
**DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE LA SALUD OCUPACIONAL
EN CENTROAMERICA Y PANAMA
(PANAMA, 1983)**

*Enrique Castañedas**
*Francisco Díaz Mérida***
*Juan Carlos Mas****

INTRODUCCION

Importancia de los accidentes:

Dentro del marco que encuadra la realidad familiar de nuestros países; se ha destacado desde siempre, la importancia de aquellos daños que abaten la salud, en el orden de enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias. Esto, ha sido el común denominador para todos los países de nuestra región. Actualmente se ha dado una inversión, en la cual se hace preeminente la acci-dentabilidad en general. Las causas consignadas como mortalidad por accidentes, suicidos y homicidios, la mortalidad producida por los riesgos de trabajo y los datos que nos es posible manejar hasta la fecha nos hacen estimar que la proporción de los mismos oscila entre un 10o/o y 17o/o dentro de la mortalidad total por accidentes.

Es importante destacar que informes actualizados de la Organización Mundial de la Salud, estiman que en la América Latina y el Caribe, ocurren anualmente cerca de 50.000 casos fatales por accidentes laborales y si bien los accidentes de trabajo, cobran una relevancia acusada en los últimos tiempos, debido a la magnitud de los daños ocurridos a la salud por causa de los mismos, es también digno de señalarse que ellos tienen una trascendencia social muy importante, ya que

* Médico. Jefe Departamento Salud de Adultos, Ministerio Salud. Panamá.

** Médico. Jefe Departamento Salud Ocupacional, Caja de Seguro Social. Panamá.

*** Médico. Caja de Seguro Social. Panamá.

el trauma laboral se introduce como factor desintegrador en el seno de una familia cuyo núcleo principal, el trabajador, se encuentra en plena fase productiva. Otro criterio importante desde el punto de vista de la Salud Pública, es la vulnerabilidad del daño que queremos abatir, dentro del cual los accidentes y riesgos de trabajo en general forman una categoría, toda vez que las modernas técnicas, patrimonio de la salud ocupacional, nos permiten manejar con un enfoque multidisciplinario todo un panorama programático dirigido a disminuir los daños a la salud y al ambiente por la actividad vital y productiva del hombre.

Marco político y socio-económico del área:

La región centroamericana, está constituida por un conglomerado de países, de limitada extensión territorial y poblacional. Aunque no entremos a analizar las particularidades de la densidad demográfica, que rompen las características uniformes anteriormente mencionadas, señalaremos que seis repúblicas constituyen el marco político del área. En este contexto, se desarrollan las actividades económicas fundamentales; las cuales dan la pauta al quehacer vital del hombre centroamericano. Dentro de este modelo, es predominante la actividad en el sector primario de la producción: cabe destacar las siguientes agroindustrias como común denominador para toda el área.

1. Agroindustria bananera
2. Agroindustria cafetera
3. Agroindustria cañera
4. Agroindustria aldononera

Sector primario: se destaca la existencia, en cada uno de los estados integrantes de la región, de actividades pecuarias limitadas en la mayor parte de los casos al ámbito nacional, aún cuando en ocasiones aisladas produce productos exportables. También, dentro del sector primario, se destacan las actividades mineras; las cuales si bien no alcanzan posiciones descollantes, si logran merecer nuestra atención dada la alta peligrosidad y los factores de riesgo, que a ellos son inherentes. En el área centroamericana hay extracción de petróleo en la faja transversal del Norte de Guatemala y se practica la minería del manganeso.

Sector secundario: la actividad industrial en la región centroamericana tiene como característica en común el reducido ámbito del mercado al cual van destinados sus productos. Lo anterior es explicado por los señalamientos hechos en cuanto a la reducida extensión territorial y poblacional de nuestros países; esta situación determina que nuestras industrias, aún las más vigorosas, pasen por períodos de estabilidad prolongada, lo cual a su vez predetermina los objetivos casi únicos de empresarios y trabajadores: la ampliación del mercado para uno, y la obtención de la estabilidad laboral para otros. En este marco se torna muy difícil la comprensión de la importancia de las acciones dirigidas a prevenir los accidentes y los daños a la salud causados por los mismos. Dentro de las actividades económicas secundarias del sector podemos señalar: la producción de artículos alimenticios y la producción de textiles y confección de vestuario. En

otro nivel se inscriben empresas que han logrado prosperar en algunos países, tales como la producción de medicamentos y ciertas industrias de maquila.

