INSTITUTO REGIONAL DE ESTUDIOS EN SUSTANCIAS TÓXICAS (IRET-UNA)

Programa Salud y Trabajo en América Central

SALTRA
Programa Salud y Trabajo en América Central

Serie Salud y Trabajo

9

Perfiles de salud ocupacional en Centroamérica

INFORME REGIONAL

Timo Partanen
Aurora Aragón

UNA UNIVERSIDAD NACIONAL COSTA RICA
IRET
CISTA UNAN - LEÓN
UNAN - León

Agosto de 2009

Partanen, Timo; Aragón, Aurora.
Perfiles de salud ocupacional en Centroamérica: informe regional.
Heredia, Costa Rica: Programa Salud y Trabajo en América
Central (SALTRA), 2009. (Serie Salud y Trabajo; no. 9). 88 p.

AMERICA CENTRAL; SALUD OCUPACIONAL; ECONOMIA; TRABAJO;
INDICADORES SOCIOECONOMICOS; PROMOCION DE LA SALUD

ISSN: 1659-2670

Copyrigth 2009
Programa Salud y Trabajo en América Central (SALTRA)
Teléfono: (506) 2263-6375
E-mail: saltra@una.ac.cr
URL: http:// www.saltra.info

Copyright 2009
Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET-UNA)
Facultad de Ciencias de la Tierra y el Mar
Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica
Teléfono y fax (506)2277-3584
E-mail: iret@una.ac.cr

Copyrigth 2009
Centro de Investigaciones en Salud, Trabajo y Ambiente, Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNA-León), Nicaragua
Teléfono y fax (505)2311-6690
E-mail: aragon@unanleon.edu.ni
URL: www.cista-unan.net

Timo Partanen, PhD
Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET)
Centro de Referencia Regional SALTRA
Universidad Nacional, Costa Rica

Aurora Aragón, PhD
Centro de Investigaciones en Salud, Trabajo y Ambiente (CISTA)
Centro de Referencia Regional de SALTRA
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León (UNAN-León), Nicaragua

Agradecimientos

Agradecemos a los coordinadores nacionales de perfiles, con especial reconocimiento a Cecilia Torres, Nicaragua; Lino Carmenate, Honduras; Douglas Barraza, Costa Rica y Jorge Alvarado, Panamá; así como a los colaboradores de SALTRA y otros que han contribuido con datos aún no publicados para este perfil: a Rocío Loría, de IRET-UNA, por la sección sobre migración; a Luis Blanco, de CISTA/UNAN-León, y a Luis Vega, de la Universidad Tecnológica de Panamá, por los datos de CAREX; a Luca Scoizzato, de la Universidad de Padua, Italia, y a Indiana López, de UNAN-León, por compartir los resultados de la encuesta de salud ocupacional realizada en León, Nicaragua; a Viria Bravo, por los datos de importaciones de plaguicidas, y a Catharina Wesseling, por los datos de accidentes ocupacionales y su apoyo en la elaboración y edición del documento.

Índice

Introducción 5
Población y territorio 6
Edad 8
Indicadores sociales 10
Etnia 11
Economía y trabajo 12
Sectores importantes 17
- Agricultura 17
- Maquilas 20
- Construcción 22
- Empleo informal 23
- Minería 26
- Sector Salud 26

Educación 28
Derechos y equidad 29
Migración 34
- Migrantes temporales: Ejemplo de la inmigración en cultivos de café en Costa Rica 36

Salud 38
Exposiciones y peligros laborales 42
- Riesgos laborales en León, Nicaragua 42
- Riesgo de cáncer ocupacional en Costa Rica, Nicaragua y Panamá 45

Organización de trabajadores/as 47
Trabajo saludable y digno en el istmo 50
Bibliografía 51
Anexos 55

Introducción

Se puede entender la salud ocupacional y la promoción integral de la salud de los trabajadores y las trabajadoras, como la acción colectiva, equitativa y participativa de protección, seguridad, cuidado, recuperación, vigilancia y desarrollo de la salud.

Estas intervenciones e interacciones incluyen la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades, las lesiones y los accidentes ocupacionales. De manera integral, toman en cuenta la promoción de las capacidades funcionales físicas y mentales y los estilos de vida de los trabajadores, el mejoramiento del acceso a y la calidad de sus servicios de salud, y las intervenciones en los peligros ocupacionales y sus determinantes sociales, económicos y políticos.

Ciertos principios socioéticos deben gobernar la salud ocupacional y la promoción integral de la salud de las personas trabajadoras. Estos principios incluyen la garantía de igualdad, equidad, participación, respeto, empoderamiento, inclusión del contexto social, atención a los vulnerables, y consideraciones de género, etnia y edad. Quienes son jóvenes, indígenas, migrantes y mujeres, se consideran grupos vulnerables importantes. De hecho, una confluencia obvia emerge de los datos de clase, género, etnicidad, informalidad, precariedad y exclusión, donde el alto valor agregado del recurso humano se oculta con la extrema pobreza.

Son escasos los datos centroamericanos que informan directamente acerca de la salud de la población trabajadora y los determinantes físico-químicos, biológicos, mecánicos, sociales, organizativos y psicológicos de enfermedades, lesiones y accidentes. Las estadísticas de enfermedades y accidentes laborales están incompletas. Los datos de determinantes generales y estructurales son más amplios, pero aún deficientes en comparación, por ejemplo, con Europa Occidental. En Centroamérica, como en otras regiones y países del mundo, los determinantes generales de la reproducción, la protección y la promoción de salud ocupacional, incluyen la economía de todos los niveles, la naturaleza, la demografía de la población, las políticas y los programas estatales y comunitarios, el empleo, los derechos humanos y laborales, las condiciones laborales y su regulación e implementación, la seguridad social y los servicios sociales y de salud, el entrenamiento y la capacitación, los estudios, la publicidad, y las condiciones de migración, género y cultura.

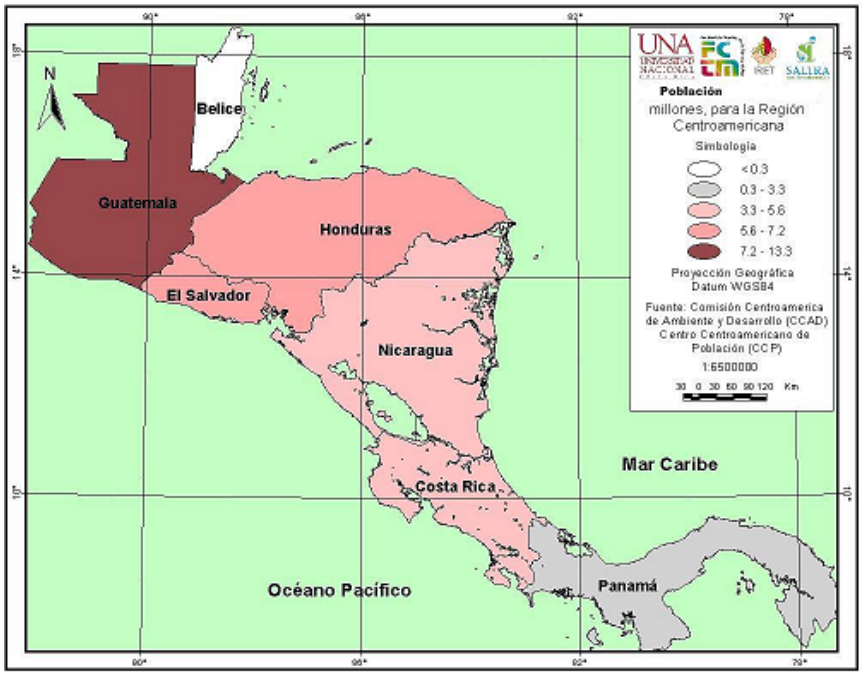
A pesar de la escasez de datos, el Programa SALTRA ha recolectado y publica los que se encuentran disponibles, de distintas fuentes referidas en este informe. Estos proveen un perfil de algunos aspectos de la salud ocupacional en la Región, incluyendo su contexto económico, político y social. Se evitan las predicciones basadas en extrapolaciones pasivas e inciertas, dados los rápidos cambios socioeconómicos mundiales que se reflejan.

Sin embargo, es posible construir una visión de la promoción de la salud de las personas trabajadoras de Centroamérica. Una parte importante de la justificación de esta visión es el perfil presente.

Población y territorio

En 1980, la población de Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) (Mapa 1) fue de 22,5 millones de habitantes, con una densidad poblacional de 44,9 habitantes por kilómetro cuadrado. Dieciséis años más tarde, en 2006, la población fue de 41,3 millones, y la densidad poblacional, de 79 por Km2 (Cuadro 1). Por el tamaño, el territorio y la densidad de población, Centroamérica se parece mucho a España.

Mapa 1. América Central



Los distritos, departamentos o provincias de los países centroamericanos se dividen geográficamente en un rango que va de 6 (Belice) hasta 22 (Guatemala). Adicionalmente, Nicaragua tiene dos regiones autónomas en el Atlántico, compuestas por 626,000 habitantes, y Panamá, tres comarcas indígenas (168.000 habitantes).

El crecimiento anual de la población centroamericana es de un 3%. El incremento desde 1985, que es una función de natalidad, mortalidad y migración transfronteriza, ha sido más fuerte en Belice, Honduras, Costa Rica y Guatemala, y ligeramente más bajo en El Salvador y Nicaragua. Los incrementos se reflejan en el aumento de la densidad de la población, que fue mayor en Belice, Honduras, Costa Rica y Guatemala. La disminución de la natalidad y la emigración disminuyen el incremento de las poblaciones. La migración está muy balanceada en Panamá, sin embargo, Costa Rica sigue recibiendo migrantes.

La población nacional más grande en Centroamérica es la de Guatemala (13,3 millones); la más pequeña es la de Belice (0,3 millones), mientras los demás países varían entre 3,3 millones (Panamá) y 7,2 (Honduras). Los tamaños de los territorios nacionales no siguen este orden, que resulta en una variación grande de la densidad poblacional. Así, Belice y El Salvador tienen territorios semejantes en tamaño (23.000 y 21.000 Km2, respectivamente), pero las densidades de población son muy distintas (13 y 338 habitantes/Km2).

Cuadro 1. Geografía, población total, división administrativa[1,2,3]

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. C.A.: Centroamérica.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN	C.A.
Población, millones 2007 1985	 0,3 0,1	 4,5 2,3	 7,1 4,6	 13,3 7,0	 7,2 3,3	 5,6 3,3	 3,3 1,9	 41,3 22,5
Hombres millones 2007 Mujeres, millones 2007	0,14 0,14	2,3 2,2	3,5 3,6	6,5 6,8	3,6 3,6	2,8 2,8	1,7 1,7	20,5 20,8
Territorio, 1000 Km^2	23,0	51,1	21,0	108,9	112,5	131,8	75,5	523,8
División administrativa	6 distritos	7 provincias	14 deptos.	22 deptos.	18 deptos.	15 deptos 2 regiones autónomas	9 provincias, 3 comarcas indígenas	
Densidad de población, hab/Km^2 2006 1985	 13 6	 87 46	 338 218	 123 64	 64 32	 42 25	 43 26	 79 43
Población urbana 2005, %	47,7 (2000)	62,6	57,8	50,0	47,8	57,0	65,8	54,6
Tasa de migración, por 1000 habitantes 2005 2000	 -0,77 -0,87	 4,07 6,89	 -1,16 -1,27	 -5,03 -7,78	 -4,57 -6,09	 -7,95 -6,55	 0,52 0,78	

[1]División de Población de la ONU (http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp) y
[2]Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008.
[3]ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas)

Para 2005, un 54,6% de la población centroamericana vivía en áreas urbanas. Este porcentaje es mucho más bajo que en toda América Latina (un 68,9% en el mismo año) e indica que la agricultura es todavía una actividad económica importante en Centroamérica, donde Panamá y Costa Rica tienen los porcentajes más altos de población urbana (66% y 63%, respectivamente) y Honduras y Belice los más bajos (ambos un 38%) (CELADE, Base de datos en línea).

Las comunidades urbanas ofrecen un ambiente favorable para organizar los servicios de salud ocupacional por distancias más cortas, mejores recursos, y posibilidad de concentración de los servicios. Por otro lado, los peligros y las exposiciones ocupacionales son parcialmente distintos entre los entornos urbanos y rurales, por una más alta industrialización y comercialización de los centros urbanos. Los peligros, las exposiciones y los riesgos vinculados con la alta concentración de los trabajadores informales son una preocupación adicional de los centros urbanos, frecuentemente en condiciones de sitios de trabajo y viviendas precarias.

Factores importantes que han afectado la estructura de las poblaciones centroamericanas incluyen las guerras civiles y condiciones postguerra en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, y la migración hacia Estados Unidos, México y Canadá, y también dentro de la Región hacia Costa Rica.

Edad

La población centroamericana es mayoritariamente joven. Con algunas variaciones, cerca de la mitad y dos tercios de los y las habitantes tienen entre 15 y 65 años, y poco más de un tercio son niños y niñas (Cuadros 2 y 3). La tasa de fecundidad ha disminuido más de la mitad en los últimos 30 años: el número de descendientes por mujer en 2005 osciló entre 2,4 en Costa Rica y 4,6 en Guatemala. La proporción adulta mayor todavía es baja: el 4,8% de la población está en la edad de 65 años y más en la Región (aunque un aumento en la esperanza de vida al nacer en los últimos 30 años es evidente: 11 años para Costa Rica, 2,5 para El Salvador). En consecuencia, hay un mayor peso porcentual de la población en edad de trabajar (15 - 64 años), que es del 57,7% en Centroamérica (2005). Las poblaciones europeas y norteamericanas son menos jóvenes, y las personas adultas mayores tienen mucho peso en la población, caso de España, donde alcanza el 16,7% de la población en 2005. Según estimaciones disponibles, la población centroamericana alcanzará la estructura de edad actual de España en 2050, pero todavía las poblaciones centroamericanas serán más jóvenes. Esta estructura de edad de la población centroamericana es favorable para el desarrollo económico. Sin embargo, la capacidad de generar empleos dignos se ve limitada por factores como educación y pobreza.

Las poblaciones centroamericanas todavía tienen un alto grado de dependencia económica, sobre todo por el alto porcentaje de infantes, en especial en: Nicaragua, Belice, Honduras y Guatemala. Esto implica, para el futuro crecimiento de la fuerza laboral, la necesidad de proveer educación adecuada y empleo digno para las generaciones futuras, incluyendo su preparación en la salud y seguridad general y ocupacional básica desde las escuelas, empresas privadas y sitios de trabajo del Sector Público.

Cuadro 2. Edad de la población

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá; C.A.: Centroamérica.

	BEL	CR	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN	C.A.
Edad en 2005, años[1]								
0 – 14, millones	0,11	1,23	2,13	5,48	2,75	2,06	0,98	14,73
% de población total	*37,7*	*28,4*	*35,1*	*43,2*	*39,8*	*37,8*	*30,3*	*37,8*
15 – 64, millones	0,16	2,85	3,53	6,68	3,87	3,17	2,06	22,32
% de población total	*57,7*	*65,8*	*58,3*	*52,6*	*56,1*	*58,1*	*63,7*	*57,3*
65+, millones	0,01	0,25	0,40	0,54	0,29	0,23	0,19	1,91
% de población total	*4,6*	*5,8*	*6,6*	*4,3*	*4,1*	*4,1*	*6,0*	*4,9*

[1]ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas)
[2]Estimado para 2010 de ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas)

Cuadro 3. Distribución (%) de edad de las poblaciones de Centroamérica y de España, 2005 y 2050.

Edad, años	Centroamérica[1]		España[2]
	2005	2050	2005
0-14	37,8	20,4	14,4
15-64	57,3	66,8	69
65+	4,9	12,8	16,6
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

[1]Calculado de los datos de Instituto Nacional de Estadística (España) (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)
[2]Calculado de los datos de CEPAL (www.eclac.org/estadisticas)

Indicadores sociales

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo calcula un Índice de Desarrollo Humano (IDH) cada año, para los países del mundo. El IDH integra tres conceptos, medidos por cuatro indicadores estadísticos: **longevidad**, medida en función de la esperanza de vida al nacer; **nivel educacional**, medido con base en una combinación de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación combinada: primaria, secundaria y terciaria, y **nivel de vida**: medido por el PIB (Producto Interno Bruto) per cápita ajustado en dólares.

Todos los países centroamericanos han mejorado sus valores del IDH y ocuparon posiciones desde la 48 (Costa Rica) hasta la 118 (Guatemala), entre 177 países en 2007-2008 (Cuadro 4). Entre los países de América Latina y El Caribe que obtuvieron mejores índices que Costa Rica, estuvieron Barbados (posición 31), Argentina (38), Chile (40), Uruguay (46), Cuba (51) y Bahamas (49), mientras los más bajos se encontraron en Haití (146), Guatemala (118), Nicaragua (110), Honduras (115), Bolivia (117), El Salvador (103) y Paraguay (97).

El índice de pobreza humana para 107 países en desarrollo (IPH-1) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, integra, para cada país, la probabilidad al nacer de sobrevivir hasta los 40 años, el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada, más el porcentaje de la niñez con peso insuficiente para su edad, y la tasa de analfabetismo entre las personas adultas. Entre los países centroamericanos (Cuadro 4), los extremos de este índice fueron, en 2006-2007, Costa Rica (posición 5 de menor pobreza, superada por Barbados, Chile, Uruguay y Argentina) y Guatemala (posición 54).

La pobreza está relacionada de muchas maneras con las condiciones de vida y trabajo, haciendo que las personas pobres sean vulnerables a peligros y riesgos a la salud, al tener en el trabajo poca o nula accesibilidad a servicios de atención, promoción y prevención. Las limitadas oportunidades de trabajo muchas veces son de mala calidad y las condiciones de trabajo son riesgosas e inseguras. El 46,5% de la población centroamericana vive en pobreza (Estado de la Región). Este porcentaje es muy alto, incluso más que el de toda América Latina (34,1%; CEPAL). Hay que notar que este porcentaje es sustancialmente más alto en Honduras y Nicaragua (68,9% y 61,9%, respectivamente; Estado de la Región), en poblaciones rurales de toda Centroamérica (83%, Hartford & Echeverri, 2003), y entre las personas indígenas (77,4% en Guatemala y 95,4% en Panamá; Sauma, 2004). Al completar este perfil con las menores oportunidades y la vulnerabilidad de las mujeres en el mercado laboral (Estado de la Región), emerge una intersección de clase, género, etnicidad, informalidad, precariedad y exclusión, un enorme desperdicio de recursos humanos, y también un desafío a la promoción de salud ocupacional y pública, para una población cuyas características oscilan entre extrema pobreza, desempleo y condiciones precarias de trabajo.

Cuadro 4. Indicadores sociales básicos

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. C.A.: Centroamérica.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN	C.A.
Índice de Desarrollo Humano (IDH)[1] Posición mundial relativa entre 179 países, 2006	80	48	103	118	115	110	62	
Personas en pobreza, % de la población (año)[2]	ND	18,6 (2007)	47,5 (2004)	54,8 (2006)	68,9 (2007)	61,9 (2005)	29,0 (2007)	46,5
Índice de Pobreza Humana (IPH), 2007/2008[1] Posición relativa inversa entre 107 países en desarrollo	43	5	35	54	41	46	15	

[1]Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Human Development Report 2007/2008 (http://hdrstats.undp.org)
[2]ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas)

Etnia

La multietnia y multiculturalidad se encuentra en todos los países centroamericanos, pero es mayor en Guatemala y Belice, y menor en Costa Rica y El Salvador, en ese orden (Cuadro 5). Los grupos indígenas centroamericanos son las poblaciones más vulnerables de cada uno de los siete países. A las poblaciones indígenas, vistas a sí mismas como un potencial económico y cultural de las sociedades centroamericanas, les ha correspondido vivir el abandono profundo de los gobiernos en todos los países. Partiendo de la tierra y el acercamiento a ella como el eje central de sus vidas y su historia, los pueblos indígenas han transitado y migrado en el mismo país o entre los países, desde la visión unívoca de la naturaleza y el universo. Las contradicciones de la creciente urbanización que enfrentan los pueblos indígenas, los ha colocado en desventaja y con una alta vulnerabilidad con respecto al resto de los grupos comunitarios con quienes comparten el espacio centroamericano.

Esta vulnerabilidad de los grupos indígenas los ha puesto en desventaja histórica en cuanto al acceso a la educación, al trabajo digno y a las condiciones de vida saludable. Al analizar la salud de estas poblaciones indígenas se encuentra que es deplorable. Así, en Honduras se reporta una esperanza de vida de 36 años para los hombres indígenas, y de 42 años para las mujeres. Un 60% de esta población no tiene acceso a agua potable, el 91% carece de instalaciones sanitarias básicas, y el 80% de los menores de 5 años presenta algún grado de desnutrición crónica (Carmenate, 2006).

Cuadro 5. Etnia

País	Población total	Población indígena (%)	Poblaciones indígenas y afrocaribeñas
Belice	232.111	39.459 (17%)	Afrocaribeñas 25% Maya 11% Garífuna 6%
Costa Rica	4.187.400	63.876 (2%)	Indígenas 2% Afrocaribeñas 1,9%
El Salvador	6.638.100	132.762 (2%)	Indígenas 2%
Guatemala	12.309.400	4.487.138 (43%)	Indígenas 43%
Honduras	7.001.100	440.313 (7%)	Afrocaribeñas 2% Indígenas 7%
Nicaragua	5.488.700	393.850 (8%)	Afrocaribeñas 9% Indígenas 8%
Panamá	3.116.300	284.754 (10%)	Afrocaribeñas 15% Indígenas 10%
TOTAL	38.953.111	5.842.152 (15%)	

Fuente: Consejo Indígena de Centroamérica (CICA) y perfiles nacionales de Salud y Seguridad Ocupacional de SALTRA

Economía y trabajo

La Población Económicamente Activa centroamericana consiste en 15,1 millones personas. De esta, el Sector Agropecuario disminuyó, entre 1995 y 2005, en todos los países, mientras que el sector secundario creció significativamente solo en Guatemala. El sector terciario creció en especial en Honduras, Nicaragua (los dos países con las más bajas proporciones terciarias en 1995) y Belice. Sin embargo, la proporción del Producto Interno Bruto en el sector terciario en 2005 fue más alta en Panamá (76,3%). Estos cálculos excluyen los servicios de intermediación financiera (Estado Región).

