

## El derecho a la salud de los trabajadores y trabajadoras de salud en los países de Latinoamérica y el Caribe: ¿lejos de alcance?

*The right to health of health care workers in Latin America and Caribbean countries: Far from reaching?*

Michelle Guillou Maudet<sup>1</sup>, Mario Parada-Lezcano<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-2898202514710490E

**RESUMEN** El objetivo del artículo es analizar las evidencias, y la falta de ellas, sobre la salud ocupacional de los trabajadores/as de salud, comparadas con otros sectores de actividad, identificando, en las políticas y normativas de 11 países de Latinoamérica y el Caribe, los componentes existentes de protección, compensación y prevención de riesgos laborales y proponer un abordaje enfocado en la epidemiología social. Se analizan las estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales por sector de actividad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); los resultados del estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre los efectos de la pandemia por covid-19 en la salud mental del personal sanitario; evidencias sobre la mortalidad por suicidio en personal de salud, comparada con la población general; datos de la OIT sobre la ratificación de los convenios de protección de salud de los trabajadores/as y la cobertura efectiva. Se discuten las implicancias del derecho a la salud aplicado a los trabajadores/as de salud bajo el enfoque de la epidemiología social. Finalmente, se proponen las dimensiones clave a considerar para la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud laboral centradas en la salud-enfermedad-atención y cuidados de los trabajadores/as de salud.

**PALABRAS CLAVE** Trabajadores de la salud. Derecho a la salud. Salud ocupacional.

**ABSTRACT** *The aim of this paper is to reflect on the evidence, and the lack of it, on the occupational health of health workers, compared with other sectors of activity, identifying, in the policies and regulations of 11 Latin American and Caribbean countries, the existing components of protection, compensation and prevention of occupational hazards and propose an approach focused on social epidemiology. Statistics on work injuries and diseases by sector of activity of the International Labor Organization (ILO) are analyzed; the results of the Pan American Health Organization (PAHO) study on the effects of the covid-19 pandemic on the mental health of health personnel; evidence on mortality by suicide in health personnel, compared with the general population; data from ILO on the ratification of health protection conventions for workers and effective coverage. The implications of the right to health as applied to health workers are discussed under the approach of social epidemiology. Finally, the key dimensions to be considered for the formulation, implementation and evaluation of occupational health and safety policies focused on health-illness-health care for health workers are put forward.*

**KEYWORDS** *Health care workers. Right to health. Occupational health and safety.*

<sup>1</sup>Organización Panamericana de la Salud - Santiago, Chile.  
mguilloum@yahoo.fr

<sup>2</sup>Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina - Viña del Mar, Chile.



## Introducción

La pandemia por covid-19 ha hecho visible el papel primordial del personal sanitario para enfrentarla, recordando a su vez las deficiencias de los sistemas de salud en el ámbito de los recursos humanos. “Para el trabajador de la salud, habrá un ‘antes’ y un ‘después’ del covid-19”<sup>(1)</sup>.

Esta crisis sociosanitaria significó un alto precio para los trabajadores de salud (TTSS) y ha demostrado un peligroso descuido de su salud, seguridad y bienestar<sup>2</sup>. En 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que cerca de 570.000 TTSS se habían infectado y 2.500 habían muerto por covid-19 en las Américas<sup>3</sup>. En un comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Internacional del Trabajo (OIT) del 21 de febrero de 2022, se recordaba que “incluso antes de la pandemia el sector sanitario se encontraba entre los sectores más peligrosos para trabajar”<sup>4(1)</sup>.

Estos datos relevantes no deben hacer olvidar que la crisis mundial de recursos humanos en salud se conoce desde al menos dos décadas<sup>5</sup>. En las Américas, esta persistente situación ha suscitado una serie de iniciativas de la OPS, hasta convertirse en un eje central de la ‘Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud’<sup>6,7</sup>. El personal sanitario es aquel que contribuye al ejercicio del derecho humano a la salud por parte de la población, son determinantes sociales de la salud-enfermedad-atención y cuidados. Una pregunta importante que responder es si ¿están reunidas las condiciones para una plena aplicación de este derecho a los trabajadores/as de salud?

Como parte de los derechos humanos, el derecho a la salud es universal y asiste a todas las personas, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. El derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud son compromisos jurídicamente vinculantes

consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos<sup>8</sup>. Es importante destacar que, aunque se presentan como categorías separadas, los derechos humanos son interdependientes e interrelacionados. La garantía efectiva de los derechos humanos implica reconocer y proteger tanto los derechos sociales como los políticos, ya que ambos son esenciales para el desarrollo pleno y equitativo de las personas y las sociedades.

Los derechos sociales, entre los que se considera el derecho a la salud, son un conjunto de derechos que buscan garantizar condiciones básicas de vida y bienestar para todas las personas en una sociedad. Estos derechos están diseñados para promover la igualdad y prevenir la exclusión social, asegurando que todos tengan acceso a condiciones de vida dignas. Se encuentran consagrados en diversos instrumentos legales y documentos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros tratados internacionales. Además, su implementación a menudo requiere la colaboración y el compromiso del Estado, la sociedad civil y otras instituciones para asegurar que se cumplan de manera equitativa y efectiva.

