

Artículo de Revisión/ Review Article

Salud ocupacional con énfasis en la protección del trabajador/a en Paraguay

Laura Flores^{1,2}, Edgar Giménez Caballero¹, Néstor Peralta¹

1. Investigación para el Desarrollo. Paraguay
2. Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), Ministerio de Salud Pública. Asunción, Paraguay

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:**

Flores L, Giménez Caballero E, Peralta N. Salud ocupacional con énfasis en la protección del trabajador/a en Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017; 15(3): 111-128

RESUMEN

Esta revisión en salud ocupacional con énfasis en la protección del trabajador/a del Paraguay tiene por objeto dar una mirada desde la historia para comprender la relación entre los sistemas de protección social, las coberturas en riesgos profesionales, los determinantes sociales, y la salud ocupacional, además de la importancia de la cobertura de estos riesgos, y la situación en Paraguay en referencia a estas coberturas en los diferentes sectores económicos y categorías ocupacionales como el empleado privado, el del sector público y el trabajador por cuenta propia. También se analiza el papel de los diferentes organismos del estado y las legislaciones vigentes, finalizando con las futuras legislaciones y los cambios necesarios para asegurar una protección eficaz en riesgos profesionales para los trabajadores y trabajadoras del país.

Palabras clave: salud ocupacional, cobertura riesgos profesionales, Paraguay.

Occupational Health with emphasis on the protection of workers in Paraguay

ABSTRACT

This review on occupational health with an emphasis on the protection of workers in Paraguay aims to take a look from history to understand the relationship between social protection systems, occupational risk coverage, social determinants and occupational health, also the importance of coverage of these risks, and the situation in Paraguay in reference to these coverage in the different economic sectors and occupational categories such as the private employee, the public sector and the self-employed. It also analyzes the role of different state agencies and existing legislation, ending with future legislation and the necessary changes to ensure effective protection of occupational risks for workers in the country.

Keywords: occupational Health, professional risk coverage, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

La Salud Ocupacional, constituye uno de los cimientos fundamentales en el desarrollo de un país, a más de ser una estrategia para disminuir las brechas de pobreza; sus acciones están enfocadas en la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales ocasionadas por las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales en diversos sectores económicos (1).

Según la OIT, en el mundo ocurre unos 430 millones de accidentes laborales al año, de estos 270 millones corresponden a accidentes de trabajo propiamente dichos y 160 millones a enfermedades profesionales, como resultado de lo cual unos 2 millones de personas mueren año a año en el mundo (2).

La OMS informa que 69 millones de trabajadores viven por debajo de la línea de la pobreza y del 40 al 60% de los mismos en América Latina está expuesta a peligros y graves amenazas para su salud (3). El 11% de la carga mundial de accidentes fatales relacionados con el trabajo se producen en los países en desarrollo en América Latina (3). Mientras que

Fecha de recepción: febrero 2017. Fecha de aceptación: mayo 2017

*Autor Correspondiente: Laura Flores. Investigación para el Desarrollo. Paraguay

Email: floreslaurapy@yahoo.com

en otros países la protección y promoción del trabajador en la esfera de la salud ocupacional se ha desarrollado en forma extensa, con cambios cualitativos y cuantitativos, en Paraguay apenas se están iniciando estos procesos (4).

El Paraguay, estado soberano, multicultural y bilingüe, está dividido territorialmente en 17 departamentos, y tiene una superficie de 406.752 km². De acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares existen 6.926.100 (5) habitantes, en su mayoría urbana (59%) (6). El producto interno bruto (PIB) del 2017 es de 3875 \$ (7), el Índice de Desarrollo Humano 0,693 se encuentra en el puesto 110º (8), y el Índice Gini 51,7 (puesto 142º) (9). La economía paraguaya depende fuertemente de la producción en el sector primario (agrícola, forestal, pecuario, pesca o piscicultura), el mismo representa el 64,5% de la producción total de bienes, lo que implica el 25,4% del PIB (10).

En relación a la distribución del mercado laboral de la población paraguaya, del total 6.926.100 de habitantes, se encuentran en edad de trabajar (PET) 5.668.886 (81,8%), siendo 2.765.792 (39,9%) hombres y 2.903.094 (41,9%) mujeres; la Población económicamente activa (PEA) de la PET es de 3.492.514 (61,6%), siendo hombres 2.040.822 (36%) y mujeres 1.451.692 (25,6%). La población ocupada corresponde a 3.306.124 (94,7%), siendo hombres 1.939.990 (58,6%) y mujeres 1.366.134 (41,3%). El Desempleo Abierto abarca 186.390 (5,6%) personas, siendo hombres 100.832 (3,15%) y mujeres 85.558 (2,6%) (11).

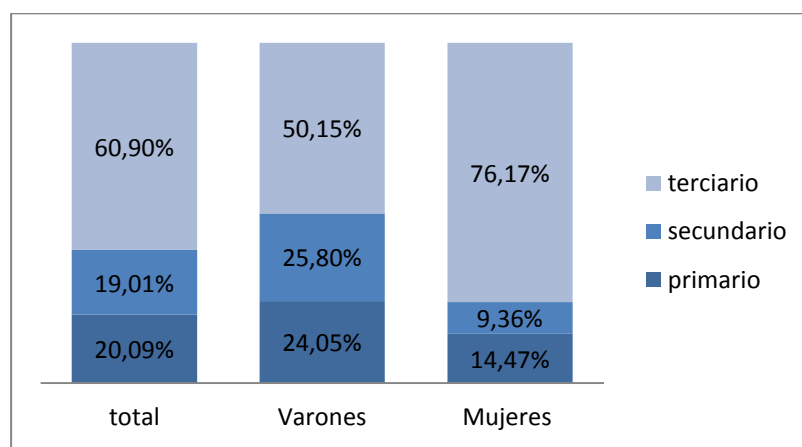
Uno de los temas prioritarios es la cobertura en riesgos profesionales que debería de tener cubierto todo trabajador/a, y que en nuestro país solo la tiene el 18% de la PEA. Por lo cual el objetivo de este trabajo es realizar una revisión en salud ocupacional en el Paraguay con énfasis en la protección social del trabajador/a tanto de los sectores privado, sector público y sector informal del Paraguay.

METODOLOGÍA

Los datos fueron recabados de la Encuesta Permanente de Hogares 2015, de la Encuesta Permanente de Empleo 2017, de los informes anuales del Instituto de Previsión Social, de la Encuesta de actividades de niños, niñas y adolescentes (Trabajo Infantil y adolescente en el sector rural agrícola, pecuario forestal y de pesca en Paraguay. EANA 2016). También se recopilaron las legislaciones vigentes y documentaciones del tema Salud Ocupacional. El análisis de datos fue hecho con Stata 14.

RESULTADOS

La estructura de la población ocupada en Paraguay según sector económico se presenta en la Figura 1. De cada 10 ocupados, cerca de 6 están ocupados en el sector terciario y 2 en el sector secundario y 2 en el sector primario. Con el género se observa que de cada 10 mujeres 7 trabajan en el sector terciario, 2 en el sector primario y 1 en el sector secundario en comparación con los varones que de 10 ocupados la mitad trabaja en el sector terciario, los otros cinco se dividen entre el sector primario y secundario.

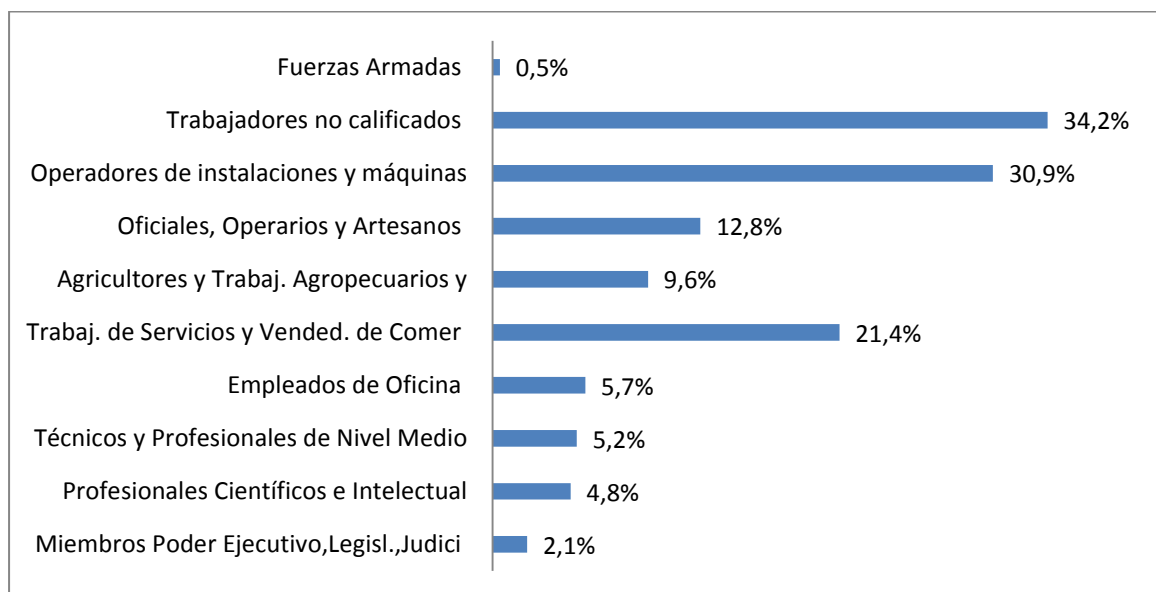


Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Distribución de la población ocupada por sectores, total, varón y mujer.

