

TABLA DE CONTENIDOS

- Reconocimiento a Ineke y Timo por su labor en SALTRA y bienvenida a Marianela Rojas, como nueva coordinadora regional ▶ 1
- Avanza cobertura en salud ocupacional ▶ 2
- Primer Taller Internacional de Investigación en MeN, la epidemia de nefropatía mesoamericana
- SALTRA promueve la sinergia con los institutos de estadísticas y otros actores en América Central ▶ 3
- Información básica sobre la salud ocupacional en América Central ▶ 4
- Guatemala
- El Salvador ▶ 5
- Honduras ▶ 6
- Nicaragua ▶ 7
- Costa Rica ▶ 9
- Panamá ▶ 10
- Proyecto Aprendizaje Intergeneracional para la sensibilización y concienciación sobre el cáncer de mama y el cáncer de cérvix en mujeres mayores de 15 años de la Gran Área Metropolitana (GAM), y sus acciones en 2011 ▶ 11
- El impacto del uso de agroquímicos en la producción bananera y platanera en Limón: la experiencia de los estudiantes de Agroecología del C.T.P. Siquirres ▶ 12

Reconocimiento a Ineke y Timo por su labor en SALTRA y bienvenida a Marianela Rojas, como nueva coordinadora regional

Por: Aurora Aragón, Programa SALTRA, CISTA-UNAN-León, Nicaragua

Para mí es un honor escribir estas líneas dedicadas a nuestros amigos y maestros: Timo Partanen y Catharina Wesseling.

Con este reconocimiento expresamos lo que representa la contribución de Ineke y Timo en el desarrollo de la salud y la seguridad ocupacional en nuestros países en el marco del Programa de Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTRA).

La labor desarrollada por Ineke y Timo, desde la formulación de los proyectos de la primera fase, es simplemente invaluable. SALTRA, con todos sus componentes, fue cuidadosamente concebido y planeado por ellos, permitiendo no solo desarrollar acciones concretas en Salud Ocupacional, sino logrando que las universidades colaboradoras crearan conocimiento y lo transfirieran a instituciones y organizaciones vinculadas con salud ocupacional, desde Belice hasta Panamá.

El Programa, bajo la conducción de Ineke, y con el apoyo permanente de Timo, avanzó construyendo capacidades, estableció una red sólida, y fomentó la colaboración sur-sur y norte-sur, como se había planeado, creando un impacto positivo en las universidades nacionales involucradas y en los recursos humanos reclutados.

Hoy, SALTRA cuenta con una red interuniversitaria nutrida con recursos humanos decididos, comprometidos, y dispuestos a seguir profundizando y desarrollando acciones que favorecen a los trabajadores centroamericanos y contribuyen a la reducción de la pobreza.

Todo esto es gracias a la labor incansable de estos dos íconos de la salud ocupacional.

Muchos logros pueden verse a lo largo del recorrido de SALTRA, con Ineke al frente. Los más notables son las publicaciones científicas internacionales, las series técnicas y las propuestas de proyectos y programas exitosamente aprobados. Su tenacidad y visión de escribir, gestionar y conducir este programa, han sido claves en el éxito de SALTRA. Sus habilidades de liderazgo y de ver oportunidades aún en condiciones difíciles, han representado un ejemplo por seguir para fortalecer los centros nacionales. Ineke nos



Timo Partanen y Catharina Wesseling

enseñó el valor de la publicación científica y el vínculo de esta con las demandas de la sociedad.

Adicionalmente, el trabajo que ha desarrollado Ineke, nos enseñó que hay que enfocarse en las metas, y aunque aparentemente muy estricta, es una amiga incondicional en momentos difíciles, comprensiva, dispuesta, con gran integridad, fuerza y decisión para enfrentar retos.

Paralelamente, Timo, enseñó valores a través de sus acciones, con generosidad, experiencia, conocimientos y capacidad de transmitir de la forma más sencilla -y casi llevándonos de la mano- la salud ocupacional y las artes de la escritura científica. Con Timo entendimos que la edad no es una limitación cuando se trata de aprender. Su avidez por adquirir nuestro idioma y nuestra cultura, nos ha llenado de admiración y respeto. Su facilidad de adaptación y habilidad de salir al paso con improvisación e innovación, nos han mostrado la madera extraordinaria con la que fue hecho.

Cada uno de nosotros tiene algo positivo y alguna lección aprendida de las conversaciones, de las reuniones, de los trabajos conjuntos, de las escrituras en largas jornadas, de las revisiones exhaustivas de nuestros escritos, del entusiasmo, la constancia y tenacidad para dedicarnos tiempo a nuestras inquietudes, para enseñarnos, para darnos, para entregarse aún en momentos de mucha presión y carga de trabajo. Ineke y Timo siempre han tenido tiempo para todo y para todos. Lo han hecho con una gran disciplina, a pesar de las agendas apretadas, sin olvidar detalle y mostrando respeto hasta por la idea menos elaborada.

En Nicaragua siempre tendremos presente a Timo e Ineke. A Timo, apoyando casi a cada miembro de CISTA y teniendo tiempo para pasar y saludar a la mujer que vende refrescos en el mercado, a la niña de las artesanías en la playa, y para conversar amablemente casi con cada persona, en el hotel, el taxi o la universidad y a Ineke, compartiendo con nosotros y señalando la riqueza y la belleza de nuestro país, que a veces no percibimos.

Este reconocimiento a los dos, reitera nuestro agradecimiento por darnos la oportunidad de aprender de cada uno y, aunque están lejos de Centroamérica por razones de salud, sabemos que podemos contar con ellos.

Los centroamericanos nos sentimos orgullosos de continuar el legado SALTRA, y de que, Marianela Rojas, egresada de una maestría nicaragüense, se encuentre al frente del equipo regional. Junto con ella, tenemos misiones históricas para lograr que los y las trabajadoras cuenten con condiciones dignas, libres de riesgos laborales, con leyes que los protejan y con hijos sanos que construyan felizmente su futuro.

Avanza cobertura en salud ocupacional

Región hace importantes esfuerzos por consolidar políticas centroamericanas en la atención a la salud ocupacional y la prevención del riesgo.

Por: Laura Ortiz C. / CAMPUS
lortiz@una.cr

El pasado 10 de diciembre iniciaron las obras de remodelación parcial del Centro de Investigación, Salud y Trabajo (CISTA) de la Universidad Autónoma de León, Nicaragua, y el reequipamiento del Laboratorio de Análisis de Contaminantes. “Uno de los impulsores del Programa SALTRA, desde su primera fase, ha sido precisamente CISTA, considerado un modelo a seguir, por la estructura de trabajo en red, con el fin de incidir en la mejora de las condiciones de vida de la población trabajadora nicaragüense. Con este importante apoyo de la Unión Europea, esperamos que las universidades públicas asociadas a SALTRA sean actores de peso en la promoción de salud ocupacional y ambiental en la región centroamericana”, comentó Mariana Rojas, coordinadora regional de SALTRA.

Este equipo, de acuerdo con Edipsia Roque Roque, coordinadora del Laboratorio para Análisis de Contaminantes, permite el análisis de más de 120 sustancias que se pueden encontrar en el agua, el suelo, los alimentos o ambientes biológicos.

“Gracias a estos análisis tenemos alianzas con los ministerios, los municipios y la empresa privada”.

La donación de la Unión Europea, de acuerdo con Roque, es fundamental, porque ayuda a fortalecer y ampliar la capacidad analítica del laboratorio, además de que

permite darle mantenimiento al equipo que es de muy alto costo.

CAPACITACIÓN COMO CLAVE

Asimismo, el 12 de diciembre se inauguró, con apoyo de la Unión Europea, el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Ambiental (SALTRA), de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad de El Salvador, que tiene como componentes la capacitación, investigación y evaluación de contaminantes.

“En esta Fase II, se quiere seguir consolidando una estructura sostenible, coordinada desde los centros universitarios asociados a SALTRA, con el fin de prevenir accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo y el ambiente y promover la salud ocupacional y ambiental en América Central, como una herramienta para la reducción de la pobreza y promoción del desarrollo humano equitativo y sostenible”, comentó Rojas.

Para Sandra Peraza, coordinadora de SALTRA- El Salvador, además de los avances que se han presentado en el estudio de la enfermedad renal crónica, el aporte en el caso de la contaminación por plomo en el Sitio el Niño, y la participación en la elaboración de políticas y reglamentos a nivel nacional, este centro podrá iniciar lecciones a nivel de diplomado para capacitar a funcionarios de distintos sectores en el área de seguridad ocupacional y ambiental.

El rector de la Universidad, Mario Nieto Lovo, afirmó que el Centro contribuirá al desarrollo humano sostenible y promoverá la cultura de salud ocupacional y ambiental, además de prestar servicios a las instituciones del Estado y las empresas privadas.

Primer Taller Internacional de Investigación en MeN, la epidemia de nefropatía mesoamericana

Por: Catharina Wesseling (PhD) y Jennifer Crowe (MSc)
Programa SALTRA, Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET)
Facultad de Ciencias de la Tierra y el Mar

Durante los últimos 20 años, en varias regiones de Centroamérica se ha observado un incremento acelerado de la enfermedad renal crónica (una enfermedad crónica de los riñones), que no se puede explicar por los factores de riesgo tradicionales, como la diabetes y la hipertensión, y cuya causa es desconocida. También en otras partes del mundo, específicamente en Sri Lanka y la India, hay epidemias similares de enfermedad renal crónica. El programa SALTRA tiene 8 años de trabajar en este grave problema de salud pública en Centroamérica, especialmente nuestros colegas de SALTRA en Nicaragua, El Salvador y Costa Rica.

Para discutir la enfermedad renal crónica en Mesoamérica, el Programa SALTRA organizó el “Primer Taller Internacional de Investigación de la Nefropatía Mesoamericana (Mesoamerican Nephropathy, MeN por sus siglas en inglés)” los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2012 en San José, Costa Rica. En este participaron 55 científicos y profesionales de distintas disciplinas provenientes de 15 países: Brasil, Canadá, Costa Rica, Dinamarca, El Salvador, España, Estados Unidos, Guatemala, Holanda, Honduras, México, Nicaragua, Nueva Zelanda, Panamá, Sri Lanka y Suecia. Muchos de los que estuvieron presentes ya han dedicado importantes esfuerzos de su vida laboral para esclarecer el enigma de la enfermedad renal crónica en la región centroamericana.

El objetivo del taller fue revisar a profundidad el estado del arte sobre la epidemia e identificar lagunas de conocimiento, el cual se debe generar para aclarar las causas de esta seria enfermedad y proponer medidas de prevención y mitigación.