En Chile, el ‘Cabildo Salud un Derecho – Lautaro Fernández Milla’, agrupación de personas vinculadas al sector salud, ha elaborado una propuesta de redacción del Derecho a la Salud para los procesos constitucionales que tuvieron lugar en 2021-2022 y 2023 en el país. Habiendo obtenido el apoyo de organizaciones sindicales y comunitarias y la cantidad de firmas requeridas en ambos procesos, esta propuesta fue presentada a los organismos redactores de propuestas Constitucionales. Considera el Derecho a la Salud como

[...] un derecho humano, fundamental y social, que tiene por fin el disfrute del más alto nivel de salud y bienestar de las personas y comunidades. Se entiende la salud como una construcción social y resultado de las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales, educacionales, laborales y de las interrelaciones

de las personas y comunidades, en su entorno natural, cultural, social y laboral<sup>9(103)</sup>.

Por otra parte, comprender y abordar la determinación social de la salud-enfermedad-atención-cuidados (SEAC) es fundamental para desarrollar políticas y prácticas de salud más efectivas y equitativas, ya que permite abordar las causas subyacentes de las disparidades en salud y promover un enfoque más holístico para mejorar el bienestar de las comunidades en general, y de los TTSS en particular.

La comprensión de las enfermedades como fenómenos socialmente determinados es central para abordar las desigualdades en salud. Esto implica no solo el tratamiento de los aspectos biomédicos y curativos, sino también la identificación y abordaje de las determinaciones sociales de la SEAC, como son las condiciones laborales materiales y simbólicas y las políticas sociales de salud y trabajo. Así, el enfoque de las enfermedades como socialmente determinadas destaca la importancia de intervenciones a nivel político, social, económico y ambiental.

Investigadores latinoamericanos han insistido en que para el bienestar y la equidad se deben entrelazar tres transformaciones complementarias: primero, replantear la SEAC en su complejidad, como objeto multidimensional, sometido a un proceso dialéctico de determinación; segundo, innovar en las categorías y metodologías para su estudio y comprensión y, tercero, una transformación de las proyecciones y relaciones prácticas de las fuerzas sociales movilizadas<sup>10</sup>.

Un aspecto central para el análisis de las condiciones de SEAC en los trabajadores es la conceptualización de vulnerabilidad, que está a la base de la presencia o no de condiciones saludables o que enferman en el entorno laboral y en la vida cotidiana. Es así como la vulnerabilidad se visualiza aquí como la intersección de condiciones materiales, políticas, culturales, jurídicas y simbólicas, que orientan los saberes y prácticas en SEAC. Este enfoque permite análisis multidimensionales, para hacer frente

a las condiciones sociales adversas, orientando las intervenciones políticas y técnicas<sup>11</sup>.

Siguiendo a Porto<sup>12</sup>, las poblaciones vulneradas, como pueden considerarse a los trabajadores de salud en muchos escenarios, se encuentran sumergidas en un conjunto de relaciones de poder, involucrando intereses políticos y económicos que expresan disputas entre diferentes sentidos y valores culturales, como por ejemplo, diferentes significados de la SEAC, equidad, bienestar, etc. Se debe reconocer la existencia de los conflictos que emergen en los territorios, para que los análisis de vulnerabilidad o del proceso de vulnerabilización no soslayen la dimensión dialéctica de la historia y sus procesos de construcción social.

El objetivo del artículo es analizar las evidencias, y la falta de ellas, de las principales problemáticas de salud del personal de salud, identificando en las políticas y normativas laborales de países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), los componentes existentes de protección de la salud y prevención de riesgos laborales y las propuestas de abordaje integral del derecho humano a la salud aplicado a los TTSS.

## Material y métodos

Ensayo que analiza las estadísticas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por sector de actividad, publicadas por la OIT; los resultados del trabajo 'COVID-19 Health caRe wOrkErs Study (HEROES)' coordinado por OPS; evidencias sobre la mortalidad por suicidio en personal sanitario, comparadas con la población general; datos de la OIT sobre la ratificación de los convenios sobre la protección de salud de los trabajadores y la proporción de personas efectivamente cubiertas en LAC; resultados de estudio de OPS sobre las normativas vigentes de Recursos Humanos en Salud en 11 países de la región; una discusión de las implicancias del derecho a la salud integral aplicado a los TTSS.

## Resultados

Según la información proporcionada por la OIT<sup>13</sup>, las actividades de salud y servicios sociales son relevantes en cuanto a las altas incidencias de accidentes del trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP). Las estadísticas disponibles por región o país lo clasifican entre los sectores de mayor riesgo para trabajar en varios países de América y Europa (*tabla 1*). La OIT señala

que los datos de AT provienen en cada país de varias fuentes, por lo cual no son estrictamente comparables y que no todos los países informan con regularidad el indicador del número de AT por 100.000 trabajadores protegidos por la seguridad social, desglosado por actividad económica.

Con frecuencia se ubica en el 4º o 3er lugar, detrás de áreas caracterizadas por un alto nivel de accidentabilidad tales como la construcción, la manufactura y el transporte.

