

LA SALUD OCUPACIONAL EN CUBA. PASADO, PRESENTE Y PERSPECTIVAS

Jorge Juan Román Hernández

Resumen

Se describe la evolución de la Salud Ocupacional (SO) en Cuba como campo multidisciplinario. Desde fines de los años 80 y hasta la actualidad, la SO ha mostrado signos de debilitamiento que limitan sus potencialidades y su función social. Sus problemas identificados a partir del criterio del autor, y validados por medio de una escala Likert de 21 ítems respondida por 11 jueces con una experiencia profesional promedio de 35 años en esta área. El contenido de los ítems tenía el objetivo de caracterizar la SO cubana, Posteriormente, los jueces respondieron preguntas abiertas con el mismo propósito y expresaron sus criterios sobre las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades. Los aspectos más positivos en la actualidad según los jueces fueron: contar con una publicación periódica propia, la existencia de un instituto de investigaciones, tener una legislación protectora de la mujer y la actitud de compromiso con la salud de los trabajadores por parte de profesionales jubilados. Los aspectos negativos identificados fueron la carencia de la especialidad médica correspondiente, la insuficiente cultura en salud y seguridad en el trabajo, la falta de recursos materiales y una limitada efectividad de liderazgo de los decisores de la SO. Se enfatiza la importancia de tomar en consideración los determinantes subjetivos de la situación actual que enfrenta esta disciplina. Se propone adoptar una estrategia de reorientación íntegra de las actividades de la salud ocupacional hacia la atención primaria de salud con un enfoque comunitario como vía para su necesaria recuperación, desarrollo y para el cumplimiento de su amplia responsabilidad social.

OCCUPATIONAL HEALTH IN CUBA. PAST, PRESENT AND FUTURE

Jorge Juan Román Hernández

Abstract

The article describes the evolution of Occupational Health (OH) in Cuba as a multidisciplinary field of professional work. Since the end of the eighties of the past century to the present days, the OH has shown signs of weakness which limit its potentialities and its social functions. The problems were identified starting from the point of view of the author, and validated by mean of a 21 items Likert's scale filled by 11 judges with a media professional experience in OH of 35 years. The items content aimed to characterize the Cuban OH. Later, answering to open questions with the same purpose, the judges expressed their criteria about OH weaknesses, strengths, menaces and opportunities. Regarding judges' opinions, the most positive aspects are: to have a journal, the existence of a research institute, the legislation that protect women and an attitude of compromise with the workers' health showed by retired from work. Among negative features were mentioned the lack of the correspondent medical specialty, the low level of the culture on health and safety at work, the lack of material resources and a limited effectiveness of the leadership of the directives. The value of taking into account the subjective determinants of the situation faced by the OH is emphasized. The conclusive proposal argued is to adopt a strategy of reorienting the OH organization towards the primary health care level with a communitary approach as the main way to achieve its recovery, development and to fulfil its social responsibility.

Antecedentes

*“Estos, Fabio, ay dolor, que ves ahora
Campos de soledad, mustio collado,
Fueron un tiempo Itálica famosa”*

“Ante las ruinas de Roma”. Rodrigo Caro (1573-1647)

En su edición del 30 de septiembre de 2012, en la sección “Órbita laboral”, el periódico “Trabajadores” publicó una carta del técnico de protección e higiene de una empresa de equipos industriales de Santiago de Cuba. En ella se exponían los infructuosos esfuerzos realizados por cumplir con lo legalmente estipulado en relación con la salud de los trabajadores, y concluía su autor: “¿Dónde queda el enfoque integrador de la atención de la salud ocupacional de los trabajadores...?” (Beatón Ruiz, 2012). Hasta el presente no ha sido publicada respuesta alguna a esta carta.

La salud ocupacional es parte integrante del poderoso sistema nacional de salud (SNS) de Cuba. Sin embargo, este campo de trabajo con funciones asistenciales, docentes e investigativas no se encuentra al mismo nivel de desarrollo que otras especialidades que forman parte del propio sistema.

En la actualidad existe un desbalance entre las demandas a la Salud ocupacional y su capacidad de respuesta. No se trata de un hecho casual o aislado. Es un proceso progresivo que amenaza con la desaparición natural de la especialidad y que deriva en consecuencias nocivas para la vida social y la economía de la nación.

No siempre fue así. Varios hechos evidencian que existió una evolución positiva desde los años 60, que fueron los fundacionales de esta disciplina en Cuba, y que en la década de los 80 tuvo su mayor desarrollo (García Machín y Granda Ibarra, 2013).

En 1964 fueron aprobadas por el Consejo de Ministros las Bases Generales para la Protección e Higiene del Trabajo, que sirvieron como referente legal para el control de las condiciones de trabajo. La Inspección Sanitaria Estatal, formalmente organizada desde 1959, desempeñó un papel fundamental en el cumplimiento de las regulaciones higiénicas, lo que imprimió un incesante estímulo al desarrollo de esa actividad y a la capacitación de los inspectores. Paralelamente, la Central de Trabajadores de Cuba creó un cuerpo de inspectores capacitados y legalmente habilitados para atender reclamaciones y sugerencias de los trabajadores. Aparte, cada organización sindical de base tenía un secretario encargado de la protección e higiene del trabajo.

De la mayor significación fue la creación en 1976 de dos institutos de investigaciones. El Instituto de Medicina del Trabajo (actual Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, INSAT), adscrito al Ministerio de Salud Pública, y el Instituto de

Protección del Trabajo, perteneciente al entonces existente Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social.

En 1976 fue promulgada la Ley 13 de Protección e higiene del trabajo, que reguló las funciones de inspección, normación, investigación, estadísticas, planificación y financiamiento, servicios de salud, divulgación, formación y capacitación (Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1977).

Las tareas de formación y capacitación se iniciaron tempranamente. Basta mencionar tres de ellas en las que el instituto de salud recién creado llevaría el mayor peso: la capacitación de los médicos que se desempeñarían en la salud ocupacional; la fundación de la especialidad médica en Medicina del trabajo, y la creación de la Maestría en Salud Ocupacional, en el curso académico 1982-1983. Hacia 1990 la Salud ocupacional llegó a contar con ocho doctores en ciencias.

Dado que se aspiraba a que la cobertura de especialistas alcanzara a todo el país, se fueron ampliando progresivamente los servicios de salud laboral.

Muy significativas fueron las actividades de relaciones internacionales. La Salud ocupacional cubana representó un punto de referencia para muchos especialistas latinoamericanos, varios de los cuales estudiaron en Cuba. Debe destacarse la integración de Cuba a los países que constituyeron el programa de investigaciones de la disciplina en el Consejo de ayuda mutua económica (CAME). En 1985 visitaron La Habana delegaciones de los países participantes para celebrar su reunión anual de coordinación. Se editó un libro bilingüe español-ruso con los textos de las conferencias de los jefes de las delegaciones (Instituto de Medicina del Trabajo, 1987).

La creación del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia en enero de 1984 favoreció a la salud de los trabajadores, pues muchos de ellos fueron destinados a centros de trabajo. Recibieron una capacitación que les permitía ampliar sus conocimientos sobre higiene y medicina del trabajo. La cifra de médicos en organizaciones laborales llegó a superar los dos millares (Granda, 1992).

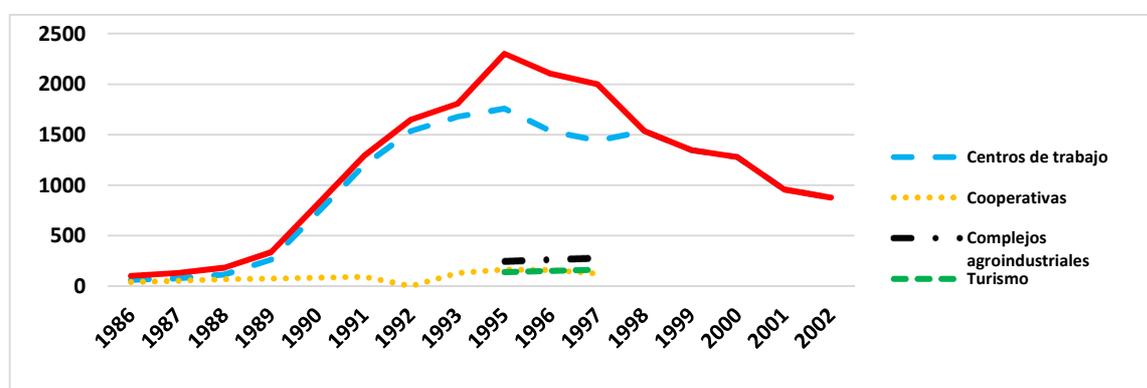
La tabla siguiente resume los datos de ocupación de profesionales médicos vinculados a la salud ocupacional. No se hallaron datos anteriores a 1986. El año 1994 es omitido ya que el anuario de salud no contiene la información (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos, 1986-2002, 2016).

Tabla 1. Médicos de familia en centros laborales (1986-2002)

Médicos	Años							
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Centros de trabajo	60	77	114	261	729	1202	1535	1678
Cooperativas	40	52	69	75	84	91	114	128
Total	100	129	183	336	813	1293	1649	1806
Médicos	Años							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Centros de trabajo	1757	1532	1440	1537	1347	1277	958	876
Cooperativas	164	159	122	*	*	*	*	*
Complejos agroind.	246	262	273	*	*	*	*	*
Turismo	137	151	164	*	*	*	*	*
Total	2304	2104	1999	1537	1347	1277	958	876

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios estadísticos de salud de los años correspondientes

De modo más ilustrativo, el gráfico que sigue permite ver la tendencia seguida por estas ubicaciones laborales de los médicos en el período señalado.

Gráfico 1 Médicos de familia en centros laborales

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios estadísticos de salud de los años correspondientes

Varios hechos confluyeron desde fines de los años 80 hasta el inicio de los 90 que afectaron profundamente a esta disciplina. La crisis económica que sufrió Cuba tuvo su repercusión en la Salud ocupacional. El cese de las alianzas entre los países del desaparecido campo socialista privó a la Salud ocupacional cubana de una importante línea de colaboración que se traducía en transferencias de tecnologías, recursos materiales y oportunidades de superación profesional.

Disminuyeron las exposiciones potencialmente dañinas y los accidentes, pero eso se debía a la paralización o cierre parcial de instituciones laborales.

Estimulada por la precariedad económica, la emigración de especialistas a centros de trabajo más atractivos o con mejores condiciones, y su emigración al extranjero, disminuyeron drásticamente los recursos humanos especializados. La Inspección sanitaria estatal y la Salud ocupacional en las provincias menguaron sensiblemente.

No se reducen a causas exógenas todas las adversidades. Otras, de carácter endógeno, se derivaron de decisiones que pudieron ser tal vez necesarias, hasta ineludibles en su momento, pero cuya permanencia ha obstaculizado el avance de esta actividad profesional. Por otro lado, decisiones necesarias no fueron tomadas, o no se implementaron suficientemente, como es el caso del Programa Nacional de Salud Ocupacional.

A mi juicio, la decisión de más sensible impacto fue la desaparición de la especialidad de Medicina del trabajo. La enseñanza de la Medicina del trabajo como especialidad médica fue fusionada con las otras residencias del campo de la higiene a fines de los años 80, con la expectativa no cumplida de que parte de sus egresados se inclinarían por la salud del trabajador. Como consecuencia, no se formarían nuevos especialistas en esta rama. La mera reposición de los que por diversas causas cesan en salud ocupacional no alcanza a realizarse. Aquella decisión no ha sido revertida, y sus consecuencias no han cesado, son cada vez más evidentes y preocupantes.

En este escenario de limitaciones, no obstante, la Salud ocupacional ha mantenido un nivel de actividad profesional en correspondencia con sus posibilidades reales. Ciertas realizaciones merecen ser mencionadas: mantener la continuidad de la Maestría en Salud Ocupacional y numerosos cursos de capacitación, la prestación de numerosos servicios a empresas, la apertura de nuevas líneas de colaboración internacional; la edición de la Revista Cubana de Salud y Trabajo, así como la organización y celebración de varios eventos científicos con amplia participación nacional e internacional.

A pesar de esos encomiables resultados, la situación había cambiado.

El apogeo de la Salud ocupacional había cesado.

La actualidad: identificar problemas

“Especialmente en la práctica de la medicina, al trabajo se lo toma en cuenta en un plano muy elemental y secundario, muchas veces como un dato aislado de la historia clínica.”

Oscar Betancourt

Caracterizar la actualidad tiene el propósito de identificar problemas que condicionan el estado de la Salud ocupacional en Cuba y limitan, entorpecen, amenazan su desarrollo y hasta su propia existencia.

Las limitaciones de la Salud ocupacional no son solo ni principalmente de orden material, por importantes que sean estos recursos. Aparte de las restricciones materiales y en parte determinada por ellas, la situación más compleja es de orden subjetivo. Argumentaré esta afirmación abordando distintos tópicos.

Especialidad médica

La desaparición de la especialidad en Medicina del trabajo en 1987 ha tenido un serio impacto negativo que ha trascendido su sentido académico y sus consecuencias se hacen sentir hasta la actualidad. Las diversas repercusiones de este hecho obligan a su reiteración en el texto.

La tabla siguiente contiene los datos de los especialistas en Medicina del trabajo y los “dedicados”; es decir, no especialistas, pero habilitados para ejercer las funciones correspondientes. Se excluyen los médicos de la familia ubicados en centros laborales durante los años en que se siguió esa práctica.

