Hacer, Quito, 1992.

<sup>132</sup>. Bolaños, M., Santacruz, X., Muñoz, O. **Determinación de Residuos de Pesticidas Clorados en Leche Materna**. Salud y Trabajo No. 12, Portoviejo, 1988, p.5.

<sup>133</sup>. Bolaños, M. **Estudio de la contaminación por plaguicidas en los alimentos básicos constituyentes de la dieta media ecuatoriana**, MAG, CONACYT, mimeo, Quito, s/f.

<sup>134</sup>. Terán, G. **Epidemiología de las intoxicaciones por plaguicidas químicos en la provincia de Manabí 1980-1986**. Salud y Trabajo, No. 12, Portoviejo, 1988.

La posibilidad que hemos tenido de intervenir en algunas de las experiencias permite refrendar la importancia de la participación activa de los trabajadores, sin embargo, es necesario vencer algunas dificultades y limitaciones. Por si solo el modelo participativo no puede dar cuenta de toda la realidad, además, se deben utilizar tácticas adecuadas para que los sectores patronales no se opongan a las investigaciones de este tipo y para que los trabajadores planteen los cambios sin que ello signifique la pérdida de la fuente de trabajo.

Es necesario vencer las dificultades del tiempo de participación de los trabajadores y eso significa, para algunos momentos de la investigación, que abandonen sus tareas específicas, aspecto que no es aceptado por empresarios y directivos. En los casos que se deba investigar utilizando las horas marginales, resulta una carga pesada para los trabajadores que anhelan llegar a sus hogares.

La posibilidad de ingreso a los centros laborales es otro obstáculo que ha sido necesario vencer. Hemos tenido la oportunidad de constatar que en algunas ocasiones ni los mismos profesionales de salud de las empresas tienen autorización para ingresar al área de producción. La escasez de fuentes secundarias de información, así como la poca disponibilidad de bibliografía amplia y oportuna son también serios limitantes.

## **BIBLIOGRAFIA**

- AYMESA. Noveno Contrato Colectivo de Trabajo, Quito, 1992.**
- Baker, E., Matte, T. Surveillance of Occupational Illness and Injury,**  
en "Public Health Surveillance", Van Nostrand Reinholds, New  
York, 1992.
- Betancourt, O. et al. Condiciones de trabajo y salud en AYMESA,**  
Maestría de Salud Ocupacional-Sindicato y Comité de Empresa  
AYMESA, mimeo, Quito, 1994.
- Betancourt, O. La Salud en el Trabajo en el Ecuador, Notas para su**  
**Estudio.** Salud y Trabajo, No. 8-9, Portoviejo, abril-diciembre 1984.
- Bianco, A. Pequeña Historia del Trabajo.** Contrapunto, Buenos Aires,  
1987.
- BLANCO Y NEGRO. ¿Dónde están los burócratas?.** Revista de Hoy,  
Año 1. No. 23, Ecuador, 2 de octubre de 1994.

- olaños, M. **Estudio de la contaminación por plaguicidas en los alimentos básicos constituyentes de la dieta media ecuatoriana**, MAG, CONACYT, mimeo, Quito, s/f.
- olaños, M., Santacruz, X., Muñoz, O. **Determinación de Residuos de Pesticidas Clorados en Leche Materna**. Salud y Trabajo No. 12, Portoviejo, 1988.
- averman, H. **Trabajo y Capital Monopolista**. Nuestro Tiempo, México, 1978.
- eilh, J. "Neoliberalismo en Pastilla, para Profesionales de la Salud". Cuadernos de Salud Colectiva, Vol. 1, No. 4, Quito, 1991.
- eilh, J. **Epidemiología del Trabajo, Reflexiones Metodológicas para un Avance de la Línea Contrahegemónica**, mimeo, CEAS, Quito, 1992.
- eilh, J. et al. **Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental**. Salud Problema, No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993.
- eilh, J. **La Salud enfermedad como hecho social: Un nuevo enfoque**, en varios autores, **Deterioro de la Vida**, Primera edición CEAS-Corporación Editora Nacional, Quito, 1990.
- eilh, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**, CEAS, Quito, 1994.
- EAS. **La crisis y su impacto en la salud**, mimeo, Quito, 1988.
- EAS. **Mujer, Trabajo y Salud**, Serie Mujer y Salud 1, Ediciones CEAS, Quito, 1994.
- EDATOS. **Cifras Claves, 1992**. En Páez, R. **La atención farmacoterapéutica en el Ecuador**, mimeo, Ecuador, 1995.