Por tipo de ocupación se observa la predominancia en el mercado laboral paraguayo de trabajadores no calificados (34,2%), operadores de instalaciones y máquinas y montadores

(30,9%), trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (21,4%). Comparando con los profesionales, técnicos y científicos (Figura 2).



Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH 2015

Figura 2. Distribución por tipo de ocupación en Paraguay

El porcentaje de trabajadores por Categoría Ocupacional se puede observar que corresponden a empleado/obrero privado el 37,7% (1.248.732), siendo 46,36% (899.379) varones y 25,57% (349.320) mujeres, son empleados/obrero público el 10,97% (362.681) siendo 9,02% (174.987) varones y 13,75% (187.843) mujeres. Son "trabajadores por cuenta propia" el 30,56% (1.016.463) siendo varones el 30,88% (599.068) y mujeres 30,10% (411.206). Los trabajadores familiares no remunerados corresponden al 8,74% (288.955), siendo varones 6,48% (125.711) y mujeres 11,95% (163.253); los trabajadores empleados domésticos corresponden al 7,05% (233.081) siendo 0,68% (13.191) varones y 16,09% (219.810) mujeres. Por último son empleadores o patrones el 4,90% (162.000) siendo varones el 6,56% (127.263) y mujeres 2,55% (34.836). Según categoría el porcentaje de mano de obra ocupada dependiente predomina sobre las otras categorías siguiendo los trabajadores por cuenta propia. Se observa predominancia del trabajo de mujeres la categoría de empleado público, y en la de empleada doméstica.

El trabajo como determinante de la salud

El principio, origen y hoja de ruta de la Salud Ocupacional es el desarrollo de la promoción, prevención del mantenimiento más alto grado de bienestar, salud y seguridad en el trabajo. Esto involucra crear y establecer los escenarios convenientes para evitar que se originen los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. La relación y el estudio del proceso trabajo y salud no es una inquietud reciente. Desde el siglo pasado, han cambiado las condiciones de vida y de salud de los y las trabajadoras, gran parte generados por la Revolución Industrial, varios eruditos enfocados en los trabajadores investigaron y evaluaron el impacto del trabajo sobre la salud de los mismos (12).

En la antigüedad ya Plinio el viejo, Hipócrates, Heródoto, describieron patologías más frecuentes entre diferentes tipos de trabajadores como agricultores, obreros de la construcción, curtidores, panaderos, mineros, etc. En la época media e inicios del renacimiento, aparecen los escritos de Ulrich Ellembag sobre algunas Enfermedades Profesionales; el de Agrícola, el de Paracelso hacia el 1500, que publicó la monografía de las Enfermedades de los mineros, fundidores y metalurgistas. Sin embargo, la mayor aportación de esta época se debe a Bernardino Ramazzini quien publicó en el año 1700 un verdadero tratado sobre Enfermedades del Trabajo, denominado "De Morbis Artificum Diatriba", en el cual examinó más de 50 ocupaciones, los puestos de trabajo, las condiciones de trabajo y sus enfermedades. Ramazzini establece de este modo las bases para el nacimiento y creación de la Medicina del Trabajo mediante dos significativas aportaciones: la incorporación de los antecedentes laborales en la historia médica y el

estudio del ambiente higiénico de trabajo con la finalidad de asentar la relación de este con la causa nosológica identificada e instituir medidas preventivas (13).

La Revolución industrial, señalado por el historiador Eric Hobsbawm, ha sido la "transformación más fundamental experimentada por la vida humana en la historia del mundo". En efecto, entre las características más destacadas del capitalismo industrial del siglo XIX y, sobre todo, del capitalismo monopolista del siglo XX destacan su acelerado crecimiento económico, el rapidísimo desarrollo tecnológico, y el cada vez más desenfrenado nivel global de consumo (14).

La demanda de los trabajadores a nivel mundial fue catalizada gracias a las profundas transformaciones de la "revolución industrial" y la Primera Guerra Mundial, por lo que, en 1919, con el "Tratado de Versalles" se fundaron las bases para el surgimiento la "Organización Internacional del Trabajo", que desde el principio ha objetivado entre sus objetivos la mejora de las condiciones de trabajo, empleo y protección social de los trabajadores entre las que se cuenta las de salud. También en ese mismo año, fue reconocida como especialidad médica la Medicina del Trabajo en el "Congreso Internacional sobre Accidentes y Enfermedades Profesionales llevado a cabo en Lyon" (15).

En 1950 el comité mixto OIT/OMS reconoció internacionalmente a la medicina del trabajo como una especialidad de la salud pública, ubicada dentro del campo de la sociomedicina, y precisó los objetivos, que se orientan a "Promover y conservar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas sus ocupaciones; prevenir las desviaciones a su salud causadas por las condiciones de trabajo; proteger a los trabajadores de los riesgos que pueden resultar adversos para su salud, colocar y conservar al trabajador en un ambiente adaptado a sus condiciones fisiológicas, y en resumen, adaptar el trabajo al hombre, y cada hombre a su trabajo" (16).

Desde ese entonces la Medicina del Trabajo ha ido creciendo exponencialmente, incorporando diferentes disciplinas, además de incorporarse la Salud Ocupacional a las diferentes políticas nacionales y más recientemente la Salud del Trabajador (17, 18) que en diversos países lo han adoptado como Programas y como Políticas Públicas como "A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora- PNST" del gobierno del Brasil por medio de la Portaria GM/MS nº 1.823/ 2012 (19).

El paradigma en Salud del Trabajador a diferencia de la Salud Ocupacional contextualiza en forma holística la salud de los y las trabajadoras, toma en cuenta el contexto social y económico y las 24 horas de la vida de un trabajador/a, por lo cual es mucho más desafiante con una visión más integral.

También ha sido objeto de cambios las formas o maneras de abordar la salud o la enfermedad de los trabajadores, la primera, que vislumbraba que los problemas de la salud de los trabajadores se vinculaban en la forma como los trabajadores eran insertos en el proceso productivo; y la otra que centraba su acción en dos líneas: la primera con enfoque taxativamente médico curativista, y la segunda, que reconocía en el medio ambiente de trabajo riesgos específicos, causantes de enfermedades, esencialmente los designados factores de riesgos químicos y físicos (16).

Con la comprensión de los "Determinantes Sociales en Salud" con un enfoque amplio, integral, colectivo y de equidad en salud, entender los fenómenos del proceso Salud – Enfermedad es esencial para poder cambiarlos; la salud del trabajador/a es afectado por el empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud. Tomando las palabras del Profesor Joan Benach (20) "el binomio salud-enfermedad está relacionado con un concadenado de causas enormemente complejo que no se puede simplificar en factores de riesgo ni en causas biológicas o conductuales simplistas, sino que se generan por un entramado de factores estructurales históricos, como son los factores políticos, ecológicos e histórico sociales. Si se quiere, se puede decir así: dónde vivimos, cómo producimos, en qué medioambiente estamos insertos, quien tiene socialmente poder, estos y otros factores marcan por una vía u otra los procesos y mecanismos fundamentales".

El trabajo constituye la primera fuente de ingresos, sin los cuales es imposible, en la sociedad actual, desarrollarse como persona. Un trabajo fijo y estable que cumpla con las condiciones de equidad y justicia social proporciona estabilidad a la persona y la posibilidad de elaborar proyectos de vida en todos los aspectos, personales, familiares y comunitarios. El sistema sanitario es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir

la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras. El sistema legislativo de un país también puede condicionar la salud, por ejemplo, la legislación en materia de seguridad, higiene, salud ambiental, laboral, drogas. Otro determinante es el acceso a oportunidades educacionales equitativas, la calidad de la enseñanza recibida y la oportunidad de situar en práctica las habilidades aprendidas son también factores de gran trascendencia sobre las condiciones de calidad de vida y el estado de salud de la fuerza laboral.

Varias investigaciones muestran el efecto de los determinantes sociales y de las desigualdades, en Gran Bretaña, el país donde se ha realizado el mayor número de estudios, las clases sociales más privilegiadas (los profesionales y directivos) tienen siete años más de esperanza de vida al nacer que las clases más desaventajadas (los trabajadores manuales) (21). El impacto de las desigualdades en los determinantes sociales en salud pública es enorme (22).

La forma como se desarrolla la Salud Ocupacional en los diferentes países es muy variada, con un soporte legal que es el que determina las diferentes actuaciones en las empresas y puestos de trabajo, algunos con largas trayectorias de diferentes modelos y cambios en los mismos, intentando mejorar el acceso y la salud de los trabajadores y trabajadoras.