Previo al taller, investigadores, médicos y actores sociales, prepararon más de 20 informes que describen el conocimiento actual y las prioridades para investigación en diferentes áreas de experticia. Estos trabajos fueron presentados, discutidos y ampliados mediante intercambios grupales. El taller se caracterizó por presentaciones de alta calidad, sesiones creativas de trabajo en grupo, preocupaciones sociales, y deseos de colaboraciones futuras. Al final se logró consensuar conceptos y prioridades de investigación y acción.

Los participantes crearon un Consorcio para la investiga-

ción de la nefropatía de Mesoamérica, el cual facilitará la colaboración entre los científicos presentes en el taller. SALTRA ejecutará funciones coordinadoras del Consorcio, que tendrá miembros distinguidos de múltiples grupos de investigación. Se estableció un sitio web temporal con información básica sobre el taller (www.regionalnephropathy.org), mientras se lanza oficialmente la página del programa SALTRA.

Los participantes, pensando en las miles de personas afectadas por la epidemia de enfermedad renal crónica de causa desconocida, en todas aquellas personas que caerán víctimas de esta grave enfermedad en el futuro, y también en los cientos de trabajadores ya fallecidos en Centroamérica, Asia y posiblemente otras partes del mundo, firmaron la siguiente declaración:

- Reconociendo que la enfermedad renal crónica está devastando trabajadores y sus familias en múltiples partes de Centroamérica,
- Apoyando la declaración de COMISCA del 2011, “Unidos para Detener la Epidemia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en Centroamérica y la República Dominicana”, la cual incluye la enfermedad renal crónica como prioridad entre las enfermedades no-transmisibles sujetas a vigilancia,

Nosotros, los participantes en el taller de la Nefropatía Mesoamericana (MeN) organizado por SALTRA,

del 28 al 30 de noviembre del 2012, declaramos que existe prueba de una enfermedad renal crónica de origen no-determinado (MeNu) afectando a Mesoamérica.

Esta es una enfermedad silenciosa que está sobrecargando a los sistemas de salud y resulta en muertes prematuras. Por eso, acciones de prevención y promoción de la salud son de primordial importancia. Los participantes de esta reunión han suministrado evidencia basada en sus investigaciones y están activamente buscando la etiología de esta enfermedad. Es fundamental realizar acciones interdisciplinarias, al nivel global y local, con el fin de dar respuesta a este problema urgente y trágico de salud pública.

Considerando lo anterior, ofrecemos nuestro apoyo a los gobiernos para asistirles en reconocer esta enfermedad en América Central y para colaborar con investigadores locales y con actores multisectoriales para 1) enfrenar este problema uniendo recursos y utilizando evidencia científica existente, y 2) prevenir muertes prematuras en las poblaciones más afectadas mediante intervenciones ahí donde sea posible.

SALTRA espera que este taller, con las colaboraciones que de él emanarán, marque un giro histórico en la dilucidación de la causa de MeN y en la promoción de acciones preventivas y de mitigación.



SALTRA promueve la sinergia con los institutos de estadísticas y otros actores en América Central

Por: Douglas Barraza, Marianela Rojas y Juan Luis Bermúdez
Programa SALTRA, Universidad Nacional, Heredia Costa Rica

SALTRA desde sus inicios ha promovido la sistematización de información referente a los datos existentes en materia de salud ocupacional, publicando en 2009, el primer perfil nacional y regional en la materia. Estos perfiles reflejan que la información sobre accidentes, enfermedades y riesgos profesionales es escasa. Consciente de esta limitación, SALTRA propicia un acercamiento con aquellas instituciones de la región que fungen como rectoras en materia de estadísticas y con otros actores claves (OIT, Centro Centroamericano de Población), y se organiza un taller para los días 26-27 de noviembre de 2012 en San José, Costa Rica.

Cuadro 1. Representantes institutos de estadísticas presentes en el taller de noviembre, 2012

País	Nombre	Cargo
Guatemala	Rubén Darío Narciso Cruz	Gerente Instituto Nacional de Estadística
El Salvador	Francisco Munguía	Subgerente Dirección General de Estadística y Censo
Honduras	Ileana Godoy	Representante Instituto Nacional de Estadística
Panamá	Fernando Gutiérrez	Representante Departamento de Estadísticas Vitales Instituto Nacional de Estadística y Censos
Costa Rica	Elizabeth Solano	Subgerente Instituto Nacional de Estadística y Censos
	Ronald Barrantes Lucrecia Cruz	Representantes Instituto Nacional de Estadística y Censos

Al taller también asistieron todos los representantes nacionales de los Centros SALTRA (ver cuadro 2).

Los objetivos del taller fueron:

- 1 Socializar con los representantes de los institutos nacionales de estadística y censos y demás actores, el trabajo desarrollado por el Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central, sobre indicadores de salud ocupacional y ambiental.
- 2 Consensuar criterios para la elaboración de los perfiles de salud ocupacional y ambiental centroamericanos.
- 3 Establecer alianzas colaborativas con los institutos nacionales de estadísticas y censos que permitan un trabajo conjunto para la actualización periódica de indicadores de salud ocupacional y ambiental.

Cuadro 2. Representantes nacionales Centros SALTRA presentes en el taller de noviembre, 2012

País	Representante	Institución
Guatemala	Carolina Guzmán Magda Hernández	Centro de Información y Asesoría Toxicológica Universidad de San Carlos
El Salvador	Edith Torres Sandra Peraza	Facultad de Química y Farmacia Universidad de El Salvador

País	Representante	Institución
Honduras	Lino Carmenate Cinthya Bonilla	Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Panamá	Hildaura Acosta Pedro Vinda	Universidad de Panamá Universidad de las Américas
Costa Rica	Andrés Robles Esteban Arias	Escuela de Ingeniería en Seguridad Laboral e Higiene Ambiental Instituto Tecnológico de Costa Rica
Nicaragua	Aurora Aragón	Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León

Los principales acuerdos de este primer taller con representantes de los institutos de estadística y censos y otros actores claves, se presentan en el cuadro 3.

Acuerdos

1

SALTRA continuará los esfuerzos de abogacía y negociación con organismos regionales y nacionales para lograr el acceso de los Centros Nacionales a información sobre salud ocupacional y ambiental que actualmente se genera pero no es accesible. *Ej: datos de accidentalidad de las entidades aseguradoras, y datos de la Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud (ECCTS).*

2

La definición y construcción de indicadores de salud ocupacional y ambiental debe contemplar la sensibilidad a los cambios del mercado laboral y la ocupación, y específicamente el incremento de la informalidad y precariedad laboral, por lo tanto deberán ser revisados regularmente y modificados cuando esas necesidades y el entorno cambien.

3

Los Centros Nacionales e Institutos de Estadísticas de la Región continuarán trabajando en los próximos meses y años por estandarizar aún más las categorías poblacionales, ocupacionales de sus encuestas nacionales y llevar este proceso a categorías relacionadas con exposición a riesgos ocupacionales y ambientales.

4

Los Centros Nacionales SALTRA gestarán en cada una

5

de sus universidades la celebración de cartas de entendimiento (donde no existan) que faciliten la cooperación en el desarrollo de un mecanismo sostenible de trabajo conjunto.

6

Los representantes de los institutos de estadística de la región, analizarán la posibilidad de incorporar nuevas preguntas en sus instrumentos de recolección de información en el marco de encuestas nacionales o temáticas, para obtener información periódica sobre variables de salud ocupacional y ambiental.

7

Los Centros Nacionales SALTRA promoverán la inclusión de los actores nacionales que tienen injerencia en la producción y utilización de información sobre salud ocupacional y ambiental en el trabajo iniciado en este primer encuentro centroamericano. Por ej: Ministerios de Trabajo, Salud, Consejos o Comisiones de Salud Ocupacional, OIT, Centro Centroamericano de Población, entre otros.

8

Se estableció el formato para que cada Centro Nacional SALTRA elabore y publique en 2013 un perfil de salud ocupacional y ambiental en su país, con la información disponible en la actualidad.

Para el Programa SALTRA, este encuentro fue muy enriquecedor desde todo punto de vista. Se visibilizó que la carencia de información en la materia no es exclusiva por país y que las mismas limitaciones las enfrentan todos, de una u otra manera.



Información básica sobre la salud ocupacional en América Central

Por: Douglas Barraza, Juan Luis Bermúdez y Catharina Wesseling
Programa SALTRA, Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET), Universidad Nacional, Costa Rica



El Programa Salud, Trabajo y Ambiente en América Central (SALTRA), mantiene un compromiso por orientar políticas preventivas que ayuden a mejorar la salud ocupacional, mediante el monitoreo de indicadores que evalúen las tendencias de riesgos y efectos en la salud de la población trabajadora de la región.

SALTRA, a partir de su componente llamado “Sistema de monitoreo de indicadores en salud ocupacional y ambiental”, trabaja sistematizando información sobre salud y seguridad ocupacional y ambiental en los países centroamericanos. En cuanto a la salud ocupacional, esta recopilación incluye datos sobre la salud de la población trabajadora y sus determinantes físico-químicos, biológicos, mecánicos, sociales, organizativos y psicológicos de enfermedades y accidentes, así como datos del contexto económico y social.

La presente edición del periódico **Salud, Ambiente y Trabajo: Noticias Centroamericanas** muestra un avance del trabajo realizado por los Centros SALTRA de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, los cuales han recolectado, organizado y analizado con rigurosidad datos de diferentes fuentes secundarias, que permitan a la sociedad centroamericana renovar la primera mirada que en 2009 SALTRA facilitó mediante la publicación de

los primeros perfiles de salud ocupacional.¹

Es de notar que la información presentada aquí, será ampliada con datos sobre las condiciones de empleo y trabajo de los/las trabajadoras centroamericanas, tanto de la economía formal como la informal. Estos datos provienen de la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud (I ECCTS). La I ECCTS fue desarrollada por: SALTRA, el Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL) de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas en Houston (SPH-UTH), con la participación de los centros SALTRA en seis países centroamericanos y bajo el auspicio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). El perfil nacional de salud ocupacional estará actualizado en su totalidad en junio de 2013. Lo invitamos a estar visitando nuestra página web: www.saltra.una.ac.cr, donde encontrará sus versiones digitales próximamente.

1. <http://www.saltra.una.ac.cr/index.php?module=Pagesetter&func=viewpub&tid=28&pid=8>

Guatemala

Por: Marylin Castillo, Magda Hernández de Baldetti y Carolina Guzmán Quilo
Programa SALTRA: Centro SOA-USAC, Departamento de Toxicología, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala.