- Cedeño, G. **Relaciones del seguro de riesgos profesionales en la prevención de riesgos.** Problemas actuales de los seguros de riesgos profesionales. AISS, Quito, 1982.
- CEPAR. **Crecimiento poblacional y desarrollo socio-económico,** Temas poblacionales 2, Quito, 1990.
- CEPLAES, ILDIS. **Ecuador: Análisis de Coyuntura, perspectivas 1993.** Serie Ecuador, Análisis de Coyuntura 6, primera edición, Gráfica Araujo, Quito, 1993.
- Colombia, Alba. **Vigilancia Epidemiológica Ocupacional.** mimeo, II Encuentro Nacional de Salud Ocupacional, Cali, 1987.
- CONADE. **Ecuador en Cifras.** Secretaría General de Planificación, Quito, Junio, 1989.
- Davini, M.C. et. al. **La investigación en el Area Educacional"** Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, Washington, 1990.
- Durao, A. y Faria, J. **"Formacao Profissional e Prevencao".** PREVENCAO Medicina do Trabalho e Seguranca, Lisboa, 1970.
- Durao, Alvaro. **"A sensibilizacao dos futuros médicos pela Medicina do Trabalho".** Jornal do Médico, LXXIII (1452): 885-888, Dezembro, 1970.
- Durao, Alvaro. **"La Educación de los Trabajadores y su Participación en los Programas de Salud Ocupacional"** Educ. Med. Salud, Vol. 21, No. 2 , 1987.
- Ecuador. Ministerio de Gobierno. **Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo.** Registro Oficial número 565, Quito, noviembre de 1986.

eo, O. **Metodología de la Investigación en Salud Ocupacional**, Organización Panamericana de la Salud, Programa Salud de los Trabajadores, mimeo, Venezuela, 1990.

ontan Jubero, P. "El Papel del Profesor Dentro de Cuatro Posibles Modelos Educativos", La Escuela y sus Alternativas de Poder, ed. Leal, Barcelona, 1978.

arcía, J.C. **La Categoría Trabajo en Medicina**. Salud y Trabajo, No. 5, Portoviejo, abril 1983.

randa, E. **Vigilancia epidemiológica**, mimeo, CEAS, Quito, 1992.

randa. E., Urrego, J. **Vigilancia epidemiológica: espacio, sujetos y acción**, ponencia, Sexto Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, 1994.

TZ. **ZOPP, una Introducción al Método**, mimeo, Frankfurt, s/f.

alperin, W. et al. **Public Health Surveillance**, Van Nostrand Reinhold, 1992.

enaos, S., Corey, G. "sistema de vigilancia epidemiológica para población expuesta a plaguicidas inhibidores de la colinesterasa". En Plaguicidas Organofosforados y Carbámicos, Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, México, 1991

IEC. **Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones**. Talleres Gráficos del INEC, Quito, 1992.

IEC. **Anuario de recursos y actividades de salud**, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito, 1993.

IEC. **V Censo de Población y IV de Vivienda 1990**, Talleres Gráficos INEC, Quito, 1991.

- Instituto Fronesis. **"Pobre la Educación de los Pobres"**, Hoy, Quito, febrero 1992.
- Kahan, E. **La Investigación Epidemiológica en Salud Ocupacional**, en Medicina Ocupacional en Israel, Centro de Estudios Cooperativos para América Latina, 1a. Ed, Jerusalem, 1989.
- Karvonen, M. **Epidemiology in the context of occupational health**, en Epidemiology of Occupational Health, WHO Regional Publications, European Series No. 20, Copenhagen, 1986.
- Kohen, J. et al. **Salud y trabajo de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Quito**, Fundación Hacer, Quito, 1992.
- Kosík, K. **Dialéctica de lo Concreto**. Grijalbo, México, 1967.
- Laurell, A.C. (coord.) **Para la investigación de la salud de los trabajadores**, Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000 N° 3, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1993.
- Laurell, A.C. **Trabajo y salud: estado del conocimiento**, en Debates de Medicina Social, OPS-ALAMES, 1a. ed., Edit. Non Plus Ultra, Quito, 1991.
- Leavell, H.; Clark, E. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. McGraw Hill Co, New York, 1965.
- Martínez, J., Santos, J. **Salud ocupacional, incidencia del mercurio en la región de Zaruma y Portovelo**. Fundación CENDA, COTESU, PROJEKT CONSULT, Ecuador, 1994.
- Marx, K. **El Capital**, Tomo I, Vol. 1, Siglo XXI, 4a. ed., México, 1976.
- Marx, K. **El Capital**, Tomo I, Vol. 2, 5ta. Edic, Siglo Veintiuno, México, 1979.