Tabla 1. Rango de las tasas de accidentes no fatales del trabajo por 100.000 trabajadores adscritos a la seguridad social. Países seleccionados de América y Europa, por sector de actividad económica con más accidentabilidad. Varios años

Países *	Sectores de actividad económica **	Rango *** año 2018 o 2019	Rango año 2021, 2022 o 2023
Argentina	Construcción	1	1
	Manufactura	2	2
	Transporte	3	3
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	4
Belice	Construcción	1	1
	Manufactura	2	2
	Transporte	3	3
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	4
Brasil (2011)	Construcción	3	S/I
	Manufactura	1	S/I
	Transporte	2	S/I
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	S/I
Colombia	Construcción	2	4
	Manufactura	1	1
	Transporte	4	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	3	3
Chile	Construcción	3	S/I
	Manufactura	1	S/I
	Transporte	2	S/I
	Comercio mayorista y retail	4	S/I
	Salud Humana y Servicios Sociales	5	S/I
México	Construcción	2	2
	Manufactura	3	4
	Transporte	1	1
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	3
Canadá	Construcción	3	3
	Manufactura	1	2
	Transporte	4	4
	Salud Humana y Servicios Sociales	2	1

Tabla 1. Rango de las tasas de accidentes no fatales del trabajo por 100.000 trabajadores adscritos a la seguridad social. Países seleccionados de América y Europa, por sector de actividad económica con más accidentabilidad. Varios años

Países *	Sectores de actividad económica **	Rango *** año 2018 o 2019	Rango año 2021, 2022 o 2023
Estados Unidos	Construcción	2	4
	Manufactura	4	3
	Transporte	1	1
	Salud Humana y Servicios Sociales	3	2
Dinamarca	Construcción	1	3
	Manufactura	3	4
	Transporte	2	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	1
España	Construcción	1	1
	Manufactura	2	2
	Transporte	3	4
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	3
Francia	Construcción	1	1
	Manufactura	4	3
	Transporte	2	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	3	2
Irlanda	Construcción	2	S/I
	Manufactura	4	S/I
	Transporte	3	S/I
	Salud Humana y Servicios Sociales	1	S/I
Italia	Construcción	2	3
	Manufactura	3	4
	Transporte	1	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	1
Luxemburgo	Construcción	1	1
	Manufactura	3	3
	Transporte	2	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	4	4
Polonia	Construcción	4	4
	Manufactura	1	1
	Transporte	3	3
	Salud Humana y Servicios Sociales	2	2
Suecia	Construcción	2	2
	Manufactura	4	4
	Transporte	1	1
	Salud Humana y Servicios Sociales	3	3

Fuente: elaboración propia a partir de las bases estadísticas de la OIT13.

\* Países seleccionados según la disponibilidad de datos y el alto rango ocupado por el sector de Salud Humana y Servicios Sociales en la incidencia de accidentes del trabajo no fatales.

\*\* Clasificación de la OIT en 20 actividades económicas.

\*\*\* Rango establecido sobre el indicador del número de AT que generan al menos 4 días de ausencia por 100.000 trabajadores protegidos por la seguridad social.

En Estados Unidos y Canadá, salud se ubicaba en el 3er o 2º rango en 2019 y pasó a ocupar el 1º o el 2º en pandemia y postpandemia. En Argentina, Belice, Brasil, Colombia, Chile y México, la salud se sitúa en el nivel 3, 4 o 5 (Chile) y no subió de rango post pandemia salvo en México. El cambio de nivel entre prepandemia y pandemia se relaciona también con la disminución de las actividades económicas no esenciales durante los confinamientos. En Europa, se muestra la situación de 8 países que presentan una alta incidencia de AT en el sector salud en comparación a las actividades de construcción, transportes y manufactura ubicándola en el rango 3 o 4, mientras en otros países con datos disponibles tales como Bélgica, Suiza, Alemania, Noruega, Finlandia, Portugal, entre otros, las tasas observadas en este sector son más bajas.

Junto con lo anterior, cabe señalar que, en la Unión Europea, la incidencia de los AT no fatales aumentó en un 8% en el sector de salud y servicios sociales entre 2010 y 2019, mientras disminuyó en la casi totalidad del resto de las actividades, incluyendo la construcción y el transporte<sup>14</sup>.

Mas allá de los AT, existen múltiples evidencias sobre la problemática de salud mental en los TTSS, siendo ésta visibilizada con mayor intensidad por investigaciones realizadas en pandemia o en los años inmediatamente posteriores.

Por ejemplo, el estudio ‘COVID-19 Health caRe wOrkErs Study’ (HEROES)<sup>15</sup>, ejecutado en 2020-2021 en 26 países de distintas partes del mundo, de los cuales 12 son de la región de las Américas (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay) permitió conocer en el personal de salud participante, en mayoría mujeres, que:

- la incidencia del malestar psicológico fue moderada-alta (de un rango de 0 a 32, fluctuó entre promedios de 12 a 19,3 según el país);

- los síntomas depresivos se extendieron entre 14 y 22% de los equipos de salud, los pensamientos suicidas estuvieron presentes entre 5 y 15% de los encuestados en función del país.

Además, la sintomatología coincidente con depresión severa varía entre 3 y 15% del personal de salud encuestado y destaca que menos de un tercio de los TTSS que dijeron necesitar atención psicológica la recibieron.

Por otra parte, el suicidio en el personal de salud ha sido objeto de distintas investigaciones en la última década. Una de las revisiones sistemáticas de mayor envergadura en número de años (1986 – 2019) y regiones del mundo cubiertas (África, Asia, América del Norte, Europa y Pacífico), publicada en 2019<sup>16</sup>, confirma que la tasa de suicidio en médicos/as es significativamente superior a la incidencia observada en la población general. Es más alta en mujeres que en hombres, al contrario de lo constatado en población general, y en médicos/as jóvenes o residentes.

