**Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande**

**Departamento de Tecnología de la Salud**

**Carrera: Técnico en Vigilancia y Lucha Antivectorial**

**Asignatura: Principios Básicos de seguridad e higiene del trabajo**

**2do año: Curso completo**

**Confeccionado: Profesor Asistente Ing. Yolanda Hernández Francia**

**Tema No1: Consideraciones generales acerca de la relación hombre-trabajo- salud.**

.

**Clase No 3:** Alcance de la medicina del trabajo. Perspectivas de la medicina del trabajo en Cuba.

**Sumario** Alcance de la medicina del trabajo. Perspectivas de la medicina del trabajo en Cuba.

**Objetivo;**Caracterizar las acciones que hacen posible la creación de condiciones adecuadas en los ambientes ocupacionales para la preservación de la salud y la atención que se les brinda a los trabajadores.

**Desarrollo:**

**Alcance de la medicina del trabajo. Perspectivas de la medicina del trabajo en Cuba**

**Conceptos y definiciones relacionadas al trabajo y a la salud.**

**Medicina del trabajo**

* Concepción o modelobiologista del proceso salud enfermedad
* Enfoque curativo de la medicina
* Utiliza el Método clínico
* Objetivo básico el diagnóstico de las Enfermedades Profesionales
* Su proyección desde la perspectiva del hombre enfermo
* Deja poco campo a la promoción y prevención
* Participan médicos y enfermeros y pocos de otros especialistas

**Salud ocupacional**

* Modelo Ambientalista
* Enfoque preventivo
* Se basa en el estudio y control del ambiente físico del medio laboral
* Objetivos la evaluación y control del ambiente de trabajo y el diagnóstico temprano de las Enfermedades profesionales
* Usa Biomarcadores
* Método Epidemiológico para la descripción y búsqueda de la causalidad entre ambiente de trabajo estado de salud individual y colectiva
* Participación interdisciplinaria tanto de las ciencias médicas como de áreas técnicas
* Participan Médicos, ingenieros, ,químicos ,toxicólogos .matemáticos tecnólogos entre otros
* Se centra en el hombre enfermo y no en la promoción de salud

**Salud de los trabajadores**

* Modelo llamado Dinámico
* Fundamentación eminentemente social
* El proceso Salud enfermedad se enfoca desde la perspectiva del hombre sano
* Profundiza el análisis y el estudio de las ciencias del trabajo no sólo para evitar enfermedades y daño sino para potenciar salud
* Usa ambos métodos el clínico y el epidemiológico el último con enfoque social
* Se apoya con fuerza en el enfoque ergonómico de la relación hombre trabajo
* Participación interdisciplinaria tanto de las ciencias médicas como de áreas técnicas Participan Médicos, ingenieros, ,químicos ,toxicólogos .matemáticos tecnólogos entre otros
* Además de participación social Administración, sindicatos etc.

Actualmente es frecuente encontrar países donde coexisten los tres modelos o prevalece uno con elementos de los otros, como expresión de la falta de una política única en el ámbito nacional o internacional y de diferentes niveles de desarrollo.

**Diferencias entre los paradigmas relacionados con el trabajo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspectos a comparar** | **Medicina del Trabajo** | **Salud ocupacional** | **Salud de los trabajadores** |
| **Concepción o modelo** | biologista del proceso salud enfermedad | Modelo Ambientalista | Modelo llamado Dinámico |
| **Enfoque** | Curativo | Enfoque preventivo | eminentemente social  enfoque ergonómico de la relación hombre trabajo |
| **Objeto de estudio** | diagnóstico de las Enfermedades Profesionales  Su proyección desde la perspectiva del hombre enfermo | estudio y control del ambiente físico del medio laboral  Objetivos la evaluación y control del ambiente de trabajo y el diagnóstico temprano de las Enfermedades profesionales | El proceso Salud enfermedad se enfoca desde la perspectiva del hombre sano |
| **Método que utiliza** | Método clínico | Método Epidemiológico | Usa ambos métodos el clínico y el epidemiológico el último con enfoque social |
| **Participantes** | médicos y enfermeros y pocos de otros especialistas | Participación interdisciplinaria tanto de las ciencias médicas como de áreas técnicas  Participan Médicos, ingenieros, ,químicos ,toxicólogos .matemáticos tecnólogos entre otros | Participación interdisciplinaria tanto de las ciencias médicas como de áreas técnicas  Participan Médicos, ingenieros, ,químicos ,toxicólogos .matemáticos tecnólogos entre otros  Además de participación social Administración, sindicatos etc. |