- Mendes, R. **Saúde Ocupacional**. Epidemiología y Saúde, MEDSI, 3a edic, Río de Janeiro, 1992.
- Menéndez, E. **Trabajo y Significación Subjetiva, Continuidad Cultural, Determinación Económica y Negatividad**. Mimeo, s/f. México.
- Ministerio de Educación y Cultura. **"Educación y Trabajo, Lineamientos Básicos de una Propuesta Educativa"**. Centro de Artes Gráficas SECAP, Quito, 1991.
- Ministerio de Educación y Cultura. **"Currículo Dinámico de Educación y Trabajo"**. Comisión Técnica Nacional de Educación y Trabajo, mimeo, Quito, 1992.
- ASP. **Manual de Organización de las Areas de Salud**, Ministerio de Salud Pública, Primera ed. Quito, 1993.
- Auñoz, E., Vicuña, L. **Historia del Movimiento Obrero del Ecuador en Historia del Movimiento Obrero en América Latina, Siglo XXI**, México, 1984, p 201.
- Auñoz y Villamizar **"Sistema de vigilancia epidemiológica"**, mimeo, Bogotá, 1981.
- Jeffer, J.C. **El proceso de trabajo y la economía de tiempo**. Centre de Recherche et Documentation sur L'Amérique Latine, Humanitas, Buenos Aires, 1990.
- Joriega, M. **Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad**, en Laurell C. (coord.), **Para la investigación de la salud de los trabajadores**, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 No. 3, Washington, 1993.
- Joriega, M., Villegas, J. **La investigación participante en la salud laboral**. Salud Problema No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993.

- Noriega, M. y col. **En Defensa de la Salud en el Trabajo**, SITUAM, México, 1989.
- OMS. **"Enseñanza y Formación Profesional en Higiene y Seguridad del Trabajo y en Ergonomía"**, Serie de Informes Técnicos 663, Ginebra, 1981.
- OMS. **Atención primaria de salud**, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. Suiza, 1978.
- OMS. **Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria en Salud**. Serie de Informes Técnicos 690, Ginebra, 1983.
- OPS/OMS. **"XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana"**. Salud de los Trabajadores. Washington, D.C. septiembre 1990.
- OPS. **"Capacitación de los Trabajadores del Area Andina en Salud Ocupacional"**. Documento de trabajo, Bogotá, 1990.
- OPS. **Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores en el Area Andina, Proyecto Subregional**, Washington, 1990.
- Oviedo, J. Bosano, F. **Vigilancia biológica de intoxicación por plaguicidas**, Fundación Natura, mimeo, Quito, 1992.
- Pazmiño, M. **"Reflexiones para una Educación Humanista, Científica, Popular y Progresista"**. UNE, Edicentro, Riobamba, 1992.
- Ruiz, C., Galán, M., Marqués, F. **Metodología centinela. Redes de notificación voluntaria centinela en salud laboral**, Salud y Trabajo, No. 98, Madrid, 1993.
- Samaja, J. **Triangulación Metodológica, pasos para una comprensión de la dialéctica de la combinación de métodos**. V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, mimeo, Buenos Aires, 1991.

- Iavchenko, P. **¿Qué es el Trabajo?**. Progreso, Moscú, 1987.
- Beligman, P., Frazier, T. **Surveillance: The Sentinel Health Event Approach** en "Public Health Surveillance", Van Nostrand Reinhold, New York, 1992.
- Verán, G. **Epidemiología de las intoxicaciones por plaguicidas químicos en la provincia de Manabí 1980-1986**. Salud y Trabajo, No. 12, Portoviejo, 1988.
- Testa, M. **Pensar en Salud**, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1993.
- Varios autores. **Vigilancia del medio y de las condiciones de salud en los programas de higiene del trabajo**. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, Ginebra, 1973.
- Varios autores. **"Alguna reflexiones sobre Vigilancia Epidemiológica"**, mimeo, CEAS, 1992.
- Varios autores. **"Consulta Nacional Educación Siglo XXI"**, Documento Base, MEC, Quito, Enero 1992.
- Varios autores. **"Modulo de Vigilancia Epidemiológica"**. FASBASE. Unidad de Análisis e Información Epidemiológica, MSP, mimeo, 1992.
- Varios autores. **El Sistema de Vigilancia Epidemiológico Alimentario Nutricional (SISVAN)**. mimeo, Colombia, s/f.
- Varios autores. **Manual Conocer Para Cambiar. Estudio de la salud en el trabajo**, primera edición, Universidad Autónomas Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1989.
- Varios autores. **Plan Nacional de Seguridad y Salud de los Trabajadores**. Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, mimeo, Quito, 1994.