Guatemala limita con el Mar Caribe al noroeste y el Océano Pacífico al sur. Al norte y al oeste limita con México, al sureste con El Salvador y Honduras, y al noreste con Belice. Está dividida en 22 departamentos. Su población estimada para septiembre 2012 es de 15.073.375 personas. Guatemala se considera un país pluricultural (por la diversidad de culturas que lo habitan), multilingüe (25 lenguas que se hablan) y multiétnico (25 etnias). La población indígena constituye casi el 40%, la población garífuna el 4%, y los xinkas (población indígena no-maya) el 7% de la población total. El 49% se considera ladina.

La densidad poblacional es de 135 hab/km², la segunda más alta en el área centroamericana, después de El Salvador. Su población urbana representa un 52%. La tasa de migración es de -2.1, un valor intermedio en comparación con el resto de países del área, superada por El Salvador y Nicaragua.

El Producto Interno Bruto (PIB) de 2011 fue de US\$74.600 millones, con una tasa de crecimiento real del 3,8% y un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de US\$5.000, superior a Honduras y Nicaragua e inferior a Costa Rica, Panamá, El Salvador y Be-

lice. Su economía se basa principalmente en la agricultura (cardamomo, caña de azúcar y café entre los principales productos), turismo, industria y servicios. Guatemala ocupa la posición 131 de 179 países en el *Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas* de 2011. La tasa de analfabetismo es 1,7 veces mayor en las mujeres (63%) que en los hombres (37%). Con respecto al nivel de la pobreza; para 2011, se estima que casi el 54% de la población era pobre.

Tabla 1. Población y economía

Categoría	Guatemala
Población 2012, millones	15.073.375
a. Hombres	7.352.869
b. Mujeres	7.720.506
Densidad de población 2010, habitantes/km ²	135 hab/km ²
Población urbana 2010 (%)	52
Tasa de migración 2010 por 1.000 habitantes	-2.1
Personas en condición de pobreza 2010 (%)	53,72
Producto Interno Bruto (PIB) 2011	US\$74.600 millones
Producto Interno Bruto (PIB) Per Cápita	US\$5.000
Personas en condiciones de 2011, %	No identificado
Tasa de analfabetismo 2010, %	36,9 hombres 63,1 mujeres
Índice de Desarrollo Humano (PNUD)	131

Como en todos los países centroamericanos, la población guatemalteca es joven, con un 38% de niños y niñas, adolescentes (menores de 15 años), un 58% de personas en edad de trabajar (15-64 años), y una cantidad relativamente baja (3,9%) de personas adultas mayores dependientes.

La población económicamente activa (PEA) de 2011 alcanza 5.571.358 personas. La tasa de desempleo es



del 4,1%, (el porcentaje de empleo en hombres es 66% vrs. 34% mujeres). La cantidad de personas ocupadas informalmente (no contratadas por una empresa ni registradas en el seguro social) se estima en un 67%.

La PEA trabaja principalmente en agricultura (38%), los servicios (el 26%), el comercio (18%) y la industria (14%). La agricultura concentra población laboral masculina (87%) e indígena (54%), con los salarios más bajos y la menor escolaridad.

El trabajo infantil representa un estimado de entre 507.000 y 528.000 niños y niñas menores de 15 años, esta población, sumada a los niños y niñas comprendidas entre 14 y 18 años (9% de la población total) que trabajan, hacen un total de más de 900.000 niños y niñas trabajadoras, siendo las peores formas identificadas por OIT los que están en trabajos peligrosos; en jornadas de tiempo completo y en dinámicas invisibilizadas o en exceso toleradas socialmente. La mayor parte de la niñez y adolescencia trabajadora, comprendida entre 14 – 17 años trabajan en ambientes o condiciones de mucha peligrosidad. Las niñas en particular hacen trabajo doméstico pesado, y la mayoría de las personas menores de edad que están siendo explotadas sexualmente, son niñas y adolescentes mujeres.

Guatemala ha ratificado 73 Convenios de la OIT relativos al trabajo: ♦Administración del trabajo ♦Descanso semanal y vacaciones pagadas ♦Categorías especiales de trabajadores ♦Empleo y recursos humanos ♦Horas de trabajo, Igualdad de oportunidades y de trato ♦Libertad sindical ♦Política social ♦Plantaciones ♦Prohibición de trabajo forzoso ♦Salarios ♦Seguridad e higiene en el trabajo ♦Seguridad social ♦Trabajo de las mujeres ♦Trabajo de los menores ♦Trabajadores migrantes ♦Trabajadores indígenas.

Los siguientes convenios no han sido ratificados y son de mucha importancia para el ambiente laboral:

- Sobre condiciones de seguridad y protección de los trabajadores
- Sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.
- Sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo.

La densidad sindical en Guatemala ha ido en decremento, en el periodo 1990 – 1995: 11,2 % mientras que en 2000: 4,4 %. No se obtuvo al momento de este resumen un dato actualizado.

Tabla 2. Trabajo

Categoría	Guatemala
Población económicamente activa (PEA) 2011, millones	5.571.358
Desempleo 2011, % de la PEA ³	4,1
Niños y niñas entre 5 y 14 años que trabajan	507.000-528.000
Personas aseguradas % de PEA (2010)	33
Personas en economía informal % de PEA (2010)	67
Personas inspectoras, cantidad	No disponible
Cantidad de personas ocupadas, por persona inspectora (2010)	No disponible
Accidentes laborales según IGSS (2011)	8.113
Enfermedades laborales en población asegurada (2010 x 1 000)	No disponible
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	72

Los factores de riesgo más relevantes de acuerdo con las ramas de actividad laboral con mayor número de trabajadores lo constituyen la exposición a agentes físicos y químicos relacionados con la agricultura (plaguicidas, disolventes, luz ultravioleta), la construcción (cemento, polvo de madera y otros materiales particulados) y la industria (solventes, metales).

Los datos disponibles son generados por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Instituto Nacional de Estadística INE.

Los servicios de salud ocupacional se ubican en el IGSS, y la atención general de salud por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En Guatemala existe desde 2000, el Consejo Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, CONASSO, ente tripartito (gobierno, trabajadores e iniciativa privada) que ha logrado promover la Política de SSO, validada y actualmente en revisión para su promulgación oficial.

En 2010 se reportan 612 comités bipartitos de SSO en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Referencias:

1. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala C.A “Proyección de Población”. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/np/biblioteca/index.htm> Consultado en: 18 de septiembre del 2012.
2. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala C. A. “Desarrollo y Pobreza”. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/np/encovi/documentos/Pobreza%20y%20Desarrollo%202011.pdf>. Consultado en: 18 de septiembre del 2012
3. Index Mundi. “Guatemala tasa de desempleo”. Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/guatemala/tasa_de_desempleo.html. consultado en: 19 de septiembre del 2012
4. <http://white.oit.org/pe/ipec/busqueda.php>
5. Fundación para el desarrollo de Guatemala. “Desarrollo Humano”. Disponible en: http://www.fundesa.org.gt/cms/content/files/cides/indices/2011_-_Desarrollo_Humano.pdf. Consultado en: 19 de septiembre del 2012.
6. Perfil diagnóstico nacional sobre condiciones de trabajo, salud y seguridad ocupacional. Guatemala 2007. CONASSO Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms_187681.pdf Consultado en: 22 de octubre del 2012



El Salvador

Por: Edith Torres y Sandra Peraza
Programa SALTRA El Salvador. Facultad de Química y Farmacia.
Universidad de El Salvador (UES)

La República de El Salvador se ubica en la costa del Pacífico de la región centroamericana. Posee una extensión territorial de 21.041 km². El Salvador es el único país centroamericano que no posee costa sobre el Mar Caribe. Colinda en su frontera noroeste con Guatemala y al este con Honduras. Administrativamente se divide en 14 departamentos y 262 municipios. Su población para 2011 según datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) es de 6.213.730 personas. Con una densidad poblacional de 295 habitantes por km². La mayor parte de la población vive en zonas urbanas (62,3%) contra un 37,7% en zonas rurales.

De acuerdo con EHPM 2011, el 57,9% de la población es menor de 30 años y la población de 60 años y más, que es considerada como las personas adultas mayores, representa el 2,9%. Esto revela que la población salvadoreña es bastante joven, lo que facilita la renovación generacional en los ámbitos productivos y de la sociedad en general. Las mujeres representan el 52,3% de la población total del país, mientras que los hombres el 47,7%; obteniéndose un índice de masculinidad de 0,91, es decir, que existen en el país 91 hombres por cada 100 mujeres. En la zona urbana y en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), el predominio femenino es mayor que en la zona rural 0,88 vs 0,97.

El IDH de El Salvador es 0,674, lo que lo coloca en la posición 105 de los 187 países para los que se disponen de datos comparables. El IDH de América Latina y El Caribe como región ha pasado del 0,582 en 1980 a 0,731 en la actualidad, por lo que El Salvador se sitúa por debajo de la media regional. “Las tendencias del IDH refleja la historia nacional y regional, mostrando las profundas brechas sociales dentro y entre países (PNUD, 2011)”.

La tasa de analfabetismo para 2011 es del 12,8% a nivel nacional, aún muy alta y siendo mayor en la zona rural del país (20,7%).

En El Salvador un 40,6% de los hogares se encuentran en pobreza; de estos el 12,2% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 28,3% está en pobreza relativa. En el área urbana el 35,4% de los hogares vive en pobreza; el 8,9% está en pobreza extrema y el 26,5%, en pobreza relativa. En el área rural un 50,2% de hogares se encuentra en pobreza, de los cuales el 18,4% está en pobreza extrema y el 31,7% en pobreza relativa. El Área Metropolitana de San Salvador (EMSS) cuenta con el menor número de pobres, el 27,1% de hogares está en esta situación; el 5,2% vive en pobreza extrema; y el 21,9% se encuentra en pobreza relativa.

TABLA 1. Población y economía

Categoría	El Salvador
Población 2011 (millones)	6.213.730
Hombres (%)	47,7
Mujeres (%)	52,3
Densidad de población 2011 (habitantes /km ²)	295
Población Urbana 2011	3.871.332
Tasa de migración 2011 por 1000 habitantes (2012)	-8,78
Personas en condición de pobreza 2011 (%)	40,6
Personas en extrema pobreza 2011 (%)	12,2
Tasa de Analfabetismo (%)	12,8
Índice de desarrollo humano (PNUD)	0,72



SITUACIÓN DE EMPLEO EN EL SALVADOR

En El Salvador, la población en edad de trabajar (PET) está definida a partir de los 16 años y representa el 68% de la población total. Según la EHPM de 2011, la PET ascendió a 4.212.174 personas, lo que representa un 67,8% de la población.