La investigación abarcó otras categorías de personal de salud, tales como odontólogos/as y enfermeras/os pero no pudieron ser incluidas en el metaanálisis por su bajo número.

Los países que disponen de registros nacionales de la mortalidad por suicidio y por sector de actividad (tales como Reino Unido, Francia, Estados Unidos, entre otros) corroboran estas evidencias. En Francia por ejemplo, el Centre Epidémiologique d’Etude des Causes de Mortalité publicó en 2017, una tasa nacional de suicidios de 12,3 por 100.000 habitantes, desglosado por sexo, edad y sector de actividad, siendo el sector de salud y acción social el que muestra la incidencia más alta con 34,3 por 100.000<sup>17</sup>.

Frente a estas alertas sobre la salud de los TTSS ¿son suficientes las políticas de salud ocupacional y normativas de protección de los riesgos laborales en vigor en los países?

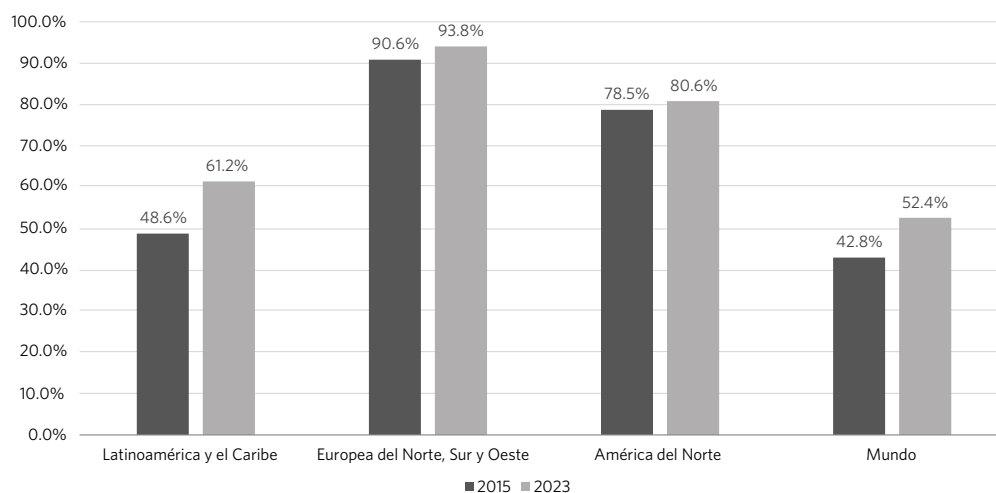
La proporción de población con cobertura efectiva en al menos uno de los 8 componentes de la protección social establecida por la OIT<sup>18</sup>, varía en forma importante entre las regiones

del mundo, tal como se puede observar en el *gráfico 1*. Recordemos que las 8 dimensiones (excluyendo salud considerada aparte por la OIT) de la protección social deberían incluir a los niños/as menores de 15 años, niños/as mayores de 15 años, madres con recién nacidos, discapacitados/as severos, cesantes, adultos/as mayores, trabajadores con lesiones de trabajo

y personas vulnerables cubiertas por asistencia social<sup>18</sup>.

A pesar del progreso constatado entre 2015 y 2023, la región de LAC queda lejos de los niveles alcanzados en América del Norte y Europa, presentando diferencias importantes entre países: 93% en Uruguay, 70% en Chile y 22% en El Salvador (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Porcentaje de la población cubierta por al menos una (1) prestación de protección social (excluida salud) en algunas Regiones y el Mundo, en 2015 y 2023

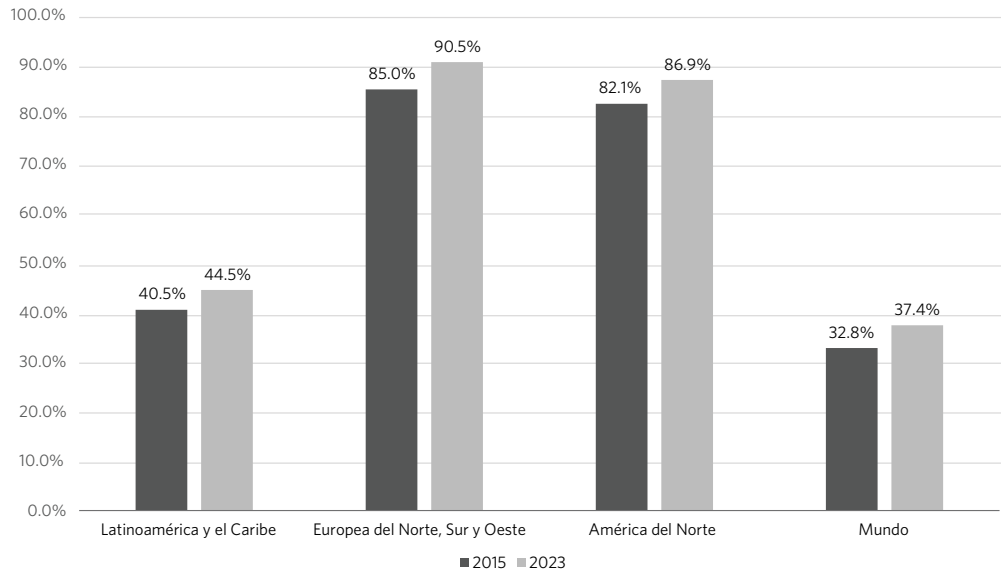


Fuente: ILO World Social Protection DASHBOARD<sup>13</sup>.