Principales actividades generadoras de contaminantes:

En el contexto sub-regional, en el cual se destaca como factor común la actividad agro-industrial, es lógico comprender la existencia del problema de los agroquímicos y plaguicidas como principales agentes productores de daños en la salud de la zona. Estos agentes se usan en las actividades bananeras, cañeras, cafetaleras, algodoneras y en el cultivo de toda la variada gama de productos alimenticios destinados al consumo local. Otras actividades generadoras de contaminantes comunes a toda la región son las industrias recuperadoras y procesadoras de plomo, las cuales existen en cada uno de los países estudiados. Así mismo genera contaminantes la fabricación de los materiales y productos para la construcción; en esta actividad la agresión se produce en las vías respiratorias a través del cemento, polvos de arcilla, etc.. La actividad productora de textiles y de confección de ropa, que también es común a toda el área, produce contaminantes nocivos para las vías respiratorias generando un daño a la salud aún no cuantificado. Las diversas actividades de las industrias cañeras, dada la gama de productos que manipulan, producen daños diversos desde las intoxicaciones hasta las dermatopatías. En la actividad minera y en la construcción de caminos y túneles, encontramos otra fuente de contaminación (polvos, monóxido de carbono, etc.) que afecta fundamentalmente las vías respiratorias.

En el sector terciario de la producción se encuentra la mayor fuente de contaminación por ruido, ya sea producido por el transporte automotor, o por las instalaciones de servicio comunitario (plantas termo-eléctricas, etc.).

Principales actividades generadoras de condiciones de inseguridad:

La agroindustria, la industria de la construcción y la industria manufacturera representan las actividades donde se concentran los accidentes de trabajo. Estos son el producto de la presencia de riesgos de inseguridad combinados con actos inseguros por la falta de adiestramiento, conocimiento y habilidad en el ejercicio del trabajo.

Entre los primeros predominan los métodos o procedimientos de trabajo, los peligros de colocación, los defectos de los agentes, y peligro del entorno como son: objetos, carga, herramientas, máquinas, envases y sustancias químicas nocivas. Entre los segundos predominan el uso inadecuado de los segmentos corporales, la adopción de posiciones peligrosas, la falta de atención a la base de sustentación y la falla al asegurar una operación de trabajo.

1. REALIDAD DEL SECTOR

1.1 Programas y servicios que se ofrecen:

Dentro de las normas legislativas reglamentarias y técnicas se observa que en los países de Centroamérica y Panamá, el marco jurídico en la protección e higiene en el trabajo está

generalmente contemplado en los distintos códigos de trabajo; en cuanto a una legislación al respecto por parte de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud, no fue posible obtener información, por lo cual no realizamos su evaluación. Es necesario destacar, que en cada uno de los países integrantes del área, existe una legislación que contempla la protección de los trabajadores desde el aspecto preventivo, curativo, hasta el de rehabilitación. El hecho de que estas pautas legales no hayan logrado implementarse vigorosamente en cada uno de los países responde a las distintas condiciones socio-económicas y políticas del área. Así mismo debe interpretarse, que los logros obtenidos en el despegue de algunos aspectos de los programas de salud ocupacional, también son atribuibles a las mismas características señaladas anteriormente. Es importante destacar que en algunos países del área, como Honduras y Nicaragua la responsabilidad fundamental recae sobre los Ministerios de Trabajo. En estos casos es destacable la existencia de un significativo desarrollo de las acciones preventivas a nivel de Higiene y Seguridad. En aquellos países en que la responsabilidad recae sobre las instituciones de Seguridad Social, parece tener más énfasis en la atención directa al trabajador con acciones curativas. En otras situaciones, como lo es el caso de Costa Rica, en que existe un desarrollo parejo de las responsabilidades de las diversas instituciones, parece que existe un balance entre el desarrollo de las acciones tanto preventivas como curativas.