**Importancia de la Salud Ocupacional desde el punto de vista humano y económico.**

* 1. Protección y promoción de la salud del trabajador para prever y controlar las enfermedades y accidentes ocupacionales
  2. Eliminar riesgos ocupacionales
  3. Eliminar o regular condiciones de riesgo para la salud y seguridad del trabajo
  4. Desarrollo y promoción de un trabajo saludable y seguro en ambientes y organizaciones de trabajo
  5. Incremento de la satisfacción física, mental, y el bienestar social del trabajador mediante el apoyo y desarrollo de sus capacidades de trabajo así como profesional y social
  6. Capacitación d los trabajadores para la conducción social en sus vidas, con el objetivo de que sean económicamente productivos y contribuyan de manera positiva al desarrollo sostenible

*SITUACION ACTUAL DEL MUNDO LABORAL A ESCALA INTERNACIONAL Y EN CUBA.*

* La relación entre la salud y condiciones de trabajo es reconocida en los tiempos más remotos de la humanidad, gana en ímpetu con el trabajo de Bernardino Ramazzini (1633-1714) para ser posteriormente desechada por negligencia de la medicina oficial durante los siglos XVIII y XIX y es recogida con interés alrededor de los 90, aunque de forma desigual al asociarse con enfoques curativos de la medicina y la concepción mercantil de la salud.
* Aunque el mundo laboral ha cambiado mucho desde los días de Ramazzini y en los países industrializados las principales tendencias son un rápido crecimiento del sector de servicios y un descenso en las actividades tradicionales como la agricultura y la industria con reducción en el cuadro de morbimoratalidad de las enfermedades profesionales (EP) “clásicas” e incremento de as “enfermedades relacionadas con el trabajo” y los llamados “efectos negativos del trabajo”. las EP y los accidentes del trabajo son eventos negativos directamente ocasionados por la actividad laboral que aún mantienen un lugar importante en el cuadro de morbimortalidad de la población trabajadora.
* La problemática de los accidentes del trabajo es más conocida y divulgada, ya que por su alta letalidad, inmediatez, posibilidad de asociación con factores de riesgo, repercusión económica y otras características se han desarrollado programas de vigilancia y control de la accidentalidad.
* En muchos países, donde prevalece la visión de compensación monetaria de la salud, ambos eventos son considerados igual a los efectos de la seguridad social y reciben los mismos beneficios, pero se limita el estudio de las EP, por lo que son frecuentes las demandas y litigios, sobre todo en algunos casos como el cáncer o el aún no bien definido
* Diversas investigaciones han mostrado que los países con actividades de salud ocupacional preventiva llevan estadísticas sobre el número de lesiones y EP y por el contrarioes común que las bajas tasas de diagnóstico y reportes reflejen la incapacidad de los sistemas de salud para identificar enfermedades La deficiente cobertura, organización y calidad de los servicios médicos y de Salud Ocupacional constituyen serios problemas para la identificación y control de las enfermedades profesionales, a lo que se añaden dificultades metodológicas para el reconocimiento y la falta de lineamiento internacional en cuanto a definición y métodos de recopilación de datos y notificación.
* La OIT en la Resolución 121 de 1964 planteó que cada estado miembro debería establecer bajo que condiciones consideraría a una enfermedad como una EP, no estableciendo definiciones ni procedimientos internacionalmente aceptados.
* Un aspecto metodológico importante a tener en cuenta para el análisis epidemiológico es que los casos reportados son la “punta visible” de un “iceberg epidemiológico”, donde la mayor parte está “sumergido”. En el gran grupo de los “no reportados” se ubican en la base del iceberg los trabajadores ya afectados por una enfermedad, pero que aún no presentan síntomas; en el peldaño superior los que tienen síntomas, pero que no recibe atención médica, por carencia, desinterés u otros factores; en el otro peldaño los que reciben atención médica, pero no se relaciona la enfermedad con el trabajo por desconocimiento o desinterés del médico de asistencia o por el nivel de desarrollo alcanzado en la ciencia y el último los que se identifica una enfermedad, se establece la relación causal con el trabajo, pero no son informadas por diversos motivos como son: obligatoriedad de informarlo, ausencia o complejidad de los sistemas de información estadísticos, desconocimiento de la comunidad médica, laboral u otra o desinterés.