La población económicamente activa que es definida como la parte de la PET que realiza alguna actividad económica u ofrece su fuerza de trabajo al mercado laboral, está constituida por 2.641.133 personas (62,7% de la PET); 1.568.833 (59,4%) hombres y 1.072.300 (40.6%) mujeres. Al caracterizar la PEA por área geográfica, la EHPM 2011 reveló que un 65,8% de la PEA proviene del área urbana y un 34,2% del área rural.

En cuanto al trabajo infantil en El Salvador, se ha calculado que 188.343 niños entre la edad de 5 a 17 años se encuentran desarrollando alguna actividad que representa un ingreso para el hogar. De estos, el 3,3% son niños entre 5 y 9 años, el 41,8% son niños entre 10 y 14 años, y el 54,9%, entre 15 y 17 años de edad.

El Salvador ha ratificado 29 de 188 Convenios de la OIT. Los más importantes relacionados con las condiciones de seguridad y protección de los trabajadores son: ♦Convenio sobre la indemnización por accidentes de trabajo ♦Convenio sobre el trabajo forzoso ♦Convenio sobre examen médico ♦Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación ♦Convenio sobre el derecho de sindicalización y de negociación colectiva ♦Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores ♦Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil.

TABLA 2. Trabajo

Categoría	El Salvador 2011	Salario promedio mensual \$
Población Económicamente Activa	2.641.133	
Desempleo 2011 de la PEA (%)	6,6	
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	13. 297	134
Minas y canteras	667	203
Industrias manufactureras	161.752	418
Electricidad, gas y agua	4.846	246
Construcción	24.040	265
Comercio, hoteles, restaurantes	138.671	257
Transporte, almacenaje, comunicaciones	37.241	347
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	120.271	383
Servicios comunales, sociales y personales	69.497	473
Niños , niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajan (año 2011)	188.343	
Niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años que trabajan (%)	41,8	
Personas aseguradas, % de PEA	27,2	
Enfermedades profesionales en población asegurada (riesgos profesionales)	53.410	
Accidentes de trabajo en población asegurada ISSS	19.016	

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, los asegurados tienen derecho a recibir las prestaciones médicas y los aparatos de prótesis y ortopedia que se juzguen necesarios, conforme las listas elaboradas al efecto. Cuando el accidente o la enfermedad profesional produce incapacidad temporal para el trabajo, los asegurados reciben un subsidio diario en dinero que se calcula en forma similar al de la enfermedad común, y se paga a partir del día siguiente a aquel cuando ocurrió el accidente, hasta que el trabajador haya recuperado su capacidad de trabajo o se declare inválido. Los accidentes de trabajo en la población asegurada del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (19.016) son reportados por los patronos. El número es mucho menor de lo esperado con base en sistemas de vigilancia en países desarrollados, igual que las enfermedades profesionales, indicando un importante subregistro.

Con la nueva Ley sobre Riesgos en los lugares de trabajo, aprobada el 28 de abril de 2012, la salud ocupacional está tomando un mayor auge en el país. La Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (LGPRLT) fue promulgada por Decreto Legislativo N° 254 en mayo de 2010. Esta ley surge de la Comisión Nacional en Seguridad y Salud Ocupacional (CONASSO), que es un ente tripartito, parte del Consejo Superior del Trabajo y está conformado por tres sectores (gubernamental, empresarial y de trabajadores).

Entre los principales aspectos novedosos que regula esta Ley, se destaca la exigibilidad de formulación documental y aplicación práctica de un Programa de Gestión en materia de Seguridad y Salud Ocupacional (SSO), que contendrá todas las acciones y medidas que una empresa o institución deberá poner en marcha para la protección de los trabajadores y empleadores. En este mismo aspecto será obligatoria la conformación y funcionamiento de comités de SSO y delegados de prevención, como estructuras de vital importancia para instaurar el sistema de gestión con participación activa de los trabajadores.

Finalmente, se debe hacer referencia al Marco Sancionatorio, que establece sanciones económicas altas en caso de incumplimiento, que van desde 4 a 28 salarios mínimos por infracción individual. También es preciso destacar que contempla la posibilidad de imponer sanciones disciplinarias a los trabajadores por incumplimientos, de conformidad al Reglamento Interno de Trabajo de cada empresa o institución, lo que coadyuvará a que los trabajadores pongan mayor esfuerzo en cumplir las instrucciones recibidas en esta materia de parte de su empleador.

Con esta nueva ley se espera lograr cambios sustanciales en la salud ocupacional en el país.

Fuentes:
Banco Mundial, Trabajamos por un mundo sin pobreza.
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.NETM>
Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2011.
<http://www.digestyc.gob.sv/index.php/novedades/aviso/253-resultados-de-la-encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples-2011.html>
Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Anuario Estadístico 2011, Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional. Departamento de Actuariado y Estadística.
http://www.iss.gob.sv/administrador/component/com_docestandar/upload/documentos/ANUARIO%20ESTADISTICO%202011.pdf
Organización de los Estados Americanos, Migración Internacional en las Américas.
Primer Informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas (SICREMI).
<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7629.pdf?view=1>
Organización Internacional del Trabajo. Normas Internacionales del Trabajo, El Salvador.
<http://webfusion.ilo.org/public/db/standards/normes/appl/appl-byCtry.cfm?lang=es&CTYCHOICE=0540>
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD), Indicadores Internacionales sobre desarrollo humano.
<http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/SLV.html>
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador, 2007-2008
<http://www.pnud.org.sv/2007/idh/content/view/25/101/>

Honduras

Por: Lino Carmenate Milián y Cinthya Bonilla Zúniga.
Programa SALTRA Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

La República de Honduras se encuentra ubicada en la parte más ancha del istmo centroamericano. Limita al norte y este con el Océano Atlántico, al este y sur con Nicaragua, el Golfo de Fonseca y El Salvador y al oeste con Guatemala. La extensión territorial de Honduras es de 112.492 km², dividida en 18 departamentos y 298 municipios. Su población es de 8.303.399 personas, siendo un país multiétnico, multicultural y multilingüe, que se compone de una mayoría de blancos o mestizos y otros 8 grupos culturalmente diferenciados que representan el 7% de la población. La densidad poblacional es de 73,8 hab/km², la tercera más baja en Centroamérica. Su población urbana representa un 45,9% del total de los habitantes y tiene una tasa de migración internacional de -1,2 por 1000 habitantes, la tercera más baja en Centroamérica. Honduras tiene una economía de lento crecimiento, basada en actividades de los sectores terciario y primario de la economía donde se ocupan, respectivamente, el 48,0% y el 38,6% de la población económicamente activa (PEA).

En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Honduras ocupa la posición 121 entre 179 países y la cuarta a nivel de Centroamérica. La tasa de analfabetismo es 14,6 por 100 habitantes, a expensas de las áreas rurales (20,9%), la cual ha presentado una disminución sostenida en los últimos años. El nivel de la pobreza para 2012 se sitúa en un 66,5% con un 46,0% de pobreza extrema.



TABLA 1. Población y economía

Categoría	Honduras
Población 2012, millones	8.303.399
Hombres	4.049.889 (48.8%)
Mujeres	4.253.510 (51.2%)
Densidad de población 2012, habitantes/km²	73,8
Población urbana 2012, %	45,9
Tasa de migración 2012 por 1.000 habitantes	-1,22
Personas en condición de pobreza 2012, %	66,5
Personas en extrema pobreza 2012, %	46,0
Tasa de analfabetismo 2012, %	14,6
Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las NU 2011, posición mundial relativa entre 179 países	121

Según los grupos de edad, en la población de Honduras predomina el grupo de personas en edad de trabajar (15-64 años), que representa el 58,3%, seguido de niños, niñas y adolescentes (menores de 15 años) con un 37,4%, combinado con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes, con un 4,3%. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes, lo que se ha denominado bono demográfico, tiene evidentes implicaciones para la planificación estratégica y el desarrollo de políticas nacionales laborales, sociales y de salud que garanticen condiciones para la educación adecuada, el empleo justo, seguro y salubre, y los servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional, para estos futuros grupos de edad laboral. La población económicamente activa (PEA) de Honduras es de 3.364.688 personas. La tasa de desempleo abierto es del 3,6%, y predominante en las áreas urbanas sobre las rurales (5,6 vs. 1,7) y en las mujeres sobre los hombres (5,0 vs. 2,9). Las personas ocupadas son 3243877, y se estima que entre un 50 y un 70% lo hace en actividades consideradas del sector informal por las condiciones en que se realizan o el acceso a los beneficios del sistema de seguridad social.

La PEA trabaja principalmente en actividades de agricultura, comercio, servicios y manufactura textil (Tabla 2).

Según la Encuesta de Trabajo Infantil de 2002, en el país se encontraban 356.241 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años ocupados en actividades económicas, lo que representa el 15,4% de las personas en este grupo de edad. En 2008 se aprobó el listado de las peores formas de trabajo infantil.

Las leyes nacionales fundamentales en el tema de Salud Ocupacional y Ambiental son: el Código del Trabajo (1959), el Reglamento General de Medidas Preventivas de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (2004), el Código de Salud (1996), el Reglamento General de Salud Ambiental (1997), la Ley General del Ambiente (1993), el Reglamento de la Ley General del Ambiente (1993), y se destacan tres elementos: la necesidad de reformas para su actualización y adecuación a las necesidades del país, el incumplimiento y la impunidad ante el incumplimiento.

Honduras ha ratificado 22 de 188 Convenios de la OIT, entre los que sobresalen los denominados convenios fundamentales. En 2011 existían 555 organizaciones sociales en el trabajo inscritas en la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS), entre ellas tres confederaciones de trabajadores.

TABLA 2. Trabajo

Categoría	Honduras
Población económicamente activa (PEA) 2012	3.243.877
Desempleo 2012, % de la PEA	3,6
Agricultura, ganadería, caza, pesca	1.239.762
Minas y canteras	11.493
Industrias manufactureras	433.779
Construcción, electricidad, gas, agua	13.527
Comercio, hoteles, restaurantes	174.108
Transporte, almacenaje, comunicaciones	709.729
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	107.264
Servicios públicos y personales	94.809
Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajaban 2002	356.241
Niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años que trabajan 2012	127.465
Personas aseguradas 2012, % de PEA	19,1
Enfermedades Profesionales en población asegurada	No disponible
Accidentes del Trabajo en población asegurada IHSS 2011	3449
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	22

Los riesgos ocupacionales y ambientales a los que están expuestos los trabajadores y trabajadoras en las actividades económicas más importantes, son las sustancias químicas (en especial los plaguicidas), el ruido, el microclima de trabajo (temperaturas, humedad) y las condiciones disergonómicas (sobrecargas de trabajo, posturas, posiciones).