Tabla 2 Médicos del trabajo: especialistas y dedicados (1988-2017)

Médicos	Años							
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1995	1996
Dedicados	196	194	194	193	184	173	156	148
Especialistas en MT	174	181	178	174	175	174	164	160
Total	370	375	372	367	359	347	320	308
Médicos	Años							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dedicados	148	141	140	140	137	128	113	122
Especialistas en MT	160	156	154	154	145	138	132	132
Total	308	297	294	294	282	266	245	154

Médicos	Años							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dedicados	103	103	102	101	92	87	78	72
Especialistas en MT	119	120	119	117	109	103	93	44
Total	222	223	221	218	201	190	171	116

Médicos	Años				
	2013	2014	2015	2016	2017
Dedicados	72	74	64	56	129
Especialistas en MT	79	74	73	65	113
Total	151	148	137	121	242

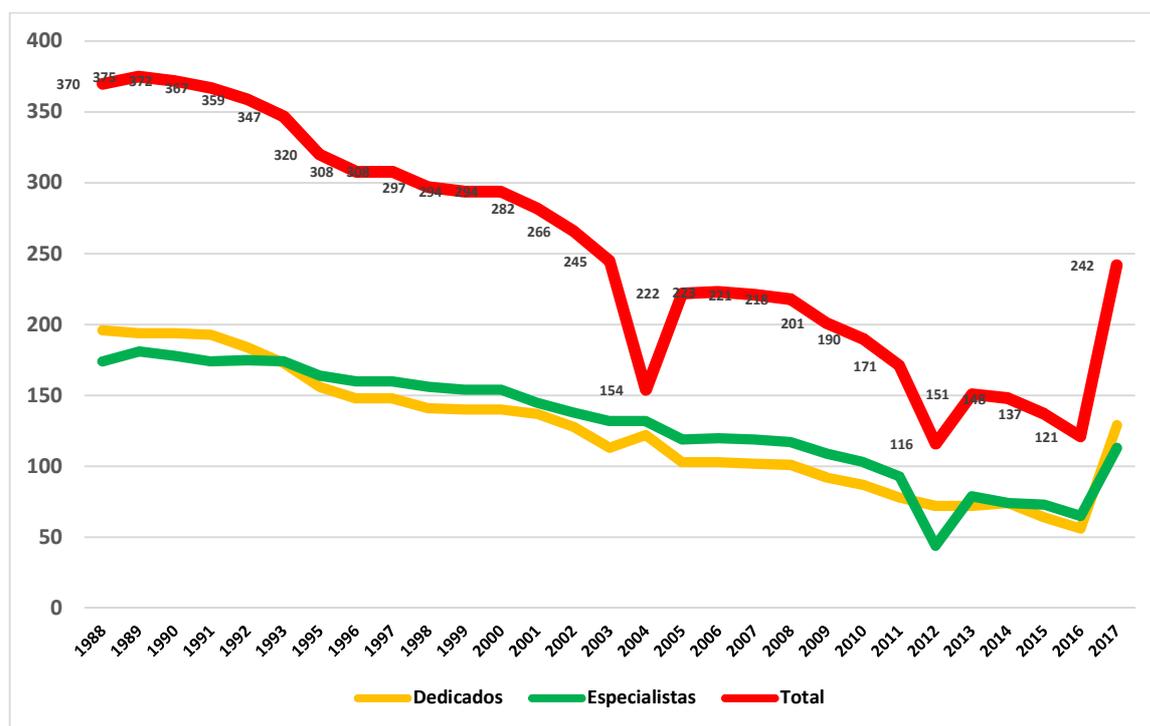
Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios estadísticos de salud de los años correspondientes

Resulta inexplicable la inversión brusca en 2017 de la tendencia decreciente propia de los últimos años. Es difícil concebir que en doce meses se duplicara la cantidad de médicos que se desempeñaban en esta disciplina. Es además contradictorio con la inexistencia de la residencia médica que de repente aparezcan 48 especialistas en Medicina del Trabajo de un año para otro.

El siguiente gráfico, derivado de los datos anteriores, permite apreciar la inflexión de la curva que representa a los médicos a disposición de la salud de los trabajadores.

Gráfico 2 Médicos del trabajo: especialistas y dedicados (1988-2017)

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios estadísticos de salud de los años correspondientes



Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios estadísticos de salud de los años correspondientes

La tendencia en general es de una disminución progresiva de médicos especialistas en los años posteriores a 1989, primero levemente y de modo más evidente después. En los años más recientes se alcanzan los niveles más bajos, a excepción del año 2017, peculiaridad a la que antes se hizo referencia.

La desaparecida especialidad médica no ha encontrado alternativa de sustitución. Su consecuencia ha sido la disminución de estos especialistas por diversas razones, de salud, fallecimiento, jubilación, emigración, fluctuación laboral, etc.

La especialidad médica no es la única disciplina que confluye en la Salud ocupacional; pero su presencia es determinante aun para la existencia del conjunto multidisciplinario.

Pregrado

En el nivel de pregrado de carreras universitarias afines a la Salud ocupacional, la formación en sus contenidos es breve y elemental.

En la carrera de medicina se aborda parcialmente el tema de salud laboral en la asignatura de Salud Pública (Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2016a).

En las ciencias tecnológicas, la Ingeniería industrial es la carrera más afín a la Salud ocupacional. En el plan D de esta carrera tecnológica, existe la asignatura "Seguridad y salud en el trabajo", la que se imparte en su tercer año. Otras, como Ergonomía y

Error humano guardan relación con la protección de los trabajadores (Universidad de Ciencias Tecnológicas, 2016).

En la Licenciatura en Psicología se abordan los efectos negativos del trabajo en la asignatura de Psicología Organizacional (Rothe, 2004). En el curso académico 2015-2016 se incluyó en el cuarto año la asignatura opcional “Psicología de la Salud Ocupacional”.

Postgrado

En el nivel de postgrado la situación es más favorable. En las especialidades médicas, la residencia de Higiene y Epidemiología, que en un momento se consideró la fuente de recursos humanos que supliría la desaparecida especialidad de Medicina del trabajo, en el plan de estudios del segundo año destina a estos temas algunas sesiones. Para ser más preciso, dos sesiones de aproximadamente 4 horas cada una, dedicadas a los riesgos psicosociales y una visita al INSAT de una semana en que reciben conferencias sobre los riesgos del ambiente laboral (Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2016b).

La especialidad de Psiquiatría debe ser tenida en cuenta en este punto, ya que los problemas de salud mental relacionados con el trabajo frecuentemente son motivo de consulta de los pacientes. En los planes de estudio se aprecia que estos carecen de referencias a la salud de las personas que trabajan (Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2016c). La psicopatología laboral se encuentra ausente.

Medicina General Integral (MGI) merece un análisis particular. A juzgar por el texto básico en cinco tomos de la especialidad, la situación es diferente (Álvarez Sintés, 2014). Aparte de reiteradas menciones de la actividad laboral en diversos capítulos, específicamente en el tomo 2, dos de ellos están dedicados a la salud ocupacional, el 52 “Atención al trabajador” y el 53 “Atención en centros laborales”. Sin embargo, el contenido de estos capítulos resulta una exposición muy general que no se detiene a exponer modos de actuación profesional. El capítulo 149 aborda el importante tema de las enfermedades profesionales. Muy sensible resulta la ausencia de un capítulo dedicado al trabajador en la Parte V de esta obra, en que se trata la atención a la salud escolar y familiar; pero no la laboral. Por supuesto, no puede juzgarse la formación de los estudiantes de MGI solo por el texto básico, pues influyen múltiples factores como la organización de las actividades docentes, la calidad de los profesores, y el estudio independiente, entre otros. La presencia de contenidos sobre salud ocupacional en el texto de la especialidad de MGI corresponde con el plan de estudios.

En consecuencia, no debe perderse de vista que el especialista en MGI constituye un recurso potencial para desarrollar acciones en favor de la salud de los trabajadores en su contexto de actuación, la atención primaria de salud (APS).

Al nivel de postgrado, las maestrías y las especialidades no médicas constituyen

oportunidades de recibir formación en salud ocupacional, aunque no se garantiza que los egresados se dediquen posteriormente a ella. De estos programas, deben mencionarse la Maestría en Salud Ocupacional, del INSAT; la Maestría en Psicología de la Salud, de la Escuela Nacional de Salud Pública y la Especialidad en Psicología de la Salud, coordinada por la Facultad de Ciencias Médicas “Gral. Calixto García”.

Los doctorados en ciencias constituyen el nivel superior de formación de recursos profesionales. La investigación científica tiene en la Salud ocupacional un amplio campo de desarrollo, en lo ambiental, en los problemas médicos y sociales.

Por esa razón, la formación de doctores en ciencias, que aporten además a las áreas de formación en programas docentes de post y pregrado debe encontrarse entre los objetivos prioritarios. Sin embargo, en el campo de la Salud ocupacional, son sumamente escasos los profesionales en activo con título de este nivel; en la actualidad, solo un médico, una bioquímica y cinco psicólogos con diversa intensidad de dedicación.

Red nacional

La pertenencia al SNS formalmente dota a la salud ocupacional de instituciones locales (en municipios y provincias) que conforman una red abarcadora de todo el país. Antes de la desaparición de la especialidad de Medicina del trabajo existía el propósito de destinar egresados en las instituciones locales a fin de conformar un equipo de trabajo junto a otros profesionales y técnicos. Se pretendía ubicar algunos de ellos en centros de considerable envergadura, altos riesgos o de importancia económica.

En realidad, actualmente no se da una cobertura satisfactoria a las demandas en la salud ocupacional y la suspensión de la especialidad médica también ha afectado la red nacional de instituciones locales.

Legislación actual

En 2014 nuestro país estrenó un nuevo Código de Trabajo (Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular, 2014) que además derogó la Ley 13, de protección e higiene del trabajo. El Código respalda los derechos fundamentales de los trabajadores, entre ellos los relativos a su salud y protección. Las formulaciones legales del Código al parecer resultan muy generales y carece de las precisiones que caracterizaron a la Ley 13. El Código convoca a las instituciones de gobierno que lideran una u otra actividad particular para que, por medio de resoluciones ministeriales complementen e instrumenten sus mandatos.

En la propia Resolución 283/14 del Ministro de Salud Pública se establecen indicaciones para el diagnóstico de una enfermedad profesional. Su numeral 3 dice: “el único facultado para diagnosticar definitivamente este tipo de enfermedad es el médico especialista a cargo de la salud ocupacional...” (Cuba. Ministerio de Salud Pública, 2014).

El Código establece el derecho y el deber de los trabajadores de realizarse exámenes de su salud, y la Resolución 283/14 regula en su apartado cuarto los exámenes médicos preventivos, pre empleo y periódicos con una frecuencia no superior a un año.

Aceptando que la cifra contenida en el Anuario estadístico de salud de 2017, al parecer más confiable que la del anuario de 2018, refleje fielmente los recursos humanos realmente disponibles, ¿cabe pensar que con 121 médicos, de los cuales solo 65 son especialistas en Medicina del trabajo es posible cumplir eficazmente esos propósitos? No es posible que una suficiente cobertura de los servicios clínicos y preventivos que se presten a los trabajadores pueda provenir de la labor, por abnegada que fuere, de tan limitada cantidad de especialistas.

Intersectorialidad

La Salud ocupacional no puede cumplir sus objetivos sin el concurso de otras instituciones de la sociedad. La convocatoria a esa sinergia se establece en el Código del trabajo cuando define funciones de los ministerios de Salud Pública, del Trabajo y Seguridad Social, del Interior y de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente.

El artículo 141 del Código determina las funciones de diversos organismos en la salud y seguridad: “Corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social proponer la política general de protección y seguridad del trabajo y aprobar los equipos de protección personal que se produzcan o importen; el Ministerio de Salud Pública se responsabiliza con la higiene del trabajo y la salud ocupacional; al Ministerio del Interior le corresponde la prevención contra incendios, el servicio de su extinción además del uso, manipulación, transporte y almacenamiento de explosivos y sustancias peligrosas; y el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente vela por la seguridad biológica y radiológica”.

En relación con los dos primeros y sus objetos de trabajo, conceptualmente se diferencian enfermedades y lesiones, las cuales se hallan determinadas en fin de cuenta por una misma condición, la organización del trabajo.

Si bien pudiera suponerse que la concurrencia de los organismos y especialistas de ambas ramas (trabajo y salud) pudieran potenciar su favorable impacto sobre la protección de los trabajadores, lo cierto es que la división de responsabilidades y del fenómeno íntegro de la prevención de enfermedades y de lesiones en dos instituciones, acarrea consecuencias que contradicen sus mejores propósitos. La coordinación que prevé la ley entre las instituciones de trabajo y salud se manifiesta con mayor efecto al nivel institucional que al nivel de la práctica de sus especialistas en la comunidad, en el que precisamente se encuentran los trabajadores a proteger.

En relación con la división de las funciones de los organismos de salud y de trabajo, llama la atención el acápite cuarto de la mencionada Resolución 283/14 en que se establece el procedimiento para la prevención de las enfermedades profesionales. El

numeral 4 expresa: “Realizar acciones de promoción y prevención de salud por parte del **equipo médico de salud y seguridad en el trabajo** (negritas de J.R.), con la participación de la organización sindical” (Cuba. Ministerio de Salud Pública, 2014). Nótese que esta indicación se contrapone a lo prescrito por el Código de trabajo, que responsabiliza al Ministerio del Trabajo y no al de Salud Pública con los asuntos de seguridad laboral.

La separación de las actividades de prevención de enfermedades y de accidentes del trabajo pudiera afectar la eficiencia de la protección de los trabajadores.