En el *gráfico 2* se observa la cobertura efectiva de una prestación de AT o EP en la población de 15 años y más, quedando de bajo nivel y lento progreso en LAC: 40,5% en 2015 y 44,5% en 2023. Diferencias importantes entre países de la región marcan este indicador: Belice y Uruguay con 71,4% y El Salvador con 30,7%.

Esta observación se atribuye en gran parte a la alta proporción de empleos informales en la región, 50% en promedio en 2023 según la OIT, variando fuertemente entre los países, coherente con el carácter principalmente contributivo del financiamiento de estas prestaciones.

Gráfico 2. Porcentaje de la población activa de 15 años y más con cobertura efectiva por accidente de trabajo y enfermedad profesional en algunas Regiones y el Mundo



Fuente: ILO World Social Protection DASHBOARD<sup>13</sup>.

El grado de ratificación de los convenios de la OIT sobre la protección de los trabajadores se constituye en un indicador adicional de la relevancia que los países atribuyen a la prevención de riesgos y a la política de salud ocupacional de sus empleados/as, incluyendo

a quienes se desempeñan en el sector salud<sup>19</sup> (tabla 2). Los Estados miembros tienen la obligación de someter los convenios adoptados por la Conferencia de la OIT a sus autoridades competentes en el plazo de un año.

Tabla 2. Número de países que ratificaron cinco (5) convenios fundamentales y técnicos de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores/as. 2024

Convenios OIT	Regiones y número de países			
	Latinoamérica y Caribe (33)	América del Norte (2)	Europa (51)	Mundo (187)
Convenio fundamental N° C155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo	12	0	34	83
Convenio fundamental N° C187 de 2006 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	5	1	31	69
Convenio técnico N° C121 de 1964 sobre las prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, modificado en 1980	5	0	14	24
Convenio técnico N° C118 de 1962 sobre la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social	9	0	8	38
Convenio técnico N° C149 de 1977 sobre el personal de enfermería	7	0	20	49

Fuente: elaboración propia en base a la información de la plataforma de la OIT Normlex<sup>19</sup>.

En comparación a Europa, los países de la región de LAC ratificaron pocos convenios, como también los de América del Norte.

Destaca en particular el Convenio fundamental 187 adoptado en 2006, que invita a los países miembros a adoptar un marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo como parte del trabajo decente, frente al nivel de incidencia de los daños físicos y mentales de salud ocupacional que provocan muertes, lesiones y enfermedades. Sólo 5 países de LAC lo han firmado: Argentina, Belice, Chile, Granada y Santa Lucía. El Convenio obliga a todo miembro que lo ratifique a establecer, de manera participativa, una política, un sistema y un programa nacional de promoción y prevención de los riesgos de salud ocupacionales.

Una revisión de las regulaciones y normativas de Recursos Humanos de Salud (RHS) en Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay, realizada en 2019, actualizada y extendida a Belice, Granada y Jamaica en 2023<sup>20,21</sup>, analizó 5 ámbitos de normas en 2019: la consideración del área de RHS en las reformas o políticas nacionales de salud; el mercado laboral; la habilitación para el ejercicio profesional; la formación; y la capacitación. En la actualización de 2023 se agregó la protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

Según consta en el informe de 2019 ‘Social Security Throughout the World’ publicado

por la administración de la seguridad social de Estados Unidos para las Américas<sup>22</sup>, la mayoría de los 11 países estudiados adoptaron sus primeras leyes de protección de los trabajadores en los inicios del siglo XX.

En varios casos las normativas fueron evolucionando, a veces hasta fechas recientes, en algunos casos para agregar o perfeccionar la protección, y en otros para incorporar categorías de trabajadores/as no incluidos/as, tales como los independientes, por ejemplo.

Sin perjuicio de lo anterior, en Colombia, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, República Dominicana y Uruguay, los trabajadores independientes (también llamados ‘por cuenta propia’) no están incorporados en los sistemas de protección generales y deben recurrir a un aseguramiento voluntario (dato de 2019).

En estos 11 países, las personas empleadas en el sector público disponen de una cobertura de atención para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, quedando pendiente profundizar cuál es la situación de los/as trabajadores contratados/as bajo modalidades de independientes considerando la creciente precarización del trabajo observada en el sector salud<sup>23,24</sup>.

El estudio señalado<sup>21</sup> permite conocer la información de ratificación de los convenios de la OIT sobre seguridad y salud de los TTSS en dichos países (*cuadro 1*).

Cuadro 1. Estatus al 2023 de 4 convenios fundamentales y técnicos de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores, y prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en 11 países de LAC

Países	Convenio fundamental N° C155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo	Convenio fundamental N° C187 de 2006 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	Convenio técnico N° C121 de 1964, modificado	
			1980 sobre la Seguridad Social (prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales)	Convenio técnico N° C118 sobre la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social 1962
Belice	Ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Chile	No ratificado	Ratificado	Ratificado	No ratificado
Colombia	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado

Cuadro 1. Estatus al 2023 de 4 convenios fundamentales y técnicos de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores, y prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en 11 países de LAC

Países	Convenio fundamental	Convenio fundamental	Convenio técnico N° C121	Convenio técnico N°
	N° C155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo	N° C187 de 2006 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	1980 sobre la Seguridad Social (prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales)	C118 sobre la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social 1962
Costa Rica	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Ecuador	No ratificado	No ratificado	Ratificado	Ratificado
El Salvador	Ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Granada	Ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Jamaica	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Perú	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Republica Dominicana	No ratificado	Ratificado	No ratificado	No ratificado
Uruguay	Ratificado	No ratificado	Ratificado	Ratificado

Fuente: elaboración propia en base a la información de la plataforma de la OIT Normlex<sup>19</sup>.

