



CONSEJO EJECUTIVO

79<sup>a</sup> reunión

Punto 7.2 del orden del día provisional

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Informe del Director General sobre los progresos realizados

El presente informe se presentó a la 39<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en cumplimiento de la resolución WHA33.31, en la que se pedía al Director General que informara sobre los progresos efectuados en materia de salud de los trabajadores. Esa Asamblea aplazó hasta una futura Asamblea el examen del informe. En él se exponen los problemas sanitarios de los trabajadores en los sectores mal atendidos, tan considerables todavía, de muchos países en desarrollo. Se describen también la organización de los servicios nacionales de salud de los trabajadores en distintas partes del mundo y se ponen ejemplos del éxito logrado en la introducción de la salud de los trabajadores como componente de la atención primaria de salud en varios países en desarrollo y de las deficiencias de ésta en muchos otros. Se proponen posibles procedimientos, basados en experiencias recientes en salud de los trabajadores, para asegurar la cobertura de toda la población trabajadora, incluida la de los sectores desaventajados, y para mejorar la lucha contra las enfermedades profesionales y otras enfermedades relacionadas con el trabajo. Se exponen en forma sucinta las posibilidades que se ofrecen a la OMS para promover programas de salud de los trabajadores en los países que están en vías de rápida industrialización.

Se adjunta a modo de anexo una lista de las pautas y otros textos producidos por la OMS sobre la salud de los trabajadores en el periodo 1980-1986. Se pide al Consejo Ejecutivo que examine la situación actual de la salud de los trabajadores en muchos países en desarrollo y que formule a la Asamblea de la Salud las recomendaciones pertinentes sobre las futuras actividades de la OMS en este sector.

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción .....	3
PARTE 1. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION TRABAJADORA .....	4
1. El trabajo, la salud y la enfermedad .....	4
2. Enfermedades profesionales y otras enfermedades relacionadas con el trabajo ....	4
3. Traumatismos causados por accidentes de trabajo .....	6
4. Sectores profesionales especialmente expuestos (desatendidos) .....	7
PARTE 2. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE HIGIENE DEL TRABAJO .....	8
1. Método tradicional .....	9
2. Método tradicional con sistemas adicionales .....	9
3. Nuevos programas planificados sistemáticamente .....	10

	<u>Página</u>
PARTE 3. LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD .....	12
1. Experiencia práctica .....	12
2. El agente de atención primaria de salud .....	12
3. Centros de salud de distrito .....	13
4. Centros de salud de los trabajadores en polos industriales .....	13
5. Servicios centrales de salud de los trabajadores .....	13
6. Relación costo-eficacia .....	14
7. Coordinación con otras instituciones gubernamentales .....	14
8. Función de la OMS .....	15
9. Cooperación con la OIT y otras organizaciones de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales .....	16
Anexo .....	17

## Introducción

1. El objetivo general del programa de salud de los trabajadores, tal como está definido en el Séptimo Programa General de Trabajo para 1984-1989, es apoyar la evolución y adaptación continuas de las tecnologías y métodos encaminados a proteger y fomentar la salud de los trabajadores y combatir los riesgos laborales.

2. Desde que la 33<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó en su resolución WHA33.31 (1980) el programa de acción sobre salud de los trabajadores, la Organización ha realizado un gran avance tecnológico en este sector. Casi se ha llevado a efecto el programa de acción, y el programa a plazo medio del Séptimo Programa General de Trabajo avanza satisfactoriamente. Hay ahora 38 centros colaboradores de la OMS para la higiene del trabajo en 32 países. Desempeñan gran diversidad de funciones en investigación y desarrollo, intercambio de información, enseñanza y capacitación de personal y preparación de pautas y dirigen actividades de salud de los trabajadores en colaboración con la OMS. Su distribución geográfica, sin embargo, no satisface por completo una de las principales metas del Séptimo Programa General de Trabajo: sólo 15 de esos centros están en países en desarrollo. No obstante, hay buenas relaciones de trabajo entre la OMS y muchos nuevos centros, por ejemplo, en la Argentina, Bahrein, Birmania, Bostwana, el Iraq, Kenya, Kuwait, Nigeria y Túnez, con el propósito de designarlos centros colaboradores.

3. El programa ha logrado también evaluar los tipos y la magnitud de los problemas de salud de los trabajadores en varios países en desarrollo. En los dos últimos años se han investigado estos problemas en 15 países. Se han organizado seminarios regionales sobre la integración de la salud de los trabajadores en la atención primaria en Asia Sudoriental (1984), las Américas (1984 y 1985), Europa (1985) y el Mediterráneo Oriental (1986) con el fin de identificar los problemas de los trabajadores en los países participantes y proponer diversas actividades para resolverlos y mejorar la salud de la población trabajadora. Muchos de los logros científicos y tecnológicos del programa han sido notablemente eficaces. Estos se describen en los informes del Director General sobre las actividades de la OMS en 1982-1983 y 1984-1985, pero conviene destacar algunas actividades de probada repercusión en varios países: el programa de la OMS sobre límites de exposición profesional basados en consideraciones de salud ha dado lugar a recomendaciones por comités de expertos y grupos de estudio sobre metales pesados de uso frecuente, solventes, plaguicidas, polvos vegetales, irritantes de las vías respiratorias y polvos minerales (sílice y carbón).<sup>1</sup> También se ha publicado el informe de un comité de expertos en identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas, que abre nuevas y más amplias perspectivas en materia de higiene del trabajo.<sup>2</sup> Estas recomendaciones se han aprovechado en países en desarrollo e industrializados para elaborar sus propias normas de higiene del trabajo. Recientemente se ha utilizado una guía operativa sobre la detección temprana de la neurotoxicidad profesional para un curso internacional en Milán, Italia. Está en prensa la segunda edición de la Guía médica internacional de a bordo, así como normas sobre la detección precoz de las enfermedades profesionales; los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud; las técnicas de control en diversas industrias; la enseñanza de la epidemiología laboral; la higiene del trabajo en la agricultura; la salud de los mineros, y la de las mujeres trabajadoras. Un grupo de estudio de la OMS se ha ocupado en diciembre de 1985 de los factores especiales de riesgo para los niños en el trabajo. Está también en prensa una monografía sobre la prevención de las enfermedades neurotóxicas en la población trabajadora. Mucho de esto ha sido posible gracias a las contribuciones financieras y técnicas de centros colaboradores de la OMS para la higiene del trabajo. En respuesta a las repetidas solicitudes de varias instituciones de diversas partes del mundo, en 1986 se ha organizado en la sede de la OMS, en Ginebra, una reunión científica sobre los problemas de higiene del trabajo que plantea el empleo de pantallas de visualización de datos. En fecha más reciente, un grupo de trabajo concluyó su examen de los riesgos derivados del trabajo para la función reproductora. En el anexo se adjunta una lista de las publicaciones de la OMS relativas a la higiene del trabajo.

4. Parece que numerosos países en desarrollo no han prestado todavía mucha atención a la necesidad de integrar la salud de los trabajadores en sus sistemas de atención primaria. Si no adoptan medidas urgentes y enérgicas, puede que tropiecen con problemas en sus esfuerzos por alcanzar la salud para todos, con el consiguiente deterioro de la salud de los trabajadores en varios países, especialmente en los sectores desatendidos: pequeñas industrias, agricultura, construcción, minería y varios otros sectores, que constituyen a menudo la mayoría de la mano de obra en la mayor parte de los países en desarrollo.

<sup>1</sup> Véase OMS, Serie de Informes Técnicos, N<sup>os</sup> 647 (1980), 664 (1982), 677 (1982), 684 (1983), 707 (1984) y 734 (1986).

<sup>2</sup> Véase OMS, Serie de Informes Técnicos, N<sup>o</sup> 714 (1985).