Registros estadísticos

En nuestras estadísticas de salud no se recoge la ocupación del paciente, lo que crea un vacío de información sumamente sensible. El llamado “sector ocupacional”, tal como se registró durante años en siete categorías (dirigente, obrero, profesional, técnico, trabajador de servicios, administrativo), procede del anuario estadístico general del país. Es un dato que dice muy poco sobre la actividad laboral concreta que realizan las personas, algo imprescindible para el análisis epidemiológico del trabajo en relación con la salud. Si bien el formulario oficial de historia clínica incluye la ocupación (Cuba. Ministerio de Salud Pública, sin fecha), en las estadísticas de salud este dato no aparece como tal. La ocupación es codificada en los sectores ocupacionales, que resultan tan genéricos, que se diluyen las referencias al trabajo concreto que desempeñan los pacientes, y no es posible inferirlas. La codificación es realizada por las unidades territoriales, lo que hace prácticamente imposible rescatar los datos primarios.

En 2007 se realizaron cambios en el registro de la ocupación, ampliándose la cantidad de categorías y su concreción en las del sector económicamente activo de la población. En los ocupados activos aparecen nueve categorías: dirigentes, profesionales, científicos e intelectuales; técnicos y profesionales de nivel medio, empleados de oficina, trabajadores de los servicios, agricultores y pescadores, otros obreros calificados, operarios de máquinas y trabajadores no calificados. Este cambio, aunque no del todo satisfactorio, supera la codificación precedente.

Salud mental

La salud mental de los trabajadores resulta un tema polémico. Me centraré en dos asuntos que son de actualidad. En primer lugar, el tema del reconocimiento de los trastornos de la salud mental como enfermedad profesional. Tal propósito siempre encuentra el obstáculo de la naturaleza multicausal de las alteraciones subjetivas y la condición del origen solo atribuible al trabajo. En segundo lugar, me referiré a los factores de riesgo psicosociales laborales.

No es que la calificación de un trastorno como de origen profesional no pueda obedecer a más de una causa. El requisito consiste en que las causas, sean una o

varias, siempre y exclusivamente se deriven del trabajo.

La última revisión y actualización de la lista de enfermedades profesionales propuesta por la Organización Internacional del Trabajo en 2010 abordó este problema en reuniones de expertos previas a la aprobación y publicación de la lista (Organización Internacional del Trabajo, 2002) Se debatió la propuesta de incluir un acápite de alteraciones de la salud mental del trabajador con dos entidades, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el “síndrome psiquiátrico por acoso moral laboral”. Finalmente fue aprobado el acápite 4.2 de trastornos mentales con el TEPT como única entidad específica (Organización Internacional del Trabajo, 2010).

Nuestra lista nacional fue objeto de actualización en 2014 por efecto de la Resolución 283/14 ya mencionada. No se incluyó acápite alguno de salud mental.

En nuestro Código de trabajo y en la Resolución 283/14, no existe mención de los factores de riesgo psicosociales ni referencias a la salud mental. Esas ausencias colocan a nuestra legislación sobre salud y seguridad laboral en una dirección diferente a la más protectora tendencia actual en los países europeos de mayor desarrollo en esta especialidad, y que es también observable en países de nuestro propio continente, como Colombia, México, y Venezuela (Gómez, Juárez-García, Feldman, Blanco y Vera, 2011). Sus legislaciones reconocen los factores de riesgo psicosociales laborales y sus consecuencias para la salud, a tenor con la última revisión de la lista de la OIT (2016). La “Estrategia iberoamericana de salud y seguridad en el trabajo 2015-2020” reconoce los riesgos psicosociales y sugiere adherirse a la lista de la OIT, en particular en países que carecen de una propia (OISS, 2015).

Las omisiones de nuestro listado además se alejan de las opiniones y expectativas que comúnmente expresa nuestra población acerca de las tensiones y el estrés en el trabajo y sus consecuencias para la salud.

En conclusión, los problemas de salud mental de los trabajadores salvo excepciones quedan a expensas de un tratamiento genérico proporcionado por especialistas de incuestionable calidad profesional, pero no necesariamente avezados en la psicopatología laboral y en las condiciones psicosociales que en el trabajo modulan el comportamiento, el sufrimiento subjetivo o el bienestar.

Cultura de salud y seguridad en el trabajo

La cultura de salud y seguridad es una construcción subjetiva que se refiere al conjunto de competencias, valores, motivaciones, creencias y experiencias de personas individuales o determinados grupos humanos en relación con la preservación de la salud e integridad física en su actividad laboral.

Dota de significación al comportamiento de quienes generan, hacen cumplir o cumplen las normas de protección e higiene del trabajo. Es indicador del nivel de desarrollo de la Salud ocupacional en la población. Es punto de partida y resultado de las decisiones

y prácticas en Salud ocupacional.

Indirectamente, la cultura en salud y seguridad refleja cómo se dimensiona la envergadura y trascendencia de la significación del trabajo para la sociedad.

Con relación a la envergadura, no debe perderse de vista que al hablar de Salud ocupacional se está hablando del bienestar y de la conservación de la aptitud funcional del segmento de población en que descansa la actividad económica que sostiene materialmente a la sociedad. Esto atañe a los problemas de salud del 39,8% de la población total, y del 62,4% de la población en edad laboral, según datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información, ONEI (2018). Y eso solo directamente; pues indirectamente, cuanto de bueno o malo sucede al trabajador influye decisivamente sobre su familia.

En cuanto a su significación, es preciso partir de que el trabajo, como actividad social y dada su función económica posee un valor determinante sobre el modo de vida de la sociedad y sobre el estilo de vida de los grupos humanos. La Salud ocupacional es vital para la preservación (y autopreservación) de la fuerza de trabajo de cualquier sociedad.

Como es hasta cierto punto natural, quienes toman decisiones de relevancia estratégica sobre la Salud ocupacional pueden no poseer los elementos culturales específicos y necesarios para dimensionar el alcance de sus determinaciones. De ahí la importancia de promover y sostener altos niveles de comunicación y participación confiada y eficiente entre los decisores y los ejecutores de las políticas trazadas.

La cultura de salud y protección está en la base de los problemas anteriormente relacionados, en decisiones adoptadas y en otras no tomadas. Para ser más preciso, la no renovación de la especialidad médica, el debilitamiento de la inspección sanitaria estatal y de la actividad en las provincias; el reducido dimensionamiento de las condiciones psicosociales del trabajo y los trastornos de la salud mental única explicación posible a su ausencia en nuestra legislación; su magra presencia en carreras universitarias y en algunos programas de postgrado.

Del mismo modo constituyen manifestaciones de debilidades de la cultura en salud y seguridad ciertos comportamientos individuales comúnmente observados, como el rechazo a emplear medios de protección personal, la ausencia de autocuidados, innecesarios comportamientos temerarios desprotegidos, etc.

Precisamente, esos descuidos e inobservancias de las normas de seguridad a veces son reflejados en la prensa como encomiables muestras de abnegación en el trabajo. Se emite un mensaje erróneo cuando se procede de ese modo, pues refleja un déficit cultural en salud y seguridad en el trabajo entre los profesionales de los medios que debieran fomentar justamente el cuidado y la protección de las personas que trabajan.

A pesar de que en este recuento de la actualidad desde su inicio se declara la

identificación de problemas, al abordar el tema de la cultura de salud y seguridad en el trabajo, es imprescindible transmitir la idea de que esa construcción subjetiva no se nutre solo de deficiencias en la gestión, limitaciones o ignorancia.

Integran también la cultura de salud y seguridad experiencias positivas, entre las que he significado el trabajo comprometido de profesionales y técnicos aun en condiciones desfavorables, mantener significativas actividades o productos, como una publicación o una profusa actividad docente presidida por una maestría que acumula más de 30 años de sostenido trabajo, numerosos trabajos de prevención en empresas y en la atención de la salud de decenas de miles de trabajadores.

Para que la caracterización del estado actual de nuestra Salud ocupacional no sea el producto de un único observador, he pedido el concurso de once profesionales con amplia trayectoria en la Salud ocupacional. Aprovecho la oportunidad para dejar testimonio de mi agradecimiento por su cooperación.

La actualidad según expertos

“Más sabe el diablo por viejo que por diablo”

Refrán popular

Con el objetivo de caracterizar la situación actual de la Salud Ocupacional en Cuba, se realizó una consulta a profesionales con reconocida experiencia en este campo de trabajo. Previamente se establecieron los siguientes requisitos para seleccionar a los expertos: poseer más de 15 años de trabajo en salud ocupacional; no desempeñar un cargo que le faculte para tomar decisiones estratégicas sobre la especialidad; aceptar voluntariamente ser consultado sobre el tema indagado.

La selección de los expertos obedeció a un criterio de opinión del autor acerca de las personas que podían cumplir los requisitos anteriores. Los encuestados recibieron todas las garantías de confidencialidad de su identidad y la información ofrecida. Su participación fue absolutamente voluntaria.

En total 11 personas integraron este grupo, compuesto por 3 mujeres y 8 hombres, con un promedio de 35,1 años de experiencia de trabajo en la especialidad. El grupo estuvo compuesto por personas de diverso perfil profesional: Medicina, Psicología, Tecnología de la Salud e Inspección Sanitaria.

Sobre la base de información de diversas fuentes (literatura científica, informes de trabajo, conversaciones personales, observación) se elaboró un instrumento compuesto de dos partes para realizar la consulta. La primera parte consistió en un cuestionario con 21 proposiciones que abordaban aspectos de importancia para

caracterizar a la Salud ocupacional. Estas oraciones debían ser evaluadas en una escala numérica de 11 pasos según considerara en cada una cuán característico fuera su contenido de la actual Salud ocupacional. En las 231 posibles respuestas solo hubo 3 abstenciones en dos expertos.

Los expertos no fueron informados de la composición del grupo ni los nombres de los restantes. El único dato personal fue la antigüedad laboral en Salud ocupacional.

A continuación se relacionan las 21 proposiciones:

1. Recursos materiales
2. Nivel tecnológico
3. Cantidad de recursos humanos profesionales y técnicos
4. Competencia profesional de sus profesionales y técnicos
5. Formación de pregrado
6. Formación postgraduada
7. Nivel científico de los profesionales y técnicos en ejercicio
8. Integración multidisciplinaria
9. Desarrollo legal y normativo
10. Integración con otras especialidades médicas
11. Cobertura de las necesidades de atención a la población trabajadora
12. Accesibilidad a sus servicios por la población trabajadora
13. Cobertura de las demandas de servicios a empresas
14. Calidad de los servicios a empresas
15. Impacto social de sus resultados
16. Impacto científico de sus resultados
17. Efectividad del liderazgo de sus decisores
18. Visibilidad nacional de la Salud Ocupacional
19. Visibilidad internacional de la Salud Ocupacional cubana
20. Perspectivas de desarrollo
21. Colaboración internacional

El cuestionario se hizo llegar a los expertos mediante el correo electrónico. Inicialmente se envió la primera parte. Después de recibir sus respuestas se envió la segunda parte.

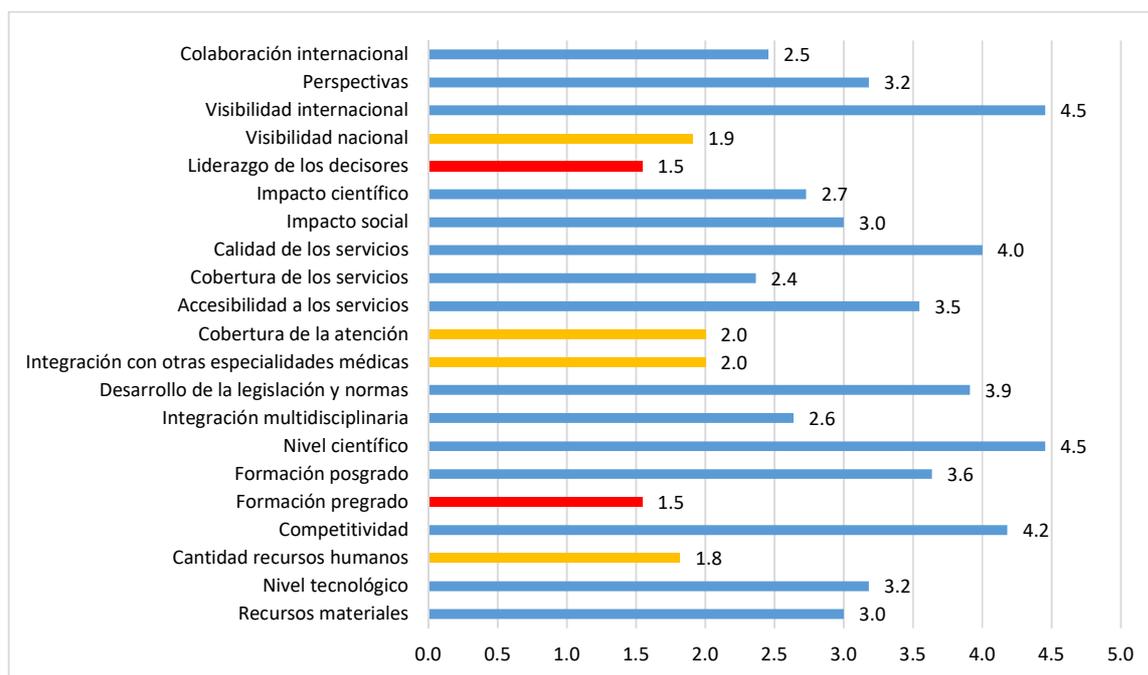
En la segunda parte del instrumento se solicitó a los expertos relacionar las

debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la Salud ocupacional en Cuba. Las preguntas eran abiertas y la cantidad de respuestas, ilimitada.