1.2 Las instituciones estatales encargadas de las actividades de protección e higiene en el trabajo, son las siguientes: Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud e Instituciones de Seguridad Social.

El problema fundamental guarda relación con la insuficiente financiación y la escasez de recursos humanos, materiales y equipos. Por otro lado, no existe una real y efectiva coordinación inter-institucional en las labores de prevención de los riesgos del trabajo.

Las principales actividades desarrolladas por estas instituciones son:

- Inspección de centros de trabajo, programadas o por denuncia.
- Reinspecciones.
- Estudios especiales de campo.
- Investigación sobre el cumplimiento de recomendaciones.
- Elaboración de normas de prevención.

Esto significa que las posibilidades futuras de acción tienen estrecha vinculación con los siguientes puntos:

- La generación de una real y afectiva coordinación inter-institucional.
- La formación de recursos humanos.
- La actualización de las normas legislativas vigentes.
- La constitución de una red estadística en cada país.

Las instituciones de seguridad social cubren los regímenes de enfermedad común, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional y maternidad.

En lo que se refiere a las prestaciones médicas, económicas y en especie, uno de los mayores problemas que se observa es la insuficiente cobertura de la seguridad social sobre la población económicamente activa, lo cual determina desequilibrios en las acciones que se realizan (ver cuadro No. 1).

CUADRO No. 1

**CENTROAMERICA Y PANAMA
COBERTURA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
1982**

País	Población Económicamente Activa	Cobertura de Trabajadores Activos
COSTA RICA	827.418	67.4o/o
EL SALVADOR	1'645.395	12.8o/o
NICARAGUA	936.450	24.6o/o
PANAMA	751.781	46.4o/o

2. SITUACION DE LA SALUD OCUPACIONAL

2.1 Accidentes de trabajo.

CUADRO No. 2

**ACCIDENTES DE TRABAJO EN CENTROAMERICA Y PANAMA
1975 - 1982**

País	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Costa Rica	ND	75146	74112	ND	34763	ND	ND	ND
El Salvador	20721	24510	27324	31085	28731	18445	15657	ND
Guatemala	88585	91029	99377	93591	94342	ND	ND	ND
Honduras	2034	2420	2693	2924	ND	4885	4808	4470
Nicaragua	7202	7565	7343	6950	4534	ND	ND	ND
Panamá	33153	29944	26983	20430	23298	26072	25773	19984

Los datos del Cuadro No. 2 dejan ver la importancia de hacer un esfuerzo comparativo global de la incidencia de accidentes en los distintos países de la región; la magnitud de los accidentes en cada país no es comparable con la de los vecinos, debido a la cobertura alcanzada por los servicios de seguridad social. Si tenemos en cuenta el orden de magnitud en la producción de accidentes, podemos destacar el hecho de que Guatemala, Costa Rica, Panamá y El Salvador, aparecen en orden decreciente; ésto, además de significar un mayor desarrollo relativo de las actividades económicas, es importante por cuanto en algunos de estos países, como Guatemala, El Salvador y Honduras la cobertura de los sistemas de seguridad social ampara poblaciones relativamente minoritarias.

Si comparamos el desarrollo desigual de las coberturas de seguridad social en algunos países de alta con otros de baja cobertura, inferimos la posibilidad de que exista detrás de estas cifras una magnitud comparativamente mucho mayor de accidentes de trabajo en los países señalados de último, cifra ésta que se haría ostensible mediante un aumento de la cobertura.

El Cuadro No. 3 confirma lo expuesto en el Cuadro No. 2.