5. Nunca será excesiva la importancia que dé un país a la salud de su población trabajadora. La atención primaria de salud requiere que los servicios lleguen a la gente donde ésta vive y trabaja y las metas de salud para todos requieren una población social y económicamente productiva. Se ha de prestar especial atención a la salud de los trabajadores con un empeño renovado por conseguirla. En resoluciones de la Asamblea de la Salud se pide que se integre la higiene del trabajo en los servicios nacionales de salud, se dé gran prioridad a la salud de los trabajadores y se preste especial atención a las poblaciones trabajadoras desatendidas y a los grupos vulnerables de trabajadores<sup>1</sup> y que se estudien distintos ejemplos de la intervención de diferentes ministerios en el sector de la higiene del trabajo.<sup>2</sup>

6. El presente informe expone la experiencia acumulada por la OMS durante varios años en que ha efectuado estudios de viabilidad sobre la atención primaria de salud en el lugar de trabajo y propone métodos para integrar la salud de los trabajadores en la infraestructura de los servicios de salud.

## PARTE 1. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION TRABAJADORA

### 1. El trabajo, la salud y la enfermedad

"Enfermedades relacionadas con el trabajo"<sup>3</sup> es un término amplio que comprende las "enfermedades profesionales", para las que se ha demostrado una relación causal clara y estrecha con riesgos laborales específicos. Sin embargo, ese término cubre una gama más amplia; en varios problemas de salud, el medio laboral interviene en grado diverso. Por ejemplo, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los factores de riesgo incluyen ciertos tipos de contaminantes presentes en lugares de trabajo, el consumo de tabaco, la contaminación ambiental general y la susceptibilidad individual.

Los problemas de salud de los trabajadores varían en las diferentes partes del mundo y están cambiando las formas del trabajo y la productividad. Los países industrializados dependen cada vez más de la mecanización y automatización completas de la producción. La mano de obra está pasando por consiguiente de la producción industrial a los servicios y al comercio. Este proceso va asociado con una modificación de la estructura de la fuerza de trabajo total y en particular con el empleo de más mujeres; en consecuencia, están cambiando también los problemas de salud y se da mayor importancia a la ergonomía y a los factores psicosociales en el trabajo. En los países en desarrollo se está pasando del trabajo manual a la semimecanización o mecanización de los grandes sectores productivos como las industrias manufactureras, la minería y la agricultura.

Los sectores desatendidos de los países en desarrollo son el principal motivo de preocupación en este informe. Sus problemas de salud son graves y parecen ir en aumento porque el desarrollo de la industria, con numerosos riesgos para la salud, es más rápido que los esfuerzos de prevención correspondientes.

### 2. Enfermedades profesionales y otras enfermedades relacionadas con el trabajo

En la mayoría de los países es muy limitada, y a veces inexistente, la notificación de las enfermedades profesionales. La relación siguiente se basa sobre todo en encuestas epidemiológicas, a menudo coordinadas por la OMS, y en informes preparados por centros colaboradores de la OMS para la higiene del trabajo. Indica que las enfermedades profesionales suelen ser más frecuentes de lo que comúnmente se cree.

#### Enfermedades respiratorias profesionales

1) La silicosis en la minería, las canteras, la construcción y otras ocupaciones en las que se genera abundante polvo afecta a gran número de trabajadores. Por ejemplo, en Bolivia, se registraron en 1984 más de 7000 casos compensables de silicosis en las minas de estaño, una prevalencia del 7,6%. En la República de Corea, había 4107 silicóticos, o sea el 3,5% de los trabajadores expuestos. En el este de Egipto, la silicosis afectaba en 1985 al 43,3% de los trabajadores de las minas de oro. El centro colaborador de la OMS para la higiene del trabajo designado recientemente en Viet Nam registró 1738 casos compensables de silicosis en 1985, pero se desconoce la población de base. En un reciente estudio en la India, se halló silicosis en el 30,4% de los obreros que trabajaban en minas de plomo y zinc. En las minas de China, eran silicóticos el 3,5% de los mineros y el 5,5% de los obreros metalúrgicos.

<sup>1</sup> Resolución WHA29.57.

<sup>2</sup> Resolución WHA33.31.

<sup>3</sup> Véase OMS, Serie de Informes Técnicos, N<sup>o</sup> 714, 1985.

2) La neumoconiosis de los mineros del carbón es una causa importante de discapacidad y mortalidad. Afectaba al 15% de todos los mineros del carbón en Colombia y al 8,3% de los 34 000 mineros examinados en 1984 en la República de Corea. Es también muy frecuente en las minas de carbón de China, donde su prevalencia es del 43% según un estudio, y la India, con un 18,8% de mineros afectados.

3) La bisinosis es frecuente en los países que producen y elaboran algodón. En estudios recientes practicados en Egipto, se registró una prevalencia del 12,5% al 30% entre trabajadores del algodón; en Colombia estaba afectado el 28% de los trabajadores de los textiles; y en el Sudán, el 26% de los desmotadores de algodón.

4) Se han observado tasas relativamente elevadas de neumonitis por hipersensibilidad causada por polvo del bagazo en Colombia, donde estaba afectado el 12,1% de los trabajadores expuestos y se registró enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el 50% de los molineros.

5) También se ha notificado asbestosis en diversas encuestas realizadas en Colombia, China, Egipto, la India, Tailandia y Singapur. En uno de estos países, la prevalencia entre unos 550 trabajadores era del 25%.

#### Neurotoxia:

1) La absorción e intoxicación por plomo tiene gran prevalencia, según estudios recientes, en Colombia, Chile, Egipto, Filipinas, el Perú, el Sudán y Tailandia. Según un estudio, en Colombia estaba afectado el 70% de los trabajadores expuestos; y en el Perú, el 23% o más.

2) Todavía hay intoxicación por mercurio; en Nicaragua se diagnosticaron 56 casos en 1983 entre 152 trabajadores expuestos (37%). En un estudio se dio cuenta de 1659 casos ocurridos en China.

3) Los plaguicidas son una causa importante de morbilidad y mortalidad en muchos países. En numerosos lugares se producen cada año miles de casos de intoxicación laboral. En 1981 y 1982, en Sri Lanka murieron más de mil personas por intoxicación con plaguicidas y se registraron muchos más millares de casos de toxicidad aguda. En el Brasil se notificaron en 1981 6200 casos de intoxicación, equivalentes al 5,6% de un grupo de trabajadores agrícolas. Hay también varios informes de casos procedentes de Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Tailandia y Venezuela.

#### Pérdida de audición causada por el ruido

Este es uno de los principales problemas de higiene del trabajo en casi todos los países en desarrollo. Por ejemplo, en el Ecuador, se observó en 1982 la pérdida laboral de la audición (superior a 30 dBA) en el 23% de 40 000 trabajadores expuestos; en Colombia padecía en 1981 sordera laboral del 42,4% al 70% de los trabajadores expuestos; en la República de Corea se registraron 2307 casos en 1984 (el 1,7% de la población expuesta); en Singapur se notificaron 606 casos en 1984; en Tailandia, el 10% de los obreros tejedores padecía diferentes grados de pérdida de la audición; en Chile se registró una prevalencia del 23%, siendo compensable el 4% de los casos; y en Egipto, la prevalencia en los tejedores expuestos al ruido era el 67% de más de 30 000 examinados.

En un informe colectivo de Filipinas, Indonesia, Malasia, la República de Corea, Singapur, Sri Lanka y Tailandia se destacaban seis enfermedades principales relacionadas con el trabajo, figurando la pérdida laboral de audición en todos esos países; otra enfermedad era la silicosis y había casos de intoxicación por metales y solventes.