Los cuadros 6-8 presentan los perfiles básicos de economía y trabajo. En general, el cambio de la estructura entre los sectores implica cambios en las exposiciones ocupacionales. Las exposiciones tradicionales agrícolas (carga física, accidentes, compuestos agroquímicos tóxicos, radiación ultravioleta, exposiciones a riesgos biológicos) disminuyen gradualmente en términos de cantidad de expuestos, y los problemas del Sector Servicios, tales como: violencia, acoso, hostigamiento, abuso y agresión, estrés, abuso psicológico y problemas particulares relacionados con ergonomía, serán más frecuentes, aunque los países no estén preparados para estos peligros.

A pesar de estos cambios, la población agrícola centroamericana representa un 26% de la población económicamente activa, por lo que se constituye en una prioridad para incrementar la atención de salud ocupacional y de los otros servicios en salud. A los peligros y las exposiciones ocupacionales propias de la agricultura, hay que agregar la concentración de la pobreza en distritos rurales y las distancias a los servicios esenciales.

Cuadro 6. Economía y trabajo

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. C.A.: Centroamérica.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN	C.A.
Población económicamente activa (PEA), 2006, millones[1]	0,11[2]	1,9	2,8	5,4	2,8	2,2	1,4	15,1
Hombres 2006, % de PEA[1]		63,0	58,4	61,6	65,2	62,4	62,6	62,0
Mujeres 2006, % de PEA[1]		37,0	41,6	38,4	34,8	37,6	37,4	38,0
Ocupados 2006, millones[1]		1,8	2,6	5,3	2,7	2,1	1,3	14,5
Tasa de desempleo, 2006, % de PEA[1]		6,0	6,5	1,8	3,1	5,2	8,3	4,3
Tipo de empleador 2006, % de ocupados[1]								
Sector público		14,5	7,9	5,2	6,3	8,5	14,6	8,1
Empresa privada		58,7	51,7	45,1	41,3	41,0	46,2	46,7
Sector privado empresarial		37,9	30,1	26,1	24,0	24,2	34,9	28,3
Microempresa		20,8	21,7	19,0	17,3	16,7	11,3	18,4
Hogares		5,2	4,9	3,3	2,7	5,5	5,6	4,2
Autoempleo		21,6	35,4	46,5	49,7	45,0	33,6	41,1
Asalariados 2006, % de ocupados[1,3]		70,7	60,2	49,9	47,6	50,7	63,1	54,8
Tamaño de establecimiento 2006, trabajadores/as, % de ocupados[1]								
1 -6 (microempresa)		47,6	59,8	67,4	69,2	66,5	49,8	62,6
6 – 19 (pequeña)		12,8	10,0	13,9	6,4	14,4	10,7	11,7
20+ (mediana y grande)		39,7	30,1	18,8	24,3	19,1	39,5	25,7
Jornada 2006, horas/semana, % de ocupados[1]								
<40 (parcial)		21,9	28,0	35,1	32,3	21,2	29,7	29,7
40 – 48 (completa)		44,1	38,1	29,4	34,3	42,2	54,5	37,1
49 - (sobrejornada)		34,0	33,9	35,5	33,4	36,5	15,8	33,2
Sin educación o primaria completa 2006, % de la fuerza de trabajo[1]		15,0	37,0	53,6	42,3	37,5	12,8	38,7
Empleo permanente 2006, % de asalariados[1]		86,0	61,4	28,1	65,4	38,2	56,9	52,3

[1]ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas).
[2]Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008.
[2]Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2007/2008 (http://hdrstats.undp.org)
[3]La OIT (2007) provee diferentes tasas para el mismo año (2007): Costa Rica 67,6%; El Salvador 55,5%; Honduras 55,4%; Nicaragua 51,6%; Panamá 66,9%.

Cuadro 7. Población económicamente activa por actividad, miles de personas[1]

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. ND: No datos

Rama da actividad (CIIU-Rev. 3[2])	BEL 2005	C.R. 2007	EL SAL 2007	GUA[3] 2006	HON[4] 2007	NIC 2006	PAN[5] 2007
Total	98.6	1925.7	2419.2	5.390.5	2836.1	2089.8	1264
A: Agricultura y ganadería	17.5	244.8	422.3			593.6	176.5
B: Pesca	1.8	9.8	13.5	1791.4	979.9	15.5	9.8
C: Minas y canteras	0.2	2.6	3.7	7.5	7.1	6.7	3.6
D: Industrias manufactureras	9.6	251.6	403.6	854.8	421.2	289.2	109.6
E: Electricidad, gas y agua	0.9	21.1	10.2	12.4	12.4	6.5	8.1
F: Construcción	6.9	151.8	148.4	354.9	189.2	100.8	122.4
G: Comercio y reparación	16.9	366.5				409.1	240.7
H: Hoteles y restaurantes	8.7	108.3	720.6	1226.9	603.6	72	69.5
I: Transporte, almacenaje y comunicaciones	6.4	125.7	103.2	160.7	106.1	89	91.9
J: Intermediación financiera	1.6	49.5				15.9	28.8
K: Actividades inmobiliarias y empresariales	2.1	121.6	114.4	176.1	94.9	54	67
L: Administración pública	6.8	88.7	98.7	115.5		73.7	79.6
M: Enseñanza	6.2	110.7	90	219.8		94.5	65.3
N: Salud y atención social	2.7	64				54.3	50.6
O: Servicios comunales y personales	3.8	72.7	178.4	457.4	419.4	89.2	63.6
P: Hogares con servicio doméstico	5.8	128.6	111.7			117.4	76.1
Q: Organizaciones extraterritoriales	0,6	1.1		13.2		8.1	0,7
X: Actividad no bien especificada	0.1	6.6	0.4		2.3		

[1]Organizacion Internacional de Trabajo (OIT). LABORSTA (http://laborsta.ilo.org)
[2]http://laborsta.ilo.org/applv8/data/isic3s.html
[3]Empleo solamente
[4]Honduras uso CIIU Rev. 2. Los números presentados son inferidos.
[5]15+ años de edad

El panorama de trabajo en los contextos económicos de los países centroamericanos muestra la presencia de viejos problemas de salud de las personas trabajadoras, aún no resueltos, sumados a dificultades emergentes como resultado de los riesgos del trabajo en el creciente sector terciario. En este sector, las nuevas formas de trabajo influenciadas por la globalización y la crisis económica mundial, refuerzan la tercerización y el trabajo a destajo que obliga a los individuos a involucrar a sus familias, con lo que se incrementa el ingreso de poblaciones vulnerables a condiciones de trabajo deplorables, y se contribuye a un deterioro de la salud de la población en general.

Cuadro 8. Distribución sectorial de producto interno bruto 2007[1]
BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. C.A.: Centroamérica.

	BEL 2007	CR 2007	EL SAL 2007	GUA 2007	HON 2007	NIC 2007	PAN 2007	C.A.
Primario (agricultura, pesca, minería)	11.6	7.8	11.8	13.1	12.9	17.6	6.8	10.9
Secundario (manufactura, electricidad, construcción)	19.0	26.6	26.0	26.6	26.2	25.2	14.6	24.3
Terciario (servicios)	69.4	65.6	62.2	60.3	61.0	57.2	78.6	64.8

[1]Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008.

Otras características importantes de trabajo en los países centroamericanos incluyen (Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008):

- Mayor incorporación (38%) de la mujer
- Gran contingente de personas trabajadoras no calificadas: el 39% de la fuerza de trabajo no ha logrado completar la educación primaria; hay baja capacitación/formación
- El autoempleo es responsable del 41% del empleo regional.
- Aumenta la incidencia de empleos con jornadas parciales (30%) y sobrejornadas (33%).
- Solo un 55% de los ocupados son asalariados.
- Hay brechas en los salarios entre países, sexos, edades, sectores, economías y espacios urbanos/rurales.

El *desempleo* en las mujeres es alto: un 17,2% en Belice en 2005, y un 13,0% en Panamá en 2006 (OIT, 2007). El desempleo juvenil urbano es muy alto: en Panamá un 35,4% en 2002, y todavía un 23,4% en 2006 (15 - 24 años de edad, ambos sexos) (OIT, 2007). Las tasas de desempleo son elevadas especialmente en personas con baja educación y en indígenas.

Las tasas de *trabajo infantil* son muy altas en Centroamérica, en particular en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras (Cuadro 9). De acuerdo con el Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil de la OIT, "trabajo infantil" suele definirse como todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico.

Cuadro 9. Actividad económica, % del total de población de 7-14 años de edad.[1]
BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá.

	BEL 2001	C.R. 2002	EL SAL 2003	GUA 2000	HON 2002	NIC 2001	PAN 2000
Todos	7,4	6,7	12,7	20,1	11,4	12,1	4,0
Masculino	9,6	9,7	17,1	25,9	16,5	17,5	6,4
Femenino	5,2	3,5	8,1	13,9	6,1	6,5	1,4

[1] Organización Internacional del Trabajo, UNICEF, Banco Mundial

Las personas trabajadoras adolescentes están mayoritariamente activas en agricultura, las trabajadoras infantiles, en servicios. A pesar de los efectos generales destructivos en la escolaridad, las niñas enfrentan vulnerabilidades y situaciones adicionales especiales:

> "Las niñas, por razones físicas y sociales, generalmente son más vulnerables a la explotación que los niños. Por lo tanto, deben hacerse mayores esfuerzos para tratar los asuntos y temas especiales relacionados con las niñas, particularmente de aquellas en edad escolar. A menudo, los padres prefieren invertir en la educación de sus hijos varones, y cuando se enfrentan a recursos limitados y fuertes demandas financieras, no quieren prescindir de la importante contribución de sus hijas a la economía y mantenimiento del hogar." (OIT & IPEC, 2004).

Todos los países centroamericanos han ratificado el convenio 182 de OIT sobre Peores formas de trabajo infantil, que estipula:

> "Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá adoptar medidas inmediatas y eficaces para conseguir la prohibición y la eliminación de las peores formas de trabajo infantil con carácter de urgencia."
>
> A los efectos del Convenio, el término "niño" designa a toda persona menor de 18 años.
>
> A los efectos del presente Convenio, la expresión "las peores formas de trabajo infantil" abarca:
>
> a) todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y la trata de niños, la servidumbre por deudas, la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;
> b) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;
> c) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y
> d) el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños."

Sectores importantes

Agricultura

El Sector Agrícola es grande en el istmo centroamericano, con aproximadamente tres millones cuatrocientas mil personas, que representan un 26% de la población económicamente activa, siendo mayoría en Guatemala y Nicaragua. Aunque este sector ha disminuido en buena parte de los países, moviéndose hacia los sectores de comercio, manufactura y construcción, en la producción agrícola persisten las malas condiciones de vida y trabajo, con niveles de educación deficientes. Las áreas rurales de los países centroamericanos son las más pobres entre las pobres, como el caso de Guatemala y Nicaragua, que tienen el más alto índice de pobreza y las posiciones más bajas en términos de desarrollo humano.

La agricultura está, en la mayoría de los países, en el último lugar, en términos de organización de los servicios básicos de salud ocupacional e inspecciones de las condiciones de trabajo. La fuerza laboral incluye también una gran cantidad de personas trabajadoras con contratos precarios, y también migrantes, quienes ni siquiera están considerados dentro de los servicios y vigilancia de salud.

En Centroamérica la exposición agrícola a plaguicidas altamente tóxicos, ha representado un factor de riesgo de la salud muy importante, por más de 50 años, y aunque la población agrícola ha disminuido, la exposición, los riesgos y los efectos causados por esta, no lo han hecho, y más bien han trascendido a exposiciones ambientales que afectan no solo a quienes trabajan, sino también a sus familias, por generaciones. Las importaciones de plaguicidas en Centroamérica han sido de las más elevadas en el mundo, con cerca de 1.5 kg por persona, por año, lo cual está por encima del promedio mundial de importación, estimado por la OMS (0.6 Kg) (Plagsalud). Tales importaciones incluyen doce plaguicidas conocidos como la docena sucia de Centroamérica, propuestos a restringirse o prohibirse en la XVI Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica (RESSCAD XVI, Tegucigalpa, 2000).

El Cuadro 10 presenta los plaguicidas más importados durante el periodo 2000 -2004.Como se puede observar, Costa Rica tiene los peores indicadores en la Región, con cantidad absoluta usada de plaguicidas, cantidad usada por persona trabajadora agrícola por año, y cantidad usada por habitante, por año. El Cuadro 11 muestra las importaciones de los doce plaguicidas propuestos por la RESSCAD 2000, los cuales a su vez causan la mayor cantidad de intoxicaciones en la Región.

Cuadro 10. Total de plaguicidas en kg de ingredientes activos (a.i.) importados en 2000 – 2004, por país y en la Región

País	Toneladas (i.a.)	Kg i.a. / persona trabajador agrícola / año	Kg i.a. / habitante / año	# i.a. registrados	Plaguicidas más importados en América Central	Toneladas (i.a.)
Costa Rica	52.732	37	2,8	286	mancozeb	30.477
Guatemala	51.254	6	0,9	318	Glifosato	22.220
Honduras	29.968	6	0,8	209	2,4-D	22.154
Panamá	10.779	8	0,7	179	paraquat	11.812
Nicaragua	9.825	3	0,3	202	bromuro de metilo	10.225
El Salvador	7.576	3	0,2	152	clorotalonil	7.538
Belice	1.782	12	1,3	121	Atrazina	4.748
América Central	163.917	7	0,9		tridemorf	3.563
					Terbufos	3.561
					metamidofós	2.882

Fuente: Base de datos SALTRA

Cuadro 11. Importaciones en América Central de los doce plaguicidas por restringirse o prohibirse, según acuerdo interministerial en la RESSCAD XVI. Importaciones 2000 – 2004.

Plaguicida	Toneladas (i.a.)
Paraquat	11.812
Terbufos	3.561
Metamidofós	2.882
Etoprofos	1.515
Metil-paratión	1.312
Clorpirifos	1.143
Endosulfan	1.036
Metomil	882
Carbofuran	759
Fosfuro de aluminio	318
Aldicarb	66
Monocrotofós	41
	25.327

Solo una pequeña proporción de las intoxicaciones producidas se registra en los sistemas de vigilancia de la Región. Se ha estimado que casi el 2% de la población mayor de 15 años en América Central, tenía un episodio sintomático después de haber estado expuesta a plaguicidas, con un equivalente a unas 400,000 intoxicaciones (Corriols et al, 2001; Murray et al, 2002). Un estudio reciente (Corriols et al., 2009) demuestra una incidencia extremadamente alta de intoxicaciones por plaguicidas en Nicaragua, en el año 2000, que fue de 2,3/100 en la población >15 años de edad de todo el país, de las cuales 90% fueron relacionadas con exposiciones ocupacionales. Entre las personas relacionadas con la agricultura, la incidencia fue de 6,7/100.

Aparte de los plaguicidas, hay otros peligros y riesgos que, aunque se ven minimizados por el impacto negativo que los plaguicidas han causado en la Región, no dejan de ser importantes y se constituyen en causas de consulta, ya sea por accidentes o por enfermedad. El Cuadro 12 muestra los peligros y riesgos de salud ocupacionales en la agricultura.

Cuadro 12. Peligros y riesgos ocupacionales en agricultura.

Cargas y posturas: riesgo de enfermedades y lesiones del sistema locomotor y accidentes
Máquinas (tractores, cosechadoras): riesgo de lesiones, accidentes y enfermedades musculoesqueléticas, etc.
Riesgos biológicos de animales: alergias, enfermedades de piel, infecciones bacterianas y virales, afecciones respiratorias, infecciones zoonóticas, enfermedades parasitarias
Compuestos agroquímicos: intoxicaciones
Contacto con plantas peligrosas: riesgo de alergias
Vibración: riesgo de enfermedades osteomusculares
Radiación solar: riesgo de cáncer de piel

Maquilas

Las maquilas son unidades de producción, normalmente de bajo capital y dirección extranjera (tales como estadounidense, coreano o taiwanés), situadas en zonas francas, que usan la fuerza de trabajo doméstico en la manufactura de productos para exportación en el sector textil-vestuario y en la producción de artículos electrónicos, en un sistema de producción del tipo línea de ensamblaje.

Un estudio nicaragüense (López et al., 2009) señala que en Centroamérica la inserción en el mercado laboral de las empresas maquiladoras se inició en los años 70. Para 1996, había cerca de un cuarto de millón de personas trabajando en las maquilas, lo cual representó aproximadamente un 25-30% de la mano de obra empleada en la industria. Para ese año, en Guatemala, Honduras, El Salvador y Costa Rica, las maquilas habían creado 170.000, 61.000, 50.000 y 49.000 empleos, respectivamente, y para 2001, 40.000 en Nicaragua. Desde su instalación, la fuerza de trabajo en las maquilas ha consistido, predominantemente, de mujeres jóvenes.

En Centroamérica hay 170 empresas en la industria textil y de confección, que trabajan el producto completo, y 850 que son solamente ensambladoras. El producto completo significa una industria que fabrica o importa tela, corta, diseña, confecciona, agrega accesorios, empaca y luego exporta (Honduras Laboral 2009). En total, en Centroamérica se ha calculado la existencia de más de mil maquiladoras, donde han laborado alrededor de 500 mil personas, de las cuales más del 80% son mujeres (Quinteros C, 2007).

El Cuadro 13 ilustra los peligros y los riesgos para la salud de quienes trabajan en maquilas. Se han reportado también accidentes, como quemaduras y heridas. En un estudio (López et al., 2009) se indicó que el 68% de los trabajadores en una maquila habían recibido atención médica en las clínicas previsionales. El 25% sufrió accidentes de trabajo en la empresa y un 55%, lesiones o enfermedades relacionadas con sus labores. También se ha reportado bajo peso al nacer, en bebés de madres trabajadoras en maquilas (Corriols, 2009).

En varias empresas maquiladoras se han violado los derechos laborales, como el derecho a la libertad de asociación sindical, el respeto del fuero sindical, la huelga, la estabilidad laboral, el salario, la convención colectiva, la higiene y la seguridad ocupacional, la protección a la maternidad, y las prestaciones sociales (Sieg & Palacios, 2003). Las mujeres expresaron haber sufrido acoso sexual (11%), violencia física (6%), violencia verbal o presión (49%), y haber sido obligadas a realizar tareas no contempladas en su contrato (33%). Al 66% de las mujeres que salieron embarazadas no se les cambió de trabajo, a pesar de su condición.

Las maquilas, como todo el mercado, dependen de las coyunturas mundiales. La recesión en EE.UU. ha provocado una contracción en las ventas de vestuario, con una consecuente reducción de las importaciones, la cual se refleja en las maquiladoras centroamericanas. Los despidos pueden ser masivos. También se encuentra competencia fuerte de productores y exportadores fuera de Centroamérica, en particular chinos y vietnamitas. Como consecuencia, la informalidad aumentaría, especialmente entre las mujeres (Martini, 2009).

Cuadro 13. Peligros y riesgos de salud en maquilas.
(Kourous, 1998; Ramos & Vargas, 2002; CST, 2003; López et al., 2009; Corriols 2009)

Peligro	Riesgos
Sustancias tóxicas (solventes, soldaduras)	Efectos neurotóxicos y dermales
Equipamiento peligroso	Accidentes
Mal diseño de estación de trabajo	Problemas ergonómicos, accidentes
Tareas manuales repetitivas	Efectos musculoesqueléticos y psicológicos
Intensificación de productividad manual	Estrés
Calor	Quemaduras, deshidratación
Polvos	Asma, rinitis, bronquitis, influenza
Ruido	Efectos auditivos y psicológicos
Relaciones laborales	Violencia de género

Construcción

De acuerdo con las estadísticas compiladas y reportadas por la OIT, cerca de 1,1 millones de trabajadores están activos en el Sector de la Construcción en América Central (Cuadro 14). Esto significa un 6,7% de la población económicamente activa, que es particularmente alta (9,8%) en Panamá.

Cuadro 14.
Población económicamente activa en la construcción, miles de personas[1]
BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. C.A.: Centroamérica.

	BEL 2005	C.R. 2007	El SAL 2006	GUA[2] 2006	HON 2005	NIC 2007	PAN 2007	C.A.
Trabajadores, miles	8	157	181	355	147	118	133	1.099
Trabajadores, % de población económicamente activa	7,2	7,8	6,7	6,6	5,5	5,4	9,8	6,7

[1]Organización Internacional del Trabajo (OIT). LABORSTA (http://laborsta.ilo.org)
[2]Empleo, solamente

El trabajo del Sector de la Construcción se realiza en edificios, casas, carreteras, puentes, etc. en proyectos temporales, y se contrata a los trabajadores en maneras precarias, formales e informales, muy variables. El empleador inmediato puede ser público o privado, formal o informal, directo o subcontratista. Las obras, tareas y ocupaciones varían enormemente y los peligros para la salud se modifican en consecuencia. Las obras son desde pequeñas estructuras hasta rascacielos, construcción y pavimento de autopistas, aeropuertos y hasta la ampliación del Canal de Panamá. La mayoría de los trabajadores en la construcción son hombres, y gran parte de ellos, no calificados. Se han reportado muchos riesgos y peligros para la salud en la Construcción (Cuadro 15).

Cuadro 15. Peligros para la salud y exposiciones laborales en la Construcción

Calor	Fibras sintéticas
Radiación solar	Emisiones de diesel
Electricidad	Humos de asfalto
Plomo, cadmio, cromo	Maquinaria, herramientas, equipos y estructuras peligrosas
Cemento	Cargas
Asbesto	Problemas ergonómicos de postura
Sílice	Accidentalidad, mala protección

El Convenio C167 de la OIT sobre seguridad y salud en la Construcción (1988), define las responsabilidades generales de los planificadores de los proyectos, del empleador, y de los trabajadores, estipula el derecho de alejarse de una situación de peligro, y señala las precauciones generales, andamiajes y escaleras de mano, aparatos elevadores y accesorios de izado, vehículos de transportes y maquinaria de movimiento de tierras y de manipulación de materiales, instalaciones, máquinas, equipos y herramientas manuales, trabajos en alturas, excavaciones, pozos, terraplenes, obras subterráneas y túneles, ataguías y cajones de aire comprimido, trabajos en aire comprimido, trabajos por encima de una superficie de agua, trabajos de demolición, alumbrado, electricidad, explosivos, riesgo químico, físico o biológico, incendios, ropas y equipos de protección personal, primeros auxilios, bienestar, información y formación, y declaración de accidentes y enfermedades. Solo Guatemala (1991) y Panamá (2008) han ratificado este convenio en el Istmo.