CUADRO No. 3
CENTROAMERICA Y PANAMA
INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO(1)
1975 - 1982

País	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Costa Rica	ND	30.6	291.3	ND	ND	ND	ND	ND
El Salvador	122	134	132	141	127	96	85	ND
Guatemala	161	155	161	139	156	ND	ND	ND
Honduras	19.6	20.9	22	21	ND	ND	ND	ND
Nicaragua	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Panamá	134	114	93	100	79	87	77	56

(1) Tasa por 1.000 asegurados activos.

En lo que se refiere a las condiciones de inseguridad, los actos inseguros, la naturaleza de la lesión, las partes del cuerpo afectadas; así como lo relativo a grupos etáreos, días, horas y mes de ocurrencia de los accidentes, no son disponibles los datos pertinentes en la generalidad de los países encuestados.

2.2 Enfermedades profesionales.

La información concerniente a enfermedades profesionales no fue suministrada por la mayoría de los países encuestados, esta omisión nos hace suponer la existencia de un subregistro de las mismas. La experiencia indica que el desarrollo de los servicios de salud, orientados hacia la atención de los trabajadores, encuentra una enorme dificultad en establecer los diagnósticos de las enfermedades profesionales por el insuficiente desarrollo de la capacidad técnica frente a los mismos. Es decir, como lo señala la Organización Mundial de la Salud, esta situación guarda relación con problemas inherentes al diagnóstico y al registro.

En cuanto al diagnóstico se mencionan cuatro aspectos fundamentales, a saber:

Falta de especificidad de los síntomas y signos.

Desconocimiento por parte de los profesionales de la salud.

Dificultad en el diagnóstico y en su confirmación.

Falta de criterios y normas sobre las definiciones de las enfermedades profesionales.

En lo que respecta al registro, se mencionan los siguientes aspectos:

La no obligatoriedad de la notificación de las enfermedades profesionales.

Falta de un sistema de notificación y de registro eficiente.

Falta de estudios sobre las enfermedades ocupacionales.

Cabe agregar que lo señalado se refiere a la patología específica del trabajo. La problemática se complica frente a la patología inespecífica del mismo, es decir, enfermedades comunes agravadas por las condiciones especiales en que se desarrolla el trabajo y que tampoco son captadas como tal. Igual sucede con lo que se refiere a los accidentes en trayecto.

2.3 Incapacidad permanente.

Los datos obtenidos de los dos únicos países del área, de los cuales contamos con información suficiente para valorar el daño expresado como incapacidad permanente, nos permite afirmar la trascendencia que tiene la accidentabilidad: en El Salvador, de cada 49 accidentes, uno deja secuelas de incapacidad permanente, mientras que en Panamá, la misma proporción permanece y se establece en el orden de 63 a uno.

2.4 Defunciones.

Ocurre una defunción por cada 255 accidentes de trabajo en El Salvador y por cada 551 en Panamá. Esta proporción representa el 8.8 por ciento y el 7.2 por ciento respectivamente de las defunciones debidas a los accidentes, suicidios, homicidios y demás.

2.5 Morbi-mortalidad por enfermedad común.

La información obtenida al respecto es insuficiente, como para hacer una generalización de este punto, lo cual no nos permite determinar y comparar las tasas de morbilidad de los trabajadores por riesgos comunes y riesgos del trabajo, con la tasa de morbilidad de la población general. Debido a que habitualmente tanto los servicios hospitalarios, como los ambulatorios no dan la debida importancia a la relación existente entre la patología y la ocupación del trabajador, en lo que se refiere a la patología específica del trabajo y mucho menos a los efectos indirectos del trabajo sobre la morbi-mortalidad común (patología inespecífica del trabajo).

Lo anterior nos lleva a la conclusión de que en la región centroamericana los programas de salud ocupacional persisten con el enfoque tradicional medio ambientalista e individual, lo cual se traduce en una dicotomía y ambivalencia en los niveles de atención al trabajador.

2.6 Egresos hospitalarios y servicios ambulatorios.

La información suministrada al respecto es insuficiente para analizar la causalidad y la morbilidad que afecta al trabajador hospitalizado o en la consulta ambulatoria.