Un paseo por las legislaciones

La Salud Ocupacional en Paraguay ha tenido importantes cambios en los últimos años, de una incipiente cierta "Medicina del Trabajo" con legislaciones específicas desde el año 1992, aunque ya en el año 1950 con la modificación de la Carta Orgánica del Instituto de Previsión Social el Decreto Ley Nº 1.860/50 (establecida por la Ley 375/56) establece el alcance del Seguro Social con "ARTÍCULO 1º. El Seguro Social cubrirá de acuerdo con los términos de la presente Ley los Riesgos de Enfermedad No Profesional, Maternidad, Accidentes del trabajo y Enfermedades profesionales, Invalidez, Vejez y Muerte de los trabajadores asalariados de la República", en el artículo 40º de la misma ley define los riesgos profesionales como: "Artículo 40º. - Concepto De Riesgos Profesionales. Para los efectos de esta ley, se considerarán: a) Riesgos profesionales, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta ajena. b) Accidente de trabajo, toda lesión orgánica que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute para su patrón y durante el tiempo que lo realice o debiera realizarlo. Dicha lesión ha de ser producida por la acción repentina o violenta de una causa exterior. c) Enfermedad profesional, todo estado patológico que sobreviene por una causa repetida por largo tiempo, como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que ejerce sus labores y que provoca en el organismo una lesión o perturbación funcional, permanente o transitoria, pudiendo ser originada esta enfermedad profesional por agentes físicos, químicos, o biológicos" (23).

Como puede observarse el espíritu de la "Seguridad Social" y del organismo que lo administra, el "Instituto de Previsión Social", fue la "cobertura de los trabajadores asalariados" de Paraguay en especial de los riesgos profesionales. Aunque esto no se ha plasmado en la práctica en los trabajadores asegurados al IPS. La carta orgánica del IPS contempla un seguro optativo para el trabajador independiente en riesgos de accidente, enfermedad y maternidad aun sin reglamentar.

La Constitución Nacional de 1992 promueve y protege la salud como un derecho fundamental de las personas, también en uno de sus artículos regula sobre la creación del Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones integradas, en el capítulo VIII se plasma que "Todos los habitantes de la República tienen derecho a un trabajo lícito, libremente escogido y a realizarse en condiciones dignas y justas", y en el Artículo 95 - dispone "la creación de la Seguridad Social para el trabajador dependiente y su familia y se extenderá a todos los sectores de la población" (24).

El Código del Trabajo (Ley 213/93) en el capítulo "DE LA SEGURIDAD SOCIAL" (25) "Artículo 382. - El Estado con aportes y contribuciones propios y de empleadores y trabajadores, amparará, por medio de un sistema de seguros sociales, a los trabajadores contra los riesgos de carácter general, y especialmente los derivados del trabajo"

Desde el 1992 se cuenta con el Decreto 14.390/92 "Reglamento de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo", que regula varios aspectos de la Prevención de Riesgos Laborales, entre ellos la Salud Ocupacional, a partir del Capítulo XIII regula la "Organización de la Salud Ocupacional en los lugares de trabajo" donde especifica que todo lugar de trabajo debe contar con un Programa de Salud Ocupacional donde debe estar plasmado todas las acciones y actividades que realizara el empleador para prevenir los daños y lesiones a los trabajadores en sus puestos de trabajo, dentro del cual se efectuarán actividades destinadas a prevenir los accidentes y las enfermedades relacionadas con el trabajo, posteriormente establece diversos recursos preventivos, entre ellos la obligatoriedad de los "Servicios Internos de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo", son obligatorios para las empresas que cuentan con 150 y más trabajadores, y en aquellas de menos de 150 deben solicitar Servicios Externos Especializados de Medicina del Trabajo (26), que tendrán las mismas funciones de los Servicios Externos. Enfocándonos en las funciones de los Servicios de "Medicina del Trabajo" cuya "finalidad preservar la salud, buscando la valorización del trabajador a través de la promoción de su bienestar físico, mental y social", tiene varias competencias como ser la elaboración y ejecución de planes de protección de la salud de los trabajadores; realizar los "exámenes médicos obligatorios, de admisión y periódicos: dedicar atención especial a los trabajadores expuestos a contaminantes, a las mujeres y a los hombres; efectuar análisis y estadísticas de las lesiones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, estableciendo medidas para la prevención de los mismos y la atención médica adecuada de los afectados". buscando ofrecer conocimientos que ayuden a la "prevención de accidentes y enfermedades profesionales; estudiar las causas del ausentismo"; "promover medidas profilácticas, como vacunación y otras; planificar y ejecutar programas de educación sanitaria de los trabajadores", "confeccionar y mantener actualizado un legajo médico u de cada trabajador, según modelo del "Ministerio de Salud Pública"; además proporciona las horas-médico por día que deben de cumplir de acuerdo al número de trabajadores, de acuerdo a la Tabla 1. A partir de 901 trabajadores agregará una hora-médico por cada 400 más. También especifica el reglamento que los Servicios externos (menos de 150 trabajadores) tendrá las mismas funciones que el interno, y deben de estar registradas en el Ministerio de Empleo, Trabajo y Seguridad Social (MTESS).

Tabla 1. Relación Cantidad de horas médicos/Cantidad de trabajadores

Cantidad de Trabajadores	Horas-Médicos-diaras
150 - 450	3
451- 600	4
601 - 750	5
751 - 900	7

Fuente: Reglamento General Técnico. Decreto 14390/92

Otra figura preventiva en los "lugares de trabajo" son las "Comisiones Internas de Prevención de Accidentes" (CIPA), el CIPA es una Comisión bipartita formada mitad por representantes de los empleadores y la otra mitad por representantes de los trabajadores, la función principal de la CIPA es la prevención de accidentes de trabajo. La CIPA es obligatoria en aquellas empresas e instituciones a partir de 100 trabajadores. Según datos de la Dirección de Salud y Seguridad Ocupacional del año 2016 se encuentran registradas 23 CIPA, de acuerdo a los registros de empresas en el Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social, deben de contar con CIPAS 353 empresas, existiendo una brecha de 330 empresas sin CIPAS. El reglamento también regula los exámenes en salud tanto admissionales como periódicos que deben de realizarse los trabajadores y trabajadoras (semestral o anual depende del riesgo). Una de las lagunas del reglamento no aclara o especifica desde que cantidad de trabajadores deben contar con Servicios de Medicina del Trabajo Externos, se entiende que todos deben de contar con un Programa de Salud Ocupacional y por tanto contratar un Servicio Externo para las actividades plasmadas en el Programa.

Desde 1993, se cuenta con el actual Código del Trabajo Ley 213/93 con una actualización la Ley 496/95, esta Ley a partir del "TITULO V. DE LA SEGURIDAD, HIGIENE Y COMODIDAD

EN EL TRABAJO” regula lo referente a Salud Ocupacional, inicia con el “Art. 272. El trabajador, en la prestación de sus servicios profesionales, tendrá derecho a una protección eficaz en materia de salud, seguridad e higiene en el trabajo” y los demás 10 artículos que le siguen se refieren a las “obligaciones del empleador”, los derechos y las obligaciones del trabajador, haciendo resaltar que el empleador tiene la responsabilidad por el cuidado y la prevención de daños a la salud de los trabajadores dentro de los lugares de trabajo, además hace hincapié que uno de los pilares es la formación e información del trabajador/a en los riesgos laborales, el Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social (MTESS) es el organismo competente en todas estas materias a través de la Dirección de Salud y Seguridad Ocupacional.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) quien es el organismo científico técnico normador tiene la competencia a través del Código Sanitario y la Dirección General de Salud Ambiental es la encargada de la Evaluación de “Riesgos Ocupacionales” de todos los puestos de trabajo. El MTESS y el MSPBS trabajan coordinadamente en la Salud Ocupacional del Paraguay, las competencias están en el artículo 198º del Código del Trabajo y en el Reglamento General Técnico Decreto 14.390/92.

Cobertura en riesgos profesionales

Cuando se habla de la cobertura en riesgos profesionales, es importante hacer un viaje en el tiempo, para saber de donde surgieron, y sobre todo porque son necesarias. El concepto de Trabajo ha sido cambiando y transformándose adquiriendo relevancia desde la revolución industrial (27). En la antigüedad el trabajo tenía un concepto de “castigo bíblico”; la palabra «trabajo» deriva del latín “tripalium”, llamada así a una “herramienta parecida a un cepo con tres puntas o pies utilizada inicialmente para sujetar caballos o bueyes y así poder herrarlos”. También era utilizado como instrumento de tortura para esclavos y/o reos. Entonces “tripaliare” significa tortura, atormentar, causar dolor (28, 29).

Los griegos de la Época de Oro pensaban que el ocio recreativo por sí solo era digno del hombre libre. “La esclavitud era considerada por las civilizaciones más diversas como la forma natural y más adecuada de relación laboral”, los esclavos, obreros, artesanos y campesinos trabajan. Desde mediados del siglo XIX, vinculado al desarrollo de la democracia y del sindicalismo, la esclavitud deja de ser la forma predominante de trabajo, para ser reemplazada por el trabajo asalariado. Con ello surge una evaluación social positiva del trabajo, por primera vez en la historia de la Civilización (30).