Las estadísticas de Riesgos Profesionales (Accidentes del Trabajo y Enfermedad Profesional) provienen de dos fuentes independientes. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) reporta la información de sus afiliados y la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS) reporta la información de las personas no aseguradas que acuden a los servicios de Salud Ocupacional, en ambos casos con importantes subregistros.

Los servicios especializados de salud ocupacional son pocos en el país, y destacan los brindados por el IHSS, la STSS y programas que se desarrollan en algunas empresas de manera independiente, o como parte de colaboración con el IHSS a través del Servicio Médico de Empresas. Estos servicios están dedicados, en su mayoría, al diagnóstico y tratamiento, con muy pocos esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de los efectos sobre esta.

La entidad rectora de la Salud Ocupacional es la Comisión Nacional de Salud de los Trabajadores y las Trabajadoras de Honduras (CONASATH), conformada por instituciones del gobierno (Secretaría de Salud, Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente, Secretaría de Agricultura y Ganadería), de la academia (Universidad Nacional Autónoma de Honduras), las organizaciones de trabajadores (Confederación Unitaria de Trabajadores de Honduras, Confederación General de Trabajadores, Confederación de Trabajadores de Honduras) y las de empresarios (Consejo Hondureño de la Empresa Privada) que elaboran el Plan Nacional de Salud de los Trabajadores y las Trabajadoras (PLANSAT) con periodos de 4 años.

Existen 2 cuerpos de inspección en Salud Ocupacional. En el IHSS, 5 inspectores cubren las empresas afiliadas (27.098 en 2012) y a todos sus trabajadores. En la STSS, 26 inspectores atienden las necesidades de las empresas y trabajadores no afiliados a la seguridad social, primordialmente ante reclamos de trabajadores individuales o como parte de visitas programadas o investigaciones de accidentes. En ambos casos los inspectores realizan sus actividades en las principales ciudades del país (Distrito Central, San Pedro Sula, Choloma, Villanueva, El Progreso y La Ceiba).

Según la legislación, todas las empresas de más de 10 trabajadores deben conformar una Comisión Mixta de Higiene y Seguridad (CMHS), y las de menos de 10 trabajadores, contar con un Delegado de Salud Ocupacional. En 2010 solo 224 empresas tenían inscrita la CMHS en la STSS, en las cuales trabajaban 57.160 personas.

Para lograr cambios en la situación de SOA en Honduras, es imprescindible el desarrollo e implementación de una política nacional que permita un sistema único y universal que garantice los principios básicos de bienestar y los derechos humanos de toda la población hondureña.

Fuentes:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe Desarrollo Honduras 2011. <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/HND.html>
Instituto Nacional de Estadísticas (INE). XLIII Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Mayo 2012.
Programa de Salud y Trabajo en América Central (SALTRA). Perfil Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional. Informe Nacional República de Honduras. Informe de Proyecto Programa de Salud y Trabajo en América Central (SALTRA). Tegucigalpa M.D.C., Honduras, 2006.
Organización Internacional del Trabajo (OIT). Diagnóstico Nacional sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Informe de Consultoría Proyecto Mejorando la Seguridad y Salud en el Trabajo a través de la Agenda de Trabajo Decente. Organización Internacional del Trabajo (OIT) – Unión Europea (UE). Tegucigalpa M.D.C., 2011.
Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG). 2008 – 2010.
Instituto Hondureño de Seguridad Social. Gerencia de Planificación Estratégica, Subgerencia de Estadísticas. IHSS en cifras 2003 – 2011.
Instituto Hondureño de Seguridad Social. Gerencia de Riesgos Profesionales. 2008 – 2011.
Instituto Nacional de Estadísticas (INE) - Organización Internacional del Trabajo (OIT). Informe nacional sobre resultados de la Encuesta del trabajo Infantil en Honduras. Encuesta de Hogares de Propósito Múltiples. Mayo 2002.

Nicaragua

Por: Aurora Aragón B, Indiana López
Programa SALTRA: Centro de Investigación en Salud, Ambiente y Trabajo (CISTA), UNAN-León, Nicaragua

Nicaragua es el país con la extensión territorial más grande de América Central: limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica, al este con el Mar Caribe y al oeste con la costa pacífica. Tiene 15 departamentos en el pacífico y zona central y dos regiones autónomas situadas en la costa Caribe. Su población es de casi 6 millones de habitantes, con un 14% formado por grupos étnicos compuestos mayoritariamente por miskitos, seguidos por mayagnas, ramas y creoles. La densidad poblacional es de aproximadamente 44 habitantes por km² siendo de las más bajas en la región. Su población urbana representa un 56% del total de los habitantes y tiene una tasa de migración de -3.5 por mil, la segunda más alta de la región después de El Salvador. Nicaragua tiene una economía que ha ido creciendo paulatinamente, aunque todavía se basa en la producción agropecuaria. Los cinco primeros productos de exportación de mayor crecimiento en 2012 fueron el café, oro en bruto, carne bovina, azúcar de caña, y productos lácteos, que sobrepasaron los mil millones de dólares. En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Nicaragua



ocupa la posición mundial relativa 129, entre 179 países. La tasa de analfabetismo es del 30,3% la cual ha aumentado en los últimos 10 años. El nivel de la pobreza de Nicaragua para 2010 se describe en un 44,5%, con un 9% en pobreza extrema.

Como en todos los países centroamericanos, la población nicara-

TABLA 1. Población y economía

Categoría	Nicaragua
Población 2012, millones	5.962.782
Hombres	2.947.266
Mujeres	3.015.516
Densidad de población 2012, habitantes/km²	44
Población urbana 2010, %	56
Tasa de migración 2011 por 1.000 habitantes	-3,4
Personas en condición de pobreza 2010, %	44,5
Personas en extrema pobreza 2010, %	9
Tasa de analfabetismo 2010, %	30,3
Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las NU1 2011, posición mundial relativa entre 179 países	129

Proyección de Población 2012. Ministerio de Salud
Tasa de migración: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=nu&v=27&l=es>



güense es joven, con un 32% de niños y niñas, adolescentes (menores de 15 años), un 67% de personas en edad de trabajar, y una cantidad relativamente baja (3%) de personas adultas mayores dependientes.

La población económicamente activa (PEA) de Nicaragua para 2010 era de 2.846.900 personas. La tasa de desempleo oficial es del 8% (para 2010), siendo más alta entre mujeres que entre hombres. La cantidad de personas ocupadas informalmente es del 60% (2009). La PEA trabaja principalmente en comercio y en agricultura, y se encuentra mayoritariamente en el sector de economía informal (Tabla 2).

El trabajo infantil representa el 15% de los niños y niñas menores de 15 años, siendo las peores formas identificadas por OIT: el comercio sexual, el trabajo en los basureros, la venta ambulante, la servidumbre y el trabajo agrícola.

Nicaragua tiene en su constitución, el código del trabajo y leyes específicas, como la de higiene y seguridad en el trabajo, excelentes herramientas para proteger a los trabajadores. Sin embargo, dado el amplio sector en economía informal, con formas de subempleo o trabajo sin pago en condiciones precarias y el número creciente de trabajos flexibles o tercerizados, las leyes resultan insuficientes para reducir los riesgos y proteger a los trabajadores. Por la inestabilidad laboral, los trabajadores no suelen reclamar sus derechos y las demandas por condiciones dignas de trabajo que incluyan una mejor salud y seguridad por parte de los trabajadores, no son prioridad a pesar de que la exposición a riesgos laborales trasciende el ámbito del lugar de trabajo al hogar. Esta situación, inevitablemente se traslada a la familia y, particularmente, a los niños, por ser los más vulnerables.

Nicaragua ha ratificado 61 de 189 Convenios de la OIT. Los más importantes relacionados con las condiciones de seguridad y protección de los trabajadores son: derecho de asociación, libertad sindical, horas de trabajo, pueblos indígenas, peores formas del trabajo infantil. El más recientemente aprobado fue el convenio relativo al trabajo doméstico.

TABLA 2. Trabajo

Categoría	Nicaragua
Población económicamente activa (PEA) 2010*	2.846.900
PEA ocupada* (miles)	2.637.400
Desempleo 2011, % de la PEA	7,4
Agricultura, ganadería, caza, pesca (miles)	849.300
Minas y canteras	11.900
Industrias manufactureras	303.300
Electricidad, gas, agua	13.900
Construcción	102.900
Comercio, hoteles, restaurantes	650.500
Transporte, almacenaje, comunicaciones	97.400
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	80.400
Servicios públicos y personales	527.800
Niños y niñas entre 5 y 14 años que trabajan %	15
Personas aseguradas 2010, % de PEA	20
Personas en economía informal 20091.359.700/2.282.700, % de PEA**	60%
Personas inspectoras 2010, cantidad***	30
Cantidad de personas ocupadas, por persona inspectora, 2010	87.913
Accidentes laborales en población asegurada 2010, por 1 000	44
Enfermedades laborales en población asegurada 2010, por 1 000	1
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 189)	61

* Banco Central de Nicaragua. Informe anual 2010
**CEPAL. NICARAGUA: EVOLUCIÓN ECONÓMICA DURANTE 2010
*** Comunicación personal DHST MITRAB

Aunque no hay estadísticas claras sobre los factores de riesgo más importantes, en sectores como agropecuario, construcción y manufactura se destacan la exposición a sustancias químicas, particularmente plaguicidas en el área agrícola, las maquinarias o equipos no aptos para los trabajadores, la exposición a calor y la sobrecarga física.

Las estadísticas de accidentes y enfermedades son pobres y se limitan a lo reportado por el 20% de la PEA ocupada (PEAo), que es la población asegurada. Tales estadísticas muestran una accidentalidad menor de un 5%, es decir, encontrándose entre un 5% y un 8% en los sectores agrícolas, minería, manufactura, electricidad y gas. Estas cifras deben tener un alto subregistro si consideramos los factores de riesgo no controlados y la pobre infraestructura de SSO. Por otro lado, los servicios de salud ocupacional son escasos y solo se encuentran dentro del sistema del seguro social que da cobertura únicamente a uno de cada cinco trabajadores activos.