Consideramos que esta información es importante, para la planificación de los servicios especializados, auxiliares de la salud ocupacional; sin embargo, este análisis deberá ser desarrollado posteriormente.

2.7 Costos.

Los costos por riesgos del trabajo se valoran, generalmente, con base en tres parámetros fundamentales:

Costos directos (costo de hospitalización, atención médica, medicamentos, exámenes complementarios, subsidios de incapacidad temporal, indemnizaciones y pensiones por incapacidad permanente).

Costos indirectos (pérdidas económicas no institucionales asumidas por las empresas).

Valor no agregado a la producción (el valor económico de la jornada perdida).

Estos parámetros no fueron posibles de obtener en la generalidad de los países encuestados. De allí que para valorar el impacto de los costos hemos tomado como punto de referencia, el número

ro de días perdidos en jornada de trabajo producidos por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Para 1981, El Salvador informa 199.335 días perdidos y Panamá, partiendo de un promedio de 10 días por caso, señala una pérdida de 257.730 días. Sobre la base de datos sería interesante determinar los costos directos e indirectos, de valor no agregado en la producción y su impacto en el desarrollo económico de los países centroamericanos.

2.8 Rehabilitación.

La información suministrada como resultado de la encuesta nos permite afirmar que en la generalidad de los países existen servicios de rehabilitación física, que ofrecen a los trabajadores accidentados o enfermos, tratamiento orientado hacia la recuperación funcional. No obstante, solamente en dos países se observa la existencia de servicios de rehabilitación profesional de los trabajadores minusválidos.

En los países de la región el proceso de rehabilitación carece de un enfoque integral, y eso determina acciones parciales o por separado.

Si tomamos en cuenta las elevadas tasas de incidencia de accidentes de trabajo en la región centroamericana y Panamá, cabe destacar la necesidad de acciones integrales, que permitan la rehabilitación total de los trabajadores.

3. CONCLUSIONES

Los problemas que destacamos constituyen los elementos que integran la base común de los déficits generalizados en toda el área centroamericana en el campo de la salud ocupacional, sin embargo, debemos precisar que ciertas puntualizaciones como aquellas referentes a la extensión de la cobertura y a la incipiente formación técnica en el campo de la salud ocupacional, son mucho más acentuadas en algunos países en los cuales prácticamente se está en el inicio del camino mientras que en otros afortunadamente ya se han tomado algunas medidas conducentes a suplir los déficits señalados.

Podemos señalar que en toda el área centroamericana, existe como problemática común la siguiente:

3.1 Insuficientes acciones de prevención y control de los riesgos del trabajo de la población trabajadora, por parte de las instituciones involucradas en la materia. Esto significa la ausencia de controles de salud y ambientales en poblaciones expuestas a alto riesgo.

3.2 Estadísticas y registros insuficientes y deficientes, que no permiten una vigilancia epidemiológica y del medio, eficaz y eficiente y por ende, se traducen en escasas acciones útiles para la prevención.

3.3 La insuficiente cobertura de la seguridad social de la población económicamente activa, que acentúa la tendencia del subregistro y no permite diseñar una estrategia global de atención primaria a la protección de los trabajadores.

3.4 No existe una coordinación inter-institucional que permita la uniformidad de criterios, normas y acciones, lo cual se traduce en duplicación de funciones, incremento de los costos en las acciones y el uso no racional de los recursos existentes.

3.5 La carencia de recursos humanos especializados y técnicos en este campo, que inciden en el desarrollo de la estrategia de atención primaria en la evaluación de los centros de trabajo y su formación técnica.

3.6 Los niveles de organización de la atención preventiva-curativa, no dan la importancia debida a los problemas de la salud ocupacional; por lo cual la red nacional de salud, no es utilizada adecuadamente para su solución.

3.7 Las organizaciones de los empleadores y de los trabajadores no dan a este campo la importancia que se merece, en cuanto consideran que las inversiones son improductivas sin tomar en cuenta los costos-beneficios de las mismas.