Empleo informal

"Informalidad/formalidad", en el contexto de esta publicación y siguiendo la OIT (2007), refiere a dos conceptos: la economía (sector) y el empleo (Cuadro 16). Así, la economía (sector) puede ser formal (regulado) o informal (no regulado). Igualmente, el empleo puede ser formal (propio o formalmente contratado) o informal (no propio o no formalmente contratado). La economía (sector) formal puede tener empleos (por lo tanto, empleados) formales e informales (incluyendo subcontratación informal en empresas en la economía formal de microempresas informales), mientras los empleos (por lo tanto empleados) de la economía (sector) informal son siempre informales. Adicionalmente, en este contexto, "empleo" (ocupado) puede ser asalariado o no asalariado.

La economía ("sector") informal contempla empresas informales, con o sin asalariados, incluyendo hogares y personas por cuenta propia ("independientes").

Cuadro 16. Formalidad/informalidad de economía y de empleo

		EMPLEO		
		FORMAL (contratación formal)	INFORMAL (no contratación o contratación atípica)	TODO
ECONOMÍA ("SECTOR")	**FORMAL (registrada y regulada)**	Empleo formal en la economía formal	Empleo informal en la economía formal	Empleo en el sector formal
	INFORMAL (no registrada, no regulada)	-	Empleo informal en la economía informal	Empleo en el sector informal
	TODO	Empleo formal	Empleo informal	EMPLEO

Los empleos informales (empleos sin contrato formal) "no están sujetos a la legislación laboral nacional, el impuesto sobre la renta, la protección social o determinadas prestaciones relacionadas con el empleo, incluyendo a asalariados que tienen formas de contratación atípicas, sin las condiciones de seguridad ni beneficios que las normas laborales del país señalan" (OIT, 2007).

Los empleados (ocupados) informales pueden ser autoempleados, domiciliares, familiares o afiliados en pequeñas empresas o microempresas, pero también en empresas formales (registradas) más grandes, mayoritariamente sin protección formal o beneficios formales. Pueden ser empleados, subcontratados o independientes. Las empresas grandes usualmente contratan a un contratista que, a su vez, contrata a trabajadores que no tienen opción a beneficios. Así, cualquier trabajo sin contrato es informal, por lo que no garantiza beneficios básicos tales como seguridad, pago mínimo, servicios de salud, condiciones dignas de trabajo, pago de enfermedad, vacaciones, cuidado de embarazo, derecho a vender, etc.

Las personas con trabajos informales pueden ser trabajadores agrícolas, de la construcción, domiciliarios, recolectores de basura, lustrabotas, vendedores en calles, trabajadores en reparaciones, reciclaje pequeño y confección, generadores de productos sencillos, taxistas, prostitutas y, en algunos casos, posiblemente trabajadores en maquilas.

El empleo informal es extenso en América Latina, incluyendo, por supuesto, América Central. Los datos de la OIT demuestran que, de todas las personas ocupadas urbanas en Panamá, 2005/2007, el 43,9% tuvieron empleos informales: el 14,6% en la economía formal, y el 29,3%, en la economía informal.

Los datos publicados por la OIT no incluyen otros países centroamericanos. Sin embargo, Panamá no parece tener una tasa relativamente alta de empleo informal, considerando los datos de empleo informal urbano en Colombia (51,5%) y Perú (55,7%). Los cuadros 6 y 7 proveen datos acerca de los países centroamericanos, en cuanto a ocupados en microempresas, hogares, autoempleados, y sectores de la Construcción y Servicios, donde muchos tienen empleo informal. Las personas autoempleadas constituyen el 41,1% de las ocupadas en Centroamérica, lo que varía el porcentaje de entre 21,6 en Costa Rica y 49,7 en Honduras; en Panamá es del 33,6%.

El empleo informal tiene sus raíces básicamente en la escasez de trabajo causada por cambios en las economías nacionales, tales como pérdida de la pequeña agricultura o cierre de unidades industriales, por la disminución de la fuerza laboral en unidades de producción y en el Sector Público, la subcontratación y la externalización, por el desempleo en la economía formal, por las tecnologías mecanizadas y automatizadas, y por la migración a las ciudades. Empresas micro y pequeñas pueden seleccionar operar informalmente, por evitar impuestos.

Debido a escasos recursos, condiciones ambientales y falta de conocimiento, las condiciones laborales pueden ser de mala calidad en pequeñas empresas, especialmente en la economía informal. Muchas de estas se ubican fuera de control de inspecciones de higiene, servicios de salud ocupacional y otras instituciones de la sociedad.

López y Soto (2006) han reportado determinantes de mala salud en personas trabajadoras informales en León, Nicaragua. Estos incluyeron: pobreza; mala alimentación; malas viviendas; inestabilidad de trabajo temporal; poco reconocimiento y valoración social; intimidación; desprofesionalización; exclusión y autoexclusión; vulnerabilidad; triple rol de mujeres: casa, campo, comunidad; fuerza laboral de niñez/adolescencia; servicios insuficientes y segregación y discriminación de género.

Los estudios de la salud de las personas trabajadoras informalmente ocupadas son muy raros en Centroamérica. El Cuadro 17 muestra los resultados principales en algunas investigaciones conducidas en diferentes países. Muchos problemas son comunes para el tercer mundo y son más o menos manifiestos en análisis descriptivos adicionales.

Se han discutido distintas medidas generales y específicas, algunas probadas en una escala restringida, para mejorar la situación social y de salud de las personas trabajadoras informales. La lista es impresionante e incluye alguna manera de formalización/ integración/inclusión/certificación de economías informales; sistema de seguros; reconocimiento, tolerancia y políticas legales y sociales; implementación de los derechos básicos; acceso a la vivienda; salario mínimo digno a trabajadores informales empleados o subcontratados; concienciación, educación, capacitación, formación profesional, segregación técnica, del mercado, y de salud y seguridad; servicios de promoción y protección de la salud; organización y sindicalismo territorial u ocupacional de la población trabajadora.

Cuadro 17.
Problemas de la salud en personas trabajadoras de empleo informal.

GRUPO	RIESGO
Microempresarios nicaragüenses (López y Soto, 2006)	Efectos de la vista, reumatismo, padecimientos de pie
Vendedores/as nicaragüenses (López y Soto, 2006)	Conflictos, violencia
Sector informal urbano, Dar es Salaam, Tanzania (Tornberg et al., 2006)	Polvos; solventes; mala ergonomía, equipamiento y estructuras; excesivas jornadas; estrés físico y mental; levantamiento de pesos; humedad; mala higiene; enfermedades respiratorias; dolores de espalda, cabeza, músculos, articulaciones; hernia; infecciones de hongos.
Mujeres inmigrantes de Nicaragua a Costa Rica (Loría Bolaños, 2002)	Explotación sexual infantil y adolescente, vulnerabilidad de las mujeres embarazadas y con niños lactantes, desnutrición, parto prematuro, explotación laboral, discriminación, estrés, tareas forzosas y riesgosas, mala alimentación, poco descanso, acceso limitado a servicios básicos, violencia, carencia de vivienda, condiciones del nivel bajo de las viviendas, diarreas, enfermedades parasitarias y gastrointestinales, condiciones dermales, anemia, infecciones respiratorias, sarampión, rubéola, dengue, cansancio, depresión, alcoholismo.
Sector informal urbano, Zimbabwe (Loewenson, 1997)	Lesiones 10 x y enfermedades 100 x sector formal. Polvos, mala ergonomía, plaguicidas, solventes, emisiones de tráfico, mala sanitación. Accidentes, enfermedades respiratorias y musculoesqueléticas.
Distintos tipos de personas trabajadoras informales, Filipinas (Salter, sin fecha)	Accidentes vehiculares
Trabajadores de construcción, Filipinas (Salter, sin fecha)	Caídas, problemas ergonómicos
Personas trabajadoras en restaurantes y servicios domésticos, Filipinas (Salter, sin fecha)	Incendios
Personas trabajadoras infantiles/adolescentes, Filipinas (Salter, sin fecha)	Temperatura, humedad, ruido, polvos, humos, peligros biológicos, cargas
Personas trabajadoras en reparación automotora y de objetos de metal, Filipinas (Salter, sin fecha)	Posiciones del cuerpo, accidentes, mala luz y ventilación

El Convenio C177 de la OIT sobre el trabajo a domicilio (1996), pertenece a algunos tipos comunes de trabajo informal. El Convenio promueve una política nacional en materia de trabajo a domicilio, para propiciar la igualdad de trato entre quienes trabajan a domicilio y las otras personas trabajadoras asalariadas. La igualdad de trato deberá fomentarse con respecto a:

a) el derecho de las personas trabajadoras a domicilio, a constituir o a afiliarse a las organizaciones que escojan y a participar en sus actividades;
b) la protección de la discriminación en el empleo y en la ocupación;
c) la protección en materia de seguridad y salud en el trabajo;
d) la remuneración;
e) la protección por regímenes legales de seguridad social;
f) el acceso a la formación;
g) la edad mínima de admisión al empleo o al trabajo;
h) la protección de la maternidad.

Ningún país centroamericano ha ratificado este Convenio.

Minería

La minería representa menos del 1% de la población económicamente activa, y la mayor cantidad de personas trabajadoras se encuentran en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, en ese orden. A pesar de tener una PEA baja, por su alta peligrosidad, es de las ocupaciones a las que hay que dedicar esfuerzos de prevención, vigilancia y promoción de salud. El Sector Minero centroamericano está compuesto por minas metálicas (oro y plata) y no metálicas (canteras, yeso, arena). La minería es el Sector económico que ha reportado en la historia, las más altas tasas de morbilidad y letalidad por accidentes. Esto se puede confirmar en las estadísticas de los perfiles nacionales SALTRA de Honduras, El Salvador y Nicaragua. En Nicaragua, los mineros presentan además la tasa más alta de enfermedades de origen ocupacional, en comparación con otras ocupaciones. Los peligros más comunes de los mineros centroamericanos, aparte del primer lugar que ocupan los accidentes, son el ruido y el polvo, y en algunas minas, altas temperaturas, humedad, vibraciones y movimientos repetitivos. En las plantas de procesamiento existe el riesgo de exposición a químicos, que resultan de menor importancia en el contexto industrial, pero cobran relevancia en el contexto artesanal. En la industria minera, el oro es separado usando cianuro, con precauciones y medidas de protección, mientras que en el contexto artesanal, este se extrae mediante el uso de mercurio, sin tomar en cuenta ninguna medida de protección. En este Sector de la Minería y, particularmente en el sector informal, es donde se presentan las tasas más altas de trabajo infantil.

Sector salud

El Sector Salud emplea a cerca de 20 millones de personas trabajadoras en América Latina y Estados Unidos. Estas representan más del 5% de la población económicamente activa y el 7% del producto interno bruto (OPS 2005). Considerando la variación entre los países, particularmente la alta densidad de médicos, enfermeras y parteras en EE.UU., el porcentaje de la PEA está probablemente en el nivel del 2% en Centroamérica, lo que significa alrededor de 300.000 empleados. El peso

económico y social de este Sector es considerable. Además, la fuerza de trabajo del Sector Salud es fundamental para los sistemas de salud de la Región, lo que incluye a las personas profesionales en los servicios de salud ocupacional. Desafortunadamente, la pérdida de profesionales que salen de la Región, impacta el Sector Salud en todos los países centroamericanos. No hay datos sistemáticos de los peligros y riesgos ocupacionales entre las personas trabajadoras centroamericanas en Salud. No obstante, parece que hay razón para suponer que los peligros y riesgos comunes en el Sector, generalmente existen también en la Región. El Cuadro 18 resume estas condiciones.

Cuadro 18. Peligros y riesgos de salud frecuentes en el Sector Salud.
Adaptado y modificado de la OMS (2005) y Velásquez & Partanen (2007)

Biológicos: Hepatitis B, C; VIH; tuberculosis; herpes; residuos biológicos
Físicos: Radiación X; láser; luz ultravioleta; radiación infrarroja; microondas; temperaturas altas o bajas; electricidad; ruido; vibración; campos electromagnéticos; peligros de incendio y explosiones; iluminación
Químicos: Disolventes; desinfectantes; esterilizantes tales como óxido de etileno; formaldehído; agentes de limpieza y detergentes; hormonas; antibióticos; reactivos de laboratorios; gases anestésicos; compuestos inflamables y explosivos; emisiones de incineración y de diesel; humo de tabaco ambiental; plaguicidas; agentes quimoterapéuticos (antineoplásicos); reveladores químicos de rayos X; mercurio inorgánico; látex; polvos; fibras
Higiene e instalaciones deficientes colectivas y personales: Instalaciones sanitarias y otras del personal; disponibilidad de agua inadecuada; ropas inadecuadas; peligros varios en comedores
Ergonómicos y mecánicos: Diseño del trabajo; posturas y movimientos inadecuados o repetitivos; movilización de cargas; trabajo estático; iluminación; ventilación; diseño de equipos, muebles e instalaciones; peligros de resbalones; tropezones; caídas; seguridad de vehículos, diseño espacial
Accidentes en los lugares de trabajo estacionarios y de transporte
Organizativos: Jornadas; tareas; turnos; factores de estrés; supervisión; personas trabajadoras subcontratadas; ausencia o deficiencias: en la política de PST, de implementación de comisiones mixtas, de los servicios de salud ocupacional, de primeros auxilios
Psicológicos y sociales: Responsabilidad; monotonía; estrés; fatiga; violencia; acoso, hostigamiento, abuso y agresión; desgaste por empatía (emociones y conductas resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por otro); problemas interpersonales; "burn out" (cansancio, agotamiento, depresión, ansiedad, distanciamiento); turnos de trabajo
Violencia, seguridad insuficiente
Estilos de vida no saludables: Dieta no balanceada; sobrepeso; inactividad física; tabaquismo; alcohol; abuso de sustancias (anestésicos); VIH

Educación

Como un indicador básico de educación, se encontraron las tasas más bajas de analfabetismo en América Latina y El Caribe en 2005 en Guyana (1,0%) y Cuba (2,7%). La mayor tasa (45,2%) fue la de Haití. En este contexto, los países centroamericanos mostraron una variación considerable del 3,9% (Costa Rica) hasta el 31,9% (Nicaragua). El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua tuvieron tasas por encima del 18%. La tendencia general es que la tasa de alfabetismo aumenta con el gasto público en educación en un porcentaje del PIB en Centroamérica (Cuadro 19).

La educación en Centroamérica requiere mucho esfuerzo público para ser mejorada. Esto es extremadamente importante, en especial en los países con indicadores bajos de educación, como El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Una consideración fundamental de inequidad en un país, es que las tasas de alfabetismo varían en extremo entre clases sociales, géneros, grupos étnicos y poblaciones urbanas y rurales. Así, la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al analfabetismo fue enorme en Guatemala (20,9% y 35,4%, respectivamente). La tasa de analfabetismo en la Comarca Ngöbe Buglé en Panamá, en 2000, fue del 45,9% (mientras el promedio en Panamá fue del 7%) (http://www.contraloria.gob.pa/DEC/Aplicaciones/POBLACION_VIVIENDA/notas/FRAME.htm).

Considerando únicamente la salud ocupacional, la importancia de la educación es fundamental para aumentar el nivel de calificación general de la fuerza laboral, en procura de abrir oportunidades de trabajos más dignos y mejor remuneración, para disminuir el desempleo, subempleo y trabajos precarios, para concienciar a la población sobre la promoción de la salud, incluyendo la ocupacional, y para el empoderamiento de las personas vulnerables, indígenas y las mujeres.

Cuadro 19. Educación

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá. ND: No datos.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN
Tasa (%) de analfabetismo de la población de 15 años y más 2005, M+F[1]	5,3	3,8	18,9	28,2	22,0	31,9	7,0
Hombres 2005	5,4	3,9	16,4	20,9	22,4	32,3	6,4
Mujeres 2005	5,2	3,7	21,2	35,4	21,7	31,6	7,6
Gasto público en educación, % de Producto Interno Bruto (año)[1]	5,3 (2004)	4,7 (2006)	3,1 (2006)	2,6 (2006)	ND	3,1 (2003)	3,8 (2004)
% de gasto total gubernamental	18,1 (2003)	20,6 (2006)	20,0 (2002)	ND	ND	15,0 (2002)	8,9 (2004)

[1]ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas)

Derechos y equidad

Los derechos básicos de las personas trabajadoras centroamericanas parecen estar garantizados si se observan las legislaciones de cada uno de los países. Sin embargo, la implementación de las leyes y su seguimiento se hacen más difíciles en países donde hay marcadas diferencias en la educación, equidad de género y etnicidad, y donde el acceso al empleo es limitado y los cambios constantes de políticas de los gobiernos nacionales son comunes. Bajo las condiciones antes mencionadas, el efectivo cumplimiento de los derechos laborales de las personas trabajadoras se obstaculiza, de la misma manera que el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo y salud, sobre todo en las grandes poblaciones rurales y en el empleo informal.

De acuerdo con el Cuadro 20, hay una clara variación en los derechos e índices de las personas trabajadoras en los diferentes países centroamericanos. Las desigualdades entre las mujeres y los hombres siguen siendo grandes en todas las naciones centroamericanas.

La cantidad de inspectores del trabajo es baja en los países, y no está claro el número de los que abordan la salud ocupacional durante sus labores. La economía informal y, generalmente, también la agricultura, quedan fuera de esas inspecciones.

La libertad de asociación no está completamente garantizada. Pocos sindicatos tienen el enfoque en salud ocupacional. Estos, además, no cuentan con muchos recursos para impulsar acciones de promoción y prevención de la salud de las personas trabajadoras, en vista de que la lucha por los salarios y el derecho al trabajo se vuelve más urgente que la lucha por condiciones de trabajo dignas.

No hay datos publicados sobre las comisiones mixtas, sus responsabilidades, funcionamiento y derechos en América Central. Según la legislación nicaragüense, es aconsejable el establecimiento y funcionamiento por ley, de una comisión mixta en cada lugar de trabajo donde laboran al menos 20 personas. A estas comisiones se les debe proveer con poder o recursos para implementar los cambios requeridos, con el fin de garantizar las condiciones básicas para alcanzar la salud de las personas trabajadoras, quienes necesitan elegir su representante en asuntos de salud ocupacional, el cual debe tener derechos especiales, incluyendo tiempo, para completar sus tareas.

La OIT considera cuatro áreas fundamentales en cuanto a los principios y derechos en el trabajo: La libertad de asociación y la libertad sindical y el derecho de negociación colectiva; la eliminación del trabajo forzoso u obligatorio; la abolición del trabajo infantil, y la eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación.
(www.ilo.org/declaration/thedeclaration/textdeclaration/lang--es/index.htm)

Cuadro 20. Derechos y equidad

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá.
ND: No datos. NR: No ratificado

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN
Desigualdad económica: Coeficiente Gini hacia 2006[1]	0,530 (1999)	0,478	0,493	0,543	0,587	0,579	0,548
Índice de desarrollo humano relativo al género (IDG) 2005 Posición mundial relativa entre 179 países, 2005[2]	ND	47	94	103	100	98	54
Índice de potenciación de género (IPG), 2005 Posición mundial relativa entre 179 países, 2006[3]	88	50	101	121	117	120	58
Población sin ingresos propios, por sexo, alrededor de 2000. % de la población de 15+ años de edad.							
URBANA							
Hombres	ND	17,3	27,0	17,9	19,9	32,0	15,2
Mujeres	ND	41,3	44,1	43,8	38,3	45,3	36,0
RURAL							
Hombres	ND	14,3	26,9	17,8	17,3	27,7	12,1
Mujeres	ND	55,1	62,3	59,0	56,4	63,7	48,8
Convención Americana sobre los Derechos Humanos, 1969	NR	1970	1978	1978	1978	1979	1978
Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, 1979	1990	1984	1981	1982	1980	1981	1981
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994	1996	1995	1995	1995	1995	1995	1995
Cantidad de inspectores de trabajo, 2006[1]	ND	90	153	246	96	76	57
Cantidad de ocupados por inspector, 2006[1]	ND	20.333	17.098	21.467	28.177	27.316	22.021

[1]Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008.
[2] El IDG mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2007/2008 (http://hdrstats.undp.org)
[3]El IPG mide el nivel de participación política y económica, poder de decisión, y control sobre los recursos económicos de las mujeres. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2007/2008.
[4]http://websie.eclac.cl/sisgen

Cuadro 21. Convenciones centrales de OIT ratificadas. Año de ratificación.
BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá.