Se tienen registros sobre los inicios de compensación que recibían los trabajadores por accidentes de trabajo, como el Código de Hamurabi sobre las compensaciones a los trabajadores 1750 A.C, “se proporcionaba un conjunto de recompensas para los trabajadores que perdieran alguna parte de su cuerpo”. En Italia (645 DC) fueron emitidos “Los Edictos de Rotary”, para los obreros de la construcción si tenían accidentes de trabajo, siendo las primeras normas legislativas para la protección ocupacional. Cuando el feudalismo se convirtió en la principal estructura de gobierno, los esquemas de compensación comenzaron a cambiar; durante esta época se encuentra que los “señores feudales honorables se caracterizaban por cuidar las heridas de sus siervos” (31).

En la “Edad Media y el Renacimiento”, con el desarrollo del derecho inglés principia un marco legal que se prolonga hasta principios de la Revolución Industrial en Europa y América. Bajo estas normas las compensaciones a los trabajadores eran bastantes limitadas y los trabajadores luego de un largo proceso, “tenían que demostrar” que el “accidente o enfermedad” no eran por su culpa y/o negligencia. Se establecieron contratos llamados “right to die” (derecho a morir), “donde los trabajadores, firmaban un contrato en el que se establecía que ellos eran conscientes del riesgo que su trabajo implicaba, por lo que los daños que de éste se pudieran generar eran su responsabilidad”. En Inglaterra (English Friendly Society) y Alemania (“Krankenkassen”) las organizaciones privadas ofrecían seguros de invalidez para los trabajadores más ricos (31).

En la Revolución Industrial la mano de obra aumenta y se incorporan más trabajadores a las empresas, el uso de máquinas e instrumentos mucho más peligrosos hacen que los accidentes sean más comunes. Es durante este tiempo que los accidentes de trabajo se convierten en una preocupación formal y los sistemas para la seguridad de los trabajadores comienzan a organizarse. Bernardino Ramazzini escribe y publica el primer libro sobre enfermedades profesionales que existían hasta la fecha, y se constituye como el “padre de la Salud Ocupacional”.

A Fines del siglo XIX, en Alemania, los movimientos socialistas y marxistas fueron muy diligentes, y la "protección de los trabajadores estaba en la agenda política". Alemania se convirtió en el primer país del mundo en "adoptar un programa de seguro social para la vejez", elaborado por Otto Von Bismarck (el Canciller de hierro). Inicio con la "Ley de Responsabilidad de los Empleadores" en 1871, cuyo alcance era para los trabajadores de minas, fábricas y ferrocarriles. En 1884, impulsa el "seguro de accidentes de trabajo". El "Sistema Bismarckiano" es del tipo de un "sistema contributivo obligatorio", donde las contribuciones los hacen los empleadores y trabajadores acorde al salario; esto cubre los gastos de salud y provee de unos haberes mínimos cuando la persona no puede trabajar por alguna razón. En este periodo también aparece el concepto de "Justicia Social" primeramente acuñado por el sacerdote jesuita italiano Luigi Taparelli (32), posteriormente es adoptado fue adoptado por la socialdemocracia, principalmente en Inglaterra, Francia y Argentina.

Posterior a la Primera Guerra Mundial, en 1919, se crea la OIT, que incorpora la noción de "Justicia Social" a su Constitución, en la primera fase, como fundamento indispensable de la "paz universal"; los "sistemas de seguros sociales" se comienzan a desarrollar en varias regiones, y la "protección social se incluye en los programas de las organizaciones internacionales". En 1940 el Ministro de Trabajo de Reino Unido solicitó al economista inglés William Henry Beveridge revisar los esquemas de seguridad social del país y dar sus recomendaciones. El reporte de "Social Insurance and Allied Services" fue publicado en diciembre de 1942 y allí se propone que el sistema fuera financiado por el presupuesto estatal y que incluyera toda la población (33).

En los modelos de Bismarck y Beveridge posteriormente los países se basaron para cimentar los "sistemas de seguridad social" y de "seguro de accidentes y enfermedades profesionales".

Mientras muchos países de América Latina impulsaban la creación de los Seguros Sociales (Argentina en 1905, Chile en 1925, Perú en 1936, Brasil en 1933) en Paraguay empieza en 1943 con la creación del Instituto de Previsión Social con el propósito de proteger la salud de los trabajadores asalariados de nuestro país. En 1950 se modifica su carta orgánica, y partir de este momento se van agregando decretos, resoluciones, nuevas leyes (Ley 98/1992) que van modificando los diferentes sectores cubiertos, las prestaciones y también los sistemas de pensiones.

Riesgos ocupacionales en los lugares de trabajo

Cada tarea, cada puesto de trabajo es diferente, expuesto a una variada gama de riesgos ocupacionales (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, ergonómicos). Ya en las descripciones y relatos de Hipócrates, Agrícola, Paracelso, Ramazzini hasta los estudios actuales encontraban ciertos puestos de trabajo, riesgos y condiciones de vulnerabilidad y de desigualdades a mayores casos de enfermedades y de accidentes de trabajo, cuanto mayor es la vulnerabilidad, las condiciones del puesto, el estado físico con mayor probabilidad de enfermar. Sin una adecuada gestión de la salud ocupacional, en forma holística que incluya desde la promoción, prevención, acceso a servicios, control de los riesgos laborales, participación de los trabajadores, no será posible alcanzar los objetivos de la Salud Ocupacional.

Las empresas e instituciones, los organismos del Estado obligatoriamente de acuerdo a la legislación deben de mejorar y mantener la seguridad y la salud de sus trabajadores utilizando la prevención de riesgos laborales como herramienta, impidiendo que de esta manera que se originen tanto accidentes laborales como enfermedades profesionales que puedan afectar a la calidad de vida y la salud de los trabajadores y trabajadoras.

En materia de prevención de riesgos laborales, la hoja de ruta inicial es la evaluación de riesgos, que consta de la identificación de el/los Peligros, definido "como cualquier fuente, situación o acto con un potencial de daño en términos de lesiones personales o la mala salud, o una combinación de estos" (34). Este término se usa para "describir algo presente en el lugar de trabajo que tiene el potencial de causar una lesión a los trabajadores, ya sea un accidente de trabajo o una enfermedad profesional". Una vez identificado el peligro, se evalúa el **riesgo**, definido como "la combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o una exposición peligrosa y la severidad de la lesión o enfermedad que puede ser causada por el evento o exposición" (35).

La "Evaluación de riesgos es el proceso para identificar los peligros derivados de las condiciones de trabajo". Es una evaluación sistemática de todos los aspectos de las condiciones y medio ambiente de trabajo para "identificar lo que pueda causar lesiones o daños", "eliminar los peligros que puedan ser suprimidos", "evaluar los riesgos que no se puedan eliminar inmediatamente", "planificar la adopción de medidas correctoras" (36). En la Tabla 2 se observan la clasificación de riesgos laborales (37)

Tabla 2. Riesgos Ocupacionales

Riesgos ligados a las condiciones de seguridad	Lugares de trabajo (espacios, superficie, infraestructura, escaleras, ventanas) Equipos de trabajo y las máquinas. Instalaciones eléctricas Incendios Seguridad vial
Riesgos ligados a las condiciones medioambientales de trabajo	Riesgos higiénicos Riesgos físicos: ruido, vibración, iluminación, estrés térmico por calor o frío, radiación Electromagnética, presión atmosférica Riesgos biológicos: exposición a virus, bacterias, hongos Riesgos químicos: manipulación de sustancias químicas como aerosoles, líquidos, sólidos, humos, polvo, gases y vapores.
Riesgos ligados a las características del trabajo	Condiciones ergonómicas no adecuadas (carga física del trabajo) Postura forzada Manipulación manual de cargas Malas posturas Movimientos repetitivos Carga Mental y emocional del Trabajo
Riesgos psicosociales	Estrés laboral Acoso laboral o mobbing Insatisfacción laboral Síndrome de Burnout Monotonía

Fuente: Elaboración propia

Salud ocupacional y cobertura en riesgos profesionales en el sector privado en Paraguay

En Paraguay solamente aquellos trabajadores asalariados dependientes de un empleador tiene cobertura en Riesgos Profesionales, abarcando a los trabajadores cotizantes de la seguridad social, aunque esto no implica que tengas acceso a Servicios de Salud Ocupacional en las empresas, ya que esto dependerá del número de trabajadores de acuerdo el Reglamento General Técnico, pero si todo lugar de trabajo debería de contar con un Programa de Salud Ocupacional donde estén especificadas las actividades de prevención de riesgos y de vigilancia en salud del trabajador.

De acuerdo con la EPH 1.457.944 (21,05%) habitantes del Paraguay tiene acceso al Instituto de Previsión Social, es decir cuentan con cobertura en Salud por medio de la Seguridad Social (Tabla 3). El 70,8% (4.903.678) no tienen acceso a la Seguridad Social y utilizan los Servicios del Ministerio de Salud Pública, sin tener cobertura en riesgos ocupacionales.