Si bien es cierto que haber respondido la primera parte del instrumento podía inducir las respuestas a la segunda parte, se observó que las respuestas de los expertos incluyeron algunos aspectos abordados en la primera parte, pero también añadieron otros asuntos no contenidos antes. El procedimiento seguido de recibir las respuestas antes de enviar la segunda parte tuvo el propósito de contribuir a evitar efectos de memoria de la primera parte del instrumento sobre la segunda.

La consulta concluyó con el tercer momento del procedimiento seguido. Se elaboró una lista de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades a partir de las propuestas de los expertos. Se excluyeron reiteraciones y se les dio una redacción uniforme a las frases resultantes, las que fueron remitidas a los expertos para que expresaran sus criterios de aceptación o rechazo mediante una escala tipo Likert de 4 pasos (“totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”). Los resultados se exponen seguidamente en el siguiente gráfico.

Gráfico 3 Estado de la Salud Ocupacional: consulta a expertos



Fuente: Cuestionarios a expertos

En su mayoría las valoraciones son inferiores al punto intermedio de la escala. Las valoraciones promedio se encuentran en un rango entre 1,5 y 4,5. Las más bajas son la formación de pregrado y la efectividad del liderazgo de los decisores. Los valores promedio más altos corresponden al nivel científico de los profesionales y técnicos en

ejercicio, y la visibilidad internacional de la Salud Ocupacional cubana, la que, curiosamente, fue considerada superior que la visibilidad nacional.

Seguidamente se presentan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades identificadas por los expertos y junto a cada una la valoración promedio que recibieran según las opciones de respuesta. Los promedios iguales o superiores a 3 significan juicios en concordancia con el contenido de la frase en cuestión; es decir, de acuerdo con el contenido. Estos valores aparecen en la primera columna de la siguiente tabla. En la segunda columna aparece la cantidad de expertos que manifestaron cualquier grado de acuerdo con el contenido de la frase.

Tabla 3 Valoraciones de los expertos de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la Salud Ocupacional en Cuba

Promedio	Acuerdo	Proposiciones
Debilidades		
3,5	11	Insuficiente capacidad de liderazgo
3,8	11	Desconocimiento y subvaloración de la SO
3,5	11	Carencia de la especialidad médica correspondiente
3,6	11	Carencia de recursos humanos en general dedicados a la SO
3,7	11	Limitaciones severas de recursos materiales y humanos en las provincias.
3,7	11	Insuficiente o nula presencia de temas de SO en programas de pre y posgrado en carreras afines
3,6	11	Reducido impacto de los resultados de la investigación y la capacitación.
3,1	8	Marco legal y normativo insuficientes
3,7	11	Ausencia o inoperancia de un Programa Nacional de SO que dicte acciones y garantice sus perspectivas
3,3	9	Falta de la representación de la SO en el organismo central
3,4	9	Falta de voluntad política para preservar y desarrollar la SO
3,5	11	Recursos invertidos en formación de recursos humanos no se corresponde con un compromiso de emplearlos en SO
3,3	11	Insuficiente o nulo desarrollo de investigaciones básicas
3,7	11	Carencia de servicios médicos en empresas
3,5	11	Carencia de laboratorios y equipamiento para la evaluación de riesgos
3,8	11	Ausencia de una sociedad profesional propia de la SO
3,4	10	Bajo nivel profesional de la Inspección sanitaria estatal en SO
3,7	11	Escasos servicios de SO a nivel primario
3,7	11	Insuficiente integración de la SO en los tres niveles de atención
Amenazas		
3,8	11	Desaparición progresiva y natural de los especialistas hoy existentes
3,8	11	Carencia de un suficiente relevo profesionales y técnicos
3,7	11	Insuficiente nivel de conocimiento del personal de salud sobre SO
3,4	10	Disminución progresiva del rigor científico
3,7	11	Bajo reconocimiento social de la SO como campo de desempeño profesional

3,8	11	Falta de visión en directivos y decisores de la importancia de la SO
3,7	11	Pobre intersectorialidad.
3,5	11	Inminencia de desaparecer como área de desempeño profesional
3,8	10	Errónea expectativa de que el SNS es capaz de cubrir las tareas de la SO
3,6	11	Generalizada falta de cultura en SO
3,8	11	Ausencia de una formulación de perspectivas de la SO
3,5	10	Demandas a la SO del creciente sector privado o autónomo, formal e informal
2,7	7	Problemas de la economía del país pueden restringir recursos a destinar a la SO
3,7	11	Lentitud y aplazamiento en la toma de decisiones y en su implementación
3,4	8	Cooperación médica internacional sustrae recursos humanos de por sí insuficientes actualmente en SO
3,5	10	Carencia de un Programa Nacional de SO actualizado
Fortalezas		
2,6	6	Respaldo de un SNS
3,5	10	Existencia de un instituto de investigaciones, INSAT
3,2	9	Existencia de la Maestría en Salud de los Trabajadores
2,5	4	Papel rector de la dirección del INSAT
2,3	3	Contar con un Programa de Salud Ocupacional
3,3	11	Publicación sistemática de la Revista Cubana de Salud y Trabajo
3,0	9	Existencia de regular nivel tecnológico en el INSAT
3,0	8	Presencia de algunas individualidades en el INSAT que pueden contribuir decisivamente a la SO
3,4	9	Legislación cubana protege adecuadamente a la mujer
Oportunidades		
2,9	10	Inversiones actuales en el INSAT demuestran interés de la alta dirección del Ministerio
3,3	10	Norma ISO 45001 aplicable a los productos exportables impondrá la necesidad del desarrollo de la SO
3,0	8	Imperativos de la Constitución y del Código del Trabajo relacionados con la SO
3,1	9	Existencia de un marco jurídico y normativo
2,7	8	Apoyo financiero de la OPS
2,7	6	Relevancia social y política del objeto de estudio
3,0	8	Exigencias de la inversión extranjera
2,8	7	Existencia de la base material docente para el rescate de la especialidad
3,5	11	Compromiso con la SO de personal en retiro de elevada calificación científica
3,3	9	Desarrollo de la SO a nivel internacional, en particular en Latinoamérica
3,4	11	Existencia de un instituto de investigaciones que es Centro de Referencia de la OMS que pudiera formular una estrategia integral para el desarrollo de la SO
3,4	10	Aprovechar los recursos humanos de la salud pública, para iniciar programas de capacitación y superación de técnicos y profesionales
3,5	10	Posibilidad de coordinar acciones con el MTSS y la CTC

Fuente: Cuestionarios a expertos

Estos resultados tienen la virtud de que permiten una mayor expresividad y así explorar contenidos más concretos y con una dosis de elaboración personal mayor que los instrumentos de elección de opciones de respuestas preestablecidas.

Una ventaja que se añade al empleo de esta técnica es su valor como guía para trazar acciones de prevención, toda vez que el principio sería convertir las debilidades en fortalezas y las amenazas en oportunidades, lo que orientaría sugerencias en los participantes del trazado de una estrategia coherente y eficiente de desarrollo, en este caso de la Salud ocupacional. Ese nivel de aplicación no se realizó.

Dirigiendo la atención a los resultados de la matriz DAFO, sobresalen en el polo negativo de debilidades y amenazas la carencia de la especialidad médica correspondiente, la insuficiente cultura en salud y seguridad en el trabajo, la falta de los necesarios recursos, limitaciones en la efectividad del liderazgo de los decisores.

Cierta discordancia se observa en relación con el Programa Nacional de Salud Ocupacional, calificado por unos expertos como debilidad; por otros como fortaleza. Sobre el documento hay criterios ambiguos respecto a su formulación y difusión.

¿Qué hacer?

“Pero no hace bien el que señala el daño, y arde en ansias generosas de ponerle remedio, sino el que enseña remedio blando al daño”

José Martí

Dirigir la mirada al futuro es ser consecuente con una actitud de compromiso con la Salud ocupacional. Que la experiencia y el ejercicio del criterio no se detenga en el inventario de problemas e insuficiencias; sino que prosiga hasta las sugerencias del cambio que imponen las circunstancias de su estado y sus posibilidades actuales.

No sería posible ni deseable en modo alguno pretender retornar a la etapa en que la Salud ocupacional parecía describir una trayectoria ascendente, a fines de los años 80 e inicios de los 90. Las condiciones no son las mismas, y aun así, no sabemos hasta dónde habría podido desarrollarse la especialidad de haber permanecido aquellas.

No es una buena estrategia enfocarse en proyectos que solo se originan en el recuento de problemas y que se orienta a anularlos o resolverlos simple y puntualmente. Ese enfoque obvia el hecho de que los problemas son manifestaciones concretas de deficiencias más profundas, que si permanecen intactas, a la larga aflorarían en las

reiteraciones de los mismos problemas que habríamos dado por resueltos o en otros nuevos de igual origen.

Por otra parte, la realidad impone cada vez nuevas demandas de diversa procedencia. Es difícil y riesgoso anticipar realidades, pero he de referirme a varias de ellas que con toda probabilidad reclamarán los servicios de la Salud ocupacional.

El reto continúa: demandas vs. capacidad de respuesta

Las necesidades de aplicación de la Salud ocupacional en Cuba no decrecen, sino al contrario, aumentan y se diversifican. Algunos ejemplos son los siguientes.

Basta pensar en las nuevas y enormes zonas de desarrollo económico creadas en el país, como la Zona especial de desarrollo del Mariel. No hay dudas de que el país se orienta a la búsqueda de fuentes de financiamientos y de inversiones extranjeras. La creación y puesta en marcha de esos proyectos han de ser objeto de la valoración sistemática desde el punto de vista de la higiene del trabajo. No tan solo por razones éticas ni por el cumplimiento de las normas higiénicas correspondientes, lo que sería motivo suficiente, sino también por la necesidad de cuidar el recurso humano y su potencial productivo.

Otro ejemplo. Del mismo modo que la gestión de la calidad y luego la protección ambiental condujeron a la elaboración de normas internacionales de la *International Standard Organization* (ISO), la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores ha dado lugar a una nueva norma ISO, la 45001, cuya publicación es inminente (ISO, 2017).

Al igual que ha sucedido con las normas de las series ISO 9001 e ISO 14001, calidad y protección ambiental respectivamente, es de esperar que la ISO 45001 devendrá un factor de competencia y un requisito de mercado que probablemente han de observar productos exportables del país. En tales circunstancias a la Salud ocupacional le corresponderán responsabilidades y tareas derivadas de la puesta en vigor de esa norma.

Un tercer caso lo constituye la decisión tomada en 2010 de ampliar el sector no estatal, autónomo o privado de trabajo. Esta ampliación irrumpió masivamente en el escenario laboral del país, y la cantidad de personas que practican esta modalidad de empleo ha experimentado un incremento sistemático. De acuerdo con datos oficiales (ONEI, 2014), en 2011 representaban el 7,8 % de la población económicamente activa (PEA); en 2012 el 6,9%; en 2013 el 8,6% y en 2014 los trabajadores por cuenta propia ascendían a 483 400 personas, que representaban el 9,7% de la PEA. Adicionalmente, debe apuntarse que las expectativas respecto a esta modalidad de empleo señalan una tendencia hacia su aumento.

Como objeto de trabajo para la Salud ocupacional el sector no estatal o autónomo permanece prácticamente inexplorado.

El trabajo autónomo requiere no solamente atender la salud y seguridad de quienes lo realizan, cosa de por sí ya compleja debido a la multiplicidad de actividades laborales que lo componen; sino porque además exige un cuidadoso examen de sus condiciones de trabajo y del impacto que su actividad laboral tiene sobre la comunidad.

El trabajo autónomo o por cuenta propia es en nuestro panorama profesional, un problema de notable envergadura, complejidad y urgencia.

Por supuesto, las demandas a la Salud ocupacional no se limitarán a las antes mencionadas. Ampliar la cobertura de las funciones de la Salud ocupacional en todo el territorio nacional es un propósito aún pendiente de lograrse.

Precisa destacar el hecho hasta cierto punto paradójico de que la existencia de un robusto Sistema Nacional de Salud (SNS), pudiera afectar la comprensión de la necesidad de desarrollar esta especialidad.

Es tal la potencia del SNS, integrado por calificados y experimentados profesionales, que pudiera albergarse la expectativa de que las instituciones de salud generales y sus profesionales pudieran dar cumplida respuesta a las necesidades de atención a la salud de los trabajadores. Como si, dada su eficiencia, el SNS fuera suficiente para satisfacer las demandas de salud ocupacional. Es solo un espejismo.

En relación con ello, Linares, Jova, Barbón, Díaz y Rabelo (2016), a pesar de que se pronuncian por una atención integral de salud que tome en cuenta el trabajo, criterio que comparto plenamente; sin embargo, interpretan la atención que en general recibe todo ciudadano en las instituciones de la APS como una contribución a la salud del trabajador.

Estos autores expresan: "...la preocupación por la salud de los trabajadores no puede empezar en el sitio de la labor, por lo que reconocemos que los servicios brindados por la salud pública favorecen el perfil de salud de los trabajadores, independientemente del riesgo ocupacional".

En sentido muy general, es cierta esa afirmación. Pero ella pasa por alto que al hablar de la salud de los trabajadores en este ámbito se trata justamente de considerar la relación del trabajador con el contexto laboral. Sin desdorar la calidad de los servicios generales de salud y su beneficio a la salud de la población en sentido general, no es posible reconocer como contribución a la salud de los trabajadores los servicios médicos que se prestan "independientemente del riesgo ocupacional". La atención a la salud del trabajador no puede hacer abstracción del trabajo que la persona realiza y sus condiciones.