#### Enfermedades profesionales de la piel

Afectan a cientos de millares de trabajadores en el Tercer Mundo. Las tasas de prevalencia oscilaban en el Brasil en 1984 entre 17% y el 86% de los trabajadores expuestos. En Colombia padeció dermatitis por contacto en 1983 el 17,7% de los trabajadores expuestos a materiales alergénicos en diversas industrias.

### Cáncer profesional

A pesar del prolongado periodo de latencia del cáncer, sumado a la falta de registro de las exposiciones de los trabajadores a posibles carcinógenos, en una comunicación cursada en 1985 por el Sudán a la OMS se notificaban 73 casos de cáncer profesional de la piel.

### Otros problemas de salud relacionados con el trabajo

- enfermedades infecciosas y parasitarias contraídas en trabajos agrícolas;
- enfermedades del tracto gastrointestinal y del hígado, probablemente por exposición combinada a solventes y enfermedades parasitarias;
- trastornos psicossomáticos, incluidos el abuso del alcohol y las drogas, asociados con síndromes de adaptación en casos de migración a zonas urbanas, nuevos tipos de trabajo industrial, tareas monótonas en cadenas de montaje y largas horas de trabajo mal retribuido, trastornos que en conjunto afectan a una proporción de trabajadores estimada entre el 5% y el 10%;
- enfermedades del sistema locomotor, incluidos la lumbalgia y los dolores de hombros y de nuca, relacionadas con factores múltiples como cargar pesos sin una observancia adecuada de los principios ergonómicos, débil musculatura, predisposición reumática, y anomalías de la columna;
- hipertensión, la cual tiene relación demostrada con el estrés laboral, la sobrecarga de trabajo y el exceso de responsabilidades, las tareas monótonas y el trabajo en turnos. En los Estados Unidos padece esta afección el 20% como promedio de los trabajadores expuestos.

### 3. Traumatismos causados por accidentes de trabajo

A pesar de que los accidentes de trabajo son fáciles de reconocer y se puede clasificarlos y notificarlos en forma estandarizada, las estadísticas anuales adolecen de incoherencia. Esos accidentes son un riesgo elevado en muchas ocupaciones, como la minería, la agricultura mecanizada, la construcción y las industrias manufactureras. Se estima en 32,7 millones el número de traumatismos laborales al año en el mundo entero, que provocan unas 146 000 defunciones. Pero la mayoría de los informes presentan números absolutos y corresponden sobre todo a industrias registradas y en mucho menor grado a la población trabajadora desatendida (cuadro 1).

CUADRO 1. TRAUMATISMOS CAUSADOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO (1983)<sup>1</sup>

País	Número total notificado	Mortalidad (número)	Tasa de mortalidad (por mil traumatismos)
Colombia	52 383	283	5,4
Egipto	63 188	255	4,0
España	491 666	957	1,9
Estados Unidos de América	2 185 800	3 090	1,4
Finlandia	108 321	95	0,5
Hungría	122 141	596	4,8
Malasia (Peninsular)	114 239	451	3,9
República de Corea	156 972	1 452	9,3
Tailandia	34 928	346	9,9
Zimbabwe	15 906	141	8,9

<sup>1</sup> Fuente: OIT, Anuario Estadístico del Trabajo (1985).

De lo recién expuesto, sin carácter en modo alguno exhaustivo, sobre los problemas de salud y seguridad de las poblaciones trabajadoras, se desprende que las enfermedades y traumatismos relacionados con el trabajo alcanzan graves proporciones.

4. Sectores profesionales especialmente expuestos (desatendidos)

Los trabajadores agrícolas constituyen la inmensa mayoría de la mano de obra en muchos países en desarrollo. Careciendo de servicios de salud específicos, son víctimas en grado creciente de intoxicaciones por plaguicidas, zoonosis, accidentes y enfermedades respiratorias profesionales debidas a polvos vegetales y otros polvos naturales.

Las pequeñas industrias constituyen la inmensa mayoría de los lugares de trabajo industrial en el mundo. Estudios patrocinados por la OMS han mostrado que los trabajadores empleados en estas industrias padecen muchos tipos de enfermedades. Las condiciones de trabajo son en general deficientes, faltan a menudo servicios de saneamiento, con frecuencia no hay servicios médicos ni de primeros auxilios y el horario de trabajo es largo, bajos los sueldos y limitada la experiencia de los trabajadores en materia de seguridad. Los trabajadores no están en la mayoría de los casos cubiertos ni por servicios de protección del trabajo ni por el sistema de salud pública.

Los trabajadores marítimos constituyen varios grupos profesionales: marinos, pescadores de alta mar, cargadores portuarios, obreros de reparación de barcos y buzos. La mayoría de los países marítimos en desarrollo no tienen servicios de salud para los trabajadores del mar. Esto facilita la propagación de las enfermedades que contraen durante sus largos periodos de navegación y su estancia prolongada en diversos países. Un reciente estudio comparativo sobre el estado de salud de los marinos polacos con un intervalo de diez años efectuado por el centro colaborador de la OMS para la salud de los marinos, establecido en Gdynia, Polonia, reveló lo siguiente:

CUADRO 2. PREVALENCIA DE DIVERSAS ENFERMEDADES ENTRE MARINOS POLACOS (1974 Y 1984)<sup>1</sup>

Enfermedad	Tasa de prevalencia (%)	
	1974	1984
Enfermedades del sistema musculoesquelético	8,20	14,80
Úlcera gastroduodenal	2,80	6,90
Cardiopatía hipertensiva	4,60	9,30
Cáncer y tumores malignos	0,07	0,28
Infecciones y parasitosis	0,03	0,35
Enfermedades urinarias y de transmisión sexual	2,80	6,66

<sup>1</sup> Población de base: 12 000 en 1984.

Los obrerros de la construcción suelen tener trabajos inestables expuestos a diversos riesgos sanitarios y de accidentes. Son muy pocos los estudios disponibles sobre este sector en los países en desarrollo. Se sabe que estos trabajadores padecen una incidencia elevada de accidentes y una alta prevalencia de enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo, en particular del sistema musculoesquelético.

Trabajo infantil: en un análisis reciente efectuado por un grupo de estudio de la OMS sobre factores especiales de riesgo para los niños en el trabajo (diciembre de 1985) y según el Anuario Estadístico del Trabajo (1985) de la OIT, el índice de empleo de trabajadores económicamente activos de 10 a 14 años en un grupo de países en desarrollo era el siguiente:

CUADRO 3. TRABAJO INFANTIL EN UN GRUPO DE PAISES EN DESARROLLO

País	Año	Número de niños de 10 a 14 años	Indice de empleo %
Bangladesh	1981	6 000 000	52,0%
Etiopía	1980	1 600 000	42,1%
Haití	1982	138 000	24,0%
Indonesia	1980	1 900 000	11,1%
México	1980	1 100 000	12,1%
Pakistán	1981	2 100 000	20,4%
Paraguay	1982	45 000	11,8%
Portugal	1982	85 000	9,3%
República Arabe Siria	1983	41 000	2,9%
Senegal	1983	382 000	50,1%

Muchos están empleados en ocupaciones peligrosas como la minería, la construcción, la fundición y las fábricas, donde padecen graves problemas de salud, además de estar privados de las oportunidades de educación y crecimiento normales. Cuando trabajan en el comercio y en ciertas ocupaciones sedentarias para aumentar los ingresos familiares pueden capacitarse sin tanto riesgo. En algunos países, el trabajo infantil puede ser una necesidad social debida a la general pobreza y al gran número de niños que no tienen cabida en los centros educativos.