Vasilachis, I. **Métodos cualitativos I, los problemas teórico-epistemológicos**, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992.

Villegas, J., Ríos, V. **La investigación participativa en la salud laboral: el modelo obrero**. En Laurell C. (coord.), Para la investigación de la salud de los trabajadores, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 No. 3, Washington, 1993.

Weeks, J., Levy, B. **Preventing Occupational Disease and Injury**. American Public Health Association, Washington, 1991.

Yépes, Francisco y Col. **"La Salud en Colombia"**, Ministerio de Salud, Editorial Presencia, Bogotá, 1990.

## INDICE ANALITICO

Accidentes del trabajo 2, 4, 46, 51, 126, 166, 201, 224, 243, 244, 266, 268-271, 276

Acciones concretas 87, 97, 98, 126, 133, 246

Actividad instintiva 17

Accesos inseguros 60

Ante 40-42, 44, 45, 50, 52, 56, 123, 155

Antes de notificación 111

Antes de 41, 43, 44, 56

Ampliación de cobertura 135, 137, 152

Ámbito de causas 76, 190

Asambleas 79

Atención primaria 134-138, 151, 203, 210

Asignación 2, 3, 6, 30, 62, 79, 120, 156, 157, 159, 176, 185, 191, 192, 197-199, 205, 210, 217, 218, 226, 231, 232, 235, 237, 239, 240, 243, 247, 257, 265, 279, 283, 284

Asignación ocupacional 205, 217

- capital constante 26, 27
- capital variable 26, 27
- cargas laborales 52
- castellano 242
- ceas 4, 37, 52, 59, 76, 83, 98, 179, 253, 260, 273, 282, 286
- cest 282
- ciencias naturales 220, 241
- ciso 287
- comité interinstitucional 156, 275, 278
- comités de higiene 151
- comités de salud 218, 242
- concepción 8, 10, 20, 29, 31, 33, 35, 36, 40, 42, 43, 48, 91, 92, 113, 220, 222
- concientización 68, 218
- condiciones de vida 5, 11, 47, 54, 67, 84, 95, 99, 112, 157, 203, 209, 261, 266, 281
- consciente 14-16, 27, 146, 200, 214
- consumo 18, 19, 31, 58, 59, 65, 83, 93, 118, 121, 140, 149, 160-162, 165, 186, 195, 203, 213, 256, 260, 287
- contrato colectivo 12, 282
- cultura del trabajo 220, 221, 237
- currículo 198, 219-221
- derecho 27-29, 56, 134, 185, 195, 217, 277, 278
- desgaste 52
- desocupación 35, 87
- determinantes 30, 37, 39, 42, 45, 49, 53, 93, 94, 96, 100, 112, 120, 121, 124, 129, 131, 135, 152, 203, 229
- diagnóstico 99, 143, 149, 150, 157, 160, 175, 184, 271, 276
- diagrama de bloques 177, 178
- diagrama de flujo 177
- diagrama espacial 83, 176
- dinámica grupal 75
- direccionalidad 98
- distribución 41, 59, 121, 173, 176, 180, 213
- división del trabajo 12, 20, 22, 26, 27, 34, 35, 37, 38, 43, 52, 61, 84, 100, 104, 125, 177, 179, 181, 249, 254

onomía 5, 14, 21, 23, 28, 29, 31, 33, 200, 204, 222, 242, 252, 253, 255, 256

educación de adultos 216

educación especial 225, 228, 229

educación física 158, 227, 246

educación técnica 205, 210, 213, 216, 217, 229, 230, 233, 238, 243, 245, 248, 249

educación y trabajo 205, 213, 214, 216, 218-221, 226

efecto potencial 51

efecto real 51

educación 8, 20, 30, 35, 65, 69, 88, 92, 98, 108, 114, 120, 122, 143, 160, 161, 168, 238