A pesar de la escasez de servicios de salud ocupacional y de la limitada cobertura, el Ministerio del Trabajo de Nicaragua ha ido incrementando acciones de protección de los trabajadores mediante instalación de comisiones mixtas en las empresas, hasta lograr la constitución de alrededor de 5000 comisiones mixtas en el territorio nacional. Paralelamente, ha estado trabajando en la constitución de consejos departamentales de higiene y seguridad en el trabajo, y en la planificación estratégica anual, en el seno del Consejo Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Este Consejo organiza anualmente actividades y foros departamentales de comisiones mixtas de las empresas. El fomento y la activación de las comisiones mixtas a nivel de las empresas suplen la falta de inspectores a nivel nacional.

Un porcentaje elevado en economía informal, altos niveles de pobreza y pocas opciones de empleo digno y de educación de la PEA nicaragüense son el escenario del desarrollo de la SSO en Nicaragua. Una ventaja es que el país cuenta con herramientas legales para proteger al trabajador y tiene una estructura que permitiría la reducción de los trabajos más peligrosos. Sin embargo, hay muchas tareas pendientes, ya que para Nicaragua, ser joven, mujer, de un grupo étnico minoritario y estar en el sector informal, representa el desafío más importante para las autoridades con el fin de lograr la inserción de estos grupos en el mercado laboral actual. Una política que enfoque en los más vulnerables y en los problemas prioritarios de los trabajadores, es obligatoria.

Fuentes:
1. CETREX. Nicaragua: Principales productos de exportación. 2010; Disponible en: http://www.vicpresidencia.gob.ni/noticias/2010/abr/vp_exportaciones.pdf
2. MINSA. Proyección de población de Nicaragua 2012. Ministerio de Salud de Nicaragua. Calculado a partir de datos de INIDE.
3. Tasa de migración neta (todos los países). Disponible en: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=nu&v=27&l=es>
4. BCN. Informe Anual 2010. Banco Central de Nicaragua; en www.bcn.gob.ni/publicaciones/.../Informe_Anuar_2010.p
5. CEPAL. Nicaragua: evolución económica durante 2010. Disponible en: http://www.eclac.cl/mexico/publicaciones/xml/2/45112/2011-069-Nicaragua-Evol.econ.2010-L.1045-para_web.p
6. INSS. Anuario estadístico 2010. Managua. Disponible en: www.inss.gob.ni/index.../149-anuario-estadistico-2010
7. Nicaragua, convenios de OIT ratificados. Ley Laboral. Disponible en: <http://www.leylaboral.com/nicaragua/NormasNicaragua.aspx?item=1&bd=31>



Costa Rica

Por: Andrés Robles Ramírez y Esteban Arias Monge
Programa SALTRA-Costa Rica. Escuela de Ingeniería en Seguridad Laboral e Higiene Ambiental, Instituto Tecnológico de Costa Rica

Costa Rica limita al norte con Nicaragua, al sur con Panamá, al oeste con el Océano Pacífico y al este con el Mar Caribe. Su población es de 4 563 538 personas y el 2,4% está compuesto por 8 grupos étnicos que hablan 6 idiomas indígenas. La densidad poblacional es de 84,2 habitantes por km,² siendo la tercera de la región. Su población urbana representa un 63,5% del total de los habitantes y tiene una tasa de migración de 1,1 por mil habitantes, lo que la constituye la segunda más baja de la región, por encima de Panamá. Costa Rica tiene una economía basada en la industria y la agricultura, donde el comercio y la construcción muestran un repunte considerable en los últimos años.

En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Costa Rica ocupa la posición mundial relativa 62, entre 179 países. La tasa de analfabetismo es del 2,4% la cual se considera baja y ha disminuido un 2,7% en los últimos 10 años. La pobreza alcanzó al 20,6% de los hogares en 2012, en 2011 esta cifra fue de un 21,6%. La pobreza extrema fue de un 6,3% para 2012 igual que en 2011.

TABLA 1. Población y economía

Categoría	Costa Rica
Población 2010, millones	4.563.538
a. Hombres	2.314.234
b. Mujeres	2.249.304
Densidad de población 2010, habitantes/km ²	84,2
Población urbana 2010 (%)	63,5
Tasa de migración 2010 por 1.000 habitantes	1,1
Personas en condición de pobreza 2010 (%)	24,2
Personas en extrema pobreza 2010 (%)	6,8
Tasa de analfabetismo 2010 (%)	2,4
Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las NU 2010, posición mundial relativa entre 179 países	62

Como en todos los países centroamericanos, la población costarricense

se es joven, con un 26,6% de niños y niñas, adolescentes (menores de 15 años) un 64% de personas en edad de trabajar, combinado con una cantidad relativamente baja del 6% de personas adultas mayores dependientes. La población económicamente activa (PEA ocupada) de Costa Rica fue de 1.902.164 personas en 2010. La tasa de desempleo fue del 7,3%, siendo del 5,9% para hombres y del 9,5% para mujeres. La cantidad de personas ocupadas informalmente era de 570.650.

La PEA ocupada trabaja principalmente en comercio, manufactura y agricultura, con el comercio y la manufactura principalmente en la zona urbana (con mayor población en el país), y la agricultura prácticamente reservada para la zona rural. La manufactura de implementos y dispositivos médicos está teniendo un auge considerable en el país, aunque los circuitos integrados y microestructuras electrónicas siguen siendo el principal producto de exportación, así como la agricultura de productos tradicionales como el banano, la piña y el café categoría oro, que son los tres primeros productos agrícolas de exportación.

El 10,2% de los niños y niñas menores de 15 años trabajan. La OIT señala que las formas más comunes de trabajo infantil identificadas son las tareas en agricultura y servicio doméstico, la primera categoría conformada por trabajadores niños y la segunda por niñas.

Costa Rica maneja una amplia protección de los derechos de los trabajadores, que según rango se clasifican en:

- Constitución Política
- Código de Trabajo
- Convenios y tratados (dentro de los que se encuentran los convenios de la OIT)
- Directrices externas
- Leyes y reglamentos (entre los que se puede citar: Ley de Inclusión de personas con discapacidad y Ley de Protección del Trabajador).

Costa Rica ha ratificado 48 de 188 Convenios de la OIT. Los más importantes relacionados con las condiciones de seguridad y protección de los trabajadores son: Convenio sobre las

peores formas de trabajo infantil, Convenio sobre la edad mínima, Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, convenio sobre igualdad de remuneración, Convenio sobre derecho de sindicatos y de negociación colectiva, Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicalización.

En 2010 se registraron 281 sindicatos activos, los cuales sumaban 195.950 afiliados y representaban una tasa de afiliación del 10,3% de la PEA.

TABLA 2. Trabajo

Categoría	Costa Rica
Población económicamente activa (PEA ocupada) 2010, millones	1.902.164
Desempleo 2010 (% de la PEA)	7,3
Agricultura, ganadería, caza, pesca	285.076
Minas y canteras	2.121
Industrias manufactureras	227.744
Construcción, electricidad, gas, agua	140.259
Comercio, hoteles, restaurantes	444.179
Transporte, almacenaje, comunicaciones	119.346
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	176.400
Servicios públicos y personales	69.521
Niños y niñas entre 5 y 14 años que trabajan (%)	10,2
Personas aseguradas 2010 (% de PEA)	51,3
Personas en economía informal 2010 (% de PEA)	30
Personas inspectoras 2010. Cantidad de personas ocupadas, por persona inspectora, 2010	-
Accidentes laborales en población asegurada 2010, x 1 000	-
Accidentes y enfermedades laborales en población asegurada (2006, x 1 000)	113
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	48

Aunque no hay estadísticas recientes sobre los principales riesgos laborales, no se puede dejar de mencionar los derivados del uso de agroquímicos, más si se tiene en cuenta la importancia dentro de la economía nacional.

Las estadísticas de accidentes laborales son manejadas históricamente por el Instituto Nacional de Seguros, pero desde 2006 se dejaron de publicar y se retiró del portal electrónico los datos de los años anteriores, por lo cual no se tiene acceso a los datos que pueden brindar información de la situación actual del país.

En cuanto a organización y rectoría del área de salud ocupacional, es liderada por el Consejo de Salud Ocupacional, integrado por ocho miembros propietarios: un representante del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quien lo preside, un representante del Ministerio de Salud, un representante del Instituto Nacional de Seguros, uno de la Caja Costarricense de Seguro Social, y dos representantes de los patronos y de los trabajadores. El Poder Ejecutivo designa a los representantes de los patronos, escogidos de ternas enviadas por las cámaras patronales y escoge, en forma rotativa, a los dos representantes de los trabajadores, de las ternas enviadas por las confederaciones de trabajadores.

Costa Rica cuenta con una amplia legislación y normativa técnica, la cual es formulada por el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica, enfocados en salvaguardar los derechos de los trabajadores, pero se deben unificar esfuerzos para vigilar el respeto y cumplimientos de las normas. De igual forma, se debe dar un paso importante para el establecimiento de políticas laborales y de salud enfocadas en prevenir los riesgos asociados con las labores, más allá de medidas paliativas.

Fuentes:

1. Anuario estadístico Costa Rica 2010. Ministerio de Trabajo de Costa Rica. <http://es.scribd.com/doc/62599714/Anuario-Estadístico-2010>
2. Estadísticas de exportaciones. Ministerio de Comercio Exterior. <http://www.comex.go.cr/estadisticas/exportaciones.aspx>
3. Encuesta Nacional de Hogares. Instituto Nacional de Estadística y Censo. <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>
4. Ministerio de Trabajo de Costa Rica. <http://www.mtss.go.cr/legislacion-laboral/convenios-y-tratados.html>
5. Población indígena en Costa Rica. Censo 2011. Instituto Nacional de Estadística y Censo. <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
6. Indicadores de Index Mundi. http://www.indexmundi.com/es/costa_rica/tasa_de_alfabetizacion.html
7. Índice de desarrollo humano. PNUD. <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idh/>
8. Intensificar la lucha Contra el trabajo infantil 2010. OIT. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_126694.pdf



Panamá

Por: Pedro L. Vinda¹, Fernando Gutiérrez², Hildauro Acosta de Patiño³
1 Programa SALTRA-Panamá. Universidad Especializada de las Américas (Chiriquí) y Caja de Seguro Social;
2 Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Contraloría General de la República;
3 Programa SALTRA-Panamá. Centro de Investigación e Información de Medicamentos y Tóxicos (CIIMET), Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.