Se observa que, entre los 11 países incluidos en la revisión de normas de 2023, Uruguay es el país con mayor número de ratificaciones.

La revisión de regulaciones y normativas de RHS citada permitió constatar que las reformas o nuevas políticas de salud iniciadas antes de 2019 pocas veces se acompañaron de un análisis de sus consecuencias en términos de personal y menos de una Política Nacional de Recursos Humanos que articule las necesidades de salud con los requerimientos en términos de TTSS: cantidad, perfiles de competencias, composición del equipo de salud, condiciones de trabajo y política de salud ocupacional.

Solo 2 países de 8 mencionaron la necesidad de elaborar una política nacional y una planificación de los RHS. En la actualización efectuada en 2023 se constató un avance en este ámbito: las políticas de salud y reformas de los años 2019 hasta 2022 de la totalidad de los países estudiados consideran la problemática de los trabajadores de salud, aunque en la mayoría de los casos, se expresa en forma general.

Brasil no forma parte del estudio antes mencionado. Sin embargo Aguiar y Vasconcellos<sup>25</sup> señalan en 2015 que, si bien en Brasil la salud ocupacional forma parte del Sistema Único de Salud (SUS), la coordinación entre los organismos gestores de la protección de los TTSS en materia de AT y EP y el SUS es insuficiente. Por lo anterior, se ha observado un subregistro de los AT y EP, acentuado por la exclusión de los trabajadores independientes y deficiencias en la gestión de los reportes de datos.

## Discusión

### Derecho a la salud de los trabajadores/as de salud: ¿una realidad?

Recordemos que el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966<sup>8</sup>, define el derecho a la salud de la siguiente manera:

1. Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a. La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Además, distintos países de la Región de LAC reconocen en sus respectivas constituciones, y modificaciones sucesivas, que todas las personas tienen el derecho a la salud en los términos señalados anteriormente: entre otros, Bolivia (2019), Brasil (1988), Cuba (1976), Ecuador (2008), República Dominicana (2015) y Venezuela (2011).

En Chile, la Constitución vigente desde 1980 plantea un derecho solo referido al acceso a la atención. En la propuesta del Cabildo Salud un Derecho (Chile) antes señalada, se enuncia que es deber prioritario del Estado respetar, promover y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, resguardando las vidas. Por ello, debe considerarse la salud de la población en todas las políticas públicas destinadas a consagrar los demás derechos, debiendo el Estado establecer y mantener un modelo de desarrollo económico y social justo, equitativo,

sostenible, sustentable, y en armonía con el ambiente, para posibilitar el buen vivir de las personas, las comunidades y los pueblos.

Los apartados siguientes de la propuesta consideran como elementos centrales, entre otros, la participación, los enfoques de género, inclusión social y respeto de las expresiones, culturas, conocimientos y prácticas de los pueblos originarios y la diversidad de las comunidades<sup>9</sup>. Lamentablemente esta propuesta de cambio constitucional solo fue tomada en cuenta por la Convención Constituyente (primer proceso rechazado) y no por la Comisión Constitucional (segundo proceso no aprobado).

Resulta difícil con los datos mostrados establecer relaciones, incluso indirectas, entre las políticas públicas de trabajo y salud, y de estas con la afectación de TTSS. Sin embargo, se puede señalar que aquellos países con políticas más robustas en cuanto a protección muestran una afectación menor o más leve en la salud de dichos trabajadores.

Una limitación de este ensayo es que no se pudo realizar un análisis comparativo intra e internacional, de manera de poder determinar brechas y desigualdades relevantes en esta materia.

Los trabajadores de salud son parte de la población y como tal legítimamente deben ejercer su derecho a la salud con consideración a las especificidades de su ámbito y condiciones de trabajo, institucionalizando su participación efectiva en la construcción de políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos tanto en los espacios de formación como en los espacios laborales. Sin embargo, la realidad observada da cuenta de que se está muy lejos de lograr lo que los documentos internacionales recomiendan.

Las evidencias antes señaladas en los resultados muestran que la salud y el bienestar de los TTSS están en riesgo y se puede postular que el personal de salud vive restricciones en el ejercicio de su derecho a la salud.

La forma en la que se ha abordado esta problemática ha quedado fragmentada tanto

a nivel internacional como en los países estudiados, más orientada a la reparación o compensación de daños que a profundizar en las condiciones y las determinaciones que permitirían apuntar a fomentar y mantener la salud, prevenir la enfermedad, logrando una efectiva disminución de la morbilidad y mortalidad laboral, incluyendo a los grandes ausentes de la mayoría de los sistemas actuales de protección de salud ocupacional en la región: los trabajadores de salud precarizados y/o informales.

Existen evidencias, no sólo sobre la morbilidad y mortalidad en los TTSS, sino también en los factores individuales, estructurales y organizacionales involucrados, que son menos numerosas en región de LAC. La investigación HEROES efectuada en pandemia muestra que es necesario y posible avanzar en generar mayor conocimiento en este ámbito.