empleadores 65, 69, 79, 101, 129, 131, 141, 144, 145, 150, 154, 155, 157-159, 166, 186, 193, 194, 199, 208, 225, 272, 275, 280, 284

cuenta colectiva 189

cuenta individual 77, 83

enfermedades del trabajo 2, 4, 43, 45-48, 50, 51, 58, 63, 70, 99, 100, 103, 104, 158, 266, 267, 271, 272, 274, 276, 277, 280

enseñanza práctica 242

entrevista 75, 172, 183

epidemiología crítica 13

equipo de salud 99-101, 121, 130, 138, 139, 143, 151, 156, 174, 182, 184, 185, 190, 193, 194

estrategia 5, 6, 135-137, 140, 143, 151, 189, 205, 232, 235

estrategias familiares 100, 149

evento centinela 123, 124, 126, 128, 129, 131

entorno físico 183

entrevistas periódicas 122, 187

agencias 18, 27, 35, 51, 52, 69, 212, 277

exploración instrumental 83, 182

exploración sensorial 75, 76, 80, 83, 118, 125, 176, 182

factores nocivos 52

factores 11, 19, 24, 34, 44, 158, 202, 220, 227, 241, 246

alfabetización 5, 256

casos incompletos 76, 81

centros de información 109, 118

control 86, 87, 95, 121

procesos peligrosos 52, 69, 80, 106, 129, 139, 151, 152, 155, 157, 158, 179, 182, 186, 189, 206, 207, 211, 220, 227, 228, 236, 237, 242, 244, 247, 263  
producto 8, 20, 29, 68, 177, 178  
promoción 21, 26, 29, 92, 93, 97, 98, 121, 122, 129, 134, 139, 140, 148, 149, 159, 162, 172, 181, 184, 185, 191, 204, 207, 223, 224, 227, 244, 279  
protección 2, 6, 7, 38, 56, 64, 87, 101, 108, 115, 116, 119, 120, 125, 134, 140, 149, 158, 162-164, 181, 186, 187, 203, 206, 211, 219, 220, 242, 246-249, 263, 264, 281  
protección de la salud 2, 38, 101, 120, 149, 264, 206, 242, 246  
psts 83  
publicación 75, 120, 209, 260, 285, 286  
química 202, 220, 241  
realidad causal 51  
recuperación 21, 28, 31, 80, 82, 83, 87, 103, 126, 149, 151, 184, 185, 188  
red de notificación 114, 126-129  
referencia 7, 21, 33, 35, 50, 63, 64, 71, 78, 83, 86, 105, 114, 115, 137, 139, 140, 146, 151, 166, 167, 188, 189, 194, 209, 238, 241, 255, 258, 260, 262, 267, 280, 285-287  
rehabilitación 87, 134, 149, 150, 166, 184, 185, 188  
reportes 102, 110, 126, 128, 285  
reproducción social 5, 59  
reubicación laboral 149, 150  
riesgo terminado 51  
riesgos del trabajo 7, 49-52, 242, 258, 264, 265, 268, 275, 276  
salario nominal 255  
salario real 255  
salud colectiva 6, 13  
salud de los profesores 227  
salud ocupacional convencional 21, 23, 28, 38, 40, 46, 52, 53, 54, 63, 66, 84, 113, 127, 251, 263, 271  
secundaria 201, 210, 216, 221, 225, 228, 229, 231-233, 243  
seguridad industrial 12, 70, 200, 263, 265, 267, 277  
seguro de riesgos 258, 264, 265, 276  
sensibilización 159, 185, 232, 235, 280  
servicios públicos 7, 69, 85, 107, 139, 185, 258, 259  
significaciones 32-34, 64, 75

stema 5, 19, 20, 33, 34, 37, 38, 47, 59, 64-66, 73, 92, 94, 97-99, 102, 105, 107, 108, 111, 112, 117, 119, 124, 126, 129, 130, 134, 135, 137, 138, 140, 142, 144, 145, 147, 148, 150, 151, 155, 167-171, 183, 188, 194, 208, 209, 212, 213, 216, 218, 220, 221, 223, 225, 226, 229, 231, 232, 237, 239, 244, 245