Convención	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN
*29 Trabajo forzoso,1930	1960	1960	1995	1989	1957	1934	1966
*87 Libertad sindical y protección del derecho de sindicación,1948	1983	1960	2006	1952	1956	1967	1958
*98 Sindicación y de negociación colectiva,1949	1983	1960	2000	1952	1956	1967	1966
*100 Igualdad de remuneración,1951	1999	1960	2000	1961	1956	1967	1958
*105 Trabajo forzoso,1957	1983	1959	1958	1959	1958	1967	1966
107 Poblaciones indígenas,1957	-	1959	1958	-	-	-	1971
*111 Discriminación,1958	1999	1962	1995	1960	1960	1967	1966
135 Representación de los trabajadores,1971	1999	1977	2006	-	-	1981	-
136 Benceno,1971	- -	-	-	-	-	1981	-
*138 Edad mínima,1973	2000	1976	1996	1990	1980	1981	2000
139 Cáncer profesional,1974	-	-	-	-	-	1981	-
141 Organización de los trabajadores y negociación colectiva,1975	1999	1991	1995	1989	-	1981	-
143 Trabajadores migrantes,1975	-	-	-	-	-	-	-
148 Aire, ruido, vibraciones,1977	-	1981	-	1996	-	-	-
155 Seguridad y salud de los trabajadores, 1981	1999	-	2000	-	-	-	-
157 Seguridad social, 1982	-	-	-	-	-	-	-
161 Servicios de salud en el trabajo, 1985	-	-	-	1989	-	-	-
162 Asbesto, 1986	-	-	-	1989	-	-	-
167 Seguridad y salud en la construcción, 1988	-	-	-	1991	-	-	2008
169 Pueblos indígenas, 1989	-	1993	-	1996	1995	-	-
170 Productos químicos, 1990	-	-	-	-	-	-	-
171 Trabajo nocturno, 1990	-	-	-	-	-	-	-
174 Prevención de accidentes industriales, 1993	-	-	-	-	-	-	-
177 Trabajo a domicilio, 1996	-	-	-	-	-	-	-
*182 Peores formas de trabajo infantil, 1999	2000	2001	2000	2001	2001	2000	2000
183 Protección de la maternidad, 2000	2005	-	-	-	-	-	-
184 Salud y seguridad en la agricultura, 2001	-	-	-	-	-	-	-
187 Seguridad y salud en el trabajo, 2006	-	-	-	-	-	-	-

*Convenciones fundamentales de la OIT
www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp1.htm

El marco legal relativo al trabajo y salud ocupacional (Cuadro 22) cubre algunos derechos básicos que afectan la salud de las personas trabajadoras. Faltan las leyes fundamentales e integrales de salud ocupacional (Salud y seguridad en el trabajo; Servicios de salud ocupacional) que garantizarían el trabajo saludable en todas las ramas de actividad, todos los trabajadores y trabajadoras, tanto en los sectores público y privado como en las economías formal e informal. Las listas nacionales de actores principales en salud ocupacional (Cuadro 23) parecen amplias y ofrecen una base para el desarrollo de las condiciones saludables para quienes trabajan.

Cuadro 22. Marco legal relativo al trabajo y salud ocupacional.
(OIT NATLEX)

BELICE	Labour Act. Criminal Code. Ombudsman Act. Free Zone. Settlement of Disputes. Trade Unions and Employers' Organizations. Families and Children. Sexual harassment. Statistics. Technical and Vocational Education and Training. Cooperative Societies. Wages Councils. Shops Ordinance. Factories Act. Social Security. Pensions. Workmen's Compensation. Maternity Protection. Immigration. Refugees. Public Service.
COSTA RICA	Constitución. Código de Trabajo. Código Civil. Código Penal. Zonas francas. Persona joven. Código de la Niñez y la Adolescencia. Instituto Nacional de las Mujeres. Promoción de la igualdad social de la mujer. Estadísticas. Salario mínimo. Prohibición en la discriminación del trabajo. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Asociaciones cooperativas. Protección al trabajador. Caja Costarricense de Seguro Social. Riesgos del trabajo. Migración y Extranjería. Indígena. Administración Pública. Enfermedades profesionales.
EL SALVADOR	Constitución. Código de Trabajo. Código Civil. Códigos penales. Zonas francas industriales y comercialización. Prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana. Salario mínimo. Formación Profesional. Cooperativas. Seguridad e Higiene del Trabajo. Seguro Social. Migración. Marítimo portuaria.
GUATEMALA	Constitución. Código de Trabajo. Códigos civiles. Códigos de Comercio. Código Penal. Zonas francas. Sindicalización y regulación de la Huelga de los trabajadores del Estado. Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Salario mínimo. Peores formas del trabajo infantil. Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. VIH/SIDA. Cooperativas. Migración.
HONDURAS	Constitución. Código del Trabajo. Código Civil. Código Penal. Niñez y la Adolescencia. Igualdad de oportunidades para la mujer. Juventud. VIH/SIDA. Personas con discapacidad. Cooperativas. Seguro social. Salario mínimo. Migración y Extranjería. Administración pública.
NICARAGUA	Constitución. Código del Trabajo. Código Civil. Código Penal. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Protección especial a los niños, niñas y adolescentes. Desarrollo integral de la juventud. SIDA. Sistema Nacional de Capacitación. Cooperativas. Salario mínimo. Higiene y Seguridad del Trabajo. Radiaciones ionizantes. Seguridad Social. Derechos Laborales Adquiridos. Migración extranjería. Control del tráfico de migrantes ilegales. Servicio civil y la carrera administrativa.
PANAMÁ	Constitución. Relaciones laborales. Código de Trabajo. Código de la Familia. Código Penal. Creación y desarrollo de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa. Zonas procesadoras para la exportación. Negociaciones colectivas y otras medidas laborales. Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. Discriminación laboral. Oportunidades para las personas con discapacidad. Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Sida. Disposiciones laborales para promover el empleo y la productividad. Oferta de un primer empleo para jóvenes en el sector privado. Cooperativas. Seguro Social. Trabajo en el mar y las vías navegables. Puertos de Panamá. Derechos colectivos de los pueblos indígenas. Código Administrativo.

Cuadro 23. Actores principales en asuntos relacionados con salud ocupacional

BELICE	Ministry of Labour, Local Government and Rural Development, Ministry of Health, Ministry of Agriculture and Fisheries, Belize Social Security Board, National Trade Union Congress of Belize, Belize Chamber of Commerce and Industry
COSTA RICA	Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerios de Salud y Trabajo, universidades, Consejo de Salud Ocupacional, inspectores, profesionales, sindicatos
EL SALVADOR	Comisión Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Ministerio Agricultura y Ganadería, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales, asociaciones de empresas, empleadores y comerciantes, Cámara Salvadoreña de la Construcción, Cámara Agropecuaria de El Salvador, confederaciones y federaciones de sindicatos
GUATEMALA	Consejo Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, Ministerio de Trabajo, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ministerio de Salud de Guatemala, Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala, Sindicato Nacional de la Construcción y Servicios de Guatemala, Unión Sindical de Trabajadores de Guatemala, Centro de Investigaciones CS / Universidad de San Carlos de Guatemala
HONDURAS	CONASATH, Ministerio de Trabajo, Consejo Hondureño de la Empresa Privada, Secretaria de Salud, Secretaria de Trabajo y Seguridad Social, Secretaria de Agricultura y Ganadería, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Central General de Trabajadores, Central Unitaria de Trabajadores de Honduras, Confederación de Trabajadores de Honduras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)
NICARAGUA	Consejo Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, Central Sindical de Trabajadores José Benito Escobar, Instituto Nacional de Información y Desarrollo, Ministerio de Agricultura Ganadería y Forestal, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Centro de Investigaciones en Salud, Trabajo y Ambiente/ Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
PANAMÁ	Ministerio del Trabajo, Ministerios de Salud, de Trabajo y Bienestar Social y de Obras Publicas, Caja de Seguro Social, Autoridad Nacional del Ambiente, Programa Riesgos Profesionales, 40 inspectores CONATO, Universidad de Panamá, Universidad de las Américas.

Migración

Desde el punto de vista de salud ocupacional, es conveniente considerar tres componentes de migración centroamericana (Morales & Castro, 2006):

1. Migración interna en un país (personas trabajadoras temporales hacia la agricultura; personas trabajadoras hacia la frontera agrícola en Guatemala y Nicaragua, y personas trabajadoras de destino urbano.
2. Migración regional transfronteriza entre los países centroamericanos (hacia localidades adyacentes a las fronteras y zonas de plantación; hacia las ciudades)
3. Migración extrarregional (primariamente hacia EE.UU.).

El Cuadro 24 muestra los datos básicos de la migración transfronteriza y extrarregional. En toda América Latina, la tasa de migración neta (efecto neto de inmigración [ganancia] y emigración [pérdida]) fue positiva en tres países. Calculada por 10,000 habitantes, fue claramente más alta en Costa Rica (+4,1), siguiendo las tasas positivas en Panamá (+0,5) y Chile (+0,4). Las tasas más negativas en Latinoamérica estuvieron en Nicaragua (-8,0) y México (-7,8), pero El Salvador mostró una tasa extrema de -14,8 en 1985, causada por una emigración fuerte (CELADE, Base de datos en línea).

Cuadro 24. Migración internacional

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN
Tasa de migración, por 1,000 habitantes,[1]							
2005	-0,77	4,07	-1,16	-5,03	-4,57	-7,95	0,52
2000	-0,87	6,89	-1,27	-7,78	-6,09	-6,55	0,78
Volumen de emigrantes, % de población, 2005[2]	21,9	2,9	16,4	5,4	5,8	12,5	6,7
Volumen de inmigrantes, % de población, 2005[2]	15,0	10,2	0,3	0,4	0,4	0,5	3,2
Volumen de médicos emigrantes, % de médicos, 2005	1,9	2,4	2,1	1,6	1,1	2,6	2,1

[1]Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano, 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica, 2008.
[2]World Bank Site Resources (siteresources.worldbank.org).

Las circunstancias económicas, sociales y de empleo, han causado migración de todos los países centroamericanos hacia Canadá, Estados Unidos y México, y por otro lado, hacia Costa Rica, especialmente desde Nicaragua. Las personas migrantes representan bajas condiciones socioeconómicas (desempleo, subempleo, informalidad, baja remuneración) para individuos calificados, como médi-

cos, enfermeras y profesores. En general, quienes migran tienen niveles promedios de instrucción superiores a los del resto de la población del país de origen, pero los trabajos en el país receptor se inclinan hacia baja calificación y productividad (Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano, 2008. Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica, 2008). El tipo de migrantes depende en parte de las demandas, leyes y regulaciones en los países receptores. En general y con excepciones, los efectos de migración en la salud ocupacional pueden ser negativos en los países receptores centroamericanos, por bajas condiciones laborales, y pueden causar carga adicional y estrés en ciertos segmentos de la fuerza laboral calificada, donde se pierden profesionales por emigración. Así, la migración de ciudadanos altamente capacitados plantea problemas en los países centroamericanos. La emigración de la Región influye en la salud ocupacional en Centroamérica, por la pérdida de ciertos profesionales muy calificados.

El Sector Salud sirve como un ejemplo (OPS, 2005) y tiene repercusiones más generales: la emigración de profesionales obstaculiza el desarrollo de los servicios de salud ocupacional de todas las poblaciones.

Al considerar la salud ocupacional en América Central, la migración transfronteriza afecta primariamente a las personas inmigrantes en Costa Rica, y de estas, particularmente a las nicaragüenses. Esto obedece a la masiva migración desde Nicaragua hacia la vecina Costa Rica. La mayoría de las personas inmigrantes en Costa Rica, Belice y Guatemala, son económicamente activas en la agricultura, la pequeña y mediana industria, el comercio informal, los servicios sociales, comunales y personales, y la construcción (Morales & Castro, 2006). Tienen, predominantemente, edades entre 20 y 49 años, pero también incorporan a jóvenes y adolescentes que abandonan el sistema escolar. La incorporación activa de las mujeres se está incrementando, y trabajan primariamente en el sector terciario (el 79,4% de las mujeres nicaragüenses migrantes ocupadas en Costa Rica estaban en este sector en 2000 - 2001), en su mayoría en las zonas urbanas, como empleadas domésticas (38,8%), o en ocupaciones no calificadas de las ventas y los servicios (28,0%); los hombres nicaragüenses se distribuyeron uniformemente entre el sector primario (34,7%), el secundario (35,1%) y el terciario (30,3%), con trabajos preferiblemente en las zonas urbanas, en la construcción (31,2%), como peones, albañiles y carpinteros, y como trabajadores de vigilancia (11,2%; Morales & Castro, 2006). Citando a Morales & Castro (2006): "… las dificultades laborales de la población inmigrante nicaragüense" (en Costa Rica) "se relacionan con ingresos inadecuados y dificultad para encontrar un empleo en mayor medida que la población nacional." Al combinar esto con la segregación urbana, con viviendas ubicadas frecuentemente en tugurios y altas tasas de precariedad e informalidad, es claro que los inmigrantes son un grupo muy vulnerable en el sentido de salud ocupacional y comunitaria. En estas condiciones, la tasa neta de participación laboral (porcentaje de la fuerza de trabajo con respecto a la población de 12 años y más) de los nicaragüenses en Costa Rica, en 2001, fue más alta (61,5%) que la de los costarricenses (51,8%). Esto, especialmente, en los hombres (81,2% vs. 69,2%), aunque también en las mujeres (41,4% vs. 35,2%; Morales & Castro, 2006).

Gran parte de la migración interna y transfronteriza se dirige a las comunidades urbanas, que ofrecen un ambiente favorable para organizar los servicios de salud ocupacional por distancias más cortas, mejores recursos, tecnología y unidades de producción, y posibilidad de concentración de los servicios. Por otro lado, los peligros y las exposiciones ocupacionales son parcialmente distintos entre los entornos urbanos y rurales, por una más alta industrialización y comercialización de los centros urbanos. Los peligros, las exposiciones y los riesgos vinculados con la alta concentración del sector informal son una preocupación adicional de los centros urbanos, frecuentemente con condiciones de vivienda precarias. El 35,5% de los viviendas de los nicaragüenses en Costa Rica fueron inacepta-

bles en 2001, y el 8,5% de los nicaragüenses ubicados en zonas urbanas de Costa Rica, vivieron en tugurios en 2000, contrastando con el 12,1% y el 1,0% de los costarricenses, respectivamente. Los servicios básicos fueron inexistentes o deficientes para el 43,0% de los nicaragüenses en Costa Rica, y para el 15,5% de los costarricenses, según el número de viviendas, por nacionalidad del jefe del hogar, en 2001. En 2001, el 60,2% de los nicaragüenses en Costa Rica estaba asegurado; y entre los costarricenses, el 83,4% (Morales & Castro, 2006).

Cuadro 25.
Población ocupada en Costa Rica, por nacionalidad (Nicaragua / Costa Rica) y según sector de actividad, 2001 (Morales & Castro, 2006).
CR: Costarricense. NIC: Nicaragüense.

Sector	Hombres		Mujeres	
	CR	NIC	CR	NIC
Primario (agropecuario)	21,2	34,7	3,6	6,4
Secundario (industria, electricidad, agua, construcción)	24,5	35,1	17,0	10,0
Terciario (servicios)	54,3	30,3	79,4	83,6
Todos	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Migrantes temporales: Ejemplo de la inmigración en cultivos de café en Costa Rica

Desde hace más de 12 años han ingresado cada año, miles de personas trabajadoras inmigrantes temporales, tanto transfronterizas como domésticas, incluyendo indígenas, para recoger café en casi 700 fincas cafetales en la zona agroexportadora de Los Santos, en Costa Rica. El primer censo (Loria Bolaños et al., 2007) de esta población, durante la cosecha 2004 – 2005, estuvo basado en los cuestionarios y las evaluaciones de los albergues temporales donde vivieron las personas inmigrantes durante su estancia en Costa Rica, y en el Sistema de Información Geográfica (SIG).

La población inmigrante se estima en 11.100 personas en 2004 - 2005. Se censaron 520 fincas, 1,099 albergues temporales y 8.783 individuos con trabajos temporales inmigrantes y sus familiares (Cuadro 26). Se encontraron altos porcentajes de ciertas condiciones inadecuadas en los albergues temporales. El 33% fueron habitaciones, ranchos, albergues improvisados o baches. Cada sexto albergue tuvo la cocina externa o sin lugar fijo; en el 80% de los albergues se cocinó con leña y se proveyó una refrigeradora para solo un 2% de los albergues. Se observaron deficiencias estructurales, la frecuencia de las cuales varía de un 26% de los albergues con baño colectivo (río), hasta un 62% con mala ventilación. Lluvia, río o quebrada fueron las fuentes de agua en un 28%. Se dispuso basura en el campo, se quemó o tiró al río en el 79% de los casos. Más de 3 personas usaron un dormitorio compartido en un 50,2% de los albergues, cubriendo a 5.801 ó el 67% de la población temporal migrante censada. En el 45% de los albergues la distancia a los servicios básicos fue de 2 km o más, y en el 58% el pendiente promedio de este viaje fue de 25 grados o más de escarpado.

Cuadro 26.

Caracterización de los albergues temporales de las personas trabajadoras migrantes en la zona de café Los Santos, Costa Rica, % de cada categoría de etnia/nacionalidad[1].

	Todos (8,873)	Indígena Ngöbe / Buglé (5,038)		Indígena Bribri / cabecar (54)		No indígena (3,669)			
		Panamá (4,687)	Costa Rica (351)	Panamá (11)	Costa Rica (43)	Panamá (64)	Nicaragua (1,882)	Costa Rica (1,721)	Honduras (2)
Habitación, rancho, improvisada, bache[2]	30,4	31,1	45,0	-	8,7	-	29,9	26,6	-
Cocina externa o sin lugar fijo	20,1	28,9	22,7	-	-	1,6	9,8	8,5	-
Baño colectivo (río)	26,6	30,8	29,9	-	16,3	4,7	22,6	19,6	-
Piso malo	45,9	51,9	48,3	-	32,6	37,5	45,5	32,5	-
Techo malo	48,4	52,4	45,1	100,0	14,0	9,4	52,3	38,0	-
Paredes malas	53,9	58,6	54,7	100,0	9,3	6,3	58,6	38,0	-
Iluminación mala	43,8	52,3	36,6	90,9	44,2	57,8	40,9	25,9	-
Ventilación mala	63,4	72,3	63,7	90,9	48,8	62,5	61,4	44,2	-
Cocina con leña	83,5	89,8	86,6	90,9	43,6	71,4	81,8	68,3	100,0
Sin refrigeradora	98,3	100,0	98,8	100,0	100,0	100,0	97,0	95,2	100,0
Sin radio	34,6	38,3	34,0	-	-	29,7	33,4	27,6	-
Sin televisor	71,0	83,3	73,5	39,5	90,9	68,8	60,3	48,5	-
Sin electricidad	11,9	18,0	19,2	-	16,3	1,6	3,7	3,4	-
Fuente de agua: lluvia, río o quebrada	29,7	32,6	32,3	-	23,3	18,8	20,0	32,9	-
Fuente de agua privada	75,1	72,6	79,5	100,0	90,7	78,1	75,5	79,8	-
Estado de agua eficiente/malo	38,4	44,3	34,6	90,9	20,9	14,1	38,3	24,7	-
Excretas: río, campo	0,7	0,7	0,9	-	-	-	0,7	0,4	-
Basura quemada, campo, río	77,7	80,8	82,0	90,9	76,7	56,3	74,1	76,0	100,0
Animales en condiciones Insalubres	20,3	25,3	29,7	-	-	12,5	11,2	15,6	-
>3 personas por cuadro	44,3	59,8	55,1	90,9	62,8	31,3	25,0	23,1	-
>3 personas por dormitorio	66,6	76,8	73,8	90,9	62,8	56,3	52,9	52,8	-
Distancia al servicios básicos[3] 2,000+ m	43,6	44,7	47,6	90,9	86,0	84,4	39,5	41,2	100,0
Pendiente entre albergue y servicios básicos[3], 25+ grados	58,4	61,9	64,0	100,0	86,0	84,4	52,5	51,8	100,0

[1]Loria Bolaños et al. 2008
[2]Bache: Tugurio, barraca o cuartería. Albergue con poca o ninguna condición sanitaria en la que habita gente pobre y hacinada.
[3]Distancia (metros) y pendiente promedio (grados) reales por trocha/carretera entre cada albergue temporal y la más cercana pulpería, minisúper, abastecedor o supermercado, cualquiera más cercano.

Los indígenas ngöbe/buglé panameños se ubicaron generalmente en el nivel promedio o en desventaja. Se señaló un estado alto de hacinamiento. *Los nicaragüenses* no tuvieron muy altos indicadores de deficiencias, respecto a los niveles generales. Los *costarricenses no indígenas* representaron un perfil relativamente favorable. Los *ngöbe/buglé costarricenses* demostraron altas porcentajes de habitaciones, ranchos, improvisados o baches y hacinamiento. Los grupos más pequeños mostraron perfiles más extremos.

Salud

La expectativa de vida ha incrementado en todos los países en los últimos 20 años (Cuadro 27). En Costa Rica (78,1 años para todos; 75,8 para los hombres y 80,6 para las mujeres) es cercana a la de los países desarrollados, con la posición 25 de todos los países. Tanto Costa Rica como Panamá tienen los mejores indicadores de médicos por 10 mil habitantes en la escala latinoamericana (19,2 para Costa Rica; 13,5 para Panamá), mientras Guatemala tiene la mayor tasa de enfermeras en Centroamérica. Costa Rica y Panamá tienen la mayor proporción de gasto público en salud. De acuerdo con las estadísticas, el acceso a agua potable es casi universal en Costa Rica y Guatemala. Hay enormes variaciones en la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil en los países centroamericanos. Mientras Costa Rica tiene las tasas más bajas, Guatemala y Honduras tienen las más altas. Las tasas de homicidios son las más altas en El Salvador, Guatemala y Honduras. En general, el desempeño en relación con el nivel de salud es mejor en Costa Rica y Belice, mientras que Guatemala tiene el peor desempeño. El desempeño global de sistemas de salud es mejor en Costa Rica y peor en Honduras.

Con base en la evidencia mundial (Nurminen & Karjalainen, 2001), se ha estimado que la fracción de la mortalidad atribuible a ocupación es aproximadamente de un 10% en hombres y un 2% en mujeres. Para enfermedades importantes específicas, se calculó la fracción al 24% para el cáncer de pulmón, al 17% para la enfermedad cardiaca isquémica, y al 12% para la enfermedad crónica obstructiva pulmonar. Estas fracciones están fundamentadas primariamente en la evidencia epidemiológica de los países desarrollados, y es incierto cómo puede aplicarse en las poblaciones trabajadoras centroamericanas, pero indican bastante bien que los factores ocupacionales tienen un papel importante en muchas enfermedades frecuentes y letales.

Conforme estadísticas internacionales (p. ej. Karjalainen et al., 2002), se puede esperar altos riesgos de enfermedades profesionales, especialmente en la **producción de alimentos** (enfermedades musculoesqueléticas por tareas repetitivas y cargas), la **construcción** (accidentes, enfermedades causadas por asbesto y polvo de sílice, enfermedades musculoesqueléticas por tareas repetitivas y cargas), la **manufactura de vehículos y otros productos de metales** (asbesto, ruido, enfermedades musculoesqueléticas de posturas y tareas repetitivas, asbestosis y cáncer de pulmón, enfermedades de ruido), la **agricultura** (accidentes, enfermedades musculoesqueléticas, alergias, intoxicaciones por plaguicidas), y en las **industrias de madera** (enfermedades causadas por ruido, polvo de madera y tareas repetitivas).