3.8 El desconocimiento de la magnitud y las características epidemiológicas de las enfermedades profesionales. Como resultado de las fallas de captación del sistema y por otro lado, la insuficiente información médica en este campo.

3.9 Acciones insuficientes en el campo de la rehabilitación, sobre todo para el trabajo; lo cual implica dificultad en la reincorporación del trabajador minusválido a la vida productiva, (a pesar de sus limitaciones).

4. RECOMENDACIONES

A la luz de las conclusiones antes mencionadas, consideramos la necesidad de que cada uno de los países centroamericanos diseñe un plan nacional de salud ocupacional que incluya los siguientes aspectos:

4.1 Incrementar la cobertura de la población económicamente activa expuesta a altos riesgos de trabajo.

Lograr que toda la población económicamente activa expuesta a altos riesgos de trabajo tenga la protección de la seguridad social. Las medidas para lograr este objetivo son:

Definir cuáles son las ramas industriales y agrícolas que involucran riesgos de consideración para la salud del trabajador.

Lograr la cobertura por el seguro de riesgos profesionales de dicha población.

Poner en práctica programas preventivos en estas ramas y actividades.

4.2 Estadísticas.

Lograr a nivel nacional, el funcionamiento de un sistema de registro y análisis de los datos estadísticos útiles para la prevención. Este subsistema debería, por consiguiente, considerarse separadamente los niveles de la empresa, de la rama industrial, del sector económico y del país; además de los aspectos mencionados en la parte diagnóstica, debería incluir clasificación por tamaño de empresas. También deben ponerse en marcha investigaciones para llenar vacíos. Los medios de acción son:

Revisión y análisis del formulario de informe patronal de accidentes y enfermedades profesionales, para que sea útil en la prevención a los distintos niveles.

Capacitación del personal encargado de llenar el formulario revisado.

Establecer los mecanismos adecuados, para obtener información correcta de los factores causales de cada accidente.

Obligatoriedad en denuncia de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

4.3 Revisión y actualización periódica, de la legislación vigente en materia de salud ocupacional.

Elaboración de reglamentos y normas de prevención por actividades económicas o por agentes nocivos.

Cumplimiento concreto en todos sus aspectos de la legislación vigente en materia de salud ocupacional.

4.4 Aplicación de las normas.

Lograr la coordinación completa de las actividades de prevención, de las varias instituciones estatales involucradas, recordando que la inspección, normatización específica e investigaciones de campo; no deberían implicar duplicaciones de esfuerzos. Los medios de acción recomendados son:

Eliminar las duplicaciones de funciones en la prevención de los riesgos de trabajo por parte de las instituciones estatales, a través de la creación de un único departamento de salud ocupacional.

Coordinar las actividades de prevención de riesgos de trabajo entre las instituciones estatales involucradas.

El desarrollo de la cooperación técnica que nos puedan brindar organizaciones internacionales tales como la O.P.S., O.I.T., O.E.A., A.I.S.S., C.I.E.S.S., etc..

4.5 Formación y capacitación de personal médico, paramédico, ingenieros, técnicos medios, psicólogos, estadígrafos y trabajadores sociales.

Organizar programas intensivos al nivel universitario e intermedio. Los medios de acción recomendados son:

Capacitar el personal médico, paramédico, de ingeniería y técnicos medios en salud ocupacional.

Capacitar al personal clave en las empresas, en salud ocupacional.

4.6 Organizaciones de empleadores y trabajadores.

Lograr que le den importancia adecuada a la prevención, a través de su adhesión completa a los objetivos y medidas contenidas en el plan. Los medios de acción recomendados son:

Obtener que se activen y desarrollen mecanismos participativos para el cumplimiento efectivo de las normas de higiene y seguridad, a nivel de las empresas.

Lograr que estas organizaciones capaciten a sus miembros sobre prevención de accidentes.

Crear servicios de medicina, higiene y seguridad en el trabajo en las empresas grandes o de alto riesgo.