Panamá limita al oeste con Costa Rica y al este con Colombia. Su extensión territorial es de 74.177,3 km² y su población (según el censo de 2010) es de 3.405.813 habitantes, siendo uno de los países menos poblados de la región centroamericana. Posee una alta diversidad étnica, compuesta por grupos no indígenas (hispano-indígena, afro colonial, afro antillano y de diversos orígenes –chinos, hindúes, judíos, españoles, estadounidenses, colombianos, centroamericanos, italianos, argentinos, franceses, árabes, venezolanos, dominicanos, chilenos, entre otros) y grupos indígenas que están constituidos por ocho claramente definidos y representan el 12% de la población total del país. La densidad poblacional es de 46 habitantes por km², siendo la segunda más baja en la región. Su población urbana representa un 66% del total de los habitantes y tiene una tasa de migración de -0,36 por 1000 habitantes, la más baja de la región.

Panamá tiene una economía en crecimiento constante, con un índice del 10,4%, basado en el sector terciario, fundamentalmente en: construcción, generación de energía térmica, comercios locales al por mayor y menor, restaurantes, transporte, telecomunicaciones, actividad bancaria, explotación de minas y canteras, entre otras. La inflación correspondiente a 2011 fue del 5,9% y a octubre de 2012 fue del 5,3%.

En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Panamá ocupa la posición mundial relativa 58, entre 179 países. El analfabetismo disminuyó en los últimos años del 7,6% en 2008 al 5,5% en 2010, siendo una de las tasas más bajas de la región. La pobreza en Panamá (2012) se describe en un 25,8% con un 10,4% en pobreza extrema. La esperanza de vida al nacer (2011) es de 80,86 años (mujeres) y de 75,18 años (hombres).

TABLA 1. Población y economía de Panamá

Categoría	
Población 2010 (millones)	3,4
a. Hombres (%)	49,7
b. Mujeres (%)	50,3
Densidad de población 2010 (habitantes/km2)	45,9
Población urbana 2010 (%)	66
Tasa de migración 2010 (por 1.000 habitantes)	-0,36
Personas en condición de pobreza 2012 (%)	25,8
Personas en extrema pobreza 2012 (%)	10,4
Tasa de analfabetismo 2010 (%)	5,5
Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas 2011 (posición mundial relativa entre 179 países)	58

La población panameña es joven un 28,6% son adolescentes (menores de 15 años), el 64,2% son personas en edad de trabajar y una cantidad relativamente baja (7,2%) son personas adultas mayores dependientes. Esto conlleva a que se definan políticas específicas en aspectos laborales, socioeconómicos y de salud que garantice educación, empleo, servicios de salud (pública, ambiental y ocupacional) y seguridad social que beneficien a esta población en pleno crecimiento.

La población económicamente activa (PEA) de Panamá es de 1.628.882 personas, de las cuales hay 1.553.187 ocupadas. Hay diferencia en la tasa de participación en actividades

laborales, pues en las mujeres es inferior a la de los hombres (48,2% vs 79,6%). La tasa de desempleo (marzo, 2012) es del 4,6%, siendo las mujeres las que menor participación tienen en el empleo, con una tasa de desempleo del 6,0%. El empleo informal (agosto de 2011) se encontró en un 37,2%. La PEA trabaja principalmente en el sector servicios: construcción, comercio al por mayor y menor, hoteles y restaurantes e intermediación financiera. En el sector primario, la mayor fuerza de trabajo se encuentra en las actividades agrícolas y pesca. El trabajo infantil representa el 7,4% de los niños y niñas entre 5 y 14 años. Un 40% de estos niños se encuentran en actividades consideradas por la OIT como las peores formas de trabajo infantil (actividades agrícolas y trabajo doméstico).

Panamá tiene establecida por ley la obligatoriedad del patrono de inscribir a sus trabajadores en el seguro de riesgos del trabajo, la protección de la salud del trabajador y la inocuidad de los lugares de trabajo. En febrero de 2011 se emitió un reglamento general de prevención de riesgos del trabajo, que está en implementación.

Panamá ha ratificado 76 de 189 convenios de la OIT. Los más importantes son los convenios sobre pesos máximos, la edad mínima para trabajar, la protección de la maternidad, la seguridad y salud en la construcción y las peores formas de trabajo infantil.

TABLA 2. Trabajo en Panamá

Categoría	
Población económicamente activa (PEA) 2010 (millones)	1.628.882
Desempleo 2010 (% de la PEA)	4,6
Agricultura, ganadería, caza, pesca	270.961
Minas y canteras	3.970
Industrias manufactureras	106.499
Construcción, electricidad, gas, agua	175.369
Comercio, hoteles, restaurantes	363.550
Transporte, almacenaje, comunicaciones	125.466
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	43.778
Servicios públicos y personales	299.359
Niños y niñas entre 5 y 14 años que trabajan	30.223
Personas aseguradas 2010 (% de PEA)	62,8
Personas en economía informal 2010 (% de PEA)	37,2
Accidentes laborales en población asegurada 2010 (x 1,000)	10
Enfermedades laborales en población asegurada 2010 (x 1,000)	0,1
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 189)	76

Dado el notable incremento en actividades de la construcción, hay una gran cantidad de trabajadores expuestos a movimientos repetitivos, a manipulación manual de cargas y a lesiones músculo-esqueléticas de origen traumático. En el sector servicio hay predominio de exposición a riesgos psicosociales. En el sector primario predomina la exposición a agroquímicos y la manipulación de cargas. La atención de los riesgos profesionales está reglamentada por la Caja de Seguro Social, la cual tiene una red nacional de servicios de atención, prevención e inspección y proporciona las estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales.

Los retos que se enfrentan en Panamá incluyen megaproyectos tales como: construcciones de edificios multipisos, ampliación del Canal de Panamá, construcción del metro y de nuevas plantas hidroeléctricas, ampliación de los corredores y de los puertos, así como desarrollos mineros y refinerías, diversificación del sector agropecuario. Es urgente contar con una política nacional de salud y seguridad ocupacional, un adecuado sistema de registro e información, implementar un sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional, aumentar las ofertas de formación y capacitación (tanto a nivel técnico como especializado), y fortalecer o crear laboratorios especializados para investigación y servicios.

Fuentes:
Diéguez, J. y Alvarado R. Indigencia y Pobreza. Encuesta de Mercado de Trabajo, Ministerio de Economía y Finanzas. Panamá, Agosto de 2012.
<http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/Pobreza%20e%20Indigencia%20-%20Marzo%202012.pdf>
Encuesta de Propósitos Múltiples (Empleo), marzo, 2012. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Contraloría General de la República de Panamá.
Organización Internacional del Trabajo. Normas Internacionales del Trabajo. Lista de ratificaciones de convenios internacionales del trabajo.
<http://webfusion.ilo.org/public/db/standards/normes/appl/appl-byCtry.cfm?CTYCHOICE=0460&lang=ES>
Panamá en cifras 2011. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Contraloría General de la República de Panamá.
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Indicadores de Desarrollo Humano, 2011. <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/PAN.html>
Reglamento general de prevención de los riesgos profesionales y de seguridad e higiene en el trabajo. Resolución No. 45,588-2011 – J.D. Caja de Seguro Social, 17 de febrero de 2011.
Prevención de Riesgos. Salud y Seguridad Ocupacional, Caja de Seguro Social, 2010.
The World Factbook, CIA, USA, 2011. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pm.html>
XI Censo Nacional de Población y VII de Vivienda, 2010. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Contraloría General de la República de Panamá.

Proyecto Aprendizaje Intergeneracional para la sensibilización y concienciación sobre el cáncer de mama y el cáncer de cérvix en mujeres mayores de 15 años de la Gran Área Metropolitana (GAM), y sus acciones en 2011

Por: Dra. Rocío Sáenz Madrigal
Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET)
Universidad Nacional, Costa Rica



Actualmente, en Costa Rica el cáncer de mama es un problema de salud pública. Esta patología ocupa el primer lugar de incidencia y mortalidad para todos los tipos de tumores malignos en la población femenina costarricense. Cada día son más las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad y en 2010, según datos del Registro Nacional de Tumores, se reportaron 1,039 nuevos casos. La mayoría de estos casos nuevos, así como de muertes, ocurren principalmente en la Gran Área Metropolitana¹. No obstante, esta enfermedad también presenta tasas elevadas de mortalidad en algunos cantones rurales del país.

Los factores etiológicos de la patología no están claramente definidos, pero la bibliografía señala que existe influencia de índole biológica, genética, reproductiva, sociodemográfica, así como de estilos de vida (Curado, 2008). En este sentido, las mujeres que acostumban realizarse autoexamen de mamas, exámenes clínicos de mamas, mamografías y ultrasonidos de forma periódica, gozan de un factor preventivo que contribuirá con un diagnóstico temprano y una mejor calidad de vida en caso de desarrollar la enfermedad. La evidencia científica establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales, es curable, tiene un mejor pronóstico, así como tratamientos más asequibles y de menor costo (Althuis, 2005, American Cancer Society², 2010, Dos Santos, 1999, Knaul, 2009).

De ahí la importancia de la detección temprana y del autocuidado que debe ser incorporado a las prácticas de salud de la población costarricense. Diversos estudios han demostrado que existen esfuerzos y programas de prevención y educación para la salud establecidos por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y por organizaciones públicas y privadas (Ministerio de Salud 2010, Sáenz, 2010). Sin embargo, el tema requiere una mayor promoción con un abordaje enfocado a la educación y a la prevención y no solo a la curación y rehabilitación.

Es precisamente aquí donde nace el interés por la ejecución del proyecto CONARE "Mujeres que salvan vidas". Esta iniciativa tiene como objetivo ayudar a las mujeres a reducir las barreras sociales, culturales, geográficas, económicas, conductuales, familiares y organizacionales que inciden en el autocuidado y en la búsqueda de atención temprana para esta patología. A través de un proceso de desarrollo de capacidades, se pretende que las involucradas interioricen la necesidad del autocuidado como herramienta protectora para la salud de ellas y sus familias.

Se trabaja con mujeres sin diagnóstico de cáncer que vivan en la Gran Área Metropolitana (GAM) de Costa Rica y que sean mayores de 15 años. Durante 2011 se trabajó en los cantones centrales de las

provincias de Alajuela y Heredia, y durante 2012 se incorporará el programa a los cantones centrales de San José y Cartago.

