



ACTA 13/1998
PARLAMENTO LATINOAMERICANO (COMISION DE SALUD)

XIII Reunión de la Comisión de Salud.
Ciudad: San Pablo, Brasil - Fecha: 27 y 28 de
Noviembre de 1998.

Relatoría

La XIII reunión de la Comisión de Salud del Parlantino, se reunió entre los días 27 y 28 de noviembre en la sede del Parlamento Latinoamericano en la ciudad de San Pablo, Brasil.

Participaron de la misma en calidad de delegados de sus respectivos parlamentos nacionales y bajo la presidencia de la Diputada Nidia Martínez (Cuba) Dudley A.S. Lucia de Antillas Holandesas; Ursicino Pinto de Queiroz (Brasil); Sonia Villalobos Barahona (Costa Rica); Carlos García López (Cuba); Maximiano Errázuriz (Chile); Reynaldo Yanchapaxi (Ecuador); Miguel Ángel Navarro Quintero y Samuel Aguilar (México); Pablo Quintero (Panamá); Carlos Ramírez Boettner (Paraguay); Demetrio Patsias (Perú); Luis Bertolini y José Bayardi (Uruguay) y Roger Capella (Venezuela).

Participaron también el Diputado Dr. Carlos A. Miranda de El Salvador a nombre del Parlacen y la Dra. Cristina Torres, de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Al inicio de la reunión la Sra. Presidenta da la bienvenida a los nuevos miembros que se integran, e informando sobre las resoluciones de la XII reunión (mayo 98) a la fecha y su posterior seguimiento efectuado a las mismas.

A propuesta de la presidenta se designa al Senador Roger Capella (Venezuela) como vicepresidente ad-hoc y al Diputado José A. Bayardi (Uruguay) como relator.

El Senador Roger Capella a instancia de la Sra. Presidenta describe la situación con respecto a las tareas definidas en dicha reunión.

Viernes 27 de noviembre de 1998.

1a. Sesión: Salud del Trabajador.

Ponencia del Lic. Walter Javier Varilla, Consultor de la Oficina Panamericana de la Salud, en Salud del Trabajador.

En su exposición abordó los siguientes aspectos:

con aspectos demográficos y de salud pública;

con aspectos económicos productivos,

con costos para el país, con costos sociales y empresariales.

con aspectos de política y gobernabilidad,

con aspectos éticos y,

con aspectos de sostenibilidad y desarrollo humano.

En relación con la demografía y la Salud Pública se debe tener en cuenta que la PEA es del orden del 46,3% de la población y como factor de riesgo la ocupación se encuentra en el 7º lugar de mortalidad atribuible, el 2º lugar considerando los años de vida con incapacidad y el 4º lugar en Años de Vida Potencialmente Perdidos.

En relación con los riesgos en el trabajo. Lo primero es tener en cuenta la necesidad de contar con datos fehacientes, cosa que no ocurre en la región.

Existen riesgos mecánicos, riesgos biológicos, riesgos físicos, riesgos químicos, riesgos reproductivos, riesgos por agentes cancerígenos (entre el 2 y el 8% de los cánceres tienen origen ocupacional).

Existen riesgos por gases y vapores - asociados en un 30 a 40% a la EPOC.

Por otra parte existen riesgos tóxicos renales, como también desórdenes neurológicos por plaguicidas y metales pesados.

Asimismo, el estrés psicológico causa entre un 5 y un 10% de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

A su vez los desempleados enfrentan problemas relacionados con la esfera de la salud mental.

En relación con los aspectos económicos productivos su importancia radica en que los trabajadores son los que producen la riqueza nacional. Los accidentes y las enfermedades representan el 10% del PBI.

Presentan costos importantes para el país.

En relación actual de los trabajadores en la región el cuadro de la estructura del empleo no agrícola muestra que ha aumentado en el sector informal al orden del 56.1% y en el sector formal que es del orden del 43,9% se están flexibilizando las condiciones de trabajo.