Tabla 3. Acceso a Salud en Paraguay. EPH 2015

Seguro Médico	Total	Urbana	Rural	Asunción	Central
Total	6.926.100	4.170.209	2.755.891	511.373	2.450.371
IPS	21,05 %	20,8%	8,6%	31,95%	28,71%
Otro tipo de seguro*	8,06%	11,65%	2,64%	24,59%	9,4%
No tiene (MSPBS)	70,8%	66,8%	88,6%	43,96%	61,8%
No disponible	0,0	0,01	-	-	-

*Incluye: Seguro individual, laboral, familiar, militar y policial
Fuente: Elaboración propia. Datos de la EPH 2015

El 21.05% de asegurados del IPS incluyen todos los tipos de regímenes además de los beneficiarios (familiares), la cobertura en riesgos profesionales es solo para los cotizantes del régimen general, es decir para los trabajadores y trabajadoras que aportan al IPS, no a sus familias, la media de trabajadores asalariados dependientes de un empleador aportantes al IPS en el régimen general fue de 516.121 trabajadores fluctuando en el año 2015 entre 505.525 y 528.799 (38). (Tabla 4). Como puede verse esta cifra corresponde al 15,6% de la Población ocupada (PO: 3.306.124) y al 14,7% de la Población Económicamente activa (PEA: 3.492.514). Analizando por Categoría Ocupacional de 1.248.732 empleado/obrero privado, solo 516.121 (41,3%) tienen cobertura de IPS y por tanto cobertura en riesgos profesionales (Figura 3).

Tabla 4. Población protegida por el IPS. Año 2015

Meses	Régimen general		Régimen especial*		Total cotizantes	Total beneficiarios	Total General
	Cotizantes	Beneficiarios	Cotizantes	Beneficiarios			
Enero	505.525	447.194	189.542	207.550	695.067	654.744	1.349.811
Febrero	508.040	448.410	188.114	207.474	696.154	655.884	1.352.038
Marzo	509.842	449.663	189.063	207.540	698.905	657.203	1.356.108
Abril	512.519	450.975	190.114	212.764	702.633	663.739	1.366.372
Mayo	514.536	452.141	193.016	213.801	707.552	665.942	1.373.494
Junio	517.457	454.305	192.844	213.175	710.301	667.480	1.377.781
Julio	519.537	463.200	193.112	214.212	712.649	677.412	1.390.061
Agosto	511.150	455.544	193.298	214.677	704.448	670.221	1.374.669
Septiembre	513.359	456.362	193.772	216.049	707.131	672.411	1.379.542
Octubre	525.111	458.147	194.495	215.587	719.606	673.734	1.393.340
Noviembre	528.799	456.942	193.631	214.753	722.430	671.695	1.394.125
Diciembre	527.572	428.595	167.158	182.856	694.730	611.451	1.306.181
Total (media)	516.121	451.790	189.847	210.037	705.967	661.826	1.367.794

Fuente: IPS. Anuario Estadístico Institucional. Año 2015

*Régimen Especial: Ascendente, continuidad en el beneficio, amas de casa, cotizante público, domestico independiente, fiscalía, Jubilado, Magisterio Oficial, Pensión a derecho habientes, Seguro doméstico, trabajador independiente, Magisterio jubilado, Excombatiente y herederos

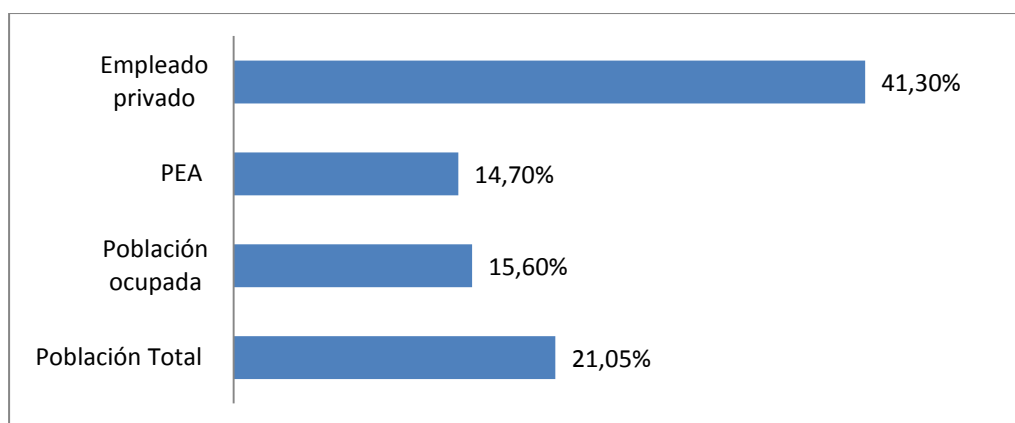


Figura 3. Población cubierta por el IPS comparando con las diferentes categorías poblacionales.

La cobertura de Seguridad es una de las más bajas de la región de América latina y el Caribe, menos del 20% de la fuerza laboral paraguaya contribuye a la Seguridad Social (39) (Figura 4).

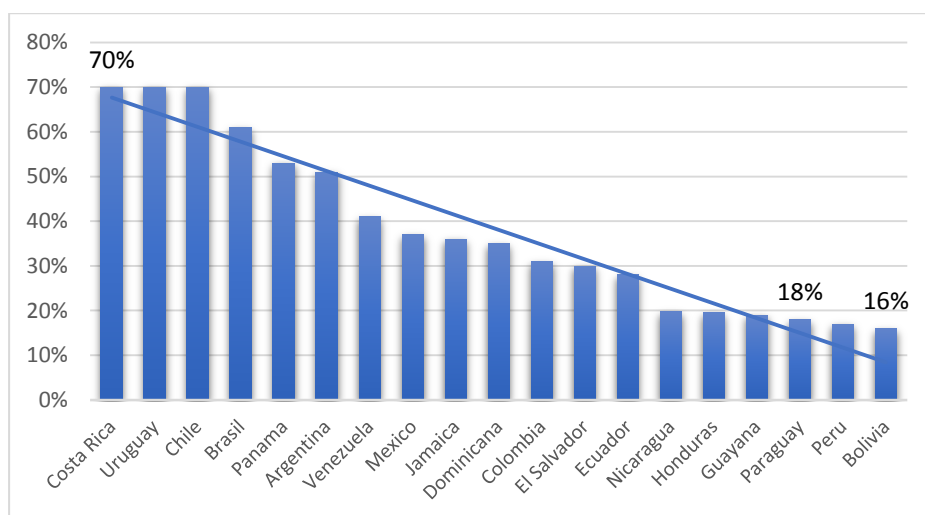


Figura 4. Cotizantes o afiliados como porcentaje del total de trabajadores (edades 15 y 64 años), alrededor de 2010.

La cobertura en riesgos profesionales no implica necesariamente que los trabajadores tengan acceso a Servicios de Salud Ocupacional, aunque se encuentran cubiertos los riesgos profesionales y esto implica una garantía de los derechos laborales y sociales. Es importante recalcar que para el acceso a este beneficio el trabajador/a no necesita de tiempos de carencias.

En cuanto a los tiempos de reposo del trabajador/trabajadora, si es por riesgo profesional, las semanas de reposo pueden ir hasta 52 semanas (364 días), a diferencia de si la enfermedad que obliga al reposo no fuera ocupacional (enfermedad común) el periodo va hasta 26 semanas. En ambos casos si el trabajador/trabajadora debiera tener más días de reposo, debe ir a Junta Médica.

Un estudio sobre accidentabilidad laboral de los asegurados del IPS con datos de años 2010 a 2012, muestra datos más de 2.250 accidentes laborales registrados, siendo mayoritario en la categoría ocupacional los empleados (55,9%), repartidor (7,5%) y jornalero (4,9%). La causa más frecuente fue contacto con equipos y objetos 1151 (51,2%), seguido de Caídas en 516 (23%) y accidente de transporte en 404 (18%). El sector económico más afectado es el terciario sector Comercios (29%). Hay un importante subregistro de la accidentabilidad y mucho menos desarrollado la de Enfermedades Profesionales (40). Siguiendo los delineamientos del Trabajo decente, la población trabajadora cubierta por el IPS tiene un sistema de protección social con cobertura en riesgos profesionales.

Salud ocupacional y cobertura en riesgos profesionales en el sector de funcionarios públicos en Paraguay

El sector de funcionarios públicos en Paraguay de acuerdo con la distribución de la población comprende a 362.681 (10,97%) trabajadores, funcionarios o "Servidores Públicos". Siendo 9,02% (174.987) varones y 13,75% (187.843) mujeres. En la zona urbana se distribuyen el 13,9% y en la zona rural el 6,42%.