Amas de casa: los miembros del Consejo Ejecutivo hicieron una petición especial de que se incluyera una presentación de la salud de las amas de casa, las cuales, al no ser su trabajo en general empleo remunerado, han caído tradicionalmente fuera de la competencia de los servicios de higiene del trabajo. Es escasa la información disponible. Sin embargo, se observa que las amas de casa están cada vez más expuestas a productos químicos en el hogar que causan efectos tóxicos, incluida la dermatitis. Están también expuestas a accidentes. En muchos casos sus actividades son física y mentalmente poco interesantes y enriquecedoras y en un estudio se quejaban más de diversos problemas de salud que las mujeres que combinan las tareas domésticas con el empleo en puestos interesantes. El establecimiento de programas para mejorar su educación sanitaria, su actividad física, su estilo de vida, en particular la dieta, y su participación en actividades socioculturales haría que se sintieran más satisfechas y disminuiría el riesgo de accidentes o enfermedades. Son necesarias más investigaciones en este sector.

## PARTE 2. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE HIGIENE DEL TRABAJO

A partir de la revolución industrial la higiene del trabajo y la salud pública han evolucionado en forma diferente. La organización de la higiene del trabajo es diferente en los distintos países. La salud de los trabajadores en los lugares de trabajo responde a una política establecida y depende de la colaboración entre especialistas como médicos, enfermeras, higienistas, psicólogos y ergonomistas. Las grandes industrias de los países industrializados cuentan a menudo con esos servicios. Sin embargo, numerosas industrias grandes y medianas tienen servicios médicos que se ocupan sobre todo de la atención terapéutica, prestando escasa atención a la prevención.

Incumbe a los gobiernos una importante función respecto de la salud y la seguridad de los trabajadores. La principal responsabilidad de los gobiernos desde la revolución industrial es legislativa. Inspectores de trabajo velan por el cumplimiento de la legislación para asegurar que se observen las disposiciones de higiene y seguridad laborales. Muchos países en desarrollo adoptaron sistemas legislativos y administrativos, sobre todo en el siglo XIX.

Cuando se independizaron los países en desarrollo, esa legislación quedó obsoleta y necesitada de actualización. Muchos de estos países estaban deseosos de establecer métodos más modernos, pero no contaban con especialistas en higiene del trabajo que identificaran las necesidades y hallaran soluciones.



Gradualmente, sin embargo, muchos de los países en desarrollo introdujeron cambios considerables, actualizando y mejorando sus programas de salud de los trabajadores. Los gobiernos aplican muy diversos sistemas en este sector. Estos sistemas se pueden clasificar a efectos del presente informe en tres categorías principales:

- 1) el método tradicional;
- 2) el método tradicional con sistemas adicionales;
- 3) nuevos programas planificados sistemáticamente.

#### 1. Método tradicional

El método tradicional consiste fundamentalmente en la aplicación de la legislación sobre seguridad e higiene del trabajo y en el establecimiento de servicios dependientes de los ministerios de trabajo para que inspeccionen las fábricas. Esta legislación obliga a los empleadores o propietarios de los lugares de trabajo a controlar las condiciones sanitarias y de seguridad. En caso de incumplimiento se pueden imponer multas o, en ciertos casos, después de repetidas advertencias, cerrar el centro de trabajo. Este sistema funciona con eficacia en las circunstancias siguientes:

- 1) hay suficientes inspectores para controlar los lugares de trabajo (cuando el número de éstos, en particular el de los pequeños, aumenta considerablemente, pierden eficacia la legislación y la inspección);
- 2) el castigo en caso de incumplimiento es lo bastante grande para ser eficaz (en muchos de los países que aplicaron este sistema el castigo máximo era una pequeña multa);
- 3) los factores de riesgo para la salud y la seguridad son fáciles de detectar por los inspectores (muchos de los nuevos procesos industriales aplican diversos productos químicos que exigen para su detección especiales conocimientos en higiene industrial y equipo que a menudo no poseen).

La industrialización en los países en desarrollo introdujo nuevos riesgos para la salud de los trabajadores, riesgos que en muchos casos se extendieron a la comunidad. Muchos intentos de actualizar la legislación y capacitar inspectores en los países en desarrollo lograron reconocidamente reducir determinadas enfermedades y traumatismos de origen laboral, por ejemplo en Singapur.

La inspección de los lugares de trabajo permite detectar, estimar y ayudar a controlar los factores físicos y químicos específicos que causan determinadas enfermedades profesionales. Al ampliarse el cometido de la higiene del trabajo y ante la necesidad de combatir otras enfermedades relacionadas con el trabajo en forma más general, se hace cuestionable la eficacia de las medidas legislativas. Las enfermedades relacionadas con el trabajo a través de múltiples factores suelen combatirse mediante un procedimiento global en el que se consideran la ergonomía, las influencias psicosociales, el estilo de vida de los trabajadores y la susceptibilidad individual.

Los procedimientos legislativos requerían el establecimiento de sistemas de compensación de los trabajadores, cuyo funcionamiento podía estar a cargo de los ministerios de trabajo. Cada uno de estos sistemas comprende una lista de enfermedades profesionales compensables, lista que no es necesariamente la misma que la de enfermedades profesionales notificables utilizada por los inspectores de trabajo.

#### 2. Método tradicional con sistemas adicionales

Los ministerios de trabajo de varios países en desarrollo, considerando que la mera legislación e inspección pueden ser insuficientes, asumieron funciones adicionales, como estimular la educación de trabajadores y empleadores en materia de seguridad y establecer instituciones para la capacitación de inspectores y para ayudar a la industria a organizar medidas de control. Conviene alentar y apoyar estas mejoras.

Los ministerios de salud en un número creciente de países en desarrollo se vienen interesando por la salud de los trabajadores desde hace tres decenios: 1) han creado nuevos servicios de higiene del trabajo; 2) en algunos casos, éstos han absorbido algunas de las instituciones o funciones antes desempeñadas por los ministerios de trabajo; 3) han introducido la higiene del trabajo en su legislación sanitaria, cuyo cumplimiento es controlado por inspectores de salud; 4) han capacitado a inspectores de salud y médicos de empresa; y 5) han respondido a las quejas recibidas de trabajadores y sindicatos sobre factores laborales de riesgo para la salud y la seguridad, visitando los lugares de trabajo y asesorando sobre medidas de control.

En muchos países, particularmente en América Latina, se han introducido sistemas de seguridad social. Estos prestan atención médica a los trabajadores asegurados en caso de enfermedad o accidente; abonan el salario durante la enfermedad; pagan compensaciones por lesiones laborales con discapacidad parcial o total; rehabilitan a los discapacitados; y pagan las exequias y el entierro de los que mueren en el desempeño de su trabajo. Las instituciones de seguridad social son por lo común ricas; recaudan de manos de los empleadores asegurados un porcentaje fijo del sueldo de los trabajadores, de ordinario en las industrias grandes y medianas, y reciben una contribución de éstos. Aunque varía la cobertura de la población trabajadora, casi siempre quedan fuera las pequeñas industrias y la agricultura. Para reducir los riesgos que conducen al pago de compensaciones o de asistencia médica, muchos de los sistemas de seguridad social tienen servicios de seguridad e higiene del trabajo que inspeccionan a las industrias aseguradas. También tienen sus propias listas de enfermedades profesionales notificables o compensables.

Los programas de seguro de enfermedad están a veces separados de la seguridad social. Algunos de ellos están supervisados por el Ministerio de Salud y otros son privados. El seguro suele estar exigido por ley. El sistema presta atención médica a los trabajadores y en ocasiones cubre también los reconocimientos previos al empleo y los exámenes periódicos de salud. No obstante, en muchos países en desarrollo que aplican diversas combinaciones de los sistemas indicados, las pequeñas industrias, las industrias caseras, los trabajadores agrícolas, las minas pequeñas, las canteras y las obras de construcción están con frecuencia sin atención ni control adecuados. Sin embargo, constituyen una proporción considerable de la mano de obra y de los lugares de trabajo y llevan a cabo una parte importante de la producción industrial total.