En el sector informal no se tiene cobertura de seguridad social y debemos tener en cuenta que dicha cifra no toma en cuenta a los niños trabajadores, que en América Latina ocupan el 4% del trabajo que realiza la PEA. Uno de cada cinco niños está ocupado.

Cambios y situación actual, Retos de los Gobiernos y Legisladores:

Si vemos las tasas de accidentes mortales y no mortales y comparamos países desarrollados (EUA, Canadá) y en desarrollo la explicación de la diferencia se basa en el subregistro en los países en desarrollo, lo que explica las cifras mayores de EUA y Canadá. El caso más grave son las enfermedades profesionales donde se estima que se declara entre el 1 y el 5%. Las enfermedades más notificadas son la hipoacusia ocupacional, las intoxicaciones agudas, las por plaguicidas y metales pesados, las enfermedades dermatológicas y enfermedades respiratorias.

Se debe avanzar en la creación de conocimiento vinculado a la salud del trabajador.

En cuanto a las políticas

Desarrollo diferenciado dentro del proceso de reformas ha aumentado la desprotección de los trabajadores.

Dentro de las cumbres de las Américas se puede contar con el marco para avanzar en lo legislativo.

En los tratados de integración también se ha avanzado en el tema.

En relación con las empresas se está avanzando en la concepción de lograr aumentar la calificación de nivel de cada empresa en función de cómo asume la salud del trabajador.

En cuanto a los servicios hay un problema de cobertura con una concepción asistencial no preventiva, falta de integración de los servicios, y en cuanto a los recursos humanos queda todavía bastante para hacer.

Finalmente se refiere a los retos:

Primero una legislación coherente y adaptada.

La necesidad de cooperación en términos financiero, técnico, etc.

¿Por dónde comenzar?

Es necesario establecer grupos organizados, para que comiencen a desarrollarse.

Desarrollar planes pilotos que luego se generalicen.

En el marco de la competitividad se debe compatibilizar en un proceso de integración digna y no subordinada.

Establecer mecanismos de financiamiento y de autofinanciamiento.

Tiene que haber protección especial a grupos desprotegidos. Hay que avanzar en la concentración a nivel nacional.

Por último encara el tema de la sostenibilidad y desarrollar una ciencia y tecnología propia.

Se realiza ronda de preguntas.

Intervención del Dr. Francisco León, Oficial de Asuntos Sociales de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

Se reparten dos documentos: Impacto de los nuevos modelos económicos y Agenda legislativa para iniciar el milenio.

La idea es que haya algunos temas que se incorporen a las agendas parlamentarias en los años venideros.

¿Por qué este tema va a tener una prioridad mayor que otros?

¿Cómo abordar algunos de los principales temas en los próximos años?

Los nuevos modelos económicos tienen inestabilidad económica permanente y cada cuatro años hay que volver a ajustar. O sea, cada cuatro años tenemos retrocesos que nos llevan a retroceder desde el punto de vista social y de la redistribución.

La inestabilidad económica deteriora los procesos de equidad y los propios procesos democráticos pierden credibilidad ante la ciudadanía.

El problema nuestro es resolver la inestabilidad económica en nuestros países. ¿De dónde proviene la inestabilidad? En primer lugar, no es posible negar la integración de la economía por lo cual todos los países están afectados por la globalización. Por lo cual la competitividad a escala global está presente como parte de la realidad. Nosotros los latinoamericanos estamos sentados sobre recursos renovables y no renovables cuantiosos.

Estamos en una situación privilegiada, los países desarrollados tienen más del 15% de la población con más de 65 años. Por lo cual tenemos una población alrededor del 60% en la edad óptima de trabajar, o sea entre 20 y 65 años. Estamos en un momento en el cual nuestras mujeres se están integrando socialmente más. En los próximos 20 a 30 años la cantidad de fuerza de trabajo va a ser una ventaja competitiva. El estado de capacitación profesional como educación formal nos ubica en buenas condiciones, por lo cual no podemos perder dicha oportunidad.