* Aún con estas dificultades organismos oficiales consideran que anualmente ocurren alrededor de 157 millones de casos nuevos de EP y según algunos países europeos que cuentan con buenos registros la morbilidad por EP es de 3 a 5 enfermedades x 1000 trabajadores, cerca del 30 al 40% pueden llevar a enfermedades crónicas, y un 10% a incapacidad permanentes o invalidez. De acuerdo con un estimado crudo, alrededor del 0.5 al 1% termina en la muerte. También se ha podido conocer que el riesgo varía sustancialmente entre las diferentes ocupaciones y que las características socioeconómicas y de estilo de vida pueden incrementarlo.
* En China el Instituto de Salud Ocupacional y la Academia de Ciencias Médicas informó que entre 1984 y 1993 ocurrieron 28 901 EP y en 1996 la cifra ascendió a 13 256, durante los años 90 la quinta parte de las intoxicaciones por plaguicidas fue de tipo ocupacional, con una tasa de mortalidad de alrededor del 1% y durante el período de 1960 a 1990 de 218 casos de polineuropatías tardía inducidas por organofosforados , 11 fueron ocupacionales .
* En Latinoamérica se calcula que las EP cuestan entre el 1º y el 20% del PIB, además de otras repercusiones económicas, humanas y sociales y se considera que debido al subregistro sólo se informan alrededor del 1% del total.. En Colombia por ejemplo sólo se reportan 800 al año dentro del Sistema General de Riesgos Profesionales con casi 4 millones de trabajadores afiliados”.
* Posterior al estudio realizado por el Departamento de Medicina comunitaria de la Escuela de Medicina del Monte Sinaí, de Nueva York a finales de los ochenta, que encontró que entre 5 000 y 7 000 muertes son causadas anualmente en Nueva York por EP y 35 000 nuevos casos con costos anuales estimados en 600 millones de dólares se desarrollaron diferentes sistemas de vigilancia de EP dentro y fuera de Estados Unidos; en la mayoría con información procedente de los registros de Aseguradoras de Riesgos Profesionales y estructuras de la Seguridad Social o mediante sistemas de información diseñados especialmente para ello sin embargo, aún hoy en la mayoría de las veces y países la información de que se dispone es puntual en el contexto proyectos de prevención de algunas EP como cánceres, alergopatías, bronconeumopatías, asbestosis y otras enfermedades asociadas a la exposición a fibras de asbestos.
* Un intento de mantener información actualizada sobre EP es el del Instituto de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) de Estados Unidos, mediante un sistema de vigilancia de 50 enfermedades consideradas “Eventos centinelas de Salud Ocupacional”, seleccionadas por existir en la literatura científica información objetiva y documentada sobre la asociación con agente, industria y ocupación. El sistema resulta útil, pero algunos lo consideran de alcance limitado por la forma de selección de las EP que se vigilan y por ser voluntaria la notificación por parte los profesionales de la salud que realizan los diagnósticos.
* En Cuba el subsistema de atención a la salud de los trabajadores es parte integrante del Sistema Nacional de Salud (SNS) que tiene carácter estatal y único, se basa en los principios de gratuidad, universalidad y equidad. La atención médica integral se garantiza a la totalidad de los trabajadores en su lugar de residencia en tres niveles de atención: los servicios de nivel básico en la Atención Primaria de Salud (APS) en la comunidad, la atención de segundo nivel en la red de hospitales y otras instituciones y la de tercer nivel en los institutos de investigación. Los servicios de Salud Ocupacional se brindan también en los tres niveles de atención: el nivel básico en los consultorios de los centros de trabajo clasificados de riesgo; el segundo nivel en las consultas de EP distribuidas en hospitales de todo el país y atendidas por médicos especialistas en Salud Ocupacional y el tercer nivel en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores.