El régimen de cobertura de riesgos profesionales en este sector no existe, a pesar de estar escrita en la Constitución Nacional, en el Código del Trabajo, y en el artículo 103 de la ley 1626 (Ley de la Función Pública) del año 2000 (41). "Artículo 103.- La ley establecerá el régimen del seguro social de los funcionarios públicos con los beneficios y prestaciones que contemplarán, entre otros, los riesgos de maternidad, accidentes, enfermedades laborales y no laborales, invalidez, vejez y muerte; el de jubilaciones y el de pensiones". Por tanto, si un "Servidor Público" sufre un accidente de trabajo o una enfermedad profesional no existe un servicio que provea de las prestaciones para riesgos profesionales (Accidentes de Trabajo, Enfermedades Profesionales, Prestaciones económicas, Prestaciones en especie, Reparación del daño, Pensión/Jubilación por Incapacidad laboral), sin protección frente a estos eventos.

La Ley 1626 contempla los reposos por enfermedad hasta 90 días sin distinción de tipo ni causa, en este punto son necesarias dos ajustes: Desarrollar el Sistema de Riesgos

Profesionales para los "Servidores Públicos" y desarrollar el Sistema de Gestión de Incapacidad Temporal y/o Permanente para este sector de la población.

Desde hace 10 años empezó a desarrollarse, a sensibilizar y concienciar a los funcionarios públicos sobre la importancia de la Salud Ocupacional, desde la promoción y prevención, los trabajos se desarrollan en conjunto por parte del MTESS, el MSPBS, la Secretaría de la Función Pública, y varios Ministerios y entes autárquicos. En algunos de ellos se ha fortalecido la Salud Ocupacional a través de la formación de las Comisiones Internas de Prevención de Accidentes, y las formaciones de unidades de Salud Ocupacional. Sigue aun faltando la integración de estas unidades en las estructuras jerárquicas de las instituciones, a más del compromiso de los directores y Gerentes. De acuerdo con la Dirección de Salud y Seguridad Ocupacional del MTESS solo 10 organismos públicos cuentan con CIPA.

El sector público dependiente del Poder Ejecutivo está compuesto por 12 Ministerios, 17 secretarías, 5 dependencias de Ministerios, 27 entes autónomos y autárquicos, 2 Bancos, 10 entidades públicas de Seguridad Social, 9 entidades financieras, 4 Sociedades Anónimas con participación accionaria del Estado.

Siguiendo los delineamientos del Trabajo decente, el servidor público solo cuenta parcialmente con un Sistema de Protección Social, en este caso solo con el Sistema de Jubilación y Pensiones de la Caja Fiscal gestionada por el Ministerio de Hacienda, los demás organismos autárquicos y descentralizados se encuentran en otras cajas.

La Caja Fiscal cubre la jubilación a empleados públicos (militares, policías, docentes universitarios, administración central, magisterio nacional y a magistrados del poder judicial). Asimismo, es la encargada de la "Dirección General de Pensiones No-contributivas", la que gestiona tanto los programas de pensiones que contribuyen a los veteranos de la guerra del Chaco y sus familias, a través de las "pensiones de gracia".

Las restantes "Cajas previsionales" trabajan independientemente y los empleados de las respectivas entidades, tales como los empleados ferroviarios, municipales, bancarios, de la empresa ITAIPU y ANDE, empleados del Parlamento, están afiliados de manera obligatoria. En el caso de las cajas de ITAIPU y ANDE, los trabajadores también contribuyen al IPS, por tanto los beneficios recibidos en las Cajas se complementan a los del IPS.

Hay pocos datos de estudios acerca de la salud de los funcionarios públicos relacionada con la actividad laboral, el estudio prevalencia de accidentes de trabajo y factores de riesgo asociados en los sectores formales e informales de recolección de residuos los datos muestran 37% de prevalencia de accidentes laborales para los trabajadores formales y casi 30% para los informales (42).

Salud ocupacional y cobertura en riesgos profesionales en el sector independiente en Paraguay

Desde hace años existe una discusión del "trabajo informal" respecto al papel que tiene en las economías en desarrollo. Éste se centra en si el emplearse como independiente responde a una elección o a una opción que permite la subsistencia de los trabajadores. Primeramente, se entiende que la oferta laboral de trabajo independiente refleja la capacidad o talento gerencial de los individuos, mientras que, en el segundo, ésta reflejaría una opción de empleo temporal que provee un "nivel de ingreso relativamente bajo" que permite la subsistencia de estos "trabajadores mientras encuentran otro empleo de mejores condiciones" (43). En el informe de la "Conferencia Internacional del Trabajo", la OIT, (44) considera que los trabajadores independientes son todos y todas que trabajan por cuenta propia (sin personal asalariado) o como patrones o empleadores ("propietarios de empresas no constituidas en sociedad y en las cuales trabajan ellos mismos"). Por tanto, este sector de trabajadores comprende categorías heterogéneas con diferencias esenciales e intrínsecas (45).

Comparando con las naciones de la OECD (Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico) el "trabajo por cuenta propia" era el 16% del empleo total en el año 2006; porcentaje que ha venido decayendo en los últimos 15 años, en 1991 el "trabajo por cuenta propia" representaba el 20% del empleo total. En cambio, acorde a estadísticas de la fuerza laboral hechas por la OIT, en América Latina la proporción de "trabajadores independientes" no ha fluctuado demasiado, manteniéndose entre 27 a 28% de 1995 a 2006 (46).

La Organización Internacional del Trabajo en el informe para Kenia, escrito en los inicios de los años setenta, introdujo el término "informal" y el concepto de "sector informal" al para referirse a las "actividades de subsistencia realizadas por aquellos trabajadores ocupados en los segmentos marginales o periféricos de la economía". Los argumentos analizados en este informe estimularon la elaboración de otros estudios que ayudaron a conocer y a caracterizar al "sector informal" en diferentes tejidos sociales, nacionales y culturales (47).

La globalización, el paso del tiempo, los nuevos tipos y relaciones de trabajo han llevado a una mayor flexibilidad del empleo, la concepción de "sector informal" se ha vuelto obsoleta, dando lugar al concepto de "economía informal". Esto se debe a que se ha visto que la economía informal ha aumentado su dimensión y complejidad incorporando una gran diversidad de trabajadores y empresas que operan en la informalidad, es decir, no son reconocidos por la Ley, por lo que reciben poco o nada sin protección legal y social, lo que los deja en una situación de gran vulnerabilidad.

El sector independiente en Paraguay se compone de 1.106.463 (30,5%) trabajadores por cuenta propia, siendo varones el 30,88% (599.068) y mujeres 30,10% (411.206). Distribuidos en la zona urbana en 23,74% y en la zona rural 41,13%. Destaca la casi el doble de trabajadores en el sector rural. En concordancia a las consideraciones previas, este sector es muy heterogéneo, teniendo trabajadores con diferentes denominaciones, perfil, formación e ingresos.

El Trabajo por cuenta propia, también denominado autoempleo, es aquel en el que el propio trabajador dirige y organiza su actividad. A los efectos de su medición, la categoría ocupacional trabajador por cuenta propia se refiere a la persona que explota, por su propia cuenta, una profesión u oficio sin tener patrón ni tampoco trabajador remunerado a su cargo (48).

El artículo 76 de la Carta Orgánica del IPS define al trabajador independiente como: "d) Trabajador independiente: Es la persona que desempeña habitualmente actividades lucrativas por cuenta propia, y que no tiene personal asalariado a su cargo", y en el artículo 2 "se establece el Seguro General Voluntario para el Trabajador Independiente y para los afectados a Regímenes Especiales, que serán reglamentados por el Consejo de Administración del Instituto" (sin reglamentación). Esta categoría ocupacional incluye a los vendedores ambulantes, pequeños productores en fincas, puestos de ventas, entre otros. Además, incluye a profesionales, científicos e intelectuales, técnicos y profesionales de nivel medio, y otros de similar calificación. Desde el año 2013 este sector laboral cuenta con la Ley N° 4.933 del 06 de junio del 2.013 "Que regula la incorporación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores del servicio doméstico al fondo común de jubilaciones y pensiones del Instituto de Previsión Social (49)", ya que esta Ley es voluntaria y solo para el sistema de jubilaciones y pensiones, no para cobertura en riesgos profesionales y en salud.

En este sentido, en los países latinoamericanos ha habido tradicionalmente una brecha en los sistemas de protección social con respecto a los derechos y obligaciones relacionados con el trabajo por cuenta propia y el trabajo asalariado (50). La protección social, en general, y la seguridad social basada en los regímenes de seguridad social, en particular, han tenido un sesgo en su organización y financiación hacia los asalariados. La preeminencia de los esquemas bismarckianos ha llevado a los asalariados a tener mejor y mejor protección que los trabajadores independientes. A pesar, de que las brechas cobertura entre asalariados y no asalariados son importantes, debiera ser una tendencia el de cerrarlas (51).

Según datos del IPS, hasta diciembre de 2015 se encontraban afiliados al IPS 433 trabajadores independientes para el sistema de jubilación. Cruzando los datos por tipo de ocupación con la categoría ocupacional, se observa que los trabajadores por cuenta propia (25,9%), corresponden en un 32,2% a agricultores y pesqueros, 26,3% a trabajadores de servicios y vendedores ambulantes, y 21% a operarios, artesanos y operarios y 13,2% a trabajadores no calificados. Tabla 5

Cuando se compara la Categoría Ocupacional con el estado de salud puede observarse en la Tabla 6, la distribución, que los trabajadores por cuenta propia encabezan los porcentajes de enfermos (12,6%) seguido de empleado privado (10,35%) y doméstico (9,69%); los datos de accidentes encabezan el sector privado (0,35%), seguido de los trabajadores por cuenta propia (0,25%).