El problema sigue siendo el de la salud de los trabajadores. Tenemos una tecnología nueva de carácter preventivo, que fomenta que la gente se ocupe de sí mismo por lo cual dicha tecnología nos permite dirigirnos a la población adulta. Pudiendo hacer eso, ¿qué es lo que estamos haciendo?

Las diferentes reformas de los sistemas de salud, tienen más recursos y son más estables, podemos exigir más de nuestros sistemas de salud.

Tenemos que afinar la puntería en nuestras prioridades.

En América Latina hoy en día más de uno de cada dos trabajadores están en el sector informal de la economía quedando, por ende, desprotegidos. Este trabajador es la gran masa de trabajadores que nosotros tenemos. No tiene protección ante el riesgo y no tienen acceso a la salud. Además tenemos servicios de salud que por sus horarios no se adaptan a las necesidades de los trabajadores para poder acceder a dichos servicios.

Se han hecho a una serie de reformas económicas que han flexibilizado las relaciones de trabajo que han determinado más cambio en las relaciones de trabajo. Entre las formas de flexibilización encontramos la subcontratación; y el aumento del horario de trabajo lo cual determina personas sobre-trabajadas aumentando la posibilidad de accidentes.

Tenemos que decir que la salud es una condición del desarrollo.

Otro problema que tenemos es el desempleo, con todas sus consecuencias.

¿Ante esas situaciones qué hacer?

Tenemos que buscar articulación de los sistemas formales públicos y privados. Además el Estado tiene que subsidiar.

Tenemos que buscar la forma que la cobertura de salud no dependa del empleo.

Finalmente se procedió a una ronda de intercambio y preguntas con los ponentes.

Viernes 27 de noviembre: Sesión de la Tarde.

Se cuenta con las intervenciones de las Dras. Edith Selismann, investigadora en Salud Mental y Trabajo; y la Dra. María Maeno, Coordinadora del centro de Referencia de Salud del Trabajador de la Secretaría de Salud del estado de São Paulo.

Intervención de la Dra. Edith Selismann:

Abordó el tema de las relaciones entre Salud y empleo, y salud y desempleo identificando el impacto de las nuevas condiciones del mercado de trabajo en la salud mental. El deterioro de la salud mental tiene consecuencias negativas sobre las condiciones de vida de los individuos pero también tiene impacto en el proceso productivo ya que produce una

tendencia a la baja de la productividad.

Paralelamente las patologías de origen mental provocan el deterioro de la vida social ya que según los estudios realizados la depresión genera agresividad, violencia, alejamiento de la participación social.

Intervención de la Dra. María Maeno:

La Dra. María Maeno presentó la experiencia de un centro dependiente de la secretaría de Salud de São Paulo especializado en Salud del Trabajador. Siendo los ejes de la presentación la identificación de una experiencia exitosa en la materia relacionando objetivos, financiamiento y participación de los trabajadores en la definición de las políticas del centro. Posteriormente se procedió a una ronda de intercambio con los ponentes.

Acuerdo sobre el tema

Se valora como positivo que este sea un tema que tenga continuidad la que se pretende lograr a través de un Grupo de Trabajo que pueda contar con asesores de distintas agencias.

Se propone al Diputado Dr. José Bayardi de Uruguay como Presidente de dicho Grupo de Trabajo, integrado por la Diputada Sonia Villalobos de Costa Rica; el Diputado Dr. Miguel Angel Navarro de México; el Diputado Dr. Carlos García de Cuba; el Diputado de Reynaldo Yanchapaxi de Ecuador y el Diputado Maximiano Errazuriz de Chile.

3a. Sesión:

Tabaquismo

Interviene como ponente el Dr. Enrique Madrigal, Asesor Regional en el área de control de consumo de tabaco y drogas de la División de la promoción de la Salud de la O.P.S.

Aborda los temas:

Prevención y control del Tabaquismo.

Perspectiva en el ámbito regional en relación con el Tabaco.

Es un problema que desborda en el momento actual al sector de Salud.