Reconocer los productos de la atención médica general como una contribución a la

especialidad que se ocupa de un sector poblacional o de un problema de salud específico es un juicio de limitado valor conceptual y práctico. Es una afirmación tan general que sería aplicable a cualquier sector poblacional o a cualquier problema de salud. Además, banaliza la importancia que realmente tiene el conocimiento especializado y complejo de la relación de la salud y el proceso de trabajo. Esa vía de razonamiento pudiera conducir a la errónea idea de que los servicios generales de salud permitirían prescindir de servicios e instituciones especializadas, entre las cuales, curiosamente, la de los propios autores del mencionado artículo.

Un criterio diferente y acertado ha sido sostenido por García y Granda (2013): “Si el médico desconoce los factores de riesgo en una actividad determinada, no puede llegar a relacionarlos con sus efectos en los problemas de salud presente, llegar a un diagnóstico adecuado y dictar las medidas preventivas, que eviten sucesos similares en el futuro”.

Más adelante García y Granda se refieren a los exámenes pre-empleo y al diagnóstico clínico que realizan médicos sin una formación o capacitación específica en medicina laboral. Sobre los primeros exámenes, estos autores eufemísticamente los califican de una “evaluación virtual”, pues el desconocimiento del trabajo que realiza el examinado, sus demandas, riesgos y condiciones en general hacen que resulte cuestionable su rigor y calidad.

Respecto a los errores diagnósticos y a la calificación del origen profesional de determinados trastornos, estos autores afirman que su probabilidad aumenta por el desconocimiento de los daños a la salud que pueden derivarse de determinados riesgos laborales que no son de total dominio del facultativo.

No son solo los pacientes quienes pueden resultar perjudicados por errores que se deriven de una calificación insuficiente de los facultativos en medicina laboral.

Los exámenes pre-empleo y periódicos entrañan responsabilidades legales para los médicos, ya que se pronuncian acerca de la aptitud para el trabajo. Un error diagnóstico o de apreciación de la aptitud para un trabajo dado puede conducir a un accidente, inclusive mortal, lo que acarrearía al médico el consiguiente riesgo de responsabilidad legal.

Además, debe significarse que una actuación errada o insuficiente de un profesional de la salud sobre un trabajador no solamente tiene repercusiones para el trabajador o sus familiares. Sus consecuencias pueden involucrar también a la organización laboral del paciente-trabajador.

Huelga reiterar la importancia de que quien realice estas valoraciones posea los conocimientos y habilidades prácticas específicas para valorar adecuadamente a los trabajadores.

Ávila, Robaina, González, Oliva, Fernández y Núñez (2016), también se cuestionan la

eficiencia con que actualmente desde la APS se realizan las tareas concernientes a la salud ocupacional. Expresan: “en la práctica se observan dificultades en cuanto a la interpretación, comprensión y compromiso con los fundamentos de la atención primaria en salud de los trabajadores o en salud ocupacional”.

El hecho de que por razones coyunturales se detuviera en un momento dado la formación de nuevos especialistas en Medicina del trabajo no debe significar en modo alguno la negación de su pertinencia. Significa una dirección inversa al proceso natural de diferenciación del conocimiento científico y de la consiguiente aparición de nuevas especializaciones de las profesiones.

No siempre el trabajo del paciente es explorado en los servicios de salud generales. Con frecuencia se observa en las anamnesis clínicas comúnmente practicadas que no es hábito común en los médicos preguntar al paciente por el trabajo que realiza, a menos que su vínculo con el motivo de consulta resulte muy evidente, o que sea mencionado por el paciente mismo. Se pasa así por alto la recomendación que hiciera hace más de trescientos años Bernardino Ramazzini, considerado pionero y fundador de la medicina del trabajo, quien en su obra *De Morbis Artificum* formuló la recomendación de que el médico siempre interrogara al paciente sobre su trabajo (Fernández, 2000).

El personal de salud en general, requiere una capacitación complementaria para poder asumir adecuadamente esa responsabilidad con una baja probabilidad de errores de diagnóstico y tratamiento, a la vez que ejercitar nuevos hábitos necesarios en su trabajo.

Si bien es una buena idea sumar a las instituciones y profesionales de APS para cubrir necesidades de la salud de los trabajadores, no es algo que puede hacerse automáticamente sin una sólida capacitación previa.

Aun así esas capacitaciones solo serían un complemento para facilitar ciertas acciones del personal de salud para la atención en primera instancia del trabajador. No es correcto pensar que puedan equipararse ni ser sustitutivas de la formación que concede una especialidad médica en varios años de estudio. La necesidad de disponer de médicos especialistas en Salud ocupacional sigue vigente.

Un modelo para actuar: la reorientación de la Salud ocupacional

La Salud ocupacional en Cuba, desde sus primeros años fundacionales organizó sus servicios de modo tal que llegaran a las organizaciones laborales, a los territorios locales. Así su representación institucional fue diseñada para alcanzar los niveles municipal, provincial y nacional. Aunque limitada, la Salud ocupacional ha estado presente en el nivel primario de atención, siempre con la prevalencia de una orientación preventiva. No es el mismo caso de la Psiquiatría, cuya reestructuración y

reorientación hacia la APS constituyeron la esencia del cambio necesario en sus servicios (Cuba. MINSAP, 1995)

La Salud ocupacional está urgida –no solo necesitada- de cambios. Estos cambios no deben (ni pueden) ser concebidos como un medio de retornar a un momento anterior, pues la constelación de demandas y recursos ha cambiado sustancialmente. Se requiere elaborar una estrategia. Una estrategia que opere cambios cuyo alcance y agilidad permita resultados en un plazo lo más breve posible.

Denomino esta estrategia de cambio una *reorientación*. Reorientación es cambio, pero no es negación del camino transitado, ni de los esfuerzos que han permitido que a pesar de las situaciones tan desventajosas que se han descrito, la Salud ocupacional mantenga una actividad proporcional a sus posibilidades y limitaciones. Reorientar en el sentido de modificar su trayectoria de modo tal que haga uso de sus fortalezas y oportunidades a la vez que se rectifiquen decisiones o se asuman otras nuevas que permitan superar debilidades y limitaciones.

La atribución de algunas funciones a la APS como los exámenes pre-empleo y periódicos a los trabajadores no es argumento suficiente para sostener que la atención a la población trabajadora esté suficientemente orientada hacia la comunidad e inclusive, hacia ese nivel de atención. Ese es, sin dudas, un paso importante, un elemento de la estrategia, pero no lo es todo.

Por importante que resulte la APS en esta estrategia de cambio que se propone, la estrategia misma de reorientación no se agota en ninguno de sus componentes. Aun la reorientación comunitaria no se reduce a las acciones del personal de salud en la APS. La reorientación supone un cambio profundo en todos sus niveles y componentes.

La reorientación se ha de realizar en dos niveles o en dos enfoques fundamentales: El enfoque teórico conceptual, que requiere ser fortalecido, desarrollado y su enfoque empírico o práctico, más conocido y tradicionalmente privilegiado por cuanto se relaciona con los servicios que realiza el sistema de salud. Es preciso reorientar el pensamiento como condición previa y fundamento de posteriores acciones prácticas.

Sentir la necesidad del cambio es condición previa para construir la correspondiente estrategia. Esta necesidad debe ser compartida por todos los involucrados en ella, sobre todo, por los directivos, quienes toman decisiones. Esa actitud genera autoridad y fortalece su liderazgo. Pero si son los subordinados los portadores de esa necesidad, e inclusive la traducen en posibles acciones concretas sin que los decisores experimenten lo mismo o inclusive no lo adviertan, estos últimos quedan a la zaga y se autodescalifican como promotores del desarrollo organizacional y como líderes. Solo les queda refugiarse en la atmósfera formal burocrática que lejos de fomentar necesarias transformaciones, suele dificultarlas.

S. Labourdette (1999) ha caracterizado muy atinadamente el concepto de estrategia tomando en cuenta sus componentes teóricos y prácticos. El politólogo y sociólogo argentino escribe:

“Toda estrategia es una operación mental y práctica dirigida a un objetivo o grupo de objetivos. Es una ‘praxis’ planeada hacia un horizonte perseguido. El desarrollo del pensamiento estratégico es el resultado de una operación intelectual que establece ciertos requisitos, propone ciertas pautas y utiliza ciertos dispositivos indispensables. Y se nutre del acopio de toda la experiencia posible. Esta, además, se permite ser almacenada y procesada continuamente para fortalecer no solo la praxis, sino también la teoría”.

Kurt Lewin, un notable psicólogo polaco expresó que “nada es más práctico que una buena teoría”. La teoría orienta las acciones prácticas, las sugiere y anticipa sus resultados. Compendia y organiza sus resultados, dimensiona su significación. Facilita y promueve la comunicación, el intercambio y la integración con otras disciplinas.

La Salud ocupacional está en estrecha relación con la vida social y los determinantes sociales y psicosociales del bienestar o el sufrimiento humano en el trabajo. Las raíces de estas determinaciones penetran la base económica de la sociedad.

La Salud ocupacional tiene un fuerte compromiso ético que incluye y trasciende la dicotomía de vida o muerte, la evitación de la iatrogenia o las pautas deontológicas de la práctica de la medicina y de sus especialidades. Su compromiso ético tiene además un carácter de clase social. Se encuentra comprometida con los más expuestos a peligros y desgaste en el proceso del trabajo que son los trabajadores y sus familias.

Sin un dominio teórico que permita una adecuada comprensión de esas cuestiones la formación del profesional de la Salud ocupacional es incompleta. Sin una comprensión teórica de la disciplina no es posible dimensionar adecuadamente su desarrollo.

En el Programa Nacional de Salud de los Trabajadores (PNST) he encontrado un ejemplo de lo antes dicho. Me refiero a una versión inconclusa y sin fecha que se puede consultar en la web (Cuba. MINSAP, Sin fecha b). Estimo que se trata de un documento escrito antes de 2013, puesto que no hace mención de nuestro actual Código de trabajo. Aunque existen referencias al parecer de otras versiones, como se advierte en la Resolución 283/14 antes mencionada, he de valerme de la versión que es pública.

El antes mencionado artículo de Linares y otros refiere una investigación empírica para “identificar los avances, limitaciones y retos que contribuyan a la mejor gestión y organización de la atención de salud a la población trabajadora”. Los datos que debieron aportar las técnicas aplicadas no se presentan en el texto. La exposición de resultados consiste en afirmaciones y recomendaciones que no abarcan el alcance de los objetivos planteados por los autores. Esto priva al lector de conocer información

factual sobre los asuntos investigados y sobre el fundamento de los criterios que exponen los autores en el texto del artículo.

En ese trabajo se reitera el criterio de que el PNST requiere de una estrategia complementaria aún no ha sido formulada. Sin embargo, de un documento programático sería de esperar justamente que contuviera la estrategia correspondiente. Más bien la formulación de la estrategia debiera preceder a la redacción del Programa, no a la inversa.

El PNST no se pronuncia acerca de los problemas y necesidades fundamentales del desarrollo de la Salud ocupacional, ni sobre los diversos ámbitos en que debe operarse ese desarrollo. Su objetivo, según aparece en su texto, es organizar lo que denomina “subsistema” de salud de los trabajadores en el SNS. Ese propósito se reduce fundamentalmente al control de riesgos ambientales, biológicos y radiológicos. Además, parte considerable del documento se dedica a una estéril y enrevesada distribución administrativa de funciones, responsabilidades, y subordinaciones de unidades de salud de diversos niveles. El documento también declara que su alcance es nacional y su cobertura la totalidad de las personas que trabajan. Dadas las limitaciones de recursos que enfrentaba ya la Salud ocupacional en esos años, principalmente en relación con los recursos humanos, este documento resulta un ejercicio de ficción de dudosa utilidad.

Hay coincidencias entre este Programa, el Código de trabajo y la Resolución 283/2014: Los tres documentos omiten los factores psicosociales laborales, y sus correspondientes factores de riesgo. Por ende, el papel de la organización del trabajo como determinante objetivo de la salud laboral queda omitido.

A juzgar por estos documentos, la Salud ocupacional cubana queda a la zaga de las concepciones más avanzadas de la salud laboral, las que son practicadas por países que décadas atrás aspiraban al desarrollo que exhibía la disciplina en el nuestro.

Afortunadamente, en esos espacios de exclusión existe la actualizada, esforzada y visible labor de colegas que con los productos de su trabajo parecen afirmar acerca de nuestra salud ocupacional: “Y sin embargo, se mueve”.

Enfoque laboral

Una cuestión teórica que merece un mayor desarrollo y mejor dominio por los profesionales de este campo es la denominada centralidad del trabajo (Neffa, 2015). Este concepto dimensiona la significación del trabajo para la vida social y la economía. Además, interactúa con otros géneros de actividad vital, de ahí su llamada “horizontalidad”, que en apreciable medida determina su desarrollo.

Edad y sexo son otras cualidades de la población con similar horizontalidad. El criterio

de la edad ha hecho surgir especialidades médicas como la pediatría o la geriatría, por ejemplo. La concurrencia de especialidades propias en estas poblaciones caracterizadas por pertenecer a una etapa u otra de la vida también ha hecho emerger especialidades y subespecialidades, como la cardiología, la cardiocirugía, la neurología y la oncología pediátricas, por ejemplo.

La diferenciación social entre las personas según su sexo ha dado lugar al enfoque de género, cuyos especialistas lo presentan con no poca razón como una exigencia metodológica imprescindible en la investigación y en el ejercicio de numerosas profesiones. Esto se considera así por el hecho de que histórica y culturalmente la condición social de género se encuentra presente e influye de modo particular en toda actividad humana. La dimensión social que adquiere una característica biológica como el sexo condiciona otros comportamientos, motivaciones, expectativas propias y sociales.

De similar modo la actividad laboral condiciona particularidades de la conducta, aspiraciones, intereses, etc. en las personas que trabajan y su influencia se extiende más allá del contexto laboral, en ámbitos extralaborales. Ejemplo de ello es la familia y también la movilidad social intergeneracional.