La situación del trabajador por cuenta propia es la más precaria y vulnerable cuanto menos calificada sea su trabajo, al no estar regulados, las condiciones de trabajo son mucho peores expuestos a mayores riesgos ocupacionales y sin la vigilancia de los entes rectores.

Tabla 5. Correspondencia entre Tipo de ocupación y Categoría Ocupacional. EPH 2015

Tipo de Ocupación	Empleado privado	Empleado Domestico	T cuenta propia	Empleado público	Empleador
Miembros Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial	2,4%	0,0%	0,7%	9,1%	12,2%
Profesionales Científicos e Intelectual	4,1%	0,0%	1,6%	29,2%	0,5%
Técnicos y Profesionales de Nivel Medio	8,3%	0,0%	2,5%	13,2%	12,6%
Empleados de Oficina	11,2%	0,0%	0,1%	15,6%	0,0%
Trabaj. de Servicios y Vended. de Comercios	26,7%	32,2%	26,3%	10,9%	30,6%
Agricultores y Trabajadores Agropecuarios y pesqueros	2,6%	0,0%	32,2%	0,3%	20,1%
Oficiales, Operarios y Artesanos	18,1%	0,0%	21,0%	3,8%	22,1%
Operadores de instalaciones y máquinas	6,4%	0,5%	2,4%	5,8%	0,0%
Trabajadores no calificados	19,8%	87%	13,2%	7,6%	1,9%
Fuerzas Armadas	0,0%	0,0%	0,0%	4,6%	0,0%
Total	37,9%	26,1%	25,9%	9,8%	1,2%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Categoría Ocupacional y Salud

Categoría Ocupacional	Si, enfermo	Si, accidentado	No, Es sano	Total
Empleado publico	24.480 (2,93%)	1.564 (0,19%)	55.479 (6,64%)	81.523 (9,75%)
Empleado privado	86.505 (10,35%)	2.967 (0,35%)	220.215 (26,30%)	309.687 (37,04%)
Empleador	5.206 (0,62%)	0	5.173 (0,37%)	10.379 (1,24%)
Trabajador por cuenta propia	105.817 (12,60%)	2.067 (0,25%)	108.392 (12,90%)	216.276 (25,87%)
Empleado domestico	81.037 (9,69%)	832 (0,10%)	136.256 (16,30%)	218.125 (26,09%)
Total	303.045 (36,20%)	7.340 (0,89%)	525.525 (62,80%)	835.990

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH 2015.

Los datos relacionados a salud y accidentes se pueden encontrar en la EANA 2015, aunque referida específicamente al trabajo infantil y adolescente en el sector agropecuario ha ocasionado que el 15,6% de los niños, niñas y adolescentes presenten algún problema de salud durante los últimos doce meses anteriores a la encuesta. Lo anterior implica que, durante la realización de tareas en el sector agrícola, forestal, pecuario, de pesca o piscicultura más de 60.000 niños, niñas y adolescentes han padecido alguna enfermedad o accidente, incrementando la demanda de servicios de salud en el área rural solo por el hecho de estar trabajando. El 43,8% del grupo de 5 a 17 años que realizó tareas como pulverizar y fumigar presentó problemas de salud, seguido de otro 35,4% que hizo tareas de arado del terreno, y 1 de cada 3 niños, niñas y adolescentes por quemar malezas o malas hierbas. Uno de cada 10 niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil en el sector agropecuario aplicó, manipuló, mezcló o estuvo en contacto con productos químicos al menos una vez durante los últimos 12 meses (10,6%), ello implica el involucramiento de casi 41.000 niños, niñas y adolescentes en actividades peligrosas (10).

CONCLUSIONES

La cobertura en riesgos ocupacionales, protección social y acceso a servicios de salud ocupacional está distribuida en forma desigual en Paraguay entre los trabajadores y trabajadoras, con sectores de exclusión social múltiple: con menos recursos

socioeconómicos, menos poder en la toma de decisiones, con una peor atención sanitaria y están más expuestos a los factores de riesgo que empeoran su salud.

Paraguay en su conjunto se caracteriza por un bajo grado de cobertura de la Seguridad Social, debido en parte a la orientación sectorial formal de la economía del sistema, ya que cubre a los trabajadores en la medida en que ingresan y contribuyen al sistema. Asimismo, no existe coordinación entre los distintos regímenes, por lo que no se reconocen los años entre las distintas entidades, lo que dificulta el cumplimiento de los requisitos de jubilación y el aumento de los problemas de cobertura.

Solo los trabajadores dependientes de un empleador del sistema privado tienen cobertura en seguridad social y acceso a cobertura de riesgos profesionales. Existen importantes subregistros en los casos de accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales aún no están siendo registradas en el país, está trabajando actualmente en varios ejes para disminuir esta inequidad, desde una ley que crea el Sistema Nacional de Prevención de Riesgos Laborales (aprobado por ambas cámaras ahora en el Poder Ejecutivo), resoluciones del Ministerio del Trabajo la Número 835/2016 "Por la cual se aprueba el procedimiento para las presentaciones para las comunicaciones de entrada y salida de los trabajadores de empresas, de los permisos y vacaciones otorgadas, de las amonestaciones, apercibimientos y suspensiones del personal, de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, ante la autoridad administrativa del trabajo, vía internet", y el Ministerio de Salud cuenta con una Calificación de Riesgos Laborales por puesto de trabajo Resolución 181/2017 (52), además de incorporación de líneas de trabajo en Salud Ocupacional en la Función Pública, pero estos ejes son insuficientes si no se elabora y cuenta con una Política Nacional en Salud Ocupacional con enfoque inclusivo donde todos los sectores formal, independiente, público, con el eje de género, trabajo infantil y protección social estén contemplados.

Como se ha puesto de relieve en este documento las mayores desigualdades e inequidades se encuentra en el trabajador independiente (cuenta propia), así como en el trabajador agrícola rural, con déficit de acceso a protección social y servicios de salud ocupacional.

En cuanto a mapas de riesgo laboral, prácticamente existen pocos datos de los riesgos específicos de cada sector, aunque ya esto ha sido ampliamente estudiado en otros países, con lo cual es posible hacer un estudio comparativo. Realizar la encuesta de condiciones de salud y trabajo sería óptimo donde se podría medir y evaluar estas condiciones, estas encuestas son realizadas en forma periódica por los países, en Paraguay aún no se ha hecho.

El conjunto de trabajadores independientes se convierte en un grupo especialmente relevante para el diseño, formulación e implementación de políticas públicas, debido a su importancia histórica y deficiente cobertura en el contexto de América Latina.

La aplicación de la "Justicia Social" reduce las desigualdades de la salud, promueve el empleo pleno y el trabajo decente, promueve la equidad y la igualdad entre los sexos para erradicar la pobreza y mejorar el acceso al bienestar social.

Las Prácticas justas en trabajo y empleo decente son más que necesarias, como política nacional social y económica.

En relación con el género que estas políticas aseguren a los hombres y las mujeres empleos de calidad suficientemente remunerados, que contemple la equidad de género, y también accesos a protección social y a servicios de salud ocupacional.

El trabajo infantil (las peores formas de trabajo infantil) también debe ser abordado con estrategias a corto, mediano y largo plazo para erradicar las peores formas de trabajo infantil.

Velar y reforzar los sistemas de protección social con la inclusión de quienes están en situación de precariedad laboral, en particular quienes trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas.

La sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud y trabajo es esencial, en esto tanto el gobierno, empleadores, trabajadores y sindicatos. La instauración de políticas públicas, legislaciones inclusivas, sistemas de monitoreo, vigilancia y control desde el gobierno, creación de observatorios en salud ocupacional, la formación de los recursos humanos, la investigación, y la concienciación y sensibilización, ya desde la inclusión de programas educativos en los niveles escolar básico y media, sistemas de acreditación y gestión de la calidad como las Norma ISO 45.000 de Salud y Seguridad

Ocupacional, son los espacios multiactor que deben ser socialmente construidos y recordando que el Poder es "la capacidad de participar eficazmente en la formación de los límites de lo posible", la participación para generar poder a través del empoderamiento amplifica las voces de los trabajadores y se expresa en la capacidad de incidencia política, en los desarrollos de los diferentes espacios multiactor para la reducción de las brechas de desigualdad (Figura 5).