3.5 millones de personas mueren a causa del tabaco en el mundo, un 7% del total de defunciones. Cifra que se elevaría significativamente en el correr de las próximas décadas. La población fumadora en el mundo cubre un tercio de la población mayor de 15 años. Los fumadores tienen un 50% de posibilidades de morir a causa del tabaco. La mitad morirán prematuramente disminuyendo en 22 años la posibilidad de alcanzar el promedio de vida.

En toda la región de las Américas tenemos 670.000 muertes en total al año. El tabaquismo causa pérdidas mundiales cercanas de 200.000 millones (Banco Mundial 1993).

En EE.UU 64 millones (40,000 en atención directa en un año).

El percentil 50 de la edad de inicio se encuentra en los 15 años, el percentil 90 de inicio se encuentra encima de los 20 años.

El tabaquismo es la primera causa de muerte en la región con importantes repercusiones para la salud y la economía; y si bien la educación es necesaria no resulta suficiente como medida de control.

Los mejores resultados se ven con políticas y programas amplios, con medidas fiscales bien establecidas y aumento de precios lo que ha demostrado una reducción en el hábito de fumar en mayores de 15 años del orden del 35%.

Acciones amplias contra el Tabaquismo

Controlar la venta a menores de edad

Restricción a la publicidad y promoción

Advertencias obligatorias en las cajetillas

Restringir el fumar en recintos cerrados

Aumento gradual de impuestos

Apoyo a la cesación de fumar

Programas preventivos para niños y jóvenes.

Existe la necesidad de promover un programa con carga horaria curricular, tendiente a desalentar el hábito de fumar en los jóvenes de los 14 en adelante, dirigido a nivel de educación media e intermedia y secundaria que ha sido probado y puesto en práctica y entre otras cosas se ha visto que reduce el uso del tabaco, el alcohol y la marihuana en un 50-75%.

La necesidad de Programas educativos amplios que cubran:

Influencia social

Fortalecimiento de factores protectores, y

Habilidades específicas para desalentar la conducta de búsqueda del cigarrillo.

Con relación a cómo continuar se propone y se aprueba una articulación de esfuerzo entre el Parlacen y el Parlatino auspiciando un grupo de trabajo en el que participen Cuba (Dip. Carlos García), Uruguay (Dip. Luis Bertolini), Chile (Dip. Maximiano Errazuris) y los Dip. Diana Martínez Presidenta de la Comisión de Salud del Parlatino y Dip. Carlos Miranda por el Parlacen.

28 de noviembre. Sesión de la Mañana

Desastres Naturales

Expone el Diputado Carlos Miranda. Miembro de la Comisión de Salud del Parlamento Centroamericano (PARLACEN)

El Dr. Miranda hace un estudio comparativo país por país, presentando un cuadro comparativo sobre la legislación de desastres en centro América.

Hace referencia a la resolución del Grupo Latino en relación con una propuesta del Parlacen en reunión en Yokohama.

Se refiere descriptivamente a la ley de Desastres Naturales en lo relativo a descentralización, Autonomía Financiera y Administrativa y la necesidad de crear un Fondo Nacional al Sistema que se propone crear en la ley.

Describe los efectos del Mitch en sus aspectos económicos, sociales y sanitarios.

El Diputado Miranda revisó los códigos de salud, códigos de Medio Ambiente, Leyes de Emergencias en Centro América, códigos penales, y Constituciones.

Los principales problemas se centran en la necesidad de contar con un mando unificado, autonomía y recursos económicos.

Fallaron las alertas tempranas, por falta de planificación. Hubo tiempo para ver las dimensiones del huracán previo a que este se presentara en los países.

Hay que definir con claridad quién va a decretar el estado de emergencia.

La falta de descentralización fue un elemento también agravante.

Los efectos del Mitch tienen una repercusión estratégica de largo plazo frente a las situaciones económicas de endeudamiento de los países de la región.

Necesidad coyuntural de un organismo centralizador de la ayuda humanitaria.