### 3. Nuevos programas planificados sistemáticamente

Estos programas han sido en general diseñados y planeados en forma sistemática en función de las necesidades de los países interesados y de la importancia que conceden a la salud de los trabajadores. Se han establecido tales programas en países en desarrollo como Birmania, Cuba, el Sudán y Tailandia. La mayoría de ellos se han organizado con la cooperación técnica de la OMS. Finlandia y Polonia están entre los numerosos países industriales con programas bien desarrollados de salud de los trabajadores; se mencionan aquí como ejemplos de sistemas sociopolíticos diferentes. Las características comunes a todos o a la mayoría de ellos son las siguientes:

- 1) se proponen cubrir a toda la población trabajadora de los diferentes sectores laborales en la pequeña, la mediana y la gran industria; algunos lo han logrado y otros avanzan hacia la cobertura total;
- 2) pretenden prestar atención preventiva en los lugares de trabajo, con sus componentes de medicina preventiva del trabajo, higiene industrial, medidas de seguridad, ergonomía, educación de los trabajadores, etc.; la consecución de este objetivo se encuentra en estadios diferentes según los países; en ocasiones prestan también atención médica y rehabilitación;
- 3) prestan especial atención a la salud de los trabajadores en su totalidad sin limitarse a enfermedades profesionales específicas o a diferentes listas de tales enfermedades.

En Birmania, los servicios de salud en los lugares de trabajo, incluidos los médicos, están bajo la supervisión directa de la División de Higiene del Trabajo, del Ministerio de Salud, y prestan atención completa de salud a todos los trabajadores. El Ministerio de Trabajo tiene un servicio de inspección de la seguridad y la higiene que coopera muy estrechamente con el Ministerio de Salud. La seguridad social, que presta atención médica a los trabajadores enfermos en hospitales y policlínicas, asegura una amplia cobertura de los trabajadores en diversos sectores. En un nuevo distrito industrial próximo a Rangún se ha establecido recientemente un laboratorio de higiene del trabajo.

En Cuba, el Ministerio de Salud está totalmente a cargo de la higiene y seguridad del trabajo. Delega esta responsabilidad en el Instituto Nacional de Medicina del Trabajo, que tiene filiales en todas las provincias. Se presta atención preventiva de salud a todos los trabajadores en todos los sectores. La inspección de la higiene y seguridad de los lugares de trabajo está a cargo de inspectores sanitarios y representantes de sindicatos. El Ministerio de Salud ha nombrado médicos incluso para las pequeñas empresas. Se capacitan para su labor en el Instituto Nacional de Medicina del Trabajo. Ayudantes calificados de salud se encargan de la atención primaria en la agricultura, incluidas la prevención de accidentes y el control de la toxicidad de los plaguicidas.

En el Sudán, el Departamento de Higiene del Trabajo, del Ministerio de Salud, desarrolla una amplia gama de actividades, incluida la dirección de centros de salud en todos los sectores de la producción. Estos centros prestan atención primaria de salud en relación con el medio laboral. El Departamento dicta normas, capacita a trabajadores primarios de salud y personal de primeros auxilios y desarrolla programas de educación en salud de los trabajadores.

En Tailandia, a raíz de una intoxicación masiva por manganeso en una fábrica de baterías de pilas secas, el Ministerio de Salud efectuó un estudio transversal de las pequeñas y medianas industrias, identificó sus problemas y recomendó soluciones. El Ministerio ha extendido sus programas de atención primaria a las pequeñas industrias y ha organizado un servicio de apoyo y consulta en un distrito industrial (Samut Prakhon), el Centro de Higiene del Trabajo. La División de Higiene del Trabajo del Ministerio preparó planes de estudio y una serie de cursos de capacitación para trabajadores primarios de salud en las pequeñas empresas. En la Universidad Mahidol se ha establecido un curso completo de higiene industrial en el que se forman científicos e ingenieros de esta especialidad para la cobertura total de las industrias y otros lugares de trabajo. El sistema de atención primaria se está extendiendo a otras zonas y sectores, incluida la agricultura en las zonas rurales.

En Finlandia, la salud de los trabajadores forma parte de la atención primaria desde 1972. En la industria, la supervisión de la higiene y la seguridad es un esfuerzo en colaboración de empleadores y trabajadores. En los establecimientos que emplean a más de diez trabajadores, se elige a uno de ellos para que supervise las condiciones de higiene del trabajo. En las industrias medianas (más de 20 trabajadores) y grandes, esta función está delegada a un comité conjunto de higiene y seguridad del trabajo ubicado en cada departamento laboral; en él están representados el empleador y los trabajadores. Este comité participa en la inspección del centro laboral, vigila la aplicación de las medidas de higiene y hace propuestas al empleador. Hay leyes sobre compensación en casos de lesiones y enfermedades. Los empleadores deben recurrir al asesoramiento de profesionales en higiene del trabajo. Este asesoramiento está a cargo de personal médico que inspecciona el centro laboral y aconseja sobre la educación de los trabajadores en higiene del trabajo, diferentes tipos de reconocimiento médico, vigilancia del rendimiento laboral de los empleados parcialmente discapacitados y la pronta prestación de primeros auxilios. Los reconocimientos preventivos y otros servicios de higiene del trabajo están a cargo de una de las siguientes dependencias: 1) los centros municipales de salud, que desempeñan funciones de higiene del trabajo; 2) los servicios de higiene del trabajo en los grandes establecimientos laborales; o 3) los puestos de higiene del trabajo situados entre varias pequeñas empresas. Incluso los trabajadores o agricultores independientes pueden hacerse atender en el centro municipal de salud más próximo. La inspección externa de los lugares de trabajo está a cargo de las autoridades de salud, las cuales velan por la idoneidad de los servicios de medicina del trabajo y la lucha contra las enfermedades relacionadas con éste, y de las autoridades de protección laboral responsables de la seguridad e higiene ambientales. Unos y otros organismos intercambian información y cooperan mutuamente. La educación en salud de los trabajadores es una de las principales funciones en la higiene del trabajo. El Instituto de Higiene del Trabajo de Finlandia es uno de los más adelantados del mundo; aplica vastos programas de atención, investigación y adiestramiento en higiene del trabajo y prepara normas sobre diferentes actividades. Cuenta con varios centros regionales en diferentes partes del país.

En Polonia, la salud de los trabajadores de todos los grupos profesionales es una función de la salud pública, en cuya organización participan activamente los trabajadores mismos. Policlínicas de higiene del trabajo se encargan de los exámenes médicos, supervisan el medio laboral y prestan servicios ambulatorios completos, preventivos y curativos. En las empresas que emplean a más de 100 trabajadores, se han organizado dispensarios de higiene industrial.

En los establecimientos laborales pequeños hay servicios especializados que prestan atención preventiva de salud. En las grandes explotaciones agrícolas se organizan centros especiales de salud. Las pequeñas explotaciones agrícolas y los agricultores individuales son atendidos por el centro rural de salud más próximo; hay unos 3000 de estos centros. La población trabajadora restante es atendida por los servicios generales de salud, entre cuyas funciones está la higiene del trabajo. La seguridad social está establecida por la ley.

Los servicios oficiales de inspección de la higiene y seguridad del trabajo están facultados para actuar en los centros laborales. En las grandes empresas, los servicios de seguridad e higiene del trabajo son prestados por ingenieros y técnicos. También incluye el sistema la inspección voluntaria por obreros calificados. Hay varias instituciones de investigación y de enseñanza en higiene y seguridad del trabajo y en protección laboral dependientes del Ministerio de Trabajo y un Instituto Nacional de Higiene del Trabajo, en Lodz, dependiente del Ministerio de Salud, que tiene varios departamentos de investigación sobre toxicología, factores físicos, psicología y ergonomía, juntamente con un hospital y policlínica de referencia. El Instituto Nacional es centro colaborador de la OMS para la higiene del trabajo.