Ciertamente, el trabajo condiciona posibilidades, necesidades y expectativas de las personas, la probabilidad de enfermar o no. Como afirma Amable, “el trabajo es el gran organizador de la vida” (Amable, 2013).

La mera mención del trabajo que desempeña una persona puede ofrecernos instantáneamente un cúmulo probabilístico de información. Por ejemplo: su nivel salarial, calificación y escolaridad, riesgos para la salud, tipo de desgaste, amplitud de relaciones sociales, entre otras muchas.

Desarrollar, mostrar y difundir los modos de aplicar el enfoque laboral es un objetivo de carácter principalmente teórico que merecería elaborar.

La elaboración teórica en la reorientación tiene también la tarea de definir el alcance, proponer los medios y establecer los objetivos de la cultura en salud y seguridad en el trabajo y fomentarla eficientemente.

El enfoque empírico es más conocido. Domina en la representación social de la Salud ocupacional, por cuanto se refiere al trabajo concreto que las personas realizan y su relación con la salud. La representación social de la Salud ocupacional constituye un válido objeto de investigación empírica que pudiera ofrecer un punto de partida para incrementar la cultura en salud y seguridad en la población.

Como ha sido expuesto, teoría y práctica constituyen actividades complementarias. No existe una separación tajante entre lo teórico y lo empírico. Ambos niveles de la experiencia cognoscitiva son necesarios para llevar a la práctica la reorientación de la Salud ocupacional.

En la aplicación de cada uno de los elementos componentes que se relacionan a continuación, los cuales son necesarios para obtener el cambio deseado, hay un lugar para la elaboración teórica y para la experiencia práctica, y ninguno de ellos debe ser absolutizado.

Comunitario

Lo que da carácter de comunitario a una institución o a un programa de trabajo no es una consideración de ubicación geográfica, sino funcional. No es siquiera un servicio o conjunto de servicios que se preste a la comunidad, como pudiera ser la atención primaria de salud.

Los programas y acciones de carácter comunitario merecen tal calificativo cuando los integrantes de la comunidad se integran en un equipo de trabajo y hacen suyos los objetivos generales del proyecto y conjuntamente los contextualizan según las características y necesidades de su comunidad, y definen las tareas a realizar.

Los especialistas se integran al proyecto pero sin asumir el principal protagonismo de la conducción y desarrollo del proyecto, el que corresponde a los miembros mismos de la comunidad. Los especialistas son consultores y facilitadores que median, favorecen la comunicación y la realización de las tareas. En todo caso realizan la que pudiera serle asignada. Pero debe abstenerse de que la autoridad que emana de su imagen social eclipse o sustituya la iniciativa, la participación, la toma de decisiones, en definitiva, el rol protagónico de los miembros de la comunidad en cuestión.

Al respecto, Manuel Calviño (2004a) refiere así sus experiencias: "Más de una vez he visto que los problemas pretenden resolverse en la mesa de trabajo, o en el buró de funcionarios de la región en que se supone se realiza una acción comunitaria". Denomina "burocomunitarismo" a este estilo de trabajo que en definitiva conduce a una falta de movilización social realmente efectiva. Específicamente, en las acciones comunitarias de salud, afirma este autor que "aún se siente con fuerza la presencia del modelo médico, del modelo de la jerarquía profesional (...) con poca capacidad de responder a las demandas explícitas e implícitas de las comunidades" (Calviño, 2004a).

La proyección comunitaria tiene tres propósitos fundamentales.

En primer lugar desempeñar el trabajo, las acciones de prevención y promoción en las comunidades mismas donde se encuentran las organizaciones laborales y los trabajadores mismos, descentrándose de los ámbitos institucionales. No se trata solamente de tener las puertas de las instituciones de salud abiertas a las demandas de atención que hacen los miembros de la comunidad y prestarles el mejor servicio. Se trata fundamentalmente de ir a la identificación de los problemas de salud conjuntamente con la población de la comunidad (Calviño, 2004b).

En segundo lugar, movilizar a la comunidad de ciudadanos e instituciones presentes en el territorio al trabajo de prevención, toda vez que las noxas del proceso laboral de que se trate no quedan atrapadas en las paredes del centro laboral, sino se filtran hacia la comunidad.

En relación con esto, recuerdo que estando en una fábrica en que realizaba una investigación súbitamente sonaron las alarmas de anunciaban un escape de amoníaco. Era un simulacro para probar la respuesta ante un suceso semejante que en aquél proceso productivo era un accidente probable. La respuesta fue favorablemente calificada. Todos los trabajadores se protegieron, la nube de amoníaco fue arrastrada por el viento... ¿adónde? A la barriada más cercana. Pregunté si el plan de aviso incluía esa u otra comunidad. Me dijeron que sí. Pero lo cierto es que no vi que esa acción formara parte del simulacro. Tampoco alguna acción con los visitantes que como yo podía estar presente en un accidente real.

En tercer lugar, no por ello menos importante, la reorientación requiere cambios en la atención primaria de salud, aunque no se agote en sus relaciones con este nivel de atención. Todo cuanto se ha propuesto hace obvia cualquier explicación sobre esta necesidad.

Tanto Linares, Jova, Barbón, Díaz y Rabelo (2016) como Ávila, Robaina, González, Oliva, Fernández y Núñez (2016), al exponer su concepto de la reorientación se enfocan específicamente en la APS. Estos últimos autores, siendo consecuentes con la dimensión del problema y su significado, trascienden los marcos de los resultados inmediatos de la atención médica y afirman:

”...la prestación de servicios preventivos a trabajadores en el nivel primario de atención, de su entorno laboral, implica evitar múltiples problemas de salud, así como manejar de modo específico una de las principales determinantes sociales del estado de salud poblacional. Precisamente, el bienestar, la seguridad y la calidad de vida de los trabajadores tienen que ver con esta y con el “factor humano”, fundamental del proceso de desarrollo socioeconómico”.

Obviamente, los profesionales de la APS tienen una elevada responsabilidad en la atención de la salud de los trabajadores. Con la severa carencia de médicos del trabajo que padecemos, será natural –de hecho ya lo es- que muchas personas que trabajan solicitan en su área de salud ser atendidas por un padecimiento en realidad de origen profesional o relacionado con su trabajo.

La reorientación no significa un incremento de la carga de trabajo del personal de salud. Suceda lo que suceda con la Salud ocupacional, quienes demanden atención médica por trastornos relacionados con el trabajo, tocarán la puerta del consultorio del médico de la APS. Lo que pretende la reorientación es transmitir y actualizar

conocimientos, formar competencias específicas de Salud ocupacional en estos profesionales. No sería aumentar la carga de trabajo, sino disminuirla al facilitar la labor médica.

La reorientación de la salud ocupacional, bajo el respaldo de nuestra legislación, convocaría a los propios médicos y otros especialistas de las instituciones de nivel primario. Entre ellos a los especialistas en MGI en primer lugar, ya que por su formación y numerosa presencia en este nivel de atención, constituyen una oportunidad para la reorientación que se propone.

Mas cuando la estrategia de cambio de la Salud ocupacional se analiza desde una perspectiva psicosocial, la reorientación no se agota en adecuar los servicios de la APS.

Un importante recurso en los servicios de la APS son los Centros Comunitarios de Salud Mental que existen en los municipios de nuestro país. Ofrecen atención especializada que incluye servicios propios de un segundo nivel de atención. Estos centros pudieran constituir un notable apoyo para coordinar acciones de salud mental de los trabajadores en la comunidad.

La apelación a los recursos existentes en la comunidad es de gran importancia para advertir, identificar, controlar y disminuir el impacto ambiental y social de las organizaciones laborales y la actividad de trabajadores autónomos existentes en la comunidad. La comunidad misma participaría en la gestión de la prevención en salud ocupacional.

Al reorientar acciones de la salud ocupacional hacia la APS no se quiere decir que las instituciones de nivel superior como el INSAT disminuyan sus actividades o responsabilidades. Muy por el contrario, significa que este Instituto en legítimo uso de su dimensión nacional, potencie al máximo su labor metodológica tanto en lo asistencial como en la docencia y en la investigación. Hasta el presente el Instituto ha asumido la mayor parte de las investigaciones que en salud ocupacional se han realizado en Cuba; sostenidamente ha llevado a cabo una notable actividad de formación académica, en primer lugar, con una maestría que han cursado decenas de profesionales cubanos e iberoamericanos; de modo sistemático realiza actividades de asistencia médica y servicios científico-técnicos a trabajadores y empresas; representa la comisión de peritaje médico-laboral de más elevada autoridad del país; sostiene la única publicación periódica científica cubana centrada en la salud ocupacional. Habría más relieves que destacar, pero de suyo se comprende que el Instituto por sí solo no podría dar plena satisfacción a las voluminosas demandas de la salud ocupacional, aunque sí participar activamente en todas las tareas de reorientar la especialidad.

Intersectorialidad

Es un complemento del anterior componente. Da particular relieve a la participación de las instituciones de la comunidad con las acciones de prevención ligadas al trabajo. Una precondition de la participación intersectorial es la voluntad política de las autoridades locales, así como de las instancias superiores de esas instituciones.

La intersectorialidad en este contexto implica que las organizaciones laborales que existen en la comunidad serían las primeras en integrarse y proteger no solo a sus trabajadores, sino también a los ciudadanos de la comunidad en que se encuentran de potenciales peligros derivados de su actividad económica.

Formación

El componente formativo es esencial para realizar los cambios. Se requiere para dar cobertura a las necesidades de cultura profesional de todos los protagonistas de las actividades de la salud en el trabajo, desde los decisores hasta los trabajadores mismos y sus familiares.

La primera y más urgente necesidad a atender es refundar la residencia médica en Medicina del Trabajo.

El Código de trabajo establece que “los organismos que integran el sistema nacional de educación y otros que atienden integralmente la formación técnico-profesional y superior, garantizan en los planes y programas de estudio la integración de los contenidos generales y específicos sobre la seguridad y salud en el trabajo, con el fin de fomentar hábitos seguros e higiénicos para lo cual dictan las normas correspondientes”. Un propósito loable sin dudas, pero pendiente de ser cumplido.

En las carreras universitarias afines al campo multidisciplinario de la salud ocupacional debieran iniciarse cursos de pregrado que garanticen la existencia de profesionales capaces de asumir las tareas de proveer salud y protección a los trabajadores. Otro tanto debiera hacerse en la enseñanza técnica y profesional, en que se forman especialistas de nivel medio.

En la educación postgraduada existe probablemente una mejor representación de este componente, dada sobre todo por las maestrías que hoy se imparten; pero hay que subrayar la necesidad de estimular e inclusive exigir el compromiso de alcanzar el doctorado en los profesionales con condiciones para ello.

Se trata de organizar e impartir capacitaciones sobre salud ocupacional de diverso nivel académico, a fin de desarrollar las competencias necesarias, privilegiando a los profesionales del nivel primario de salud, protagonistas principales de la reorientación que se propone.

Aparte de la creación de competencias profesionales específicas, el componente formativo tiene un impacto sobre la cultura en seguridad y salud laborales, tema que

se trata más adelante.

Multidisciplina e interdisciplina

La salud ocupacional es un área de conocimiento y práctica profesional en que confluyen diversas disciplinas. Es esencialmente multidisciplinaria y el trabajo en equipos de esta naturaleza es propio de la misma.

No es productivo encapsular el objeto de trabajo de la Salud ocupacional sin relación con otras especialidades médicas y no médicas.

Por otro lado, infiltrar el pensamiento y las acciones de la salud ocupacional en las restantes especialidades médicas y no médicas en que tenga sentido hacerlo, favorecerá la formulación de auténticos problemas científicos y conferirá mayor integración a la atención que se ofrece a la salud de la población. Este sería un buen exponente de la aplicación del enfoque laboral anteriormente expuesto. Muchas veces las asociaciones se establecen por la vía psicosomática, lo que refuerza el papel de las condiciones psicosociales.

Legal y normativo

El componente legal y normativo es de la mayor importancia, toda vez que conceden a las orientaciones higiénicas la fuerza de obligatoriedad propia de la ley.

Al entrar en vigor el Código de trabajo de 2014 quedó derogada la anterior Ley 13. Si bien se concedió una jerarquía mayor a la higiene del trabajo al ser respaldada por un Código, se han referido inconvenientes relacionados con la diversidad de criterios que pueden sustentar unos u otros directivos con sus decisiones. Además, la concreción de lo estipulado en el Código en forma de reglamento no es propio de los códigos, por lo que faltaría un nivel intermedio para orientar las acciones.

Las resoluciones ministeriales hasta ahora adoptadas no poseen la completitud que sin embargo tendría una ley de higiene laboral.

Desde el punto de vista de la valoración de nuestra Salud ocupacional vale citar el trabajo de Roskam (2011), que propone un índice nacional de seguridad en el trabajo. Su procedimiento parte de considerar el componente legal y a partir de ahí define indicadores de procesos y de resultados. Uno de los indicadores del componente local es la existencia de una ley específica de protección de los trabajadores. De ser valorados por este índice, tendríamos una desventaja de partida.

En otro orden de asuntos, es razonable suponer que nuestra legislación habrá de reconocer lo que es hoy un criterio extendido y compartido por especialistas y por la población general: la acción de los factores psicosociales laborales y su influencia sobre la salud mental de los trabajadores, cuyos trastornos son fuente de malestar, sufrimiento humano e improductividad del trabajo.

Ese reconocimiento, junto a la elevación de la cultura en salud y seguridad en el trabajo, conducirán a un incremento de la demanda de servicios de salud para las personas que trabajan.