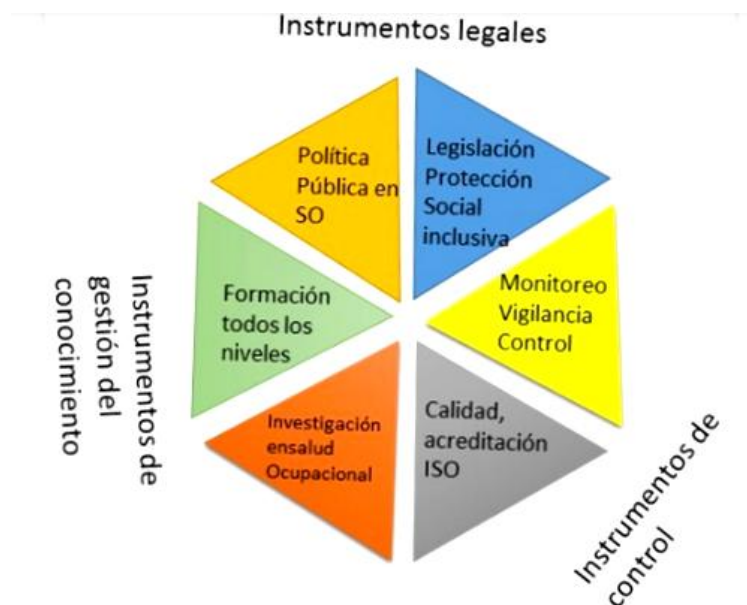


Figura 5. Espacios multiactor para la Gestión en Salud Ocupacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud – DIGESA. Manual de Salud Ocupacional. Lima, Perú: DIGESA. 2009.
2. Organización Internacional del Trabajo [Internet]. Comunicado de prensa; 2002 [citado 10 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071435/lang-es/index.htm
3. Organización Panamericana de la Salud [internet]. Comunicado de Prensa; 2008 [citado 09 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=268-ops-conmemora-el-dia-mundial-por-la-seguridad-y-salud-en-el-trabajo&category_slug=comunicados-de-prensa&Itemid=493
4. Pinnagoda C. Cambios globales y tendencias en la Seguridad y Salud en el Trabajo. Rev Esp Salud Pública 1996; 70: 485-492.
5. Expansión. Datosmacro.com. Paraguay. Economía y demografía. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/paises/paraguay>
6. Paraguay. Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares. DGEEC. 2015.
7. Banco Central del Paraguay. 2017. Disponible en: <https://www.bcp.gov.py/>.
8. United Nations Development Programme. Human Development Report. 2017. Disponible en: <http://hdr.undp.org/>.
9. Banco Mundial. Datos. Índice de Gini. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
10. Paraguay. Dirección General de Estadísticas y Censos. Trabajo Infantil y Adolescente en el sector rural agrícola, pecuario, forestal y de pesca en Paraguay. DGEEC. OIT. 2015.
11. Paraguay. Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta Continua de Empleo. DGEEC. 2017.
12. Yanes L. El trabajo como determinante de la salud. Salud de los Trabajadores. 2003; 11(1): 21-41.
13. Gomero R, Zevallos E, Llapyesan C. Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. Rev Med Hered. 2006; 17(2):105-108.
14. Hobsbawm EJ. Industria e Imperio. Barcelona: Ariel Historia, 1977:13.
15. Sánchez-Román FR, Pérez-Padilla A, Sánchez-Vizcaíno PM, Ortega-Escudero MT, Pérez-Martínez P, Haro-García Let al. Reflexiones en torno a los 40 años de la medicina del trabajo en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4): 403-12.
16. Organización Internacional del Trabajo/Conferencia Internacional del Trabajo. Recomendación 112 sobre los servicios de medicina del trabajo. Ginebra: OIT/CIT; 1959. Disponible en <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/recdisp2.htm>.

17. Esqueda CM, Chiang SG. Breve reseña de los antecedentes de la medicina del trabajo. *Cond Trab* 1978; 3(3):119-26.
18. Glosario en Salud del Trabajador. MERCOSUR. Comisión Intergubernamental en Salud Ambiental y del Trabajador. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000340cnt-11-Glosario_salud_trabajador.pdf
19. Saude do trabalhador. Disponible en: <http://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/ambiental-e-saude-do-trabalhador/saude-do-trabalhador/>
20. Entrevista a Joan Benach. Toda Salud es Política. Disponible en: http://www.laizquierdadiario.com/ideasdeizquierda/wp-content/uploads/2015/04/30_32_Benach.pdf
21. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela. 2005.
22. Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling inequalities in health. London: King's Fund. 1995.
23. Paraguay. Instituto de Previsión Social. Ley de Paraguay. Carta Orgánica del IPS. Decreto 1860/50.
24. Ley de Paraguay. Constitución Nacional de la República del Paraguay de 1992.
25. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Ley de Paraguay Número 213/93. Código del Trabajo.
26. Decreto Paraguayo. Reglamento General Técnico de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo. Decreto 14390/92.
27. Sanchis E. Trabajo y paro en la sociedad postindustrial. Valencia: Tirant Lo Blanch. 2011. ISBN 978-84-9004-105-5.
28. Celis JC. (Ed) Lecturas clásicas y actuales del trabajo. Medellín: Ed Escuela Nacional Sindical. 2003.
29. Rieznik P. Trabajo, una definición antropológica. Dossier. Trabajo, alienación y crisis en el mundo contemporáneo. Razón y Revolución nro. 7, 2001, reedición electrónica.
30. Evolución Del Trabajo. ClubEnsayos.com. <https://www.clubensayos.com/Historia/Evolucion-Del-Trabajo/57529.html>
31. Concha A, Velandia E. El Sistema General de Riesgos Profesionales. Fasecolda. Colombia. 2011. Disponible en: http://www.fasecolda.com/files/9213/9101/6708/el_sistema_general_de_riesgos_profesionales.pdf
32. Behr TC. Luigi Taparelli on the Dignity of Man. Barcelona: E-aquinas - Instituto Santo Tomás de la Fundación Balmesiana. 2003.
33. Cremer H, Pestieau P. Social Insurance Competition between Bismarck and Beveridge. *Journal of Urban Economics*, 2003: 181-96.
34. Identificación y clasificación de riesgos con OHSAS 18001. Disponible en: <http://www.nuevaviso-45001.com/2016/01/riesgos-ohsas-18001>.
35. BSI - British Standard Institutions. Occupational health and safety management systems - Requirements. BS OHSAS 18001, 2007.
36. EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work, Factsheet 81. Risk assessment - the key to healthy workplaces. 2008.
37. EC - European Commission. Guidance on Risk Assessment at Work, Luxembourg: 1996.
38. Anuario estadístico del Instituto de Previsión Social. Año 2015. Disponible en: http://portal.ips.gov.py/portal/rest/jcr/repository/collaboration/sites%20content/live/IpsWeb/web%20contents/transparencia/ANUARIO%20ESTADISTICO%20INSTITUCIONAL%202015_1.pdf
39. Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe. BID, OCDE, Banco Mundial. 2015. Disponible en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/1319/6892/Panorama_de_las_Pensiones_America_Latina_y_el_Caribe.pdf
40. Ramos P, Cañete F, Dullak R, Ramos E, Riquelme E, Rivas ME, et al. *Rev. Salud Pública Parag.* 2014; 4(1):12-20.
41. Ley de Paraguay Número 1626 del 2000. Ley de la Función Pública. Gaceta Oficial de la República del Paraguay. 2000 (249).
42. Flores L, Giménez E, Gerlich J, Carvalho, Radon K. Prevalencia de accidentes de trabajo en trabajadores recolectores de basura en Asunción, Paraguay. 2013-2014. *Mem Inst Investig Cienc Salud.* 2016; 14(2):40-52.
43. OIT. Promoción del empleo por cuenta propia, Informe VII, Conferencia Internacional del Trabajo, 77ª reunión (Ginebra, OIT). 1990.
44. El dilema del sector no estructurado. Memoria del Director General, Conferencia Internacional del Trabajo. 78ª reunión, Ginebra: OIT. 1991.
45. Betranou F. Trabajador Independiente y Protección Social en América Latina. Organización Internacional del Trabajo. 2009.
46. Nuevas estrategias para extender la protección social en salud en el contexto de las reformas de salud en Latinoamérica y el Caribe", en *Estudios de la Seguridad Social*, N° 198. Ginebra: Asociación Internacional de la Seguridad Social, AISS. 2006.
47. OIT y MTESS. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Los trabajadores independientes y la seguridad social. En: Bertranou F, Casalí P. (coords.) Serie de Publicaciones de la Secretaría de Seguridad Social. Buenos Aires: Secretaría de Seguridad Social - OIT. 2007.
48. Trabajo por cuenta propia en el Paraguay. Tres estudios de caso: femenino urbano y rural y masculino juvenil urbano. PNUD. 2010.
49. Ley de Paraguay. LEY N° 4.933. "Que regula la incorporación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores del servicio doméstico al fondo común de jubilaciones y pensiones del instituto de previsión social. 6 de junio 2013.
50. Apella I, Casanova L. Los trabajadores independientes y el sistema de seguridad social. El caso del Gran Buenos Aires, en *Aportes a una nueva visión de la informalidad laboral en la Argentina*. Argentina: Banco Mundial-Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 2008.

51. Bertranou F. Economía informal, trabajadores independientes y cobertura de la seguridad social en Argentina, Chile y Uruguay. Santiago: OIT, versión preliminar. 2007.
52. Resolución del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 181/2017. Calificación de Riesgos Laborales. 2017.