* Guiados por una estrategia nacional única ambos servicios, de la comunidad y del centro de trabajo, garantizan el cumplimiento de programas de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles incluyendo el control ambiental. y como objetivos básicos y específicos de la Salud Ocupacional la prevención y control de las EP, mediante la identificación y control de factores de riesgo ocupacionales ambientales, actividades y grupos de riesgo, la pesquisa activa de enfermos y el tratamiento integral. Las acciones de prevención y control de EP se han venido realizando en el país desde la década del 60 pero la información sobre morbilidad por EP se obtenía por estudios puntuales que no permitía un adecuado análisis epidemiológico
* En 1986 con la apertura de consultas EP en todo el país para ampliar la cobertura de atención especializada requerida por el aumento creciente de médicos de la APS y centros de trabajo, se diseñan algunos modelos estadísticos para recoger de información sobre el trabajo de las mismas, pero, sin carácter obligatorio y son utilizados generalmente para controles administrativos en los departamento de Salud Ocupacional en los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología.
* El primer intento de conocer la morbilidad nacional por EP es el realizado por Reyes en 1996 con una encuesta retrospectiva de los diagnósticos realizados durante el año en las Consultas de EP existentes en el país, la cual arrojó un total de 778 casos
* En 1997 el Grupo de Salud Ocupacional de la Unidad Nacional de Salud Ambiental del MINSAP empezó a obtener información sistemática y estructurada sobre morbilidad por enfermedades profesionales y las acciones para su prevención y control mediante el “Informe Trimestral de Trabajo de Salud Ocupacional”, elaborado por Reyes para la evaluación del trabajo de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología. El número de casos diagnosticados informados por esta vía ese año ascendió a 921 casos confirmados distribuidos según diagnósticos y provincia.
* La puesta en vigor de la resolución conjunta No. 2 de 1996 del los Ministerio de Salud y del Trabajo y Seguridad Social con un listado actualizado de EP por agentes causales, entidades nosológicas y trabajos específicos, el procedimiento detallado donde se faculta exclusivamente a los especialistas a cargo de las consultas de EP para realizar diagnósticos de certeza sobre la base de los criterios: ocupacional, clínico, higiénico sanitario, laboratorio y legal, el carácter obligatorio de la notificación de los casos y la inclusión de las EP en el listado de enfermedades de declaración obligatoria en el país resultaron aspectos importantes para sistematizar la vigilancia epidemiológica.
* A partir Diciembre de 1997 se implanta en el MINSAP el Sistema de Información Estadístico de Enfermedades Profesionales (SIEEP) los datos obtenidos permitieron a Reyes y col la caracterización epidemiológica de las enfermedades diagnosticadas durante 1998 y la primera información oficial cuantitativa y cualitativa sobre la morbilidad por estas enfermedades del país.
* Este hecho significó un gran paso de avance, pero dada la gran importancia del conocimiento de la morbilidad por EP y los factores que la condicionan para las estrategias de prevención y control y los Programas de Salud y Seguridad en el Trabajo que se desarrollan en el país resulta necesario perfeccionar la Abrechas del subsistema que conspiran en el conocimiento real de la morbilidad por estas enfermedades.
* El SNS a partir de esa fecha ha mantenido en continuo perfeccionamiento el sistema que a partir del 2004 incluye a trabajadores por “cuenta propia” y campesinos “privados”.

**Conclusiones**:

La medicina del trabajo, salud ocupacional y la salud de los trabajadores son de gran importancia en el SNS le garantizan a nuestros trabajadores una seguridad y bienestar.

**Estudio Independiente**

Qué importancia le concede Ud. a la salud ocupacional desde el punto de vista económico y social.

**Bibliografía básica**

1. Fundamentos de Salud Publica tomo I. Toledo Curbelo, G. ECIMED, 2005.
2. Fundamentos de Salud Publica tomo II. Toledo Curbelo, G. ECIMED, 2005.
3. Martínez M. Reyes ME. y cols.: *"Salud y seguridad en el trabajo"*. Primera reimpresión. Ed. ECIMED. Cuba, 2008.

**Bibliografía complementaria**

1. Del Puerto, C. y cols.: "Higiene del medio". Tomo III. Primera reimpresión. Ed. Pueblo y Educación. Cuba, 1981.

INHEM/UTM: " Riesgos biológicos ambientales". Serie Salud y Ambiente No. 1. Maestría en Salud Ambiental, Universidad Técnica de Manabí. Ecuador, 1996.

**Palabras claves**: medicina del trabajo, salud ocupacional y salud de los trabajadores