La fórmula más segura y expedita para darle respuesta a esa demanda se encuentra precisamente en la APS, tal como se ha expuesto.

Es necesario fomentar una cultura en salud ocupacional entre las autoridades de salud, académicas y docentes; entre empresarios y directivos sindicales; entre los profesionales afines a la salud ocupacional, y por supuesto, entre los trabajadores. Esa cultura de hecho fomenta acciones prácticas conceptualmente coherentes. Sin desarrollar y difundir esa cultura es dudoso el impacto que pudieran tener otros esfuerzos.

Un elemento importante a transmitir es la concepción de que la Salud ocupacional no se dedica solamente a identificar y prevenir exposiciones nocivas, daños a la salud o enfermedades profesionales. La promoción de salud propiamente dicha, el aprendizaje de autocuidados son parte del objeto de trabajo de la Salud ocupacional.

Es imperiosa la necesidad de fundar la sociedad profesional de los especialistas y técnicos de diversas disciplinas, especialidades y procedencia institucional, comprometidos con la salud de los trabajadores. Una potente y activa Sociedad Cubana de Salud Ocupacional hasta ahora inexistente, pero con personalidad propia, no como una sección de otra, estaría llamada a ser un catalizador de prácticamente todas las tareas que supone la reorientación.

Ya que ha sido mencionada la necesidad de la sociedad profesional, debe agregarse que la misma es fuente de contactos, comunicación, oportunidades en el campo de las relaciones internacionales. La carencia de la sociedad ha determinado que las directivas de sociedades internacionales como la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO) y la Federación Centroamericana y del Caribe de Salud Ocupacional (FECACSO) hicieran excepciones con nuestro país para facilitar nuestra presencia en sus cónclaves.

Científico-investigativo

Una última sugerencia es fomentar la investigación. Por una parte en el nivel local, de modo que sirva de apoyo y estímulo a los profesionales de la APS y como medio de hallar respuesta a problemas de la práctica de la salud laboral en las organizaciones y poblaciones laborales de la comunidad. Por otra parte, desarrollar investigaciones en campos en los cuales la Salud ocupacional en Cuba se ha introducido menos. Esto pudiera contribuir a promover productivamente el acercamiento a otras disciplinas médicas y no médicas. Esa colaboración puede favorecerles mutuamente al actuar sobre objetos de investigación novedosos, además de científica y socialmente valiosos y productivos.

Seis indicadores de la eficacia de la reorientación

Por último, sugeriré los que prefiero denominar ejes de indicadores de la eficacia en la implementación del cambio a que conllevaría la reorientación de la Salud ocupacional: rigor, compromiso, participación, actualización, productividad, creatividad y visibilidad. Los cuatro primeros se refieren a procesos, en tanto los tres últimos a resultados.

Con la denominación “ejes de indicadores” significo que cada uno tendría una expresión concreta y específica en cada objeto al que se aplique. Así, por ejemplo, productividad puede referirse a la investigación científica y tomar como indicador la cantidad de proyectos de investigación terminados; si se trata de publicaciones, artículos publicados; si de servicios, mediciones efectuadas.

Brevemente esbozaré sus contenidos.

Rigor: Observancia de los requisitos y procedimientos metodológicos correctos que garanticen la calidad de los resultados, para este caso, una adecuada sustentación teórica de las acciones prácticas que deben ser adecuadas a la concepción preventivo-promocional de la salud en los contextos comunitarios.

Compromiso: Jerarquización de los valores sustentados por la disciplina y el trabajo responsable como norma de conducta.

Participación: Disposición voluntaria y activamente manifiesta en la conducta de asumir responsabilidades compartidas, así como dar a conocer criterios e ideas propias a fin de socializarlas en un contexto colectivo. Es un elemento clave en el trabajo comunitario. Excluye toda postura hegemónica del especialista, que asume ante todo un rol facilitador.

Actualización: Actitud de sistemática renovación de los conocimientos, la información y las competencias relacionadas con el desempeño

Productividad: Expresión generalmente cuantitativa de los resultados del trabajo en indicadores de proceso (marcha del proyecto) como de resultados (indicadores de salud)

Creatividad: Manifestación de la personalidad o de un grupo humano dado que se traduce en la producción de resultados o medios de obtenerlos originales y novedosos

Visibilidad: Publicidad de los resultados de la actividad ante un público dado, nacional o extranjero.

La aplicación de estos indicadores al proceso de reorientación de la Salud Ocupacional y a sus resultados permitiría conocer y potenciar sus impactos en los contextos laborales y en los trabajadores.

Crear ambientes laborales saludables y cuidar la salud de las personas que sostienen materialmente la sociedad son metas valiosas realizables.

Conclusiones

Luego de revisar el estado actual de la Salud ocupacional en Cuba, cabe preguntarse si su trayectoria, en sentido general es progresiva, aunque lenta; o si describe un proceso inverso al del SNS y otras de sus especialidades. Las fuentes consultadas, el estudio documental, los criterios de los expertos, y el análisis integrado de sus resultados permiten argumentar la existencia de un cuadro desfavorable de esta área de conocimiento y práctica profesional. Aun reconociendo importantes realizaciones en los últimos años, estas no compensan las limitaciones.

Hay razones para considerar que la Salud ocupacional cubana muestra palpables signos de estancamiento e involución que necesitan ser rápidamente superados ante las fundadas expectativas de nuevas y crecientes demandas sociales.

En prácticamente cualquier proceso en desarrollo –pero sobre todo en la ciencia- una detención del mismo por un tiempo relativamente prolongado se tiende a considerar un estancamiento; pero eso solo es cierto si nos atenemos al proceso del fenómeno en cuestión. Sin embargo, ese desarrollo ocurre en un contexto social e histórico en que fenómenos similares continúan el suyo propio, de donde el estancamiento deviene en realidad en una involución.

Signos distinguibles de estancamiento que han sido identificados son la demora en formular una estrategia de desarrollo y el programa nacional de salud ocupacional; la no refundación de la residencia médica; carencia de recursos humanos calificados, carencia de sociedad profesional de Salud ocupacional, baja cultura en salud y seguridad laborales, falta del crecimiento necesario de doctores en ciencias, particularmente médicos.

Los signos apreciables de involución deben considerarse: bajo peso de la investigación básica, relativa desactualización bibliográfica, escasa representación al nivel primario y en centros de trabajo, equipamiento y tecnologías que muestran signos de atraso, legislación ajena a tendencias actuales, por ejemplo, al no acoger los trastornos mentales.

La actual ausencia de formación de especialistas médicos en régimen de residencia es un factor determinante en el giro que se necesita para detener el curso descendente de la especialidad. La especialidad ha desaparecido por una decisión cuyo fundamento original muy probablemente ya en la actualidad no se justifique. Del mismo modo que los especialistas activos van desapareciendo por causas naturales, la especialidad se encuentra amenazada de dejar de existir.

Las consecuencias de la inacción pudieran trascender en mucho las que actualmente pudieran concebir quienes tienen en sus manos la posibilidad real de revertir este proceso.

La Salud ocupacional en Cuba ha sido lastrada por los años de precariedad económica

que ha enfrentado la nación. Pero en medio de ellas, el compromiso, el esfuerzo y la voluntad humana de quienes han trabajado en ella, lograron mantener su existencia. Fue determinante el factor subjetivo.

Hoy el factor subjetivo vuelve a ser imprescindible para rescatar, desarrollar y dignificar la Salud ocupacional. No solo de sus profesionales y técnicos; sino también y con el mayor énfasis de quienes toman decisiones estratégicas sobre ella.

No caben dudas a los higienistas del trabajo cuán necesario e importante es contar con adecuadas condiciones de trabajo; pero con tanta o mayor prioridad, se necesitan decisiones que se enfoquen directamente en la capacitación del factor humano y en la eficiente organización de su trabajo. Se requieren soluciones integrales.

Es preciso reiterar la importancia del factor subjetivo.

La estrategia a formular y realizar presupone la reorientación del pensamiento de quienes tienen la capacidad, la autoridad y el deber de tomar las decisiones imprescindibles para poner en marcha con la premura y prioridad que requieren y merecen los trabajadores, la reorientación transformadora de la Salud ocupacional.

Finalmente, sea bajo la reorientación que aquí se propone o a partir de otra estrategia, el desarrollo de la Salud ocupacional tiene un carácter necesario. Es ineludible. De un modo u otro ha de enfrentar un cambio tal que permita satisfacer las necesidades de la economía nacional y de nuestra sociedad.

Estos cambios requieren una proyección estratégica que parta de una concepción del contexto y los escenarios que esperan al mundo del trabajo en Cuba en los próximos años. Es una labor interdisciplinaria y no solo práctica, sino también teórica. Es preciso concebir esos espacios que esperan a la Salud ocupacional más adelante y trabajar en favor de proyectar las acciones que ha de realizar por mandato de la realidad y de las necesidades de la sociedad. La salud de los trabajadores necesita una máxima prioridad.

Parafraseando a Marx (1955), cabe decir que los proletarios sí tienen algo más que perder que sus cadenas: pueden perder su salud y debemos impedirlo.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Sintés R., Editor (2014). Medicina General Integral. Vol. 1-5. 3ª ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Amable M (2013) Organización del trabajo y factores psicosociales. En: Garaño P, Zelaschi C. y Amable M, Comp. Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad. Río Cuarto, Argentina: Unirío editora, pp 83-92
- Ávila I, Robaina C, González A, Oliva E, Fernández B L, Núñez N. (2016). Razones

- para reorientar la salud ocupacional en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 17(4):57-61.
- Beatón Ruiz B (2012). ¿Quién cuida de la salud ocupacional? *Periódico Trabajadores*, La Habana, 30-09-2012.
- Calviño M (2004a). Acción comunitaria en salud mental: multiplicadores y multiplicandos. En: Calviño M. *Actos de comunicación. Desde el compromiso y la esperanza*. La Habana. Ediciones Logos.
- Calviño M (2004b). La salud de los trabajadores antes y después del trabajo. En: Calviño M. *Actos de comunicación. Desde el compromiso y la esperanza*. La Habana. Ediciones Logos.
- Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular (2014). Ley 116/2013. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, N° 29 Extraordinaria del 17 de junio de 2014.
- Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular (1977). Ley 13 de Protección e Higiene del Trabajo. La Habana. 1977.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Modelo 54-03-1 (Sin fecha). Historia clínica. Resumen de ingreso y datos generales.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de los Trabajadores. (Sin fecha). En: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/programasaludocupacional.pdf
- Cuba. Ministerio de Salud Pública (1995). Reorientación de la Psiquiatría hacia la atención primaria. Taller internacional. Memorias. La Habana, 11-14 de octubre de 1995. Cooperazione italiana.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública (2014). Resolución 283/14 del Ministro de Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, N° 29 Extraordinaria del 17 de junio de 2014.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública (2014). Resolución 283/14 del Ministro de Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, N° 29 Extraordinaria del 17 de junio de 2014. ISSN 1682-7511
- Cuba. Oficina Nacional de Estadística e Información (2018). Anuario económico de Cuba 2018. En: www.one.cu/aec2018.htm (consultado el: 10-02-2019).
- Cuba. Oficina Nacional de Estadística e Información (2014). Panorama Económico y Social. Cuba 2014. En: <http://www.one.cu/publicaciones/08informacion/panorama2014.pdf> (consultado: 15-10-2016)
- Fernández A (2000). Epidemiología laboral. Capítulo 30. En: Benavides F, Ruiz-Frutos C, García A, Eds. *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de*

- riesgos laborales. 2ª edición. Barcelona. Masson, S.A.
- García Machín E, Granda Ibarra A (2013). Proposición para perfeccionar la conquista social de la seguridad y salud de los trabajadores en Cuba. Rev Cub de Salud Pública, Nº 3.
- Gómez V, Juárez-García A, Feldman L, Blanco G, Vera A (2011). Prefacio. ¿Por qué una traducción al español de este libro? Aportes para una caracterización de los factores psicosociales laborales en Latinoamérica. En: Schnall P, Dobson M y Roskam E. Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas. Bogotá: Edic. Uniandes.
- Granda A (1992) La Salud Ocupacional en Cuba. Revista Médica del Uruguay. 8(3)
- Instituto de Medicina del Trabajo (1987). La higiene del trabajo y las enfermedades profesionales en los países del CAME. La Habana.
- ISO. International Standard Organization. ISO 45000. Briefing notes. Occupational Health and Safety. En: http://www.iso.org/iso/iso_45001_briefing_note.pdf (consultado el 15-10-20172b)
- Labourdette S (1999). La estrategia del secreto. Buenos Aires. Grupo editor iberoamericano. Buenos Aires.
- Linares TM, Jova Y, Barbón D, Díaz WJ, Rabelo G (2016). Apuntes sobre estrategia para la atención integral al trabajador en el nivel primario de salud. Revista Cubana de Salud y Trabajo.17(1):55-9
- Marx C, Engels F (1955). Manifiesto comunista. Obras escogidas en dos tomos. Moscú. Ed. Pueblos unidos.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (1986-2002). Informes anuales 1986 a 2002. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (1995-2015). Anuarios Estadísticos de Salud 1995-2015. La Habana. En: <http://files.sld.cu/dne/files/> (consultado: 26-11-2016).
- Neffa J C (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEIL-CONICET.
- Organización iberoamericana de seguridad social (OISS) (2015). II Estrategia iberoamericana de seguridad y salud en el trabajo 2015-2020. En: <http://www.srt.gob.ar/images%5Cpdf%5CEISST-2015-2020.pdf> (consultado: 1-12-2015)
- Organización Internacional del Trabajo (2005). Informe relativo a las respuestas al cuestionario sobre la actualización de la «lista de enfermedades