Los problemas de SEAC están determinados socialmente y se debe incorporar, en el caso de la salud de los trabajadores, las condiciones materiales del trabajo, los procesos laborales, los peligros asociados a la actividad productiva, etc., y dejar de buscar solo riesgos individuales<sup>26</sup>.

El sector salud es un área laboral feminizada ya que 70% de los trabajadores de salud son mujeres y por ende se produce de entrada una inequidad de género. Existe evidencia que la carga de trabajo es un indicador importante de la vulnerabilidad femenina a las condiciones de trabajo en la APS y en el entorno familiar<sup>15,27</sup>, ya que las cuidadoras profesionales, más afectadas en su salud mental, además están cumpliendo el rol de cuidadoras en sus hogares por lo que este doble rol es una determinación muy relevante a la hora de explicar las estadísticas y las repercusiones sociales de esta inequidad.

En marzo de 2025, la OIT publica, en conjunto con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el informe ‘Seguridad y salud en el trabajo con perspectiva de género. Desafíos y avances en Iberoamérica’<sup>28</sup>. La publicación muestra evidencias de sesgos de género que:

- conducen a infra diagnóstico o retraso del diagnóstico en ciertas patologías, por la forma diferenciada con la que se presentan en mujeres y en hombres;
- generan retrasos en la atención médica a síntomas no específicos en la mujer, y barreras de acceso diferenciadas por género.
- configuran en una mayoría de casos una gestión de la salud y seguridad en el trabajo no sensible al género, cuando existe un impacto diferencial de los riesgos laborales entre hombres y mujeres, incluyendo los riesgos específicos de los periodos de embarazo y lactancia para la salud de la dupla madre/hijo/a, además de la probabilidad más alta de las mujeres de sufrir violencia y acoso en su vida laboral.
- dificultan el reconocimiento de riesgos laborales y enfermedades profesionales propios de sectores que emplean una gran mayoría de mujeres (actividades de cuidados en particular).

El informe incorpora una serie de recomendaciones para integrar la perspectiva de género de manera transformadora en la salud y seguridad en el trabajo en la región.

La epidemiología social supera la mirada de multifactoriedad causal y avanza a la inclusión de los determinantes sociales como la experiencia social de los/as trabajadores/as, complejizando el abordaje de las inequidades en SEAC<sup>29</sup>. Vale decir, investiga explícitamente y no biomédicamente los determinantes sociales, culturales, económicos e históricos de la salud laboral y profesional<sup>30</sup>.

## Conclusiones

Siguiendo a Lawinsky ML de J, Mertens F, Sousa Passos CJ, et al., concluimos que se debe considerar en la salud – enfermedad – atención y cuidados de los/as trabajadores/as de

la salud, a nivel de formulación, ejecución y evaluación de las políticas específicas para este grupo lo siguiente<sup>31</sup>:

- Producir servicios de salud de manera sostenible sin perjudicar o poner en riesgo la salud del trabajador/a;
- Fomentar los procesos participativos que son relevantes para la salud en el trabajo, para el trabajo y salud;
- Permitir acceso creciente y permanente a instancias democráticas dentro de los servicios de salud;
- Aumentar el número de investigaciones-acciones participativas que nos permitan acceder a conocimientos no positivistas, más complejizadores de la realidad socio sanitaria;
- Respetar las opiniones y necesidades de los/as trabajadores/as con acciones concretas, vale decir dejar de conformarse con la

redacción de documentos normativos que se quedan en meras declaraciones de intención.

Esperamos que la información y las reflexiones aquí entregadas sean una contribución al debate informado y complejizador que se está realizando acerca de la especial situación del derecho a la salud en los trabajadores y trabajadoras encargados de dar atención y cuidados a las poblaciones y comunidades.

## Colaboradores

Guillou MM (0009-0005-6599-0150)\* contribuyó en la concepción del artículo, en la recopilación, análisis e interpretación de datos y en la redacción del manuscrito. Parada-Lezcano M (0000-0003-2526-5972)\* contribuyó a la revisión crítica y con comentarios complementarios, y aprobó la versión final del manuscrito. ■