### PARTE 3. LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

#### 1. Experiencia práctica

La aplicación de la atención primaria a los trabajadores es un modo adecuado de asegurar la protección y el fomento de su salud en el trabajo. Esto no es un supuesto teórico, sino que se basa en la experiencia práctica. El personal de salud en los lugares de trabajo debe estar de continuo al corriente de los cambios dinámicos que se producen en las operaciones y procesos industriales. Además del reconocimiento médico de los trabajadores en el momento de su empleo, la supervisión de la higiene del trabajo y las medidas de seguridad, es esencial recabar la participación activa de trabajadores y empleadores en la atención de salud mediante la educación sanitaria. El Comité de Expertos de la OMS en Identificación de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo y Medidas para Combatirlas reconoció en su reunión de noviembre y diciembre de 1983<sup>1</sup> que el estilo de vida de los trabajadores influye mucho en su salud y recomendó que se adopten medidas en los lugares de trabajo para promover el abandono del tabaco, una dieta apropiada, la actividad física y la lucha contra el abuso de drogas. En todos los centros laborales están adquiriendo importancia creciente la ergonomía y los factores psicosociales.

La atención de salud en los lugares de trabajo, incluso en las pequeñas industrias, cuando la responsabilidad es compartida por los trabajadores y el personal de atención primaria, responde a los fines fundamentales de accesibilidad, adecuación a las necesidades y autorresponsabilidad.

#### 2. El agente de atención primaria de salud

Entre los trabajadores primarios de salud de diferentes categorías pueden figurar un trabajador elegido, capacitado para funciones específicas, y profesionales, como médicos de empresa formados en higiene del trabajo. Las categorías dependerán del tamaño del centro laboral, los factores de riesgo para la salud presentes y la disponibilidad de personal.

Las funciones de los agentes de atención primaria en los lugares de trabajo han sido identificadas en reuniones consultivas organizadas por la OMS en la Sede<sup>2</sup> y en dos seminarios regionales en las Regiones de Asia Sudoriental y Europa.<sup>3</sup> Varios países están efectuando estudios de viabilidad con la cooperación de la OMS y preparando programas para la capacitación de esos agentes. En Tailandia se puede observar un ejemplo típico de la actuación de éstos en las pequeñas empresas. Sus funciones son: 1) inspeccionar de vez en cuando los lugares de trabajo para identificar posibles factores de riesgo para la salud y la seguridad; 2) detectar los problemas de salud de los trabajadores guiándose por las quejas de éstos o por simple observación y determinar si esos problemas pueden estar relacionados con el trabajo; 3) remitir los casos de enfermedad y traumatismo al servicio de salud más cercano después de prestar los primeros auxilios esenciales; 4) transmitir los conocimientos y experiencias adquiridos en su

<sup>1</sup> Véase OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 714, 1985.

<sup>2</sup> Véase el documento WHO/OCH/82.2.

<sup>3</sup> Véanse los documentos SEA/Occ.Hlth/29(1984) e ICP/OCH/001(1985).

capacitación a otros colegas; 5) registrar las medidas adoptadas. Investigaciones operativas de la OMS en varios países en desarrollo, como Botswana, Bahrein, el Sudán y Tailandia, han mostrado que cuando los lugares de trabajo son muy pequeños, por ejemplo, con menos de 10 trabajadores, o cuando éstos son autoempleados, deben mantener contacto con los agentes o servicios de atención primaria de la comunidad, por ejemplo, en los centros de salud de distrito.

Todas las personas de la comunidad deben tener acceso a la atención primaria de salud. Los agentes voluntarios de atención primaria en la comunidad (por ejemplo, en Tailandia) suelen tener alguna ocupación para ganarse la vida, lo cual les permite apreciar la relación entre el trabajo y la salud. Se debe adiestrarlos en intervenciones esenciales para salvar vidas en casos de emergencia, como cuando un trabajador agrícola sufre intoxicación por plaguicidas, un accidente grave o un ataque asmático por inhalación de aerosoles alergénicos. También se observó que los agentes de atención primaria en los pequeños lugares de trabajo pueden desempeñar funciones de atención primaria en la comunidad después de sus horas de trabajo.

### 3. Centros de salud de distrito

Están en marcha varios ensayos, por ejemplo en Colombia, Cuba, Chile, Sierra Leona, el Sudán y Tailandia (y pronto en Etiopía) para incluir determinados aspectos de la salud de los trabajadores en la labor cotidiana de los centros de salud de distrito. El grado en que estos centros podrían ocuparse de la salud de los trabajadores dependerá de su ubicación y de la concentración de trabajadores o lugares de trabajo en las cercanías. Atenderán a los trabajadores de pequeñas industrias, la construcción o la agricultura que no cuenten con personal de salud y seguridad. Los centros promoverán la capacitación de agentes de atención primaria que presten servicios esenciales de salud en esos lugares de trabajo e intervengan cuando haya accidentes. Se debe diagnosticar adecuadamente los casos sospechosos de estar relacionados con el trabajo remitidos por los agentes de atención primaria y se debe supervisar el centro laboral para eliminar los riesgos y evitar nuevos casos. Deben identificar los diversos lugares de trabajo en la zona que les esté asignada y registrar las operaciones y posibles riesgos para la salud en cada uno de ellos. Los empleadores deben normalmente sufragar el costo o abonarse a los servicios regulares de higiene del trabajo prestados por los centros.

### 4. Centros de salud de los trabajadores en polos industriales

En muchos países en desarrollo se han establecido distritos o polos industriales, agrupando en un área gran número de empresas pequeñas o medianas. Los servicios médicos en muchas de estas zonas están a cargo de grupos privados de médicos o de médicos generales contratados a tiempo parcial para una o varias empresas. Ninguno de estos dos métodos satisface las necesidades de prevención en higiene del trabajo; prestan en general atención terapéutica o paliativa sin medidas de seguridad e higiene del trabajo para detectar y eliminar los riesgos y sin llevar buen registro de los problemas de salud existentes. Las industrias pagan cantidades considerables por estos servicios. Los servicios nacionales de salud podrían sustituirlos estableciendo, en cooperación con los empleadores, centros de salud de los trabajadores menos costosos y plenamente dedicados a una atención preventiva y curativa completa en estos distritos industriales. Sirvan de ejemplo el centro de higiene del trabajo de Samut Prakhon, una zona industrial al sur de Bangkok, Tailandia, y los centros privados de la República de Corea.

### 5. Servicios centrales de salud de los trabajadores

El sistema nacional de salud debe contar con un servicio central cuyas funciones pueden ser las siguientes:

- 1) como primer paso para iniciar un programa, practicar encuestas para evaluar los tipos y la magnitud de los problemas de salud de los trabajadores en diversos sectores y regiones;
- 2) determinar el grado de participación de los centros de salud de distrito y supervisar el funcionamiento de éstos;
- 3) evaluar la calidad de los servicios de salud en las grandes industrias;
- 4) colaborar con los programas de seguridad social o seguro de enfermedad, si los hay, en la acción preventiva;

- 5) colaborar con el ministerio de trabajo en la supervisión sanitaria de los centros laborales e intercambiar datos con ese ministerio;
- 6) adiestrar, según la capacidad del servicio (es decir, según sea un departamento o un instituto) a agentes de atención primaria, oficiales de salud de distrito, enfermeras y otro personal de salud de los trabajadores;
- 7) efectuar investigaciones epidemiológicas y metodológicas en función de las necesidades del país;
- 8) administrar un sistema nacional de notificación normalizado.

En los ministerios o la infraestructura nacional de salud de muchos países en desarrollo hay servicios centrales de salud de los trabajadores. Se debe promover estos servicios y dotarlos de instalaciones, equipo y laboratorios básicos. Algunos de ellos se han convertido ya en instituciones maduras de higiene del trabajo con amplias funciones de investigación, asistencia y adiestramiento.