Los accidentes de origen ocupacional aparecen reportados en las estadísticas de los institutos de seguridad social. Desafortunadamente, aunque la cantidad de personas trabajadoras aseguradas ha aumentado en todos los países en comparación con hace una década, la proporción de personas trabajadoras cubiertas ha disminuido en la mayoría de los países, lo que refleja que más individuos se ganan la vida en la economía informal y en situaciones precarias, sin acceso a seguro social y a programas de prevención gubernamentales o privados. Aquellas personas que se enferman o incapacitan en la Región, no pueden generar un ingreso para sus familias y tienen un alto riesgo de caer en la pobreza extrema.

El mejor escenario de reporte de accidentes ocupacionales se observa en Costa Rica, donde funciona un sistema de vigilancia de accidentes laborales con atención médica. El 52,2% de la PEA ocupada en 2006, estaba asegurado por riesgos de trabajo (INS, 2008). Al aplicar las tasas de accidentes laborales en Costa Rica en el sector formal, con seguro de riesgo de trabajo a todos los trabajadores de América Central, por sectores económicos y para el total de la población trabajadora ocupada, se llega a un estimación de casi 2,4 millones de accidentes que ameriten atención médica durante un año (Cuadro 27). Esta estimación es conservadora, porque: 1) las condiciones de trabajo en el sector formal asegurado en Costa Rica, probablemente reflejan las mejores situaciones en la Región, y 2) porque, aún en el caso del sistema de denuncia de accidentes ocupacionales de Costa Rica, existe un considerable subregistro de accidentes debido a tratamiento por médico de empresa.

De los accidentes estimados, solo el 9% fue reportado por diversas instancias en los países, variando entre el 2,7% en el sector de agricultura, caza y pesca y el 15,1% en los sectores combinados de establecimientos financieros y servicios públicos y personales. El mayor subregistro en agricultura refleja la escasa cobertura de trabajadores, precisamente el sector con mayor accidentabilidad (28 por 100 trabajadores accidentados con atención médica, según los datos de Costa Rica). Más de la mitad de los accidentes en la Región ocurrirían en el Sector Agrícola. Comparado con una estimación similar realizada para el año 2000 (Wesseling et al, 2002), hay un 20% de aumento en el número absoluto de accidentes. Las estadísticas sobre accidentes fatales son menos confiables, a pesar de que se trata de eventos graves que deben aparecer registrados en las estadísticas vitales de ministerios o entes gubernamentales. SALTRA generó datos al combinar información de fuentes distintas, las más importantes, las instituciones del seguro social y de medicina forense. Estos datos ya están disponibles para Costa Rica y Nicaragua. En Costa Rica se encontraron 265 casos de accidentes ocupacionales fatales durante 2005 - 2006, dos veces los 129 casos registrados oficialmente. En Nicaragua se capturaron 173 accidentes laborales fatales durante 2005, 3.3 veces los 53 oficialmente registrados. Las tasas anuales de alrededor de 0,7 por 100,000 trabajadores en Costa Rica y 0,8 en Nicaragua, son inferiores a las estimaciones globales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), lo cual sugiere que siguen siendo subestimaciones.

Por cobertura incompleta y no comparabilidad de los datos existentes, se omite la presentación de estadísticas de enfermedades ocupacionales en Centroamérica.

Un problema generalizado siguen siendo las intoxicaciones debidas a plaguicidas. Un estudio ya mencionado (Corriols et al., 2009) reportó una incidencia extremadamente alta (2,3 por 100 habitantes >15 años de edad) de intoxicaciones por plaguicidas en Nicaragua en 2000 (la cantidad anual de intoxicaciones fue de 66.000 en el país), de las cuales el 90% estaba relacionado con exposiciones ocupacionales. En los hombres, la incidencia fue 3,9/100; en las mujeres, 0,8/100, y en agricultura, 6,7/100.

La atención en salud ocupacional alcanza probablemente solo al 30% de las personas trabajadoras de la economía formal en América Latina, y prácticamente cero en la economía informal o en la agricultura. No hay estadísticas suficientes de estos servicios en términos de cobertura, funciones (diagnóstica / tratamiento / prevención / promoción / rehabilitación) o calidad en América Central, por lo que sigue siendo un campo de desarrollo substancial en salud ocupacional.

Cuadro 27. Accidentes de trabajo reportados en el sector formal con cobertura de riesgos de trabajo en Costa Rica, la suma de estadísticas oficiales de accidentes en los siete países y la cantidad estimada para América Central, a partir de los datos costarricenses. Los datos se refieren a los años 2005 ó 2006.

Sector económico	Accidentes reportados en Costa Rica 2006 [a]	Tasa de accidentabilidad en economía formal de Costa Rica (x 100)	Total de trabajadores en CA	Total de accidentes reportados en los siete países	Accidentes estimados América Central 2006 [b]
1. Agricultura, caza y pesca	32.301	28,0	4.439.953	33.260	1.241.473
2. Explotación de minas y canteras	293	17,4	27.723	541	4.815
3. Industrias manufactureras	19.392	13,0	2.231.024	35.970	290.952
4. Electricidad, gas y agua	3.747	13,4	72.296	3.888	9.654
5. Construcción	18.528	23,6	910.765	17.474	215.290
6. Comercio, hoteles y restaurantes	16.571	8,7	3.476.453	21.682	300.745
7. Transporte y comunicación	4.891	11,3	600.655	5.578	67.598
8. Establecimientos financieros	4.942	4,5	493.954	5.091	22.337
9. Servicios públicos y personales	21.919	7,9	2.730.527	30.784	215.712
10. Otros/ No especificado			38.357	3.933	
Total	122.584	12,8	15.021.707	211.226[c]	2.368.576

[a] Fuente: Instituto Nacional de Seguros: personas trabajadoras del sector formal con póliza de riesgos del trabajo
[b] Tasa de Costa Rica * cantidad total de personas trabajadoras del país (sectores específicos y el total) = cantidad esperada de personas trabajadoras accidentadas
[c] Incluye 53.003 accidentes del trabajo reportados por Guatemala, que no se pudo ubicar en sectores económicos específicos

Cuadro 28. Salud

BEL: Belice. C.R.: Costa Rica. GUA: Guatemala. HON: Honduras. NIC: Nicaragua.
EL SAL: El Salvador. PAN: Panamá.

	BEL	C.R.	EL SAL	GUA	HON	NIC	PAN
Expectativa de vida al nacimiento, años[1]							
2000-2005 Total	75,6	78,1	70,7	69,0	68,6	70,8	74,7
Hombres	72,8	75,8	67,7	65,5	64,8	68,0	72,3
Mujeres	78,8	80,6	73,3	72,5	72,6	73,8	77,4
1980-1985 Total	71,0	73,5	56,6	58,1	60,9	59,3	70,8
Hombres	69,9	71,6	50,8	56,1	59,0	56,5	68,4
Mujeres	72,2	76,1	63,8	60,6	63,2	62,5	73,3
Incremento (M+F) / 20 años	4,6	4,6	14,1	10,9	7,7	11,5	3,9
Posición mundial relativa 2006[2]	41	25	88	102	105	76	46
Médicos, por 10.000 de población (año)[4]	8,9 (2007)	19,2 (2007)	5,2 (2007)	2,5 (2007)	9,9 (2005)	4,4 (2006)	13,5 (2007)
Enfermeras por 10.000 de población (año)[6]	13 (2000)	9 (2000)	8 (2002)	41 (1999)	13 (2000)	11 (2003)	28 (2000)
Acceso a agua potable % de población (año)[4]	91 (2004)	98 (2006)	84 (2006)	96 (2006)	84 (2006)	79 (2006)	92 (2006)
Gasto social per cápita 2004-2005 Dólares de 2000[5]		772	120	100	120	90	724
% de Producto Interno Bruto[5]		17	6	6	12	11	17
Gasto público en salud, % de Producto Interno Bruto (año)[4]	3,7 (2007)	6,0 (2007)	4,1 (2007)	5,1 (2005)	2,5 (2002)	3,7 (2007)	3,5 (2007)
Tasa de mortalidad materna (UNICEF-OMS), por 100,000 nacidos vivos, 2005[4]	52	30	170	290	280	170	130
Tasa de mortalidad infantil, por 100.000, 2005-2010[4]	16	10	22	30	28	21	18
Tasa de homicidios, por 10.000 habitantes, 2006[5] (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	ND	0,8 (+)	5,6 (+)	4,5 (+)	4,2 (-)	1,3 (+)	1,1 (-)
Desempeño en relación con el nivel de salud, posición mundial entre 191 naciones, 1997[7]	34	25	37	99	48	74	67
Desempeño global del sistema de salud, posición mundial entre 191 naciones, 1997[7]	69	36	115	78	131	71	95

[1]ONU/División de Población (http://esa.un.org/unpp)
[2]Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs_PAN.html)
[3]Globalhealthfacts.org (http://www.globalhealthfacts.org)
[4]ONU, CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe (www.eclac.org/estadisticas).
[5]Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Un informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008.
[6] http://www.paho.org/English/DD/AIS/BI-brochure-2006.pdf
[7]http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_es.pdf

Exposiciones y peligros laborales

A falta de información sobre las exposiciones y peligros laborales, tanto del sector formal como del sector informal en la Región, se presenta un estudio comunitario en la ciudad de León, Nicaragua, realizado conjuntamente por la UNAN-León y la Universidad de Verona.

Riesgos laborales en León, Nicaragua

Se realizó un estudio titulado *Percepción de riesgos profesionales, de las condiciones de salud y de las acciones adoptadas para la prevención en León, Nicaragua,* por Luca Scoizzato de la Universidad de Padova, Italia y por Indiana López Bonilla, miembro del Centro de Investigaciones en Salud. Trabajo y Ambiente de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. Es un estudio transversal efectuado en la parte urbana de la ciudad de León, en 2007. La muestra consistió en 771 trabajadores, obtenidos por el muestreo de la Ruta Aleatoria (Random Walk).

El Cuadro 29 muestra las prevalencias de peligros seleccionados, físicos y químicos, percibidos por las personas trabajadores en las ramas de actividad con >10 sujetos en la muestra. Es obvio que emergen cuatro ramas con prevalencias múltiples altas: agricultura; metalurgia y fabricación de productos metálicos; fabricación de máquinas y aparatos mecánicos, instalación y reparación, y actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales. En toda la muestra (N 718), las exposiciones más frecuentemente percibidas fueron: calor, exposiciones respiratorias y ruido. Los problemas básicos ergonómicos parecen muy comunes (Cuadro 30), y la utilización de ropa o equipos de protección individual fue frecuente en agricultura, industria textil y del vestuario, y educación.

Cuadro 29. Prevalencias (%) de los riesgos físicos y químicos percibidos por las personas trabajadoras en ramas de actividad con >10 personas en la muestra. Ciudad de León, Nicaragua, 2007.

Actividad principal	N	Vibración	Ruido	Tempe-raturas altas	Tempe-raturas bajas	Respirar humos, gases, polvo	Contacto de piel con productos o sustancias químicas	Radiación
Agricultura, caza, silvicultura	11	63,6	45,5	90,9	45,5	63,6	63,6	9,1
Industria de productos alimenticios, bebidas y tabaco	28	25,9	44,4	89,3	33,3	63,0	11,1	-
Industria textil y del vestuario	13	69,2	-	84,6	30,8	23,1	-	-
Preparación de curtido y acabado del cuero; industria de la confección y peletería	12	66,7	41,7	66,7	25,0	33,3	41,7	-
Metalurgia y fabricación de productos metálicos	14	92,9	71,4	92,9	14,3	100,0	57,1	64,3
Fabricación de máquinas y aparatos mecánicos, instalación y reparación	20	70,0	45,0	85,0	15,0	85,0	65,0	35,0
Fabricación de máquinas eléctricas e instrumentaciones eléctricas y ópticas	67	41,8	47,8	62,7	29,9	25,4	28,4	3,0
Construcción	47	78,7	59,6	93,6	23,9	87,2	48,9	2,2
Comercio por mayor y al detalle, venta, mantenimiento reparación de vehículos de motor y motocicletas	204	11,6	32,5	81,4	19,5	41,3	13,9	3,5
Transporte, almacenaje; correos y telecomunicaciones	35	42,9	45,7	82,9	25,7	68,6	11,4	2,9
Actividades inmobiliarias, alquiler, actividades informáticas, profesionales y empresariales	43	18,6	20,9	65,1	39,5	21,4	14,0	9,3
Educación	63	12,7	34,9	77,8	38,1	22,2	20,6	7,9
Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	16	43,8	50,0	56,3	31,3	31,3	56,3	31,3
Otros servicios públicos, sociales y personales	92	28,3	27,2	85,9	38,0	41,3	30,8	5,4
Viviendas privadas con personas empleadas	53	-	-	84,9	11,5	23,1	5,9	-
Total	**718**	**29,8**	**34,7**	**80,1**	**27,0**	**42,8**	**23,8**	**6,6**

[1] Los porcentajes están calculados sobre la cantidad de personas trabajadoras que responden cada pregunta.

Cuadro 30. Prevalencias (%) de los riesgos de ergonomía y seguridad percibidos por las personas trabajadoras en ramas de actividad con >10 personas en la muestra Ciudad de León, Nicaragua, 2007.

Actividad principal[1]	N	Ergonomía			Seguridad
		Posiciones dolorosas o fatigantes	Llevar o mover cargas pesadas	Movimientos repetitivos de manos o brazos	Utilizar ropa o equipos de protección individual
Agricultura, caza y silvicultura	11	81,8	63,6	90,9	54,5
Industria de productos alimenticios, bebidas y tabaco	28	71,4	57,1	100	21,4
Industria textil y del vestuario	13	92,3	-	100	76,9
Preparación de curtido y acabado del cuero, industria de la confección y peletería	12	83,3	33,3	100	41,7
Metalurgia y fabricación de productos metálicos	14	92,9	71,4	100	35,7
Fabricación de máquinas y aparatos mecánicos, instalación y reparación	20	80,0	85,0	100	15,0
Fabricación de máquinas eléctricas e instrumentaciones eléctricas y ópticas	67	64,2	19,4	97,0	4,5
Construcción	47	78,7	87,2	100	6,7
Comercio por mayor y al detalle, venta, mantenimiento reparación de vehículos de motor y motocicletas	204	65,7	55,9	93,6	32,5
Transporte, almacenaje; correos y telecomunicaciones	35	94,3	65,7	100	5,7
Actividades inmobiliarias, alquiler, actividades informáticas, profesionales y empresariales	43	60,5	4,7	85,7	26,2
Educación	63	66,7	12,7	96,8	47,6
Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	16	62,5	31,3	100	18,8
Otros servicios públicos, sociales y personales	92	76,9	41,3	91,3	15,2
Viviendas privadas con personas empleadas	53	79,2	30,2	88,7	17,6
Total	**718**	**72,1**	**43,7**	**94,7**	**24,7**

[1]Los porcentajes están calculados sobre la cantidad de personas trabajadoras que responden cada pregunta.

Riesgo de cáncer ocupacional en Costa Rica, Nicaragua y Panamá

El sistema europeo de datos CAREX (CARcinogen EXposure) es una herramienta que permite estimar la cantidad de personas trabajadoras expuestas a agentes carcinogénicos, según rama de actividad. Para esto, aplica la proporción de quienes se exponen a 139 agentes carcinogénicos, a la fuerza laboral de un país agrupado en 55 ramas de actividad económica.

CAREX fue modificado y aplicado en Costa Rica, Nicaragua y Panamá, añadiendo plaguicidas a la lista reducida de sustancias carcinogénicas (Cuadro 31).

Las cifras más altas de personas trabajadoras expuestas a agentes tóxicos y cancerígenos en Costa Rica, Nicaragua y Panamá, se encontraron en la agricultura, los servicios, la construcción y el transporte. Es notable que una gran cantidad de personas trabajadoras están expuestas a sustancias cancerígenas y tóxicas en sus labores, incluso sustancias del Grupo 1 y 2A de carcinogenicidad de IARC, tales como radiación solar (clase 1), emisiones de diesel (1), humo de tabaco ambiental (1), cromo hexavalente (1), polvo de madera (1) y plaguicidas clorotalonil, paraquat, metamidofós y clorpirifos. Aun faltando los datos, el perfil obtenido para Costa Rica, Nicaragua y Panamá es más o menos semejante al de los demás países centroamericanos.

Cuadro 31. Porcentajes de las personas ocupadas expuestas en el trabajo a agentes tóxicos o cancerígenos seleccionados

ND: No datos Clasificación de los agentes (IARC[1]):
1: Carcinogénico; 2A: Probablemente carcinogénico; 2B: Posiblemente carcinogénico;
3: No puede ser clasificado; 4: Probablemente no carcinogénico. Se ha indicado plaguicidas en *cursiva*.

Agente	Costa Rica 2000[2]			Nicaragua 2007[3]			Panamá 2005[4]		
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F
Ocupados, millones	**0,9**	**0,4**	**1,3**	**1,3**	**0,8**	**2,1**	**0,7**	**0,3**	**1,0**
Asbesto (1)	0,5	0,2	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5
Arsénicos (1)	0,3	0,1	0,2	0,4	0,03	0,2	0,3	0,1	0,2
Benceno (1)	5,5	0,6	4,0	5,6	0,8	3,8	6,1	0,4	4,4
Cadmio (1)	0,1	0,1	0,1	0,2	0,04	0,1	0,05	0,06	0,05
Fibras cerámicas (2B)	0,03	0,01	0,02	0,1	0,01	0,1	0,05	0,01	0,04
Cromo hexavalente (1)	6,1	0,1	4,2	4,7	0,1	3,0	9,6	0,05	6,7
Cobalto y compuestos (2B)	0,5	0,1	0,4	0,4	0,1	0,3	0,3	0,1	0,2
Emisiones de diesel (2A)	21,6	18,9	21,3	18,2	21,9	19,6	31,4	17,3	27,2
Epiclorohidrina (2A)	0,01	0,01	0,01	0,2	0,1	0,1	0,01	0,04	0,02
Óxido de etileno (1)	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2
Formaldehído (1)	0,9	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	0,4	0,4	0,4
Radiaciones ionizantes (1)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,5	0,5
Plomo y compuestos Inorgánicos (2B)	1,2	2,0	1,5	0,5	1,7	1,0	12,4	2,5	9,4
Cloruro de metileno (Diclorometano)(2B)	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5	1,0	0,7	0,9
Fibras vídricas artificiales (excluyendo fibras cerámicas)(2B)	0,7	0,1	0,5	0,6	0,1	0,4	1,0	0,1	0,7
Níquel y compuestos (1)	0,1	0,02	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,05	0,2
Hidrocarburos poliaromáticos[5] (1-3)	1,4	1,3	1,4	0,8	1,2	0,9	1,0	0,3	0,7
Radón (1)	1,0	1,1	1,1	0,8	1,1	0,9	0,2	0,2	0,2
Polvo de sílice (cuarzo)(1)	2,9	0,3	2,1	2,3	0,3	1,5	9,9	0,1	7,0
Radiación solar (1)	33,4	7,6	25,0	42,9	8,2	29,8	43,5	16,7	35,5
Estireno (2B)	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ácidos fuertes, contenido ácido sulfúrico (1)	0,6	0,3	0,5	0,4	0,1	0,3	0,6	0,9	0,7
Tetracloroetileno (2A)	0,5	0,7	0,6	0,3	0,7	0,5	0,6	0,9	0,7
Humo de tabaco ambiental (1)	5,3	5,4	5,4	3,9	5,9	4,7	25,2	43,9	30,8
Tricloroetileno (2A)	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	ND	ND	ND
Cloruro de vinilo (1)	0,03	0,02	0,03	0,1	0,1	0,1	0,01	-	0,01
Polvo de madera (1)	3,4	0,3	2,5	3,4	0,3	2,3	3,2	0,4	2,4
Benomil	2,0	0,2	1,4	3,2	0,4	2,1	0,9	0,03	0,6
Clorotalonil (2B)	4,1	0,2	2,9	6,5	0,4	4,2	0,4	-	0,3
Mancozeb, maneb, zineb (3)	5,4	0,2	3,7	8,4	0,4	5,4	3,0	0,2	2,2
Bromuro de metileno	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	ND	ND	ND
Paraquat, diquat	19,5	0,1	13,4	18,4	0,1	11,5	5,1	0,2	3,6
Herbicidas clorofenóxicos (2B)	1,2	0,02	0,8	1,8	0,1	1,2	ND	ND	ND
Triazinas (3)	0,7	0,02	0,5	1 ,0	0,01	0,6	2,8	-	1,9
Metamidofós	ND	ND	ND	14,9	3,0	10,4	ND	ND	ND
Clorpirifos	ND	ND	ND	5,6	1,2	4,0	ND	ND	ND

[1]Agencia Internacional de Estudios sobre el Cáncer (IARC). www.iarc.fr.
[2]Chavez et al. 2004, 2005
[3]Lozano & Blanco 1997
[4] Vega et al. 2005, 2006
[5]Excluyendo humo de tabaco ambiental y emisiones de diesel

Organización de personas trabajadoras

La lucha sindical en Centroamérica data de hace más de 100 años en Centroamérica e inicia con los movimientos huelguistas, debido a muy malas condiciones de trabajo. En Honduras, comenzó en 1869 en las minas de San Juancito y, posteriormente, en la industria del banano, que empleaba a más de la mitad de los trabajadores en condiciones infrahumanas, mientras en Nicaragua, empieza con una huelga de estibadores del puerto de Corinto, en 1919, seguida por una huelga de tipógrafos en Managua, en 1920 (Pérez-B C, 1980). En la misma época, en El Salvador estallan huelgas en panificadores, zapateros y sastres. En Panamá surge, en las tareas de la construcción del ferrocarril (1850−1855) que se realizaban con mano de obra panameña y trabajadores provenientes de países del Caribe, China y Europa, un movimiento obrero internacional. En Guatemala el movimiento obrero inicia en el sector informal, como organizaciones mutualistas a partir de 1896, con "el porvenir de los obreros", la gremial de albañiles, la sociedad de tipógrafos de Gutenberg, la central de artesanos y albañiles y la fraternal de barberos, que tenían como fin apoyo mutuo más que la lucha reivindicativa (http://www.geocities.com/Athens/Pantheon/4255/lindi.htm). De la misma manera, en Costa Rica la primera organización obrera que se documenta, data de 1874, con una "sociedad de artesanos".