cialización 68, 210

objetividad 40, 65, 67, 69, 75, 76, 81, 82, 87

función formal 23

función real 23

frimiento mental 3, 273, 286

rizaje médico 113, 114, 118

sa de ganancia 26

sa de mortalidad 105, 261

nicas cualitativas 40, 75, 76, 78, 80, 82, 84, 117

nicas cuantitativas 72, 73, 77, 78, 82, 83

mpo de vida 24

mpo muerto 23, 24

mpo socialmente necesario 23, 24

abajo abstracto 22

abajo calificado 30

abajo concreto 22

abajo dinámico 35

abajo directo 29

abajo estático 35

abajo físico 34

abajo improductivo 33

abajo indirecto 29

abajo individual 18

abajo intelectual 34, 35, 215

abajo pretérito 18, 30

abajo productivo 33, 155, 213, 221

abajo simple 30

abajo social 18, 19, 198

abajo vivo 30

abajos centrales 29, 30

abajos complementarios 29, 30

nsformación 8, 14, 15, 17, 29, 64, 68, 70, 75, 157, 204

geografía 242  
goldberg 83, 273  
grupos homogéneos 75, 81, 82, 189  
historia 15, 19, 39, 43, 50, 82, 94, 95, 104, 121, 125, 183, 184, 187, 241, 252, 279  
huesped 41, 44, 56  
humanización 8, 15, 16  
iess 47, 265, 267-272, 274, 276, 277, 281, 283, 284  
incapacidad permanente 4  
indeterminantes 92-94, 96, 113, 129  
información general 80, 125, 175  
informantes claves 75, 80, 172, 175, 179  
instalaciones de servicios 180  
instalaciones generales 180  
intercambio dinámico 141  
investigación 7, 11, 27, 33, 39, 43, 48, 49, 52, 59, 64, 68, 71-77, 81, 88, 96, 98, 109, 110, 119, 124, 128, 160, 186, 199, 219, 229-231, 246, 262, 265, 276, 280, 282-288  
jornada de trabajo 22-25, 254  
leavell y clark 41, 44, 50  
literatura 123, 242  
lo general 37, 60  
lo particular 37, 60  
manual de organización 168, 171  
manufactura 37  
mapas de riesgo 81, 158, 189, 192  
medicina social 13, 28, 57, 71, 94  
medidas de seguridad 247-249  
minería 134, 147, 263, 271, 274  
ministerio de salud 3, 47, 147, 148, 167-169, 171, 265, 267, 275, 278, 280, 283  
ministerio de trabajo 265, 267, 275, 277  
monitoreo periódico 150  
mortalidad infantil 260, 261  
movilización 68  
multicausalidad 40, 44  
necesidad sentida 105, 160

poliberal 5, 255, 256, 258, 277  
vel central 113, 117, 119, 120, 170  
vel intermedio 120  
vel local 118-120, 125  
veles de referencia 194  
rtificación directa 111  
rtificación regular 112  
evas concepciones 100  
rtrición 160, 202, 209  
objeto de trabajo 8, 35  
servación directa 172  
eracionalidad 98  
ganización del trabajo 139  
ganizaciones femeninas 155, 282  
rticipación de los trabajadores 66-68, 70, 82, 117, 142, 154, 155, 175, 184,  
19, 195, 288  
anificación de la educación 210, 225  
ustrabajo 23, 24  
usvalía absoluta 22, 23  
usvalía relativa 22  
usvalor 22-24, 26, 33, 100  
blación económicamente activa 2, 255, 268  
livalencia 5, 27, 256  
ntencialidad causal 51  
e-primaria 201, 210, 225, 228, 229, 231-233, 237, 240, 243, 285  
imeros auxilios 152, 159, 166, 202, 249  
ivatización 5, 6, 12, 59  
ocesamiento 70, 76, 83, 103, 107, 108, 117, 119, 120, 131, 161, 173, 174,  
19, 285, 287  
ocoso colectivo 17  
ocoso de transformación 8  
ocoso educativo 204, 214, 215, 221, 222, 229, 230  
ocosos fisiopatológicos 115  
ocosos generales 37  
ocosos intrínsecos 180  
ocosos particulares 112

triada ecológica 43, 49, 50, 55  
triangulación metodológica 71, 78  
unicausalidad 43  
valor de cambio 22, 23  
valor de uso 22, 23, 29  
variables focales 72  
viabilidad 98, 167, 226  
vigilancia epidemiológica 3, 91, 92, 94, 98, 123, 124, 126, 279  
zopp 76, 190