## 6. Relación costo-eficacia

Una de las cuestiones que plantea todo programa de introducir la salud de los trabajadores en los sistemas de atención primaria es su costo y si éste puede ser sufragado por los países en desarrollo. Conviene considerar los puntos siguientes.

1) Los centros de salud de distrito atienden a numerosos trabajadores que buscan tratamiento para diversas enfermedades, de las cuales algunas por lo menos están relacionadas con el trabajo. En una encuesta sobre cierto número de estos centros en varios países en desarrollo, se halló que hasta el 30% de las personas que acuden a ellos para atención médica son trabajadores empleados en pequeñas empresas, la agricultura y otras ocupaciones. Los médicos de los centros no registran los antecedentes laborales del paciente ni consideran la posibilidad de que las enfermedades puedan recurrir mientras persistan los factores causantes en el lugar de trabajo. Lo que se requiere ahora de estos centros de salud es que cambien de métodos y organicen gradualmente servicios preventivos para reducir al mínimo la repetición de consultas de trabajadores enfermos. El costo de la atención curativa de gran número de trabajadores enfermos está ya a cargo de instituciones nacionales como hospitales y policlínicas.

2) Muchas de las industrias pequeñas y medianas emplean a médicos para que visiten los lugares de trabajo durante algunas horas una o dos veces por semana. Este tipo de servicio es a lo sumo paliativo, ya que busca entre otras cosas transferir a los trabajadores con enfermedades o lesiones a instituciones gubernamentales donde reciban tratamiento. Con el establecimiento de la salud de los trabajadores en centros sanitarios gubernamentales, esos lugares de trabajo pueden prescindir de la atención más costosa y menos eficaz prestada por médicos generales a tiempo parcial y abonarse en cambio a servicios de salud de los trabajadores establecidos en centros públicos de salud.

3) Hay centros comunitarios de salud que atienden a los trabajadores cobrando honorarios a los empleadores por los servicios prestados. En tales casos, los centros de salud podrían financiar el equipo y los laboratorios y el adiestramiento de agentes de atención primaria en los centros laborales.

## 7. Coordinación con otras instituciones gubernamentales

El programa antes propuesto no duplica ni suplanta a los sistemas que pueda haber ya establecidos en los ministerios de trabajo o en la seguridad social. Protege ante todo la salud de aquellos trabajadores que sin él carecerían de protección alguna. La inspección por las autoridades laborales reforzaría la acción preventiva del programa. La seguridad social continuará prestando atención médica y siempre podrá participar en la prevención de enfermedades y traumatismos, lo cual es la principal prioridad.

Los principios de la atención primaria de salud deben aplicarse a cualesquiera programas de salud de los trabajadores que adopten la seguridad social u otros sistemas de seguros. Los ministerios de salud son el órgano central responsable de movilizar los recursos existentes en los ministerios de trabajo y en la seguridad social para que operen de consuno en pro de la salud para todos.

El sistema propuesto requiere apoyo legislativo para definir las funciones de la atención primaria y asegurar el acatamiento de los principios de ésta por los diversos servicios privados.

#### 8. Función de la OMS

El programa de la Organización relativo a la salud de los trabajadores debe ir encaminado a resolver muchos de los numerosos problemas de salud que afectan a los trabajadores en el mundo entero. La OMS viene cooperando desde hace varios años con los Estados Miembros en numerosos programas de atención primaria orientados a la salud de los trabajadores. La OMS puede promover esta cooperación a petición de los países con el fin de acelerar las medidas encaminadas a la cobertura de la población trabajadora por la atención primaria y a la erradicación de las enfermedades profesionales, las cuales son todas prevenibles. La cooperación de la OMS puede incluir lo siguiente:

- 1) identificación de los problemas de salud de los trabajadores en los diferentes sectores laborales, incluidas las pequeñas industrias y otros sectores mal atendidos, con el fin de secundar la planificación y aplicación de la atención preventiva de salud;
- 2) capacitación de personal en higiene del trabajo, higiene industrial y enfermería de higiene del trabajo, con el fin de facilitar el establecimiento de servicios de salud de los trabajadores en ministerios de salud y universidades;
- 3) organización de programas y cursos para el adiestramiento de, por ejemplo, agentes de atención primaria, supervisores de seguridad, y profesionales de salud (formación de graduados);
- 4) elaboración de material didáctico para la autoinstrucción de los trabajadores de diferentes ocupaciones en protección y fomento de la salud y preparación de manuales básicos para la capacitación de agentes de atención primaria en la comunidad y en los centros laborales;
- 5) establecimiento de directivas sobre sistemas de notificación en salud y seguridad del trabajo y sobre la reunión de datos acerca del estado de salud de los trabajadores que sirvan de referencia a vigilar y evaluar el programa nacional de salud de los trabajadores;
- 6) prestación de servicios consultivos para ayudar a formular diversos componentes de los programas de salud de los trabajadores (medicina del trabajo, higiene, ergonomía y seguridad), afrontar los problemas de salud de los trabajadores por resolver y establecer las funciones, servicios e instituciones de atención de salud;
- 7) preparación y ensayo de pautas sobre legislación complementaria para dispensar atención primaria de salud a la población trabajadora, con el apoyo de los oportunos programas de la OMS;
- 8) preparación de pautas y manuales sobre diversos sectores de higiene del trabajo, como técnicas de control y límites de exposición, detección precoz de enfermedades relacionadas con el trabajo, vigilancia de riesgos biológicos y ambientales, aplicación de la ergonomía a los diversos sectores profesionales e identificación, vigilancia y control de los factores psicosociales negativos en el trabajo;
- 9) establecimiento de modelos para la promoción de la salud en el lugar de trabajo, la participación activa en su aplicación y el fomento de la autorresponsabilidad en los trabajadores además de un estilo de vida saludable;
- 10) investigación de cuestiones de importancia capital, como los factores que afectan las funciones reproductivas, la neurotoxocidad, los aspectos psicosociales de la higiene del trabajo, las enfermedades relacionadas con el trabajo y el modo de combatirlas, y la ergonomía;
- 11) intercambio internacional y regional de conocimientos y experiencias por conducto de una creciente red de centros colaboradores de la OMS.

12) observación del modo en que vaya evolucionando la salud de los trabajadores en relación con la mecanización y automatización y los cambios que puedan introducirse en la formación y la estructura de la fuerza de trabajo en diversos países, para adaptar en consecuencia los sistemas y normas sobre salud de los trabajadores.

Todas las medidas indicadas están en ejecución o se está proponiendo su inclusión en el Octavo Programa General de Trabajo de la OMS. Se invita a los países a que aprovechen lo mejor posible los medios que les ofrece la Organización.

9. Cooperación con la OIT y otras organizaciones de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales

La Organización mantuvo su diálogo con la OIT y otras organizaciones de las Naciones Unidas con el propósito de establecer mecanismos de coordinación y reforzar la colaboración en materia de salud de los trabajadores. La Conferencia General de la OIT adoptó en 1985 un Convenio (Nº 161) y una Recomendación (Nº 171) sobre servicios de higiene del trabajo.<sup>1</sup> La OMS presentó un documento, que fue publicado por la OIT, sobre los principios y políticas establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud en materia de salud de los trabajadores. Muchas de las políticas adoptadas por la OMS desde hace muchos años fueron reiteradas en el Convenio y en la Recomendación de la OIT. Por ejemplo, en el Artículo 9 del Convenio 161 se dice que los servicios de higiene del trabajo deben ser multidisciplinarios. En el mismo Artículo se pide una cooperación y coordinación apropiadas entre los servicios de higiene del trabajo y otros órganos encargados de prestar servicios de salud. En el Artículo 24 de la Recomendación 171 se dice que los servicios de higiene del trabajo podrían colaborar con las autoridades de salud en el marco de los programas sanitarios. En el Artículo 25 se invita a los servicios de higiene del trabajo a servirse de los servicios de atención primaria para iniciar o participar en el tratamiento de los trabajadores y de las víctimas de accidentes de trabajo.