Ya muy temprano en esa misma época se crea la primera organización regional de trabajadores en 1921, la Confederación Obrera de Centroamérica (COCA), la cual es iniciada por los países de Guatemala, Honduras y Nicaragua, sumándose en 1923, Costa Rica y El Salvador (De la Cruz, 1980).

La historia del desarrollo del sindicalismo en los países centroamericanos no se divorció de la historia política de los países y la influencia de los capitales en los gobiernos de turno. Es así como se ven, marcados por su propia historia, sindicatos de tendencias "mutualistas" de ayuda, compañerismo, servicio, y sindicatos con historias de fuerza y resistencia a represiones económicas, políticas culturales o policiales.

A pesar de las diferentes realidades sindicales en los países centroamericanos, las fuerzas sindicales han compartido escenario y han encontrado espacios regionales para lograr el fortalecimiento o la solidaridad con las luchas nacionales, sobre todo en las esferas de la lucha salarial, el trato digno a las personas trabajadoras, y la reducción de las inequidades. A lo largo de la historia se han creado y fortalecido fuerzas regionales de apoyo o asesoría a los grupos nacionales, y que a su vez tienen contacto con sindicatos internacionales de otros continentes.

Es así como en la actualidad, las diferentes federaciones y centrales de Centroamérica, en dependencia del rubro de la economía al que pertenezcan, tienen una filiación con al menos una organización internacional. Entre las organizaciones que tienen alianzas con asociaciones o sindicatos de los países centroamericanos se encuentran las siguientes: Unión Internacional de la Alimentación, Trabajadores Agrícolas, Restaurantes y Hoteles (UITA), Organización Regional Interamericana de Trabajadores (ORIT), Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres (CIOSL), Federación Sindical Mundial, (FSM), Coordinadora Centroamericana de Trabajadores (COCENTRA), Internacional de Servicios Públicos (ISP), Federación Internacional de Empleados Técnicos y Profesionales (FIET), Consejo Mundial de Trabajadores (CMT), Confederación Latinoamericana de Trabajadores (CLAT) y la Confederación Centroamericana de Trabajadores (CCT).

Es mediante la actividad regional de los sindicatos nacionales, que se ha denunciado a Centroamérica como la región con más quejas del Comité de Libertad Sindical, a pesar de la existencia de muy buenas leyes y convenios, donde los derechos a la libertad sindical y convención colectiva son "vulnerados de manera sistemática" por empleadores y gobiernos.

Sin embargo, la globalización, y las nuevas formas de trabajo sumadas al creciente sector informal, están colocando a los sindicatos y sus luchas en escenarios desconocidos, donde el sindicalismo va más allá de los espacios laborales de empresas o industrias y, necesariamente, tiene que entrar en la dinámica de la globalización, la interacción con la comunidad y el desarrollo de estrategias más acordes con las circunstancias del mundo actual.

El movimiento sindical ha reconocido que vive una "crisis", tanto en la Región como en el nivel mundial. De acuerdo con la Confederación Centroamericana de Trabajadores, esta crisis se presenta por las dificultades de responder a las demandas de las bases, bajos niveles de representatividad, debilidades financieras, falta de adaptación a las transformaciones de la economía moderna, estrategias tradicionales, subordinación a los partidos políticos, falta de protagonismo nacional, fuertes problemas de unidad orgánica, nacional e interregional, y falta de concertación.

Otro reflejo de esta crisis es que los sindicatos o confederaciones apenas si pueden comunicar el tamaño de su fuerza laboral; están constantemente golpeados por la migración de la fuerza laboral, los despidos o cierres de empresas, el movimiento de las personas trabajadoras hacia la "informalidad", con una dinámica que supera la capacidad de los sindicatos de vieja tradición. En el Cuadro 32 es evidente que las confederaciones y centrales tienden a presentar las áreas o la cobertura de sus sindicatos, pero no pueden decir mucho sobre la cantidad de personas afiliadas o el porcentaje que representan de la población económicamente activa. Lo que se puede aseverar en forma general, es que los sindicatos están más concentrados en el sector de la economía formal, en las instituciones de servicio y algunas organizaciones del campo. Centrales y federaciones contemplan de manera incipiente la atención de las personas trabajadoras del sector económico informal. De las estadísticas en Centroamérica se infiere que el INIDE de Nicaragua (antes INEC), reportó que el 1,7% de la población ocupada pertenece a alguna asociación sindical (INEC, Encuesta Hogares para la medición de empleo, 2004).

Aunque las organizaciones sindicales cuentan en su estructura orgánica con el puesto de Responsables de Salud y Seguridad de los Trabajadores o Responsables de Higiene y Seguridad de los Trabajadores, la promoción de salud y la prevención de la enfermedad aún no han sido entendidas como esenciales en las luchas sindicales. Siguen viéndose como actividades separadas, como una secretaría llevada por uno de los miembros que generalmente es parte de una comisión mixta, o representa a la confederación en los consejos nacionales de salud y seguridad de cualquiera de los países sin mucha capacidad de decisión, ni mucha incidencia para generar cambios. Por otro lado, la promoción de entornos de trabajo saludables tiene costos que los sindicatos no pueden cubrir si no cuentan con el compromiso de las empresas o, en el caso de los sectores informales, con el apoyo de los gobiernos locales y nacionales.

Finalmente, los sindicatos se encuentran aún dominados por los hombres, a pesar de que ha habido una cantidad creciente de mujeres trabajadoras, es muy difícil encontrar dirigentes nacionales mujeres. Las mujeres, generalmente, ocupan cargos relacionados con la atención de la mujer o género.

Cuadro 32. Centrales y confederaciones sindicales en los países centroamericanos

BELICE	COSTA RICA	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMÁ
National Trade Union Congress of Belize Christian Workers Union+ Belize National Teachers Union+ Belize Water Services Workers Union+ Public Service Union+ Belize Communication Workers Union+ Belize Workers Union+ Association Of Public Service Senior Managers+	Confederación de Trabajadores Rerun Novarum (CTRN) 46 del Sector Agrario, 15 del Sector Privado, 31 del Sector Público. Central del Movimiento de Trabajadores Costarricenses (CMTC) 12 del Sector Campesino, 10 del Sector Público, 6 del Sector Comercio, 3 del Sector Comunal, 8 asociaciones varias. Confederación Unitaria de Trabajadores (CUT) 36 sindicatos. Confederación Costarricense de Trabajadores Democráticos Rerun Novarum (C.C.T.D.R.N.) 2 Federaciones y 4 sindicatos. Confederación de Trabajadores de Costa Rica (CTCR) 15Organizaciones Federación Sindical de Servidores Públicos (FSP). 3 Asociaciones. Unión Nacional de Empleados de La Caja y la Seguridad Social (UNDECA)	Central de Trabajadores Salvadoreños (C.T.S.) 27Federaciones y Sindicatos. Federación de Asociaciones o Sindicatos Independientes de El Salvador (FEASIES), 14 Sindicatos. Confederación General del Trabajo (CGT) 18 sindicatos. Confederación Nacional de Trabajadores Salvadoreños. (C.N.T.S.) 13 sindicatos. Confederación Unitaria de Trabajadores Salvadoreños. (CUTS) 32 sindicatos. Central de Trabajadores Democráticos (CTD) 15 sindicatos. Confederación General de Sindicatos (CGS) 21 sindicatos. Federación Unitaria de El Salvador (FUSS) 15 sindicatos.	Central de Trabajadores del Campo (C.T.C.) 20 Sindicatos. Confederación de Unidad Sindical de Guatemala (CUSG) 180 Sindicatos y 13 Federaciones. Central de Trabajadores de Guatemala (C.G.T.G.) 23 Sindicatos. Unión Sindical de Trabajadores de Guatemala (UNSITRAGUA) 29 sindicatos Federación Sindical de Trabajadores de la Alimentación Agro-Industria Y Similares (FESTRAS) 13 sindicatos. Federación Nacional de Trabajadores del Estado de Guatemala (FENASTEG) 13 sindicatos. Federación Sindical de Empleados Bancarios y de Seguros (FESEBS) 9 sindicatos. Federación de Trabajadores Independientes del Campo y la Ciudad (FETTICC) 8 sindicatos.	Central General de Trabajadores (CGT) 43 Sindicatos Confederación Unitaria de Trabajadores de Honduras (CUTH) 38 sindicatos Confederación de Trabajadores de Honduras (CTH) 7 Federaciones sindicales y Campesinas, Comunales. Federación de Sindicatos de Honduras (FACESITLIH) 23 sindicatos Federación Sindical de Trabajadores Nacionales de Honduras (FESITRANH). 34 Sindicatos Federación Sindical de Trabajadores de la Industria de la Costura de Honduras. (FESITRAINCOH). 3 sindicatos	Confederación de Unificación Sindical (C.U.S.)+ Central De Trabajadores De Nicaragua (C.T.N.) 21 Federaciones Y Sindicatos. Confederación Central de Trabajadores de Nicaragua. 5 Sectores(CCTN) + Central Sandinista de Trabajadores (C.S.T.) 32 federaciones ramales y territoriales 150 Sindicatos. Central Sindical de Trabajadores José Benito Escobar (CST-JBE+) Confederación General de Trabajadores Independientes (C.G.T.) 45 Sindicatos Asociación de Trabajadores del Campo (A.T.C.) 15 ramales + Confederación de acción y Unidad Sindical (CAUS) 51 sindicatos.	Central General Autónoma de Trabajadores de Panamá (CGTP) Confederación Gremial de Trabajadores (C.G.T.) Central Nacional de Trabajadores de Panamá (C.N.T.P.) 17 Sindicatos. Confederación Nacional de Unidad Sindical Independiente – CONUSI – CATI 25 sindicatos Afiliados Confederación de Trabajadores de la República de Panamá (CTRP) 10 federaciones, 19 sindicatos Convergencia sindical. 10 federaciones y 72 sindicatos

+ No hay datos de la cantidad de sindicatos.
Fuente: Equipo técnico multidisciplinario (ETM), OIT Oficina de Actividades para los Trabajadores (ACTRAV).

Trabajo saludable y digno en el istmo

En el corto y largo plazos, uno de los primeros pasos hacia la realización del trabajo saludable, digno y equitativo en los países centroamericanos, puede ser la ratificación e implementación del Convenio C187 de la Organización Internacional de Trabajo, sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo. El Convenio requiere establecimiento, mantenimiento y desarrollo de:

- una política nacional sobre seguridad y salud en el trabajo y el medio ambiente de trabajo
- un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo (infraestructura)
- un programa nacional de seguridad y salud en el trabajo, y
- una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud en todos los niveles.

Se puede considerar una gran cantidad de medidas especiales centrales para la salud de quienes trabajan. Estos dependen de los requerimientos populares y condiciones políticas de cada país. Como sugerencias específicas para consideración se puede mencionar:

- Regulación eficiente y factible de legislación normativa y su implementación de las exposiciones y otras condiciones peligrosas del trabajo, incluyendo la responsabilidad del empleador, el principio de precaución, valoración y seguimiento de los peligros y los riesgos, la protección de los vulnerables y la seguridad, cubriendo también la agricultura, la economía informal, las pequeñas y medianas empresas (PYME), trabajo contratado, y las maquiladoras.
- Servicios de la salud ocupacional legalmente determinados y controlados con funciones de diagnóstico, tratamiento, prevención, promoción y rehabilitación.
- Entrenamiento, educación, formación, sensibilización y enseñanza en la promoción de la salud y la seguridad, higiene, psicología y ergonomía ocupacional en todos niveles. Formación de médicos especializados en medicina ocupacional y enfermeras, psicólogos, ergonomistas, e higienistas ocupacionales.
- Organización libre de los trabajadores; la negociación colectiva; establecimiento y funcionamiento de las comisiones mixtas legalmente constituidos y controlados, con recursos suficientes; elección de representantes en asuntos de salud ocupacional con derechos para completar sus tareas.
- Supresión de discriminación, subordinación y todo tipo de violencia contra los vulnerables, mujeres, indígenas y afrodescendientes.
- Protección particular de la salud de los trabajadores en la economía informal, en las microempresas, y por cuenta propia.
- Medidas de la prohibición y la eliminación al menos de las peores formas de trabajo infantil
- Registros de:
  - accidentes y enfermedades ocupacionales, basados en listados pertinentes de estas lesiones y cubriendo también trabajadores informales.
  - perfiles y encuestas nacionales de las condiciones de trabajo.
  - importación, producción y uso de sustancias químicos.
- Establecimiento de la inspección laboral y control eficiente a las empresas sobre las condiciones laborales.
- Establecimiento de un Instituto Centroamericano de Salud y Seguridad Ocupacional y los Institutos Nacionales de Salud y Seguridad Ocupacional para investigaciones, divulgación, entrenamiento y servicios especiales de medicina, psicología, higiene y ergonomía ocupacionales.

Cómo se van a realizar estas reformas, de manera verdadera, depende del desarrollo político y social de cada uno de los países centroamericanos.

Bibliografía

Carmenate L. Perfil nacional seguridad y salud ocupacional. Informe nacional, República de Honduras. Tegucigalpa: SALTRA, en prensa.

Celade /Cepal. Base de datos en línea. http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

Chaves J, Partanen T, Wesseling C, Chaverri F, Monge P, Ruepert C, Guardado J, Aragón A, Kauppinen T. Matriz de exposiciones ocupacionales a agentes carcinogénicos y plaguicidas en Costa Rica. Serie Informes Técnicos IRET No 2. Heredia, Costa Rica 2004: Universidad Nacional, Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas.

Chaves J, Partanen T, Wesseling C, Chaverri F, Monge P, Ruepert C, Aragón A, Kogevinas M, Hogstedt C, Kauppinen T. TICAREX: Exposiciones ocupacionales a agentes carcinogénicos y plaguicidas en Costa Rica. Arch Prev Riesgos Labor 2005;8:30-7.

Confederación Sindical de Trabajadores "José Benito Escobar". Diagnóstico de la Maquila en Nicaragua y Plan Estratégico del Trabajo Sindical, Managua, Nicaragua, 2003: CST-JBE.

Corriols M. Health and economic consequences of maquila work in Nicaragua. Managua, Nicaragua 2009: Karolinska Institute y Centro de Investigaciones en Salud, Trabajo y Ambiente, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León.

Corriols M, Marin J, Berroteran J, Lozano LM, Lundberg I. Incidence of acute pesticide poisonings in Nicaragua: a public health concern. Occup Environ Med 2009;66:205-210.

De la Cruz V, Las luchas sociales en Costa Rica 1870-1930. San José, Costa Rica 1980: Editorial Costa Rica.

Globalhealthfacts.org (http://www.globalhealthfacts.org)

Hertford R, Echeverri P. Pobreza rural en Centroamérica. Washington DC 2003: Banco Interamericano de Desarrollo. http://www.iadb.org/sds/doc/RUR-PobrezaruralenCentroam%E9rica.pdf

Paquete completo ofrecerán maquilas en Centroamérica. Honduras Laboral 2009. www.honduraslaboral.org

Karjalainen A, Aalto L, Jolanki R, Keskinen H, Mäkinen I, Saalo A. Ammattitaudit 2001 (Enfermedades ocupacionales 2001). Helsinki 2002: Instituto Finlandés de Salud Ocupacional.

Kourous G. Occupational health and safety in the maquiladoras. Borderlines 1998;47;6.

Loewenson R. Health impact of occupational risks in the informal sector in Zimbabwe. ILO 1999: SafeWork Papers.

López L, Blanco LR, Aragón A, Partanen T. Salud de trabajadores/as de las maquilas. Temas básicos, evidencia disponible y un estudio piloto en Nicaragua. Med Soc 2008;3:233-241.

López I, Soto A. Mercado laboral en León: Sector informal y sus repercusiones en la salud. Centro de Investigaciones en Salud, Trabajo y Ambiente, León 2006: Universidad Autónoma de Nicaragua León.

Loría Bolaños R. De Nicaragua a Costa Rica y a Nicaragua. La ruta crítica de las mujeres migrantes nicaragüenses: una mirada desde la zona norte fronteriza. San José, Costa Rica 2002: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.

Loría Bolaños R, Partanen T, Berrocal M, Álvarez M, Córdoba L. Determinants of health in seasonal migrants: Coffee harvesters in Los Santos, Costa Rica. Int J Occup Environ Health 2008;14:129-137.

Lozano LM, Blanco L. Informe final CAREX Nicaragua. León 1997. Manuscrito no publicado.

Martini PR. El nuevo y gran desafío de la maquila centroamericana. Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) 4:2009. http://www.bcie.org/spanish/documentos.

Morales A, Castro C. Migración, empleo y pobreza. San José, Costa Rica 2006: FLACSO.

Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland.Scand J Work Environ Health 2001;27(3):161-213.

Oficina Internacional del Trabajo. Oficina Regional para América Latina y El Caribe. Panorama Laboral 2007. América Latina y el Caribe. Lima 2007: OIT.

Oficina Internacional del Trabajo. Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC). Estadísticas del trabajo infantil. Manual sobre las metodologías para la recolección de datos a través de encuestas. Ginebra 2004: Programa de Información Estadística y Seguimiento en Materia de Trabajo Infantil (SIMPOC).

Organización Panamericana de la Salud. Salud y seguridad de los trabajadores/as del Sector Salud. Manual para gerentes y administradores. Washington, D.C. 2005: OPS.

Organización Internacional del Trabajo. Declaración da la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento. Ginebra 1998: OIT. www.ilo.org/declaration/thedeclaration/textdeclaration/lang--es/index.htm

Organización Internacional del Trabajo, Oficina Regional para América Latina y El Caribe. Panorama Laboral 2007. América Latina y El Caribe. Lima 2007: OIT.

Organización Internacional del Trabajo, UNICEF, Banco Mundial. Understanding Children's Work (UCW). http://www.ucw-project.org/#map

Organización de Naciones Unidas. División de Población. http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp.

Organización de Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). CEPALSTAT. Estadísticas de América Latina y El Caribe. www.eclac.org/estadisticas.

Organización Mundial de Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Ginebra 2008: OMS.

Organización Panamericana de Salud. Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 2006. Washington, D.C. 2006: OPS. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/HSA2006_TOC.pdf.

Pérez-Bermúdez Carlos. El movimiento obrero en Nicaragua. Ediciones Bolaños, Managua, Nicaragua, 1980

Programa Estado de la Nación – Región: Estado de la Región en Desarrollo Humano 2008. Un informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Pavas, Costa Rica 2008.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. http///hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs_PAN.html

Quintero C. Mujer maquila y organización sindical en Centroamérica. Documento de Asociación de Servicios de Promoción Laboral (ASEPROLA. 2007), en línea http://www.aseprola.org/leer.php/53 Consultado 2 agosto 2009.

Ramos S, Vargas J. Diagnóstico avances y retrocesos en la maquila de Nicaragua. Managua, Nicaragua, 2002: Movimiento de Mujeres Trabajadoras y Desempleadas "María Elena Cuadra".

Salter WD. International OSH programme on the informal sector. Manila, sin fecha, Philippines: ILO South-East Asia and the Pacific Multidisciplinary Advisory Team. www.ilo.org/public/english/region/asro/mdtmanila/download/osh.doc

Sauma P. La pobreza en Centroamérica en los años noventa. San José, Costa Rica 2004: Unidad Regional de Asistencia Técnica, Overseas Development Institute.

Sieg U, Palacios E. Maquila en Nicaragua. ¿Una esperanza? Conflictividad laboral en la maquila. Un análisis desde la práctica de los derechos humanos. Managua, Nicaragua 2003: Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH).

Tornberg V, Forastieri V, Riwa PG, Swai D. Occupational safety and health in the informal sector. Intervention strategies and implementation of pilot activities in Dar es Salaam. Afr Newslet Occup Health Safety 1996;6:30-33.

Velásquez M, Partanen T. Promoción de la salud del personal que labora en el Hospital "Pedro de Bethancourt", Antigua, Guatemala. Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET-UNA), Programa Salud y Trabajo en América Central, Serie Salud y Trabajo 2008:6.

Anexos

1. Belice

Belice, anteriormente Honduras Británica, está situado en las costas del Mar Caribe; limita con México al norte y con Guatemala al oeste. Su población es de apenas un poco más de 300.000 personas y está compuesta por gente de muchas culturas, que hablan distintos idiomas, siendo el inglés el oficial. La tasa de crecimiento de la población del país, estimada en un 2,3%, es la más alta de la Región. Belice tiene una economía pequeña, esencialmente privada, que se basa en la agricultura, la industria sustentada en la agricultura, y el comercio, donde el turismo y la construcción adquirieron recientemente una creciente importancia.

Los indicadores de desarrollo de Belice se comparan con los niveles promedio centroamericanos (Cuadro 1). En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Belice ocupa la posición mundial relativa 88, entre 179 países. La tasa de analfabetismo no es alta (5,5%). Con respecto al nivel de la pobreza de Belice, para 1991 se citó una cifra del 23% según el censo, un 33% estimado para 1995 y un 33,5% para 2005.

Cuadro 1. Población

	Belice	América Central
Población 2007, millones	0,3	41,3
Tasa de crecimiento de la población, años 2000-2005, %	2,31	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	13	79 (13 – 338)
Población urbana 2000, %	47,7	54,6 (47,7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	-0,77	-7,95 … +4 ,07
Personas en condición de pobreza 2005, %	33,5	46,5 (18,6 – 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	5,3	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las NU[1] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	88	49 - 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población beliceña es joven, con elevadas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras para las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable, y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional para estos futuros grupos de edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Belice alcanza hasta alrededor de 110.000 personas. La tasa de desempleo es del 9,4%, siendo dos veces más alta entre mujeres que entre hombres. La cantidad de personas ocupadas informalmente se desconoce.

La PEA trabaja primordialmente en servicios, incluyendo el turismo y la provisión de comidas. Las actividades agrícolas y la pesca emplean alrededor del 18% de la población (Cuadro 2). La industria azucarera es importante; el azúcar representa alrededor del 60% de las exportaciones agrícolas del país.

Belice ha ratificado 44 de 188 Convenios de la OIT.