## Referencias

1. Dussault G. El trabajador de la salud en tiempos de covid-19. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2021;39(1):e344252. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344252>
2. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el trabajo para el personal sanitario. Una nueva guía de la OIT y la OMS insta a reforzar la protección de los trabajadores sanitarios. OIT [Internet]. 2022 feb 21 [acceso en 2025 ene 15]; Noticias. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/resource/news/una-nueva-gu%C3%ADa-de-la-oit-y-la-oms-insta-reforzar-la-protecci%C3%B3n-de-los>
3. Organización Panamericana de la Salud. Noticia de prensa [Internet]. Washington DC: OPS; 2020 sep 2 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19#:~:text=en%20las%20Am%C3%A9ricas->
4. Organización Mundial de la Salud. Una nueva guía de la OIT y la OMS insta a reforzar la protección de los trabajadores sanitarios [Internet]. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS, OIT; 2022 feb 21 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: <https://www.who>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- int/es/news/item/21-02-2022-new-who-ilo-guide-urges-greater-safeguards-to-protect-health-workers
5. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet*. 2004;364(9449):1984-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17482-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17482-5)
  6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 66ª Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS; 2014 oct 2 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-s.pdf>
  7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud [Internet]. Washington, DC: 2017 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/estrategia-de-recursos-humanos-para-la-salud-universal>
  8. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aprobado el 16 diciembre 1966 por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) [Internet]. [local desconcebido]: UN; 1966 dic 16 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
  9. Carabantes J. Cabildo Salud un Derecho. Iniciativa Popular de Norma sobre el Derecho a la Salud. *Documentos. Cuad Méd Soc (Chile)*. 2021;61(4):93-107. DOI: <https://doi.org/10.56116/cms.v61.n4.2021.108>
  10. Breilh J. Latin American critical ("Social") epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):745-50. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>
  11. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(64):177-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>
  12. Porto M. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *RCCS*. 2011;(93):31-58. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.133>
  13. ILO Stats Data Explorer [Internet]. [local desconcebido]: International Labour Organization; ©1996-2025 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: [https://rshiny.ilo.org/dataexplorer19/?lang=en&id=INJ\\_NFTL\\_ECO\\_RT\\_A](https://rshiny.ilo.org/dataexplorer19/?lang=en&id=INJ_NFTL_ECO_RT_A)
  14. European Agency for Safety and Health at Work. Occupational safety and health in Europe: state and trends 2023 [Internet]. Luxemburg: EU-OSH; 2023 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: [https://osha.europa.eu/sites/default/files/OSH\\_in\\_Europe\\_state\\_trends\\_report\\_2023\\_en.pdf](https://osha.europa.eu/sites/default/files/OSH_in_Europe_state_trends_report_2023_en.pdf)
  15. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) [Internet]. Informe Regional de las Américas. Washington DC: OPS; 2022 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
  16. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2019;14(12):e0226361. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
  17. Centre d'Etudes des Causes de Mortalité d l'Institut National de la Recherche Médicale [Internet]. [local desconcebido]: Inserm CépiDC; ©2025 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: <https://www.cepi-dc.inserm.fr/>
  18. Organización Internacional del Trabajo. Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022 [Internet]. Ginebra: OIT; 2022 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_842103.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_842103.pdf)
  19. Organización Internacional del Trabajo. Ratificaciones de convenios: datos comparativos 2024 [Internet]. [local desconcebido]: OIT; 2024 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: [https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx\\_es/f?p=1000](https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=1000)

20. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de regulaciones y normativas de Recursos Humanos de Salud, en 8 países de Latinoamérica y el Caribe. [local desconocido]: Informe final de consultoría, 2020. Consultora: Michelle Guillou. [local desconocido]: OPS; 2020. En edición para publicación.
21. Organización Panamericana de la Salud. Actualización y Extensión a 3 países adicionales de la Revisión de Regulaciones y Normativas de Recursos Humanos en Salud realizada en 2019. Informe final de consultoría, 2023. Consultora: Michelle Guillou, con la colaboración de Nicolas Arancibia y Daniel Manzano. [local desconocido]: OPS; 2023. En edición para publicación.
22. International Social Security Association. Social Security Administration of United States. Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2019 [Internet]. Washington DC: ISSA; 2020 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/americas/ssptw19americas.pdf>
23. Rodríguez TA, Jarillo SEC, Casas PD. Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica. *Acta Sci Human Soc Sci*. 2020;42(2):e53134. DOI: <https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v42i2.53134>
24. Contreras RA, Cely CD. Precarización del Trabajo en el sector salud: una consecuencia legal [Internet]. Bogotá: Universidad Libre de Colombia; 2020 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/6466bb26-0703-4abe-ae75-3d06202e9a71/content>
25. Aguiar L, Vasconcellos LC. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde debate*. 2015;39(106):830-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022>
26. Betancourt O. Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. *IESS* [Internet]. 2007;1(1):3-16 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: [https://es.scribd.com/document/199284895/Enfoque-Alternativo-Rev-IESS?doc\\_id=199284895&download=true&order=663030870](https://es.scribd.com/document/199284895/Enfoque-Alternativo-Rev-IESS?doc_id=199284895&download=true&order=663030870)
27. Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Bonow CA, et al. Domains of Physical and Mental Workload in HealthWork and Unpaid Domestic Work by Gender Division: A Study with Primary Health Care Workers in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9816. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19169816>
28. Organización Internacional del Trabajo; Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Seguridad y salud en el trabajo con perspectiva de género. Desafíos y Avances en Iberoamérica [Internet]. Lima: Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe; 2025 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/seguridad-y-salud-en-el-trabajo-con-perspectiva-de-genero-iberoamerica>
29. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico [Internet]. 2002 [acceso en 2025 mar 16];23(1). Disponible en: [https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be\\_v23n1-episocial.htm#:~:text=La%20epidemiolog%C3%ADa%20social%20permite%20incorporar,las%20desigualdades%20afectan%20la%20salud](https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n1-episocial.htm#:~:text=La%20epidemiolog%C3%ADa%20social%20permite%20incorporar,las%20desigualdades%20afectan%20la%20salud)
30. Borrell C. Epidemiología Social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. *Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve* [Internet]. 2015 [acceso en 2025 feb 20];(32):33-7. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/289650>
31. Lawinsky MLJ, Mertens F, Sousa Passos CJ, et al. Enfoque ecosistémico en salud humana: la integración del trabajo y el medio ambiente. *Rev Med Soc* [Internet]. 2012 [acceso en 2025 mar 16];7(1). Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/636/3373>

---

Recibido en 10/04/2024

Aprobado en 15/09/2025

Conflicto de intereses: inexistente

Disponibilidad de datos: los datos de investigación se incluyen en el propio manuscrito

Apoyo financiero: no hubo

**Editor responsable:** Maria Lucia Frizon Rizzotto