En ningún código de salud se contempla el desastre.

Dr. Luiz Baez, Experto en casos de desastres. Consultor de la O.P.S.

El Dr. Baez señala que los desastres se ensañan sobre la población de menores recursos dado que el mismo se relaciona con el contexto socioeconómico en que el fenómeno se desarrolla.

No es sólo el desastre natural lo que se tiene que analizar sino la base de infraestructura económica y social.

El desastre se convierte en tal, cuando la organización e infraestructura preexistente no puede dar las respuestas requeridas en tiempo y forma.

Dentro de la legislación sale más barato manejar la preparación, la mitigación y el alerta.

La población debe saber qué hacer y cómo hacerlo.

No hay ningún país que no tenga algo escrito pero si no hay voluntad política de llevarlo adelante lo escrito no sirve mayormente.

Hay una serie de detalles a sopesar para que la implementación de esto tenga éxito.

La ayuda internacional

Se necesita ayuda internacional en estos casos. Tener mecanismos para poder compilar y hacer un seguimiento de la ayuda para lograr que la misma cumpla sus objetivos.

Hace mención a los grupos UNDAC (Comisión de Naciones Unidas para evaluación de Desastres), para que puedan organizar la ayuda desde antes que comience a llegar a las zonas del desastre. La llegada no organizada puede constituirse en un segundo desastre.

Hay una parte que siempre se olvida que es la reconstrucción.

Dentro de la ley marco deben estar los instrumentos para que se invierta el concepto de que el desastre se maneja después de, y se asuma que sale más barato la preparación, la mitigación y el alerta.

Se intercambia y debate sobre el tema.

La Dra. Cristina Torres desarrolla la historia del tratamiento y aprobación de una ley marco por parte de la Comisión de Salud del Parlatino en 1995.

En el 95 existió un grupo de trabajo integrado por miembros del Parlatino y del Parlacen para abordar el tema.

¿Cuáles son los hitos de la ley marco aprobada por la Comisión?:

Creación de un sistema que coordine instituciones y que sea descentralizado

Que el sistema debe estar coordinado por una oficina central de desastres del más alto nivel.

Se debe tener organizado previamente la coordinación de la ayuda

Creación de un fondo con recursos presupuestales nacionales y aportes internacionales.

Cuatro años después podemos decir que no hubo posibilidades de integrarlo a las agendas de las legislaciones, o habiendo entrado no se reglamentó por parte de los Poderes Ejecutivos. Se remarca la necesidad de la ley entre las agendas parlamentarias.

Acuerdos sobre el tema

Que las recomendaciones de la Comisión lleguen a las Comisiones de Salud de los países que no están presentes.

Grupo de seguimiento conjunto entre Parlacen y el Parlatino. (Se propone a Costa Rica, Cuba, Ecuador y Chile).

Llevar a que el tema Salud se discuta en la Cumbre de Presidentes.

Necesidad de impulsar el tema a través de los medios de comunicación masivos.

Nota al Presidente Diputado J. A. Singer para que envíe a los miembros de la Junta Directiva de los países miembros las iniciativas.

Propuesta informativa a los miembros de las diferentes Comisiones del Parlatino solicitando se le incorpore a las agendas nacionales.

Temas Varios

Acuerdo de Paz entre Ecuador y Perú

Se propone por parte de la Diputada Villalobos (Costa Rica) que se eleve a la Junta Directiva para su pase a la Comisión de Asuntos Políticos una propuesta de saludo y felicitación a los gobiernos de Perú y Ecuador por la firma de los acuerdos fronterizos. Se aprueba por unanimidad.

Conferencia Ibero-latinoamericana de Salud

La Presidenta informa sobre la realización de la misma en el mes de mayo de 1999 en La Habana, Cuba. Por lo cual se cambió la idea original de realizarla en España. El Parlatino ha comenzado a establecer vínculos de cooperación con el Parlamento Europeo, en ese marco de relacionamiento surge la Conferencia Ibero-latinoamericana.