Cuadro 2. Trabajo

	Belice	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	0,11	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	9,4	4,3 (1,8 – 9,4)
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	18,0	26,8
Minas y canteras	0,2	0,2
Industrias manufactureras	9,0	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	8,1	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	26,1	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	6,3	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	3,6	4,5
Servicios públicos y personales	25,2	18,3
Personas en microempresas, hogares y personas autoempleadas 2006, % de personas empleadas	No hay datos	63,7 (47,6 - 69,7)[1]
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, %	No hay datos	29,7 (21,2 – 35,1)[1]
Personas ocupadas en sobrejornada (>48 h/s) 2006, %	No hay datos	33,2 (15,8 – 36,5)[1]
Personas inspectoras 2006, cantidad Cantidad de personas ocupadas, por persona inspectora, 2006	No hay datos	57 - 246[1] 17.098 – 28.177[1]
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	44	22 - 69

[1] Belice no se incluye debido a la falta de datos.

Las mujeres beliceñas poseen un mayor porcentaje de alfabetización y tasa de graduación que los hombres, pero sufren un mayor desempleo. La población indígena maya y los pueblos afrocaribeños (Garífuna) constituyen un 45% de la del país (Cuadro 3).

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	Belice	América Central
Coeficiente Gini[1] 1999	0,530	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	No hay datos	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	5,4	3,9 – 32,3
Mujeres	5,2	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Humano relativo al género de las NU[2] 2006, posición relativa entre 179 países	No hay datos	54 - 103
Población indígena y afrocaribeña, % de población	45	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0= desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0= desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.
[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo.

Belice tiene una considerable cantidad de leyes laborales y de salud básicas, y decretos de nivel más bajo. Los sindicatos están cubiertos legalmente para no ser discriminados y son bastante comunes en toda la fuerza laboral. Es una de las pocas naciones de América Central que avanza a grandes pasos para mejorar las condiciones laborales en general.

Cuando están disponibles, los servicios de salud ocupacional tienden a concentrarse en el diagnóstico de corto plazo y tratamientos ocasionales rápidos, mientras que las actividades de prevención de accidentes y enfermedades y de promoción de la salud son escasas, especialmente en los sectores privado e informal. Existen Comisiones de Seguridad y Salud Ocupacional, pero el alcance y naturaleza de su funcionamiento no están bien documentados.

La esperanza de vida muestra un nivel elevado con respecto a los países de América Latina, pues ocupa la posición mundial 41 entre 176 (Cuadro 4). Todos los indicadores medulares de la salud tienden a estar al menos en el nivel promedio a escala centroamericana, muchos de estos hacia el extremo superior. El agua potable es accesible para el 91% de la población. Las tasas de violencia se desconocen.

Cuadro 4. Salud

	Belize	América Central
Esperanza de vida 2000-2005		
Hombres y mujeres, años	75,6	68,6 – 78,1
Hombres, años	72,8	64,8 – 75,8
Mujeres, años	78,8	72,5 – 80,6
Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	41	25 – 102
Profesionales en medicina 2007, por 10.000 de población	8,9	2,5 – 19,2
Enfermeras 2000, por 10.000 de población	13	8 – 41
Acceso a agua para consumo humano 2004, % de población	91	79 – 98
Gasto público en salud 2007, % de Producto Interno Bruto	3,7	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	16	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	No hay datos	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	34	25 – 99
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	69	36 – 131

El Comité Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NOSHC) ha sido el punto focal de SALTRA en Belice.

2. Costa Rica

La República de Costa Rica está situada entre Nicaragua al norte y Panamá al sureste, y bordeada por el Mar Caribe al este y el Océano Pacifico al oeste; la Isla del Coco, en la costa Pacífica, está bajo su soberanía. La población alcanza casi los 5 millones, con una fuerte ola constante de inmigración, mayormente de Nicaragua, y una emigración más débil, con frecuencia de profesionales calificados que parten hacia los Estados Unidos.

Costa Rica tiene la reputación de promover los derechos humanos y la democracia. Sus indicadores de desarrollo en general son favorables con respecto a las siete naciones centroamericanas. Muestra el mayor Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas entre los siete países, y ocupa la posición mundial relativa 50, con los porcentajes de pobreza y analfabetismo más bajos de América Central (Cuadro 1).

Cuadro 1. Población

	Costa Rica	América Central
Población 2007, millones	4,5	41,3
Tasa de crecimiento de la población/año 2000-2005, %	1,93	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	87	79 (13 – 338)
Población urbana 2005, %	62,6	54,6 (47,7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	+4,07	-7,95 … +4 ,07
Personas en condición de pobreza 2007, %	18,6	46,5 (18,6 - 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	3,8	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas[1] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	50	49 – 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población de Costa Rica es joven, con altas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La estructura etárea se está moviendo lentamente hacia la de las naciones tradicionalmente conocidas como “desarrolladas”, pero no llegará a estar ni cerca de la estructura etárea, por ejemplo, de España, en los siguientes 50 años. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras en las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable, y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional, para estos futuros grupos de edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Costa Rica alcanza alrededor de 2 millones, lo que representa el 12% de la PEA de América Central. La tasa declarada de desempleo es del 6%. Sin embargo, la cantidad de personas ocupadas informalmente, tanto en la economía informal como en la formal, y por lo tanto sin cobertura del seguro social y otros derechos básicos, es todavía muy elevada, aunque la tasa de informalidad en Costa Rica es probablemente la menor de Centroamérica, pues es del orden del 50% de la PEA. El subempleo, en las formas de jornada parcial y otros trabajos precarios, sigue siendo común y cubre trabajos en los sectores informal y formal.

En comparación con los otros países centroamericanos, la fuerza laboral de Costa Rica se concentra menos en la agricultura y es prominente, junto con la de Belice y Panamá, en servicios (Cuadro 2). Las industrias importantes incluyen microprocesadores, preparación de alimentos, textiles y prendas de vestir, materiales de construcción, fertilizantes y productos plásticos. La agricultura se enfatiza en: café, banano, piña, azúcar, maíz, arroz, frijol, papa, carne de res y madera.

Una tercera parte de la fuerza laboral trabaja jornadas de más de 48 horas semanales, lo que es común en América Central en general, a pesar de que existe una cantidad considerable de personas ocupadas en jornada parcial. La cantidad de personas inspectoras es baja para la fuerza laboral, y tienen otras responsabilidades además de los asuntos directos de salud ocupacional. Costa Rica ha ratificado 48 de los 188 convenios de la OIT.

Cuadro 2. Trabajo

	Costa Rica	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	1,9	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	6,0	4,3 (1,8 – 9,4)
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	13,1	26,8
Minas y canteras	0,1	0,2
Industrias manufactureras	13,0	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	8,9	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	24,5	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	6,4	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	8,7	4,5
Servicios públicos y personales	23,8	18,3
Personas en microempresas, hogares y autoempleadas 2006, % de empleados	47,6	63,7 (47,6 – 69,7)
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, %	21,9	29,7 (21,2 – 35,1)
Personas ocupadas en sobrejornada (>48 h/s) 2006, %	34,0	33,2 (15,8 – 36,8)
Personas inspectoras 2006, número	90	57 - 246[1]
Cantidad de personas ocupadas por persona inspectora 2006	20.333	17.098 – 28.177[1]
Número de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	48	22 – 69

[1] Belice no está incluido debido a la falta de datos

Costa Rica tiene una considerable cantidad de leyes y decretos de nivel más bajo que regulan los derechos laborales básicos y la salud. Los sindicatos independientes y sus oficinas locales, con pocas excepciones notables, no existen o son débiles y, cuando funcionan, se ocupan de asuntos básicos de empleo y salarios, mientras que los patronos, en general, no muestran un interés particular por la salud de las personas empleadas. Existen servicios de salud ocupacional para trabajadores con empleo formal y estable, que tienden a concentrarse en eventos agudos, mientras que actividades de prevención de accidentes y enfermedades y de promoción de la salud son escasas, especialmente en los sectores privado e informal. Existen Comisiones de Seguridad y Salud Ocupacional, pero el alcance y naturaleza de su funcionamiento no está bien documentado.

No obstante, la cobertura y calidad de los servicios de salud pública en Costa Rica representan un alto nivel con respecto a los países de América Latina. Junto con una buena reputación en algunos indicadores de equidad (por ejemplo, Cuadro 3), los indicadores básicos de salud son elevados de acuerdo con los estándares centroamericanos y latinoamericanos. La esperanza de vida es tan alta como la de los países del norte de Europa. La tasa de mortalidad infantil es la más baja y los indicadores de desempeño y los niveles del sistema de salud, así como la densidad de profesionales en medicina son los más altos en América Central. Las tasas de violencia, también relacionadas con salud ocupacional, son comparativamente bajas, pero la tendencia parece ser hacia un aumento en estas.

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	Costa Rica	América Central
Coeficiente Gini[1] alrededor de 2006	0,478	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	37,0	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	3,9	3,9 – 32,3
Mujeres	3,7	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Relacionado con Género de las Naciones Unidas[2] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	47	47 - 103
Población indígena y afrocaribeña, % de la población	3	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0 = desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0 = desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo.

Cuadro 4. Salud

	Costa Rica	América Central
Esperanza de vida 2000-2005 Hombres y mujeres, años Hombres, años Mujeres, años Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	 78,1 75,8 80,6 25	 68,6 – 78,1 64,8 – 75,8 72,5 – 80,6 25 – 102
Profesionales en medicina 2007, por 10.000 de población	19,2	2,5 – 19,2
Enfermeras 2000, por 10,000 de población	9	8 – 41
Acceso a agua para consumo humano 2006, % de población	98	79 – 98
Gasto público en salud 2007, % de Producto Interno Bruto	6,0	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	10	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	0,8 (+)	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	25	25 - 99
Desempeño del sistema de salud, posición mundial entre 191 naciones, 1997	36	36 - 131

Costa Rica tiene el único registro de cáncer de cobertura nacional en América Central. Ha sido utilizado como fuente de casos para epidemiología de cáncer ocupacional. La entidad encargada de cubrir los riesgos del trabajo (Instituto Nacional de Seguros, INS) en el sector formal asegurado elabora estadísticas de lesiones ocupacionales, las cuales reflejan principalmente accidentes. La investigación en salud ocupacional se desarrolla sobre todo en la Universidad Nacional, donde se mantienen algunos registros notorios sobre el uso de plaguicidas y riesgos del cáncer ocupacional, y se realizan proyectos de investigación sobre temas ocupacionales y ambientales prioritarios. La salud ocupacional está en la agenda de dos universidades como tema prioritario: la Universidad Nacional y el Instituto Tecnológico de Costa Rica. La Universidad Nacional tiene alcance centroamericano con respecto a la salud ocupacional y ambiental a través del Instituto Centroamericano de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET), que es el centro de referencia regional coordinador de SALTRA. También hay otras universidades y colegios universitarios con programas en salud ocupacional.

Algunas organizaciones no gubernamentales de ciudadanos participan activamente en temas relacionados con la salud de los trabajadores.

3. El Salvador

El Salvador es geográficamente la nación centroamericana más pequeña, limita con Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Océano Pacifico. Tiene 7,1 millones de habitantes y la densidad de la población es muy alta: 338 habitantes/km2.

Los indicadores de desarrollo de El Salvador muestran un nivel promedio con respecto a los otros países centroamericanos. En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas ocupa la posición mundial relativa 101 entre 179. En 2005, el 48% de la población vivía en condiciones de pobreza, y un 19% era analfabeta (Cuadro 1).

Cuadro 1. Población

	El Salvador	América Central
Población 2007, millones	7,1	41,3
Tasa de crecimiento de la población/año 2000-2005, %	0,38	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	338	79 (13 – 338)
Población urbana 2005, %	57,8	54,6 (47,7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	-1,16	-7,95 … +4 ,07
Personas en condición de pobreza 2004, %	47,5	46,5 (18,6 – 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	18,9	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano[1] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	101	49 - 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población salvadoreña es joven, con altas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras para las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable, y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional para estos futuros grupos de jóvenes en edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de El Salvador alcanza un total de 2,8 millones. La tasa declarada de desempleo es del 6,5%. La cantidad de personas ocupadas informalmente y por lo tanto sin cobertura del seguro social y otros derechos básicos, es elevada. La tasa de informalidad en El

Salvador no se conoce exactamente. Las personas en microempresas, hogares, y autoempleadas corresponden al 62% de las persona ocupadas en 2006, lo cual es alto, pero típico para América Central. El subempleo, en las formas de jornada parcial y otros trabajos precarios, es bastante común, y cubre tanto el trabajo formal como el informal.

Una alta proporción de la fuerza laboral salvadoreña trabaja en servicios, aunque la agricultura y la manufactura también son sectores fuertes (Cuadro 2). Industrias importantes incluyen: preparación de alimentos, bebidas, petróleo, químicos, fertilizantes, textiles, muebles y metales livianos. La agricultura se enfatiza en: café, caña de azúcar, maíz, arroz, frijol, ajonjolí, algodón, sorgo, carne de res, productos lácteos y camarón. Una tercera parte de la fuerza laboral trabaja jornadas mayores a las 48 horas semanales, lo cual es lo común en América Central, a pesar de que hay una cantidad considerable de personas ocupadas en jornada parcial.

La cantidad de personas inspectoras (153) corresponde a una tasa media baja para la fuerza laboral (aunque la densidad de nspectores de trabajo es la más alta en Centroamérica). Los inspectores tienen otras responsabilidades además de los asuntos directos de salud ocupacional. El Salvador ha ratificado únicamente 29 de los 188 convenios de la OIT.

Cuadro 2. Trabajo

	El Salvador	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	2,8	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	6,5	4,3 (1,8 – 9,4)
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	18,9	26,8
Minas y canteras	0,1	0,2
Industrias manufactureras	15,8	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	7,1	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	29,9	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	4,5	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	4,3	4,5
Servicios públicos y personales	19,5	18,3
Personas en microempresas, hogares y autoempleadas 2006, % de personas empleadas	62,0	63,7 (47,6 – 69,7)
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	28,0	29,7 (21,2 – 35,1)
Personas ocupadas en sobrejornada (>48 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	33,9	33,2 (15,8 – 36,5)
Personas inspectoras 2006, cantidad	153	57 - 246[1]
Cantidad de personas ocupadas por persona inspectora 2006	17.098	17.098 – 28.177[1]
Cantidad de convenios ratificados de OIT (total = 188)	29	22 - 69

[1] Belice no se incluye debido a la falta de datos.

El Salvador cuenta con una considerable cantidad de leyes y decretos de más bajo nivel, que regulan los derechos laborales básicos y la salud, pero la implementación es imperfecta, especialmente en el sector de la agricultura y en la economía informal. Ha existido una historia reciente de represión de los sindicatos independientes, sus oficinas locales y el trabajo organizado en general.

La cobertura y calidad de los servicios de salud ocupacional podrían mejorarse, como en cualquier otra parte de América Central, en particular considerando las actividades de prevención de accidentes y enfermedades y de promoción de la salud en los sectores privado e informal. Existen Comisiones de Seguridad y Salud Ocupacional, pero el alcance y naturaleza de su funcionamiento no están bien documentados.

Las mujeres constituyen el 42% de la PEA. En el Índice de Desarrollo Humano relativo al Género de las UN, El Salvador muestra una posición bastante baja. La tasa de analfabetismo entre las mujeres (21%) es más alta que entre los hombres (Cuadro 3).

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	El Salvador	América Central
Coeficiente Gini[1] alrededor de 2006	0,493	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	41,6	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	16,4	3,9 – 32,3
Mujeres	21,2	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Relacionado con Género de las Naciones Unidas[2] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	94	47 - 103
Población indígena y afrocaribeña, % de la población	2	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0 = desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0 = desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo.

Los indicadores de salud de El Salvador muestran un nivel promedio con respecto a los otros países centroamericanos (Cuadro 4). Las tasas de violencia son extremadamente elevadas.

Cuadro 4. Salud

	El Salvador	América Central
Esperanza de vida 2000-2005 Hombres y mujeres, años Hombres, años Mujeres, años Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	 70,7 67,7 73,3 88	 68,6 – 78,1 64,8 – 75,8 72,5 – 80,6 25 – 102
Profesionales en medicina 2007, por 10.000 de población	5,2	2,5 – 19,2
Enfermeras 2002, por 10,000 de población	8	8 – 41
Acceso a agua apta para consumo humano 2006, % de población	84	79 – 98
Gasto público en salud 2007, % de Producto Interno Bruto	4,1	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	22	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	5,6 (+)	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	37	25 - 99
Desempeño del sistema de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	115	36 - 131

La Universidad de El Salvador (UES) ha sido el punto focal de SALTRA en El Salvador.

4. Guatemala

Guatemala está situada en el norte de América Central, limita al norte y al oeste con México, y al este con Belice, Honduras y El Salvador. Tiene costas en el Pacífico y en el Caribe. La población es la más grande entre los países centroamericanos, y al menos la mitad de ella es urbana, con una densidad de 123 habitantes/km2.

La tasa neta de migración es relativamente alta y negativa, -5,03/1.000 habitantes, y quienes emigran se dirigen mayormente hacia México, Estados Unidos y Canadá.

Los indicadores de desarrollo de Guatemala muestran niveles bajos con respecto a América Central y el resto del mundo. En el Índice de Desarrollo Humano de las NU, Guatemala ocupa la posición mundial relativa 121 entre 179 países. En 2007, el 55% de la población vivía en condiciones de pobreza, y el 28% era analfabeta en 2005 (Cuadro 1).

Cuadro 1. Población

	Guatemala	América Central
Población 2007, millones	13,3	41,3
Tasa de crecimiento de la población/año 2000-2005, %	2,47	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	123	79 (13 – 338)
Población urbana 2005, %	50,0	54,6 (47,7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	-5,03	-7,95 … +4 ,07
Personas en condición de pobreza 2006, %	54,8	46,5 (18,6 – 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	28,2	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano[1] de las NU 2006, posición mundial relativa entre 179 países	121	49 - 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población guatemalteca es joven, con altas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras para las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable, y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional para estos futuros grupos de edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Guatemala es de 5,4 millones (Cuadro 2). La tasa declarada de desempleo es del 1,8%. La cantidad de personas ocupadas informalmente y, por lo tanto, sin cobertura del seguro social y otros derechos básicos, es grande. La tasa de informalidad en Guatemala no se conoce exactamente, pero es enorme, con base en el porcentaje (69%) de quienes trabajaban en microempresas y casas, y la cantidad de personas autoempleadas en 2006; la mayoría de estos empleos son informales.

La fuerza de trabajo guatemalteca se encuentra primordialmente en el sector agrícola (Cuadro 2), especialmente: café, caña de azúcar, banano, cardamomo, maíz y cría de animales. Las industrias importantes de Guatemala son: azúcar, textiles, prendas de vestir, muebles, químicos, petróleo, metales y el turismo. Una tercera parte de la fuerza laboral ocupada trabaja jornadas de más de 48 horas semanales; otra tercera parte está constituida por personas ocupadas en jornada parcial.

Cuadro 2. Trabajo

	Guatemala	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	5,4	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	1,8	4,3 (1,8 – 9,4)
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	33,2	26,8
Minas y canteras	0,1	0,2
Industrias manufactureras	15,9	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	6,8	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	22,8	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	3,0	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	3,3	4,5
Servicios públicos y personales	14,9	18,3
Personas en microempresas, hogares y autoempleadas 2006, % de personas empleadas	68,8	63,7 (47,6 – 69,7)
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	35,1	29,7 (21,2 – 35,1)
Personas ocupadas en sobrejornada (>49 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	35,5	33,2 (15,8 – 36,5)
Personas inspectoras 2006, cantidad Cantidad de personas ocupadas por persona inspectora 2006	246 21.467	57 - 246[1] 17.098 – 28.177[1]
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	69	22 - 69

[1] Belice no está incluido debido a la falta de datos.

La cantidad de personas inspectoras (246) corresponde al promedio de la tasa según la fuerza laboral en América Central, y tienen otras responsabilidades además de los asuntos directos de salud ocupacional. Junto con Panamá, Guatemala ha ratificado el mayor número (69) de las 188 Convenciones de la OIT. Sin embargo, a pesar de que Guatemala ratificó, por ejemplo, el Convenio relativo a la Libertad de Asociación y Protección del Derecho a Organizarse, un comité experto independiente de la OIT observó en 2009 "serios actos de violencia contra líderes sindicales y sindicalistas, impedimentos para la inscripción de organizaciones sindicales, dificultades para que los sindicatos ejerzan su derecho a reunirse en asambleas…"

El coeficiente Gini de Guatemala refleja un alto nivel de desigualdad económica en América Central (Cuadro 3). La participación de las mujeres en la población económicamente activa es baja (38%). La tasa de analfabetismo entre mujeres es muy elevada (36%), mucho más alta que entre los hombres, para quienes también es alta (21%). En el Índice de Desarrollo Humano relativo al Género de las NU, Guatemala ocupa la posición mundial relativa más baja de América Central (103), entre 179 países.

Guatemala cuenta con una mayor proporción de indoamericanos en su población total que cualquier otro país centroamericano. Se han encontrado pronunciadas brechas salariales junto con dimensiones de género y étnicas, siendo mayor la existente en la dimensión étnica. Las brechas salariales en Guatemala se explican parcialmente por diferencias en características del capital humano, en particular relativas a la educación, entre indígenas y no indígenas y entre hombres y mujeres, lo cual demanda la igualación de oportunidades educativas para la población.

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	Guatemala	América Central
Coeficiente Gini[1] alrededor de 2006	0,543	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	38,4	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	20,9	3,9 – 32,3
Mujeres	35,9	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Relacionado con Género de las Naciones Unidas[2] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	103	47 - 103
Población indígena y afrocaribeña, %	43	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0 = desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0 = desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo.

Los indicadores de salud de Guatemala muestran niveles promedio o bajos con respecto a los otros países centroamericanos (Cuadro 4). La esperanza de vida es la segunda más corta (y es la más corta para mujeres). La tasa de mortalidad infantil es la más alta, y las tasas de violencia son muy elevadas.

Los indicadores de vivienda y salud son los peores entre las personas indígenas, en particular entre las mujeres.