Además, la Organización cooperó con la OIT en el estudio de la función desempeñada por diversos ministerios en el campo de la higiene del trabajo. La OIT y la OMS aplicaron métodos similares para cotejar información sobre los sistemas seguidos por diferentes países para organizar servicios nacionales de higiene del trabajo. El PNUMA se ha manifestado dispuesto a participar en la financiación de una reunión conjunta OIT/OMS para preparar un documento único con la información recogida.

Además, la OIT y la OMS tienen cierto número de proyectos conjuntos sobre el terreno y cada organización participa en las reuniones técnicas de la otra.

En 1982, la Organización convocó una reunión interorganismos sobre normas de higiene del trabajo para el establecimiento y funcionamiento de diversas industrias, a la que asistieron representantes de la OIEA, la OIT, el PNUMA, la ONUDI y el Banco Mundial. En esa reunión se decidió que la OMS elaborara pautas sobre técnicas de control para las nuevas industrias en los países en desarrollo. Desde entonces se han establecido pautas de higiene y seguridad sobre el establecimiento y funcionamiento de fábricas de plaguicidas, la industria del hierro y el acero y la industria de la cerámica. Estas pautas deben seguir elaborándose, dada su gran importancia para el desarrollo industrial de los países.

La colaboración con las organizaciones no gubernamentales ha sido también óptima. Cabe citar tres ejemplos. El primero fue la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud para la Población Trabajadora de los Países en Desarrollo, celebrada en Kuala Lumpur, Malasia, en 1984, que se organizó conjuntamente con la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo.<sup>2</sup> El segundo ejemplo fue la reunión conjunta OIT/OMS/Asociación Internacional de Ergonomía<sup>2</sup> sobre la ergonomía en los países en desarrollo, celebrada en Yakarta (Indonesia) en noviembre de 1985, en la cual se formularon directrices sobre esta cuestión. El tercero será la conferencia internacional sobre higiene del trabajo en la agricultura que van a organizar conjuntamente, en agosto de 1987, el Gobierno de Hungría, la Asociación Internacional de Medicina Agrícola y Salud Rural,<sup>2</sup> y la OMS.

<sup>1</sup> OIT, Convenio 161 y Recomendación 171 sobre servicios de higiene del trabajo, adoptados por la Conferencia en su septuagésima primera reunión, Ginebra, 26 de junio de 1985.

<sup>2</sup> Organización no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la OMS.



SALUD DE LOS TRABAJADORES

Normas y otros textos sobre salud de los trabajadores  
preparados por la OMS en 1980-1986

1. Publicaciones en venta (Ginebra)

- Límites de exposición profesional a los metales pesados que se recomiendan por razones de salud. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 647, 1980.
- Efectos sobre la salud de las exposiciones combinadas en el medio de trabajo. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 662, 1981.
- Enseñanza y formación profesional en higiene y seguridad del trabajo y en ergonomía. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 663, 1981.
- Límites recomendados por razones de salud en la exposición profesional a determinados solventes orgánicos. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 664, 1982.
- Límites recomendados por razones de salud en la exposición profesional a los plaguicidas. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 677, 1982.
- Límites de exposición profesional que se recomiendan por razones de salud: algunos polvos vegetales. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 684, 1983.
- Límites de exposición profesional que se recomiendan por razones de salud: sustancias irritantes de las vías respiratorias. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 707, 1984.
- Empleo inocuo de plaguicidas. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 720, 1985.
- Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 714, 1985.
- Límites de exposición profesional recomendados por razones de salud para algunos polvos minerales (sílice y carbón). OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 734, 1986.
- Evaluación de la exposición profesional a partículas atmosféricas. OMS, Publicaciones en Offset, N° 80, 1984.
- Detección precoz de enfermedades profesionales, 1986.
- Volúmenes de la serie "Criterios de Salud Ambiental".

2. Documentos que pueden pedirse a la Oficina de Higiene del Trabajo, OMS

- Respiratory diseases resulting from occupational exposure to vegetable dusts - pathogenesis, early detection and control. OMS, documento inédito OCH/80.1.
- Workshop on occupational health care in agriculture. OMS, documento inédito OCH/80.3.
- Health education of migrant workers. OMS, documento inédito OCH/80.4.
- Psychosocial factors and health of migrant workers. OMS, documento inédito OCH/80.5.
- Environmental health criteria on vegetable dusts; dusts causing byssinosis. OMS, documento inédito OCH/81.1.
- Review on occupational health services in small industries in developing countries. OMS, documento inédito WHO/OCH/82.1.
- Microclimate of the Cabs of self-propelled agricultural machines and its effect on workers. OMS, documento inédito OCH/82.1.
- Joint ILO/WHO Committee on the Health of Seafarers: sixth report. OMS, documento inédito OCH/81.2.
- Primary health care and working populations. OMS, documento inédito WHO/OCH/82.2.
- Psychophysiological aspects of monotonous work. OMS, documento inédito WHO/OCH/83.1.
- Cardiovascular diseases in various occupational groups: a review of the soviet literature. OMS, documento inédito OCH/83.1.
- Work on visual display units: risks for health. OMS, documento inédito WHO/OCH/83.2.
- The application of ergonomics in developing countries. OMS, documento inédito WHO/OCH/83.3.
- Psychosocial factors in injury prevention. OMS, documento inédito OCH/83.4.
- Occupational health research in WHO: needs and opportunities. OMS, documento inédito ACMR25/83.17.
- Psychosocial factors and health: monitoring the psychosocial work environment and workers' health. OMS, documento inédito OCH/84.1.
- Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, ninth session. Documento JCOH/1984/D.6(Rev.).

3. Publicaciones en preparación

- Guía médica internacional de a bordo (segunda edición).
- Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud.

4. Otros textos en preparación

- Prevention of neurotoxic illness in working populations.
- Teaching of occupational epidemiology.
- Guidelines on the selection and use of direct-reading instruments.
- Control technology in the formulation of pesticides.
- Control technology in the iron and steel industry.
- Operational guide in the application of the WHO neurobehavioural core test battery.
- Occupational health aspects in the use of visual display terminals.
- Health of workers in agriculture.
- Respiratory diseases related to vegetable and other natural dusts.
- Miners' health.
- Occupational hazards to reproductive functions.
- Training manual on workers' health for the primary health worker.
- Evaluation and control of noise in the work environment.
- Occupational health technology in the ceramics industry.
- Simplified analytical methods for some airborne contaminants.
- Special risk factors of children at work.

5. Publicaciones en venta (Oficina Regional para Europa)

- The Environmental Health Officer in an Industrial Society, EURO Reports and Studies 29, 1980.
- Health Aspects of Wellbeing in Working Places, EURO Reports and Studies 31, 1980.
- Evaluation of Occupational Health and Industrial Hygiene Services, EURO Reports and Studies 56, 1982.
- Training of Occupational Health Personnel, EURO Reports and Studies 58, 1982.
- Delayed and Chronic Effects of Chemicals in the Workplace, EURO Reports and Studies 64, 1982.
- Women and Occupational Health Risks, EURO Reports and Studies 76, 1983.
- Occupational Hazards in Hospitals, EURO Reports and Studies 80, 1983.
- Occupational Health Aspects of Construction Work, EURO Reports and Studies 86, 1983.
- Health Policy Implications of Unemployment, 1985.
- Epidemiology of Occupational Health. WHO Regional Publications, European Series, No. 20, 1986.

6. Publicaciones de la Oficina Regional para las Américas

- Toxicología ocupacional (por HPE/ECO).
- Training and Education on Occupational Medicine.
- Services for Underserved Working Populations.

= = =