- profesionales» anexa a la Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002 (núm. 194) y sobre las enmiendas a la lista de enfermedades profesionales presentadas a la Comisión de los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales de la 90.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en 2002. Documento de trabajo de la Reunión de expertos sobre la actualización de la lista de enfermedades profesionales (Ginebra, 13-20 de diciembre de 2005). Programa InFocus de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork). Ginebra, octubre de 2005.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). Lista de enfermedades profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT. Serie Seguridad y Salud en el Trabajo. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, (74).
- Organización Internacional del Trabajo (Sin fecha). Salud y seguridad en el trabajo en América Latina (consultado: 10-12-2016)
- Roskam E (2011) Medir la protección de la salud de los trabajadores: índice nacional de seguridad en el trabajo. En: Schnall P, Dobson M y Roskam E (2011). Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas. Bogotá: Edic. Uniandes.
- Rothe H J (2004). Efectos del proceso laboral sobre el trabajador. En: Martínez M, Vázquez M. Psicología Organizacional I. Selección de lecturas. Parte 1. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (2016). Plan de estudio de la carrera de medicina. Documento consultado en la Dirección de Pregrado (15-12-2016)
- Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (2016). Plan de estudio de la residencia médica de higiene y epidemiología. Documento consultado en el Departamento de Docencia del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (15-12-2016)
- Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (2016). Plan de estudio de la residencia médica de Psiquiatría. Documento consultado en el Departamento de Docencia de la Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García” (16-12-2016)
- Universidad de Ciencias Tecnológicas. Ingeniería industrial (2016). Plan de estudios D. En: <http://cujae.edu.cu/industrial/carrera/ingeniería-industrial> (consultado:10-12-2016)

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1 Médicos ubicados en organizaciones laborales. Cuba 1986-2002

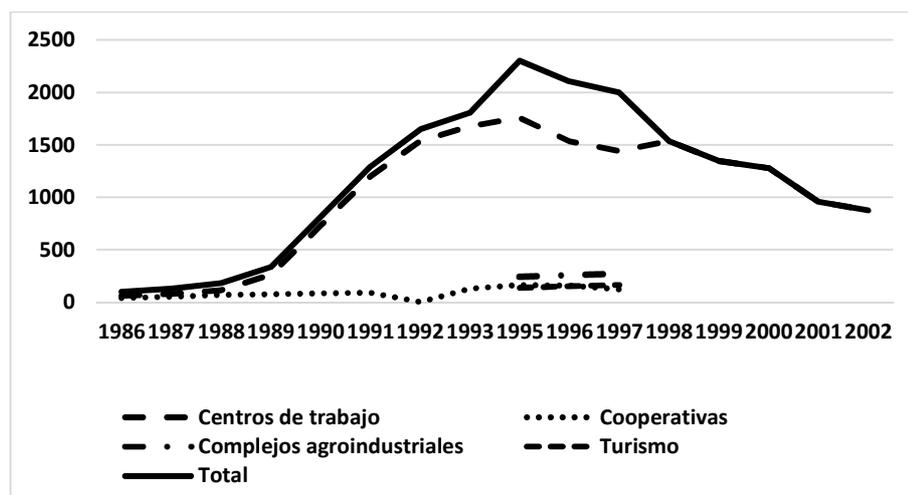
Médicos	Años							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dedicados	148	141	140	140	137	128	113	122
Especializados	160	156	154	154	145	138	132	132
Total	308	297	294	294	282	266	245	154

Médicos	Años							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dedicados	103	103	102	101	92	87	78	72
Especializados	119	120	119	117	109	103	93	44
Total	222	223	221	218	201	190	171	116

Médicos	Años		
	2013	2014	2015
Dedicados	72	74	64
Especializados	79	74	73
Total	151	148	137

Fuente: Informes anuales y anuarios estadísticos MINSAP

Gráfico 1 Ocupación de médicos en organizaciones laborales – Cuba 1986-2002



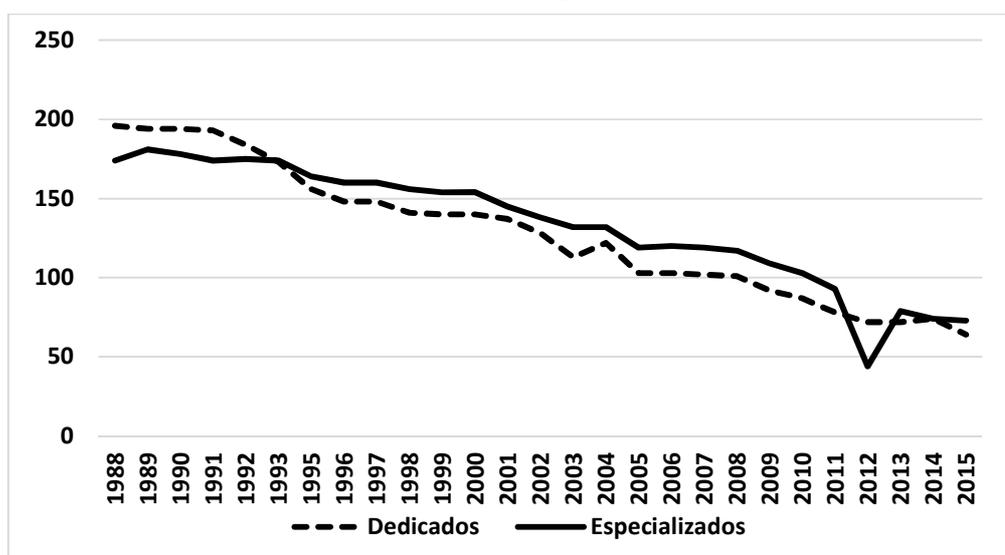
Fuente: Informes anuales y anuarios estadísticos MINSAP

Tabla 2 Médicos del trabajo. Cuba 1988-2017

Médicos	Años								
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1995	1996	
Dedicados	196	194	194	193	184	173	156	148	
Especializados	174	181	178	174	175	174	164	160	
Total	370	375	372	367	359	347	320	308	
Médicos	Años								
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Dedicados	148	141	140	140	137	128	113	122	
Especializados	160	156	154	154	145	138	132	132	
Total	308	297	294	294	282	266	245	154	
Médicos	Años								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Dedicados	103	103	102	101	92	87	78	72	
Especializados	119	120	119	117	109	103	93	44	
Total	222	223	221	218	201	190	171	116	
Médicos	Años								
	2013	2014	2015	2016	2017				
Dedicados	72	74	64	56	129				
Especializados	79	74	73	65	113				
Total	151	148	137	121	242				

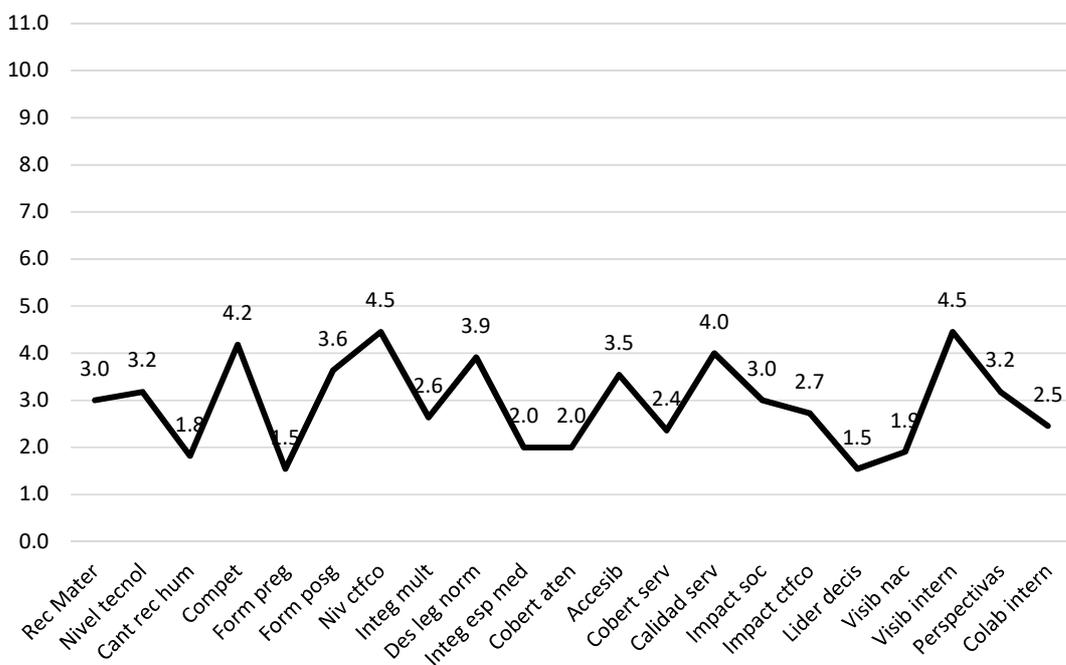
Fuente: Informes anuales y anuarios estadísticos MINSAP

Gráfico 2 Médicos del trabajo - Cuba 1988-2002



Fuente: Informes anuales y anuarios estadísticos MINSAP

Gráfico 3 Valoración de los expertos sobre el estado de la Salud Ocupacional en Cuba



Fuente: Cuestionarios a expertos

Tabla 3 Valoraciones de los expertos de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la Salud Ocupacional en Cuba

Promedio	Acuerdo	Proposiciones
Debilidades		
3,5	11	Insuficiente capacidad de liderazgo
3,8	11	Desconocimiento y subvaloración de la SO
3,5	11	Carencia de la especialidad médica correspondiente
3,6	11	Carencia de recursos humanos en general dedicados a la SO
3,7	11	Limitaciones severas de recursos materiales y humanos en las provincias.
3,7	11	Insuficiente o nula presencia de temas de SO en programas de pre y posgrado en carreras afines
3,6	11	Reducido impacto de los resultados de la investigación y la capacitación.
3,1	8	Marco legal y normativo insuficientes
3,7	11	Ausencia o inoperancia de un Programa Nacional de SO que dicte acciones y garantice sus perspectivas

3,3	9	Falta de la representación de la SO en el organismo central
3,4	9	Falta de voluntad política para preservar y desarrollar la SO
3,5	11	Recursos invertidos en formación de recursos humanos no se corresponde con un compromiso de emplearlos en SO
3,3	11	Insuficiente o nulo desarrollo de investigaciones básicas
3,7	11	Carencia de servicios médicos en empresas
3,5	11	Carencia de laboratorios y equipamiento para la evaluación de riesgos
3,8	11	Ausencia de una sociedad profesional propia de la SO
3,4	10	Bajo nivel profesional de la Inspección sanitaria estatal en SO
3,7	11	Escasos servicios de SO a nivel primario
3,7	11	Insuficiente integración de la SO en los tres niveles de atención
Amenazas		
3,8	11	Desaparición progresiva y natural de los especialistas hoy existentes
3,8	11	Carencia de un suficiente relevo profesionales y técnicos
3,7	11	Insuficiente nivel de conocimiento del personal de salud sobre SO
3,4	10	Disminución progresiva del rigor científico
3,7	11	Bajo reconocimiento social de la SO como campo de desempeño profesional
3,8	11	Falta de visión en directivos y decisores de la importancia de la SO
3,7	11	Pobre intersectorialidad.
3,5	11	Inminencia de desaparecer como área de desempeño profesional
3,8	10	Errónea expectativa de que el SNS es capaz de cubrir las tareas de la SO
3,6	11	Generalizada falta de cultura en SO
3,8	11	Ausencia de una formulación de perspectivas de la SO
3,5	10	Demandas a la SO del creciente sector privado o autónomo, formal e informal
2,7	7	Problemas de la economía del país pueden restringir recursos a destinar a la SO
3,7	11	Lentitud y aplazamiento en la toma decisiones y en su implementación
3,4	8	Cooperación médica internacional sustrae recursos humanos de por sí insuficientes actualmente en SO
3,5	10	Carencia de un Programa Nacional de SO actualizado
Fortalezas		
2,6	6	Respaldo de un SNS
3,5	10	Existencia de un instituto de investigaciones, INSAT
3,2	9	Existencia de la Maestría en Salud de los Trabajadores
2,5	4	Papel rector de la dirección del INSAT
2,3	3	Contar con un Programa de Salud Ocupacional
3,3	11	Publicación sistemática de la Revista Cubana de Salud y Trabajo
3,0	9	Existencia de regular nivel tecnológico en el INSAT
3,0	8	Presencia de alguna individualidades en el INSAT que pueden contribuir decisivamente a la SO
3,4	9	Legislación cubana protege adecuadamente a la mujer
Oportunidades		
2,9	10	Inversiones actuales en el INSAT demuestran interés de la alta dirección del Ministerio
3,3	10	Norma ISO 45001 aplicable a los productos exportables impondrá la

		necesidad del desarrollo de la SO
3,0	8	Imperativos de la Constitución y del Código del Trabajo relacionados con la SO
3,1	9	Existencia de un marco jurídico y normativo
2,7	8	Apoyo financiero de la OPS
2,7	6	Relevancia social y política del objeto de estudio
3,0	8	Exigencias de la inversión extranjera
2,8	7	Existencia de la base material docente para el rescate de la especialidad
3,5	11	Compromiso con la SO de personal en retiro de elevada calificación científica
3,3	9	Desarrollo de la SO a nivel internacional, en particular en Latinoamérica
3,4	11	Existencia de un instituto de investigaciones que es Centro de Referencia de la OMS que pudiera formular una estrategia integral para el desarrollo de la SO
3,4	10	Aprovechar los recursos humanos de la salud pública, para iniciar programas de capacitación y superación de técnicos y profesionales
3,5	10	Posibilidad de coordinar acciones con el MTSS y la CTC

Fuente: Cuestionarios a expertos