Cuadro 4. Salud

	Guatemala	América Central
Esperanza de vida 2000-2005		
Hombres y mujeres, años	69,0	68,6 – 78,1
Hombres, años	65,5	64,8 – 75,8
Mujeres, años	72,5	72,5 – 80,6
Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	105	25 – 102
Profesionales en medicina 2007, por 10.000 de población	2,5	2,5 – 19,2
Enfermeras 1999, por 10.000 de población	41	8 – 41
Acceso a agua para consumo humano 2006, % de población	96	79 – 98
Gasto público en salud 2005, % de Producto Interno Bruto	5,1	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	30	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	4,5 (+)	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	99	25 - 99
Desempeño del sistema de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	78	36 - 131

La Universidad de San Carlos (USAC) ha sido el punto focal de SALTRA en Guatemala.

5. HONDURAS

Honduras limita al oeste con Guatemala, al suroeste con El Salvador y al sureste con Nicaragua. Tiene una larga línea costera en el Caribe y una corta extensión en la costa del Pacífico. La población del país es de 7,2 millones, con una densidad de 64 habitantes/km2.

La tasa neta de migración es relativamente alta y negativa, -4,57/1.000 habitantes, que en su mayor parte se dirigen hacia México, Estados Unidos y Canadá.

Los indicadores de desarrollo de Honduras muestran niveles bajos, tanto con respecto a Centroamérica como mundialmente. En el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas, Honduras ocupó la posición mundial relativa 117 entre 179 países. En 2007, el 69% de la población vivía en condiciones de pobreza y en 2005, el 22% era analfabeta (Cuadro 1).

Cuadro 1. Población

	Honduras	América Central
Población 2007, millones	7,2	41,3
Tasa de crecimiento de la población/año 2000-2005, %	2,02	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	64	79 (13 - 338)
Población urbana 2005, %	47,8	54,6 (47.7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	-4,57	-7,95 … +4,07
Personas en condición de pobreza 2007, %	68,9	46,5 (18,6 – 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	22,0	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano[1] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	117	49 - 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población hondureña es joven, con altas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras para las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional para estos futuros grupos de edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Honduras es de 2,8 millones (Cuadro 2). La tasa declarada de desempleo es del 3,1%. El número de personas ocupadas informalmente y, por lo tanto, sin cobertura del seguro social y otros derechos básicos, es grande. La tasa de informalidad en Honduras no se conoce exactamente, pero es enorme, con base en el porcentaje (70%) de personas que trabajaban en microempresas y casas, y la cantidad de personas autoempleadas en 2006; la mayoría de estos empleos son informales.

Una alta proporción de la fuerza laboral hondureña trabaja en el sector agrícola (Cuadro 2), que se concentra en: banano, café, frutas cítricas, carne de res, madera y camarón. Las industrias importantes de Honduras son: azúcar, café, textiles, prendas de vestir y productos de madera. Una tercera parte de la fuerza laboral ocupada trabaja jornadas de más de 48 horas por semana; otra tercera parte está constituida por personas ocupadas en jornada parcial.

La cantidad de personas inspectoras laborales (96) representa la menor tasa de América Central, con respecto a la fuerza laboral. Las personas inspectoras tienen otras responsabilidades además de los asuntos directos de salud ocupacional. Honduras ha ratificado solamente 22 de los 188 convenios de la OIT.

Cuadro 2. Trabajo

	Honduras	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	2,8	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	3,1	4,3 (1,8 – 9,4)
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	37,9	26,8
Minas y canteras	0,3	0,2
Industrias manufactureras	16,1	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	6,0	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	19,7	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	3,4	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	3,2	4,5
Servicios públicos y personales	13,2	18,3
Personas en microempresas, hogares y autoempleadas 2006, % de personas empleadas	69,7	63,7 (47,6 – 69,7)
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	32,3	29,7 (21,2 – 35,1)
Personas ocupadas en sobrejornada (>48 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	33,4	33,2 (15,8 – 36,5)
Personas inspectoras 2006, cantidad Cantidad de personas ocupadas por persona inspectora, 2006	96 28.177	57 - 246[1] 17.098 – 28.177[1]
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	22	22 - 69

[1] Belice no se incluye debido a la falta de datos.

El coeficiente Gini de Honduras refleja el mayor nivel de desigualdad económica en América Central (Cuadro 3). La participación de las mujeres en la población económicamente activa es la más baja de América Central (35%). Las tasas de analfabetismo son altas, tanto entre hombres como entre mujeres. En el Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas relativo al género, Honduras ocupa la posición mundial relativa 100 entre 179 países. En la costa del Caribe habita una población de 98.000 personas afrocaribeñas (garífunas) con una fuerte identidad cultural, pero sujeta a deficientes condiciones higiénicas en la mayor parte del área donde vive.

En 1993, aproximadamente entre el 15% y el 20% de la fuerza laboral formal general estaba representada por algún tipo de sindicato, y alrededor del 40% de las personas trabajadoras urbanas eran miembros de sindicatos. En la actualidad, Honduras probablemente tiene el movimiento sindical más fuerte de América Central. La ley considera el derecho a organizarse y a la negociación colectiva, aunque este con frecuencia es ignorado en la práctica.

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	Honduras	América Central
Coeficiente Gini[1] alrededor de 2006	0,587	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	34,8	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	22,4	3,9 – 32,3
Mujeres	21,7	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Relacionado con Género de las Naciones unidas[2] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	100	47 - 103
Población indígena y afrocaribeña, % de la población	9	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0 = desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0 = desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo

Los indicadores de salud de Honduras muestran un nivel promedio o bajo con respecto a los otros países centroamericanos (Cuadro 4). La esperanza de vida y el gasto público en salud son los más bajos de la Región, y el desempeño del sistema de salud es el más deficiente. Las tasas de violencia son muy elevadas.

Cuadro 4. Salud

	Honduras	América Central
Esperanza de vida 2000-2005 Hombres y mujeres, años Hombres, años Mujeres, años Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	 68,6 64,8 72,6 105	 68,6 – 78,1 64,8 – 75,8 72,5 – 80,6 25 – 102
Profesionales en medicina 2005, por 10.000 de población	9,9	2,5 – 19,2
Enfermeras 2000, por 10,000 de población	13	8 – 41
Acceso a agua para consumo humano 2006, % de población	84	79 – 98
Gasto público en salud, 2002, % de Producto Interno Bruto	2,5	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	28	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	4,2 (-)	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	48	25 - 99
Desempeño del sistema de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	131	36 - 131

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) ha sido el punto focal de SALTRA en Honduras.

6. Nicaragua

La República de Nicaragua es la nación más grande de América Central; limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica, al este con el Mar Caribe, con dos regiones autónomas, y al oeste con la costa Pacífica. La población es de 5,6 millones. Las altas tasas de desempleo y la falta de oportunidades de trabajo digno han sido las principales razones de una masiva emigración durante las últimas décadas. Costa Rica y Estados Unidos han sido los principales países de destino para el 12% de la población que ha emigrado.

En general, los indicadores de desarrollo de Nicaragua son de los más bajos con respecto a las siete naciones centroamericanas, en gran medida debido a su historia de convulsiones políticas, periodos de represión, la guerra civil, la corrupción y las catástrofes naturales. Nicaragua tiene la segunda posición más baja en Centroamérica con respecto al Índice de Desarrollo Humano de las NU, ocupando la posición mundial relativa 120 entre 179 países. En 2005, el 62% de la población vivía en condiciones de pobreza y el 32% era analfabeta (Cuadro 1).

Cuadro 1. Población

	Nicaragua	América Central
Población 2007, millones	5,6	41,3
Tasa de crecimiento de la población/año 2000-2005, %	1,34	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	42	79 (13 – 338)
Población urbana 2005, %	57,0	54,6 (47,7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	-7,95	-7,95 … +4 ,07
Personas en condición de pobreza 2005, %	61,9	46,5 (18,6 – 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	31,9	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano[1] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	120	49 - 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población nicaragüense es joven, con altas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras para las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable, y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional para estos grupos futuros de edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Nicaragua es de 2,2 millones. La tasa declarada de desempleo es del 5,5%. La cantidad de personas ocupadas informalmente y, por lo tanto, sin cober-

tura del seguro social y otros derechos básicos, es enorme. La tasa de informalidad de Nicaragua no se conoce con exactitud, pero es una de las más altas de América Central, con base en el porcentaje (67%) de personas que trabajaban en microempresas y casas, y la cantidad de personas autoempleadas en 2006. El subempleo, en las formas de jornadas parciales y otros trabajos precarios, es común, y cubre tanto el trabajo formal como el informal.

La fuerza laboral de Nicaragua se dedica primordialmente a la agricultura, pero los empleos en servicios están aumentando (Cuadro 2). Las principales industrias incluyen: preparación de alimentos, químicos, maquinaria y productos de metal, textiles, prendas de vestir, refinamiento y distribución de petróleo, bebidas, calzado y madera. La agricultura se concentra en: café, banano, caña de azúcar, algodón, arroz, maíz, tabaco, ajonjolí, soya, frijol, carne de res, de cerdo y de pollo, y productos lácteos.

Más de una tercera parte de la fuerza laboral trabaja jornadas mayores a 48 horas semanales, lo que es frecuente en América Central, a pesar de la considerable cantidad de personas ocupadas en jornada parcial. La industria de la maquila ha empleado a una significativa cantidad de trabajadores y trabajadoras (40.000 en el 2001), pero también ha sido el escenario de una cuantiosa cantidad de violaciones a sus derechos y de condiciones deficientes de seguridad y salud.

La cantidad de personas inspectoras es baja para la fuerza laboral. Nicaragua ha ratificado relativamente muchos (54) de los 188 Convenios de la OIT.

Cuadro 2. Trabajo

	Nicaragua	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	2,2	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	5,2	4,3
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	28,1	26,8
Minas y canteras	0,3	0,2
Industrias manufactureras	13,7	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	5,7	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	22,8	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	4,3	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	3,4	4,5
Servicios públicos y personales	20,9	18,3
Personas en microempresas, hogares y autoempleadas 2006, % de personas empleadas	67,2	63,7 (47,6 – 69,7)
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	21,2	29,7 (21,2 – 35,1)
Personas ocupadas en sobrejornada (>48 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	36,5	33,2 (15,8 – 36,5)
Personas inspectoras 2006, número Cantidad de personas ocupadas por persona inspectora, 2006	76 27.316	57 - 246[1] 17.098 – 28.177[1]
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	54	22 - 69

[1] Belice no se incluye debido a la falta de datos.

Nicaragua tiene una considerable cantidad de leyes y decretos de bajo nivel que regulan los derechos laborales básicos y la salud, pero su implementación es imperfecta, en especial en la agricultura y en la economía informal. Recientemente cuenta con una ley específica sobre la higiene y seguridad en el trabajo. Los sindicatos independientes y sus oficinas locales son probablemente los más fuertes de América Central. Sin embargo, la tasa de sindicalización entre la fuerza laboral activa era tan baja como el 1,7% en 2004, lo cual se explica parcialmente por la gran proporción de la PEA que trabaja en agricultura y en la economía informal. Muchos sindicatos han incluido temas de salud ocupacional en su agenda.

La cobertura y calidad de los servicios de salud ocupacional podrían mejorarse, como en cualquier parte de América Central, en particular teniendo en cuenta actividades de prevención de accidentes y enfermedades y de promoción de la salud en los sectores privado e informal. Existen Comisiones de Seguridad y Salud Ocupacional, pero el alcance y naturaleza de su funcionamiento no está bien documentado.

Las mujeres constituyen el 38% de la PEA. En el Índice de Desarrollo Humano relativo al género de las Naciones Unidas, Nicaragua muestra una posición bastante baja. Sin embargo, la tasa de analfabetismo (que es alta en Nicaragua) es ligeramente más baja entre las mujeres que entre los hombres (Cuadro 3).

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	Nicaragua	América Central
Coeficiente Gini[1] alrededor de 2006	0,579	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	37,6	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	32,3	3,9 – 32,3
Mujeres	31,6	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Relacionado con Género de las Naciones Unidas[2] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	98	47 - 103
Población indígena y afrocaribeña, % de la población	17	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0 = desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0 = desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo.

En comparación con el resto de países centroamericanos, los indicadores de salud de Nicaragua demandan mejoras (Cuadro 4). La esperanza de vida y el desempeño del sistema de salud, incluyendo la densidad de profesionales en salud, son bajos. Un 21% de la población carece de agua apta para consumo humano. El gasto público en salud es bastante magro. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil es más baja que la de El Salvador, Guatemala y Honduras. Las tasas de violencia son bajas con respecto a las de la Región.

Cuadro 4. Salud

	Nicaragua	América Central
Esperanza de vida 2000-2005 Hombres y mujeres, años Hombres, años Mujeres, años Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	 70,8 68,0 73,8 76	 68,6 – 78,1 64,8 – 75,8 72,5 – 80,6 25 – 102
Profesionales en medicina, 2006, por 10.000 de población	4,4	2,5 – 19,2
Enfermeras 2007, por 10.000 de población	11	8 – 41
Acceso a agua para consumo humano 2006, % de población	79	79 – 98
Gasto público en salud 2007, % de Producto Interno Bruto	3,7	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	21	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes, 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	1,3 (+)	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	74	25 - 99
Desempeño del sistema de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	71	36 - 131

La salud ocupacional fue puesta en la agenda nacional y regional, por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León (UNAN-León). Además de los sindicatos, algunas organizaciones no gubernamentales de ciudadanos participan activamente en aspectos relacionados con la salud de los trabajadores, tales como la organización Maria Elena Cuadra, que representa y brinda apoyo a mujeres trabajadoras de la maquila, especialmente en asuntos legales. El Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente de la UNAN-León ha sido un centro de referencia para SALTRA y es el punto focal de SALTRA en Nicaragua.

7. Panamá

Panamá está situada en el extremo sur de América Central, entre Costa Rica al noroeste, y Colombia al sur. El Canal de Panamá atraviesa el istmo.

La población de Panamá es de 3,3 millones, y un 66% habita en el área urbana.

Junto con Costa Rica, los indicadores de desarrollo de Panamá son en general favorables con respecto a las siete naciones centroamericanas. Tiene el segundo lugar más alto en cuanto al Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas entre los siete países, pues ocupa la posición mundial relativa 58, y el segundo nivel de pobreza más bajo de América Central (Cuadro 1). Estos son valores agregados y disfrazan una notable variación entre sus habitantes.

Cuadro 1. Población

	Panamá	América Central
Población 2007, millones	3,3	41,3
Tasa de crecimiento de la población/año 2000-2005, %	1,82	1,77
Densidad de población 2006, habitantes/km^2	43	79 (13 – 338)
Población urbana 2005, %	65,8	54,6 (47,7 – 65,8)
Tasa de migración 2005 por 1.000 habitantes	0,52	-7,95 … +4 ,07
Personas en condición de pobreza 2007, %	29,0	46,5 (18,6 – 68,9)
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %	7,0	3,8 – 31,9
Índice de Desarrollo Humano de las NU[1] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	58	49 - 121

[1] El índice integra indicadores de la esperanza de vida, nivel educativo e ingresos.

Como en todos los países centroamericanos, la población panameña es joven, con altas proporciones de niños y niñas, adolescentes y personas en edad laboral, combinada con una cantidad relativamente baja de personas adultas mayores dependientes. La importancia demográfica de las generaciones jóvenes tiene implicaciones claras para las políticas nacionales laborales, sociales y de salud, sobre la necesidad de que exista una educación adecuada, empleo justo y saludable, y servicios de seguridad social y de salud pública y ocupacional para estos grupos futuros de edad laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Panamá es de 1,4 millones. La tasa declarada de desempleo es del 8,3%. Sin embargo, la cantidad de personas ocupadas informalmente, tanto en la economía informal como en la formal, y por lo mismo sin cobertura del seguro social y otros derechos básicos, es aún muy elevada,, a pesar de ser una de las más bajas de Centroamérica (aproximadamente 30% de la PEA). El subempleo, en las formas de jornadas parciales y trabajos precarios, es común y cubre el trabajo formal y el informal.

En comparación con toda Centroamérica, la fuerza laboral de Panamá está menos concentrada en la agricultura y es prominente, junto con Costa Rica y Belice, en servicios (Cuadro 2). Sin embargo, la construcción y las industrias de materiales de construcción son fuertes. Un 16% de la fuerza laboral ocupada trabaja jornadas de más de 48 horas semanales, lo cual es una tasa baja con respecto al resto de Centroamérica. El trabajo en jornada parcial es más común (30%). La cantidad de personas inspectoras es baja para la fuerza laboral, y tienen otras responsabilidades además de los asuntos directos de salud ocupacional. Panamá ha ratificado 69 de los 188 Convenios de la OIT.

Cuadro 2. Trabajo

	Panamá	América Central
Población económicamente activa (PEA) 2006, millones	1,4	15,1 (0,1 – 5,4)
Desempleo 2006, % de PEA	8,3	4,3 (1,8 – 9,4)
Actividad económica 2006, % de PEA		
Agricultura, ganadería, caza, pesca	13,9	26,8
Minas y canteras	0,3	0,2
Industrias manufactureras	8,6	14,6
Construcción, electricidad, gas, agua	10,5	7,1
Comercio, hoteles, restaurantes	24,8	23,9
Transporte, almacenaje, comunicaciones	7,1	4,2
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales	7,5	4,5
Servicios públicos y personales	26,3	18,3
Personas en microempresas, hogares y autoempleadas 2006, % de personas empleadas	50,5	63,7 (47,6 – 69,7)
Personas ocupadas en jornada parcial (<40 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	29,7	29,7 (21,2 – 35,1)
Personas ocupadas en sobrejornada (>48 h/s) 2006, % de todas las personas ocupadas	15,8	33,2 (15,8 – 36,5)
Personas inspectoras, 2006, cantidad	57	57 - 246[1]
Cantidad de personas ocupadas, por persona inspectora, 2006	22.021	17.098 – 28.177[1]
Cantidad de convenios ratificados de la OIT (total = 188)	69	22 - 69

[1] Belice no se incluye debido a la falta de datos.

Panamá cuenta con una considerable cantidad de leyes y decretos de nivel más bajo, que regulan los derechos laborales básicos y la salud. Algunos sindicatos independientes y sus oficinas locales participan activamente en aspectos relacionados con la seguridad y salud ocupacional, mientras que los patronos del sector privado en general, no muestran un interés particular por la salud de los trabajadores y las trabajadoras. Aunque se ofrecen servicios de salud ocupacional, la cobertura no es universal. Existen Comisiones de Seguridad y Salud Ocupacional, pero el alcance y naturaleza de su funcionamiento no están bien documentados.

Es posible que los indicadores de equidad estén al menos al promedio del nivel de América Central entre las poblaciones blanca y mestiza, pero la distribución del ingreso en la totalidad de la población es una de las peores de América Latina. La pobreza, el analfabetismo y la salud deficiente caracterizan a los grupos indígenas de Panamá, a pesar de la existencia constitucional de cinco regiones indígenas semiautónomas (comarcas).

Cuadro 3. Equidad, género y etnicidad

	Panamá	América Central
Coeficiente Gini[1] alrededor de 2006	0,548	0,478 – 0,587
Mujeres 2006, % de población económicamente activa	37,4	34,8 – 41,6
Tasa de analfabetismo 2005, 15+ años, %		
Hombres	6,4	3,9 – 32,3
Mujeres	7,6	3,7 – 35,4
Índice de Desarrollo Relacionado con Género de las Naciones Unidas[2] 2006, posición mundial relativa entre 179 países	54	47 - 103
Población indígena y afrocaribeña, % de la población	28	2 - 45

[1] El coeficiente Gini es un número entre cero y uno que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en una sociedad determinada. El coeficiente registraría cero (0.0 = desigualdad mínima) para una sociedad en la que cada miembro recibiera exactamente el mismo ingreso y registraría un coeficiente de uno (1.0 = desigualdad máxima), si un miembro recibiera todo el ingreso y el resto no recibiera nada.

[2] Este índice mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, tasa de alfabetización y los ingresos percibidos por sexo.

Los indicadores básicos de salud (Cuadro 4) de Panamá muestran niveles promedio o bajos con respecto a los otros países centroamericanos (Cuadro 4). Sin embargo, los indicadores agregados disfrazan grandes desigualdades entre la población. La esperanza de vida es tan alta como la de los países del norte de Europa. La tasa de mortalidad infantil es la más baja y los niveles del sistema de salud e indicadores de desempeño, así como la densidad de profesionales en medicina, son las más altas de América Central. Las tasas de violencia son comparativamente bajas, y han ido disminuyendo con el paso del tiempo.

Cuadro 4. Salud

	Panamá	América Central
Esperanza de vida 2000-2005 Hombres y mujeres, años Hombres, años Mujeres, años Hombres y mujeres, posición mundial relativa entre 179 países en 2006	 74,7 72,3 77,4 46	 68,6 – 78,1 64,8 – 75,8 72,5 – 80,6 25 – 102
Profesionales en medicina, 2005, por 10.000 de población	13,5	2,5 – 19,2
Enfermeras 2000, por 10,000 de población	28	8 – 41
Acceso a agua para consumo humano 2006, % de población	92	79 – 98
Gasto público en salud 2007, % de Producto Interno Bruto	3,5	2,5 – 6,0
Tasa de mortalidad infantil, proyectada 2005-2010, por 100.000	18	10 – 30
Tasa de homicidios por 10.000 habitantes 2006 (+): incrementó desde 2000 (-): bajó desde 2000	1,1 (-)	0,8 – 5,6
Desempeño en relación con el nivel de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	67	25 - 99
Desempeño del sistema de salud 1997, posición mundial entre 191 naciones	95	36 - 131

La Universidad de Panamá es el punto focal de SALTRA en Panamá.

SALTRA es un programa de colaboración entre organizaciones e instituciones de América Central e instituciones de Suecia, el Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia (SNIPH) y el Instituto Real de Tecnología (KTH), bajo auspicios de la Secretaría de Integración Social de América Central (SISCA/SICA). Los dos centros de referencia de SALTRA en América Central son el Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas de la Universidad Nacional de Costa Rica (IRET-UNA) y el Centro de Investigaciones en Salud, Trabajo y Ambiente de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León (CISTA-UNAN-León). Saltra es financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Asdi).

Asdi

DESARROLLO · LIBERTAD · DEMOCRACIA · PAZ · SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA · SICA

KTH VETENSKAP OCH KONST
ROYAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY

NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH – SWEDEN