4.7 Organización de la atención preventiva-curativa de la población trabajadora:

Deberá organizarse esta atención, tomando como punto cardinal de sus acciones, la atención primaria de salud, que representa el instrumento más eficaz para garantizar los servicios preventivos esenciales. Cabe prever la acción de dos tipos principales de atención primaria de salud; el primero en las áreas rurales, donde además de los riesgos típicos de estas zonas, son importantes los riesgos del trabajo. El otro tipo, es el que deberá realizarse a nivel de las fábricas e industrias en una zona determinada. En ambos casos, dicha atención deberá ser integral, tanto en su acción (prevención, curación y rehabilitación), como frente a la salud total de los trabajadores. La participación de los obreros en la atención primaria de salud es esencial; por consiguiente, será necesario desplegar un esfuerzo considerable en la educación sanitaria en el desarrollo de modalidades que promueva la acción conjunta de empleadores y trabajadores para la higiene y seguridad. Los medios de acción recomendados son:

Establecer servicios sectorizados de salud ocupacional.

Impulsar los servicios de salud ocupacional, en los diferentes centros de trabajo.

Fomentar la educación sanitaria de los trabajadores, la formación de dirigentes sindicales y de mandos empresariales en el campo de la salud ocupacional.

Impulsar acciones integradas para la rehabilitación total de los trabajadores.

4.8 Deberá establecerse un programa de capacitación y formación de los recursos humanos para los países del área.

4.9 La creación de un laboratorio toxicológico centroamericano altamente especializado para la subregión.

METODOLOGIA DE ACOPIO DE LA INFORMACION

El equipo encargado de efectuar la recopilación de la información inherente a los problemas de salud ocupacional; basó su acción, en la recolección de los datos requeridos por medio de una encuesta a los países del área. Este cuestionario abarcaba desde los temas relativos al marco jurídico, hasta la oferta de servicios médicos a los trabajadores, pasando por la revisión de aspectos tales como:

Normas de higiene y seguridad.

Atribuciones normativas de los equipos.

Daños a la salud.

Recursos para la salud ocupacional.

Daños a la economía en general.

El cuestionario fue repartido a las distintas Direcciones Generales de Salud, las cuales tomaron sobre sí la obligación de hacer llegar la documentación a aquellas instituciones y departamentos directamente relacionados con el tema. Este manejo de la información en algunos casos, se observó fluido y en otros casos evidenció dificultades. Era de presumirse que las Direcciones Generales de Salud, enviarían la documentación fundamentalmente hacia los Ministerios de Trabajo y a las instituciones que más desarrollo objetivo tenían en el área de la salud ocupacional. Quedaba así como función atribuible a los Ministerios de Salud, la coordinación de la encuesta. Sin embargo, las dificultades en la coordinación final de la encuesta, exteriorizada sobre todo, por falta de información relativa a daños en algunos países, evidencia la importancia que tiene para este momento del desarrollo de la salud ocupacional, la consecución de una efectiva coordinación e integración de los servicios interinstitucionales, ésto es una real y efectiva prioridad para este momento y para la región.

BIBLIOGRAFIA

1. BERRIO Gutiérrez, O. Papel de la administración del trabajo, en el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente del trabajo. Ponencia presentada en Seminario Regional de Salud Ocupacional. Centroamérica, 1982.
2. DÍAZ Mérida, F. Trabajo y seguridad social. Caja de Seguro Social. Panamá, 1980.
3. ENGLER, T. y otros. Diagnóstico de la situación de las enfermedades no transmisibles en Centroamérica y Panamá. XXVI. Reunión de Ministros de Salud Pública y XI de Directores Generales de Salud de Centroamérica y Panamá, 1981.
4. INSTITUTO SALVADOREÑO DE SEGURO SOCIAL. Estadísticas de 1981.
5. MAS, J. C. Organización de la atención médica de la población trabajadora. Caja de Seguro Social. Panamá, 1980.
6. MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA. Programa de Salud de Adultos, 1980.
7. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Salud Mundial. Washington, nov., 1981.
8. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Programa de Salud de los Trabajadores. Washington, may., 1983.