Para la ejecución de los talleres en las diversas comunidades de la provincia de Alajuela, se estableció un acuerdo de colaboración con la Asociación Resurgir de Alajuela³, donde ambas partes ejecutaron capacitaciones en comunidades de alto riesgo identificadas por la Asociación. En el caso de la provincia de Heredia se estableció un acuerdo similar con el Hospital San Vicente de Paul, cuyo personal apoyó las diversas actividades educativas y de sensibilización realizadas en Heredia. En las capacitaciones se busca que las mujeres participantes asuman el compromiso de socializar los conocimientos adquiridos en el proceso, como parte de su responsabilidad social con las demás mujeres. Durante 2011 un total de 1,350 mujeres fueron capacitadas.

En un inicio el proyecto solo contaba con el componente de capacitación, pero se logró identificar otro que se desarrolla con el Hospital de Alajuela y con el Hospital de la Mujer. Por lo tanto, en 2011 el proyecto desarrolló simultáneamente dos componentes:

- Capacitación
- Navegación

COMPONENTE CAPACITACIÓN:

Se ha llevado a cabo en las provincias de Alajuela y Heredia, para un total de 1.300 mujeres, algunas de ellas adolescentes en riesgo social, adultas mayores, mujeres en condiciones de pobreza, mujeres de la sociedad civil y estudiantes universitarias de residencias estudiantiles. A través de conversatorios, talleres, charlas vivenciales, volantes, material impreso y reuniones comunales, se ha llevado el mensaje de autocuidado, estilos de vida saludables y educación para la salud. Además, en los diversos talleres ejecutados se ha hecho énfasis en el autoexamen y con el uso de modelos mamarios se enseña a las mujeres la

forma correcta de revisar sus mamas para romper esas barreras culturales que impiden que ellas toquen su cuerpo.

COMPONENTE NAVEGACIÓN:

En el transcurso de la ejecución del proyecto se identificó como necesidad prioritaria, el facilitar el tránsito de las pacientes dentro del sistema de salud; como respuesta a esta necesidad se planteó un proceso de Navegación.³ El objetivo final de la navegación es colocar voluntarias entrenadas en hospitales y clínicas que brindan servicios a las mujeres sanas, pacientes con patología mamaria y familiares. Las navegadoras deben brindar información a la paciente y a su familia sobre la enfermedad y su atención en el sistema de salud costarricense; así se apoya a los profesionales de la salud con el seguimiento oportuno de las pacientes.

En el primer semestre de 2011 se inició un plan piloto con el Hospital de Alajuela - Fundación Resurgir y el Hospital de la Mujer - Asociación Pro-Paciente Oncológico, Cuidados Paliativos y Alivio del dolor del Hospital de la Mujer. Como navegadoras se seleccionó voluntarias de las organizaciones de la sociedad civil y se diseñó módulos para su capacitación. Los temas abordados fueron: organización de los servicios de salud desde el nivel primario hasta el hospitalario, contraloría y aspectos legales (confiabilidad), cáncer, trato al paciente, conceptos básicos de informática, manejo de datos y trabajo en equipo, entre otros.

De esta forma, los logros más relevantes en el primer año de trabajo (2011) fueron el acercamiento a las comunidades y el compromiso de trabajo adquirido por las ONG y hospitales, el inicio del programa de Navegación de Pacientes, la elaboración de talleres de capacitación y material educativo y divulgativo sobre los temas bases (desplegables, módulos, guías, y otros) y una base de datos de mujeres involucradas en el proceso.

1. La Gran Área Metropolitana (GAM) de Costa Rica incluye las ciudades de San José, Alajuela, Cartago y Heredia. Cuenta con aproximadamente 2,6 millones de habitantes (60% de la población del país) y una superficie de 2.044 km² (4% del área de Costa Rica). Es la región más urbanizada, poblada y económicamente activa de Costa Rica. Concentra servicios, importantes obras de infraestructura y las sedes del Gobierno.

2. La American Cancer Society 2010, ha apromovido la navegación de pacientes como estrategia para el control de esa patología.

3. ONG fundada 1990 cuyo objetivo es brindar apoyo emocional, espiritual, orientación y comprensión tanto al paciente con cáncer como a sus familiares. (asociacionresurgir@hotmail.com)



El impacto del uso de agroquímicos en la producción bananera y platanera en Limón: la experiencia de los estudiantes de Agroecología del C.T.P. Siquirres

Por: Ing. Carlos Guevara Líos, Lic.
Profesor de Agroecología, Colegio Técnico Profesional de Siquirres, Limón, Costa Rica
carlos.guevara.lios@mep.go.cr

ANTECEDENTES

Por iniciativa del Pbro. Roberto Evans, nace en 1963, el Instituto Agropecuario de Siquirres, hoy Colegio Técnico Profesional Padre Roberto Evans Saunders de Siquirres (CTPPRESS). Su misión: ofrecer a la juventud de la provincia limonense, los medios necesarios para que aprendiera un oficio y obtuviera el diploma de bachillerato.

Esta labor continúa hasta nuestros días y este 2013, la institución celebrará su quincuagésimo aniversario. Este largo caminar ha permitido a muchas generaciones de siquireños, conocer y aprender sobre la realidad de su cantón y a partir de ello, ofrecer herramientas que les permitan ser agentes de cambio positivo para la comunidad.

Desde finales de los años 90, el Ministerio de Educación Pública, por medio de la Dirección de Educación Técnica, implementó en los Colegios Técnicos con Modalidad Agropecuaria, un diploma en la especialidad de Agroecología. La estructura curricular se basa en el conocimiento de la realidad concreta del área de influencia del colegio, lograda mediante una formación que permite al discente comprender mejor su interrelación con el aparato productivo, promover la conservación del ambiente, el manejo óptimo de los recursos naturales y la sostenibilidad en general.

Gran parte de la estructura productiva y las interrelaciones sociales de las comunidades limonenses, se tejen alrededor de la actividad bananera y platanera. El cantón de Siquirres no es la excepción. Muchos de los estudiantes que asisten al colegio, viven, han vivido y poseen amigos y familiares, vinculados a las plantaciones de banano o plátano.

Esta particularidad de la población estudiantil del colegio, llamó la atención de los investigadores del Programa Infantes y Salud Ambiental (ISA), quienes forman también parte de la Comunidad de Práctica sobre el Enfoque Ecosistémico en Salud Humana de América Latina y El Caribe (CoPEH-LAC), adscrito al Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET) de la Universidad Nacional (UNA), por cuanto desarrollaban en varias localidades de la provincia de Limón, investigaciones relacionadas con el efecto del uso de plaguicidas sobre la salud humana, producto de la producción de banano y plátano.

LA EXPERIENCIA CONJUNTA

Luego de conversaciones entre el equipo de trabajo de ISA y las autoridades del CTPPRESS, se estableció un convenio de cooperación que permitiría a los estudiantes de Agroecología, involucrarse de lleno en el trabajo de campo del Programa, y a su vez, este último aprovecharía sus vivencias como nativos de la zona. 2010 marcó el inicio de esta grata experiencia, la cual se ha extendido hasta 2012, inclusive.

Es así como investigadores del IRET y los estudiantes de secundaria, han compartido experiencias académicas y cotidianas en el marco de dos investigaciones principales: *“Representaciones colectivas del riesgo al uso de plaguicidas en Siquirres, Matina y Talamanca”* y *“Alternativas para una producción limpia de plátano en Talamanca”*.

Muchachos y muchachas, entre los 17 y 20 años, vecinos de múltiples localidades del cantón de Siquirres y otros circunvecinos, han estudiado en este colegio durante cinco años, en una gran mayoría, con conocimiento de la realidad de las bananeras, pero no así de sus vecinos de Matina ni Talamanca. A partir de ese detalle, se generó una alta expectativa de hacer ciencia.

El uso de sistemas de posicionamiento global, la generación de análisis espaciales sencillos, la aplicación de encuestas, la recolección de muestras de tierra y raíces para evaluar presencia de nemátodos, la confección e instalación de trampas para captura de picudo, la elaboración de abonos orgánicos, en parcelas de productores, la visita a comunidades alejadas y la vivencia de la cultura indígena, acompañaron la experiencia. La navegación sobre el río Telire causó temor y asombro. Las costas de Limón despertaron sueños e ilusiones. Las montañas de Talamanca mostraron la creación de Sibú. Al final, todos habíamos crecido.

Iniciativas como esta permitieron mejorar e inspirar una educación de las ciencias y los esfuerzos por la conservación, a través de la asociación entre estudiantes y científicos, en la primera línea de acción, es decir, la investigación de campo. Este enfoque de aprendizaje se basó en la indagación y promovió un entendimiento más profundo de los sistemas naturales, la importancia de la investigación y la conservación para la sostenibilidad a largo plazo de la vida en la Tierra: el enfoque ecosistémico en salud humana comenzó a calar en todos.

Fuentes:
Programa Infantes y Salud Ambiental UNA (<http://www.isa.una.ac.cr>)
Comunidad de Práctica sobre el Enfoque Ecosistémico en Salud Humana de América Latina y el Caribe (CoPEH-LAC) (<http://www.una.ac.cr/copehlac>)
Especialidad de Agroecología. (<http://ctpsiquirres-agroecologia.blogspot.com/>)

Salud • Trabajo • Ambiente

EDITORES TÉCNICOS:
Marianela Rojas
Programa SALTRA
Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica
marianela.rojasgarbanzo@gmail.com

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

Douglas Barraza
Programa SALTRA
Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica
dabarraza@gmail.com

COLABORADORES DESDE LAS UNIVERSIDADES CENTROAMERICANAS:
Carolina Guzmán
Coordinadora Nacional
Programa SALTRA
Universidad de San Carlos, Guatemala
carol_guzman1969@yahoo.es

Sandra Peraza
Coordinadora Nacional
Programa SALTRA
Universidad de El Salvador
sperazaes@yahoo.es

Lino Carmenate
Coordinador Nacional
Programa SALTRA
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Lcm69e@yahoo.es

Indiana López
Coordinadora Nacional
Programa SALTRA
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
indianalopezb@gmail.com

Andrés Robles
Coordinador Nacional
Programa SALTRA
Instituto Tecnológico de Costa Rica
andres.robles.ramirez@gmail.com

Hildaaura Acosta
Coordinadora Nacional
Programa SALTRA
Universidad de Panamá
hildaaura6@gmail.com

IMPRESIÓN:
Z Servicios Gráficos S.A.
zserviciosgraficos@hotmail.com

DISEÑO GRÁFICO:
TWO
twohappycards@gmail.com

SUPERVISIÓN DEL DISEÑO GRÁFICO:
Karen Herrera
Oficina de Relaciones Públicas
Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica
karenherrera@gmail.com